



**Картинка на обложку книги.
«Тибет – место, где возникла иглотерапия».**

**Аннотация
на книгу «Иглоотерапия и мануальная терапия».**

В современной медицине врачи увлекаются медикаментозным лечением болезней, что приводит к возникновению аллергии и гибели пациентов от применения некоторых медикаментов в таблетках (киноактёр Брюс Ли) или в виде инъекций (певец Майкл Джексон и многие другие). Но почти все болезни человека можно лечить и без лекарств: иглотерапией, мануальной терапией, акупрессурой, гипнозом, психотерапией и так далее. Поэтому я предлагаю широко использовать абсолютно безвредные методы лечения, которые проводятся без применения медикаментов. В начале книги очень кратко рассказано о теоретических исследованиях автора по определению функциональной деятельности акупунктурных точек. Основное содержание книги – это систематизация методов энергетического лечения в иглотерапии. Книга является практическим пособием для лечения иглами, прогреванием акупунктурных точек, точечным массажем (акупрессурой, шиацу), воздействием электротоком, фитотерапией, психотерапией. В книге описаны все варианты энергетической диагностики меридианов и все способы лечения 250 болезней при помощи энергетических методов иглотерапии. По статистике каждый четвертый больной обращается к иглотерапевту с диагнозом «остеохондроз». Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию. Вот почему последнюю главу этой книги автор посвящает лечению остеохондрозов при помощи мануальной терапии.

Книга будет интересна практическим врачам, студентам-медикам и для широкого круга читателей, которые интересуются восточными методами лечения. Все, кого заинтересовали проблемы, поднятые автором этой увлекательной книге, могут связаться с ним по телефону: Республика Беларусь, Минск, (код 8-10-375-17) 270-70-75. Его адрес: 220116, Республика Беларусь, Минск, проспект газеты “ЗВЕЗДА”, дом 8, квартира 241. Его домашняя страничка в Internet-e: www.molostovvd.narod.ru , E-mail: molostov_valery@tut.by

Научно-популярное издание.

Валерий Дмитриевич Молостов.

«Иглоотерапия и мануальная терапия».

ББК.53.58, М 75

УДК 615 814 (076)

Книга

«Иглотерапия и мануальная терапия».

Практическое пособие по немедикаментозным методам лечения 250 болезней (иглами, прогреванием сигаретой, акупрессурой и мануальной терапией).

Рассказано об исследованиях по определению функциональной деятельности акупунктурных точек.

Описаны все варианты энергетической диагностики меридианов и все способы энергетического лечения болезней при помощи иглотерапии. Описаны все методы лечения патологии позвоночника при помощи мануальной терапии.

Автор - Молостов Валерий Дмитриевич.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

От автора.

Введение.

Глава 1. Электрофизические основы акупунктуры.

§ 1. Акупунктурные точки поглощают электроны.

§ 2. Причины возникновения меридионального движения электрических токов.

§ 3. Механизм лечебного действия иглы.

Глава 2. Топография акупунктурных точек.

§ 4. Топография акупунктурных точек меридиана легких.

§ 5. Топография акупунктурных точек меридиана толстого кишечника.

§ 6. Топография акупунктурных точек меридиана желудка.

§ 7. Топография акупунктурных точек меридиана селезенки.

§ 8. Топография акупунктурных точек меридиана сердца.

§ 9. Топография акупунктурных точек меридиана тонкого кишечника.

§ 10. Топография акупунктурных точек меридиана мочевого пузыря.

§ 11. Топография акупунктурных точек меридиана почек.

§ 12. Топография акупунктурных точек меридиана перикарда.

§ 13. Топография акупунктурных точек меридиана трех полостей тела.

§ 14. Топография акупунктурных точек меридиана желчного пузыря.

§ 15. Топография акупунктурных точек меридиана печени.

§ 16. Топография акупунктурных точек срединных меридианов и чудесных «сосудов» (ЧМ № 1 - 8).

§ 17. Топография внемеридианальных акупунктурных точек.

§ 18. Топография «новых» акупунктурных точек.

§ 19. Топография аурикулярных (ушных) акупунктурных точек.

Глава 3. Законы энергетического лечения.

§ 20. Суточная цикличность движения энергии по меридианам.

§ 21. Годовая цикличность движения энергии по меридианам.

§ 22. Виды воздействия на акупунктурные точки.

§ 23. Специфические точки меридианов.

§ 24. Правило изменения энергетики меридиана методом «мать-сын».

§ 25. Правило изменения энергетики меридиана «муж-жена».

§ 26. Правило изменения энергетики меридиана методом «полдень-полночь».

§ 27. Правила изменения энергетики меридиана методами «большой укол» и «малый укол».

§ 28. Другие правила.

§ 29. Срединные меридианы.

§ 30. Чудесные меридианы.

§ 31. Генератор энергии.

§ 32. Агрессивные факторы внешней среды.

§ 33. Традиционное учение об органах и меридианах.

[§ 34. Иглотерапевтическая диагностика.](#)

[§ 35. Эмпирическая акупунктура.](#)

Глава 4. Частная иглотерапия.

[§ 36. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане легких.](#)

[§ 37. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане легких.](#)

[§ 38. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане толстого кишечника.](#)

[§ 39. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане толстого кишечника.](#)

[§ 40. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желудка.](#)

[§ 41. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желудка.](#)

[§ 42. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане селезенки.](#)

[§ 43. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане селезенки.](#)

[§ 44. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане сердца.](#)

[§ 45. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане сердца.](#)

[§ 46. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане тонкого кишечника.](#)

[§ 47. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника.](#)

[§ 48. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря.](#)

[§ 49. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря.](#)

[§ 50. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане почек.](#)

[§ 51. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане почек.](#)

[§ 52. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане перикарда.](#)

[§ 53. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда.](#)

[§ 54. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела.](#)

[§ 55. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела.](#)

[§ 56. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря.](#)

[§ 57. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря.](#)

[§ 58. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане печени.](#)

[§ 59. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане печени.](#)

Глава 5. Мануальная терапия при остеохондрозах.

[§ 60. Хиропрактика, остеопатия и мануальная терапия.](#)

[§ 61. Причина возникновения остеохондрозов.](#)

[§ 62. Причина возникновения радикулитов.](#)

[§ 63. Клинические симптомы остеохондрозов и радикулитов.](#)

[§ 64. Общие принципы лечения остеохондрозов.](#)

[§ 65. Особенности клиники остеохондрозов шейного отдела позвоночника.](#)

[§ 66. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов шейного отдела позвоночника.](#)

[§ 67. Особенности клиники остеохондрозов грудного отдела позвоночника.](#)

[§ 68. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов грудного отдела позвоночника.](#)

[§ 69. Особенности клиники остеохондрозов поясничного отдела позвоночника.](#)

[§ 70. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов поясничного отдела позвоночника.](#)

[§ 71. Клиническая классификация и лечение грыж межпозвоночных дисков.](#)

[§ 72. Мануальная терапия для новорождённых.](#)

[§ 73. Показания и противопоказания для мануальной терапии.](#)

[§ 74. Дифференциальная диагностика радикулитов и остеохондрозов от похожих на них болезней.](#)

Литература по иглотерапии.

Литература по мануальной терапии.

Таблица китайских названий точек акупунктуры.

Атлас точек акупунктуры.

От автора.

Книга значительно отличается от монографий других авторов. Неизменной (для моей книги и для книг других авторов) остаётся только «Глава 2» книги, где описывается топография акупунктурных точек 12 стандартных меридианов, срединных и чудесных меридианов, внеканальных, новых и аурикулярных точек. Весь остальной материал отличается исключительной новизной.

Во-первых, в этой книге подробно описываются методы практического применения законов иглотерапии для лечения 250 болезней на базе изменения энергии стандартных меридианов (смотрите Главу 4). Ни одна монография в Европе не обладает такой большой информацией по энергетическому лечению заболеваний как эта книга. Одновременно даны методы лечения болезней электроакупунктурой, фитотерапией, японским точечным массажем (шиацу), славянской акупрессурой. Описываются более 20 методов повышения и понижения энергии в каждом из 12 меридианов. Эти методы принесены из глубины веков китайской иглотерапией в виде специальных законов изменения энергии: "полдень – полночь", "мать – сын", "большой укол", океан и 4 моря энергии, воздействия на точки у – шу, на чудесные меридианы и так далее.

Во-вторых, книга обучает любого человека постановки иглотерапевтического диагноза (смотрите Главу 3, § 34). Это можно сделать 18 методами. Пока врач не знает диагноза, он не знает, чем болеет человек, что надо лечить, а следовательно, и как можно вылечить! Иглотерапевтический диагноз совершенно не похож на клинический, с которым привыкли иметь дело пациенты и врачи в больницах и поликлиниках.

В-третьих, в книге впервые в мире дается научное объяснение физиологической роли акупунктурных точек (Глава 1). После пяти лет исследований автор книги установил, что акупунктурные точки поглощают электрические биотоки, которые вырабатываются человеческим организмом в сердце, мозге и внутри специфических тканях пятью органами чувств.

В-четвертых, в книге дается краткое и очень понятное изложение лечения патологии позвоночника методами мануальной терапии (смотрите Главу 5). По статистике каждый четвертый больной обращается к иглотерапевту с диагнозом «остеохондроз». Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут расслаблены (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatia). Вот почему последнюю главу этой книги автор посвящает лечению остеохондрозов при помощи мануальной терапии. После прочтения 5 главы книги каждый врач может применять этот метод лечения в своей практической деятельности.

После изучения книги читатель приобретает возможность самому успешно излечивать некоторые заболевания. Книга будет интересна для практических врачей, студентам-медикам, а также широкому кругу читателей, которые интересуются восточными методами лечения.

ВВЕДЕНИЕ.

К немедикаментозным методам лечения относятся иглотерапия, мануальная терапия (osteopatia), физиотерапия, психотерапия, гипноз и некоторые другие. Иглотерапевтический метод лечения (чжэнь-цзю терапия, *чжэнь – укол, цзю – прогревание*) приобретает все большую популярность. Он показал себя как эффективный способ лечения различных болезней нервной периферической системы и внутренних органов. Приблизительно 250 болезней можно вылечить иглорефлексотерапией. Главное достоинство метода в том, что лечение проводится без насыщения организма химическими веществами. Современная медицина чрезмерно увлечена медикаментозным лечением болезней. Длительное применение и передозировка лекарств разрушают внутренние органы. Инъекции лекарственных веществ вызывают аллергизацию организма, а это провоцирует развитие таких болезней как астма, псориаз, экзема, диатез, непереносимость многих пищевых продуктов и т. д. При лечении иглотерапевтическим методом в организм не поступают никакие химические вещества. Это «экологически чистый» метод лечения. Метод активизирует защитные силы организма для борьбы против болезни. Современная медицина имеет большое

количество научных фактов, свидетельствующих об огромном потенциале защитных сил человеческого организма, которые не проявляют себя, так как остаются длительное время в неактивном, «законсервированном состоянии». Чтобы заставить работать скрытые потенциалы живых органов и тканей на организм воздействуют точечным массажем, иглотерапией, психотерапией, теплом тлеющей сигареты, током, магнитом, гипнозом и другими методами.

У иглотерапевтического метода, как и у любого другого метода, существуют показания для применения и противопоказания. О болезнях, которые **хорошо поддаются излечению** иглотерапией, рассказывается в третьей главе «Частная иглотерапия». Иглотерапией успешно лечатся пациенты с поражением периферической нервной системы, а также функциональная патология многих органов (дискинезия желчного пузыря, ночное недержание мочи и так далее). Китайские иглотерапевты утверждают, что они могут лечить более 250 заболеваний методом акупунктуры (чжэнь-цзю терапии). Самый оптимальный возраст для лечения иглотерапией – дети старше 7 лет и взрослые до 55 лет. У детей младшего возраста и у старых людей эффективность лечения в 2 – 3 раза ниже. За 2 часа перед началом лечения пациент должен хорошо покушать, отдохнуть, быть свежим, жизнерадостным, уверенным в успехе лечения. Главные **противопоказания** к применению иглотерапии следующие. Нельзя применять иглотерапевтическое лечение больному, находящегося в бессознательном или лихорадочном состоянии (температура выше 38 ° С). Не стоит применять этот метод при инфекционных заболеваниях в острой стадии (дизентерия, грипп, холера, вирусный гепатит и так далее) и беременным женщинам за 2 – 3 месяца до родов. Не стоит пытаться облегчить состояние пациентов иглотерапией при острых хирургических заболеваниях (аппендицит, переломы костей и так далее), при терапевтических заболеваниях в острой стадии (инфаркт миокарда, инсульт, острый панкреатит и другие). Не в силах иглотерапевт помочь пациенту со злокачественными новообразованиями (рак, саркома), с лейкозами и другими заболеваниями крови. Общий список всех противопоказаний для применения акупунктуры следующий:

- 1) все злокачественные и доброкачественные опухоли и новообразования;
- 2) болезни крови и кроветворных органов;
- 3) острые и хронические инфекционные заболевания, протекающие с высокой температурой и интоксикацией;
- 4) декомпенсированные заболевания сердца, легких и др.;
- 5) активный ревматизм;
- 6) сильное истощение;
- 7) обморожение и воспалительные процессы ушной раковины;
- 8) острые воспалительные процессы опорно-двигательного аппарата;
- 9) врожденные уродства конечностей, туловища, центральной нервной системы.

Метод чжэнь-цзю терапия имеет очень широкое применение в Китае, Вьетнаме, Корее и Японии. Лечение не требует дорогостоящего оборудования, специальных операционных блоков, дорогостоящих лекарств. Достаточно небольшое разнообразие игл и сигарет. Современная традиционная медицина явно злоупотребляет лекарствами,

которые на протяжении многих лет «наполняют» организм пациента (килограммами и литрами, через желудок и в виде инъекций). Иглотерапевты редко применяют лекарства во время своего лечения. В этом состоит большое преимущество метода. Иглоукалывание становится популярным методом лечения во всех развитых странах Европы и Америки.

Глава 1. Электрофизические основы иглотерапии

Для лечения многих болезней используются точки акупунктуры (ТА, биологически активные точки, БАТ, китайские точки). Мы их протыкаем иглой, на них надавливаем пальцами и специальными палочками, воздействуем электротоком, магнитами и лазерным лучом. Но как это ни странно, до сих пор неизвестна функция акупунктурных (акупрессурных) точек для человеческого организма. Зачем они нужны и какую функцию исполняют? Существует огромное количество теорий и гипотез по этой проблеме. Автор является приверженцем электрофизической модели лечебного воздействия на точки акупунктуры (ТА). Теоретические знания абсолютно необходимы практическому врачу, так как без понимания процессов, которые вызываются воздействием на акупунктурную точку, нельзя предсказать конечный результат лечения.

§ 1. Акупунктурные точки поглощают электроны.

Автор данной книги уже длительное время занимается теоретическими исследованиями. Он убежден, что эффективность акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) возрастет в десятки раз после того, как будут точно установлены биохимические аспекты генерации и поглощения электричества внутри нашего организма. Особую роль в жизнедеятельности живых существ играют акупунктурные точки, которые поглощают балластные биотоки. Кожные покровы, слизистые оболочки и пять органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус) осуществляют связь между организмом и внешней средой. Центральная нервная система животных и человека постоянно получает информацию из внешней среды. Изменения условий внешней среды (нападение врага, изменение пищевого режима, климатические изменения) приводят к адекватной реакции внутренних органов (мышц, синтетической деятельности печени, мозга, общего обмена веществ). От головного мозга приказ об изменении работы внутренних органов поступает в виде биотоков. Передав внутреннему органу информацию, биотоки устремляются к "периферии тела", к кожным покровам.

Иглотерапия относится к энергетическим методам лечения человека. Вот почему для иглотерапевта необходимо знать весь цикл движения биотоков в человеческом организме от начала до конца. Современная физиология живых тканей может точно указать места образования электричества в организме, но пока эта наука не знает, как генерируется электричество живыми тканями (в сердце, мозге, глазах, внутреннем ухе, внутри вкусовых, тактильных и обонятельных рецепторов). Почти ничего не известно "об объеме и механизме" уничтожения отработанных, "балластных" биотоков. Исследования по этим проблемам только начинаются. Конечно, теоретические вопросы иглотерапии будут интересны только специалистам - медикам. Для врачей - практиков и для больного человека не важна теория, а важен результат.

1. Человек – это электрическая система. Существуют определенные законы, которым подчиняется движение электрического тока внутри человеческого организма.

Организм человека и животного – это сложные электрические системы, где существуют генератор электричества, проводники (периферическая нервная система), объекты частичного поглощения биотоков (внутренние органы) и объекты полного поглощения биотоков (акупунктурные точки). В теле животного есть свои «электростанции» (головной мозг, сердце, сетчатка глаза, внутреннее ухо, вкусовые рецепторы и т. д.), «линии электропередач» (нервные ветви различной толщины), «потребители» биотоков (мозг, сердце, легкие, печень, почки, желудочно-кишечный тракт, железы внутренней секреции, мышцы и т. д.) и поглотители балластного электричества (в виде биологически активных точек, расположенных под кожей).

Если рассматривать человеческий организм с «технических» позиций, то человек является автономной саморегулирующейся электрической системой. Физика называет три главные составные части электрической цепи: генератор электрического тока, система электропередачи (проводники тока) и потребитель (поглотитель) электричества. Например, электростанция вырабатывает электрический ток, линия электропередач (ЛЭП) передает электричество на большие расстояния потребителю (заводу, фабрике, жилым домам и т. д.). Из физики электричества известно, что электрический ток в цепи будет проходить только в том случае, если на одном конце проводника образовался избыток электронов, а на другом конце – их недостаток. Электроток движется от плюсового электрического заряда к минусовому. Условия для движения электротока не возникнут до тех пор, пока в электрической цепи не появится разность потенциалов. Генератор электричества создает избыток электронов в одном месте, а потребители электричества играют роль непрерывных поглотителей электронов. Если бы потребители электричества не поглощали электроны, а постепенно их накапливали, то с течением времени их потенциал сравнялся бы с электрическим потенциалом генератора, и тогда движение электричества в цепи прекратилось бы. Поэтому **первый закон биоэлектродинамики можно сформулировать следующим образом: для движения электрических токов в цепи обязательно необходимо присутствие трех составных частей в виде генератора (электрического плюса), который вырабатывает электроны, проводника тока, который передает электроны с одного места в другое, и потребителя электричества (электрического минуса), который поглощает электроны.**

Хорошо известно, что благодаря биотоку, движущемуся по нервным тканям, происходит перистальтика кишечника, сокращение мышечной ткани сердца, работа мышечно-суставного аппарата (благодаря которой человек ходит, совершает трудовую деятельность). Мышление и проявление эмоций осуществляется также вследствие движения биотоков по нервным клеткам коры головного мозга. Поступление биотоков по нервным стволам к речевому аппарату делает возможным общение людей друг с другом. Биоимпульсы, исходящие из головного мозга, регулируют синтез белков в печени, гормонов в железах внутренней секреции, влияют на выделительную функцию почек, устанавливают периодичность дыхательных движений. Человека в целом надо воспринимать как сложную электротехническую (кибернетическую) систему, которая способна к умственной и физической деятельности и размножению. Конечно, «электротехническое» строение живого организма значительно сложнее, чем банальная электрическая цепь. Но общие принципы их деятельности одинаковы.

2. О генераторах электричества человеческого организма. Животные организмы имеют два вида генераторов электричества: внутренние и наружные. К внутренним относятся мозг и сердце, к наружным пять органов чувств (зрение, слух, вкус, обоняние и осязание).

В головном мозге биотоки вырабатываются в том месте, где располагается ретикуло-эндотелиальная формация. От головного мозга биотоки поступают в спинной мозг, а оттуда по нервным сплетениям направляются ко всем органам и тканям. Далее очень мелкие нервы проникают во все органы грудной и брюшной полости, в кости, мышцы, сосуды, связки туловища и конечностей. Нервные ткани являются специфическими проводниками биотоков. Нервы играют в организме ту же роль, которую играют металлические (алюминиевые, медные) провода с изоляцией в электротехнике. В виде тончайшей сеточки они пронизывают все внутренние органы и мягкие ткани организма. В конце своего пути биотоки покидают нервные окончания и переходят в межклеточное пространство неспецифических проводников электричества внутренних органов, мышц, сосудов, кожи и т. д. Все ткани человеческого тела состоят на 95% из воды с растворенными в ней солями. Поэтому живые ткани являются прекрасными проводниками электричества.

В сердце биотоки генерируются в синусовом узле. От него концентрированный поток электронов проходит по пучку Гисса, нервные ветви которого заканчиваются клетками Пуркинье, диффузно расположенными в миокарде. Клетки Пуркинье передают биоимпульсы к мышечным клеткам сердца. Под действием биоимпульсов происходит сжатие сердечной мышцы - систола. Далее сердечные биотоки покидают пределы сосредоточения и «растекаются» по всему телу. Благодаря этому электрокардиограф фиксирует наличие биотоков на контактных металлических пластинках, которые соприкасаются с кожей грудной клетки, ног и рук.

Диастола (то есть расширение сердца и увеличение объёма полостей желудочков и предсердий) происходит благодаря резиноподобного действия толстых стенок сердечных мышц. Если взять мячик из мягкой резины (или из поролона) и сжать его кистью руки, то его объём можно уменьшить в 5 раз. Для сердца это будет сжатие (систола) от действия электрического импульса на мышечные волокна, который вырабатывается в собственной сердечной «электростанции». После того, как кисть руки кончит сжимать резиновый мячик, разожмётся, моментально мячик увеличивается в размере в 5 раз по причине эластичности (как у резины). Это этап распрямления резинового меча, аналогичный сердечной диастоле. Диастола сердца происходит благодаря «резиновой» эластичности миокарда, а не благодаря повторному воздействию электрических импульсов на миокард с целью насильственного увеличения объёма сердца. Инфаркт сердца – это возникновение ограниченного, спазмированного участка сердечной мышцы, который из-за склероза сосудов внутри этого участка, потерял свою эластичность и не увеличил свой объём после прекращения сжатия, не расширился как резинка.

Естественная смерть старых людей происходит по причине прекращения выделения электрической энергии «электростанцией» мозга или «электростанцией» сердца. Исследования электрофизиологов показали, что ретикуло-эндотелиальная формация вырабатывает электричества в ватах в сутки при бодрствовании человека (то есть во время работы в дневное время суток) в 5 – 10 раз больше, чем её генерируется в мозгу спящего человека (то есть ночью). Хорошо известно, что основное количество электрической энергии тратится на работу мышц конечностей и туловища и на интеллектуальную работу мозга. Если измерять электрическую энергию, которую вырабатывает ретикуло-эндотелиальная формация (в ватах за сутки), то на протяжении жизни (например, на протяжении 80 лет) её количество меняется. Самое высокое количество энергии вырабатывает мозг человека в юношеском и молодом возрасте, то есть в возрасте 18 – 27 лет. В это время мышечная и интеллектуальная сила мужчин и женщин самая высокая. Самое низкое количество электроэнергии вырабатывается внутри мозга детей до года и стариков после 70 лет. Вот почему дети и старики ослаблены в физическом отношении и нуждаются в посторонней помощи. Также хорошо известно, что дети и старики ослаблены и в интеллектуальном отношении.

В 89 % случаев смерть старого человека происходит по причине инсульта, инфаркта, раковой опухоли или от наличия другой болезни (пневмонии, диабета, цирроза печени и так далее). Но в 11 % случаев смерть старого человека происходит от старости, то есть – по естественным причинам. Что это за причины? Естественная смерть старых людей происходит по причине прекращения выделения электрической энергии «электростанцией» мозга или «электростанцией» сердца. Нервные клетки электрических генераторов в мозгу и в сердце стареют и перестают функционировать, перестают вырабатывать электрические потенциалы. Возникает или остановка дыхания, или остановка сердцебиения, что неизбежно приводит к гибели всего организма. Естественная смерть старого человека от остановки дыхания происходит в 24 % случаев, а в 76 % случаев смерть происходит от прекращения деятельности электростанции сердца, от остановки сердца. Механизм смерти стариков от остановки дыхания следующий. Из ретикуло-эндотелиальной формации поток биоимпульсов поступает в продолговатый мозг, откуда дыхательный центр направляет электрические импульсы дыхательным мышцам грудной клетки. Происходит увеличение объёма грудной клетки и лёгких, то есть – происходит вдох, и воздух закачивается а в легочное «бронхиальное дерево». Далее следует выдох. Электрические импульсы поступают к мышцам – антагонистам, которые уменьшают объём грудной клетки и лёгких, то есть – происходит выдох, происходит выталкивание воздуха из легочного «бронхиального дерева». У старых людей отмирают клетки ретикуло-эндотелиальной формации мозга, и генерация электрических токов в (количественном отношении, в ватах в сутки) прогрессивно уменьшается. Смерть – это полное прекращение работы ретикуло-эндотелиальной формации мозга. При этом в первую очередь останавливается дыхание,

так как оно осуществляется благодаря работе дыхательных мышц грудной клетки. Как только дыхательный центр мозга перестаёт подавать биоимпульсы к дыхательным мышцам, возникает смерть от удушья.

Если у какого-то человека быстрее стареет **генератор электричества в сердце** (который так же состоит из нескольких тысяч нервных клеток), то смерть происходит от прекращения выработки электричества внутри «электростанции» сердца. Генератор электричества в сердце прекращает «выстреливать» электрические токи, а поэтому происходит остановка сердечной деятельности. Не происходит сердечная систола, возникает остановка сердечных сокращений и организм умирает.

Спортивная медицина доказывает, что ежедневные и не слишком интенсивные **занятия любительским спортом поддерживают высокий тонус ретикуло-эндотелиальной формации** и сердечная «электростанция» намного дольше (до 100 и более лет) выделяет электрические импульсы. Спортсмен усиленно воли заставляет напряженно работать мышцы, а для их работы необходимо большое количество электрической энергии, которые производятся в мозгу и в сердце их генераторами электричества. Тренировки заставляют работать на полную мощность «электростанции», которые расположены внутри мозга и сердца, заставляют и в старости сохранять мощную генерацию электричества. Регулярные мышечные усилия заставляют выделять электричество в «электростанциях» мозга и сердца достаточно долгое время (100 лет и более). Чрезмерное физическое перенапряжение приводит к истощению генераторов электричества в мозгу и сердце, что приближает момент остановки их деятельности, что предрекает быструю гибель организма. Практическая медицина доказывает, что дольше живёт тот человек, который занимается не умственным трудом, а ежедневным, умеренным физическим трудом! Современные люди, особенно городские жители, мало двигаются, редко делают интенсивную физическую работу, а поэтому их «биологические электростанции» быстро дряхлеют. Ежедневный спорт в лесу или на открытом стадионе (где повышено содержание кислорода) – это залог долгой жизни.

Внутри глаза также имеется специфический генератор биотоков в виде сетчатки. Когда свет попадает на сетчатку глаза, возникает поток электронов, который дальше распространяется по зрительному нерву и передается в кору головного мозга. Благодаря выработке биотоков сетчаткой глаза человек получает возможность видеть окружающий мир. Зрение дает человеку более 80% информации.

Внутреннее ухо является генератором электроимпульсов, которые возникают при воздействии звуковых волн. Чувствительные слуховые клетки кортиева органа расположены на основной мембране внутреннего уха (улитка) и приходят в возбуждение при колебаниях основной мембраны. Из улитки биотоки проходят по слуховому нерву в продолговатый мозг, а дальше в кору головного мозга.

Кожные рецепторы воспринимают прикосновение, давление, болевое раздражение, холодное и тепловое воздействие. При гистологическом исследовании в коже обнаружено большое количество нервных окончаний в виде кисточек, корзиночек, розеток, окруженных капсулой. Тактильную чувствительность воспринимают клетки Меркеля, Фатера-Пачини и тельца Мейснера. Свободные окончания осевых цилиндров в виде заострений и пуговчатых утолщений воспринимают болевую чувствительность. Колбы Краузе, тельца Мейснера и Руффини воспринимают чувство холода и тепла. На 1 квадратном сантиметре кожи находится 200 болевых рецепторов, 20 тактильных, 12 холодных и 2 тепловых. Воздействие давления, тепла, холода, укола и других видов травмы на эти кожные рецепторы приводит к возникновению биоимпульсов, которые по мелким и крупным нервным стволам передаются в спинной мозг, далее в продолговатый мозг и кору полушарий. Кожные рецепторы относятся к самым мелким генераторам электричества в организме человека.

Обонятельные нервы берут свое начало на так называемых митральных клетках обонятельной луковицы. Воздействие пахучих веществ на эти клетки приводит к возникновению биоимпульсов. Нервные обонятельные клетки заканчиваются в грушевидной извилине коры головного мозга.

Вкусовые рецепторы расположены на языке и представлены микроскопическими «вкусными почками», которые объединяются во вкусовые сосочки. При воздействии химических веществ вкусовые сосочки языка вырабатывают биоимпульс, т.е. вкусовые сосочки играют роль генераторов электрического тока. Вкусовые нервы относятся к волокнам лицевого, языкоглоточного и блуждающего нервов. По ним биоимпульсы проходят к таламусу и заканчиваются в оспекулярной области коры головного мозга. В этой области возникают электропотенциалы после раздражения вкусовых рецепторов химическими веществами.

Если все электричество, которое вырабатывается перечисленными органами (головным мозгом, сердцем, пяти органами чувств) на протяжении суток принять за 100%, то 50% этого количества вырабатывает сердце, 40% - мозг, и только 10% - органы

чувств (сетчатая оболочка глаза – 7%, внутреннее ухо – 2%, и 1% - тактильные, обонятельные и вкусовые рецепторы). Конечно, если человек перенес сильную травму, то тогда болевые рецепторы (тактильные органы чувств) могут выработать до 90% всего количества биоимпульсов, выработанных человеком за сутки.

Из сказанного можно сформулировать **второй закон биоэлектрофизики: в организме человека имеется 7 биологических генераторов биотоков.** Физиологические исследования нервных тканей давно установили факт существования двух различных по функциональной деятельности нервных клеток: эфферентных и афферентных. В эфферентной электрической цепи биотоки распространяются от центра (мозга) к периферии (кожным покровам), проходя через все внутренние органы и ткани. В афферентных путях биотоки распространяются от внешних генераторов электричества (органов чувств) к центральной нервной системе (сначала к спинному, а потом – к головному мозгу). Это положение относится ко второму закону биоэлектрофизики.

3. Токи от внутренних органов стремятся к "кожной" периферии тела. Теперь обратим внимание на эксперимент, который проводится на уроках физики с учениками средней школы. Для опыта берется полый металлический шар с толстой стенкой (около сантиметра), который имеет небольшое круглое отверстие «в днище». **Смотрите рисунок 1 - 1.**

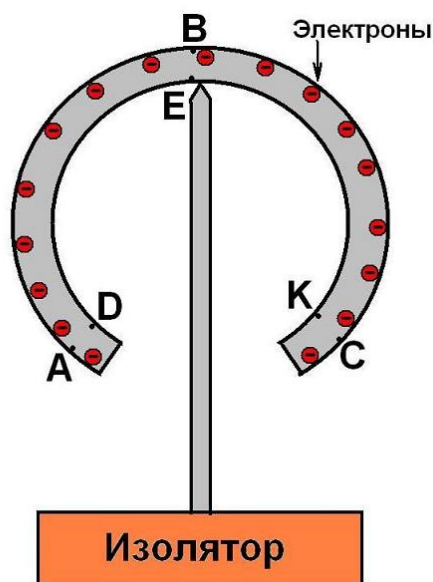


Рисунок 1 - 1. Полый металлический шар.

При помощи эбонитовой палочки заряжаем статическим электричеством металлический шар изнутри, прикасаясь к точкам D, E и K. Сразу после подзарядки при помощи прибора измеряем электрический потенциал в этих точках. К большому изумлению учащихся, прибор показывает отсутствие электрического потенциала на внутренней поверхности шара (в точках D, E и K). Как бы сильно мы ни заряжали внутреннюю поверхность шара, она всегда оказывается электрически нейтральной. В то же время прибор фиксирует наличие высокого электрического потенциала на наружной поверхности шара, в том числе и в точках A, B, C, несмотря на то, что с наружной поверхности железный шар не насыщался статическими электронами. На основании этого опыта можно сделать очень важный вывод: **при насыщении электрическими зарядами внутренней «зоны» какого-то тела весь потенциал будет быстро претекать на наружную поверхность тела.** Интересно отметить, что любые попытки

направить хотя бы часть электрического потенциала с наружной поверхности шара (от точек А, В, С) на внутреннюю поверхность (к точкам D, E, K) не осуществимы. Подчиняясь этому электрофизическому закону, балластное электричество человеческого тела неудержимо стремится от внутренних органов на периферию тела – к кожным покровам! Далее эндогенное электричество «растечется» по всей поверхности кожных покровов, покроем «одинаковым количеством электронов» каждый квадратный сантиметр кожи. Если из металла отлить фигурку человека с отведенными в сторону руками и ногами, то стремление электрических зарядов занять самые наружные поверхности выразится следующим образом. Более 80% электрических зарядов располагаются на стопах ног, кистях рук и волосистой части головы. Лишь 20% зарядов останутся на туловище (спине, животе), плечах и бедрах. Можно предположить, что из-за более низкой электропроводимости живых тканей (по сравнению с металлом) поведение эндогенного электричества в чем-то будет отличаться, но эти отличия не будут выражены очень резко. Из сказанного можно сформулировать **третий закон биоэлектрофизики**: свободные электрические заряды всегда стремятся быстро покинуть внутренние «районы» металлического проводника (и внутренние органы и ткани человеческого тела), и стремятся расположиться на поверхности металлического проводника (на поверхности проводящего электричество металлического провода, на коже). Электрики хорошо знают, что электрический ток распространяется по самой наружной оболочке железного помещения, и никогда не будет поражен электричеством человек, который находится внутри железного помещения. На протяжении жизни (животного или человека) происходит непрерывное поступление «отработанных» биотоков из внутренней среды организма к его наружной (периферической) поверхности. Если бы кожные покровы не осуществляли процесс утилизации электрического тока, то каждый человек стал бы носителем сильного заряда статического электричества. Однако, накопление эндогенного электричества на поверхности тела не происходит. Кстати, существуют животные, которые накапливают эндогенное электричество на своей поверхности и при нападении на другое животное (или человека) поражают его смертельным ударом электрического тока. Это морские рыбы: электрический скат, электрический угорь и другие.

Кроме того, тело человека часто «бьется током». Но это происходит по причине накопления статического электричества не на кожной поверхности человека, а на одежде, содержащей синтетические нити. Если человек дотрагивается до металлического предмета или до тела другого человека, то статическое электричество за миллионные доли секунды сначала с одежды проникает на кожу руки, а потом с пальца устремляется на предмет, который не содержит избыток электронов. Так возникает мелкий искровой разряд. При этом нужно помнить, что накопление статического электричества происходит не на кожной поверхности тела человека, а на сухой и трущейся одежде, сотканной из синтетических волокон.

4. Концентрация распределения статического электричества на поверхности человеческого тела. До сих пор исследовался механизм распределения и поглощения электрических токов на поверхности абстрактного физического тела в виде шара. Теперь перейдём к описанию электротехнических исследований распределения статического электричества непосредственно на поверхности человеческого тела. Ведь до сих пор нет ни одного научного исследования в мире, которое указывало бы места наибольшей концентрации распределения балластного электричества на кожной поверхности человека. Учёные воспринимают выражение **«распределение балластного**

(статического) электричества по поверхности кожи» как равномерное, с одинаковой концентрацией электронов на каждом квадратном сантиметре на руках, ногах, голове и на туловище. Однако научные исследования доказывают, что наибольшая концентрация статического (отработанного) электричества находится в пальцах рук и ног, и на макушке головы. На туловище содержится всего 20 % , а в кистях рук, стопах ног и на макушке головы содержится 80% статических электронов. Такое неравномерное распределение свободных электронов на поверхности человеческого тела объясняется следующим образом. Рассмотрим расположение человеческого тела внутри стального шара. **Смотрите рисунок 1 - 2.**

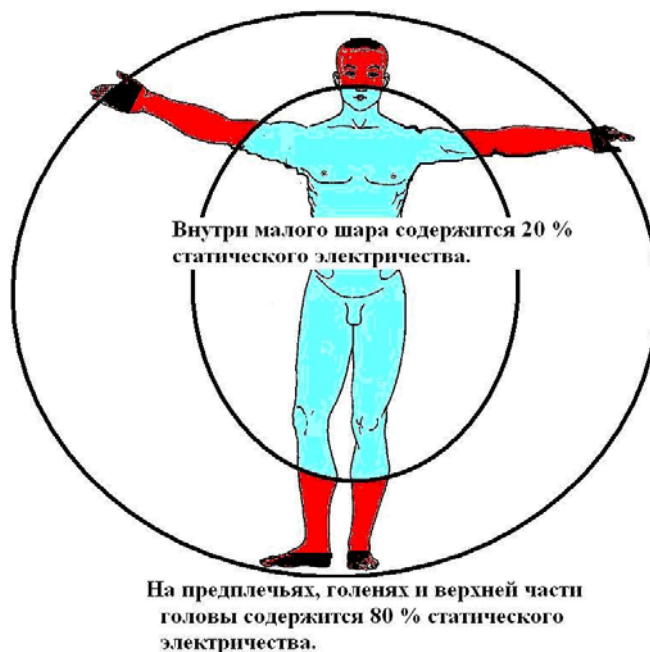


Рисунок 1 - 2. Распределение статического электричества на человеческом теле: внутри большего шара – 80 %, а внутри малого шара – 20%.

Как видно из рисунка, основная масса статических (свободных) электронов концентрируется на его периферических участках: на предплечьях, голених и верхней части головы. Самая низкая концентрация статических (свободных) электронов находится в поясничной области, на уровне пупка, то есть спереди и сзади человеческого тела. Отсюда вытекают следующие выводы:

1. Наиболее интенсивное поглощение акупунктурными точками внутренней электрической энергии человека (80% её количества) происходит на кистях, стопах и верхней части головы.
2. Именно этим объясняется высокая терапевтическая активность акупунктурного лечения при воздействии на точки, расположенные на периферических частях тела.
3. Следовательно, больше всего тепловой энергии (80%) выделяется на предплечьях, голених и верхней части головы.
4. Самое малое количество электронов поглощается акупунктурными точками в средней части туловища человека, на уровне пояса, то есть по задней поверхности туловища – на уровне 11-го грудного и 3-го поясничного позвонков, а по передней поверхности туловища по окружности в виде пояса шириной 5 сантиметров от пупка вверх и вниз.

Именно в этом месте при измерении чувствительными электрическими приборами расположены точки акупунктуры с низким напряжением статических токов.

5. Соответственно на предплечьях, голених и верхней части головы расположены акупунктурные точки с суммарным высоким напряжением статических токов.

Электротехнические основы создания диагностических аппаратов по определению энергетического состояния меридианов. При поточном лечении больных в поликлиниках и больницах врач-иглотерапевт заинтересован в быстром определении иглотерапевтического диагноза. Хорошо известно, что для проведения правильного лечения иглотерапевту важно знать энергетическое состояние всех 12 стандартных меридианов: Лёгких, Толстой кишки, Желудка, Селезенки, Сердца, Тонкой кишки, Мочевого пузыря, Почек, Перикарда, Трех полостей туловища, Желчного пузыря, Печени. Все старые методы иглотерапевтической диагностики (в виде сбора анамнеза, в виде определения теплочувствительности точек, указывающих на энергетическую насыщенность 12 стандартных меридианов, другие, о которых читайте в книгах параграфы по иглотерапевтической диагностике) отбирают у врача слишком много времени. Конечно, быстрее эту работу сделают электротехнические приборы. В настоящее время во всех странах мира (особенно в Японии и Китае) созданы сотни электротехнических аппаратов для иглотерапевтической диагностики. Но до сих пор неизвестны принципы истинных, самых правильных измерений энергетического уровня 12 стандартных меридианов. **Трагедия электротехнического определения энергетического состояния меридианов состоит в том, что каждый автор аппарата предлагает брать за основу по определению энергетического состояния всего меридиана разные стандартные и нестандартные точки, расположенные на меридиане, энергию которого хотят измерить.** Одни авторы считают, что общее энергетическое состояние меридианов правильно указывают ло-пункты, другие – тонизирующие точки, седатирующие, точки-пособники, точки сочувствия (согласия, успеха, ю-точки), точки-глашатай (болевая точка, точка тревоги, мо-пункт), точки-щели, точки пересечения, и даже групповые ло-пункты, обыкновенные точки меридианов и так далее. Авторы аппаратов для иглотерапевтической диагностики бездоказательно предполагают, что только предложенные ими точки правильно определяют энергетического состояния всего меридиана в целом. Ответственно утверждаю, что до сих пор в мире не создано электротехнического прибора, который бы правильно определял энергетическое состояние каждого из 12 стандартных меридианов. Однако приведенных выше исследования распределения статического электричества по поверхности человеческого тела дают возможность сконструировать прибор для предельно точного измерения энергетического состояния 12 стандартных меридианов. Электротехнические принципы работы этого прибора должны быть следующие:

1. Электрический показатель меридиана должен иметь вид разности силы тока любой акупунктурной точки в зоне самой низкой энергонасыщенности (в зоне середины туловища, отделяющие верхнюю и нижнюю его половины, в зоне расположения ремня для брюк) и показателей силы тока конечных точек 12 меридианов на пальцах рук и ног.

2. Хорошо известно, что через зону «минимума энергии» посередине туловища, отделяющие верхнюю и нижнюю его половины, проходят срединные меридианы Т и Ј. Точки заднего срединного меридиана, которые лежат «в зоне минимума энергии» являются **Т.3, 4, 5**. Точки переднего срединного меридиана, которые лежат «в зоне минимума энергии» являются **Ј.6, 7, 8, 9, 10**.

3. Кроме того, хорошо известно, что суммарную энергию всех 6 ян-меридианов (GI, E, IG, V, TR, VB) определяет задний срединный меридиан Т. Суммарную энергию всех 6 инь-меридианов (P, RP, C, R, MC, F) определяет передний срединный меридиан Ј. Следовательно, точкой минимума энергии, «нулевая фаза» 6 ян-меридианов (GI, E, IG, V, TR, VB) определяется одной из названных выше точек заднего срединного меридиана (Т.3, 4, 5). Точкой минимума энергии, «нулевая фаза» 6 инь-меридианов (P, RP, C, R, MC, F) определяется одной из названных выше точек переднего срединного меридиана (Ј.6, 7, 8, 9, 10).

4. Максимальная энергия 6 ян-меридианов (GI, E, IG, V, TR, VB) наиболее точно представлена самыми периферическими точками этих меридианов на пальцах рук и ног: **GI.1, E.45, IG.1, V.67, TR.1, VB.44**. Максимальная энергия 6 инь-меридианов (P, RP, C, R, MC, F) также наиболее точно представлена самыми периферическими точками этих меридианов на пальцах рук и ног: **P.11, RP.1, C.9, R.1, MC.9, F.1**.

5. Минимальный уровень для всех 6 ян-меридианов аппарат для иглотерапевтической диагностики снимет, например, с акупунктурной точки **Т.4**, а максимальный энергетический уровень для каждого из 6 ян-меридианов надо снимать с акупунктурных точек **GI.1, E.45, IG.1, V.67, TR.1, VB.44**. Минимальный уровень для всех 6 инь-меридианов аппарат по иглотерапевтической диагностике снимет, например, с акупунктурной точки **Ј.7**, а максимальный энергетический уровень для каждого из 6 инь-меридианов надо снимать с акупунктурных точек **P.11, RP.1, C.9, R.1, MC.9, F.1**.

5. Траектория движения балластного (отработанного) электричества от сердца и мозга. Теперь обратим внимание на явление, которое фактически никогда не исследовалось физиологией нервной ткани. Биотоки генерируются в живом организме с целью передачи информации, закодированной в синусоидальном электрическом биопотенциале. Они проводят биотоки по эфферентным нервным клеткам, от центральной нервной системы к внутренним органам и тканям (и, в конце концов, электричество поступает к кожным покровам). Это может быть информация-команда об усилении перистальтики кишечника, о рвотной реакции, об увеличении выделения желудочного сока, об уменьшении выделения гормональных веществ, о сокращении определенной группы мышц и так далее. Все внутренние органы и ткани «прочитывают» информацию, заложенную в биоимпульсе, и соответствующим образом реагируют, а потом этот поток биотоков становится ненужным организму и подлежит ликвидации. Клетки воспринимают информацию биоимпульса, и после этого в его существовании не нуждаются. **Далее по межклеточному пространству биотоки поступают на кожу.**

Необходимо отметить, что работа электроэнцефалографов (ЭЭГ) и электрокардиографов (ЭКГ) основана на восприятии импульсов балластного электрического тока, исходящего от мозга и сердца. При этом необходимо обратить пристальное внимание на тот факт, что ЭЭГ снимает потенциалы с кожи головы,

которые попадают туда после их возникновения в ретикуло-эндотелиальной формации, после поглощения части энергии подкоркой и корой головного мозга, а также после прохождения через толщу костей черепа и мягких тканей головы. ЭКГ получает биотоки от кожи грудной клетки, рук и ног. Биоимпульсы возникают внутри сердца в атриовентрикулярном «водителе ритма», пронизывают толщу сердечной мышцы и сумку перикарда и распространяются по крови крупных артериальных сосудов и по межклеточному пространству живых тканей на конечностях тела. Электрический ток полностью не поглощается соответствующим органом (мозгом или сердцем), а большая часть его заполняет весь объем человеческого тела в виде отработанного электричества. Такова судьба биоимпульсов, образованных внутренними генераторами электричества — мозгом и сердцем.

Интересны последние исследования автора книги. Им установлено, что в головном мозгу происходит медленное накопление «балластных электронов» в связи с активной умственной деятельностью. Это вызывает «мыслительную усталость» человека, заторможенность мышления и действий, ухудшение памяти. В мозге за день активной деятельности (перед сном) «застревает» внутри нервных тканей около 15% статического, отработанного электричества. Вредное статическое электричество покидает клетки мозга только во время сна. К акупунктурным точкам головы во время сна устремляются «застрявших» днем в клетках головного мозга потоки статических электронов. Организм человека требует сна потому, что мозг должен «разрядить» накопившийся в нем электрический заряд, который покидает клетки головного мозга и уничтожается акупунктурными точками только во время сна. Этот факт указывает на несовершенство клеток мозга, так как эти клетки за миллиарды лет своей эволюции не выработали для себя электрического или биохимического механизма для полного, 100% - ого удаления из своего тела отработанных, «статических» электронов в дневное время суток, во время бодрствования человека. Если бы такой механизм существовал, то сон для людей был бы не нужен. Мозг на мышление и эмоции поглощает всего 4% электроэнергии каждую секунду, поступающей из ретикуло - эндотелиальной формации. К этому количеству электрического потенциала надо прибавить 15% электронов, которые накапливаются за сутки (к вечеру) в тканях мозга. Утром, после сна, это балластное электричество мозга передается к коже головы и аннигилируется. Итак, в головном мозгу происходит медленное накопление «балластных электронов» в связи с активной умственной и физической деятельностью. Это вызывает «мыслительную усталость» человека, заторможенность, плохую память. в мозге к концу дня (перед сном) застревают около 15% статического электричества, выработанного ретикуло-эндотелиальной формацией на протяжении дня. По-видимому, во время труда в мозге человека работают в автономном режиме сотни «программ»: память, внимание, интуиция, напряжение мышления, слуха, зрения, разрабатывается система определенной очередности целенаправленных действий. Работа всей «компьютерной сети мозга» требует энергетических затрат на протяжении всего периода бодрствования. Только после того, как человек заснул, оперативная работа «компьютерной сети мозга» отключается, и биотоки «гасятся». Во время сна необходимость работы «компьютерной сети мозга» отпадает и (теперь уже балластное, вредное, статическое) электричество покидает клетки мозга. К акупунктурным точкам головы во время сна устремляются потоки «застрявших днем внутри нервных клеток» статических электронов. Организм человека требует сна потому, что мозг должен отдохнуть, то есть нервные клетки требуют «разрядить» накопившийся в нем электрический заряд, **который становится ненужным, а поэтому уничтожается во время сна.**

Сердце, как и мозг, также является сильнейшей электростанцией нашего организма. Однако, из нервных и мышечных клеток сердца во время сна не выбрасывается поток «застрявших ранее в нервных клетках» электронов. Это точно установлено, благодаря экспериментам по измерению потенциалов, исходящих от сердца ночью и во время сна. Следовательно, нервные и мышечные клетки сердечной мышцы не накапливают внутри себя балластное электричество, а все биотоки выводятся за свои пределы в межклеточное пространство во время дневной деятельности. Тогда можно утверждать, что мозг днем работает, а ночью отдыхает (выбрасывает вредные биотоки из своих клеток), а сердце – работает и днем и ночью! И еще можно сделать один вывод о том, что нервные клетки сердца у человека более совершенны, чем нервные клетки мозга. Следовательно, сердце (как орган) у всех животных более раннее и более совершенное образование, чем мозг. Сердце во время сна не выбрасывается поток статических электронов. Это точно установлено экспериментальным путём при измерении потенциалов (исходящих от сердца ночью) высокочувствительными приборами. Следовательно, мышечные клетки миокарда не накапливают внутри себя балластное электричество, а все биотоки выводит за свои пределы в межклеточное пространство. Следовательно, можно утверждать, что мозг во время сна отдыхает и одновременно очищается от электрического балласта (то есть выбрасывает вредные биотоки из своих клеток), а сердце – никогда не отдыхает!

6. Траектория движения балластного (отработанного) электричества от пяти органов чувств (зрения, слуха, вкуса, обоняния и осязания). Как уже упоминалось, существуют еще и наружные генераторы тока в виде пяти органов чувств. Они проводят биотоки по афферентным нервным клеткам от поверхности тела к центральной нервной системе. Какова судьба этих биотоков? Возможно, они полностью поглощаются в коре головного мозга без образования «шлаковых» биотоков? Нейрофизиологами проведено большое количество опытов по исследованию электроэнцефалограмм (ЭЭГ) при воздействии вспышки яркого света (исследовались биотоки от глаза), сильного звука (исследовались биотоки от внутреннего уха), пахучих веществ (исследовались биотоки от обонятельных клеток), химических веществ на слизистую языка (исследовались биотоки от вкусовых рецепторов) и болевого симптома (исследовались биотоки от осязательных рецепторов). Во всех случаях энцефалограф отмечал множественные изменения биотоков, исходящих от мозга к коже головы. Надо обратить внимание, что энцефалограф воспринимает электрические импульсы не от глубинных участков мозга, а от кожных покровов головы! Следовательно, эти опыты доказывают, что биоимпульсы от органов чувств по афферентным нервам поступают в головной мозг, передают информацию коре головного мозга, а дальше (в виде балластного электричества) токи проникают на поверхность кожи через кости черепа и мягкие ткани головы.

Скорость распространения биотоков по аксонам нервных клеток двигательных волокон (соматическая нервная система) составляет 100 – 120 метров в секунду, а по нервным клеткам вегетативной системы (парасимпатической и симпатической) 10 – 12 метров в секунду. Все органы и ткани поглощают только 5 % пришедших к ним биотоков, а 95 % электрического потенциала становится «ненужным балластом» и он со скоростью 5 - 10 метров в секунду «перетекает» на кожу. Почему все биотоки (полностью, на 100%) не поглощаются органом, которому они предназначены? Почему генераторы биотоков вырабатывают избыточное количество электроэнергии, а не ровно

столько, сколько требуется для передачи какой-то информации органу? Неужели природа создала затратный механизм электроснабжения живых организмов? На все эти вопросы автор дает ответы в следующих параграфах.

Итак, можно констатировать факт существования большого количества «балластного» электричества внутри и на поверхности человеческого тела. Постоянное поступление «отработанных» биотоков на поверхность живого организма является *четвёртым законом биоэлектрофизики*.

Что заставляет все биотоки организма заканчивать свое движение на кожных покровах тела? Ответ на этот вопрос дает следующий физический эксперимент.

7. Где в организме электрический "плюс", а где "минус"? Великий советский физиолог И. П. Павлов утверждал, что в том месте, где возникает электричество (в ЦНС), там оно и поглощается. То есть, он полагал, что в ЦНС, как и в электрической батарее, существуют ткани вырабатывающие электричество (генератор, плюсовой потенциал) и там же содержатся ткани, поглощающие электричество (минусовой потенциал). Движение биотоков осуществляется по кругу: от генератора электричества, «от плюса», к эфферентным нервным волокнам, после чего биотоки перетекают к органу. Далее по афферентным нервным волокнам уже «ослабленные» токи возвращаются в ЦНС, к своему физиологическому «минусу», где и ликвидируются, поглощаются. Эта модель представляет движение биотоков в животных организмах по круговой, замкнутой, непрерывной траектории. Движение биоимпульсов по Павлову начинается и заканчивается в центральной нервной системе, как у электрической батарейки. Эфферентные волокна начинаются ветвью, которая передает биоимпульсы от центра к периферии (к органу), а афферентные нервные волокна проводят эти же биотоки от периферии (органа) к центральной нервной системе. При этом в каком-то месте подразумевается переход биотока из эфферентного нерва в афферентный. Все биотоки в этой схеме не выходят за пределы нервных тканей, не покидают нервных клеток, «вооруженных» надежной электроизоляцией в виде жировой шванновской оболочки. Правда, тогда становится непонятна судьба электричества, выработанного в сердце. Ведь сердечные биотоки никак не могут попасть в ЦНС для своей «ликвидации».

К большому сожалению, «павловская рефлекторная дуга», которую можно назвать «теорией батарейки» является несостоятельной. Павловской рефлекторной дугой (точнее – Павловским кольцом) можно объяснить движение биотоков, вырабатываемых в ЦНС, но невозможно объяснить движение биотоков от сердца и от пяти органов чувств. Она не дает ответа на вопрос: почему все биотоки можно регистрировать на поверхности кожи? Ведь по Павловской теории биотоки не должны покидать нервные волокна, имеющие прекрасные жировые изоляторы вокруг своего электропроводящего волокна. Но почему тогда электрические приборы определяют на поверхности кожи наличие электрических потенциалов, исходящих от сердца (электрокардиограмма, ЭКГ) и от мозга (электроэнцефалограмма, ЭЭГ)?

Реальная схема распространения биотоков в организме животного и человека имеет вид движения только в одну сторону: или от центра к периферии, или от периферии к центру. Павловская теория игнорирует тот физиологический факт, что эфферентные нервные клетки имеют свой генератор биотоков в ЦНС и в сердце, и свой конечный путь, прерывающийся в глубинах внутренних органов и тканях. Афферентные же нервные волокна имеют совершенно другие генераторы энергии на поверхности организма (кожа, глаз, язык, нос, ухо) в 5 органах чувств, а прерываются они в центральной нервной системе. Отсюда видно, что замкнутого цикла движения биотоков

в природе не существует, а теория рефлекторной дуги подлежит коррекции. Современные взгляды в электрофизиологии опровергают Павловскую модель «электроснабжения» органов и тканей.

Разница механизма поглощения электричества промышленными потребителями (заводами, фабриками, городами) и животными организмами состоит в следующем: технические потребители электричества выступают одновременно в ролях и потребителя, и поглотителя электричества. В живом организме эти две функции разделены. **Внутренние органы человеческого организма являются потребителями биоимпульсов, а кожные покровы выступают в роли поглотителей электронов (балластных, статических биотоков).**

Как показывают мои исследования, если по нерву подается импульс по направлению к какому-то органу с силой тока, который можно принять за 100%, то орган поглощает не более 5% электрической энергии, а около 95% потенциала покидает орган и быстро перетекает на кожу. К коже токи текут в следующем порядке. На поверхности клеток органа биоимпульсы передают определенную информацию, после чего электротоки покидают нервные специфические проводники электричества и заполняют все межклеточное пространство органа. Далее электротоки быстро покидают орган по межклеточному пространству (по соединительной ткани), выбрасываются на поверхность кожи и «растекаются» по всей ее поверхности. Такова судьба отработанных, «шлаковых», «балластных» электрических токов, которые подлежат быстрому уничтожению. В роли поглотителей биотоков (электронов) выступают биологически активные точки кожи, или их еще называют акупунктурными точками.

Современная нейрофизиология мало внимания уделяет законам движения балластных электрических токов. Можно предположить, что они имеют пути преимущественного распространения между внутренними органами, концентрируются в определенных объемах тела, имеют соответствующий порядок движения по поверхности тела и т. д. Внутренние статические токи не проникают внутрь осумкованных органов (в печень, в сердце, в селезенку, желудок, легкие, кишечник, мозг). Электрические токи их «огибают» по межфасциальному пространству. Поэтому «массовый выход токов» на поверхность кожи имеет свои закономерности. Только одна наука изучает законы распространения электрического тока в виде статического электричества по поверхности человеческого тела, это – иглотерапия (чжэнь-цзю терапия). Нейрофизиология еще долгое время будет изучать сотни траекторий движения балластного электричества на поверхности кожи.

В электрической физике каждая батарейка имеет плюсовой потенциал с избытком электронов и минусовой потенциал, где электроны поглощаются. В человеческом организме избыток электронов создают биологические генераторы тока. Локализация генераторов электричества внутри человеческого организма ученым хорошо известна. А вот места, где поглощаются биоимпульсы, установлены только сейчас. Оказывается, все электроны, которые генерирует организм в своем теле после передачи клеткам ценной информации, поступают на периферию организма (на кожу) по межклеточному пространству. Человеческий организм состоит по весу на 97 % из воды с растворёнными в ней солями, которые улучшают прохождение электричества по клеточному и межклеточному пространству. Хорошо известно, что раствор соли в воде является прекрасным проводником электричества. В воде из молекулы поваренной соли образуются ионы. Благодаря ионам натрия (Na^+) и хлора (Cl^-), балластное электричество по межклеточному пространству и сосудам (в крови содержится огромное количество растворенной соли NaCl) быстро достигает кожных покровов. Вот для чего

организму нужно содержать раствор поваренной соли (NaCl) в крови и межклеточном пространстве. Вот почему пища без соли «не вкусная».

Далее происходит процесс поглощения электронов (электричества, биотоков). Какие анатомические и гистологические образования внутри кожных покровов могут исполнять роль поглотителей электротоков? Исследования, проводимые мной с 1980 по 1990 годы, убеждают в том, что специфическими органами поглощения статического электричества в организме являются биологически активные точки (БАТ). В научной литературе они имеют множество синонимов: точки акупунктуры, электрически активные точки, китайские точки, точки воздействия и т. д. Как показали собственные исследования автора, внутренние органы и ткани человека поглощают около 5% поступающей к ним энергии биотоков. Остальные 95% эндогенного электричества становятся ненужным балластом, который ликвидируется акупунктурными точками на поверхности кожи. Наибольшее количество электричества усваивает сердце – 7%, поперечно-полосатая мускулатура (бицепс) – 6%, желудок – 5%, мозг – 4%, кишечник – 3%, печень и почки – 2%, легкие – 2%, гладкая мускулатура – 1%, кости – 0,25%.

Итак, в среднем 95% энергии биотоков остается не востребуемой организмом и аннигилируется. Организм затрачивает огромное количество биохимического сырья (АТФ, глюкозы, хинонов, кофермента Q и других энергетических веществ) на производство эндогенного электричества, но с пользой для себя использует только 5% этой энергии. Поэтому можно утверждать, что коэффициент полезного действия (КПД) электрической системы организма не превышает 5%. Человек имеет далеко не идеальную электротехническую систему, несмотря на 3 миллиарда лет ее непрерывной эволюции. Такую расточительность и несовершенство живых тканей можно объяснить (а точнее, оправдать) следующими причинами.

Во-первых, неадекватно высокий электрический потенциал вырабатывают «электростанции» организма с целью быстрого прохождения биотока от начального нервного волокна через десятки синаптических щелей и вторичных нервных волокон к иннервируемому органу. Из физиологии нервной ткани известно, что при перемещении биотока по нервным тканям от ЦНС к органу, нужно пройти от 3 до 5 нервных волокон. Нервные волокна разделены между собой синаптическими щелями. Синаптические щели в нервных волокнах **играют роль диодов и триодов**, пропуская ток по нервной клетке только в одном направлении, в направлении от генератора электричества к потребителю. Электрический ток проходит всю длину первичного нервного волокна, доходит до пресинаптической мембраны, которая имеет способность выделять в синаптическую щель медиатор. (О гистологическом строении синапсов нервных волокон читайте в соответствующей медицинской литературе). Большое количество электричества в нервном волокне способно вызвать выделение большого количества медиатора (адреналина, ацетилхолина и других) внутрь синаптической щели. На постсинаптической мембране медиатор вторично вырабатывает биопотенциал, который бежит уже по вторичному нервному волокну, а последний передает биоимпульс через синапс третичному нервному волокну или органу-потребителю. Чем ниже сила тока поступает в начальное нервное волокно, тем дольше происходит движение биотока к органу-потребителю. Чтобы увеличить скорость распространения электричества по нервным клеткам животного организма, природа создала большой переизбыток энергии электрического тока (почти в 20 раз) на месте начала первичного нервного волокна. Благодаря химическим реакциям при участии медиатора вырабатывается электрический ток (биоток) для дальнейшей передачи информации по вторичному нервному волокну. Если по первичному нервному волокну придет слабый биоток, то и вторичное нервное

волокно выделит мало медиатора и произведет очень слабый электрический ток. В итоге орган не воспримет очень слабую "команду биотоков и медиаторов". Скорость распространения биотоков по аксонам нервных клеток двигательных волокон (соматическая нервная система) составляет 100 – 120 метров в секунду, а по нервным клеткам вегетативной системы (парасимпатической и симпатической) 10 – 12 метров в секунду. Все органы и ткани поглощают только 5 % пришедших к ним биотоков, а 95 % электрического потенциала становится «ненужным балластом» и он со скоростью 5 - 10 метров в секунду «перетекает» на кожу, где поглощается точками акупунктуры.

Во-вторых, объяснение выработки чрезмерно большего электрического потенциала в организме человека и животного, состоит в том, что балластные электроны в акупунктурных точках при своем «уничтожении» дают организму тепло, то есть электрическая энергия не исчезает бесследно, а превращается в тепловую энергию. К такому заключению автор этой книги пришел после экспериментального измерения температуры в точках акупунктуры. Оказалось, что при температуре окружающей среды в 18° по Цельсию кожные покровы человека имеют максимальную температуру 36,6° - 36,8° исключительно и непосредственно над точками акупунктуры, а кожные покровы вокруг точки имеют температуру ниже на 0,5 – 2 градуса. Это доказывает факт участия точек акупунктуры в процессе образования тепла для организма. Ведь охлаждение тела всегда начинается с периферии, с кожных покровов. Природа позаботилась о том, чтобы генераторы тепла находились на самой периферии организма – в кожных покровах. Сто миллионов лет назад животные (в том числе и динозавры) имели механизм интенсивного охлаждения тела через испарение воды с кожных покровов, но не имели механизма выработки (генерации) тепла. Тогда окружающая среда (воды океанов и воздух атмосферы) была чрезмерно нагрета (до 50° – 70° С). Но уже 100 миллионов лет назад началось медленное охлаждение поверхности Земли. Теплокровные животные на Земле появились около 70 миллионов лет тому назад, когда началось быстрое охлаждение поверхности планеты. Внутри организмов животных появились сложные биохимические механизмы эндогенного (внутреннего) образования тепла. Благодаря длительным эволюционным процессам начали вырабатывать тепло 3468 акупунктурных точек, расположенных равномерно по всей поверхности кожи человека и животного. Те животные, которые 70 миллионов лет назад смогли «обзавестись» собственными генераторами тепла, выжили и продолжают развиваться. Все остальные животные, в том числе и крупные динозавры, погибли от холода.

Существуют приборы, которые показывают кожу человека в различных цветах в зависимости от её температуры. При температуре тела ниже нормы (36°, 36,3°, 36,4°, 36,6° по Цельсию) участок кожи на экране тепловизора окрашивается в фиолетовый, темно-синий, синий, голубой, зеленый цвет. При температуре тела выше нормы (36,7°, 36,8°, 36,9° по Цельсию) участок кожи на экране окрашивается в желтый, оранжевый и красный цвета. Также ученые создали теплочувствительные мази, которые покрывают тонким слоем кожу, и в зависимости от температуры данного участка кожи принимают различный цвет. При помощи электротехнических приборов - тепловизоров и термочувствительных веществ можно установить, какие участки кожи данного человека и в данное время поглощают больше электронов (а поэтому выделяют больше тепла), а какие участки кожи поглощают меньше электронов (а поэтому выделяют меньше тепла). На конечностях и на туловище вытянутые тонкими лентами участки одного цвета указывают на иньский или янский меридиан с недостатком или с избытком энергии. Если на поверхности кожи возникает холодная лента темного цвета (синяя, фиолетовая), протянувшаяся по ходу какого-то меридиана, значит, эта лента указывает на меридиан с

недостатком энергии. Теплая лента с ярким цветом (желтая, красная) указывает на то, что в этом месте пролегает меридиан с избытком энергии.

Из сказанного можно сформулировать **пятый закон биоэлектрофизиологии**: в животном организме произошло разделение процесса потребления биотоков органами от процесса их уничтожения на поверхности кожи. Избыток электрической энергии возникает внутри электрических генераторов (сердца, мозга, 5 органов чувств), потребляют биотоки все клетки органов человека, а поглощение электронов осуществляется внутри акупунктурных точек на поверхности кожных покровов.

Кроме того, на основании вышесказанного можно сформулировать **шестой закон биоэлектрофизиологии**: все биотоки, вырабатываемые в организме человека, концентрируются на кожных покровах, где ликвидируются (утилизируются, поглощаются) благодаря специфической деятельности биологически активных точек (БАТ). Поэтому было бы правильнее назвать точки акупунктуры аннигиляционными точками, или точками – электропоглотителями.

8. Гистологическое строение биологически активных (БАТ), акупунктурных точек. Акупунктурная точка представляет собой маленький участок кожи и подкожной клетчатки от 1 до 3 мм, на поверхности которого приборы показывают резкое увеличение электропроводности, а точнее - увеличение электропоглощения. На поверхности человеческого тела обнаружено 3468 биологически активных точек. Они расположены равномерно по всей поверхности тела.

Г. Келлнер (1966) исследовал структуру кожи и подлежащих тканей в области 24 основных точек акупунктуры, а также в области прохождения меридианов. Из каждого участка кожи делалось до 300 микроскопических послойных срезов. Он доказал, что в области БАТ имеются определенные гистологические отличия, заключающиеся в большом количестве рецепторов (осязательные тельца, концевые колбы, гломусы).

Н.Н. Лавров, Т. К. Зайсанова, Н.В. Кравчук, Б.С. Сансыбаева, Э.И. Серебро (1960) методом микроскопической препаровки обнаружили в микроронах БАТ многочисленные нервные клетки и их разветвления. Новатниц и Полиатзек (1969) на конференции в Рожомбероке продемонстрировали диапозитивы срезов областей БАТ, где была видна густая сеть нервных волокон и чувствительных нервных утончений. П. Рабишонг и соавторы (1975) показали, что в зоне точки более тонкий слой эпидермиса, несколько иные коллагеновые волокна дермы, а также имеются спиралеобразные сосудистые сетки, окруженные безмиелиновыми волокнами холинэргического типа.

Я. А. Вандан и В.К.Зальцмане (1977) обращают внимание на наличие скоплений тучных клеток в области БАТ. В.А. Кудрявцев (1975) показал, что в тучных клетках находятся в неактивном (связанном) состоянии гепарин и гистамин. При их дегрануляции содержание гистамина в клетках снижается. Е.М.Крохина, Л.М.Чувальская и Е.Б.Новикова (1980) пришли к заключению, что «область зоны акупунктуры в отличие от нейтральной насыщена, кроме соматических чувствительных аппаратов (типа телец Мейснера—Пачини, Меркеля, колб Краузе, богато иннервируемых гломусных телец, атриовенозных анастомозов), еще и многочисленными холинэргическими арборизациями и аксонами, связанными с дериватами кожи».

Н.И.Вержбицкая, А. А. Кромин, Л. А. Всеволожский (1980) провели исследования кожи в области БАТ и окружающего их ореола. По их мнению, активные точки представляют собой сложный комплекс взаимосвязанных структур: канала и локуса. Канал состоит из эпителия и волокон соединительной ткани, в нем мало клеточных

элементов, сосудов, нервов. Он связан с островком более рыхлой соединительной ткани, расположенным среди подкожных мышц. Локусы напоминают колбы, форма которых значительно отличается в разных БАТ. В них повышенное содержание фибробластов, гистиоцитов, лейкоцитов, жировых клеток и, особенно, тучных клеток. Здесь же располагаются нервные пучки разного диаметра; по гистохимическим свойствам их можно отнести к гистаминергическим. Вокруг преобладают сосуды микроциркуляторного русла и нервные терминалы, которые окутаны тонковолокнистой соединительной тканью с тучными клетками. **Смотрите рисунок 2 - 1.**

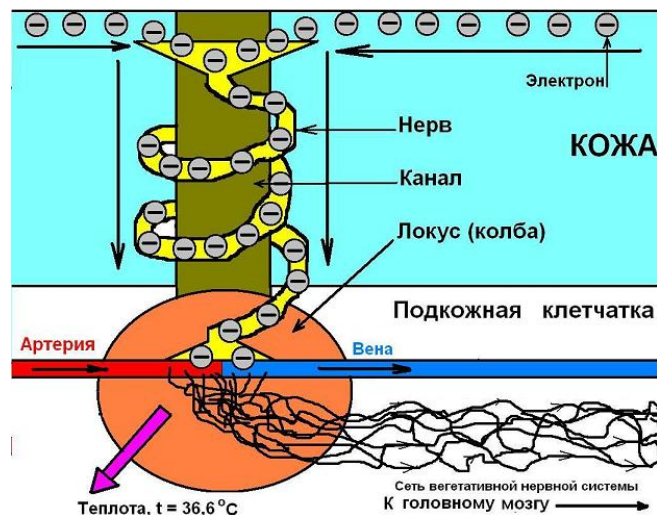


Рисунок 2 - 1. Форма акупунктурной точки (БАТ).

В колбе (локусе), в месте соединения тонких капилляров кровеносных сосудов и нерва, который проводит электроны внутрь тела, происходит процесс поглощения электронов и трансформация электрической энергии в тепловую. Благодаря этому процессу тело человека и всех теплокровных животных генерирует внутри себя температуру 36,6 градусов по Цельсию. Далее тепло от кожи распространяется внутрь тела, благодаря хорошей теплопроводности воды, а тело человека на 95 % состоит из воды.

Биохимические реакции внутри акупунктурных точек, благодаря которым тело человека генерирует тепло. Наукой до конца еще не раскрыт биохимический процесс образования тепловой энергии от соединения балластных электронов с положительными ионами внутри клеток, составляющих акупунктурную точку. Тайну генерации тепла в организме познает наука ближайшего будущего (примерно, через 20 – 30 лет). Однако, уже сейчас можно утверждать, что тепловыми станциями в организме животного и человека являются 3468 точек акупунктуры, которые находятся внутри кожных покровов. Именно с целью получения тепла электростанции организма животного вырабатывают в 20 раз больше электронов и биотоков, чем требуется для нормальной иннервации внутренних органов. Электроны служат тем «бензином и углем, которые сгорают в топках и печах живого организма», то есть внутри акупунктурных точек. Тогда можно утверждать, что электрические токи сердца и мозга нагревают весь объем человеческого организма. Именно по этой причине заболевания сердца и мозга приводят к ощущению охлаждения всего организма.

Можно привести описания гистологических и биохимических исследований акупунктурных точек многих зарубежных и отечественных ученых. Несмотря на многочисленность и многогранность исследований, до сих пор еще не раскрыт биохимический механизм электропоглощающего действия биологически активных точек, сопровождающегося выделением тепловой энергии. Не найдены еще в их составе специфические клетки и органические вещества, которые имеют способность жадно и бесконечно долго «впитывать и утилизировать» электроны, находящиеся в составе биотоков. Автор этой книги в период с 1986 по 1996 годы пытался завершить исследования по определению биохимического механизма, который производит поглощение всех биотоков (электронов) на поверхности кожи человека. Механизм поглощения электронов был почти раскрыт. Однако, разразившийся в России и Белоруссии глубокий экономический кризис помешал завершить исследования. Пока теоретическая часть этой общепрофессиональной проблемы находится на следующем уровне развития. Приведу краткое описание исследований без детальных углублений в молекулярно-биохимические реакции и расчеты. Анатомическое строение акупунктурных точек на современном этапе развития гистологии представляется в таком виде: утонченный слой эпидермиса на самой поверхности кожи продолжается цилиндрическим каналом, который оканчивается шаровидным локусом. На ушах БАТ и эти образования почти в 10 раз мельче, чем на туловище. Эпидермис и цилиндрический канал являются простыми проводниками электричества, а самые важные процессы поглощения электронов происходят в локусе. Эпидермис в физико-техническом отношении состоит из хорошо проводящей электричество тонкой кожи, главная рабочая часть цилиндрического канала – закрученные спиралью тоненькие нервные клетки, по которым электроны устремляются к аппарату поглощения.

Главной рабочей частью локуса является разветвленная сосудисто-капиллярная сеть, через которую сплошным потоком проходит кровь по сосудам. Вместе с плазмой крови через локусы проходят эритроциты, которые «нафаршированы» молекулами гемоглобина. Каждый эритроцит несет внутри себя до 10000 молекул гемоглобина. Каждая молекула гемоглобина несет две молекулы кислорода ($2O_2$), или две молекулы углекислого газа (CO_2), вместе с двумя ионами водорода ($2H^+$). Механизм уничтожения избытка электронов на поверхности кожи идентичен клеточному окислению. Внутри клеток локуса в фибробластах, гистиоцитах и особенно в тучных клетках происходит дробление органических молекул (в основном глюкозы) на составляющие их ионы – водород (H^+) и углерод (C^-). Углерод соединяется с внутриклеточным кислородом, превращается в углекислый газ (CO_2) и уносится плазмой крови к альвеолам легких. А миллионы положительных ионов водорода (H^+) поглощают два электрона с поверхности кожных покровов и превращаются в отрицательные ионы водорода (H^-). Далее, благодаря специальным молекулам (промежуточным переносчикам водорода), они почти моментально транспортируются на мембрану тучной клетки, где происходит окончательное закрепление балластных электронов химическим путем при соединении отрицательного иона водорода с положительным ионом гемоглобина. Каждая молекула гемоглобина после того, как теряет два двухвалентных атома кислорода, приобретает четыре положительные валентности. Две из них теряются при соединении с углекислым газом, который выводится из организма через легкие. Но две другие валентности соединяются с отрицательными ионами водорода, которые выносят «на своих плечах» два балластных

электрона с поверхностного слоя кожи (из акупунктурной точки). Каждый положительный ион водорода (H^+), поглощает один электрон и становится нейтральным водородом (H), а также поглощает еще один электрон, и становится отрицательным ионом (H^-). Благодаря поглощению двух ионов водорода молекулой гемоглобина, акупунктурная точка теряет 4 электрона. Каждый эритроцит несет внутри себя до 10000 молекул гемоглобина. Количество эритроцитов в 1 мм³ крови не меньше 5 миллионов, и в сумме 1 мм³ крови может связать 200 миллиардов электронов. Кожные покровы омываются ежеминутно литры крови. Поэтому способности к поглощению электронов у организма колоссальные. В процессе переноса балластных электронов (совместно с ионами водорода) принимают участие стандартные ферменты: пиридинзависимые дегидрогеназы, для которых коферментом служит НАД или НАДФ; флавинозависимые дегидрогеназы (флавиновые ферменты), у которых роль простетической группы играют ФАД или ФМН; цитохромы, содержащие в качестве простетической группы железопорфириновую кольцевую систему, в том числе убихинон (коэнзим Q) и белки, содержащие негеметовое железо.

Дальнейшая судьба ионов водорода, соединенных с молекулой гемоглобина, следующая. Эритроциты током крови "доносят" отрицательный ион водорода (H^-) до легких, где он на поверхности альвеол соединяется с кислородом атмосферы (O_2) с образованием двух молекул воды ($2 H_2O$), которая поступает или в русло крови (и выделяется из организма почками), или выдыхается из бронхов в виде пара. В морозный солнечный день можно видеть, как человек выдыхает через нос клубы водяного пара. Поэтому, чем интенсивнее будут идти процессы поглощения электронов с поверхности кожи, тем больше воды будут выделять почки и бронхи. Интенсивность выработки электронов в организме человека, а следовательно, и их поглощение, повышается при физической и умственной нагрузке, при стрессовых ситуациях, болезнях и т. д.

Принесенный молекулой гемоглобина углекислый газ выделяется в атмосферу. Освободившиеся в легочных альвеолах четыре валентности молекулы гемоглобина (от 2 CO_2 и 2 H^-) тут же присоединяют к себе два двухвалентных атома кислорода и весь процесс поглощения электронов кровью (эритроцитами) повторяется.

Нерешенными остались следующие вопросы. Неизвестна периодичность поглощения акупунктурными точками электронов. Вероятнее всего, процесс поглощения протекает постоянно, безостановочно. Не определен электрический порог возбуждения БАТ. Не определено место соединения ионов водорода и гемоглобина (гистологический аспект проблемы). Не рассчитано количество электронов, которое поглощается отдельно взятой БАТ и всеми 3468 точками акупунктуры за 1 секунду. Не раскрыт механизм очень быстрой утилизации электронов (миллиардов штук на каждую акупунктурную точку за тысячные доли секунды). Совершенно неизвестно количество клеток, входящих в состав "акупунктурной точки", осуществляющих поглощение электронов. Необходимо констатировать факт, что многие биохимические, гистологические и физиологические аспекты деятельности "точек ангилиации", остаются абсолютно не изучены, поэтому вопросов «почему? и как?» можно привести сотни.

Деятельность всех органов в организме контролирует центральная нервная система. Деятельность акупунктурных точек так же контролирует вегетативная нервная система, которая окружает её плотной сеточкой. От каждой акупунктурной точки поступает информация о её деятельности по усилению или по уменьшению интенсивности поглощения электронов. К центральной нервной системе (ЦНС) поступает информация о деятельности акупунктурных точек по тонкой сети нервов вегетативной системы. Из ЦНС может поступить команда снизить активность сотен акупунктурных точек на поверхности кожи в 30 – 50 квадратных сантиметров (см²), или усилить интенсивность поглощения на этом участке кожи. Если врач тонизирует одну точку акупунктуры, то в радиусе 10 сантиметров все точки по приказу из ЦНС будут протонизированы. Если врач седатирует другую точку акупунктуры, то все точки в радиусе 10 сантиметров будут проседатированы приказом из ЦНС. Вот почему при лечении болезней надо укалывать точки, расстояние между которыми не меньше 20 сантиметров. Вместе с уменьшением интенсивности поглощения электронов на данном участке кожи уменьшается генерация тепла. Тепловизоры точно показывают, как варьирует температура на поверхности кожи человека, и как поглощаются электроны на этом участке кожи.

Так как в акупунктурных точках электроны движутся по тонким нервным веточкам, закручивающихся вокруг локуса по спирали, то такая электротехническая конструкция превращается в маленький электромагнит. Каждый человек по этой причине обладает очень слабым «общим» магнитным полем, состоящем из маленьких магнетиков 3468 акупунктурных точек. Вот почему человеческое тело, содержащее на каждом квадратном сантиметре до 30 акупунктурных точек, должно слабо притягивает металлические предметы. Автор исследовал пятерых людей, кожа которых имела редкое свойство достаточно сильно «примагничивать» легкие железные и стальные предметы к ладоням, груди и спине (железные опилки, лезвия бритвы, и даже ложки и вилки из нержавеющей стали). Ладони, где плотность БАТ наиболее высока, излучают магнитные волны, которые с успехом используют многие экстрасенсы для лечения и диагностики многих болезней (как, например, это делает целительница Джуна и другие).

Существует ещё один механизм излучения магнитного поля телом каждым человеком. По нервным клеткам каждого человека (как по металлическим проводникам) движется поток электронов. Человек – это густая сеть проводников, внутри которых постоянно движутся электрические токи. Особенно много нервных клеток (как обособленных проводников электричества) в головном мозгу. В физике есть закон: если проводник (нерв), по которому движется электрический ток, перемещать в пространстве,

то от этого проводника будет распространяться магнитное поле. Каждый человек находится на поверхности земного шара, а Земля быстро перемещается в космическом пространстве, а по многочисленным нервам человека проходят электрические токи. **Во-первых**, Земля вместе с людьми быстро вращается вокруг своей оси со скоростью на экваторе 300 метров в секунду. **Во-вторых**, Земля вместе с людьми вращается вокруг Солнца по круговой орбите со скоростью 16 километров в секунду. **В-третьих**, человек (как сумма электрических проводников) может быстро бежать, ехать на автомобиле, лететь на самолёте, а поэтому излучает в пространство дополнительную порцию магнитного поля. Исходя из приведённых фактов, можно утверждать, что каждый человек является источником слабого магнитного поля. Магнитное поле распространяется от тела человека в бесконечное космическое пространство. Все животные так же имеют проводники электричества в виде нервов, также перемещаются в космическом пространстве вместе с Землёй, а поэтому так же являются источниками слабого магнитного поля. Некоторые люди имеют редкую способность чувствовать слабый поток магнитного поля от каждого человека (и животного) Земли, в сумме и по отдельности. Они могут ощущать слабые магнитные поля, исходящие от другого человека или от группы людей (ауру), могут видеть светящееся магнитное поле, расположенное вокруг головы человека (нимб, чакру). На Руси людей, видевших и ощущавших магнитное поле, обладающими шестым органом магнитного чувства (кроме органа зрения, слуха, осязания, обоняния и вкуса), называли «всевидящими», колдунами, магами. Такие люди часто используют свое обостренное чувство к магнитному полю для предсказания судьбы человека (болгарка Ванда и другие). Если человек может на большом расстоянии воспринимать магнитное поле другого человека (и даже может читать его мысли на расстоянии), то такие способности называются телепатией.

9. ВЫВОД. Теперь сделаем общий вывод из сказанного. Человек является замкнутой электрической системой. Внутри него вырабатываются электрические токи различных частот в 7 биологических электростанциях: в сердце, в мозге и в пяти органах чувств. Сначала биотоки по нервным клеткам несут информацию к специфическим для них клеткам человеческого тела, к органам и тканям. Организм человека поглощает только 5% общей энергии. На заключительном этапе судьба 95% электричества состоит в следующем. После передачи информации клеткам соответствующих органов, электричество устремляется по межклеточному пространству к кожным покровам, где аннигилируется акупунктурными точками. Все электричество, которое вырабатывается внутри человеческого организма (и организма животного) поглощается его же тканями. Ни один электрон, произведенный внутри живого организма, не покидает человеческое тело, и не переходит в окружающую среду, а поглощается кожей. Этим и обусловлена замкнутость электрической системы человека. Организм сам поглощает все электричество, которое ранее он же и произвел, генерировал. Так как нервы являются прототипами проводников электричества, то движение человека в пространстве генерирует слабое магнитное поле. Люди являются источниками слабого магнитного поля.

§ 2. Причины возникновения меридионального движения электрических токов.

Учение о меридианах возникло в процессе длительной эволюции восточной философии и практической акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) (чжэнь-цзю терапии).

1. Причина возникновения меридианов в древней китайской иглотерапии. Как известно, учение акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) подразумевает, что движение энергии в теле человека осуществляется по меридианам. Считается, что существует 12 парных меридианов (на правой и левой половины тела). В современном понятии меридиан представляет собой траекторию движения электротоков по коже человека, с прохождением через все акупунктурные точки, принадлежащих к данному меридиану. Толщина этого своеобразного электрического проводника составляет не более 1 мм, длина равняется протяженности соответствующего меридиана на поверхности тела, плюс длина этого же меридиана внутри тела. Многие ученые пытались найти гистологические и анатомические доказательства существования меридианов (каналов), по которым, как по тонким проволочным проводникам, движутся биотоки. Однако, их усилия до сих пор бесплодны.

Обратим внимание на тот факт, что древние китайские врачи соединили акупунктурные точки линиями (меридианами) с единственной целью – для удобства классификации и систематизации многочисленных акупунктурных точек. Для этого они абсолютно произвольно, с учетом только линейного соединения близлежащих акупунктурных точек, нарисовали 12 линий на ногах, на руках и на туловище. Многие современные ученые утверждают, что китайские медики уже 2000 лет тому назад предсказали пути движения статического электричества внутри человеческого организма и назвали их каналами движения некой «энергии ЧИ». Однако, трудно отстоять мнение, что 2000 лет назад китайские медики знали законы движения балластного электричества внутри человеческого организма.

К информации об эволюции меридиональной классификации необходимо добавить, что первые попытки меридиональной систематизации точек происходили параллельно с философской интерпретацией энергетической деятельности меридианов на базе философских и мировоззренческих учений того времени: даосизма, конфуцианства и буддизма. Основателем **даосизма** был Лао Цзы (Ли Эр) — древнекитайский философ, живший в 5 веке до нашей эры. Согласно этому учению реальный мир и жизнь людей подчинены естественному и максимально рациональному пути ДАО, который руководит последовательностью и порядком изменений во всем мире. Движение по «жизнеопределяющей тропе ДАО» обращается по кругу. Пройдя весь путь, жизнь человека неизбежно возвращается к исходному положению: от «ничего» при зачатии – к «ничему» при смерти.

По учению **Конфуция** весь мир состоит из 5 первоэлементов: Дерева, Огня, Земли, Металла, Воды. Далее врачи-философы поделили 12 меридианов по два, и закрепили за элементом Дерево меридианы VB и F, за элементом Огонь - четыре меридиана IG, C, TR, MS, за элементом Земля – меридианы RP и E, за элементом Металл – меридианы P и GI, за элементом Вода – меридианы R и V.

Буддизм – это мировая религия, которая проповедует мировую гармонию и цикличность событий в биологической жизни и в космосе. Буддизм – религия, основанная Гаутамой Буддой (6 век до нашей эры). Все буддисты почитают Будду как основателя духовной традиции, носящей его имя. В основе буддизма лежит учение о Четырёх Благородных Истинах: о страдании, о происхождении и причинах страдания, о

подлинном прекращении страдания и устранения его источников, об истинных путях к прекращению страдания.

I. Благородная истина о страдании. Страдание присуще самой жизни, оно заключается в рождении, старости, болезнях и смерти, в соединении с неприятным, в разъединении с приятным; в недостижении желаемого, короче говоря, во всем, что связано с существованием.

II. Благородная истина о причине страдания. Причиной страдания является страстное желание, которое приводит в новому рождению и сопровождается радостью и восторгом, ликованием от удовольствий, отыскиваемых здесь и там. Это жажда похоти, жажда существования и несуществования.

III. Благородная истина о прекращении страдания. Прекращение страданий – это прекращение желаний через отказ от них, постепенное освобождение от их власти.

IV. Благородная истина о пути, ведущем к прекращению страдания. Путь к прекращению страданий – это восьмеричный путь правильности, а именно правильный взгляд, правильная мысль, правильная речь, правильное действие, правильный образ жизни, правильные старания, правильный склад ума, правильная сосредоточенность. Продвижение по этому пути ведет к исчезновению желаний и освобождению от страданий.

Если человек встаёт перед выбором «между борьбой и смирением», то буддисты должны всегда отдавать предпочтение смирению, покорности, прощению, снисхождению, рабскому преклонению перед силой. Самая высокая мудрость у буддистов состоит в тотальной покорности человека окружающим его обстоятельствам, врагам и силе, отречение от мирской жизни с уходом в утопические идеи нирваны. Предложен срединный или Восьмеричный Путь достижения Нирваны. Этот путь напрямую связан с тремя разновидностями взращивания добродетелей: нравственностью, сосредоточением и мудростью — праджняй. Духовная практика прохождения по этим путям приводит к истинному прекращению страдания и находит свою наивысшую точку в нирване. Отвергнув авторитет как Вед, так и брахманского жречества, Будда провозгласил новый путь освобождения. Его суть изложена в его проповеди Поворот Колеса Доктрины (Дхаммачаккхаппаваттана). По существу, этот путь заключается в том, чтобы понять «четыре благородные истины» и жить в соответствии с ними. Цель верующих – достижение нирваны, блаженного состояния прозрения и освобождения от оков своего «я», мира и бесконечного круга рождений, смертей и новых рождений в цепи новых жизней. Состояние духовного совершенства достигается через смирение, щедрость, милосердие, воздержание от насилия и самоконтроль. Существует вид буддизма, стремящийся привести адепта к парадоксальному, интуитивному, внерациональному постижению «истинной реальности». Буддизм наиболее распространён в Тибете, Таиланде, Шри-Ланке, Камбодже, Монголии, Вьетнаме, Корее, Китае и Японии. На территории России буддизм представлен в первую очередь как основная религия в Бурятии, Туве и Калмыкии. В Индии буддизм процветал примерно до 500 н.э. Затем он постепенно пришел в упадок, был поглощен индуизмом и к 11 веку почти полностью исчез. Во многих странах буддизм смешался с элементами других восточных религий, таких, как синтоизм или даосизм.

Современному человеку понятно, что окружающий нас мир состоит не из 5 элементов (как утверждал Конфуций), а из 100 элементов таблицы Менделеева, что тонкий кишечник и сердце не имеют никакого отношения к огню, а легкие и толстый кишечник не имеют никакого отношения к металлу (железу). Прогресс общества, конечно, не лишен страданий, войн и насилия. Но прогресс – это не смирение (как утверждают буддисты), а борьба с проблемами и врагами. Буддизм проповедует отказаться от всех земных желаний. Если бы у человечества отсутствовали бы желания (желание любви и желание иметь детей, отсутствовали желания научных открытий, технических усовершенствований, отсутствие стремления к личному обогащению через труд и коммерцию и другие), то эволюция общества тут же прекратилась бы. В научном отношении философия 2000-летней давности представляется, мягко говоря, наивной. Однако, на базе этой несовершенной и наивной философии удачно подбираются точки акупунктуры для эффективного лечения болезней в чжэнь-цзю терапии. Практическая иглотерапия вынуждает изучать далекую от истины философию древности о 5

первоэлементах У-СИН, по которой происходит вечный круговорот элементов: Дерево при горении рождает Огонь, Огонь плавит Землю (руды) и из нее создается Металл, металлической лопатой выкапывают колодцы и ирригационные сооружения и получают Воду, Вода впитывается корнями Деревьев и дает им жизнь. Деревья опять сжигают, и кругооборот событий повторяется. Энергия ЧИ совершает бесконечные круговороты по 12 меридианам тела, и энергетическую гармонию перетекания энергии нарушают только болезни.

2. Современная наука пока не подтверждает мнение о реальном существовании меридианов. Большинство серьезных учёных – биофизиков (90 %) не выявили своими сверхчувствительными электрическими приборами движения электричества по меридианам. Гистологическое строение кожных покровов, где проходит траектория меридиана, ничем не отличается от окружающей кожи. Из-за отсутствия «электротехнического подтверждения» существования меридианов многие иглотерапевты отказываются их признавать. Они убеждены, что меридианов в действительности не существует, они введены в теорию китайской терапии для удобства объяснения законов сочетания различных точек акупунктуры и для классификации точек. Понятие слова «меридиан» в иглотерапии напоминает понятие «меридиан» на глобусе. Земной шар (глобус) разделён на 360 частей меридианами и параллелями с целью определения местонахождения транспорта (корабля, машины) и людей на поверхности планеты. Но в реальной жизни на поверхности Земли нет никаких физических подтверждений наличия географических меридианов (нет гор вдоль меридианов, каньонов и так далее). Географический меридиан – эта научная абстракция, которая в реальной жизни не существует. Научной абстракцией являются и акупунктурные меридианы, соединяющие точки акупунктуры на человеческом теле.

Можно привести аналогию понятия «меридиан человеческого тела» с понятием «флюида». Во времена Ломоносова (1500 – 1700 годы) отличие холодного тела (камня, куска металла) от тёплого физики объясняли различным содержанием в нём особого вещества «флюида». Вещество, которое генерирует тепло во всех телах Вселенной, учёные назвали «флюид». При нагревании тела количество флюида в нём возрастает, при охлаждении – уменьшается. Все математические расчёты (количества теплоты в теле) физики делали в виде определения «массы флюида» в данном физическом теле. Позже (1850 год) учёными было доказано, что никакого флюида не существует, а теплота тела – это скорость хаотического (броуновского) движения атомов и молекул. В настоящее время физики о флюиде забыли, и он упоминается только в истории развития науки. Судьба понятия «акупунктурный меридиан» повторяет судьбу ошибочного понятия в физике «флюид».

Другие ученые описывают биофизические эксперименты, которые дают слабо проявляющие себя факты наличия движения токов на поверхности тела человека (и животных), которые (вроде бы действительно) двигаются по узеньким полоскам кожи, и именно по тем местам, где проходят соответствующие каналы-меридианы (Ким Бон Хан, Ж. Накатани, Ж. Нибойст, Р. Волл, А.Н. Негушкина, А.Т. Качан, В.М. Инюшин, А.Р. Кирачинский, Ж. Ху, С. Морант и др.). Однако при повторных экспериментах (с повторением тех же условий измерения токов) другими учёными, эти факты не подтверждаются. В общем, достоверных фактов наличия меридианов современная наука не имеет! Яркие сторонники наличия меридианов выдвигают новые гипотезы, например, о том, что по меридианам протекают не электрические токи, а совершенно неизвестный современной науке вид энергии – биологическое излучение. С этого момента ликвидируется наука и начинается подтасовка фактов, фантастика и утопические гипотезы.

Каков будет окончательный «приговор» науки меридианам, пока неизвестно. По этой проблеме в мировой науке ведутся дискуссии, поиски точных доказательств, электрофизические исследования.

3. Законы распределения статического электричества по поверхности человеческого тела. Живые ткани человека и животных являются хорошими проводниками электричества для токов высокого напряжения и одновременно могут обладать свойствами изолятора или полупроводника для токов слабого напряжения. Поведение очень слабых токов внутри человеческого тела фактически еще не изучалось. В отличие от живых тканей, электрические свойства статических токов, накапливающихся внутри металлических тел (например, внутри стального шара), не зависят от величины заряда. Слабый электрический заряд подчиняется тем же законам распределения по поверхности стального шара, что и заряд большой по мощности. Совершенно точно установлено, что статические заряды распределяются равномерно по поверхности шара и на каждом квадратном сантиметре количество зарядов одинаково. Электрический потенциал стального шара всегда стремится занять самую периферическую его оболочку. При помощи внешних магнитных полей можно создать повышенную концентрацию статических зарядов в какой-то одной стороне стального шара. Если не существует внешнего раздражителя, то статические заряды находятся в покое, то есть не происходит никакого их перемещения друг относительно друга. Никакими способами нельзя создать на поверхности стального шара условия, при которых статические электроны перемещались бы от одной точки поверхности шара к другой в виде концентрированного потока, ленты, канала, меридиана. Электричество ведет себя как жидкость, которая равномерно «разливается» по шаровой поверхности и может либо уменьшать, либо увеличивать свое количество (заряд) во всех точках поверхности шара сразу.

В отличие от поверхности стального шара, кожные ткани человека имеют аппарат поглощения эндогенных токов, который представлен в виде многочисленных точек акупунктуры. Для слабых токов кожные покровы могут проявлять свойства в одном месте – проводника, в другом – полупроводника, в третьем – изолятора. Причина проявления того или иного свойства у определенных участков кожи непонятна. Движение биотоков на поверхности человеческого тела в виде тонких струй непрерывного потока электричества (каналов, меридианов) вполне возможно. Этот процесс имеет следующее теоретическое подтверждение.

Может быть, на поверхности кожи условия движения электронов отличаются от стального шара? Может быть, на поверхности кожи могут образоваться движения электронов по тонкому каналу толщиной не более 1 квадратного миллиметра? Обратим внимание на закон электрофизики, который назван законом Био-Савара-Лапласа. Он определяет правила поведения электрических потоков, которые движутся параллельно или навстречу друг другу. Если движение электрических зарядов (электронов, биотоков) происходит параллельно друг другу, то при этом возникает магнитная сила притяжения между зарядами, и они сближаются. Непрерывный поток электрических зарядов,двигающийся довольно длительное время параллельно друг другу, образует тонкую струю (канал, меридиан). Внутри человеческого тела непрерывный поток электрических зарядов образуется после того, как биотоки покидают нервные ткани и внутренние органы, которым они передают закодированную в биоимпульсе информацию. Далее биотоки устремляются «от центра к периферии», то есть покидают внутренние органы и по живым тканям двигаются к кожным покровам. Все это расстояние электротоки движутся параллельно друг другу. Следовательно, по закону Био-Савара-Лапласа параллельные потоки электронов, направляющиеся от внутренних органов к периферии, должны концентрироваться, объединяться, превращаться в тонкую непрерывную струю. Поэтому можно предполагать, что в какой-то точке кожных покровов происходит

постоянный «выброс» электрических зарядов в виде тонкой непрерывной струи, которая в иглотерапии называется каналом, или меридианом.

От внутренних органов «выброс» биотоков происходит на кожные покровы туловища. Нитевидные струи электричества будут дальше продолжать свое движение к кистям рук, стопам ног, к голове. На этом пути электроны продолжат параллельное движение внутри объединяющего их канала (меридиана). Так можно объяснить возникновение центробежных (эфферентных) меридианов, направляющих энергию от туловища к конечностям (к периферии). Это меридиан легких P, перикарда MC, сердца C, желудка E, мочевого пузыря V и желчного пузыря VB. **Все представленные рассуждения о наличии меридианов и о движении энергии по ним имеют чисто теоретическое обоснование и не имеют подтверждения на практике (не подтверждаются данными электротехнических приборов).**

4. Как можно объяснить возникновение обратного тока энергии от периферии к центру? Если закончить на этом рассуждения, то следует сказать, что электрическая энергия должна была бы накапливаться у человека на пальцах рук и ног. Однако, по теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), существуют центростремительные (афферентные) меридианы, которые отводят энергию от стоп и кистей рук назад, к туловищу и далее, к внутренним органам. Это меридиан толстого кишечника GI, трех обогревателей TR, тонкого кишечника IG, печени F, почек R, селезенки - поджелудочной железы RP. По-видимому, эти меридианы обладают свойствами не проводников, а полупроводников. Это дает возможность отводить избыток энергии от пальцев конечностей опять к внутренним органам. Полупроводники в радиотехнике (диоды, триоды) проводят электрические токи только в одном направлении и полностью препятствуют возвращению токов назад. Именно такими свойствами должны обладать центростремительные меридианы. Ведь при этом необходимо нарушить закон наружного расположения электрических зарядов. Без наличия полупроводниковых свойств у центростремительных меридианов осуществить обратный ток движения энергии к внутреннему органу (сердцу, легкому, кишечнику) невозможно.

Итак, центробежные меридианы являются проводниками, и по ним энергия движется «от центра к периферии», а центростремительные меридианы обладают полупроводниковыми свойствами и по ним биотоки движутся от периферии (пальцев рук и ног) к центру (к внутренним органам). Центробежные и центростремительные меридианы проводят биотоки на конечностях навстречу друг другу. По закону встречные потоки электрических зарядов приобретают силу магнитного отталкивания друг от друга. Поэтому энергия центробежных и центростремительных меридианов не должна передаваться друг другу на поверхности кожных покровов и в точках их пересечения. **Все представленные рассуждения о наличии меридианов и о движении энергии по ним имеют чисто теоретическое обоснование и не имеют подтверждения на практике (не подтверждаются данными электротехнических приборов).**

5. Циркуляция электрической энергии по человеческому телу. Благодаря существованию центробежных и центростремительных меридианов происходят бесконечные циркулярные круговороты электричества на поверхности человеческого тела. По центробежным меридианам энергия движется по коже от туловища к пальцам рук и ног, а по центростремительным - от пальцев к туловищу и дальше, к внутренним органам. Круговорот энергии необходим для поэтапного поглощения биотоков точками акупунктуры. Меридиан пересекает множество биологически активных точек (БАТ).

Если биоимпульс полностью не поглотился 11 БАТ центробежного меридиана легких, то он передается для поглощения 20 точкам центростремительного меридиана толстого кишечника (что происходит при сверхбольшом избытке энергии ЧИ), тот передает биоток точкам других центробежных и центростремительных меридианов, входящих в состав 12 стандартных каналов.

Как известно из теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), энергия осуществляет круговорот по цепочке БАТ, составляющих 12 стандартных меридианов. Движение энергии начинается от меридиана легких, пересекает меридианы толстого кишечника, желудка, селезенки, сердца, тонкого кишечника, мочевого пузыря, почки, перикарда, трех обогревателей, желчного пузыря и кончается меридианом печени, который опять передает энергию меридиану легких. Цикл повторяется. Поэтому, даже очень мощный биоимпульс обязательно поглотится, если он совершит многочисленные круговые циркуляции по всем 650 (12 парных меридианов с двух сторон тела и 2 срединных) точкам 12 стандартных меридианов. За сутки энергия совершает полный круговорот. **Все представленные рассуждения о наличии меридианов и о движении энергии по ним имеют чисто теоретическое обоснование и не имеют подтверждения на практике (не подтверждаются данными электротехнических приборов).**

6. Акупунктурные точки вне меридианов. История возникновения **внемеридиональных** (внеканальных – ВК, внемеридиональных – ВМ) точек следующая. После составления полного списка меридиональных точек к 1303 году иглотерапевты продолжали выявлять «неучтенные» точки, обладающие выраженным терапевтическим эффектом. До 1950 года их называли внемеридиональными, подчеркивая, что они расположены вне меридианов. Некоторые точки вполне можно было бы отнести к меридиональным, так как они располагаются на «пути следования» классических меридианов. Это, например, инь-тан ВТ.3, ВТ.55, ВТ.34 и другие.

Внедрение электрических детекторов (после 1950 года) для поиска точек привело к открытию огромного количества **новых** акупунктурных точек. Они получили название «новых» точек (НТ). В практике акупунктуры внеканальные, новые, аурикулярные (на ушах) и безымянные (без определенной локализации и названия) точки используются по тем же принципам, что и меридиональные. Однако, иглотерапевтическая практика указывает на то, что большинство этих точек имеют низкий терапевтический эффект (по сравнению с меридиональными). Исключение составляют 33 внемеридиональные точки, которые по правилам должны быть включены в меридиональные.

До 1945 года было известно 800 акупунктурных точек. После 1955 года были созданы высокочувствительные электрические приборы и за 10 лет (к 1965 году) была установлена локализация всех остальных 934 точек акупунктуры. На одной половине человеческого тела определено наличие 1734 акупунктурных точек (АТ): меридианных (309, плюс 52 точки срединных меридианов), ушных (153), внеканальных (423) и новых (797). Всего точек акупунктуры на всем человеческом теле справа и слева 3468 акупунктурных точек.

Среди них имеются непарные (одионочные) точки типа инь-тан (ВМ.3), а внемеридиональная точка ВМ.85 имеет 17 пар точек, расположенных между остистыми отростками позвонков. Точки, входящие в состав 12 стандартных меридианов, составляют более 40% от общего количества акупунктурных точек, остальные около 60% – точки вне меридианов.

Можно утверждать, что 80% энергии, выделяемой генераторами биотоков человеческого организма, утилизируется 650 акупунктурными точками меридианов (12

парных меридианов с двух сторон тела и 2 срединных, 40% от общего количества). **Во-первых**, как показывает клинико-терапевтический опыт врачей, меридиональные точки по своему иглотерапевтическому эффекту в 2-3 раза превосходят внемеридиональные точки. Этот факт косвенным образом указывает на то, что «энергоемкость» меридианов и электропоглотительная деятельность их точек в 2 - 3 раза выше внемеридиональных.

Во-вторых, меридианы образуются от слияния в единый поток сотен, а может быть и тысяч, мелких электрических потоков, исходящих от внутреннего органа. Поэтому количество электричества, сконцентрированного в русле акупунктурного канала, должно быть во много раз выше, чем в рассеянных потоках электричества внеканального расположения.

В-третьих, маленькое электросопротивление акупунктурной точки означает наличие у нее высокой электропроводности. Это, в свою очередь, указывает на большую электропоглотительную способность биологически активной точки. Если точка активно поглощает электроны, то на ее поверхности электропотенциал будет ликвидирован, а это проявляется в хорошей электрической проводимости. Можно провести статистическое сравнение показаний приборов при измерении электропроводности меридиональных и внеканальных точек. Почти в 80% случаев электропроводность канальных точек будет в 2 - 3 раза выше, чем у внеканальных.

Из сказанного можно сделать вывод, что меридианы концентрируют внутри себя около 80% балластной электроэнергии организма, остальные 20% ее рассеиваются по поверхности тела. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что 80% энергии утилизируется меридиональными точками, остальные — внеканальными и новыми точками. Несмотря на меньшее количество (650) меридиональных точек, они поглощают биотоков в 4 раза больше, чем 954 внеканальные точки. Медицине будущего предстоит найти доказательства преимущественного распространения биотоков по меридианам и уточнить приводимые здесь цифры.

7. Проблема энергетической специфичности меридианов. Учение акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) утверждает, что энергия ЧИ (биотоки) от каждого органа нейтрализуется определенным меридианом (каналом). Все 12 органов тела (легкие, сердце, перикард, селезенка, поджелудочная железа, желудок, почки, толстый и тонкий кишечник, печень, желчный пузырь, мочевой пузырь) и объединенные с ними ткани (кожа, нервные ткани, мышцы, кости, связки и т. д.) направляют энергию именно к тому меридиану, который «контролирует» их деятельность. Если эту иглотерапевтическую концепцию перевести на язык электрофизиологии, то можно утверждать буквально следующее: утилизация балластных биотоков от каждого из 12 внутренних органов происходит биологически активными точками, входящими в состав одного какого-то меридиана. Энергия от сердца никогда не поступит в меридиан печени, а от печени в меридиан желудка. Поглощение биотоков от каждого внутреннего органа (или группы органов) происходит в строго определенном месте поверхности человеческого тела.

Чжэнь-цзю терапия представляет множество клинических данных, подтверждающих это положение. Однако, современное развитие биоэлектрофизики убеждает ученых в том, что взаимоотношения типа «орган-меридиан» нуждаются в полном пересмотре. В лучшем случае только 40% всех биотоков от внутреннего органа утилизируются «своим» меридианом. Может случиться так, что более глубокое изучение этого процесса в будущем покажет процент значительно ниже названного. К такому выводу подводят следующие наблюдения.

1) Если бы полное поглощение биотоков происходило только биологически активными точками 12 стандартных меридианов, то не было бы необходимости в существовании внемеридиональных точек. Однако, внеканальных точек почти в 1,5 раза больше, чем меридианальных. Отсюда напрашивается вывод, что не все биотоки от внутреннего органа поглощаются точками своего меридиана. Пока не известны точные цифры, но можно сказать, что значительная часть биотоков от органа поглощается внемеридиональными акупунктурными точками.

2) Сердце является достаточно мощным электрогенератором, поэтому биотоки, исходящие от него, легко изучать. По классическим представлениям акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), биотоки от сердца нейтрализуются только биологически активными точками (БАТ) меридиана сердца (С), который простирается в виде нитеобразной траектории по внутренним поверхностям правой и левой руки. Меридиан состоит из 9 БАТ на каждой руке и из 18 точек на двух руках. Однако, кардиологам хорошо известно, что биотоки от сердца распространяются по всей поверхности тела, а не заполняют только меридиан сердца. При снятии электрокардиограммы металлические контакты прикладываются к груди, ногам и рукам. Во всех этих местах приборы фиксируют сердечные биоимпульсы. Следовательно, биоимпульсы от сердца распространяются по всей поверхности тела и утилизируются всеми 3468 акупунктурными точками. Величина электропоглощительной деятельности 18 БАТ меридианов сердца пока неизвестна.

3) Интересную информацию по электрофизическим взаимоотношениям типа «орган – меридиан» дает исследование акупунктурных точек меридианов при хирургическом удалении соответствующего органа. Многие болезни приводят к необходимости хирургического удаления внутреннего органа. Удаляется правое или левое легкое, одна из почек, селезенка, участок тонкой или толстой кишки, желудок и т. д. Можно предположить, что при отсутствии органа должен отсутствовать и меридиан, который образуется благодаря энергии, покидающей этот орган. Например, при отсутствии левого легкого и левой почки должны отсутствовать меридиан легкого на левой руке и меридиан почки на левой ноге. По теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) только при наличии органа возникают условия для образования меридиана. Автор этой книги обследовал более 25 человек, у которых произведено хирургическое удаление какого-то органа. К его великому изумлению, все параметры получались такими, как будто удаления органа не произошло. Существовали все биологически активные точки меридиана на стороне удаленного органа. Не было замечено даже малейшего смещения точек акупунктуры на стороне удаленного органа по сравнению с локализацией точек на здоровой стороне тела. Не наблюдалось ни исчезновения каких-либо акупунктурных точек, ни появления новых. Функциональные параметры точек левого и правого меридианов также ничем не отличались друг от друга. При удалении селезенки не было выявлено видимых изменений в правом и левом меридианах селезенки. При удалении одной из почек не отмечено никаких изменений меридиана почек на соответствующей стороне и т. д.

«Живучесть» меридиана при удалении образующего его органа можно объяснить следующим образом. Несмотря на удаление какого-то внутреннего органа, остаются в неизменном виде нервные пути, которые продолжают приносить к району его бывшего расположения прежнее количество биоимпульсов. Биотоки не пронизывают внутренний орган из-за его ампутации. Начиная с того места, где произошло пересечение нервных стволов, осуществлявших когда-то иннервацию удаленного органа, биотоки превращаются в балластное (статическое) электричество. Далее они проходят

стандартный путь по внутренним тканям, то есть концентрируются в тонкий электрический пучок в виде меридиана, выходят на поверхность кожных покровов и образуют соответствующий наружный меридиан. Поэтому удаление органа не приводит к исчезновению соответствующего меридиана.

4) Определенный интерес у специалистов вызывают исследования возможного изменения меридиональной структуры тела при поражении периферической нервной системы спинного и головного мозга. Например, какие изменения произойдут с левым меридианом почки, если прекратить поступление биоимпульсов к левой почке из-за разрыва спинного мозга? Изменения должны произойти со всеми меридианами, если у человека произошел разрыв спинного мозга в начале грудного отдела позвоночника. Тогда ко всем внутренним органам перестанут поступать биоимпульсы. Представляет интерес для специалистов выявление изменения деятельности внутренних органов при ампутации одной или нескольких конечностей. Ведь вместе с рукой или ногой удаляется почти весь меридиан с акупунктурными точками, которые утилизируют биотоки от определенной группы органов.

Автор имеет пока недостаточный статистический материал по вышеназванным проблемам. Но по тем материалам, которыми он располагает, можно утверждать следующее. При поражении периферической и центральной нервных систем, несомненно, возникают ухудшения функциональной деятельности БАТ. Ухудшается их электропоглотительная способность, изменяется их гистологический и биохимический состав и так далее. Однако, уже сейчас можно утверждать, что место локализации меридианов (их анатомическая топография) остается неизменным при наличии любой патологии в нервной системе. Без сомнения, место расположения точек акупунктуры определяются наследственным аппаратом человека (и животного). У зародыша человека, у ребенка, у взрослого места локализации акупунктурных точек одинаковы и определены наследственной информацией.

Вероятно, уже в ДНК сперматозоида и яйцеклетки существует закодированная информация о месте расположения каждой из 3468 БАТ. Удивительно то, что они одинаково расположены у людей всех рас человека (у негра, китайца, белого человека и у краснокожего американского индейца). Этот факт указывает на то, что все расы, национальности и народности образовались от единой ветви когда-то существовавшего рода человекообразных обезьян. Если бы, например, негры имели иную анатомическую топографию акупунктурных точек, то можно было бы утверждать об их возникновении из другого рода человекообразных обезьян. Интересно, что не изменяют анатомическую локализацию акупунктурных точек врожденные и приобретенные уродства, ожоги кожных покровов и другое. Ж. Нибойс установил, что биологически активные точки сохраняют свои функциональные способности у трупа человека в течение нескольких дней.

§ 3. Механизм лечебного действия иглы.

Практическое применение акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) показало ее высокую эффективность при лечении многих болезней. Однако, причина лечебного действия иглы до сих пор не раскрыта. Интересно, что древние китайские медики совершенно правильно истолковывали функциональную деятельность акупунктурных точек, придавая им энергетическое значение. Однако, дальнейшие медико-философские рассуждения древних китайских врачей о причинах болезней и причинах их излечения не согласуются с современными научными понятиями и больше похожи на мистику. По их мнению, акупунктурные точки являются отверстиями в теле человека, через которые

происходит обмен энергии с окружающей средой и с космосом. Через эти «окна в теле» и через вставленные в кожу иглы энергия «улетает» в космос, когда существует ее переизбыток в организме. Если организм ощущает недостаток энергии, то она может, благодаря лечению, пополняться, медленно «всасываясь» в тело из космического пространства. Только через окна в теле человека (то есть через акупунктурные точки) проникают в организм патогенные климатические факторы внешней среды (Ветер, Жара, Холод, Влага и Сухость), и исключительно по этой причине у человека возникают болезни, так как эти «патогены» нарушают энергетическую гармонию в организме.

Почему иглотерапия лечит? Существует огромное количество теорий и гипотез, которые имеют медико-философский характер и объясняют процесс в самых общих чертах. Все современные теории можно разбить на три крупные группы: рефлекторные, биохимические и электрофизические.

1. Рефлекторные теории объясняют лечебное действие иглотерапевтических методов в основном на базе Павловской рефлекторной дуги. Это так называемые теории невризма. Разновидностью этих теорий являются разделение кожной иннервации на зоны Захарьина — Геда, Хирата и др., в основе которых заложены анатомические данные об иннервации кожи. Можно перечислить много фамилий отечественных и зарубежных ученых, разрабатывающих те или иные аспекты рефлекторной теории в иглотерапии, но автор считает эту информацию обременительной и не очень важной.

2. Биохимические теории объясняют воздействие иглотерапевтических методов лечения через изменение биохимического состава тканей при воздействии иглы на БАТ и их прижигании. Это всевозможные нейрогуморальные и нейромедиаторные теории. Так, теория «нейро-гормонов» объясняет возникновение лечебного эффекта при иглотерапии благодаря разрушительному воздействию иглы на тысячи клеток кожи и подкожной клетчатки. Выделившаяся в окружающие ткани белковая плазма клеток оказывает местное и общее действие на организм. Существуют десятки других подобных теорий типа «мелкого атомного взрыва», «вторичного гормонального воздействия» и т. д.

3. Большим разнообразием отличаются электрофизические теории и гипотезы. Механизм лечебного воздействия иглы они объясняют тем, что введение металлической иглы в нужную точку акупунктуры приводит к совпадению длины волны и частоты колебаний болевого импульса с амплитудой электрических импульсов воспалённых, «больных» тканей. Другая теория утверждает, что введение иглы изменяет «местный электрический заряд» в районе укола или прижигания кожи. Существует гипотеза, что игла играет роль антенны, которая поглощает магнитную энергию магнитного поля Земли, и это изменяет электрический баланс организма. Можно дать описания и других электрофизических гипотез.

4. Электрофизическая теория поглощения электронов акупунктурными точками. Иглотерапевтический метод лечения изменяет поток электрических импульсов, поступающих к внутренним органам от генераторов биотоков благодаря снижению или увеличению электрического напряжения электрических и магнитных полей. Электроны внутри органов (сердца, лёгкого, печени, почек), не дадут притоку электронов из нерва, если они в избыточном количестве накопятся в органе. Избыток статических электронов внутри клеток и в межклеточном пространстве внутреннего органа мешают быстрой передачи информации от ЦНС (по нерву), к органу, а это приведёт к потере контроля ЦНС за биохимическими реакциями внутри данного органа. Поэтому существуют законы, подчиняясь которым статическое электричество быстро покидает внутренности животного, и быстро перетекают на поверхность кожи. На коже электроны не накапливаются, а поглощаются акупунктурными точками. Кожные покровы

очищаются от электронов благодаря непрерывной поглотительной (аннигиляционной) функции акупунктурных точек. Так же непрерывно происходит перемещение всего статического электричества из внутренних органов и мышц к коже.

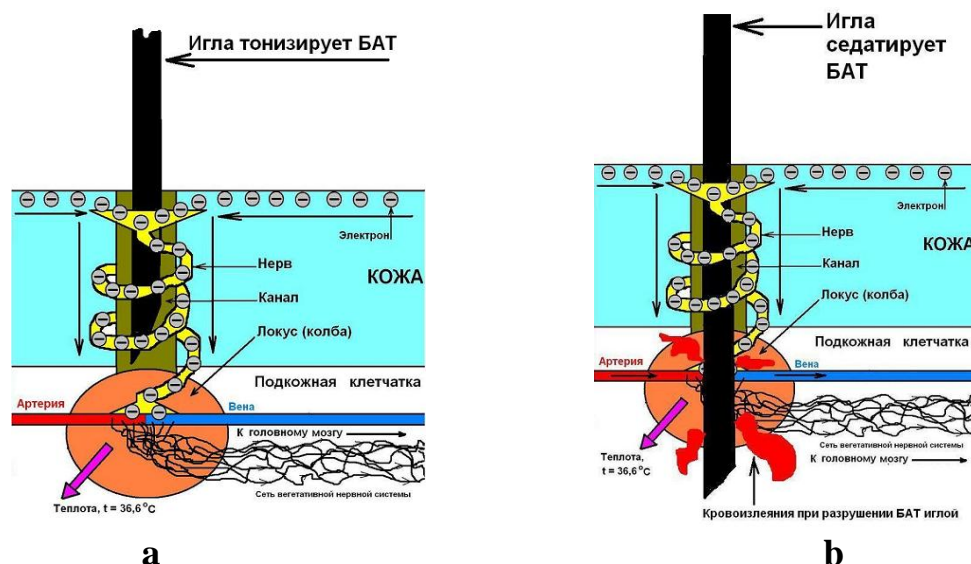


Рисунок 2 - 2. Механизм тонизации и седатации точки акупунктуры (БАТ).

Если основываться на том, что БАТ являются «органами», которые интенсивно поглощают биотоки в организме человека и животного, то объяснение лечебного воздействия иглы может быть следующим. Учение чжэнь-цзю терапии точек утверждает, что воздействие на точки акупунктуры может быть направлено в сторону возбуждения их функции или подавления. Воздействие иглы на точку может усиливать или ослаблять ее электропоглотительные свойства. Итак, главный способ лечебного воздействия иглотерапии основан на возможности тонизировать или седатировать акупунктурные точки. **Смотрите рисунок 2 - 2.**

1) Тонизация БАТ увеличивает интенсивность поглощения электронов акупунктурной точки, в канал которой введена игла. **Смотрите рисунок 2 – 2а.** Если игла нежно касается БАТ, не разрушает ее структуры, производит не интенсивное и не длительное физическое раздражение, то электропоглотительная деятельность точки усиливается. В иглотерапии принято считать, что такие воздействия на точку вызывают стимуляцию и тонизирование ее функции. Игла при тонизации вводится в кожу и подкожную клетчатку не глубину не более 4 – 7 миллиметров, что бы игла проходила на всю длину канала, не касаясь колбы (локуса) акупунктурной точки. Игла играет роль железного стержня, который усиливает силу магнитного поля в центре циркулярной обмотки, где канал акупунктурной точки вместо медной проволоки окружается нервными клетками в форме спиралей.

2) Седатация БАТ уменьшает интенсивность поглощения электронов акупунктурной точки, в канал которой введена игла. **Смотрите рисунок 2 – 2б.** Если достаточно толстая игла глубоко проникает в подкожную клетчатку, пронизывает биологически активную точку сверху донизу, длительное время вращается, поднимается и опускается, прогревается, то это приводит к разрушению нежной структуры БАТ. Она практически перестает поглощать биотоки, нарушается кровоснабжение и иннервация, место расположения точки заполняется кровяным сгустком. Считается, что такое воздействие на точку вызывает седатацию и угнетение ее функции. Игла при седатации вводится в кожу и подкожную клетчатку не глубину более 14 – 17 миллиметров, чтобы игла пронизала всю длину канала и весь диаметр колбы (локуса) акупунктурной точки. При этом игла разрушает гистологическую структуру акупунктурной точки (БАТ), поэтому

деятельность поглощения электронов этой акупунктурной точкой прекращается. Аналогичное воздействие производит прижигание (цзю терапия). Нежное прогревание до кожной гиперемии методом ключающего цзю вызывает стимуляцию функциональной деятельности точки. Сильные прижигания БАТ до появления ожога кожи и подкожной клетчатки на большой глубине, естественно, вызывают седатацию точки и её разрушение.

Конечно, если одна БАТ из 3468 будет активизирована или уничтожена, то это не отразится на количестве электронов, которые каждую секунду поглощаются всей поверхностью кожи. Даже если тонизировать и седатировать 10 – 20 точек, всё равно по сравнению с деятельностью 3468 точек воздействие на точки врача-иглотерапевта будет практически неощутимо. Но терапевтическое воздействие иглы усиливается в сотни раз центральной нервной системой (ЦНС), которая в ответ на введение иглы отключает или усиливает поглотительную деятельность рядом расположенных БАТ в радиусе 10 – 20 сантиметров от точки воздействия. Как уже было сказано выше, от акупунктурной точки поступает информация об интенсивности её деятельности (по усилению или по уменьшению интенсивности поглощения электронов) к головному мозгу по тонкой сети нервов вегетативной системы. От ЦНС может поступить ответная команда снизить активность сотен акупунктурных точек на поверхности кожи в 30 – 50 квадратных сантиметров (см²), или усилить интенсивность поглощения на этом же участке кожи. Все точки в радиусе 10 – 20 сантиметров, количество которых может достигнуть 300, будут при тонизации одной из них увеличивать интенсивность поглощения электронов, а при седатации – уменьшать. А если изменяется поток электрических импульсов к мышцам, связкам, внутренним органам, то ликвидируются (или усиливаются) боли, изменяется количество выделяющихся гормонов и медиаторов, изменяются обменные процессы в клетках и тканях. Основным смыслом воздействия иглотерапии (и прогревания точек) состоит в том, что эти методы изменяют главные направления движения биотоков по нервам к внутренним органам. Лечебный процесс в иглотерапии фактически состоит только в том, чтобы при определенной болезни нужные точки акупунктуры «проседатировать» и уменьшить их поглощение электронов в сотнях рядом расположенных точек, а другие – «протонизировать», то есть – они увеличивают поглощение электронов в сотнях рядом расположенных точек. Восточная медицина за тысячи лет опытным путем выявила самые эффективные акупунктурные точки, на которые необходимо воздействовать для лечения той или иной патологии, так как эти точки изменяют деятельность наибольшего количества БАТ в диаметре до 20 сантиметров от самой точки воздействия. Подбор БАТ для лечения в иглотерапии осуществляется на основании определенных законов чжэнь-цзю терапии. Законы указывают на наиболее эффективные сочетания точек, изменяющих свою деятельность у сотен акупунктурных точек и в нужном для врача направлении. Таков механизм терапевтического воздействия иглотерапии на болезни и патологические симптомы. Вполне понятно, что описана общая, абстрактная схема процессов лечения при помощи иглы.

Глава 2. Топография акупунктурных точек.

В этой главе автор дает локализацию (анатомическое место расположение точки с описанием её терапевтического эффекта от воздействия иглы) на 45% всех точек акупунктуры. Всего точек акупунктуры на всем человеческом теле 3468 акупунктурных точек. На одной половине человеческого тела определено наличие 1734 акупунктурных

точек (АТ, или БАТ – биологически активные точки). Необходимо обратить внимание, что в это количество (1734) включены точки, располагающиеся по ходу срединных меридианов (заднесрединного меридиана - 28 и переднесрединного – 24, новые и внеканальные - 32). В этой книге описывается топография акупунктурных точек 12 стандартных меридианов 309 (с одной стороны тела), 52 точки срединных меридианов, 171 внемеридианных точек (а их общее количество с одной стороны тела - 423), 110 «новых» акупунктурных точек (а их общее количество с одной стороны тела - 797) и 115 аурикулярные точки (точки на ушах), а их общее количество на одном ухе 153.

Краткая история иглотерапевтического метода лечения (чжэнь-цзю терапии).

Археологические исследования убеждают, что лечение некоторых болезней методом введения в тело больного костяных (рыбьих), ледяных и каменных игл на глубину не более 5 миллиметров возник в Тибете 5000 лет тому назад (3000 лет до нашей эры). В Китае эмпирический метод иглотерапевтического лечения стал популярен и широко применялся до того, как возникла китайская иероглифическая письменность, то есть около 2000 лет до нашей эры. В Монголии иглотерапевтический метод лечения возник около 1200 лет до нашей эры, в Корее – 350 лет до н. э., во Вьетнаме – 130 года до н. э., в Японии – в 50 году нашей эры. Самой первой книгой по эмпирической иглотерапии был трактат «Хуан-ди Нэй-цзин-су-вэйлин-шу», «Книга о природе и жизни», которая была написана неизвестным китайским автором в 209 году до нашей эры. В книге есть ссылка, что она пересказывает устные знания и краткие письменные источники древних китайских врачей, живших задолго до публикации книги. До 1303 года в Китае существовал исключительно эмпирический, безмеридианный метод лечения. После того, как китайским врачам - иглотерапевтам стало известно 309 точек, возникла практическая необходимость в систематизации точек. В различных городах и провинциях одну и ту же точку врачи именовали по-разному, поэтому один врач не понимал рецептуру другого врача-иглотерапевта. Не известно, кто из врачей - иглотерапевтов первый предложил систематизировать и унифицировать накопленную информацию и предложил воссоединить 309 точек в 12 каналов. Так возникла у древних врачей идея о меридиональной, канальной классификации акупунктурных точек. Китайские историки полагают, что учение о меридианах возникло в Китае где-то после 950 года нашей эры. Возникло сразу около 5 вариантов меридианной классификации, по которым и меридианов было не 12, а 8, 9, 10, 11. И каналы соединяли по-разному 309 точек, известных с древних времён. Но к 1028 году победила классификация с 12 меридианами. Уже в 1028 году Ван-вэй-де упоминал в своей книге о 12 жизненных сосудах (каналах), информацию о которых он почерпнул из каких-то других, более древних письменных источников. Принцип канальной классификации точек акупунктуры предельно прост: китайские иглотерапевты соединили все известные точки двенадцатью линиями, назвали эти линии каналами и меридианами. Каждую точку обозначили аббревиатурой меридиана и цифрой (1, 2, 3,60). Меридиан легких объединил в себе 11 акупунктурных точек, толстого кишечника – 20, желудка – 45, селезенки – 21, сердца – 9, тонкой кишки – 19, мочевого пузыря – 67, почек – 27, перикарда – 9, трех полостей тела – 23, желчного пузыря – 44, печени – 14. Таким образом, с одной стороны тела было известно 309 точек акупунктуры в 12 меридианах без точек срединных меридианов (переднесрединного J и заднесрединного T).

Если вспомнить историю развития иглотерапии, то можно констатировать, что точки двух срединных меридианов были объединены в отдельные каналы значительно позже (лишь в 1303 году Ху Тэпином), который указал так же траекторию 6 «чудесных сосудов». Поэтому к 1303 году к 309 точкам прибавились акупунктурные точки

заднесрединного меридиана - 28 и переднесрединного – 24 (всего 52). После 1303 года китайским врачам было известно существование топография 309 акупунктурных точек на траектории 12 стандартных меридианов и 52 точки срединных меридианов. **Получается, что до 1303 года врачи оперировали 370 акупунктурными точками (309 + 309 + 52).**

Можно утверждать, что после 1303 года нашей эры у китайских иглотерапевтов возникла удобная и понятная классификация акупунктурных точек, которая точно определила анатомическое место расположение (топографию) всех точек 12 стандартных меридианов и 2 срединных. Обратим внимание на тот факт, что древние китайские врачи соединили акупунктурные точки линиями (меридианами) с единственной целью – для удобства классификации и систематизации многочисленных акупунктурных точек. До меридиональной классификации каждая точка акупунктуры имела своё словесное название в каждой провинции Китая, а поэтому китайские врачи разных провинций не понимали друг друга. Нужна была «стандартизация» акупунктурных точек. Китайские иглотерапевты абсолютно произвольно, с учетом только линейного соединения близлежащих акупунктурных точек, нарисовали 12 линий на ногах, на руках и на туловище. Многие современные ученые утверждают, что китайские медики уже 2000 лет тому назад (абсолютно неосознанно) предсказали пути движения статического электричества внутри человеческого организма и назвали их каналами движения «некой энергии ЧИ». Однако, трудно отстоять мнение, что 1000 лет назад китайские медики знали законы движения балластного электричества внутри человеческого организма, которые не до конца осознали современные физиологи.

Необходимо обратить внимание, что только к 1510 году китайскими иглотерапевтами были окончательно утверждены и стали общепринятыми основные законы иглотерапии: специфические точки акупунктуры, теория движения энергии ЧИ по меридианам, теория суточного и годового движения энергии. Врачи начали широко применять для лечения болезней законы снижения и повышения энергии ЧИ в больном меридиане. В период до 1510 годы у китайских врачей преобладал чисто эмпирический подход к подбору точек акупунктуры для лечения без применения законов гармонизации энергии в 12 стандартных меридианов.

Перед описанием топографической анатомии акупунктурных точек необходимо указать на следующую информацию:

1. В этой книге при обозначении акупунктурных точек автор применял французскую классификацию: сначала даётся название меридиана, потом порядковый номер точки (например, P.6, E.12, VB.21). Обозначение меридианов на французском языке имеют следующий вид: лёгкие - P (**poumons**), толстый кишечник - GI (**gros intestin**), желудок - E (l'**Estomac**), селезёнка + поджелудочная железа - RP (la **rate** + le **pancréas**), сердце - C (le **coeur**), тонкий кишечник, кишечник не толстый IG (l'**intestin fin**, l'**intestin non gros**), почки - R (**reins**), мочевого пузырь - V (l'**urinaire la vessie**), перикард, покрывающая миокард оболочка - MC (**péricarde**, le **myocarde** l'**enveloppe couvrant**), тройной обогреватель, три полости тела, три источника репродукции энергии - TR (**trois sources les reproductions de l'énergie**), желчный пузырь - VB (le **vésicule biliaire**), печень - F (le **foie**). Задний срединный меридиан, меридиан середины грудной клетки сзади - T (le méridien du milieu du **thorax** par derrière). Передний срединный меридиан - J, проходит по передней поверхности грудной клетки (thorax), посередине грудины и посередине непарной вырезки над ней, которая называется яремной вырезкой (по-латыни - **incisura jugularis**).

2. Акупунктурные точки (АТ) имеют еще аббревиатуру «БАТ», что расшифровывается как «биологически активная точка». Автор не стал обозначать акупунктурные точки «АТ», так как этой аббревиатурой многие авторы часто обозначают аурикулярные (ушные) точки. Точки на ушах автор предлагает обозначать сокращением первых букв «ушные точки» - УТ.

3. По китайской традиции расстояние в иглотерапии измеряется не в сантиметрах, а в цунях (в тексте иногда обозначается буквой «ц»). Цунь – это расстояние на средней фаланге указательного пальца руки, образованного концами кожных складок при полном сгибании пальца. У ребенка 10 лет цуня равен приблизительно 7 миллиметров, у взрослого человека среднего размера – 15 миллиметров, у крупных людей с ростом около 2 метров – 20 миллиметров.

4. Наличие абсолютно всех акупунктурных точек на поверхности кожи человека (без исключения) подтверждено электроприборами.

5. Наличие всех акупунктурных точек на коже животных и птиц так же подтверждено электроприборами. Однако акупунктурное лечение в ветеринарии не нашло практического применения.

§ 4. Топография акупунктурных точек меридиана легких . (I; P; Lu; L).

Меридиан легких относится к системе ручных иньских меридианов, парный, т. е. имеются правый и левый меридианы, которые тесно контактируют между собой. Согласно классической концепции, меридиан имеет внутреннюю и наружную ветви. **Внутренний** меридиан легких исходит из средней полости тела и первоначально опускается вниз к толстой кишке, а после поднимается вверх, обходя кардиальную часть желудка, и, пронизывая диафрагму, делится на два ствола — к правому и левому легкому. Из легких меридиан через трахею выходит в подключичную область, где становится «доступным для воздействия» — начало наружного хода меридиана. Прямое воздействие на внутренний меридиан недоступно.

Траектория наружного участка меридиана. Из подключичной области он направляется к подмышечной впадине и далее следует по медиальной поверхности верхней конечности (на плече — по наружному краю двуглавой мышцы, в области локтя — кнаружи от сухожилия двуглавой мышцы, в области предплечья — по переднему краю лучевой кости соответственно ходу лучевой артерии). В области кисти меридиан проходит по возвышенности большого пальца и заканчивается у внутреннего края ногтевого ложа I пальца точкой шао-шан (P.11).

«Направление энергии» в меридиане — центробежное. «Получает энергию» меридиан в точке входа чжун-фу (P.1) от меридиана печени через точку выхода ци-мэнь (F.14) и передает ее меридиану толстой кишки через точку ле-цюе (P.7) в точку хэ-гу (GI.4). Спаренный с меридианом легких янский меридиан — меридиан толстой кишки. Меридиан легкого с традиционной точки зрения объединяет в себе не столько морфологический субстрат, сколько функциональную систему, включающую всю систему дыхания и кожу. Классические каноны китайской народной медицины определяют следующим образом основную функцию легкого.

1. Легкие контролируют уровень обмена веществ и дыхание.

2. Патологические изменения влияют на биохимический состав волос и функцию потовых желез. Хорошее состояние кожи и волос во многом зависит от состояния легких.

3. Легкие контролируют носоглотку, гортань, миндалины, трахею и бронхи, в функции которых тесно взаимосвязаны. Ухудшение функции дыхания часто приводит к ухудшению функции носового дыхания, отсюда нос является зеркалом меридиана легких.

Подобные функциональные определения находят подтверждение в практике акупунктуры. Так, иглоукалывание в точки данного меридиана наиболее благоприятно сказывается при заболеваниях носоглотки, трахеи, бронхов и легкого, в том числе и бронхиальной астмы. Эффективно также воздействие на точки меридиана при заболеваниях лица и боли в верхних конечностях. Успешное применение акупунктуры в точки меридиана при экземе, аллергических высыпаниях и некоторых других кожных заболеваниях подтверждает древние концепции «о влиянии легких на функцию кожи». В хирургической практике точки меридиана используют при разрезе кожи в сочетании с воздействием на точку легкого соответствующего уха. Следует помнить, что «время оптимальной активности меридиана» с 3 до 5 часов в этот период меридиан наиболее «податлив» тонизирующему воздействию. Время его минимальной активности — с 15 до 17 часов, и в это время меридиан легче тормозить. Вычисленные древними врачами биоритмы отдельных органов подтверждаются и современными клиническими наблюдениями. Так, клиницистам хорошо известно, что приступы бронхиальной астмы чаще всего бывают ранним утром, т. е. с 3 до 5 часов, что соответствует традиционной интерпретации максимума активности энергии в меридиане В практике акупунктуры выделяются синдромы «избыточности» (напоминает респираторное заболевание — повышение температуры, жар в ладонях, звонкий кашель, боль в горле, бронхиальная астма) и «недостаточности» (чаще это хронические легочные процессы или заболевания с нарушениями функции кожи, зудом; зябкость, хриплый кашель, боль в грудной клетке также характерны для этого синдрома). Знание этих данных помогает определенным образом корригировать иглорефлексотерапию. В меридиан включается 11 точек.

Смотрите рисунок 3.

Р.1. Чжун-фу (средний особняк, точка входа энергии в меридиан лёгких, точка-глашатай для меридиана лёгких, точка пересечения меридианов Р - RP) расположена на 30 мм ниже точки юнь-мэнь Р.2. Топографическая анатомия (Т. А.): верхний отдел большой грудной мышцы; ветви грудноакромиальной артерии, латеральной грудной артерии, межреберного нерва и переднего грудного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: бронхиальная астма, заболевания легких, кашель, отек области лица и конечностей, боль в области груди.

Р.2. Юнь-мэнь (дверь облаков) — во впадине под наружным краем ключицы, снаружи от средней линии груди на 6 ц. Топографическая анатомия: верхний отдел большой грудной мышцы, начало подмышечной артерии, ветви плечевого сплетения. Глубина укола 10 мм. Показания: те же. (Здесь и далее под словами «те же» следует понимать идентичные показания, как и для вышестоящей точки).

Р.3. Тянь-фу (небесный дворец) — у лучевого края двуглавой мышцы плеча, ниже подмышечной впадины на 3 цуня. Если поднять руку и попытаться дотронуться до нее кончиком носа, то это место соответствует точке тянь-фу. Топографическая анатомия:

наружная поверхностная вена плеча, мышечно-кожный нерв и верхний латеральный кожный нерв плеча. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания органов дыхания, боль в области лопатки, плеча и плечевого сустава, невроты, головокружение.

Р.4. Ся-бай (благородный свет) — у наружного края двуглавой мышцы плеча, ниже уровня подмышечной впадины на 4 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: неврогенные заболевания сердца, пароксизмальная тахикардия, тошнота, боль в груди.

Р.5. Чи-цзэ (пруд локтя, седатирующая точка меридиана лёгких, точка у-шу-вода) — в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча. Топографическая анатомия: лучевая возвратная артерия, лучевой нерв и латеральный кожный нерв предплечья. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов дыхания и нервной системы (невроты, реактивные состояния, недержание мочи, судороги у детей, боль в области лопатки, гемипарезы, плекситы).

Р.6. Кун-цзуй (высшее отверстие) — выше лучезапястной складки на 7 ц, у внутреннего края плечелучевой мышцы, на линии, соединяющей точки Р.5 и Р.9. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: острые респираторные заболевания, высокая температура, кашель, охриплость голоса, ларингит, фарингит, боль в области плеча и суставов рук.

Р.7. Ле-цюе (недостаток крена, точка выхода энергии из меридиана лёгких, ло-пункт, точка - связующая ЧМ-6) — у лучевого края лучевой кости на 1,5 цуня выше лучезапястной складки, сразу за шиловидным отростком лучевой кости. Топографическая анатомия: ветви лучевой артерии, латеральный кожный нерв предплечья и лучевой нерв. Глубина укола 6 мм. Показания: тик и контрактура мимических мышц, неврит лицевого и тройничного нервов, зубная боль, бронхиальная астма, ларингит, тонзиллит, головная боль в области затылка, мигрень — особенно сопровождающаяся рвотой, заболевания рук. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

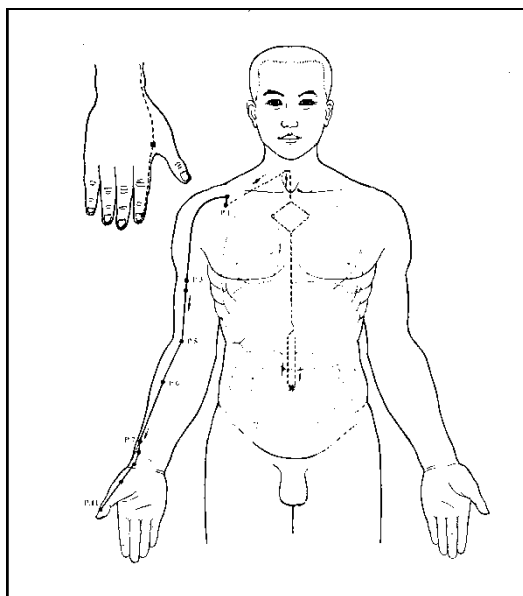


Рисунок 3. Топография акупунктурных точек меридиана легких. (I; P; Lu; L).

Р.8. Цзин-цюй (сток канала, точка у-шу-металл) — у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: тонзиллит, бронхиальная астма, рвота, икота, неврит лучевого нерва.

Р.9. Тай-юань (большой источник, тонизирующая точка меридиана лёгких и его точка - пособник, точка у-шу-земля) — у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти на нижней складке лучезапястного сустава. Топографическая анатомия: лучевая артерия, латеральный кожный нерв предплечья и лучевой нерв. Глубина укола 6 мм. Показания: эмфизема лёгких, ангина, межреберная невралгия, боль в предплечье, конъюнктивит, кератит, бессонница, депрессия. Оказывает специфическое действие на артерии, увеличивает максимальное артериальное давление и др.

Р.10. Юй-цзи (граница тенара, точка у-шу-огонь) — у основания 1 пястной кости лучевой стороны, на границе ладонной и тыльной поверхности кожи. Топографическая анатомия: ветви лучевой артерии и ладонные поверхностные ветви срединного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, гипергидроз, тонзиллит.

Р.11. Шао-шан (молодой купец, точка у-шу-дерево) — у лучевого края ногтевого ложа большого пальца, кнаружи от него на 3 мм. Топографическая анатомия: собственные ладонные пальцевые артерии, ветви лучевого нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: обморочные состояния, заболевания полости рта, глотки и пищевода, бессонница, судороги у детей; точка для обезболивания кожи при хирургических манипуляциях.

§ 5. Топография акупунктурных точек меридиана толстого кишечника. (II: GI; Dd; Li).

Меридиан толстой кишки парный, относится к системе ручных янских меридианов и состоит из наружной и внутренней части. **Наружная** часть меридиана начинается на 3 мм кнаружи от ногтевого ложа указательного пальца и поднимается вдоль его лучевого края, следуя далее между I и II пястными костями и между сухожилиями короткого и длинного разгибателя большого пальца кисти. Затем меридиан следует по наружно-лучевому краю предплечья и наружно-задней поверхности плеча, пересекает плечевой сустав, доходя до акромиального отростка лопатки, откуда дает ответвление к точке да-чжуй (Т.14). По заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, достигая нижней челюсти впереди от ее угла. Заканчивается меридиан на противоположной стороне точкой ин-сян, пересекаясь при этом в носогубной борозде с идентичным меридианом противоположной стороны. **Внутренняя часть меридиана** из точки да-чжуй (Т.14) выходит в надключичную область, откуда его ветвь уходит в глубь тела к толстой кишке и к ноге. «Направление энергии» в меридиане — центростремительное. С традиционной точки зрения, воздействие на точки меридиана толстой кишки показано преимущественно при заболеваниях толстой кишки и желудка; болезнях слизистых оболочек и кожи; заболеваниях лёгких. Использование его точек аффективно также при болевых синдромах туловища, особенно при боли в полости рта (язык, зубы, миндалины) и области лица (нос, уши, глаза). В хирургической практике точку хэ-гу GI.4 часто используют как одну из общих точек для акупунктурного обезболивания. Время оптимальной активности меридиана — с 5 до 7 часов, минимальной — с 17 до 19 часов. Синдромы «избыточности»: боль в верхней конечности, спине и животе; напряжение мышц шейно-затылочной области, вздутие живота и запор; головокружение, озноб и др.

Синдромы «недостаточности» противоположны приведенным, т. е. будет наблюдаться понос, слабость в руках, бронхиальная астма и др. В меридиан включается 20 БАТ. **Смотрите рисунок 4.**

GI.1. Шан-ян (купец ян, точка входа энергии в меридиан, точка у-шу-земля) — расположена на лучевой стороне указательного пальца, отступя 3 мм, кнаружи от ногтевого ложа. Топографическая анатомия: собственная ладонная пальцевая артерия, ветви срединного нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: заболевания органов полости рта — тонзиллит, стоматит, ларингит, зубная боль; шум в ушах; болезни органов дыхания; оказание скорой помощи при обмороке.

GI.2. Эр-цзянь (второй интервал, точка у-шу-металл) — на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия, поверхностная ветвь лучевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов полости рта и носа (ларингит, тонзиллит, носовое кровотечение, зубная боль); сужение пищевода, урчание в кишках, понос и др.; кожные заболевания (простые угри) и др.

GI.3. Сань-цзянь (третий интервал, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-вода) — у лучевого края II пястной кости, кзади от ее головки (здесь пальпируется впадина). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: те же (точка обычно используется совместно с эр-цзянь (GI.2), особенно при колитах).

GI.4. Хэ-гу (соединение костей, точка-источник) — между I и II пястными костями, ближе к лучевому краю II пястной кости. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия, поверхностная ветвь лучевого нерва. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания головы (лица, носа, глаз, ушей), органов дыхания, коллапс, бессонница, ночной пот, аменорея, неврастения, боль и парезы верхних конечностей, болевые синдромы верхней половины туловища. Одна из основных точек акупунктуры.

GI.5. Ян-си (поток ян, точка у-шу-дерево) — в «анатомической табакерке» (между сухожилиями короткого и длинного разгибателей большого пальца) на лучезапястном суставе. Топографическая анатомия: ветви лучевой артерии, поверхностные ветви лучевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, шум в ушах, тонзиллит, зубная боль, заболевания лучезапястного сустава.

GI.6. Пянь-ли (наклонный проход, ло-пункт) - над тыльной поверхностью лучевой кости, выше лучезапястного сустава на 3 цуня. Топографическая анатомия: ветви лучевой артерии, поверхностные ветви лучевого нерва, латеральный кожный нерв предплечья. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

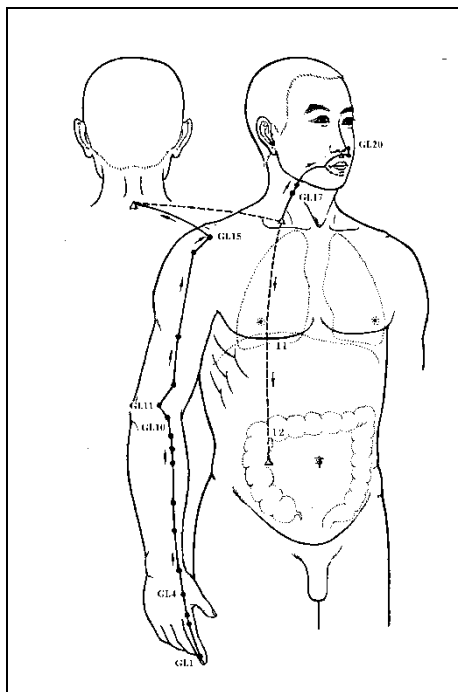


Рисунок 4. Топография акупунктурных точек меридиана толстого кишечника. (П: Gl; Dd; Li).

GL.7. Вэнь-лю (теплый поток, точка-щель) — над тыльной поверхностью лучевой кости, на середине расстояния от лучезапястного сустава до локтевого сгиба. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 - 12 мм. Показания: заболевания органов полости рта, желудка и кишок; боль в руках.

GL.8. Ся-лянь (нижний выступ руки) — ниже точки цюй-чи GL.11 на 4 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 - 15 мм. Показания: параличи сфинктеров мочевого пузыря, урчание в кишках, боль к области сердца, астма, бронхит, плеврит, туберкулез легких, мастит.

GL.9. Шан-лянь (верхний выступ руки) — ниже точки цюй-чи (GL.11) на 3 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 - 15 мм. Показания: те же.

GL.10. Шоу-сань-ли (рука три расстояния) — у заднего края длинного лучевого разгибателя и переднего края короткого лучевого разгибателя кисти, ниже точки цюй-чи (GL.11) на 2 цуня. Топографическая анатомия: лучевая артерия, лучевой нерв, задний кожный и латеральный кожный нервы предплечья. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: зубная боль, стоматит, боль в области локтя и плеча, гемиплегия, апоплексия, невралгия лучевого нерва, мастит, паротит, грипп, хронические колиты. Точка включается в группу общеукрепляющих.

GL.11. Цюй-чи (искривленный пруд, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе). Топографическая анатомия: лучевая возвратная артерия, лучевой нерв, задний кожный и латеральный кожный нервы предплечья. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: тонзиллит, боль в области плеча, лопатки и локтя, головная боль, гемиплегия, плеврит, межреберная невралгия, неврастения, анемия, кожные болезни, хронические колиты. Воздействие в этой точке оказывает общеукрепляющее влияние.

GI.12. Чжоу-ляо (ямка локтевого сустава) — выше локтевого сгиба на 1 цунь. Топографическая анатомия: лучевая коллатеральная артерия и задний кожный нерв плеча. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания верхних конечностей.

GI.13. Шоу-у-ли (рука пять расстояний) — у наружного края плечевой кости, выше локтевого сгиба на 3 цуня. Топографическая анатомия: лучевой нерв, ветви лучевой артерии, латеральный кожный и задний кожный нервы плеча. Глубина укола 5 мм. Показания: пневмония, ревматизм, нарушение двигательной и чувствительной функций верхних конечностей, сонливость, туберкулезный лимфаденит в области шеи, фобии.

G1.14. Би-нао (мышца руки) — выше точки цюй-чи на 7 цуней у места прикрепления дельтовидной мышцы. Топографическая анатомия: ветви плечевой артерии, подмышечный нерв, латеральный кожный нерв плеча. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: те же.

GI.15. Цзянь-юй (цзянь — конец плечевой кости, юй — угол кости) — над плечевым суставом, между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости (соответствует впадине, образующейся при поднятии руки). Топографическая анатомия: артериальная сеть над лопаточной и грудоакромиальной артерий, кожные ветви плечевого сплетения и ветвь надключичного нерва. Глубина укола 20 мм. Показания: гипертоническая болезнь, гемиплегия, криво шея, боль в области плеча.

GI.16. Цзюй-гу (большая кость) — во впадине кнутри от ключично-лопаточного сочленения. Топографическая анатомия: ветви надлопаточной артерии, надлопаточный и надключичный нервы. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания; судороги у детей, зубная боль в области нижней челюсти, плекситы, плече - лопаточные периартриты.

GI.17. Тянь-дин (небесный сосуд) — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне нижнего края щитовидного хряща. Топографическая анатомия: наружная сонная артерия, кожные нервы шеи. Расположение этой точки соответствует также ходу диафрагмального нерва и находящемуся в глубине шейному нервному сплетению. Глубина укола 10 мм. Показания: тонзиллит, ларингит, затруднение глотания.

GI.18. Фу-ту (боковое выпячивание) — в центре брюшка грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща. Топографическая анатомия: восходящая шейная артерия, кожные ветви шейных нервов, добавочный нерв. Под кивательной мышцей проходит внутренняя яремная вена и блуждающий нерв. Глубина укола 12 мм. Показания: кашель, астма, гипосаливация, функциональная афония, пониженное артериальное давление.

GI.19. Хэ-ляо (маленькая ямка) — 15 мм ниже крыла носа (в собачьей ямке), на одном уровне с точкой жэнь-чжун T.26. Топографическая анатомия: ветви наружной челюстной артерии, наружной челюстной вены и нижнеглазничного нерва (отходящего от второй ветви тройничного нерва). Глубина укола 10 мм. Показания: острый и хронический ринит, снижение обоняния, носовое кровотечение, полипы носа, фурункул носа, неврит лицевого нерва, тик и контрактура жевательных мышц, невралгия тройничного нерва.

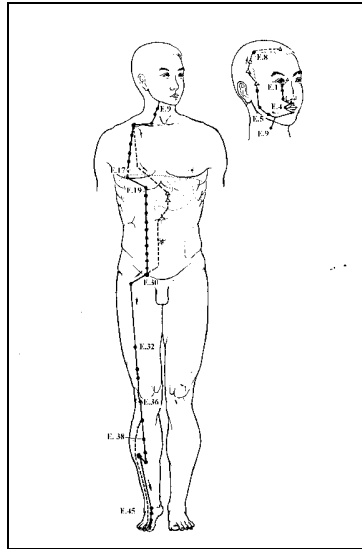
GI.20. Ин-сян (приветственный аромат, точка выхода энергии из меридиана, точка пересечения меридианов GI, E, J) — у верхнего края боковой борозды крыла носа. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 3 - 10 мм. Показания: острый ринит,

снижение обоняния, кровотечение из носа, неврит лицевого нерва и др. Обычно используется вместе с предыдущей.

§ 6. Топография акупунктурных точек меридиана желудка. (Ш: Е: М: S).

Меридиан относится к системе ножных янских меридианов, парный. **Внутренняя часть меридиана** на голове имеет сложную траекторию, так как на одном участке является наружной ветвью, а на другом – опять опускается внутрь тела. Внутренняя часть меридиана берет начало от точки выхода меридиана толстой кишки и, направляясь кверху, подходит к внутреннему углу глаза, контактируя с меридианом мочевого пузыря в точке цин-мин (V.1). Оттуда он подходит к середине нижнего края орбиты (в точку входа чэн-ци. Е.1) и спускается вертикально вниз до уровня крыла носа. Далее он направляется к середине носогубной складки, после чего подходит к углу рта (точка ди-цан, Е.4) и вновь идет к середине губы, но уже нижней (точка чэн-цзян. J.24). От нижней губы меридиан направляется по нижней челюсти и приблизительно в двух сантиметрах от подбородка до ее угла делится на две ветви. Одна из них поднимается вверх кпереди от раковины уха, достигая лобно-теменной области. Вторая ветвь меридиана опускается вниз вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы до ключицы, откуда идет к точке да-чжуй (Т.14), возвращаясь затем в надключичную область примерно на уровень сосковой линии. С этой области меридиан дает ответвление внутрь тела, которое подходит к желудку и другим органам брюшной полости, после чего вновь соединяется на уровне лобка в точке ци-чун (Е.30) с наружной частью меридиана. **Наружная часть меридиана** от подключичной области направляется по среднеключичной линии вниз. На уровне X ребра меридиан отклоняется кнутри, и на животе он проходит по наружному краю прямой мышцы живота. Достигнув верхнего края лобковой кости и соединившись с глубокой ветвью, выходит на наружно-переднюю поверхность бедра, где проходит по наружному краю четырехглавой мышцы. Далее меридиан пересекает коленный сустав и на голени также располагается по передненаружной поверхности (между длинным разгибателем пальцев и длинным разгибателем большого пальца). На стопе меридиан проходит между II и III плюсневых костями и заканчивается кнаружи от ногтевого ложа II пальца стопы точкой ли-дуй (Е.45). С традиционной точки зрения, меридиан желудка оказывает влияние на внутренние органы вообще и особенно на желудок, контролируя при этом секрецию желудка. В лечебной практике применение точек меридиана желудка во многом зависит от места их расположения. Находящиеся на голове точки оказывают нормализующее воздействие на кровообращение органов чувств и слизистую оболочку полости рта. Через точки меридиана желудка можно также лечить невралгии и спазмы мышц лица. Точки меридиана, находящиеся в области шеи, воздействуют на гортань и верхние дыхательные пути, в то время как точки в области грудной клетки преимущественно влияют на функцию легких и бронхов. Гастрит и энтерит лучше поддаются лечению при стимуляции точек в области груди и живота. Воздействие на точки, расположенные на ногах, эффективно при нарушениях кровообращения не только в нижних конечностях, но и в других областях (шея и голова). Нижние точки меридиана желудка можно использовать также для лечения головной боли, заболеваний глаз и др. Таким образом, стимуляция точек меридиана желудка оказывает влияние при заболеваниях головы, носа, лица, зубов, горла, эффективна при некоторых расстройствах нервной системы, заболеваниях пищевого канала, лихорадке. В

хирургической практике точка цзу-сань-ли (E.36) используется как одна из главных точек для акупунктурного обезболивания. Синдромы «избыточности» в меридиане желудка следующие: боль в области передней поверхности грудной клетки, желудка и ног; вздутие живота с отрыжкой, запором и чувством голода; сухость во рту, возбуждение и др. Синдромы «недостаточности» в меридиане противоположны описанным: расстройство пищеварения (урчание и чувство полноты в животе, понос, рвота), онемение и чувство похолодания в области бедер, голеней, боль мышц живота, депрессия и др. В меридиан включается 45 БАТ. **Смотрите рисунок 5.**



**Рисунок 5. Топография акупунктурных точек меридиана желудка.
(Ш: E: M: S).**

E.1. Чэн-ци (резервуар слез, точка входа энергии в меридиан) — на середине нижнего края орбиты (точка обычно определяется по зрачку — соответствует его середине). Топографическая анатомия: подглазничная артерия, подглазничный нерв. Глубина укола 6 мм. Более глубокий укол не допускается, цзю противопоказано. Показания: заболевания глаз, тик и контрактура круговых мышц рта и глаз.

E.2. Сы-бай (четырёхкратный свет) — ниже точки чэн-ци (E.1) на 1 мм, соответствует подглазничному отверстию. Топографическая анатомия: подглазничная артерия, подглазничный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: невралгия тройничного нерва, заболевания глаз, головная боль, головокружение, гайморит, риниты, неврит лицевого нерва, контрактура мимических мышц, нарушение речи.

E.3. Цзюй-ляо (большая ямка) — на одной вертикальной линии с точкой сы-бай (E.2) и на горизонтальной линии с точкой жэнь-чжун T.26 (на уровне носогубной складки). Т. А.: разветвления лицевой артерии, ветви лицевого нерва, подглазничный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: неврит лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, невралгия тройничного нерва, кератит, глаукома, миопия, гайморит, зубная боль, заболевания губ и щек.

E.4. Ди-цан (житница земли, точка пересечения меридианов E-GI) — кнаружи от угла рта на 10 мм. Топографическая анатомия: ветви тройничного и лицевого нервов. В глубине проходит лицевая артерия. Глубина укола 10 мм. Возможно горизонтальное введение иглы к точке через угол рта. Показания: неврит лицевого нерва, тик и контрактура круговых мышц рта и глаз, невралгия тройничного нерва, расстройства речи и др.

Е.5. Да-ин (большой прием) — на передней поверхности нижней челюсти на 1 цунь кпереди от угла челюсти (уровень третьего большого коренного зуба нижней челюсти). Топографическая анатомия: ветви лицевого нерва, ветвь тройничного нерва, большой ушной нерв, нижняя альвеолярная артерия. Глубина укола 15 мм. Показания: отек лица, тик и контрактура круговой мышцы рта, жевательных мышц и мышц области шеи и глаза, расстройство речи, зубная боль.

Е.6. Цзя-чэ (колесница челюсти) — кпереди и кверху от угла нижней челюсти 10 - 12 мм (во впадине). Топографическая анатомия: жевательная артерия, ветви тройничного нерва, большой ушной нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: неврит лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, невралгия тройничного нерва, охриплость голоса, зубная боль (в нижней челюсти), стоматит, боль, тик и контрактура мышц области шеи, растяжение связок в шейно-затылочной области, гемиплегия, тетраплегия, расстройство речи.

Е.7. Ся-гуань (нижняя граница, точка пересечения меридианов E-VB) — кпереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти, во впадине. Топографическая анатомия: поперечная артерия лица, отходящая от поверхностной височной артерии, третья ветвь тройничного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: неврит лицевого нерва, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, зубная боль (в верхней челюсти).

Е.8. Тоу-вэй (усталая голова, точка пересечения меридианов E-VB) — на поперечной линии точки шэнь-тин Т.24 в лобном углу волосистой части головы во впадине, образуемой местом соединения лобной и теменной костей. Топографическая анатомия: лобная ветвь поверхностной височной артерии, височная ветвь лицевого нерва, первая и вторая ветвь тройничного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в области лба, мигрень, конъюнктивит, снижение зрения, слезотечение, неврит лицевого и невралгия тройничного нервов.

Е.9. Жэнь-ин (в древности — название сонной артерии, выход энергии из моря «энергии») — у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща. Топографическая анатомия: место разделения общей сонной артерии на внутреннюю и наружную сонные артерии. В этой области кнаружи находится шейная петля, кзади — блуждающий нерв и поперечный нерв шеи. Глубина укола 10 мм. Более глубокий укол и прижигание противопоказаны. Показания: ларингит, тонзиллит, легочные заболевания, гипертоническая болезнь.

Е.10. Шуй-ту (водопад) — кнаружи от нижнего края щитовидного хряща, у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Топографическая анатомия: общая сонная артерия, кпереди от артерии — нисходящая ветвь подъязычного нерва, кнаружи от артерии — блуждающий нерв и поперечный нерв шеи. Глубина укола 10 мм. Показания: тонзиллит, бронхит, астма, ларингит, коклюш.

Е.11. Ци-шэ (хижина дыхания) — на верхнем крае грудинного конца ключицы, между головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Топографическая анатомия: общая сонная артерия, блуждающий нерв, симпатический ствол, кожные ветви шейных нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

Е.12. Цюе-пэнь (разбитая чаша) — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в середине надключичной ямки. Топографическая анатомия: дорсальная лопаточная артерия, надключичный нерв, в глубине проходит подключичная артерия.

Глубина укола 10 мм (иглу нельзя углублять больше чем на 10 мм, так как можно травмировать верхушку легкого и плевру, что проявится кашлем и икотой). Показания: астма, плеврит, воспалительный процесс мышц области шеи и плеча, невралгия межреберных нервов, тонзиллит, туберкулезный лимфаденит.

Е.13. Ци-ху (дом дыхания) — под ключицей, кнаружи от средней линии груди на 4 цуня. Топографическая анатомия: наивысшая межреберная артерия, латеральный грудной и подключичный нервы. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов дыхания, спазм диафрагмы, коклюш, икота.

Е.14. Ку-фан (сокровищница) — в первом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 4 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: болезни легких.

Е.15. У-и (комнатная ширма) — во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня. Глубина укола 10 мм. Топографическая анатомия: та же. Показания: те же.

Е.16. Ин-чуан (соколиное окно) — в третьем межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

Е.17. Жу-чжун (середина груди) в центре соска. Т. А.: та же. Укол и прижигание не проводятся.

Е.18. Жу-гэнь (корень груди) — в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня. Топографическая анатомия: разветвление межреберной артерии, латерального грудного нерва и межреберного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: воспалительные процессы молочной железы, гипогалактия, кашель, плеврит, межреберная невралгия.

Е.19. Бу-жун (вход воспрещен) - кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 6 ц выше пупка, у нижнего края прикрепления хряща VIII ребра. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия, межреберный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: заболевания желудка, печени, сердца; нарушение двигательной и чувствительной функций в области лопатки и плеча, межреберная невралгия.

Е.20. Чэн-мань (принимающая полнота) — кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 5 ц выше пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: кашель, кровавая рвота, затруднение глотания, понижение аппетита, вздутие живота, понос, урчание в кишках, перитонит, желтуха, спазм диафрагмы.

Е.21. Лян-мэнь (ворота перекрестка) - кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 4 ц выше пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 20 мм. Показания: различные заболевания желудка, в частности гастрит, язвенная болезнь, понижение аппетита, диспепсия и др.

Е.22. Гуань-мэнь (пограничные ворота) — кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 3 ц выше пупка. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия, межреберный нерв. Глубина укола 25 мм. Показания: заболевания желудка и кишок, недержание мочи.

Е.23. Тай-и (большая монада) — кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 2 ц выше пупка. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия, поперечная ободочная кишка. Глубина укола 25 мм. Показания: те же.

Е.24. Хуа-жоу-мэнь (скользящая смазанная дверь) — кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 1 цунь выше пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 мм. Показания: эпилепсия, глоссит, хронический гастроэнтерит, асцит, нефрит, эндометрит, нарушение менструального цикла.

Е.25. Тянь-шу (небесная колонна, точка - глашатая меридиана GI) — на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 30 мм. Показания: заболевания желудка и кишок, холецистит, нефрит, эндометрит, нарушение менструального цикла.

Е.26. Вай-лин (наружный холм) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня и 1 цунь ниже пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: боль в нижней части живота, кишечная колика, болезненность передней брюшной стенки.

Е.27. Да-цзюй (большая власть) — кнаружи от средней линии живота на 2 цуня и 2 ц ниже пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: бессонница, кишечная колика, запор, задержка мочи, астения.

Е.28. Шуй-дао (путь воды) — кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 3 цуня ниже пупка. Топографическая анатомия: поверхностная надчревная и нижняя надчревная артерии, XII межреберный и подвздошно-подчревный нервы. Глубина укола 25 мм. Показания: нефрит, цистит, задержка мочи, эпидидимит, миелит, кишечная колика, выпадение прямой кишки, заболевания матки и яичников.

Е.29. Гуй-лай (возврат) - кнаружи от средней линии живота на 2 ц и 4 ц ниже пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: заболевания мочеполовой сферы.

Е.30. Ци-чун (дыхательный толчок, точка входа энергии в море «пищевое») — кнаружи от средней линии живота на 2 ц на уровне бугорка лобковой кости. Топографическая анатомия: поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость, поверхностная надчревная и нижняя надчревная артерии, подвздошно-подчревный и подвздошно-паховой нервы. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания женских и мужских половых органов, люмбаго.

Е.31. Би-гуань (граница бедра) — между портняжной мышцей и мышцей, напрягающей широкую фасцию бедра, выше верхнего края надколенника на 12 цуней. Топографическая анатомия: разветвления латеральной артерии, огибающей бедренную кость, ветви бедренного нерва, латерального кожного нерва бедра и подвздошно-пахового нерва. Глубина укола 20 мм. Показания: люмбаго, нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, паховой лимфаденит, цистит, нефрит, эндометрит, нарушение менструального цикла.

Е.32. Фу-ту (боковое выпячивание) — кнаружи и кпереди от бедренной кости, на брюшке прямой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на 6 цуня. Топографическая анатомия: ветви латеральной артерии, огибающей бедренную кость, мышечные и кожные ветви бедренного нерва. Глубина укола 20 мм. Показания: те же.

Е.33. Инь-ши (теневого базар) — между прямой и широкой мышцами бедра, выше верхнего края надколенника на 3 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: те же.

Е.34. Лян-цю (вершина холма, точка-щель) — между прямой и широкой мышцами бедра, выше верхнего края надколенника 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: гонит, люмбаго, мастит, боль и слабость в нижних конечностях.

Е.35. Ду-би (нос теленка) — во впадине кнаружи от связки надколенника, на уровне нижнего края надколенника. Топографическая анатомия: артериальная сеть коленного сустава, передние кожные ветви бедренного нерва, ветви большеберцового и общего малоберцового нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: нарушения функции коленного сустава.

Е.36. Цзу-сань-ли (нога три расстояния, точка выхода энергии из моря «пищевого») — кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 30 мм; ниже нижнего края надколенника на 3 цуня. Топографическая анатомия: точка расположена между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, где разветвляется передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый нерв, передние кожные ветви бедренного нерва и латеральный кожный нерв икры. Глубина укола 15 - 25 мм; у детей в возрасте до 3 лет глубина укола 3 - 6 мм. Показания: заболевания пищеварительного аппарата, нижних конечностей, общее истощение, болезни полости рта, задержка мочи, гипертоническая болезнь, головная боль, головокружение, заболевания глаз. Одна из основных точек в практике акупунктуры, оказывает общеукрепляющее влияние на организм.

Е.37. Шан-цзюй-суй (верхняя огромная пустота, точка выхода энергии из моря «крови») - 3 ц ниже точки цзу-сань-ли (Е.36), на брюшке большеберцовой мышцы. Топографическая анатомия: передняя большеберцовая артерия и глубокий малоберцовый нерв. В этой области находятся чувствительные волокна икроножного нерва. Глубина укола 15 мм. Показания: люмбаго, нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, гонит, желудочно-кишечные заболевания.

Е.38. Тяо-коу (морщинистый рот) между большеберцовой и малоберцовой костями, выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуня. Топографическая анатомия: между длинным разгибателем пальцев и передней большеберцовой мышцей. В этой области проходят передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый и икроножный нервы. Глубина укола 15 мм. Показания: желудочно-кишечные заболевания и заболевания нижних конечностей.

Е.39. Ся-цзюй-суй (нижняя огромная пустота, вторая точка выхода энергии из моря «крови») - выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 цуня. между больше-берцовой и малоберцовой костями. Топографическая анатомия: передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый нерв, медиальные кожные ветви голени и латеральный кожный нерв икры. Глубина укола 15 мм. Показания: нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, фантомная боль, головная боль, межреберная невралгия, тонзиллит, слюнотечение, мастит.

Е.40. Фэн-лун (богатая полнота, ло-пункт) — между точкой Е.38 и передним краем малоберцовой кости, выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуня. Топографическая анатомия: ветви передней большеберцовой артерии, глубокий

малоберцовый нерв и чувствительные волокна икроножного нерва. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, головная боль, запор, задержка мочи, заболевания печени, кашель с мокротой.

Е.41. Цзе-си (разорванный поток, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-дерево) — в центре голеностопного сустава на сгибе стопы, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев во впадине. Топографическая анатомия: ветви передней большеберцовой артерии и поверхностный малоберцовый нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: заболевания нижних конечностей, отек в области лица, головокружение, головная боль, эпилепсия, запор, метеоризм.

Е.42. Чун-ян (стремительный ян, точка-источник, точка выхода энергии) — на самом высоком месте свода стопы, между суставами II — III клиновидных и II — III плюсневых костей. Топографическая анатомия: тыльная артерия стопы, промежуточный тыльный кожный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, воспалительные заболевания суставов нижних конечностей, зубная боль, гингивит, эпилепсия, рвота, метеоризм, анорексия.

Е.43. Сянь-гу (снижающийся холм, точка у-шу-вода) - между II — III плюсневыми костями (в самом широком месте). Топографическая анатомия: тыльная артерия стопы, отходящая от передней большеберцовой артерии, и промежуточный тыльный кожный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: отек области лица, гиперемия конъюнктивы, урчание в кишках, кишечная колика, лихорадочные заболевания, ночной пот.

Е.44. Нэй-тин (внутренний двор, точка у-шу-металл) - между головками II и III плюсневых костей. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия и тыльный пальцевой нерв стопы, отходящий от поверхностного малоберцового нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: перемежающаяся лихорадка, отек области лица, гингивит, спазм голосовых связок, кишечная колика, спазм диафрагмы.

Е.45. Ли-дуй (страшная плата, седатирующая, точка у-шу-земля) — кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 3 мм. Показания: заболевания органов полости рта, головная боль, психозы, боль в нижних конечностях и в паховой области, метеоризм.

§ 7. Топография акупунктурных точек меридиана селезенки – поджелудочной железы. (IV; RP; MP; Sp).

Относится к системе ножных иньских меридианов, парный. *Наружная часть меридиана* берет начало у внутреннего края ногтевого ложа I пальца стопы. На стопе меридиан проходит по ее внутренне-боковой поверхности на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи. Несколько впереди медиальной лодыжки пересекает голеностопный сустав и выходит на передневнутреннюю поверхность голени, направляясь вверх по заднему краю большеберцовой кости. Пересекает коленный сустав и по передневнутренней поверхности бедра достигает живота, пересекая середину паховой связки. На этом уровне меридиан делится на две ветви: поверхностную и внутреннюю. Поверхностная ветвь направляется по передней брюшной стенке на расстоянии 4 цуня от переднесрединной линии. На уровне XI ребра меридиан отклоняется кнаружи и проходит на грудной клетке на расстоянии 6 цуней от

переднесрединной линии. Дойдя до второго межреберного промежутка, поверхностная ветвь меридиана поворачивает несколько наружу и книзу, заканчиваясь в шестом межреберном промежутке по средне-подмышечной линии точкой да-бао (R.21). **Вторая (внутренняя) ветвь меридиана**, вошедшая в брюшную полость в нижнем отделе живота, подходит к селезенке, поджелудочной железе (традиционно правым меридианом управляет поджелудочная железа, а левым — селезенка) и желудку. После пересечения диафрагмы она поднимается вдоль пищевода до основания языка и распределяется на его нижней поверхности. Ранее от поджелудочной ветви меридиана отходит коллатераль, которая также пересекает диафрагму, но направляется к сердцу. **«Направление энергии»** в меридиане — центростремительное. Согласно концепциям древней восточной медицины, меридиан селезенки (как и сам орган) — функциональная система, имеющая отношение к продвижению и перевариванию пищи в кишках, а также всасыванию питательных веществ. Кроме того, селезенка регулирует водный обмен в организме, и нарушение ее функции может привести к развитию отеков. Селезенка регулирует и управляет также составом и очисткой крови, подавая питательные вещества в кровь, и тем самым обеспечивает нормальную функцию других органов путем достаточного их кровоснабжения. Селезенка вместе с печенью отвечает за состояние мышц. Следуя восточным концепциям, меридиан селезенки — поджелудочной железы «держит» под своим влиянием интеллект, мышление и воображение. Диагностика «поражений меридиана» вызывает определенные затруднения даже у классиков иглотерапии. Традиционно принято считать, что плохая память, дневная сонливость, метеоризм, онемение, слабость в ногах и страсть к сладостям — признаки «недостаточности» селезенки. Визуально для определения функции меридиана придается значение состоянию слизистой оболочки полости рта, особенно губ. «Рот — зеркало селезенки, а губы — отражение ее благополучия». При нормальной селезенке — губы розовые и влажные, при «недостатке энергии» — губы бледные и сухие. В практической деятельности следует помнить, что иглоукалывание в точки данного меридиана нормализует функции пищевого канала (основной меридиан вместе с меридианом желудка), печени, поджелудочной железы, селезенки и легких. Меридиан играет вспомогательную роль при лечении заболеваний мочеполовой сферы (основные меридианы — почки и печени). Воздействие на дистальные точки меридиана положительно влияет на эмоциональную и интеллектуальную сферу при некоторых видах депрессии, неврастении, а также при умственной инертности, недостаточной концентрации внимания и усталости. В меридиан включается 21 БАТ. **Смотрите рисунок 6.**

RP.1. Инь-бай (тайный свет, вход энергии в меридиан, точка у-шу-дерево) — расположена внутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия и тыльный пальцевой нерв стопы. Глубина укола 3 мм. Показания: коллапс, острый энтероколит, вздутие живота, нарушение менструального цикла, судороги у детей, психические заболевания. Во время беременности воздействие на точку противопоказано.

RP.2. Да-ду (большой город, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсне - фалангового сустава. Топографическая анатомия: разветвление медиальной подошвенной артерии, медиальный подошвенный нерв, отходящий от большеберцового нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

RP.3. Тай-бай (наивысший свет, точка источник, точка у-шу-земля) - кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы. Топографическая анатомия: медиальная подошвенная артерия, отходящая от задней большеберцовой артерии, и медиальный подошвенный нерв, отходящий от большеберцового нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: желудочно-кишечные заболевания, люмбаго, нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, эпилепсия.

RP.4. Гунь-сунь (внук князя, ло-пункт, точка-ключ ЧМ-8, точка-связующая ЧМ-7) — на внутренней поверхности стопы, на передненижнем крае основания I плюсневой кости. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: желудочно-кишечные заболевания, миокардит, стенокардия, плеврит, отек области головы и лица, эпилепсия, метrorрагии, привычный аборт.

RP.5. Шан-цю (холм совещания, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-металл) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости. Топографическая анатомия: медиальная передняя лодыжковая артерия, отходящая от передней большеберцовой артерии, медиальные кожные ветви голени, ветви поверхностного малоберцового нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: желудочно-кишечные заболевания (метеоризм, урчание в кишках, боль в языке, нижней части живота, рвота, запор, геморрой). Заболевания вен и костей.

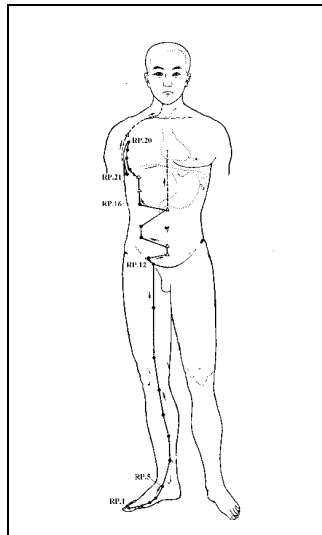


Рисунок 6. Топография акупунктурных точек меридиана селезенки – поджелудочной железы. (IV; RP; MP; Sp).

RP.6. Сань-инь-цзяо (точка встречи трех инь, групповой ло-пункт для меридианов RP- R- F) - кзади от большеберцовой кости, на 3 цуня выше верхнего края медиальной лодыжки. Топографическая анатомия: задняя большеберцовая артерия, медиальные кожные ветви голени, большеберцовый нерв. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: заболевания мочеполовой системы (аменорея, метrorрагия, боль в области полового члена, поллюции), нарушение чувствительной и двигательной функций нижних конечностей, энтероколит, кровотечение из геморроидальных узлов, бессонница, неврастения. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

RP.7. Лоу-гу (открытый холм) — выше верхнего края медиальной лодыжки на 6 ц и 15 мм кзади от большеберцовой кости. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания пищеварительной системы.

RP.8. Ди-цзи (орган земли) — выше медиальной лодыжки на 8 ц, у заднего края большеберцовой кости Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: люмбаго, понижение аппетита, спазм желудка, аспермия, хронический эндометрит, острый цистит, нарушение менструального цикла.

RP.9. Инь-лин-цюань (источник на холме, точка у-шу-вода) - у задненижнего края медиального мыщелка большеберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня, на уровне точки ян-лин-цюань (VB.34). Топографическая анатомия: задняя большеберцовая артерия, медиальная нижняя коленная артерия и медиальные кожные ветви голени. Показания: понос, кишечная колика, спазматический запор у женщин, недержание мочи, задержка мочеиспускания, кольпит, острый цистит, бессонница, гонит.

RP.10. Сюе-хай (кровавое море) — у верхнего края медиального мыщелка бедренной кости, выше верхнего края надколенника на 1 цунь. Топографическая анатомия: медиальная верхняя коленная артерия, кожные и мышечные ветви бедренного и запирающего нервов. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: метроррагия, эндометрит, эпидидимит, нарушение менструального цикла, экзема, язвы в области нижних конечностей, энурез.

RP.11. Цзи-мэнь (седьмые ворота) — у медиального края четырехглавой мышцы бедра, выше верхнего края надколенника на 6 цуня. Топографическая анатомия: бедренная артерия, запирающий и бедренный нервы. Глубина укола 15 мм. Показания: нарушение функции мочевого пузыря, паховой лимфаденит.

RP.12. Чун-мэнь (ворота нападения, точка пересечения меридианов RP-F) - у нижнего края середины паховой связки, на уровне точки цюй-гу, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня. Топографическая анатомия: нижняя надчревная артерия, поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость, кожные ветви подвздошно-пахового нерва. Глубина укола 20 мм. Показания: эпидидимит, невралгия нерва семенного канатика, эндометрит, вздутие живота, спазматическая боль желудка, мастит.

RP.13. Фу-шэ (большой особняк, точка пересечения меридианов RP-F) — 1 цунь выше лобка, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня. Топографическая анатомия: поверхностная надчревная нижняя артерия и поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость, кожные ветви подвздошно-подчревного нерва и подвздошно-пахового нерва; правая точка фу-шэ соответствует нижнему отделу слепой кишки, левая — нижнему отделу сигмовидной кишки. Глубина укола 20 мм. Показания: увеличение селезенки, отравление свинцом, запор.

RP.14. Фу-цзе (шов живота) — 3,5 ц выше лобка, 4 ц — кнаружи от средней линии живота. Топографическая анатомия: ветви подвздошно-поясничной артерии, межреберный нерв. Глубина укола 20 мм. Показания: кишечная колика, дизентерия, импотенция.

RP.15. Да-хэн (большая извилина) - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 30 мм. Показания: заболевания тонкой и толстой кишок.

RP.16. Фу-ай (боль живота) — кнаружи от средней линии живота на 4 ц выше пупка на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 20 мм. Показания: болезни желудка.

RP.17. Ши-доу (пищевое отверстие) — в пятом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуня. Топографическая анатомия: латеральная грудная артерия, длинный грудной нерв и латеральные кожные ветви межреберного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: пневмония, бронхит, межреберная невралгия, заболевания печени.

RP.18. Тянь-си (небесный поток) — в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуня. Топографическая анатомия: латеральная грудная артерия, длинный грудной нерв и латеральные кожные ветви межреберного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: бронхит, межреберная невралгия, гипогалактия, мастит.

RP.19. Сюн-сян (область груди) - в третьем межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуня. Топографическая анатомия: передние ветви грудного нерва и латеральные кожные ветви межреберного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в области грудной клетки и спины, затруднение глотания, слюнотечение, икота, межреберная невралгия, бронхит.

RP.20. Чжоу-жун (окружающее великолепие) - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

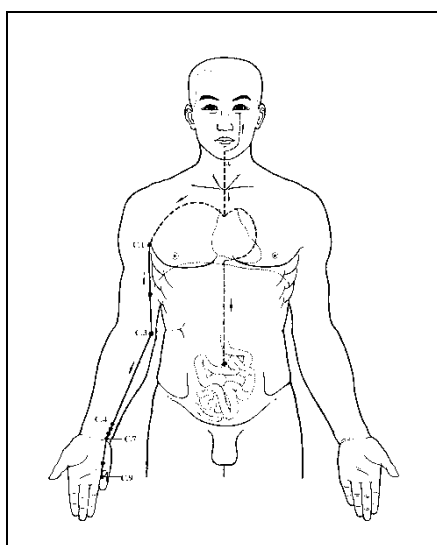
RP.21. Да-бао (большой изобретатель, точка выхода энергии из меридиана) — на средней подмышечной линии в шестом межреберье. Топографическая анатомия: латеральная грудная артерия, латеральные кожные ветви межреберного нерва, длинный грудной нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: межреберная невралгия, заболевания печени.

§ 8. Топография акупунктурных точек меридиана сердца.

(V; C; H; H).

Относится к системе иньских меридианов, парный. Является продолжением меридиана селезенки — поджелудочной железы. *Внутренняя ветвь меридиана* начинается от сердца и сразу делится на две ветви: одна из ветвей проникает через диафрагму и направляется к тонкой кишке, другая — выходит из сердца и направляется по двум сторонам внутренней поверхности шеи к глазам. *Поверхностная ветвь меридиана* из сердца выходит на плечо на уровне латерального края большой грудной мышцы по передне-подмышечной линии. Далее меридиан следует по заднемедиальной поверхности плеча, предплечья, проходит по локтевому краю кисти между V и IV пястными костями, заканчиваясь у ногтевого ложа с лучевой стороны V пальца кисти. Согласно концепциям восточной медицины, меридиан сердца — функциональная система, влияющая преимущественно на функциональные состояния сердца и кровообращения. Кроме того, древние концепции утверждают, что под контролем сердца находятся сознание, умственная активность, ощущение и эмоции. Человек остается бодрым и жизнерадостным до тех пор, пока у него здоровое сердце. Ухудшение его работы ведет к раздражительности, вялости, малой активности, нерешительности и др. В этой связи точкам меридиана сердца придается исключительное значение для лечения различных эмоционально-стрессовых нарушений, неврозов, депрессий и некоторых других функциональных заболеваний. Акупунктура в подобных случаях приводит к «успокоению сердца и улучшению душевного состояния человека». Диагностика «поражений меридиана» сердца в классическом варианте наряду с пульсовой диагностикой основана на следующих признаках: симптому избыточности соответствует

тяжесть в груди, иногда повышение температуры и сухость во рту. Лица с признаками «избыточности энергии» в меридиане сердца худощавы, физически крепкие с хорошим цветом кожи, но легко возбудимы и склонны к частым катарам верхних дыхательных путей и др. Лица с симптомами «недостаточности» нерешительны, подвержены страху и волнениям, имеют слабое здоровье, худы, склонны к нервным нарушениям, плохо контактны, кожа и видимые слизистые бледно-синюшные. Характерно, что врачи Востока придают большое значение состоянию слизистых оболочек и кожи в диагностике различных заболеваний, в том числе и для определения состояния сердца. Они считают, что «язык — зеркало сердца, а лицо — отражение его состояния». Сердце оказывает также влияние на состояние глаз и ушей. Приятный «пожар, бушующий в сердце», делает человека зорким, а «понижение энергии сердца» сопровождается ухудшением слуха. В практике акупунктуры следует помнить, что воздействия на точки меридиана сердца благоприятно влияют при функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы, неврозах, обмороках, головокружениях. Кроме того, устраняются в определенной степени психо-эмоциональные нарушения (страх, тревога, грусть и др.). В меридиан включается 9 БАТ. **Смотрите рисунок 7.**



**Рисунок 7. Топография акупунктурных точек меридиана сердца.
(V; C; H; H).**

С.1. Цзи-цюань (наивысший родник, точка входа энергии в меридиан) - точка расположена на уровне подмышечной впадины, у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча. Топографическая анатомия: локтевой и срединный нервы, медиальный кожный нерв плеча, латеральные кожные ветви межреберного нерва, плечевая артерия. Глубина укола 15 мм (укол делается слегка кверху и кнаружи). Показания: болезни сердца, истерия, межреберная невралгия, плексит, тошнота, болезнь Рейно.

С.2. Цин-лин (молодая душа) — у внутреннего края двуглавой мышцы плеча, выше локтевого сгиба на 3 цуня. Топографическая анатомия: медиальная кожная вена плеча, плечевая артерия, локтевой и срединный нервы, медиальный кожный нерв плеча. Глубина укола 10 мм (проводится редко вследствие наличия крупных сосудов). Показания: те же.

С.3. Шао-хай (малое море, точка у-шу-вода) — на складке локтевого сгиба у локтевого ее края, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости, где кончиком пальца прощупывается впадина. Топографическая анатомия: нижняя локтевая коллатеральная

артерия, медиальные кожные нервы плеча и предплечья. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: пароксизмальная тахикардия, лимфаденит шейной или подмышечной области, психоз, зубная боль, головокружение, невралгия тройничного нерва, судороги мышц верхней конечности, болезнь Рейно.

С.4. Лин-дао (дорога духа, точка у-шу-металл) — у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти, выше лучезапястной складки на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: медиальный кожный нерв предплечья, локтевая артерия и локтевой нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: функциональные болезни сердца, истерия, тошнота, боль в области локтевого сустава, неврит локтевого нерва.

С.5. Тун-ли (связь с внутренним миром, ло-пункт) — между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев, выше лучезапястной складки на 1 цунь. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, неврогенная тахикардия, гиперемия конъюнктивы, судороги мышц верхней конечности, неврозы, гипотония.

С.6. Инь-си (граница инь, точка-цель) — между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев, выше лучезапястной складки на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, кровотечение из носа, пароксизмальная тахикардия, тонзиллит, истерия, язва желудка, астения у людей пожилого возраста.

С.7. Шэнь-мэнь (божественная дверь, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-земля) — у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями. Топографическая анатомия: локтевая артерия и локтевой нерв, чувствительные волокна медиального кожного нерва предплечья и ладонной кожной ветви локтевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: бессонница, неврозы, психозы и неврогенные заболевания сердца, гипертиреоз, гипертоническая болезнь, кровопотеря после родов и др.

С.8. Шао-фу (малая область, точка у-шу-огонь) — между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка. Топографическая анатомия: общая ладонная пальцевая артерия и ветви локтевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: межреберная невралгия, задержка или недержание мочи, менометроррагия, зуд в области наружных половых органов, пароксизмальная тахикардия, боль в области плеча.

С.9. Шао-чун (меньший поток, точка тонизирующая, точка выхода энергии из меридиана, точка у-шу-дерево) - на концевой фаланге мизинца, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм. Топографическая анатомия: сеть собственной ладонной пальцевой артерии и ветви локтевого нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: астения после лихорадочных заболеваний, межреберная невралгия, неврогенная тахикардия, судороги мышц верхней конечности, ларингит, боль в горле, неврозы с синдромом страха, тоски; амнезия и др.

§ 9. Топография акупунктурных точек меридиана тонкого кишечника. (VI; IG; DU; Si).

Относится к системе ручных янских меридианов, парный, является продолжением меридиана сердца. *Наружная часть меридиана* начинается у локтевого края ногтевого ложа мизинца, направляясь далее по ульнарному краю кисти через лучезапястный

сустав, проходит по внутренне-задней поверхности предплечья и плеча. На уровне нижнего края ости лопатки по заднеподмышечной линии **внутренняя часть меридиана** опускается в подостную ямку и далее зигзагообразно по ости лопатки направляется к точке да-чжуй (Т.14), где вступает в контакт с другими янскими меридианами. Из точки да-чжуй меридиан проникает в надключичную область, где делится на две ветви. Одна из них (внутренняя) вдоль пищевода направляется в глубь тела, давая ответвление к сердцу и пересекая диафрагму, достигает желудка и тонкой кишки. Другая ветвь меридиана (наружная) из надключичной области направляется по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и достигает угла нижней челюсти. Далее меридиан, пересекая щеку, подходит к скуловой кости и делится на две свои конечные ветви. Одна из них подходит к уху, а другая направляется к внутреннему углу глаза. Согласно концепциям восточной медицины тонкая кишка и сердце оказывают влияние друг на друга. При заболевании сердца поражается также тонкая кишка и наоборот. Взаимосвязь между сердцем и тонкой кишкой — один из примеров внутренне-наружных взаимоотношений. Теория внутренне-наружных взаимоотношений зачастую используется при проведении акупунктурной анестезии. Так, например, при операциях на тонкой кишке воздействуют на точки наружного уха, связанные с сердцем, а при операциях на сердце применяют точки, связанные с тонкой кишкой. В ряде случаев обе категории этих точек используются в комбинации. Внутренне-наружными связями с меридианом сердца объясняется и то, что точки меридиана тонкой кишки действуют также на состояние возбуждения, связанное с нервной системой (неврастения, хорей, эпилепсия). Часто с помощью воздействия на точки меридиана тонкой кишки можно успешно лечить шум в ушах, вызванный нарушениями функции внутреннего уха. Многие ревматические и артралгические заболевания рук, плечевого пояса можно с успехом лечить через точки меридиана тонкой кишки. Воздействие на точки меридиана в некоторых случаях является весьма эффективным при различного рода энтеритах. Принято считать, что левая ветвь меридиана действует на тонкую кишку, в правая — дополнительно и на двенадцатиперстную кишку. Местно-сегментарное влияние точек меридиана тонкой кишки наиболее эффективно при головной боли, боли в заднебоковой части шеи, в плечевом поясе и локтях. Признаки «избыточности»: боль и судороги в шейно-затылочной области и по задней поверхности плеча и предплечья: боль в нижней части живота, иногда запор. Признаки «недостаточности»: тошнота, рвота и понос, звон в ушах, снижение слуха, слабость в конечностях, отечность шеи и нижней челюсти. В меридиан включается 19 БАТ. **Смотрите рисунок 8.**

IG.1. Шао-цзэ (малый пруд, точка входа энергии в меридиан, точка у-шу-земля) - расположена у ногтевого ложа V пальца на 3 мм кнаружи. Топографическая анатомия: собственная ладонная пальцевая артерия и собственный ладонный пальцевый нерв, отходящий от локтевого нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: кашель, головная боль, тонзиллит, функциональные заболевания сердца, боль в области предплечья, тик и контрактура мышц шейно-затылочной области, гипогалактия, мастит, пищевые отравления.

IG.2. Цянь-гу (передняя долина, точка у-шу-металл) - кпереди от пястно-фалангового сустава V пальца, на конце поперечной кожной складки во впадине. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия, отходящая от локтевой артерии, и тыльный пальцевый нерв, отходящий от локтевого нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: шум в ушах, боль в области предплечья, гипогалактия, мастит, эпилепсия, икота.

IG.3. Хоу-си (заднее ущелье, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-вода, точка-ключ для ЧМ-1, точка-связующая для ЧМ-2) — кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: судороги мышц шейно-затылочной области, предплечья и плеча, эпилепсия, носовое кровотечение, снижение слуха, блефарит, шейный радикулит.

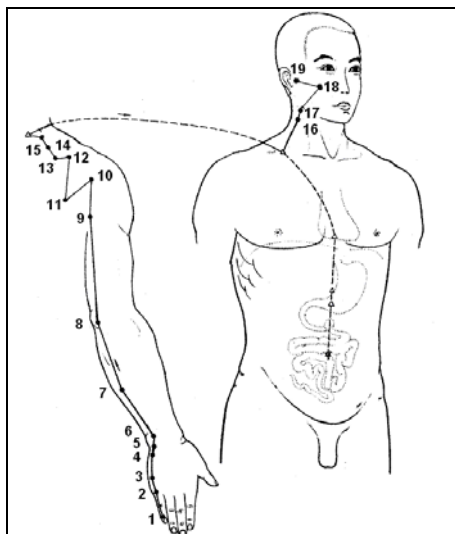


Рисунок 8. Топография акупунктурных точек меридиана тонкого кишечника. (VI; IG; DU; Si).

IG.4. Вань-гу (кость запястья, точка-источник меридиана) - на локтевой стороне кисти во впадине между основанием V пястной и трехгранной костей. Топографическая анатомия: локтевая артерия и тыльные ветви локтевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: те же.

IG.5. Ян-гу (солнечная долина, точка у-шу-дерево) — между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью, во впадине, которая ощущается при полусогнутой в запястном суставе руке. Топографическая анатомия: тыльная запястная ветвь локтевой артерии, тыльные ветви локтевого нерва. Глубина укола 6 мм. Показания: головокружение, шум в ушах, снижение слуха, эпилепсия, стоматит, боль в области предплечья.

IG.6. Ян-лао (забота старости, точка-щель) — выше точки ян-гу (IG.5) на 1 цунь, соответствует тыльной поверхности локтевой кости, над ее головкой. Топографическая анатомия: тыльная запястная ветвь локтевой артерии, тыльные ветви локтевого нерва, медиальный кожный нерв предплечья. Глубина укола 10 мм. Показания: нарушение чувствительной и двигательной функции плечелопаточной области, гиперемия конъюнктивы, снижение зрения.

IG.7. Чжи-чжэн (прямая ветвь, ло-пункт меридиана) — выше лучезапястного сустава на 5 ц, на середине тыльной поверхности локтевой кости. Топографическая анатомия: задняя межкостная артерия и медиальный кожный нерв предплечья. Глубина укола 10 мм. Показания: психические заболевания, неврастения, головокружение, головная боль, боль в руке.

IG.8. Сяо-хай (небольшое море, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке. Топографическая анатомия: ветви локтевой артерии, медиальные кожные нер-

вы плеча и предплечья. Глубина укола 6 мм. Показания: контрактура мышц плеча и локтевого сустава, невралгия локтевого нерва, гингивит, хорея, эпилепсия, боль в нижней части живота.

IG.9. Цзянь-чжэнь (чистота плеча) — кзади и книзу от плечевого сустава, между плечевой костью и лопаткой, на вертикальной линии с подмышечной впадиной. Топографическая анатомия: ветвь задней артерии, огибающей плечевую кость, в глубине — подмышечный нерв, задний кожный нерв плеча, медиальный кожный нерв плеча и латеральная кожная ветвь межреберных нервов. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: шум в ушах, головная боль, боль в области лопатки, спины, суставах верхних конечностей.

IG.10. Нао-шу (точка плеча) — на задней поверхности плечевого сустава по вертикали к задней подмышечной линии. Точка хорошо определяется при поднимании руки (впадина). Топографическая анатомия: надлопаточная артерия, артерия, огибающая лопатку, ветви надключичных нервов, латеральный кожный нерв плеча и задний кожный нерв плеча. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: боль в области плеча и лопатки, плечевого сустава, боль в шейно-челюстной области.

IG.11. Тянь-цзун (небесные предки) — в центре подостной ямки, под точкой бин-фэн (IG.12) на одной линии с точкой шэнь-дао (Т.11), находящейся между V и VI грудными позвонками. Топографическая анатомия: артерия, огибающая лопатку, и надлопаточный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: чувствительные и двигательные расстройства в плечелопаточной области, плекситы.

IG.12. Бин-фэн (лицо ветра) — соответствует середине верхнего края ости лопатки. Топографическая анатомия: надлопаточная артерия, надключичный нерв, надлопаточный и добавочный нервы. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: те же.

IG.13. Цюй-юань (изогнутая стена) - под точкой цзянь-цзин (VB.21) у верхнего края ости лопатки. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: те же.

IG.14. Цзянь-вай-шу (наружная сторона плеча) — у внутреннего края лопатки, на уровне точки Т.13, находящейся между I и II грудными позвонками. Топографическая анатомия: поперечная артерия шеи, задние ветви VII и VIII шейных нервов, дорсальный нерв лопатки и добавочный нерв. Глубина укола 20 мм. Показания: двигательные и чувствительные расстройства в руках, воспаление легких, невралгия, пониженное артериальное давление.

IG.15. Цзянь-чжун-шу (середина плеча) — у внутреннего края лопатки, на середине расстояния между точками цзянь-цзин (VB.21) и да-чжуй (Т.14). Топографическая анатомия: поперечная артерия шеи, дорсальный нерв лопатки. Глубина укола 10 - 20 мм. Показания: заболевания органов дыхания, боль в затылочной и шейной области, снижение зрения.

IG.16. Тянь-чуан (небесное окно) — у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща. Топографическая анатомия: сонная артерия, кожные ветви шейных нервов, начальная часть большого ушного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: невралгия межреберных нервов, стоматит, боль в области шеи и лопатки, шум в ушах, гингивит.

IG.17. Тянь-жун (небесная фигура) - ниже основания мочки уха на 12 мм, соответствует месту прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы к сосцевидному отростку (несколько кверху и кзади от угла нижней челюсти). Топографическая анатомия: чувствительные волокна большого ушного нерва, внутренняя яремная вена, лежащая в глубине. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: невралгия межреберных нервов, одышка, боль в шейно-затылочной области, шум в ушах, гингивит, тик и контрактура мышц в области спины, груди.

IG.18. Цюань-ляо (впадина скуловой кости, точка выхода энергии из меридиана, точка пересечения меридианов IG-TR) — во впадине под нижним краем тела скуловой кости, уровень точки сы-чжу-кун (TR.23), находящейся у наружного угла глаза. Топографическая анатомия: поперечная артерия лица, отходящая от поверхностной височной артерии, скуловая ветвь лицевого нерва, вторая и третья ветвь тройничного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: неврит лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, боль в верхней челюсти.

IG.19. Тин-гун (дворец слуха, точка пересечения меридианов IG-TR-VB) — между козелком и суставным отростком нижней челюсти. Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерии, ушно-височный нерв (от третьей ветви тройничного нерва). Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: шум в ушах, снижение слуха, воспаление наружного слухового прохода, охриплость голоса, афазия, заикание.

§ 10. Топография акупунктурных точек меридиана мочевого пузыря. (VII: V; B; B).

Относится к системе ножных янских меридианов, парный, является продолжением меридиана тонкой кишки. **Наружная ветвь меридиана** начинается у внутреннего угла глаза, направляясь кверху через лобную и теменную области. Ход меридиана в этих областях соответствует условной первой боковой линии головы, которая может быть проведена параллельно средней линии головы от внутреннего угла глаза. В шейно-затылочной области меридиан разделяется на две ветви. Первая из них проходит параллельно заднесрединной линии на 1,5 цуня от остистых отростков позвонков, а вторая — на 3 цуня. В поясничной области от первой наружной ветви меридиана отходят «**внутренние**» коллатерали к почкам и мочевому пузырю. Основная же часть первой и наружной ветви меридиана проходит через крестец, ягодичную область выходит на заднюю поверхность бедра, направляясь к подколенной ямке, где соединяется со второй ветвью, которая также подходит к подколенной ямке, проделав путь от шейно-затылочной области. От подколенной ямки меридиан опускается по задней поверхности голени книзу до латеральной лодыжки, которую обходит сзади. Далее меридиан направляется по наружной поверхности стопы (граница подошвенной и тыльной поверхности кожи) к наружному краю ногтевого ложа мизинца, где и заканчивается точкой чжи-инь (V.67). Следуя концепции народных врачей, меридиан мочевого пузыря играет роль регулятора деятельности почек и контролирует мочеиспускание. Признаками «недостаточности функции меридиана» являются частое мочеиспускание небольшим количеством мочи, хроническая боль в позвоночном столбе, слабость, страх, тогда как синдром «избыточности» выражается преимущественно острой болью в позвоночном столбе, пояснице и ногах, слезотечением и болью в лобно-затылочной области. В практике акупунктуры точки меридиана мочевого пузыря эффективно используются при болезненных и спастических состояниях (головная боль, люмбаго, судороги икроножных мышц). Через точки меридиана мочевого пузыря можно также воздействовать на хро-

нические заболевания, такие как экзема, дерматиты, псориаз. Воздействуя на точки «согласия», можно регулировать функцию любого органа (сердца, легких, желудка, кишок и др.). Если говорить об областях тела и органах, на которые наиболее эффективно воздействие через точки меридиана, то они следующие: центральная нервная система (головной и спинной мозг), голова, задняя поверхность шеи, спина, внутренние органы и кожа. В меридиан включается 67 БАТ. **Смотрите рисунок 9.**

V.1. Цин-мин (цин — глаз, мин — свет, точка входа энергии в меридиан, точка пересечения меридианов V-RP-E-IG) — расположена кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм. Топографическая анатомия: медиальная связка века, ветви верхнечелюстной артерии, подблоковый нерв. Глубина укола 6 мм. Прижигание противопоказано. Показания: глазные заболевания, насморк.

V.2. Цуань-чжу (просверленный бамбук) — над точкой V.1., соответствует началу брови; при пальпации в области ощущается углубление. Топографическая анатомия: лобная артерия, ветви тройничного нерва. Глубина укола 6 мм. Прижигание противопоказано. Показания: глазные заболевания, головокружение, боль в передней части головы, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва.

V.3. Мэй-чун (стремительная бровь) — над началом брови, на горизонтальной линии с точкой ян-бай (BV.14). Топографическая анатомия: та же. Показания: те же.

V.4. Цюй-ча (кривой слуга) — кнаружи от точки шэнь-тин (V.14) над внутренним углом глаза (входит в переднюю границу волосистой части головы на 0,5 ц). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: головная боль, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, снижение зрения, заложенность носа, носовое кровотечение, полипы носа, ринит.

V.5. У-чу (пятое место) — кзади от точки цюй-ча (V.4) на поперечной линии с точкой шан-син (Т.23). Топографическая анатомия: лобная мышца, лобная артерия, лобный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: эпилепсия, головная боль, головокружение, снижение зрения, боль в области плеча и спины.

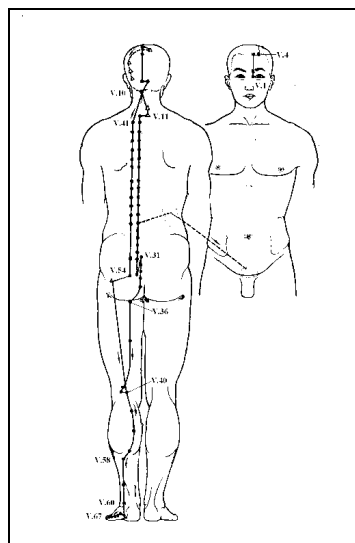


Рисунок 9. Топография акупунктурных точек меридиана мочевого пузыря. (VII: V; B; B).

V.6. Чэн-гуан (приемник света) — кзади от точки у-чу (V.5), на поперечной линии с точкой цянь-дин (Т.21). Топографическая анатомия: теменная кость, сухожильный шлем

головы, под которым располагаются поверхностная височная артерия, лобный нерв, височная ветвь лицевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, заболевания носа.

V.7. Тун-тянь (проникающее небо) на поперечной линии с точкой бай-хуэй (Т.20). Топографическая анатомия: поверхностная височная и затылочная артерии, зона иннервации большого затылочного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: болезни носа, контрактура и тик круговой мышцы рта, невралгия тройничного нерва.

V.8. Ло-цюе (неполное соединение) — на поперечной линии с точкой цян-цзянь (Т.12). Топографическая анатомия: расположение точки соответствует соединению теменной и затылочной костей. В этой области располагается затылочная артерия и большой затылочный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: тоническое напряжение мышц шейно-затылочной области, глаукома, шум в ушах, психозы.

V.9. Юй-чжэнь (нефритовая подушка) — на поперечной линии с точкой нао - ху (Т.17). Топографическая анатомия: затылочная артерия, больше: затылочный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: невралгия тройничного нерва, головокружение, головная боль, близорукость, снижение обоняния, гипергидроз.

V.10. Тянь-чжу (небесная колонна) — на уровне точки я-мэнь (Т.15) впадине у наружного края трапециевидной мышцы. Топографическая анатомия: ветви затылочной артерии, затылочный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: головная боль, тик и контрактура мышц затылка и шейно-лопаточной области, кривошея, ларингит, болезни носа, неврастения, глазные заболевания; воздействие на вегетативную нервную систему.

V.11. Да-чжу (большой позвонок, точка пересечения меридианов V-RP-VB-P-IG) — снаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками I и II грудных позвонков (определяется в сидячем положении с приведенными, опирающимися на локти руками, с наклоненной головой). Топографическая анатомия: нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, дорсальный нерв лопатки, добавочный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: бронхит, головная боль, головокружение, эпилепсия, шейно-грудные радикулиты, заболевания опорно-двигательного аппарата.

V.12. Фэн-мэнь (ворота ветра) — снаружи на 1,5 цуня от промежутка II и III грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: болезни органов дыхания, шейно-грудные радикулиты, сонливость, рвота, для предупреждения гриппа.

V.13. Фэй-шу (шу — сочувствие, фэй — легкое, точка сочувствия меридиана Р) — снаружи на 1,5 цуня от промежутка III и IV грудных позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви межреберной артерии, нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, добавочный нерв, задние ветви грудных нервов. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: болезни органов дыхания, желтуха, кожный зуд, боль в области спины и поясницы.

V.14. Цзюе-инь-шу (абсолютный инь-шу, точка сочувствия меридиана МС) — снаружи на 1,5 цуня от промежутка IV и V грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания сердца, легких, икота, рвота.

- V.15.** Синь-шу (шу сердца, точка сочувствия меридиана С) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка V и VI грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания сердца, желудка, сужение пищевода, эмоционально-волевые нарушения.
- V.16.** Ду-шу (шу ду-май) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка VI и VII грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола та же. Показания: те же.
- V.17.** Гэ-шу (шу диафрагмы) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка VII и VIII грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания сердца и легких (сердцебиение, плеврит, астма, бронхит), гастрит, энтероколит, диспепсия у детей, для усиления гемопоэза.
- V.18.** Гань-шу (шу печени, точка сочувствия меридиана F) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка IX и X грудных позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви межреберной артерии и грудных нервов. В глубине справа располагается печень, слева — желудок. Глубина укола 12 мм. Показания: желтуха, заболевания желудка и кишок, головокружение после лихорадочных заболеваний, слезотечение, психоз, бронхит, межреберная невралгия, анкилостомиаз двенадцатиперстной кишки.
- V.19.** Дань-шу (шу желчного пузыря, точка сочувствия меридиана VB) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка X и XI грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: лихорадка, озноб, головная боль, заболевания желчного пузыря, желтуха, рвота, сужение пищевода, ларингит, плеврит, артериальная гипертензия.
- V.20.** Пи-шу (шу селезенки, точка сочувствия меридиана RP) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками XI и XII грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания пищеварительной системы, диабет.
- V.21.** Вэй-шу (шу желудка, точка сочувствия меридиана E) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка XII грудного и I поясничного позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания желудка, печени, снижение зрения.
- V.22.** Сань-цзяо-шу (шу трех полостей, точка сочувствия меридиана TR) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка I и II поясничных позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви поясничной артерии, задние ветви поясничных нервов. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: болезни желудка, пояснично-крестцовый радикулит, невралгия, недержание мочи.
- V.23.** Шэнь-шу (шу почки, точка сочувствия меридиана R) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка II и III поясничных позвонков (на уровне пупка). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: заболевания мочеполовой сферы (нефрит, спазм сфинктеров мочевого пузыря, недержание мочи, аспермия, поллюции, нарушение менструального цикла), люмбаго.
- V.24.** Ци-хай-шу (шу моря дыхания) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка III и IV поясничных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: люмбаго, геморрой, гипертония.

V.25. Да-чан-шу (шу толстой кишки, точка сочувствия меридиана GI) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка IV и V поясничных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: пояснично-крестцовая боль, болезни толстой кишки (вздутие живота, энтероколит, урчание в животе, понос или запор), недержание мочи, гипертоническая болезнь.

V.26. Гуань-юань-шу (шу начала границы) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками V поясничного и I крестцового позвонков, т. е. между поперечным отростком V поясничного позвонка и боковым краем крестца. Топографическая анатомия: задняя ветвь срединной крестцовой артерии, задние ветви поясничных нервов. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: пояснично-крестцовая боль, гипертоническая болезнь, задержка или недержание мочи.

V.27. Сяо-чан-шу (шу тонкой кишки, точка сочувствия меридиана IG) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка I и II рудиментов крестцовых позвонков (кнаружи от первого заднего крестцового отверстия). Топографическая анатомия: задняя ветвь срединной крестцовой артерии, задние ветви крестцовых нервов. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: энтероколиты, геморрой, пояснично-крестцовая боль, эндометрит.

V.28. Пан-гуань-шу (шу мочевого пузыря, точка сочувствия меридиана V) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка II и III крестцовых позвонков (кнаружи от второго заднего крестцового отверстия). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: заболевания мочеполовой сферы, пояснично-крестцовая боль.

V.29. Чжун-люй-шу (шу середины спины) — кнаружи на 1,5 цуня от промежутка III и IV крестцовых позвонков (кнаружи от третьего заднего крестцового отверстия). Топографическая анатомия: верхняя ягодичная артерия, задние ветви крестцовых нервов. Глубина укола 15 мм. Показания: диабет, энтероколит, люмбаго.

V.30. Бай-хуань-шу (шу сфинктера) — на 1,5 цуня от средней линии спины, у внутреннего края большого седалищного отверстия. Топографическая анатомия: нижняя ягодичная артерия и нерв, чувствительные волокна задних ветвей крестцовых нервов. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: пояснично-крестцовая боль, заболевания прямой кишки, задержка мочи, эндометрит.

V.31. Шан-ляо (верхняя ямка) — соответствует первому заднему крестцовому отверстию. Топографическая анатомия: латеральная крестцовая артерия, задние ветви крестцовых нервов. Глубина укола 25 - 35 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов, пояснично-крестцовая боль, геморрой.

V.32. Цы-ляо (вторая ямка) - соответствует второму заднему крестцовому отверстию. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: те же.

V.33. Чжун-ляо (средняя ямка) — соответствует третьему заднему крестцовому отверстию. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 - 30 мм. Показания: те же.

V.34. Ся-ляо (нижняя ямка) — соответствует четвертому заднему крестцовому отверстию. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола та же. Показания: те же.

V.35. Хуэй-ян (промежность) — у верхнего края копчика, кверху и кнаружи от чан-цян (Т.1) 0,5 ц, между ягодичными мышцам. Топографическая анатомия: нижняя прямоки-

шечная артерия, нижний ягодичный нерв, ветви копчикового сплетения. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания прямой кишки и заднего прохода, кожный зуд и нейродермит в области промежности.

V.36. Чэн-фу (поддержка опоры) — у нижнего края большой ягодичной мышцы, в центре ягодичной складки, между двуглавой и полусухожильной мышцами. Топографическая анатомия: нижняя ягодичная артерия, нижний ягодичный нерв, задний кожный нерв бедра. В глубине — седалищный нерв. Глубина укола 25 мм - 30 мм. Показания: пояснично-крестцовая боль, геморрой, задержка мочи.

V.37. Инь-мэнь (ворота процветания) — в середине задней поверхности бедра между двуглавой и полусухожильной мышцами, ниже ягодичной складки на 6 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 20 мм. Показания: те же.

V.38. Фу-си (поверхностная долина) — у внутреннего края двуглавой мышцы бедра, выше подколенной ямки на 1 цунь (точка определяется при согнутом коленном суставе). Топографическая анатомия: наружные ветви подколенной артерии, общий малоберцовый нерв и задний кожный нерв бедра. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: рвота, понос, запор, цистит, задержка мочи, неврит малоберцового нерва, пояснично-крестцовый радикулит.

V.39. Вэй-ян (накопление ян) — у наружного края подколенной ямки с внутренней стороны сухожилия двуглавой мышцы бедра. Топографическая анатомия: ветви подколенной артерии, большеберцовый нерв и латеральный кожный нерв бедра. Глубина укола 20 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит, радикулоневрит, эпилепсия, жаропонижающее действие.

V.40. Вэй-чжун (командующая середина, точка у-шу-огонь) — в центре подколенной ямки, снаружи от подколенной артерии. Топографическая анатомия: подколенная вена и ветвь бедренного нерва и чувствительные волокна заднего кожного нерва бедра. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит, грипп, гонит, апоплексия, потливость, отсутствие потоотделения при лихорадочных заболеваниях, выпадение волос и бровей, кровотечение из геморроидальных узлов, носовое кровотечение, дерматозы, желудочно-кишечные заболевания, гипертоническая болезнь.

V.41. Фу-фэнь (дополнительная часть, точка пересечения меридианов V-IG) — этой точкой начинается второе ответвление меридиана. Расположена точка снаружи на 3 ц от промежутка II и III грудных позвонков, у внутреннего края лопатки. Топографическая анатомия: нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, дорсальный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов, добавочный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания органов дыхания, шейно-грудные радикулиты.

V.42. По-ху (место души) — снаружи на 3 ц от промежутка III и IV грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: те же.

V.43. Гао-хуан (центры жизни) - снаружи на 3 ц от промежутка IV и V грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: различные хронические заболевания (туберкулез легких, бронхит, язвенная болезнь желудка), неврастения, поллюции. В древности считалось, что воздействие на эту точку показано при лечении «ста заболеваний» и она оказывает универсальное профилактическое влияние.

V.44. Шэнь-тан (зал духа) — кнаружи на 3 ц от промежутка V и VI грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания сердца, органов дыхания, боль в спине и в области плеча.

V.45. И-си (крик боли) — кнаружи на 3 ц от промежутка VI и VII грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания сердца, грудной радикулит.

V.46. Гэ-гуань (граница диафрагмы) — кнаружи на 3 ц от промежутка VII и VIII грудных позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви межреберной артерии, ветви грудных нервов. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: межреберная невралгия, заболевания пищевода, диафрагмы, икота, слюнотечение.

V.47. Хунь-мэнь (ворота души) — кнаружи на 3 ц от промежутка IX и X грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания печени, желудка, пищевода.

V.48. Ян-ган (соединения ян) — кнаружи на 3 ц от промежутка X и XI грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания печени, желудка, пищевода.

V.49. И-шэ (место чувства) — кнаружи на 3 ц от промежутка XI и XII грудных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Показания: те же.

V.50. Вэй-цан (накопитель желудка) — кнаружи на 3 ц от промежутка XII грудного и I поясничного позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви межреберной артерии, ветви грудных нервов. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: болезни желудка и кишок.

V.51. Хуан-мэнь (ворота жизненных центров) - кнаружи на 3 ц от промежутка I и II поясничных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: хронические заболевания внутренних органов, мастит.

V.52. Чжи-ши (место воли) — кнаружи на 3 ц от промежутка II и III поясничных позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 20 - 30 мм. Показания: заболевания половых органов и кишок.

V.53. Бао-хуан (окно в жизненно важные органы) — кнаружи на 3 ц от промежутка II и III крестцовых позвонков. Топографическая анатомия: верхняя ягодичная артерия, верхний и нижний ягодичные нервы. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: энтероколит, запор, задержка мочи, эпидидимит, пояснично-крестцовый радикулит.

V.54. Чжи-бянь (складной край) — соответствует наружному краю входа в крестцовый канал, кнаружи от средней линии спины на 3 цуня. Топографическая анатомия: седалищный нерв, верхняя ягодичная артерия, верхний и нижний ягодичные нервы. Глубина укола 15 - 35 мм. Показания: цистит, геморрой, люмбаго, ишиас, заболевания нижних конечностей.

V.55. Хэ-ян (точка встречи ян) — ниже подколенной ямки на 2 ц на месте соединения головок икроножной мышцы. Топографическая анатомия: подколенная артерия, большеберцовый нерв и внутренний кожный нерв голени. Глубина укола 15 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит и радикулоневрит, метроррагия, эндометрит.

V.56. Чэн-цзинь (опора мышц) — ниже подколенной ямки на 5 ц между головками икроножной мышцы. Топографическая анатомия: та же. Показания: те же.

V.57. Чэн-шань (опора горы) — на месте соединения обеих головок икроножной мышцы и перехода их в пяточное (ахиллово) сухожилие, на середине расстояния от верхнего края медиальной лодыжки до складки подколенной ямки. Топографическая анатомия: задняя большеберцовая возвратная артерия, большеберцовый нерв и медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 20 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит, судороги икроножной мышцы, рвота, понос, запор, судороги у детей, геморрой.

V.58. Фэй-ян (подъем, ло-пункт меридиана) — на месте перехода наружного брюшка икроножной в пяточное сухожилие, выше латеральной лодыжки на 7 цуня. Т. А.: та же. Показания: те же.

V.59. Фу-ян (ян кости ноги, точка-щель) — выше латеральной лодыжки на 3 ц у наружного края пяточного сухожилия. Топографическая анатомия: малоберцовая артерия, икроножный нерв и поверхностный малоберцовый нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: локальная контрактура, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, боль в области бедра и пояснично-крестцовая боль.

V.60. Кунь-лунь (название горы в Тибете, точка у-шу-дерево) — на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием. Топографическая анатомия: ветви латеральной лодыжковой сети, малоберцовая артерия, икроножный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: головная боль, другие болевые синдромы, гипертоническая болезнь, головокружение, носовое кровотечение, кровотечение из геморроидальных узлов, ишиас, воспаление голеностопного сустава, вульвит, задержка отхождения плаценты.

V.61. Пу-шэнь (помощь работницам) — под точкой кунь-лунь (V.60), на латеральной поверхности пяточной кости во впадине. Топографическая анатомия: пяточная ветвь малоберцовой артерии, латеральная пяточная ветвь икроножного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: гонит, слабость икроножной и подошвенной мышц стопы.

V.62. Шэнь-май (вытянутый дворец, точка – связующая для ЧМ-1, точка – ключ для ЧМ-2) — под латеральной лодыжкой, у нижнего края блоковидного выступа пяточной кости, во впадине на границе подошвенной и тыльной поверхностей. Топографическая анатомия: ветви латеральной лодыжковой сети и латеральный подошвенный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, боль в нижних конечностях и пояснице, артериосклероз, меноррагия, последствия кровоизлияний в мозг.

V.63. Цзинь-мэнь (золотые ворота, точка-щель) — кпереди и книзу от латеральной лодыжки у латерального края кубовидной кости, во впадине кзади от основания V плюсневой кости. Топографическая анатомия: ветви тыльной артерии стопы и латеральный подошвенный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: боль в передней части головы, боль в нижней части живота, парестезии в области коленного сустава, рвота, эпилепсия, судороги у детей.

V.64. Цзин-гу (главная кость, точка - источник) — кпереди и книзу от основания V плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей во впадине. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: головная боль,

боль в пояснично-крестцовой области, эпилепсия, судороги у детей, мышечные контрактуры, слезотечение.

V.65. Шу-гу (соединение костей, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-вода) - кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, снижение слуха, воспаление внутреннего угла глаза, слезотечение, боль в теменной и в шейно-затылочной области, боль в области поясницы и спины, судороги икроножной мышцы, карбункулы и фурункулы тела, простые угри.

V.66. Цзу-тун-гу (долина проникновения, точка у-шу-металл) — кпереди от пятого плюсневой фалангового сустава на наружной поверхности V пальца. Топографическая анатомия: ветви тыльной плюсневой артерии, собственный подошвенный пальцевый нерв. Глубина укола 6 мм. Показания: головная боль, носовое кровотечение, боль в области шеи и затылка.

V.67. Чжи-инь (крайний инь, тонизирующая точка меридиана, точка выхода энергии, точка у-шу-земля) — кнаружи от ногтевого ложа V пальца стопы на 3 мм. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия и ветви икроножного нерва. Глубина укола 6 мм. Показания: головная боль, гиперемия конъюнктивы, задержка мочи, боль в суставах нижних конечностей.

§ 11. Топография акупунктурных точек меридиана почек. (VIII; R; N; K).

Относится к системе ножных иньских меридианов, парный, продолжение меридиана мочевого пузыря. **Наружная ветвь меридиана** начинается на подошве во впадине, образующейся при сгибании пальцев стопы, и, пересекая подошву, выходит к середине медиальной поверхности стопы, образуя затем кзади и книзу от медиальной лодыжки четырехугольник или петлю. От медиальной лодыжки меридиан почти вертикально направляется кверху по медиальной поверхности голени и бедра, располагаясь при этом кзади от меридианов RP и F. Достигнув лобковой кости, он делится на две ветви: поверхностную и **глубокую**. Последняя входит в крестец, поясничный отдел позвоночного столба и почку. От почки отходят коллатерали меридиана к мочевому пузырю, печени и, проникая через диафрагму, заходят в легкие, сердце, контактируют с меридианом перикарда, направляясь вдоль трахеи к корню языка. **Поверхностная ветвь** меридиана проходит в области живота наиболее медиально к средней линии, т. е. на расстоянии 0,5 цуня. В области грудной клетки меридиан проходит на расстоянии 2 ц от средней линии, заканчиваясь под ключицей точкой шу-фу (R.27). В древних трактатах восточной медицины уделяется большое значение этому меридиану. Вот некоторые из этих данных. Почки — хранилище «чистой энергии», которая состоит из двух элементов. Один из этих элементов представлен питательными веществами, которые являются материальной основой активности внутренних органов и кишок, в то время как другой является чистой энергией самих почек, будучи материальной основой роста, развития и размножения человека. После длительных болезней и серьезных операций больные зачастую жалуются на появление раздражительности, неприятных зрительных ощущений, бессонницу, появление ночных потов и т. д. Китайская медицина считает, что такие явления — следствие «недостаточности чистой энергии почек». Почки контролируют

также кости и функцию костного мозга, следовательно, рост, развитие и восстановление костей зависят от «чистой энергии» почек, идущей на продукцию костного мозга. Существует тесная взаимосвязь между почками и костями. Точки, связанные с почками по этой теории, зачастую используются в ходе акупунктурной анестезии при операциях на костях. Наряду с этим почки контролируют жидкости тела, и при возникновении в них патологических изменений могут развиваться такие заболевания и симптомы, как гипурия, отеки, полиурия, энурез, недержание мочи и др. В древних трактатах большое значение придается связям меридиана почек и легких. Следуя китайской концепции, меридиан почек держит также под своим контролем некоторые черты характера: решительность, волю и половую активность. В случаях недостаточности функции почек человек становится инертным, безвольным, нетерпеливым, пугливым, несговорчивым, меланхоличным и неуверенным. Ноги в таких случаях холодные, шея напряженная, все это сопровождается шумом в ушах. Характерно, что «уши — зеркало почек», т. е. состояние раковины уха отражает состояние меридиана почек. Мягкая раковина уха, вялая, цианотичная — признаки «недостаточности энергии» в меридиане. Тогда как упругая, эластичная раковина свидетельствует о нормальном состоянии почек или же об «избыточности энергии» в них. К синдрому «избыточности» относятся и такие признаки, как необычный прилив энергии, повышенная работоспособность, решительность, чувство внутреннего волнения, иногда — боль в области крестца, поясницы и др. Китайская медицина считает почки «корнями жизни». Воздействие на точки меридиана почек влияет больше на застойные явления в грудной клетке при бронхиальной астме, а также на состояния, подобные грудной жабе. Через точки меридиана почек можно воздействовать на ряд менструальных нарушений и в целом на мочеполовую сферу. Кроме того, укалывание точек меридиана почек может нормализовать функцию пищеварительной системы (запор, отрыжка, метеоризм, диспепсия, рвота). Нижние точки меридиана почек действенны при неврастении и эпилепсии. В некоторых случаях использование точек меридиана почек приводит к успеху при лечении гипертонических и гипотонических состояний, нарушений сердечно-сосудистой системы. Многочисленные точки меридиана почек воздействуют на сексуальную сферу и оказывают влияние на надпочечные железы. Если говорить о чисто органной направленности действия меридиана, то известно, что наиболее стойкий эффект от акупунктуры его точек получен при нарушениях функции почек, матки и ее придатков, желчного пузыря и глотки. Меридиан почки используется также при оперативных вмешательствах на указанных органах для акупунктурного обезболивания. В меридиан включается 27 БАТ.

Смотрите рисунок 10.

R.1. Юн-цюань (бьющий ключом источник, точка входа энергии в меридиан, точка у-шу-дерево) — расположена на подошвенной поверхности между II и III плюсневными костями, на $\frac{2}{5}$ расстояния от кончика II пальца до заднего края пятки. Топографическая анатомия: подошвенная дуга, медиальный и латеральный подошвенные нервы. Глубина укола 15 мм. Показания: истерическая афазия, охриплость голоса, афония, кашель, острый тонзиллит, бесплодие, опущение матки, недержание или задержка мочи, судороги мышц нижних конечностей, судороги у детей, эпилепсия.

R.2. Жань-гу (долина испытания, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — на середине медиальной поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине. Топографическая анатомия: ветви большеберцовых артерий, большеберцовый нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: ларингит, миокардит, тонзиллит, слюнотечение, рвота и заболевания мочеполовой сферы (цистит, эпидидимит, недержание мочи,

бесплодие, нарушение менструального цикла, зуд вульвы), судороги у детей. Вместе с R.1 иногда оказывают диуретическое действие.

R.3. Тай-си (большой поток, точка-источник, точка у-шу-земля) — между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: болезни органов дыхания, полости рта, висцеральные спазмы, боль в области сердца.

R.4. Да-чжун (большая чаша, ло-пункт, точка - щель) — на середине расстояния от точки тай-си (R.3) до точки шуй-цюань (R.5) кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия, во впадине. Топографическая анатомия: задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв и медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 10 мм. Показания: пароксизмальная тахикардия, психоз, стоматит, рвота, запор, меноррагия, поясничная боль.

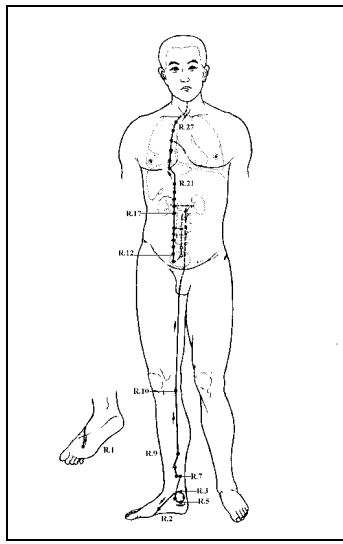
R.5. Шуй-цюань (водный источник) - на медиальной поверхности середины пяточной кости. Топографическая анатомия: пяточные ветви большеберцового нерва и медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 12 мм. Показания: аменорея, гипоменорея, полиурия.

R.6. Чжао-хай (светящееся море, точка-ключ ЧМ-6, точка-связующая ЧМ-5, точка-щель ЧМ-7-8) - ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхностей кожи стопы. Топографическая анатомия: задняя большеберцовая артерия, медиальный подошвенный нерв и медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 10 мм. Показания: сухость слизистой оболочки полости рта, общая слабость, тонзиллит, кишечная колика, нарушения менструального цикла, бессонница, атония вен, ожирение.

R.7. Фу-лю (обратный поток, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-металл) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня. Топографическая анатомия: ветви задней большеберцовой артерии и большеберцового нерва, медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 10 мм. Показания: миелит, заболевания мочеполовых органов, ночной пот, люмбаго, зубная боль, кровотечение из геморроидальных узлов, артериальная гипотензия.

R.8. Цзяо-синь (переменчивое доверие, точка-щель ЧМ-5-6) — у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов.

R.9. Чжу-бинь (строящаяся плотина) — у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше верхнего края медиальной лодыжки на 5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: эпилепсия, судорога икроножной мышцы, глоссит, импотенция.



**Рисунок 10. Топография акупунктурных точек меридиана почек.
(VIII; R; N; K).**

R.10. Инь-гу (долина инь, точка у-шу-вода) — кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра. Топографическая анатомия: ветви подколенной артерии, большеберцового нерва, задний кожный нерв бедра и внутренний запирающий нерв. Глубина укола 12 мм. Показания: боль в области внутренней поверхности бедра, гонит, заболевания мочеполовых органов.

R.11. Хэн-гу (поперечная кость) — на уровне лобка, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: ветви нижней и поверхностной надчревной артерий, наружная половая артерия и подвздошно-подчревный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: недержание мочи, поллакиурия, поллюции, гиперемия конъюнктивы, кератит, болевые синдромы органов малого таза.

R.12. Да-хэ (большое сияние) — выше лобка на 1 цунь и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: ветви нижней и поверхностной надчревной артерий, передние кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 15 - 30 мм. Показания: импотенция, боль в области полового члена, аспермия, хронический кольпит, гиперемия конъюнктивы, кератит.

R.13. Ци-сюе (точка энергии) — выше лобка 2 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

R.14. Сы-мань (4-кратная полнота) -выше лобка 3 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 20 - 30 мм. Показания: заболевания кишок и половых органов.

R.15. Чжун-чжу (средняя река) -выше лобка 4 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

R.16. Хуан-шу (точка согласия жизненных центров) — на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: нижняя надчревная артерия, передние кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 30 мм. Показания: болезни желудка и кишок.

R.17. Шан-цюй (мелодия купца) — выше пупка 2 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия, ветви межреберных нервов. Глубина укола 20 - 30 мм. Показания: те же.

R.18. Ши-гуань (каменная граница) - выше пупка 3 ц и кнаружи от средней линии 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

R.19. Инь-ду (столица инь) — выше пупка 4 ц и кнаружи от средней линии 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 20 - 30 мм. Показания: заболевания органов дыхания, желудка и кишок.

R.20. Фу-тун-гу (проникающая долина) — выше пупка 5 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: те же.

R.21. Ю-мэнь (ворота темноты) выше пупка 6 ц и кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия, передние кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 15 мм. Показания: отрыжка, слюнотечение, заболевания печени.

R.22. Бу-лан (коридор для прогулок, точка выхода энергии, точка-пересечения меридианов TR-VB-IG-R) — в пятом межреберье, кнаружи от средней линии 2 цуня. Топографическая анатомия: межреберный сосудисто-нервный пучок. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов дыхания, пищевода, желудка.

R.23. Шэнь-фэн (печать духа) — в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

R.24. Лин-сюй (пустота духа) — в третьем межреберье, кнаружи от средней линии 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: межреберная невралгия, заболевания органов дыхания, снижение обоняния, воспаление молочной железы, невротические нарушения у женщин.

R.25. Шэнь-цан (хранилище духа) — во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

R.26. Юй-чжун (в сомненье) — в первом межреберье, кнаружи от средней линии груди 2 цуня. Топографическая анатомия: ветви реберно-шейного ствола, межреберные нервы, передние ветви грудных нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов дыхания.

R.27. Шу-фу (мастерская согласия) - у нижнего края ключицы, кнаружи от средней линии груди 2 цуня. Топографическая анатомия: ветви молочной железы, медиальный и латеральный грудные нервы, подключичный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: бронхит, икота, рвота, слюнотечение.

§ 12. Топография акупунктурных точек меридиана перикарда. (IX; MC; KS; Cx).

Относится к системе ручных иньских меридианов, парный. Согласно классическим концепциям, *внутренняя часть меридиана* начинается в грудной полости (верхней «обогревающей» полости), входит в перикард, после чего дает ответвления к средней и

нижней «обогревающим» полостям, а тем самым широко контактирует с меридианом трех полостей туловища. **Наружная часть меридиана** выходит на поверхность на поперечный палец кнаружи от соска точкой тянь-чи (МС.1). Далее меридиан направляется на плечо, располагаясь на его медиальной поверхности посередине плеча между головками двуглавой мышцы, пересекает локтевой сустав кнутри от сухожилия двуглавой мышцы. На предплечье меридиан располагается между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти, т. е. посередине предплечья. Далее меридиан пересекает лучезапястный сустав и, проходя по медиальному краю третьего пястного промежутка, направляется к среднему пальцу, где и заканчивается. По традиционному учению, данный меридиан не представляет какой-либо орган, а является представителем чисто функционального круга и по своему действию на некоторые органы, например сердце, имеет сходство с меридианом сердца. Но меридиан перикарда имеет более широкий диапазон влияния на кровообращение, в связи с этим точки меридиана в практике акупунктуры широко используют при застойных явлениях, недостаточности кровообращения, нарушениях кровообращения в грудной и брюшной полостях и в мочеполовой системе. Поэтому меридиан перикарда часто называют меридианом «сердечно-сосудисто-сексуальной сферы». При воздействии на точки меридиана перикарда (особенно на МС.4 — МС.9) можно влиять также на психо-эмоциональную сферу. С физиологической точки зрения иглоукалывание в точки меридиана перикарда (по некоторым данным зарубежных авторов) влияет на общую массу циркулирующей крови и обмен веществ. В меридиан включается 9 БАТ.

Смотрите рисунок 11.

МС.1. Тянь-чи (небесный пруд, точка входа энергии в меридиан, точка – глашатая, точка – пересечения меридианов МС-VB-RP-F) — расположена в четвертом межреберье, кнаружи от передней срединной линии на 5 цуня. Топографическая анатомия: латеральная грудная артерия, медиальный и латеральный нервы плечевого сплетения, грудные и межреберные нервы. Глубина укола 10 мм. Показания: перикардит, межреберная невралгия, гипогалактия, мастит.

МС.2. Тянь-цюань (небесный источник) — между головками двуглавой мышцы плеча, ниже уровня подмышечной впадины на 2 цуня. Топографическая анатомия: ветви плечевой артерии, медиальный кожный нерв плеча и мышечно-кожный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: болезни сердца и желудка.

МС.3. Цюй-цзэ (извилистый пруд, точка у-шу-вода) — у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба. Топографическая анатомия: срединный нерв, плечевая артерия, локтевая вена, медиальный кожный нерв плеча и медиальный кожный нерв предплечья. Глубина укола 10 мм. Показания: миокардит, бронхит, острый гастрит, боль в плече, солнечный удар, повышенная потливость в области головы.

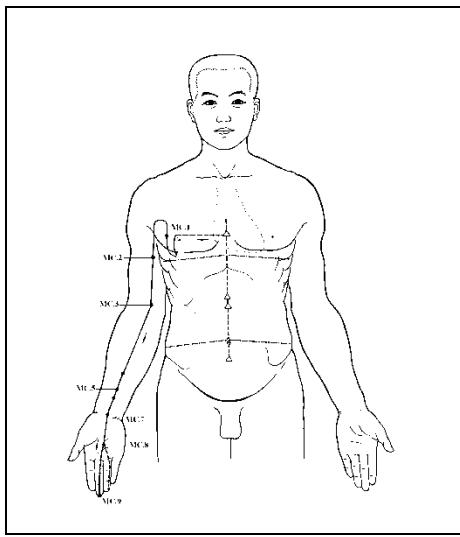


Рисунок 11. Топография акупунктурных точек меридиана перикарда. (IX; MC; KS; Cx).

МС.4. Си-мэнь (пограничные ворота, точка - щель) — между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 5 цуня. Топографическая анатомия: ветви локтевой артерии, срединный нерв, латеральный и медиальный кожные нервы предплечья. Глубина укола 12 мм. Показания: миокардит, тахикардия, кровавая рвота, носовое кровотечение, икота, психозы.

МС.5. Цзянь-ши (посредник, групповой ло – пункт для меридианов MC-P-C, точка у-шу-металл) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: миокардит, ларингит, гастрит, эпилепсия, депрессивный синдром, нарушения менструального цикла, гидроаденит.

МС.6. Нэй-гуань (внутренние ворота, ло – пункт, точка-ключ ЧМ-7, точка-связующая ЧМ-8) — между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола - 10 - 15 мм. Показания: заболевания сердца, желудка, кровоизлияние в конъюнктиву, боль в области локтевого сустава и плеча, психозы, гипертоническая болезнь. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

МС.7. Да-лин (большой холм, седатирующая точка для меридиана, точка у-шу-земля) — в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья. Топографическая анатомия: срединный нерв и ветви общей межкостной артерии. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания сердца, желудка, межреберная невралгия, гидроаденит, тонзиллит, головная боль, бессонница, психозы, гипертоническая болезнь, писчий спазм, плекситы.

МС.8. Лао-гун (дворец труда, точка выхода энергии, точка у-шу-огонь) — в середине ладони, между III и IV пястными костями. Топографическая анатомия: поверхностная артериальная ладонная дуга, общие ладонные пальцевые нервы, отходящие от срединного нерва. Глубина укола 3 - 6 мм. Показания: гипертоническая болезнь, стоматит, желтуха, носовое кровотечение, парестезии кончиков пальцев, гипергидроз, реактивные психозы, истерия; точка «скорой помощи».

МС.9. Чжун-чун (средняя стремнина, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-дереву) — на кончике концевой фаланги среднего пальца, отступя от ногтевого ложа на 3 мм. Топографическая анатомия: анастомоз собственной ладонной пальцевой артерии, собственный ладонный пальцевый нерв, отходящий от срединного нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: болезни сердца, головная боль, лихорадочные заболевания с отсутствием потоотделения. Точка «скорой помощи».

§ 13. Топография акупунктурных точек меридиана трех полостей тела. (X; TR; DE; T).

Относится к системе ручных янских меридианов, парный, продолжение меридиана перикарда. **Наружная часть меридиана** начинается на ульнарном крае IV пальца у ногтевого ложа. На кисти меридиан проходит по ее тылу между IV и V пястными костями, делая поворот к середине лучезапястного сустава на уровне головки IV пястной кости. Ход меридиана на предплечье — по его наружной поверхности в промежутке между лучевой и локтевой костями. На плече меридиан проходит также на его наружной поверхности, а далее, проходя через плечевой сустав и пересекая акромиальный отросток лопатки, направляется к точке да-чжуй (Т.14), где соединяется с идентичным меридианом противоположной стороны. С точки да-чжуй, пересекая надключичную впадину, **внутренняя часть меридиана** направляется в грудную полость, давая ответвление к перикарду. Из грудной полости меридиан опускается в брюшную и тазовую полости. Другое (опять **наружное**) ответвление меридиана из грудной полости поднимается вверх к шее, где проходит по латеральному краю трапециевидной мышцы, направляясь к сосцевидному отростку. В околоушной области меридиан разделяется на две ветви: одна из них обходит раковину уха сзади, давая ответвления к виску, щеке и нижнему краю орбиты. Другая ветвь, давая ответвления к уху, проходит впереди раковины уха и на уровне верхней вырезки козелка в косом направлении идет к концу брови, где и заканчивается. От последней отходит лишь **внутренняя** коллатераль к меридиану желчного пузыря в точку тун-цзы-ляо (VB.1). Меридиан трех полостей туловища, как и меридиан перикарда, не относится к какому-либо одному органу, это — целая функциональная система. Эта система включает три полости, или три функциональные единицы. **Верхняя полость** (шан-цзяо) включает туловище и грудную клетку до диафрагмы, что функционально соответствует системе дыхания и кровообращения. **Средняя полость** (чжун-цзяо) — от диафрагмы до пупка, куда относятся, в первую очередь, также органы, как желудок и селезенка. **Нижняя полость** (ся-цзяо) — пространство ниже пупка с включением таких органов, как печени, мочевого пузыря, половые органы и другие, т. е. вся мочеполовая система. Следовательно, меридиан трех полостей туловища координирует и регулирует различные процессы и функции внутренних органов, относящихся к системе ян. В меридиане перикарда представлены те же самые функциональные круги, но с преобладанием система инь, и в связи с этим меридиан трех полостей в противоположность меридиану перикарда имеет влияние на спастические и болевые синдромы. Топографические особенности хода меридиана, в частности ход его вокруг уха, в области глаза, лица, дают возможность воздействовать на тугоухость, боль в глазах, ушах и на зубную боль. Точки, расположенные на руках и в области плечевого пояса, эффективны при страданиях этих частей тела. Если меридиан перикарда значительно влияет на психические нарушения и имеет связи с внутренней секрецией, то меридиан трех полостей туловища больше воздействует на состояния повышенной возбудимости и пр. На основе так

называемых вторичных связей с точками-глашатаями меридиана, которые располагаются в области живота и при сочетании их с соответствующими точками самого меридиана удается воздействовать на ряд нарушений при заболеваниях органов грудной и брюшной полости, а также на некоторые нарушения мочеполовых функций. Анализируя данные древних источников и современных авторов, можно сделать вывод, что меридиан трех полостей туловища преимущественно влияет на симпатическую часть автономной нервной системы, что выражается воздействием на гладкую мускулатуру и нервную регуляцию всех сосудов. Сосудистые спазмы и гипер- и гипотонические состояния, некоторые симптомы при склерозе сосудов, а также состояние сильного возбуждения, чрезмерного напряжения воля и интеллекта удается снять или уменьшить при укалывании точек данного меридиана. С целью акупунктурного обезболивания точки меридиана трех полостей туловища наиболее эффективны при хирургических вмешательствах на ухе, глазах, стенках грудной клетки, на плечевом поясе и локтях. В меридиан включается 23 БАТ. **Смотрите рисунок 12.**

TR.1. Гуань-чун (*пограничная точка нападения, точка входа энергии, точка у-шу-земля*) — расположена с локтевой стороны IV пальца на 3 мм от ногтевого ложа. Топографическая анатомия: в этой области располагаются собственные пальцевые артерии, ветви локтевого нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: лихорадочные состояния, тошнота, головная боль, понижение аппетита, диспепсия у детей; точка «скорой помощи».

TH.2. Е-мэнь (ворота жидкости, точка у-шу-металл) — во впадине между пястно-фаланговыми суставами IV и V пальцев (у локтевого края основной фаланги IV пальца). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 3 мм. Показания: головная боль, головокружение, снижение слуха, шум в ушах, гингивит, глазные заболевания, боль в области локтевого сустава и предплечья, реактивные психозы.

TR.3. Чжун-чжу (средний остров, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-вода) — между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине. Топографическая анатомия: ветви тыльной пястной артерии и тыльный пальцевой нерв, отходящий от локтевого нерва. Глубина укола у 10 мм. Показания: те же плюс лихорадочные состояния, артериальная гипотензия.

TR.4. Ян-чи (водоем ян, точка-источник) — на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев (в этом месте прощупывается впадина). Топографическая анатомия: ветви тыльной сети запястья, тыльная ветвь локтевого нерва и поверхностная ветвь лучевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: диабет, воспаление лучезапястного сустава, грипп, ревматизм, боль в предплечье.

TR.5. Вай-гуань (наружные ворота, ло-пункт, точка-ключ для ЧМ-3, точка-связующая для ЧМ-4) — у лучевого края общего разгибателя пальцев, выше лучезапястного сустава на 2 цуня. Топографическая анатомия: задняя межкостная артерия, задний кожный нерв предплечья, мышечные ветви лучевого нерва. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: снижение слуха, боль в суставах верхних конечностей, зубная боль, глазные заболевания, общая слабость, бессонница, грипп. Повышенная чувствительность к перемене погоды. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

TR.6. Чжи-гоу (разветвленная канава, точка у-шу-дерево) — между лучевой и локтевой костями, выше лучезапястного сустава на 3 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: болезни легких и сердца, боль в руках, рвота, коллапс после родов.

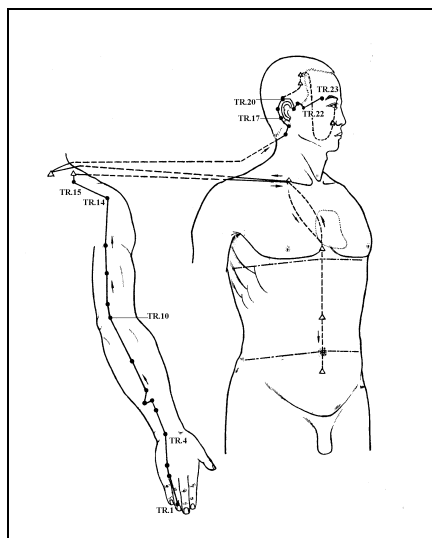


Рисунок 12. Топография акупунктурных точек меридиана трех полостей тела. (X; TR; DE; T).

TR.7. Хуэй-цзун (встречный источник, точка-щель) — в локтевую сторону на 10 мм от точки TR.6 между локтевым разгибателем кисти и собственным разгибателем мизинца. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: хорей, боль в плече и предплечье.

TR.8. Сань-ян-ло (ло-пункт трех ян, групповой ло – пункт для меридианов TR-GI-IG) — выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: глухота, зубная боль в области нижней челюсти, глазные заболевания, боль в плече и предплечье.

TR.9. Сы-ду (четыре затвора) — между локтевой и лучевой костями, ниже локтевого сгиба на 5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: те же.

TR.10. Тянь-цзин (небесный источник, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка. Топографическая анатомия: артерии и вены локтевой суставной сети, разветвления кожных нервов плеча и мышечных ветвей лучевого нерва. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания органов дыхания, психозы, глухота, блефарит, боль в области шеи и затылка, кривошея.

TR.11. Цин-лэн-юань (чистая холодная пучина) - на задней поверхности плеча, выше локтевого отростка на 2 цуня. Топографическая анатомия: расположена на трехглавой мышце плеча, где распределены задний кожный нерв плеча и мышечные ветви лучевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в верхней конечности.

TR.12. Сяо-лэ (отведение застоя воды) — на задней поверхности плеча выше локтевого сустава на 5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: головная боль, невралгия затылочных нервов, эпилепсия, ревматический артрит, боль в руках.

TR.13. Нао-хуэй (встреча плеча) — у нижнего края дельтовидной мышцы, на уровне подмышечной впадины. Топографическая анатомия: задняя артерия, огибающая плечевую кость, подмышечный нерв и верхний латеральный кожный нерв плеча. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: боль в верхних конечностях и в области шеи и затылка.

TR.14. Цзянь-ляо (ямка плеча) - на середине расстояния от точки цзянь-юй (GI.15) до точки нао-шу (IG.10), кзади и книзу от акромиального отростка лопатки; при поднятии руки на месте точки определяется ямка. Топографическая анатомия: задняя артерия, огибающая плечевую кость, грудоакромиальная и надлопаточная артерии, волокна надлопаточного и заднего кожного нерва плеча. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: плечевые плекситы.

TR.15. Тянь-ляо (небесная ямка) — на середине расстояния между точкой цзянь-цзин VB.21 и верхним краем ости лопатки. Топографическая анатомия: надлопаточная артерия, надключичный и добавочный нервы. Глубина укола 10 - 25 мм. Показания: шейно-грудные радикулиты, плечевые плекситы.

TR.16. Тянь-ю (небесное окно) — кзади и книзу от сосцевидного отростка у места прикрепления заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы (под точкой вань-гу VB.12, на уровне я-мэнь T.15). Топографическая анатомия: задняя ушная артерия, малый затылочный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: боль в затылочно-шейной области, ларингит, шум в ушах, глухота, гиперемия глаза, отек лица, бессонница.

TR.17. И-фэн (защита от ветра, точка пересечения TR-VB) — кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти, в глубине соответствует шило - сосцевидному отверстию. При надавливании пальцем на эту точку появляется шум в ушах. Топографическая анатомия: задняя ушная артерия, большой ушной нерв, поверхностное в этой области проходит задняя ушная ветвь лицевого нерва, в глубине — место выхода лицевого нерва из шилососцевидного отверстия. Глубина укола 10 мм. Показания: шум в ушах, глухота, неврит лицевого нерва, стоматит.

TR.18. Ци-май (питающие меридианы, пульсирующая вена) — у заднего края основания раковины уха на одном уровне с отверстием наружного слухового прохода. Топографическая анатомия: задняя ушная артерия и вена, большой ушной нерв. Глубина укола 3 мм. При уколе нужно вызвать небольшое кровотечение. Показания: головная боль, особенно при венозном застое, шум в ушах, ирит, судороги у детей, эпилепсия, рвота, понос.

TR.19. Лу-си (опора черепа) — у заднего края основания раковины уха на середине расстояния от точки цзяо-сунь (TR.20) до точки ци-май (TR.18). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: шум в ушах, головная боль, эпилепсия, страхи. Использование этой точки особенно показано при рвоте центрального генеза у детей.

TR.20. Цзяо-сунь (угол уха, точка пересечения TR-VB) — у основания верхнего края раковины уха. Топографическая анатомия: задняя ушная артерия, поверхностная височная артерия, третья ветвь тройничного нерва, малый затылочный нерв. Глубина укола 6 мм. Показания: диэнцефальные нарушения, тик и контрактура мышц в области рта, стоматит, слабость жевательных мышц, рвота, увеличение щитовидной железы, глазные заболевания.

TR.21. Эр-мэнь (дверь уха) — кпереди и кверху от козелка у заднего края суставного отростка нижней челюсти. Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерии и ушно-височного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: шум в ушах, глухота, отит, зубная боль в верхней челюсти, контрактура круговой мышцы рта.

TR.22. Хэ-ляо (височная ямка, точка пересечения TR-VB-IG) — у передне-верхнего края основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости; в этой области пальпируется поверхностная височная артерия. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 20 мм. Показания: головная боль, неврит лицевого нерва о его осложнения, ринит, воспаление наружного слухового прохода.

TR.23. Сы-чжу-кун (шелковый бамбук, точка выхода энергии) — у наружного конца брови. Топографическая анатомия: поверхностная височная артерия и первая ветвь тройничного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания глаз, головная боль, головокружение, неврит лицевого нерва, судороги у детей.

§ 14. Топография акупунктурных точек меридиана желчного пузыря. (XI; VB; G; G).

Относится к системе ножных янских меридианов, парный, продолжение меридиана трех полостей туловища. *Наружная часть меридиана* начинается у наружного угла глаза, откуда опускается до мочки уха, после чего прodelывает сложный ход на боковой поверхности головы. Первоначально от мочки уха поднимается к виску, затем огибает ухо с задней стороны, доходя до верхушки сосцевидного отростка. После этого меридиан возвращается обратно и проходит по условно принятой третьей боковой линии головы, проходящей параллельно средней линии головы, если ее провести от наружного угла глаза. В височно-лобной области меридиан отклоняется несколько кнутри и в точке ян-бай (VB.14) поворачивает обратно к затылку, но проходит уже по второй боковой линии головы (линия, проведенная от середины зрачка, параллельно средней линии головы). Достигнув затылочной области, меридиан опускается вниз по заднебоковой поверхности шеи, пересекает трапециевидную мышцу и направляется к точке да-чжуй (Т.14), где контактирует с другими янскими меридианами. От точки да-чжуй (Т.14) меридиана идет к надключичной ямке, где он разделяется на две ветви — поверхностную и глубокую. Последняя входит в грудную клетку, пересекает диафрагму, подходит к печени и желчному пузырю. Затем через брюшную полость направляется к тазобедренному суставу, чтобы в точке хуань-тяо (VB.30) соединиться с *поверхностной ветвью*, проходящей по переднелатеральной поверхности грудной клетки, подреберью и пересекающей подвздошную кость. На уровне таза от поверхностной ветви отделяется возвратная коллатераль, направляющаяся к крестцу для соединения с меридианом мочевого пузыря в точках ба-ляо (V.31 – V.34). Из точки хуань-тяо (VB.30) соединенный меридиан направляется вниз по латеральной поверхности бедра. На голени меридиан располагается по переднему краю малоберцовой кости и, пересекая голеностопный сустав кпереди от латеральной лодыжки, выходит на стопу, пройдя между V и IV плюсневых костями, заканчивается у наружного края ногтевого ложа IV пальца стопы. В практике акупунктуры точки меридиана желчного пузыря эффективны при различной боли. Большое число точек на голове дает возможность в первую очередь воздействовать на головную боль, в особенности при локализации ее в лобно-височной области. Мигрень, лицевая боль, некоторые воспалительные заболевания уха, глаз, придаточных

пазух носа также хорошо поддаются лечению укалыванием точек этого меридиана. Другие болевые синдромы, как, например, межреберные невралгии, люмбаго, ишиас, артриты, особенно голеностопного, коленного и тазобедренного суставов, с применением точек меридиана желчного пузыря также поддаются лечению иглоукалыванием. Заболевания желчного пузыря и отводящих желчных протоков также можно лечить через точки данного меридиана. Гипофункция желчного пузыря, который по правилу «полночь — полдень» находится в связи с сердцем, нередко вызывает ряд психических нарушений, следствием чего является нерешительность характера, депрессия и бессонница, быстрая утомляемость, ухудшение зрения, вспыльчивость. Эти нарушения сопровождаются нетвердой походкой, неуклюжестью, неловкостью и головокружением, желтушностью склер и другими симптомами. Гиперфункция меридиана сопровождается чувством полноты в желудке, горечью во рту, тяжестью в голове, болью в боковых отделах грудной клетки или живота. Время оптимальной «активности меридиана» — с 23 до 1 часа, и это нередко подтверждается и клинической практикой — наибольшая частота приступов острого холецистита или его обострений приходится как раз на эти часы. Подобная закономерность характерна для биоритмов некоторых других органов, например для легких, почек, что свидетельствует о высокой наблюдательности древних врачей. В меридиан включается 44 БАТ. **Смотрите рисунок 13.**

VB.1. Тун-цзы-ляо (кость глазной впадины, точка входа энергии в меридиан, точка пересечения TR-VB-IG) — расположена на 6 мм снаружи от наружного угла глаза. В этой области при пальпации ощущается углубление. Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерии и внутренней челюстной артерии, ветви лицевого и тройничного нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органа зрения, невралгия тройничного нерва, гингивит, неврит лицевого нерва, контрактура мимических мышц, мигрень.

VB.2. Тин-хуэй (собиратель слуха) — внизу от козелка и впереди от межкозелковой вырезки, у заднего края суставного отростка нижней челюсти. Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерии и большого ушного нерва, в глубине разветвляется лицевой нерв и проходит наружная сонная артерия. Глубина укола 15 мм. Показания: воспаление наружного слухового прохода, шум в ушах, глухота, неврит лицевого нерва и его осложнения, зубная боль.

VB.3. Шан-гуань (верхние ворота, точка пересечения VB-TR-F-GI) — на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги. Топографическая анатомия: височная мышца, ветви поверхностной височной артерии, ветви лицевого и тройничного нервов. Глубина укола 3 мм. Показания: мигрень, головокружение, шум в ушах, глухота, неврит лицевого нерва, тик и контрактура круговой мышцы рта, зубная боль.

VB.4. Хань-янь (затвор челюсти, точка пересечения VB-TR-E) — на границе верхней трети расстояния между точками тоу-вэй E.8 и сюань-ли VB.6 (соответствует пересечению отмеченной выше линии и горизонтальной линии от точки инь-тан (H.3) до нао-ху (T.17)). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: те же.

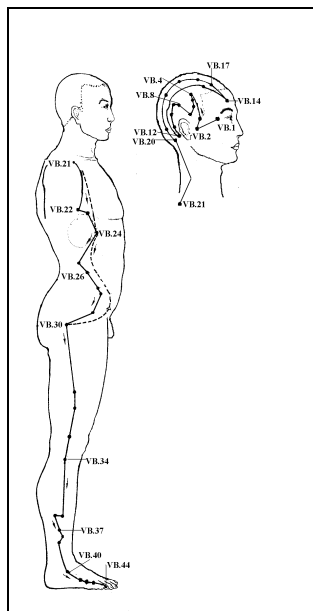


Рисунок 13. Топография акупунктурных точек меридиана желчного пузыря. (XI; VB; G; G).

VB.5. Сюань-лу (навес лба) — на границе нижней трети расстояния от точки тоу-вэй E.8 до точки сюань-ли VB.6. Топографическая анатомия: та же. Другие данные те же.

VB.6. Сюань-ли (подвешенные весы, точка пересечения VB-V) — на линии инь-тан (H.1), нао-ху (T.17), кпереди от цюй-бинь (VB.7) на 12 мм. Глубина укола 6 мм. Показания: невралгия, мигрень, отек лица, зубная боль.

VB.7. Цюй-бинь (изогнутый угол виска, точка пересечения VB-V) — на месте перекреста горизонтальной линии от верхнего края основания раковины уха в волосистой части области виска (при завороте раковины кпереди вершина ее соответствует точке). Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерии, ушно-височный нерв, височная ветвь лицевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в теменной, височной и шейной областях, мигрень, глазные заболевания.

VB.8. Шуай-гу (конец долины) — над основанием раковины уха 45 мм, на месте шва теменной и височной костей. Топографическая анатомия: ветви височной артерии, ушно-височный и малый затылочный нервы. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в теменной и шейно-затылочной области, мигрень, рвота, состояние опьянения, жажда.

VB.9. Тянь-чун (небесная точка, точка пересечения VB-V) — на месте пересечения поперечной линии, берущей свое начало от точки цян-цзянь (T.12) и вертикальной, идущей от задней границы сосцевидного отростка. Топографическая анатомия: задняя ушная артерия и малый затылочный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: эпилепсия, головная боль, боль в шейно-затылочной области.

VB.10. Фу-бай (наполняющий свет, точка пересечения VB-V) — над задним краем сосцевидного отростка на горизонтальной линии, проходящей от верхнего края основания раковины уха до точки нао-ху (T.17). Топографическая анатомия: задняя ушная артерия, задняя ушная ветвь лицевого нерва, малый затылочный нерв, большой ушной нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: шум в ушах, глухота, зубная боль, икота, тонзиллит, боль в шейно-затылочной области, парезы конечностей.

VB.11. Тоу-цяо-инь (начало инь) — на середине расстояния от точек вань-гу VB.12 и фу-бай VB.10 (место соединения сосцевидного отростка и затылочной кости). Топографическая анатомия: задняя ушная артерия и малый затылочный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: невралгия тройничного нерва, судороги мышц конечностей, икота, шум в ушах.

VB.12. Вань-гу (последняя кость) — у заднего края сосцевидного отростка на 12 мм кверху от границы волосистой части головы; на линии точки фэн-чи (VB.20). Топографическая анатомия: задняя ушная артерия и большой ушной нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: отек лица, афазия, гингивит, отит, тонзиллит, мигрень, бессонница.

VB.13. Бэнь-шэнь (корень духа) — над наружным углом глаза на поперечной линии с точкой шэнь-тин (Т.24). Топографическая анатомия: лобная ветвь поверхностной височной артерии, надглазничная артерия и надглазничный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: эпилепсия, головная боль, головокружение, тик и контрактура мышц шейно-затылочной области.

VB.14. Ян-бай (расцвет света) — над зрачком и на $\frac{2}{5}$ расстояния между точкой юй-яо (Н.3) и передней границей волосистой части головы (выше брови на 1 цунь). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: глазные заболевания, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва и контрактура мимических мышц.

VB.15. Тоу-лин-ци (тоу — голова, сток слез) — на поперечной линии от точки Т.24 и над точкой юй-яо (Н.3), расположенной в середине брови. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: глазные заболевания, эпилепсия.

VB.16. Му-чуан (окно глаза) — на 1 цунь кзади от точки тоу-лин-ци (VB.15), соответствует середине расстояния между точками шан-син и синь-хуэй (Т.22 и Т.23). Топографическая анатомия: ветви поверхностной височной артерий и надглазничный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: конъюнктивит, снижение зрения, отек лица, головокружение, лихорадочные состояния.

VB.17. Чжэн-инь (вертикальный инь, точка входа энергии в море «крови») — на 1,5 ц кзади от точки VB.16 на поперечной линии с точкой Т.21. Топографическая анатомия: и глубина укола те же. Показания: головокружение, зубная боль, атрофия зрительного нерва.

VB.18. Чэн-линь (встреча духа) — на поперечной линии с точкой бай-хуэй (Т.20). Топографическая анатомия: сеть анастомозов поверхностной височной и затылочной артерий, большой затылочной нерв и ушно-височный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: носовое кровотечение, грипп.

VB.19. Нао-кун (пространство мозга).— на поперечной линии с точкой нао-ху (Т.17), кнаружи от затылочного бугра. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: носовое кровотечение, одышка, головная боль, контрактура мышц шейной и плечевой области, тахикардия.

VB.20. Фэн-чи (водоём ветра) — сбоку от точки фэн-фу (Т.16) нижнего края затылочной кости, во впадине у места прикреплении грудино-ключично-сосцевидной и

трапециевидной мышц, на вершине затылочного треугольника. Топографическая анатомия: затылочная артерия и вена, малый и большой затылочные нервы. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: заболевания головного мозга, глаз, уха и носа, нарушение функции блуждающего и добавочного нервов, а также гемиплегия и невралгия, гипертоническая болезнь.

VB.21. Цзянь-цзин (колодец плеча, точка пересечения VB-V) — в центре надостной ямки, на середине расстояния между точками да-чжуй (Т.14) и цзянь-юй (IG.15). Топографическая анатомия: надлопаточная артерия, надключичный и добавочный нервы. Глубина укола 10 - 20 мм. Более глубокий укол противопоказан, так как легко можно вызвать обморочное состояние. Показания: боль в плечевом поясе и в затылочно-шейной области, гемиплегия, невралгия, головная боль, маточное кровотечение после родов, головокружение.

VB.22. Юань-е (бурный источник) — в четвертом межреберье на средней подмышечной линии. Топографическая анатомия: межреберная и боковая грудная артерии, межреберный и длинный грудной нервы. Глубина укола 12 мм. Показания: межреберная невралгия.

VB.23. Чжэ-цзинь (боковая мышца, точка – глашатая меридиана) — в четвертом межреберье, снаружи от средней линии груди на 6 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: заболевания желудка, невралгия.

VB.24. Жи-юе (солнце и луна, точка пересечения VB-V-F-RP, вторая точка - глашатая) — на 15 мм ниже пересечения реберной дуги и среднеключичной линии. Топографическая анатомия: верхняя надчревная артерия и наружные кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 15 мм. Показания: заболевания желудка и печени, спазм диафрагмы, кишечная колика, метеоризм.

VB.25. Цзин-мэнь (ворота столицы, точка – глашатая меридиана почек R) — у свободного конца XII ребра. Топографическая анатомия: ветви надчревной артерии и межреберных нервов. Глубина укола 20 мм. Показания: рвота, кишечная колика, невралгия межреберных нервов, люмбаго, гипертония.

VB.26. Дай-май (поясной сосуд) — ниже свободного конца XI ребра, на уровне пупка. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 мм. Показания: гинекологические заболевания, люмбагии.

VB.27. У-шу (пять центральных колонн) — выше передней ости подвздошной кости, на уровне точки гуань-юань (J.4). Топографическая анатомия: кожные ветви подвздошно-подчревного нерва. Глубина укола 20 мм. Показания: заболевания мочеполовой системы (например, эпидидимит, меноррагия, эндометрит и т. д.), желудка, кишок, люмбаго.

VB.28. Вэй-дао (соединительный путь) — у верхнего края передней ости подвздошной кости, ниже точки у-шу на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 мм. Показания: те же.

VB.29. Цзюй-ляо (ямка покоя) — во впадине, находящейся ниже передней ости подвздошной кости, ниже точки на 4,5 цуня. Топографическая анатомия: ветви поверхностной артерии, огибающей подвздошную кость, и передние кожные ветви

бедренного нерва. Глубина укола 25 мм. Показания: люмбаго, заболевания мочеполовых органов.

VB.30. Хуань-тяо (прыгать в круг) — на ягодиче кзади от тазобедренного сустава. Если соединить бугор седалищной кости и верхушку гребешка подвздошной кости прямой линией и от большого бугра бедренной кости к этой линии провести перпендикуляр, то на месте их пересечения будет располагаться точка хуань-тяо. Точка уточняется при лежачем положении на боку с согнутой в коленном суставе ногой или в лежачем положении на животе. Топографическая анатомия: седалищный нерв, верхняя ягодичная артерия и верхний ягодичный нерв. Глубина укола 30 - 75 мм. Показания: пояснично-крестцовые радикулиты, гипертоническая болезнь, болезни кожи.

VB.31. Фэн-ши (рынок ветра) — на латеральной поверхности бедра, выше верхнего края надколенника на 5 цуня. При вытянутых вдоль туловища руках кончик среднего пальца точно указывает эту точку. Топографическая анатомия: латеральная артерия, огибающая бедренную кость, и латеральный кожный нерв бедра. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: артриты, парестетическая мералгия, невралгия бедренного нерва.

VB.32. Чжун-ду (средняя канава) - на латеральной поверхности бедра, выше верхнего края надколенника на 4 цуня. Топографическая анатомия: и другие данные те же.

VB.33. Цзу-ян-гуань (цзу — нога, гуань — граница или ворота ян) — у латерального края центра надколенника кзади от латерального мышелка бедренной кости, но кпереди от сухожилия двуглавой мышцы бедра. Топографическая анатомия: артериальная сеть надколенника, икроножный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: те же.

VB.34. Ян-лин-цюань (источник насыпи ян, точка у-шу-огонь) — во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня. Топографическая анатомия: в этой области общий малоберцовый нерв разветвляется на поверхностный и глубокий малоберцовый нервы, здесь же находятся ветви передней большеберцовой артерии и икроножного нерва. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: артриты, невралгия бедренного нерва; отек лица, привычный запор, хорей, неврит малоберцового нерва.

VB.35. Ян-цзяо (перекресток ян) — у заднего края малоберцовой кости, выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 цуня. Топографическая анатомия: ветвь малоберцовой артерии и латеральный кожный нерв голени. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: неврит малоберцового нерва, ишиас, отек лица.

VB.36. Вай-цю (внешний холм, точка - щель) — выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 ц у заднего края малоберцовой кости. Топографическая анатомия: и другие данные те же.

VB.37. Гуань-мин (яркий свет, ло - пункт) — выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 ц, у переднего края малоберцовой кости. Топографическая анатомия: одинакова с точкой ян-фу. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: заболевания нижних конечностей, реактивные психозы, мигрень.

VB.38. Ян-фу (опора ян) — выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости. Топографическая анатомия: ветви большеберцовой артерии, поверхностный малоберцовый нерв и латеральный тыльный кожный

нерв. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: люмбаго, гонит, блуждающая боль, тонзиллит, заболевания вен.

VB.39. Сюань-чжун (подвешенный колокол, групповой ло-пункт VB-E-V) — выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: боль в нижних конечностях, гемиплегия, тонзиллит, кровотечение из носа, острый ринит, последствия кровоизлияний в мозг, атеросклероз, невралгия.

VB.40. Цю-суй (холм — базар, точка-источник) — у нижнего края латеральной лодыжки, во впадине кзади и кверху от кубовидной кости. Топографическая анатомия: ветви большеберцовой артерии, кожные ветви нервов тыльной поверхности стопы. Глубина укола 15 мм. Показания: судороги икроножной мышцы, пояснично-крестцовый радикулит, плеврит, одышка, кишечная колика, холецистит, отек и боль в подмышечной области, заболевания глаз.

VB.41. Цзу-линь-ци (сток слез, точка выхода энергии, точка у-шу-вода, точка-ключ ЧМ-4, точка связующая ЧМ-3) — на тыле стопы между основаниями IV и V плюсневых костей, где прощупывается впадина. Топографическая анатомия: тыльная артерия стопы, промежуточный тыльный кожный нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: боль в конечностях, боль в суставах, лицевая боль, блуждающая боль, головокружение, нарушения менструального цикла, мастит.

VB.42. Ди-у-хуэй (пять встреч земли) — в самой широкой части между IV и V плюсневыми костями, где прощупывается впадина. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Цзю не проводится. Показания: боль в подмышечной области, мастит, ревматизм, боль в стопе, туберкулез легких.

VB.43. Ся-си (суженная долина, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-металл) — щели между головками IV и V плюсневых костей. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: снижение слуха, головокружение, головная боль, слабость в нижних конечностях, межреберная невралгия, одышка, кровохарканье, мастит, спазм артерий сетчатки.

VB.44. Цзу-цяо-инь (крайний инь, точка у-шу-земля) — на 3 мм книзу от ложа ногтя с наружной стороны дистальной фаланги IV пальца стопы. Топографическая анатомия: ветви передней большеберцовой артерии и поверхностного малоберцового нерва. Глубина укола 3 мм. Показания: заболевания сердца и органов дыхания, икота, головная боль, сухость во рту, глухота, боль в области глаза; точка «скорой помощи».

§ 15. Топография акупунктурных точек меридиана печени. (XII; F; Le; Liv).

Относится к системе ножных иньских меридианов, парный, продолжение меридиана желчного пузыря. *Наружная часть меридиана* начинается снаружи от ложа ногтя I пальца стопы. На стопе меридиан проходит по ее тылу между I и II плюсневыми костями и, пересекая голеностопный сустав кпереди от медиальной лодыжки, выходит на внутреннюю поверхность голени и далее бедра, располагаясь при этом между меридианами почки и селезенки-поджелудочной железы. Достигнув гребня подвздошной кости, меридиан дает глубокое *внутреннее* ответвление к наружным половым органам и

входит в нижнюю часть живота, достигая затем печени. Поверхностная ветвь меридиана идет по передне - наружной стороне брюшной стенки и заканчивается в шестом межреберье по сосковой линии точкой ци-мэнь (F.14). Глубинная ветвь меридиана от печени идет дальше: дает ответвление к желчному пузырю и легким, проходит гортань, глотку и зев, поднимаясь до наружного угла глаза. На этом уровне меридиан делится на конечные ветви, одна из которых направляется к углу рта и, раздваиваясь, окружает ротовую щель, а другая ветвь идет через лоб к точке бай-хуэй (Т.20). Архаичность трактовки функций печени древними врачами не мешала им практически правильно пользоваться этим меридианом при определенных заболеваниях. Одна из основных древних концепций о функции печени — печень является кровяным депо, т. е. выполняет функции хранилища и регуляции количества крови: Потеря печенью этой способности приводит к развитию различных кровотечений. Эти данные подтверждаются современными исследованиями. Известно, что в печени может задерживаться около 50 - 60% циркулирующей крови. Кроме того, печенью вырабатываются биологически активные вещества (типа витамина «К» и др.), непосредственно принимающие участие в свертываемости крови. Концепция о том, что «гнев ранит печень» также правомочна, так как в состоянии гнева усиленно выделяются в кровь норадреналин и адреналин, что сопровождается выбросом крови из кровяных депо, в том числе и из печени. Исходя из этих концепций, воздействие на точки меридиана печени оказалось эффективным при метроррагиях или других маточных кровотечениях. Следующая древняя концепция — печень контролирует область ребер и при ее поражении появляется боль в области ребер. Для облегчения такой боли с помощью акупунктурного обезболивания зачастую используются точки меридиана печени и точки раковины уха, связанные с печенью. Заслуживает внимания своеобразная трактовка народных врачей Востока о контроле печенью сухожилий. При «поражении печени» могут появиться мышечные заболевания: мышечные «спазмы», судороги конечностей, опистотонус и др. Все это следствие «внутренних - нарушений печеночных влияний». С современной точки зрения такие явления можно объяснить участием печени в биохимических обменных процессах, в том числе и в мышечной ткани. Это подтверждается практическими результатами. Так, многие точки акупунктуры меридиана печени (например, инь-бао, F.9) действительно оказывают положительное влияние при некоторых заболеваниях мышечной системы. Следовательно, огромный многовековой опыт народных врачей Востока не должен отбрасываться как нечто архаичное и изжившее себя. Поразительно тонкая наблюдательность древних врачей во многих случаях оказалась точной. Подтверждением может служить трактовка, что глаза — зеркало печени. И действительно, многие заболевания печени сопровождаются желтушностью склер, и диагностика гепато - церебральной дистрофии а основном основана на наличии кольца Кайзера — Флейшера. В конечном итоге для современных врачей важны не сами древние философские взгляды и умозаключения, которые в большинстве метафизичны и архаичны, а практические данные, являющиеся во многих случаях полезными. Точки меридиана печени используют при следующих заболеваниях. При увеличении печени, желтухе с нередко сопутствующими дисфункциями — диспепсическими расстройствами, рвотой, быстрой утомляемостью, ухудшением зрения, головокружением и вспыльчивостью. При головной боли различного характера и мигренях, обмороках и гипотонических состояниях, астении и ангинозной боли, импульсивности и легкой возбудимости, страхе и спастических состояниях. При болевых синдромах в области грудной клетки, межреберной невралгии, боли в пояснице и нижних конечностях; в хирургической практике меридиан печени используется для акупунктурной анестезии при оперативном

вмешательстве на печени, желчном пузыре, поджелудочной железе, матке, мочеобразующих органах, а также при разрезах боковых стенок грудной клетки. Точки меридиана печени используются при нарушениях функции мочевыделительной системы (задержка и недержание мочи, поллакиурия и др.), а также при заболеваниях половых органов. При различных дерматозах (аллергических, инфекционных) воздействуют на точки меридиана печени в сочетании с точками меридиана легкого. В меридиан включается 14 БАТ. **Смотрите рисунок 14.**

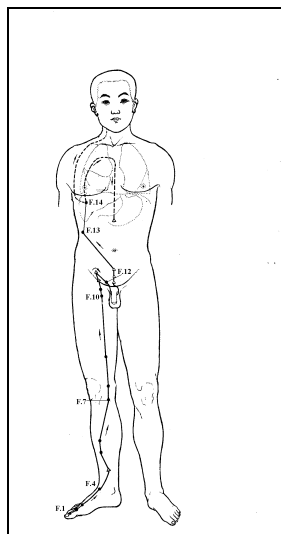


Рисунок 14. Топография акупунктурных точек меридиана печени. (XII; F; Le; Liv).

F.1. Да-дунь (большая искренность, точка входа энергии в меридиан, точка у-шу-дерево) — расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца. Топографическая анатомия: тыльная артерия стопы (ветвь передней большеберцовой артерии), тыльный нерв стопы (ветвь глубокого малоберцового нерва). Глубина укола 3 мм. Показания: заболевания пищевого канала; недержание мочи, боль в половом члене, диабет, аменорея.

F.2. Синь-цзянь (участок хода, седатирующая точка меридиана, точка у-шу-огонь) — между головками I — II плюсневых костей. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов, печени, пищевого канала, болезни сердца, диабет, зубная боль, гингивит, бессонница, межреберная невралгия, боль в пятке. Оказывает антиспастическое действие на гладкую мускулатуру.

F.3. Тай-чун (большой поток, точка источник, точка у-шу-земля) — в самом узком месте между I и II плюсневыми костями. Топографическая анатомия: тыльная артерия стопы и глубокий малоберцовый нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: межреберная невралгия, боль в пояснице, недостаточное сокращение матки после родов; спазмы тонкой кишки и органов малого таза.

F.4. Чжун-фэн (средняя печать, точка у-шу-металл) — на тыльной поверхности стопы во впадине спереди от медиальной лодыжки. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов и нижних конечностей.

F.5. Ли-гоу (конечная борозда, ло-пункт) — у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 5 цуня. Топографическая анатомия: ветви задней большеберцовой артерии, кожные нервы голени, большеберцовый нерв. Глубина

укола 10 мм. Показания: кишечная колика, пароксизмальная тахикардия, заболевания мочеполовых органов, спинномозговые нарушения, зуд.

Ф.6. Чжун-ду (средняя столица, точка-щель) — у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 7 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 15 мм. Показания: заболевания суставов нижних конечностей и мочеполовых органов.

Ф.7. Си-гуань (ворота колена) — кзади и книзу от мышелка большеберцовой кости, кзади от точки инь-лин-цюань (РР.9) на 1 цунь, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня. Топографическая анатомия: ветви подколенной артерии, кожные ветви большеберцового нерва. Глубина укола 12 мм. Показания: гонит, боль в нижних конечностях.

Ф.8. Цюй-цюань (изогнутый источник, тонизирующая точка меридиана, точка у-шу-вода) - кзади от медиального надмышелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки. Топографическая анатомия: ветви артериальной сети коленного сустава, задний кожный нерв бедра и голени. Глубина укола 12 - 20 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов и нижних конечностей; зуд, отек и боль в наружных половых органах.

Ф.9. Инь-бао (оболочка инь) — у переднего края полуперепончатой мышцы, выше верхнего края надколенника на 4 цуня. Топографическая анатомия: и глубина укола — те же. Показания: судороги, задержка мочи, нарушение менструального цикла.

Ф.10. Цзу-у-ли (нога пять ли) — у наружного края длинной приводящей мышцы, ниже уровня промежности на 1 цунь. Топографическая анатомия: наружная срамная артерия подвздошно-паховой нерв и запирающий нерв. Глубина укола 15 - 20 мм. Показания: общая потливость и бессонница, экзема мошонки.

Ф.11. Инь-лянь (угол инь) — у переднего края длинной приводящей мышцы бедра, на уровне промежности. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: стягивающая боль в бедре бели, зуд в области наружных половых органов, расстройства менструального цикла, бесплодие.

Ф.12. Цзи-май (быстрый пульс) — под точкой ци-чун Е.30, снаружи и книзу от лобкового бугорка. Топографическая анатомия: у мужчин в этой области проходит мышца, поднимающая яичко, у женщин — круглая маточная связка; разветвляется наружная срамная артерия, подвздошно-паховой нерв и бедренная ветвь пахового нерва, пояснично-паховой нерв. Точку использовать для иглоукалывания не рекомендуется.

Ф.13. Чжан-мэнь (ворота закона, точка – глашатая меридиана РР, точка пересечения меридианов F-VB) — перед свободным концом XI ребра, на четвертой боковой линии живота Топографическая анатомия: межреберная артерия и межреберный нерв, правая точка соответствует нижнему краю печени, левая — нижнему краю селезенки. Глубина укол 20 - 25 мм. Показания: заболевания органов дыхания, пищевого канала печени, желчного пузыря, глистная инвазия, люмбаго, гипертоническая болезнь.

Ф.14. Ци-мэнь (дверь времени, точка глашатая меридиана печени F, точка выхода энергии, точка пересечения меридианов F-VB) — на месте пересечения

среднеключичной линии с реберной дугой. Практически соответствует шестому межреберью. Топографическая анатомия: надчревная верхняя артерия кожные ветви межреберных нервов Глубина укола 12 мм. Показания: те же.

§ 16. Топография акупунктурных точек срединных меридианов и чудесных «сосудов» (ЧМ № 1 - 8).

Согласно традиционному учению, имеется восемь «чудесных сосудов», или меридианов (ЧМ), из них два представляют собой *передний и задний срединные меридианы*, которые были описаны выше. Характерно, что данных два ЧМ наиболее часто используются в практической акупунктуре по сравнению с другими ЧМ. Принцип их использования простой: задний срединный меридиан (Т) чаще сочетается с янскими меридианами, тогда как передний срединный (J) – с иньскими. Точки на этих меридианах обладают преимущественно местно-сегментарным воздействием, за исключением лишь некоторых (бай-хуэй Т.20; да-чжуй Т.14; мин-мэнь Т.4; цзю-вэй J.18 и др.), обладающих также общим действием. Срединные меридианы играют три важные роли. **Во-первых**, они являются бассейнами-накопителями при избытке энергии в 12 стандартных меридианах. При избытке энергии в шести инь - меридианах (P, RP, C, R, MC, F) энергия передаётся в передний срединный меридиан J, а потом (если избыток энергии продолжает накапливаться в меридиане J) энергия из меридиана J направляется в чудесные меридианы № 2, 3, 4, 6, 7, 8. При избытке энергии в шести ян - меридианах (GI, E, IG, V, TR, VB) энергия направляется в задний срединный меридиан T, а потом (если избыток энергии продолжает накапливаться в меридиане T) из меридиана T энергия направляется в чудесные меридианы № 2, 3, 4, 6, 7, 8. **Во-вторых**, точки срединных меридианов играют роль среднестатистического показателя энергетического состояния всех инь и ян меридианов, которые могут находиться в энергетической норме, или в избытке, или в недостатке. Измерение энергетического состояния точек при помощи электротехнических приборов у здорового человека (в норме) равняется 50 МиллиВатт(mv), сильный избыток – это 100 mv, при сильном недостатке – 10 mv. Например, при наличии многочисленных заболеваний внутренних органов у пациента выявлен избыток энергии, а среднее энергетическое значение инь - меридианов при этом равно 70 МиллиВатт(mv):

$(P - 75 \text{ mv} + RP - 65 \text{ mv} + C - 75 \text{ mv} + R - 65 \text{ mv} + MC - 75 \text{ mv} + F - 65 \text{ mv}) : 6 \text{ инь - меридианов} = 70 \text{ mv}.$

По причине избытка энергии в шести инь - меридианах все точки переднего срединного меридиана J также будут иметь высокое значение, которое будет колебаться около значения $70 \pm 15 \text{ mv}$. Следовательно, можно сделать важный вывод, что *по показаниям любой точки переднего срединного меридиана J врач может приблизительно определить суммарное энергетическое состояние шести инь – меридианов. По показаниям любой точки заднего срединного меридиана T врач может приблизительно определить суммарное энергетическое состояние шести ян – меридианов.*

В-третьих, точки срединных меридианов играют роль банальных меридианов, обладающих определённым терапевтическим эффектом.

Более сложным является представление о *других шести ЧМ*, ввиду того, что они не имеют собственных точек, а включают точки классических меридианов. Следует отметить, что учение традиционной народной медицины о «чудесных сосудах» в своей логичности оказалось наименее завершённым. Непонятно, например, как можно говорить о таком «чудесном сосуде», как дай-май (ЧМ № 4), если он включает только

три точки меридиана желчного пузыря и практически соответствует его ходу. При анализе хода «чудесных сосудов» наиболее вероятным оказывается, по-видимому, то, что народные врачи «привлекли» их для объяснения тех правил, в основу которых легли все те же «пять первоэлементов». Другими словами, как может один меридиан через несколько звеньев в классической цепи действовать на другой? Естественно было предположить, что через какие-то дополнительные связи происходит передача энергии ЧИ от одного меридиана к другому, минуя длинную цепочку, состоящую из 12 стандартных меридиана. Китайская теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) описывает 8 чудесных сосудов: четыре наружных (Ян) и четыре внутренних (Инь). Согласно традиционным воззрениям, как «чудесные сосуды» эти меридианы имеют свои точки-управители. Кроме того, через «вторичные сосуды» они тесно связаны с системами основных меридианов; задний срединный с 6 янскими, а передний срединный — с 6 иньскими. В связи с этим обычно трактуется, что передний срединный меридиан относится к системе инь, а задний срединный — к системе ян.

1. Наружный, задний, срединный, T, Ду-май, море всех ян-меридианов, накапливает энергию от 6 стандартных меридианов ян.

2. Наружный пяточный, Ян-цяо-май.

3. Наружный поддерживающий, Ян-вэй-май, хранитель ян-меридианов.

4. Наружный опоясывающий, Дай-май, сосуд пояса.

5. Внутренний, передний, срединный, J, Жэнь-май, ускоритель инь-меридианов, накапливает энергию от 6 стандартных меридианов инь.

6. Внутренний пяточный, Инь-цяо-май, ускоритель инь-меридианов.

7. Внутренний поддерживающий, Инь-вэй-май, хранитель инь-меридианов.

8. Внутренний поднимающийся, Чун-май, море 12 меридианов.

В традиционном представлении ЧМ представляют собой как бы накопители — бассейны или озера энергии. При иглоукалывании в точки-управители удастся высвободить эту энергию, после чего ее можно «направить» в необходимый меридиан для поглощения его акупунктурными точками. Исходя из этого, чаще всего ключевые точки используют перед началом сеанса (высвобождают энергию), после чего проводят основное лечение (сеанс), «направляют энергию» по необходимым меридианам.

1. Наружный, задний, срединный, чудесный меридиан, ду-май, T, ЧМ №1. (XIII; T; VG; GV).

Задний срединный меридиан начинается в малом тазу и выходит на середине расстояния между копчиком и анусом (точка чан-цян, T.1), откуда одна ветвь направляется к почке, а другая ветвь идет вверх по заднесрединной линии, дает ответвления к мозгу и оканчивается точкой инь-цзяо (T.28), расположенной на десне под верхней губой. Как «чудесный сосуд» он включает ло-пункт, который одновременно является точкой входа чан-цян (T.1), и точку выхода инь-цзяо (T.28). Какой-либо временной интервал активности меридиана неизвестен, как неизвестны приемы пульсовой диагностики его состояния.

Меридиан имеет 28 собственных точек воздействия. **Смотрите рисунок 15.** Траектория его начинается в точке Т.1 (VG.1) чан-цян около заднего прохода, проходит по позвонкам, шее и через волосистую часть головы, лоб, спинку носа и заканчивается на десне верхней челюсти в точке Т.28 инь-цзяо. От точки Т.13 тао-дао к меридиану тонкой кишки на уровне седьмого шейного позвонка проходит анастомоз к точке Е.12 цюэ-пэнь; от этой точки происходит связь с точкой-ключом IG.3. Точка-ключ ЧМ № 1 — IG.3 (она же тонизирующая точка меридиана тонкой кишки) находится на руке; пункция косая, глубина укола 0,5 — 1,0 см. Связывающая точка с ЧМ № 2 находится на ноге — V.62. Общие показания к использованию ду-май: нервное в психическое перенапряжение, всякого рода невралгии, нарушение кровообращения головного мозга, другие мозговые симптомы, головные боли различного происхождения, заболевания позвоночника с болями в спине, плечевом поясе, затылке с ограничением движений позвоночника, хронические воспалительные процессы в легких, ушах, горле, носу. В функциональном отношении задний срединный меридиан важен как меридиан, точки которого имеют сегментарную общность с различными органами, тем самым через них можно целенаправленно воздействовать на тот или иной орган. Воздействие на точки нижнего отдела меридиана оказывает наиболее сильное влияние на автономную (вегетативную) нервную систему, а в области головы — на головной мозг. Особо важная роль этим срединным линиям придается в практике акупунктуры детского возраста. По традиционным представлениям, меридиан способствует гармонии между функциями, влияя преимущественно на янские меридианы: в основном — на физическую силу.

Т.1. Чан-цян (рост силы, точка пересечения с меридианами TR-VB, групповой ло-пункт для ЧМ-1-2-3-4) — расположена на середине расстояния между копчиком и наружным сфинктером заднего прохода. Топографическая анатомия: ветви внутренней половой артерии и полового нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания прямой кишки и заднепроходного канала, эпилепсия.

Т.2. Яо-шу (точка шу поясницы) — над местом входа в крестцовый канал. Топографическая анатомия: ветви срединной крестцовой артерии и ветви от крестцового сплетения. Глубина уколу 10 - 25 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит, заболевания мочеполовых органов и прямой кишки.

Т.3. Яо-ян-гуань (яо — поясница; ворота ян) — между остистыми отростками L.4 - L.4 позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви поясничной артерии и поясничного сплетения. Глубина укола 10 - 25 мм. Показания: пояснично-крестцовый радикулит, заболевания мочеполовых органов и толстой кишки.

Т.4. Мин-мэнь (ворота жизни) — между остистыми отростками L.2 — L.3 позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, кишечная колика, боль в области поясницы, геморрой, бели, недержание мочи, поллюции, импотенция, бессонница, шум в ушах, астенические синдромы.

Т.5. Сюань-шу (висящая колонна) — между остистыми отростками L.1 — L.2 позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: люмбаго, заболевания желудка и кишок.

Т.6. Цзи-чжун (середина позвоночного столба) — между остистыми отростками D.11 — D.12 (Th.11 – Th.12) позвонков. Топографическая анатомия: ветви межреберных артерий

и грудных нервов. Глубина укола 12 мм. Показания: эпилепсия, заболевания кишок, в том числе выпадение прямой кишки у детей.

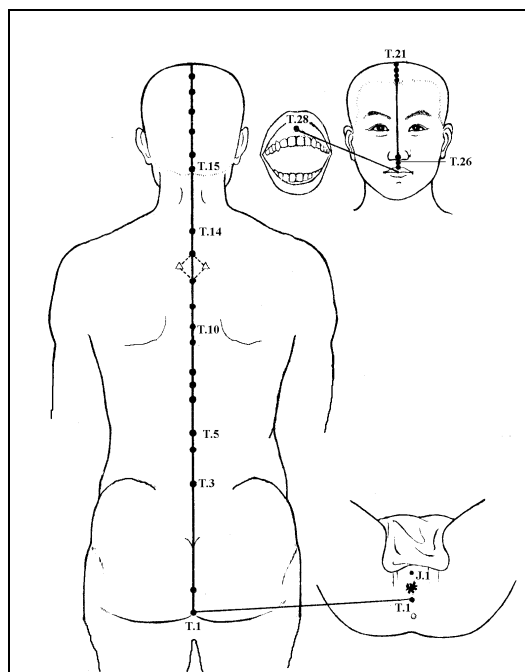


Рисунок 15. Наружный, задний, срединный, чудесный меридиан, ду-май, Т, ЧМ №1. (XIII; T; VG; GV).

T.7. Чжун-шу (средняя ось) — между остистыми отростками D.10 — D.11, позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: люмбаго, снижение зрения, необходимость жаропонижающего действия при гриппе и лихорадочных заболеваниях.

T.8. Цзинь-со (стянутая мышца) — между остистыми отростками D.9 — D.10. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: эпилепсия, люмбаго, заболевания желудка, неврастения.

T.9. Чжи-ян (крайний ян) — между остистыми отростками D.7 — D.8. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 15 мм. Показания: люмбаго, заболевания печени и желудка.

T.10. Лин-тай (терраса духов) — между остистыми отростками D.6 — D.7 позвонков. Топографическая анатомия: одинакова с точкой шэнь — дао (T.11). Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания органов дыхания, а также для предупреждения гриппа.

T.11. Шэнь-дао (божественная дорога) — между остистыми отростками D.5 — D.6 позвонков. Топографическая анатомия: задние ветви межреберной артерии, тыльный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: заболевания сердца и органов дыхания, головная боль, неврастения, стоматит.

T.12. Шэнь-чжу (позвоночник, точка пересечения с меридианами T-V) — между остистыми отростками D.3 — D.4 позвонков. Топографическая анатомия: нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задние ветви межреберных артерий и грудных нервов. Глубина укола 12 мм. Показания: заболевания головного и спинного мозга, эпилепсия, ночные страхи, неврастения, кровотечение из носа.

- Т.13.** Тао-дао (дорога перемен, точка пересечения с меридианами T-GI-E-IG-TR-VB-V) — между остистыми отростками D.1—D.2 позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: шейно-грудной радикулит, невралгия, мигрень, реактивные психозы, лихорадочные заболевания.
- Т.14.** Да-чжуй (большой позвонок, точка пересечения с меридианами T-GI-E-IG-TR-VB-V) — между остистыми отростками C.7—D.1, позвонков. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 12 мм. Показания: грипп, малярия, заболевания легких, кровотечение из носа, шейный остеохондроз, вегетативно-эндокринные дисфункции. Одна из основных точек в практике акупунктуры.
- Т.15.** Я-мэнь (ворота молчания, точка пересечения с меридианами T-V, точка выхода энергии из моря «костно-мозгового») — на границе волосистой части головы между C.1 и C.2 позвонками. Топографическая анатомия: ветви затылочной артерии и шейного сплетения. Глубина укола 10 мм (более глубокий укол не допускается, так как опасен проникновением в нервные ткани спинного мозга). Прижигание не дольше 10 минут. Показания: головная боль, головокружение, шум в ушах, расстройство речи, менингит, миелит, заболевания органов полости рта, кровотечение из носа.
- Т.16.** Фэн-фу (область ветра, вторая точка выхода энергии из моря «костно-мозгового») — выше задней границы волосистой части головы на 30 мм, между затылочной костью и I шейным позвонком. Топографическая анатомия: в глубине расположено большое затылочное отверстие, в котором проходит продолговатый мозг. Глубина укола не более 10 мм. Показания: головная боль, боль в затылочно-шейной области, кровотечение из носа, ларингит, психоз, последствия кровоизлияний в мозг, желтуха, атрофия зрительного нерва и другие глазные заболевания; оказывает жаропонижающее действие при гриппе и лихорадочных заболеваниях.
- Т.17.** Нао-ху (дверь мозга) — на верхнем крае затылочного бугра на 1,5 цуня выше точки фэн-фу (Т.16) Топографическая анатомия: затылочная артерия и большой затылочный нерв. Глубина укола 3 - 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, невралгия, заболевания глаз.
- Т.18.** Цян-цзянь (место силы) — кзади от точки шэнь-тин (Т.24) на 7,5 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 цуня. Показания: головная боль, головокружение, рвота, судороги у детей бессонница, эпилепсия, невралгия.
- Т.19.** Хоу-дин (задний холм головы, точка пересечения с меридианами T-GI-E-IG-TR-VB-V, точка входа энергии в море «костно-мозговое») — кзади от точки шэнь-тин (Т.24) на 6 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, мигрень, тик и контрактура мышц затылочно-шейной области, эпилепсия.
- Т.20.** Бай-хуэй (сто встреч, вторая точка входа энергии в море «костно-мозговое») — кзади от точки шэнь-тин (Т.24) на 4,5 цуня. Топографическая анатомия: анастомоз поверхностной височной и затылочной артерий, ветви большого затылочного нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль, головокружение, невралгия, анемия мозга, выпадение прямой кишки, геморрой. Одна из основных точек в практике акупунктуры.

Т.21. Цянь-дин (передний холм) — кзади от точки шэнь-тин (Т.24) на 3 цуня. Топографическая анатомия: анастомоз поверхностной височной артерии и ветви лобного нерва. Глубина укола 6 мм. Показания: головная боль, головокружение, эпилепсия и судороги у детей, полипы носа.

Т.22. Синь-хуэй (слияние черепа, точка пересечения с меридианами Т-TR-VB) — выше точки шэнь-тин (Т.24) на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: место лобного родничка. Глубина укола 3 мм. Показания: головная боль, головокружение, кровотечение из носа, сонливость, диспепсия. Детям до трех лет иглоукалывание противопоказано.

Т.23. Шан-син (верхняя звезда) — выше точки шэнь-тин (Т.24) на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: одинакова с точкой шэнь-тин. Глубина укола 6 мм. Показания: боль в лобной части головы, кровотечение из носа, заболевания глаз.

Т.24. Шэнь-тин (божественный двор, точка пересечения с меридианами Т-GI-E) — выше надпереносья на 3 ц, входит в переднюю границу волосистой части головы на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: ветви лобной артерии и лобного нерва. Глубина укола 6 мм. Показания: боль в лобной части головы, головокружение, острый ринит, воспаление слезной железы, рвота, сердцебиение, эмоциональная лабильность, нарушение сна.

Т.25. Су-ляо (основная кость, точка пересечения с меридианами Т-E) — в центре верхушки носа. Топографическая анатомия: дорсальная артерия носа, носоресничный нерв. Глубина укола 3 - 6 мм. Показания: полипы носа, ринит, слезотечение, кровотечение из носа, коллапс.

Т.26. Жэнь-чжун (середина человека) — под верхушкой носа, в верхней трети вертикальной борозды верхней губы. Топографическая анатомия: артерия верхней губы, вторая ветвь тройничного нерва и щечная ветвь лицевого нерва. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: скорая помощь при потере сознания; эпилепсия, психическое возбуждение, полнокровие мозга, тик и контрактура мышц области рта и глаз, отек лица, диабет.

Т.27. Дуй-дуань (верхняя кайма губы, точка пересечения с меридианами Т-J) — посередине верхней губы, в месте перехода кожи в слизистую оболочку. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: основные показания те же, что и к использованию точки жэнь-чжун (Т.26), дополнительные — желтуха и кровотечение из носа.

Т.28. Инь-цзяо (перекресток десен) — по средней линии на слизистой оболочке в месте перехода десны в верхнюю губу, т. е. на середине уздечки верхней губы. Топографическая анатомия и другие данные те же.

2. Наружный, пяточный, чудесный меридиан, ян-цзяо-май, ЧМ № 2.

Траектория его начинается под наружной лодыжкой в точке V.62, идет по голени и бедру между меридианами желчного пузыря в желудке, пересекает в подвздошной области меридиан желчного пузыря, идет вверх на плечевой сустав, шею, лицо и голову, где заканчивается в точке VB.20 фэн-чи. **Смотрите рисунок 16.** По J. Bischo, траектория ЧМ включает следующие точки: V.62, V.61, V.60, V.59, VB.38, IG.10, GI.16, GI.15, E.10, E4, V.1, VB.20.

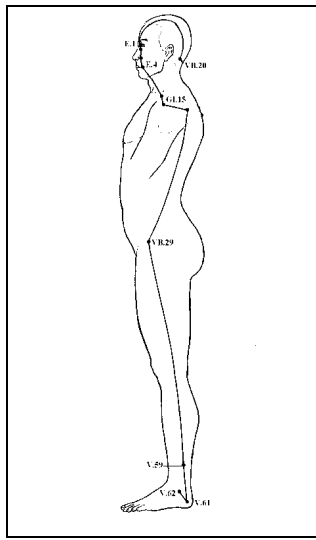


Рисунок 16. Наружный, пяточный, чудесный меридиан, ян-цзяо-май, ЧМ № 2.

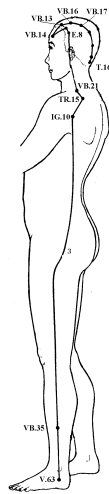


Рисунок 17. Наружный, поддерживающий, чудесный меридиан, ян-вэй-май, ЧМ № 3.

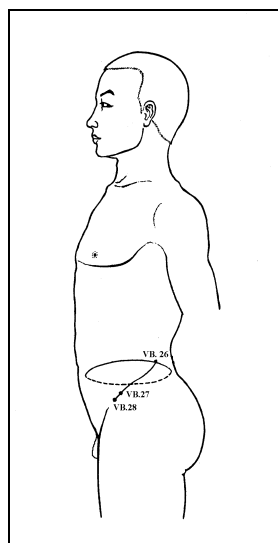


Рисунок 18. Наружный, опоясывающий, чудесный меридиан, дай-май, сосуд пояса, ЧМ № 4.

Другие авторы (Д. М. Табеева, М. Rubin, F. Hawlik) не включают в траекторию точки V.60, V.1 и E.10, но включают VB.29, E.1 и E.3, причем нет единого мнения относительно точки V.1 цин-мин. Точка-ключ ЧМ № 2 ян-цзяо-май — V.62 шэнь-май находится на ноге (только на этом меридиане она является и начальной точкой). У этого меридиана нет анастомозов, но точка-ключ входит также и в траекторию ЧМ № 3 ян-вэй-май. Связывающая точка IG.3 хоу-си с ЧМ № 1. Общие показания к использованию ян-цзяо-май: судороги, парез и паралич центрального происхождения, контрактура, боли в костях и суставах, в области поясницы, ишиас.

3. Наружный, поддерживающий, чудесный меридиан, ян-вэй-май ,

ЧМ № 3.

Траектория начинается в точке V.63 цзинь-мэнь, поднимается по наружно-боковой поверхности бедра по ходу меридиана желчного пузыря, далее в заднебоковой поверхности туловища между меридианами мочевого пузыря и желчного пузыря на плечо, шею, голову, заканчиваясь в точке VB.13. **Смотрите рисунок 17.** По J. Bischo, траектория ЧМ № 3 включает последовательно следующие точки: V.63, V.62, VB.35, VB.34, VB.33, VB.32, VB.31, VB.30, VB.29, GI.14, TR.13, VB.21, IG.10, VB.19, VB.18, VB.13. Другие авторы указывают несколько иную траекторию. Так, по Д. М. Табеевой, траектория ЧМ № 3 начинается в точке V.63 и заканчивается в точке VB.14, включая следующий ряд точек: V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, VG.15, VG.16, VB.20, VB.19, VB.18, VB.17, VB.16, E8, VB.11, VB.13, VB.14. М. Rubin включает те же точки несколько в другой последовательности. Точка-ключ TR.5 вэй-гуань (на руке) связана с ЧМ № 3 через точку TR.13; других анастомозов нет (TR.5 вэй-гуань является ло-пунктом меридиана трех обогревателей к меридиану перикарда). Связующая точка на ноге VB.41. Общие показания к использованию ян-вэй-ман: в основном хронические боли, особенно невралгического характера, боли в области суставов, кожный зуд, себорея (угри), другие дерматозы, кровотечения разной этиологии, вегетативно-сосудистые нарушения, астеноневротические синдромы.

4. Наружный опоясывающий чудесный меридиан, дай-май, сосуд пояса, ЧМ № 4.

Траектория начинается в точке F.13, далее идет с одной стороны тела па другую, постепенно опускаясь до точки VB.26, захватывая одноименную точку другой стороны и опускаясь к точке VB.27 у-шу на правой и левой стороне, затем к точке VB.28 вэй-дао обеих сторон, т. е. ЧМ № 4 как бы обматывает тело на уровне указанных точек, включая их в свою траекторию. Имеются поперечные анастомозы между меридианами мочевой пузырь — почки, желчный пузырь — печень, желудок — селезенка. По J. Bischo, траектория ЧМ № 4 включает точки F.13, VB.26, VB.27, VB.28. Другие авторы не включают в траекторию точку F.13 чжан-мэнь. **Смотрите рисунок 18.** Точка-ключ — VB.41 цэу-линь-ци (на стопе); связующая точка (на руке) TR.5 вэй-гуань (с ЧМ № 8). Общие показания к использованию дай-май: хронические болевые синдромы в области спины, бедер, затылка, боли в суставах (артрит, контрактура); патология половых функций у женщин, особенно дисменорея с болями в пояснице и животе, бесплодие, фригидность, импотенция у мужчин; а также астения и экзема.

5. Внутренний, передний, срединный, чудесный меридиан, жэнь-май, J, ЧМ № 5. (XIV; J; JM; CV).

Является одним из «чудесных сосудов», следовательно, не включает все точки управления, которые существуют у 12 стандартных меридианов. Он имеет только ло-пункт, который также является точкой входа хуэй-инь (J.1), и точку выхода чэн-цзян (J.24). Однако, поскольку передний срединный меридиан является «чудесным сосудом», он обладает точкой-управителем ле-цюе (P.7), а ее спаренной точкой является точка чжао-хай (R.6). Совместно с задним срединным меридианом передний срединный меридиан имеет свой специфический цикл «малой циркуляции» (в противоположность «большой циркуляции», который охватывает двенадцать стандартных, истинных меридианов). Оба меридиана (T и J) имеют контакты с циклом «большой циркуляции» через свои внутренние меридианы (вспомогательные вторичные сосуды). Передний срединный меридиан не соответствует ни органу, ни специфической функции, а ценой совокупности функций, преимущественно воздействует на меридианы инь. Условно меридиан J можно подразделить на три части: **нижнюю** — от лобка до пупка, которая соответствует преимущественно мочеполовым функциям; **среднюю** — от пупка до основания грудины (эта часть соответствует пищеварительным функциям); **верхнюю** — простирающуюся от основания грудины до нижней губы рта (эта часть соответствует дыхательным функциям). Передний срединный меридиан начинается в области промежности точкой хуэй-инь (J.1) (между мошонкой и задним проходом у мужчин и кзади от спайки больших половых губ у женщин), следует вверх по переднесрединной линии, проходя через лобковое сращение, пупок, грудину, шею, и достигает середины нижней губы рта. На этом уровне меридиан раздваивается, окружает ротовую щель и направляется к нижнему краю орбиты глаза. Общие показания к использованию жэнь-май: синдромы инь — гиподисфункция мочевыделительных и половых органов, органов пищеварения и дыхания (в том числе горла, языка, зубов, поджелудочной железы), а также невротические расстройства терморегуляции, судорога и спазмы у детей. В меридиан включается 24 БАТ. **Смотрите рисунок 19.**

J.1. Хуэй-инь (слияние инь) — у мужчин между мошонкой и задним проходом, у женщин между спайкой больших половых губ и задним проходом. Топографическая анатомия: центр луковицы полового члена, здесь распределены внутренняя половая артерия и промежностный нерв. Глубина укола 10 - 15 мм. Продолжительность цзю 10 - 20 мин. Показания: гипергидроз и дерматит в области промежности, задержка мочи, запор, дисменорея, импотенция, заболевания прямой кишки.

J.2. Цюй-гу (изогнутая кость, точка пересечения с меридианами J-F) — в середине верхнего края лобковой кости. Топографическая анатомия: нижняя надчревная артерия, ветви половой артерии, подвздошно-подчревный нерв. Глубина укола 15 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов.

J.3. Чжун-цзи (средняя точка вершины, точка-глашатая меридиана мочевого пузыря V, точка пересечения с меридианами J-T-GI-E-RP-IG-V-TR-VB-F) — выше лобка на 1 цунь. Топографическая анатомия: ветви XII межреберного нерва. Глубина укола 25 мм. Показания: те же.

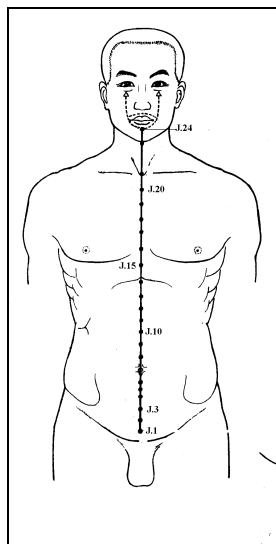


Рисунок 19. Внутренний, передний, срединный, чудесный меридиан, жэнь-май, J, ЧМ № 5. (XIV; J; JM; CV; VC).

J.4. Гуань-юань (ворота источника, точка-глашатая меридиана тонкого кишечника IG, точка пересечения с меридианами J- R-RP-F) — выше лобка на 2 ц. Топографическая анатомия: ветви надчревной артерии и вены, кожные ветви XI и XII межреберных нервов. Глубину укола 25 — 45 мм. Показания: заболевания тонкой кишки и мочеполовых органов, депрессивные состояния.

J.5. Ши-мэнь (каменные ворота, точка-глашатая меридиана трёх обогревателей TR) — ниже пупка на 2 ц. Топографическая анатомия: кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: те же.

J.6. Ци-хай (море энергии) — ниже пупка на 1,5 цуня. Топографическая анатомия и другие данные те же.

J.7. Инь-цзяо (перекресток инь, точка-глашатая меридиана трёх обогревателей TR, точка пересечения с меридианами J-VB-C) — ниже пупка на 1 цунь. Топографическая анатомия: ветви надчревной артерии, кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 25 мм. Показания: заболевания мочеполовых органов и кишок.

J.8. Шэнь-цюе (божественная граница) — в центре пупка. Топографическая анатомия: та же. Укол противопоказан. Прогревание 20 - 30 мин. Показания: понос, асцит, вздутие живота, урчание кишок, выпадение прямой кишки.

J.9. Шуй-фэнь (водораспределение) — выше пупка на 1 цунь. Топографическая анатомия: в глубине располагается поперечная ободочная кишка. Глубина укола 15 мм. Показания: асцит, заболевания кишок.

J.10. Ся-вань (нижний канал, точка пересечения с меридианами J-P-E-RP) — выше пупка на 2 цуня. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 25 мм. Показания: заболевания кишок.

J.11. Цзянь-ли (оставленная местность ли) — выше пупка на 3 цуня. Топографическая анатомия: ветви надчревной артерии, кожные ветви межреберных нервов, соответствует расположенному в глубине желудку. Глубина укола 15 - 25 мм. Показания: заболевания желудка, асцит, спазм диафрагмы.

- J.12.** Чжун-вань (средний канал, точка-глашатая меридиана Е, точка пересечения с меридианами J-P-E-PP-TR) — выше пупка на 4 цуня. Топографическая анатомия: и другие данные те же.
- J.13.** Шан-вань (верхний канал) — выше пупка на 5 цуня. Топографическая анатомия: и другие данные те же.
- J.14.** Цзюй-цюе (граница силы, точка-глашатая меридиана С) — выше пупка на 6 цуня. Топографическая анатомия: та же, в глубине расположена левая доля печени. Глубина укола 20 мм. Показания: заболевания желудка, сердца и легких, состояние тревоги и страха, маниакальное состояние, эпилепсия.
- J.15.** Цзю-вэй (хвост голубя) — книзу от конца мечевидного отростка на 15 мм. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 мм. Показания: неврастения, заболевания желудка, сердца легких.
- J.16.** Чжун-тин (средний двор) — соответствует границе соединения тела грудины и мечевидного отростка. Топографическая анатомия: ветви внутренней грудной артерии, кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: болезни легких и пищевода.
- J.17.** Тань-чжун (середина груди, точка «океан энергии», точка входа в море «энергии», точка-глашатая меридиана трёх обогревателей TR, точка пересечения с меридианами J-F-R-IG-MC-PP) - на уровне суставной вырезки 5 ребра (уровень сосков). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 6 мм. Показания: те же.
- J.18.** Юй-тан (нефритовый зал) — соответствует середине тела грудины, на уровне суставной вырезки IV ребра. Топографическая анатомия: и другие данные те же.
- J.19.** Цзы-гун (пурпурный дворец) — на уровне суставной вырезки III ребра. Топографическая анатомия: и другие данные те же.
- J.20.** Хуа-гай (великолепное покрытие) — соответствует месту соединения рукоятки и тела грудины на уровне суставной вырезки II ребра. Топографическая анатомия: ветви внутренней грудной артерии, кожные ветви межреберных нервов. Глубина укола 10 мм. Показания: болезни органов дыхания, в том числе верхних дыхательных путей.
- J.21.** Сюань-цзи (жемчужный нефрит) — в центре рукоятки грудины, на уровне суставной вырезки I ребра. Топографическая анатомия: кожные ветви шейного сплетения, ветви внутренней грудной артерии. Глубина укола 10 мм. Показания: бронхиальная астма, тонзиллит, отек гортани, болезни пищевода и желудка.
- J.22.** Тянь-ту (небесная тропа) — в центре яремной вырезки грудины, между грудиноключично-сосцевидными мышцами. Топографическая анатомия: нижняя щитовидная артерия, кожные ветви шейных нервов. В глубине — трахея, за грудиной — плечеголовный ствол и дуга аорты. Глубину укола не больше 10 мм; при уколе необходимо направлять иглу кзади и книзу за грудину. Показания: бронхиальная астма, спазм мышц гортани, ларингит, тонзиллит, расстройство речи, рвота, спазм пищевода.
- J.23.** Лянь-цюань (боковой источник) — в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща. Топографическая анатомия: верхняя щитовидная артерия, нисходящая ветвь подъязычного нерва, кожные ветви

шейного сплетения. Глубина укола 10 мм. Показания: бронхит, астма, ларингит, рвота, глоссит, слюнотечение.

Ж.24. Чэн-цзян (центр подбородка, точка пересечения с меридианами J-GI-E) — в центре подбородочно-губной борозды. Топографическая анатомия: нижняя губная артерия, подбородочный нерв от третьей ветви тройничного нерва. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: неврит лицевого нерва, птоз, отек лица, диабет, зубная боль, эпилепсия, коллапс.

6. Внутренний пяточный чудесный меридиан, инь-цзяо-май, ЧМ № 6.

Траектория начинается на стопе в точке R2 жань-гу и следует по меридиану почек до R6 чжао-хай, затем по меридиану желудка до верхней части голени, по бедру между меридианами желудка и печени, по передней поверхности туловища, шеи, лицу и заканчивается у внутреннего угла глаза в точке V.1. По J. Bischo, траектория ЧМ № 6 включает следующие точки: R.2, R.6, E.19, E.10, V.1. Другие авторы указывают только три точки траектории инь-цзяо-май: R.6, R.8, V.1. **Смотрите рисунок 20.**

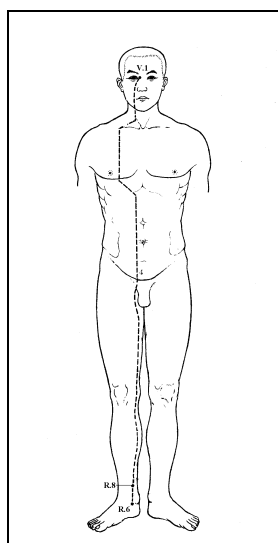


Рисунок 20. Внутренний, пяточный, чудесный меридиан, инь-цзяо-май, ЧМ № 6.

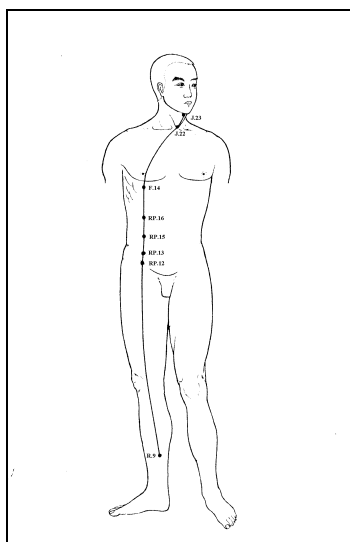


Рисунок 21. Внутренний поддерживающий чудесный меридиан, инь-вэй-май, ЧМ №

7.

Здесь нет поперечных анастомозов, так как командная точка находится на самом чудесном меридиане. Точка-ключ R.6 чжао-хай (на стопе); связывающая точка (на руке) P.7 ле-цюе (с ЧМ № 5). Общие показания к использованию инь-цзяо-май: хронические заболевания половых и мочевыделительных органов с болями в нижней части живота и пояснице, паховая грыжа у мужчин, запоры у женщин, контрактуры и вялый паралич мышц плечевого пояса, нижних конечностей.

7. Внутренний поддерживающий чудесный меридиан, инь-вэй-май, ЧМ № 7.

Траектория начинается выше внутренней лодыжки в точке R.9 чжу-бинь, поднимается по внутренней поверхности голени и бедра через точку RP11 цзи-мэнь, по передней поверхности живота до точки RP.16 фу-ай, назад к точке RP.15 да-хэн, включает точка T.22 тянь-ту и T.23 лян-цюань, где заканчивается на уровне подбородка. По J. Bischo, траектория инь-вэй-май включает следующие точки: R.9, RP.11 (точка пересечения меридианов RP, F и E), RP.16, RP.15 (здесь чудесный меридиан пересекает меридианы F, E и R), T.22, T.23. **Смотрите рисунок 21.** Имеются следующие анастомозы:

- 1) от MC.1 тянь-чи через точку R.23 шэнь-фэн к точке VC.17 тань-чжун, от которой энергия подводится к другим точкам переднесрединного меридиана;
- 2) от J.17 (VC.17) тань-чжуй энергия идет по анастомозам в виде кругов к точке J.13 (VC.13) шань-вань, от J.13 (VC.13) шань-вань — к J.12 (VC.12) чжун-вань, от J.12 (VC.12) чжун-вань — к J.7 (VC.7) инь-цзяо.

ЧМ № 7 объединяется с ЧМ № 8 посредством переднесрединного меридиана и меридиана почек; анастомозы также подключаются к переднесрединному меридиану. По другим авторам, ЧМ № 7 имеет несколько другую траекторию: R.9 – RP.13, RP.15, RP.16, F.14, VC.22, VC.23. Точка-ключ — MC.6 (на руке) связана через анастомоз, проходящий через точку MC.1 тянь-чи (MC.6 — ло-пункт меридиана перикарда к меридиану трех обогревателей); связующая точка (на стопе) — RP.4 гунь-сунь (с ЧМ № 8). Общие показания к использованию инь-вэй-май: боли в области сердца, чувство страха (фобии), возбуждение, гипертензия, болезни печени и желудка, атония венозных стенок и вызванные этим боли, кожный зуд (особенно в области промежности).

8. Внутренний поднимающийся чудесный меридиан, чжун-май, ЧМ № 8.

Траектория состоит из наружной и внутренней части. Наружная траектория начинается от точки VC.1 хуэй-инь, затем, раздваиваясь, идет на лобок, обходя половые органы, до точки R.11 хэн-гу, далее по ходу меридиана почек до точки R.21 ю-мэнь, где и заканчивается. **Смотрите рисунок 22.** Имеются поперечные анастомозы для проведения потока энергии и соединения с точкой-ключом:

- 1) от RP.13 фу-шэ к J.3 (VC.3) чжун-цзи;
- 2) от RP.14 фу-цзе к VC.4 гуань-юань;
- 3) от RP.15 да-хэн к VC.12 чжун-вань и VC.13 шан-вань.

По J. Bischo, наружная траектория чжун-май включает следующие точки: VC.1, R.11, R.12, R.13, R.14, R.15, R.16, R.17, R.18, R.19, R.20, R.21. Внутренняя траектория чжун-май, начинаясь от VC.1, идет в малом тазу, вдоль позвоночника, соединяясь с

внутренним ходом меридиана почек, подходит к половым органам и почкам. Другие авторы считают, что наружная траектория ЧМ № 8 включает только точки меридиана почек, т. е. не включают в его траекторию точку VC.1 хуэй-инь. Точка-ключ RP4 гунь-сувь на стопе (ло-пункт меридиана селезенки—поджелудочной железы к меридиану желудка); связующая точка MC.6 на руке (с ЧМ № 7). Общие показания для использования ЧМ № 8: патология органов малого таза, особенно в климактерической периоде (внутренних половых органов, мочевого пузыря, недержание мочи или затрудненное мочеиспускание), расстройство функций органов пищеварительного тракта (метеоризм, запор, понос), заболевания печени, сердечно-сосудистой системы.

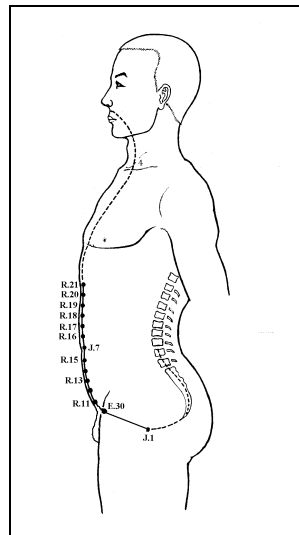


Рисунок 22. Внутренний поднимающийся чудесный меридиан, чжун-май, ЧМ № 8.

§ 17. Топография внеканальных (внемеридиональных) акупунктурных точек (ВМ, ВК, XV; Н; Ех).

Меридиональные точки составляют всего лишь около 30% по отношению ко всему количеству точек. Описание этих точек — результат дальнейшего развития акупунктуры. После составления полной номенклатуры меридиональных точек (примерно к 1303 году) стали обнаруживать неучтенные точки, обладавшие выраженным терапевтическим эффектом. Первоначально (до 1950 года) их называли внемеридиональными, подчеркивая, что они расположены вне меридианов. Внедрение электрических детекторов для поиска точек привело к открытию еще многих точек, получивших название «новых». Некоторые же точки по всем данным должны включаться в меридиональные, однако в их число не вошли. Ряд точек вполне можно было бы отнести к меридиональным, например, инь-тан, юй-яо, тай-ян и другие, так как они располагаются на «пути следования» классических меридианов. Однако верность древним традициям, по-видимому, сдерживает это. В практике акупунктуры внемеридиональные, «новые» и безымянные (без определенной локализации и названия) точки используют по тем же принципам, что и меридиональные. Точки в дистальных отделах конечностей обладают общерегулирующим (общерефлекторным) действием, в других отделах — преимущественно местносегментарным. Эти точки из-за анатомо-топографических особенностей (большинство из них располагается в области суставов, возле связок и др.) менее чувствительны по сравнению с меридиональными и поэтому, вероятно, менее эффективны. Всего точек акупунктуры на всем человеческом теле 3468 акупунктурных точек. На одной половине человеческого тела определено наличие 1734 акупунктурных точек (АТ). Врачами - иглотерапевтами зарегистрировано 423 внеканальных точек акупунктуры с одной стороны тела (включая точки, которые

расположены на пути следования переднего и заднего срединного меридиана). В данной книге описываются лишь 171 акупунктурная точка (с одной стороны тела). Для описания выбраны только те точки, которые имеют наиболее выраженный терапевтический эффект.

1. Внеканальные точки на голове.

ВТ.1. Сы-шэнь-цун, «царская корона». Локализация (Л.): на 1 цуня кпереди, кзади и по бокам от точки бай-хуэй Т.20 (вершин черепа). Направление введения иглы (Т.): косо подкожно в ткани на 0,3-0,5 цуня. Показание (П.): головная боль, гипертония, невралгии черепно-мозговых нервов, шейный радикулит.

ВТ.2. Э-чжун. Локализация: на средней линии лба на 1 цунь выше горизонтальной линии, проведенной между началами бровей. Направление введения иглы: косо подкожно на 0,3—0,5 цуня. Показания: головокружение, обморок, блефарит, фронтит, рвота.

ВТ.3. Инь-тан. Локализация: в центре переносицы, посередине между медиальными концами бровей. Направление введения иглы: подкожно вниз на 0,1—0,2 цуня; подкожно в стороны в направлении точек цуань-чжу V.2 или цин-мин V.1, на 0,2—0,3 цуня. Показания: головная боль, головокружение, чувство распирания в области глаз, заболевания носа, фронтит, гипертония, рвота, судороги у детей.

ВТ.4. Шан-гэнь. Локализация: на носу ниже переносицы на уровне внутренних углов глаз. Направление введения иглы: см. инь-тан ВТ. 3. Показания: головная боль, головокружение, снижения зрения.

ВТ.5. Тоу-гуан-мин (юй-шан). Локализация: на верхней стороне брови над зрачком прямо смотрящего глаза. Направление введения иглы: косо подкожно в стороны на 0,2—0,3 цуня. Показания: мигрень, миопия, блефарит, паралич мышц глаза.

ВТ.6. Юй-яо (мэй-чжун). Локализация: посередине брови над зрачком прямо смотрящего глаза. Направление введения иглы: подкожно в стороны точек цуань-чжу V.2 или сы-чжу-кун VB.23 на 0,3—0,5 цуня. Показания: головная боль, мигрень, миопия, заболевания глаз и век, паралич глазодвигательных мышц, парез лицевого нерва, невралгия 1 ветви тройничного нерва.

ВТ.7. Юй-вэй. Локализация: на 2—3 мм кнаружи от латерального угла глаза. Направление введения иглы: косо кнаружи на 0,3—0,5 цуня. Показания: болезни глаз, глаукома, мигрень, парез лицевого нерва.

ВТ.8. Цюй-хоу. Локализация: на границе латеральной 1/4 и медиальных 3/4 нижнего края глазницы; под зрачком смотрящего в сторону глаза. Направление введения иглы: больной смотрит вверх. Сначала производится перпендикулярное укалывание, а после вхождения иглы в полость глазницы она направляется немного кнутри и вверх — в сторону зрительного нерва, общая глубина введения иглы составляет 0,2—0,3 цуня. Показания: глазные болезни, миопия и дальнозоркость, неврит зрительного нерва, катаракта.

ВТ.9. Тай-ян. Локализация: на 1 цунь кзади от середины расстояния между латеральным углом глаза и латеральным краем брови, вплотную к глазничному отростку скуловой кости. Направление введения иглы: перпендикулярно или подкожно на 0,5—1 цуня;

кровопускание трехгранной иглой. Показания: головная боль, мигрень, острый и хронический конъюнктивит, простудные заболевания, зубная боль, шум в ушах, паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, невралгия тройничного нерва.

ВТ.10. Эр-цзянь. Локализация: на вершине ушной раковины, в точке, соответствующей складке, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед. Направление введения иглы: перпендикулярно при отогнутой вперед и сложенной пополам ушной раковине на 0,2 цуня. Показания: мигрень, глаукома, конъюнктивит, паннус, трахома, аллергические состояния.

ВТ.11. Шан-лун (чжи-лун). Локализация: выше и впереди от середины козелка, между точками тин-гун IG.19 и эр-мэнь TR.21. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: глухота.

ВТ.12. Эр-вэй-цзин-май-синь-тяо. Локализация: на задней поверхности ушной раковины на каждой из трех вен. Направление введения иглы: кровопускание трехгранной иглой. Показания: конъюнктивит, ячмень, гипертиреоз.

ВТ.13. И-мин. Локализация: на нижнем крае сосцевидного отростка на уровне мочки уха, на 1 цуня кзади от точки и-фэн (TR.17). Направление введения иглы: перпендикулярно или в сторону кончика носа на 0,5—1 цуня. Показания: миопия и дальнозоркость, атрофия зрительного нерва, катаракта, головокружение, шум в ушах, глухота, паротит, бессонница.

ВТ.14. Шан-ин-сян. Локализация: на 0,5 цуня ниже внутреннего угла глаза, Направление введения иглы: косо вниз на 0,3—0,5 цуня. Показания: риниты, озена, полипы носа, синусит, блефарит.

ВТ.15. Цзя-би. Локализация: на боковой стороне носа на границе между носовыми костями и хрящевой частью носа. Направление введения иглы: косо подкожно на 0,2—0,3 цуня. Показания: риниты, фурункулез носа.

ВТ.16. Би-лю. Локализация: на задней стороне преддверия носа, на середине расстояния между носовой перегородкой и крылом носа. Направление введения иглы: косо подкожно к средней линии вверх на 0,2—0,3 цуня. Показания: риниты, снижение обоняния.

ВТ.17. Сань-сяо Локализация: посередине носогубной складки, кнаружи от точки ин-сян GI.20. Направление введения иглы: косо вниз на 0,3—0,5 цуня. Показания: риниты, фурункул носа, парез и тик мимических мышц.

ВТ.18. Цзя-чэн-цзян (хай-сяо, ся-ди-цан) Локализация: на нижней челюсти над нижнечелюстными отверстиями, на пересечении линий, проведенных через точки ди-цан E.4 и чэн-цзянь J.24. Направление введения иглы: косо вниз на 0,2—0,3 цуня. Показания: заболевания зубов, десен, парез лицевого нерва, фурункул на губе.

ВТ.19. Ди-хэ, хор-хэ. Локализация: на середине наиболее выступающей части подбородка, Направление введения иглы: косо вверх на 0,2—0,3 цуня. Показания: заболевания нижних зубов, паралич лицевого нерва, заболевания кожи лица.

ВТ.20. Цзинь-цзинь-юй-е. Локализация: в полости рта под языком на двух венах нижней уздечки языка. Левая точка — цзинь-цзинь, правая — юй-е. Направление введения иглы:

быстрая поверхностная пункция трехгранной иглой до кровотечения. Прижигание не проводится. Показания: боли и опухание мышц языка, контрактура языка, затрудненное глотание, паралич подъязычного нерва, паралич мышц гортани, стоматит, глоссит, тошнота, рвота, сахарный диабет, желтуха.

ВТ.21. Шан-лянь-цюань. Локализация: на средней линии шеи посередине верхнего края подъязычной кости, на 1 цунь выше точки лян-цюань J.23 при запрокинутой назад голове. Направление введения иглы: косо вверх к корню языка на 0,5—1 цуня; введение иглы подкожно, после чего игла направляется в сторону к углу нижней челюсти на 1 — 1,5 цуня. Показания: невнятность речи, глухонмота, слюнотечение, стоматит, острый и хронический фарингит.

ВТ.22. Вай-цзинь-цзинь-юй-е. Локализация: на 1/3 цуня в стороны от точки шан-лянь-цюань ВТ. 21, левая точка — вай-цзинь-цзинь, правая — вай-юй-е. Направление введения иглы: см. шан-лянь-цюань ВТ. 21. Показания: расстройства речи, афазия после инсульта, слюнотечение, стоматит.

ВТ.23. Хун-инь. Локализация: на 0,5 цуня в стороны от точки лян-цюань J. 23. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: немота, острый и хронический ларингит.

ВТ.24. Пан-лянь-цюань Локализация: посередине линии, проведенной между точкой лян-цюань J. 23 и передним краем кивательной мышцы в горизонтальной плоскости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1 —1,5 цуня. Показания: отечность языка, глухонмота.

ВТ.25. Я-суюе. Локализация: две передние точки располагаются на передней поверхности шеи у переднего края кивательной мышцы между точками жэнь-ин Е.9 и шуй-ту Е.10, на 0,2 цуня латеральнее места пульсации общей сонной артерии; две задние точки расположены на затылке на 0,8 цуня выше точек фэн-чи VB.20 на уровне наружного края трапецевидной мышцы. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: глухонмота.

ВТ.26. Бянь-тяо (бянь-тяо-ти) Локализация: под нижним краем угла нижней челюсти кпереди от места пульсации сонной артерии. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня внутрь мягких тканей (осторожно!). Показания: тонзиллит, ларинго-фарингит.

ВТ.27. Ло-цзин. Локализация: на границе верхней и средней трети кивательной мышцы. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли в затылке.

ВТ.28. Фэн-янь Локализация: на 0,5 цуня выше середины линии, проведенной от нижнего края мочки уха до точки фэн-фу Т. 16. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: мигрень, неврастения, истерия.

ВТ.29. Синь-ши. Локализация: на 1,5 цуня в сторону от нижнего края остистого отростка 3 шейного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: боли и ригидность мышц затылка, лопаток и верхней части спины, невралгия затылочного нерва, глазные болезни.

2. Внеканальные точки на туловище.

ВТ.30. Бай-лао. Локализация: на 2 цуня выше и на 1 цунь кнаружи от точки да-чжуй Т. 14. Направление введения иглы: прижигание 5—10 минут. Показания: заболевания легких, боли в горле, в затылке, полиаденит, астения, послеродовая лихорадка,

ВТ.31. Чун-гу. Локализация: на средней линии под остистым отростком 6 шейного позвонка. Направление введения иглы: косо вверх на 0,3—0,5 цуня. Показания: тик и контрактура мышц шейно-затылочной области, трахеит, бронхит, туберкулез легких, пневмония, лихорадочные заболевания (грипп, малярия и др.), тошнота, судороги.

ВТ.32. Чи-сюе. Локализация: на 1 цунь латеральнее центра рукоятки грудины, латеральнее точки сюань-цзи J. 21. Направление введения иглы: косо подкожно на 0,3—0,5 цуня. Показания: кашель, астма, плеврит, межреберная невралгия.

ВТ.33. Тань-чуан. Локализация: на 1,8 цуня латеральнее точки ин-чуан E.16. Направление введения иглы: косо подкожно на 0,3—0,5 цуня. Показания: астма, хронический бронхит, трахеит, эмфизема легких.

ВТ.34. Лун-хань. Локализация: на 1,5 цуня выше точки цзю-вэй J.15 по средней линии, Направление введения иглы: косо подкожно на 0,3—0,5 цуня. Показания: боли в области грудной клетки, гастралгия.

ВТ.35. Цзо-и, юй. Локализация: на 3 цуня латеральнее точки жу-гэнь (E.18); слева точка цзо-и, справа — юй. Направление введения иглы: косо подкожно на 0,3—0,5 цуня. Показания: мастит, плеврит, межреберная невралгия.

ВТ.36. Мэй-хуа. Локализация: пять точек; первая совпадает с точкой чжун-вань J.12, четыре других располагаются на 0,5 цуня выше и ниже точек инь-ду R.19. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастралгия, диспепсия, отсутствие аппетита.

ВТ.37. Ши-цан (ти-вэй). Локализация: на 4 цуня латеральнее точки чжун-вань J.12. Направление введения иглы: косо на 2—3 цуня в сторону точек тянь-ши E.25; перпендикулярно на 1—2 цуня вглубь мягких тканей. Показания: заболевания желудка, опущение желудка, отсутствие аппетита, метроррагия.

ВТ.38. Ши-гуань. Локализация: на 1 цунь латеральнее точки цзянь-ли J.11. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 — 1 цуня. Показания: гастралгия, одышка, энтерит, нефрит.

ВТ.39. Цы-сы-бянь (сань-цзяо-цзю) Локализация: на 1 цунь латеральнее пупка, Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: расстройства кишечника, дизентерия, гастралгия.

ВТ.40. Хэн-вэнь. Локализация: на 3,5 цуня латеральнее пупка. Направление введения иглы: прижигание 3—5 минут. Показания: общая слабость, сильная потливость.

ВТ.41. Ци-чжун. Локализация: на 1,5 цуня латеральнее точки ци-хай J.6. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: урчание кишечника, метеоризм, боли в животе, анемия.

ВТ.42. Цзин-чжун. Локализация: на 3 цуня латеральнее точки ци-хай J.6. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: запор, энтерит, перитонит, затрудненное мочеиспускание, дисменорея.

ВТ.43. Вай-сы-мань. Локализация: на 1 цунь латеральнее точки сы-мань R. 14. Направление введения иглы: прижигание 5—10 минут, Показания: расстройства менструального цикла.

ВТ.44. Цзюе-инь Локализация: на 1/3 цуня ниже точки ши-мэнь J.5. Направление введения иглы: прижигание 5—10 минут, Показания: бесплодие, поносы у детей.

ВТ.45. И-цзин Локализация: на 1 цунь латеральнее точки гуань-юань J.4. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: импотенция, преждевременная эякуляция, экзема мошонки.

ВТ.46. Ци-мэнь. Локализация: на 3 цуня латеральнее точки гуань-юань J.4. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: метроррагия, бесплодие, орхит, цистит.

ВТ.47. Вэй-бао. Локализация: на 6 цуня латеральнее точки гуань-юань J.4. Направление введения иглы: косо в сторону паховой связки на 1 — 1,5 цуня. Показания: опущение матки и влагалища.

ВТ.48. Чан-и. Локализация: на 2,5 цуня латеральнее точки чжун-цзи J.3. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: запор, боли в половом члене, орхит, аднексит, бели, дисменорея.

ВТ.49. Цзы-гун. Локализация: на 3 цуня латеральнее точки чжун-цзи J.3. Направление введения иглы: перпендикулярно, на глубину 0,5—1 цуня. Показания: опущение влагалища и матки, дисменорея, бесплодие, эндометрит.

ВТ.50. Тин-тоу. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки да-хэ R.12. перпендикулярно на 0,5 цуня. Показания: опущение влагалища и матки.

ВТ.51. Чуань-си (дин-чуань). Локализация: на 1 цунь латеральнее точки да-чжуй T. 14. Направление введения иглы: косо вверх на 0,3—0,5 цуня. Показания: кашель, астма, одышка, туго подвижность шеи, крапивница, уртикарная сыпь.

ВТ.52. Бай-чжун-фэнь. Локализация: на 2,3 цуня латеральнее точки да-чжуй T.14, Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: инсульт, крапивница.

ВТ.53. Ба-хуа. Локализация: Для определения локализации этих точек берут нить, равную расстоянию между сосками (среднеключичными линиями), и 1/4 ее отрезают. Из оставшихся 3/4 нити делают равносторонний треугольник, вершину которого накладывают на точку да-чжуй T. 14, при этом два других угла этого треугольника укажут на две точки. Затем вершину треугольника опускают на середину расстояния между полученными точками и таким образом находят еще две точки. Аналогично определяются еще две пары точек. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: астма, бронхит, потливость, общая слабость, туберкулез легких, астеническое состояние, боли в суставах.

- ВТ.54.** Цзюй-цзюе. Локализация: несколько ниже верхне - внутреннего угла лопаток. При обхватывании больным рукой противоположного плеча третий палец кисти укажет на эти точки. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: боли в области лопаток, истерия.
- ВТ.55.** Эр-чжуй-ся (у-мин-ся, синь-шу) Локализация: под остистым отростком 2 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо вверх на 0,3—0,5 цуня. Показания: психические расстройства.
- ВТ.56.** Цу-чэ. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 3 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо вверх на 0,3—0,5 цуня. Показания: пневмония, хронический бронхит, трахеит, боли в грудной клетке, спине и пояснице.
- ВТ.57.** Цзюй-цзюе-шу. Локализация: под остистым отростком 4 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо вверх на 0,3—0,5 цуня. Показания: заболевания сердца и легких, неврастения.
- ВТ.58.** Лян-янь. Локализация: на 1,5 цуня латеральнее остистого отростка 6 грудного позвонка. Направление введения иглы: прижигание 10—20 минут на пораженной стороне. Показания: острый конъюнктивит, язва роговицы, ячмень.
- ВТ.59.** Ци-чуань. Локализация: на 2 цуня в сторону от остистого отростка 7 грудного позвонка, на уровне нижних концов лопаток. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: заболевания легких, тахикардия.
- ВТ.60.** Инь-коу. Локализация: нижние углы лопаток, Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: пневмония, кровохарканье, межреберная невралгия.
- ВТ.61.** Ба-чжуй-ся. Локализация: под остистым отростком 8 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: бронхиальная астма, сахарный диабет, малярия.
- ВТ.62.** И-шу (вэй-гуань-ся-шу, ба-шу). Локализация: на 1,5 цуня в сторону от остистого отростка 8 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо в сторону позвоночника на 0,3—0,5 цуня. Показания: боли в нижней части грудной клетки и подреберьях, межреберная невралгия, тошнота, сахарный диабет, панкреатит, рвота, бронхит, трахеит, плеврит.
- ВТ.63.** Шу-бянь. Локализация: на 1 цунь в сторону от остистого отростка 10 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо в сторону позвоночника на 0,3—0,5 цуня. Показания: заболевания желчного пузыря, желтуха, плеврит.
- ВТ.64.** Чжо-юй. Локализация: на 2,5 цуня в сторону от остистого отростка 10 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: заболевания печени и желчного пузыря, отсутствие, аппетита, истерия.
- ВТ.65.** Цзе-гу (цзе-си). Локализация: под остистым отростком 12 грудного позвонка, Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: выпадение прямой кишки, гастралгия, энтероколит, дизентерия у детей, эпилепсия.

ВТ.66. Пи-гэнь. Локализация: на 3,5 цуня в сторону от остистого отростка 1 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 пунь. Показания: гепатоспленомегалия, гастралгия, колит, нефрит, люмбаго.

ВТ.67. Сюе-чоу. Локализация: над остистым отростком 2 поясничного позвонка. Направление введения иглы: прижигание 15—20 минут. Показания: кал с кровью, кровохаркание, носовое кровотечение.

ВТ.68. Чан-фэн. Локализация: на 1 пунь латеральнее нижнего края остистого отростка 2 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: геморрой, гастралгия, ночное недержание мочи, сперматорея, патологическая жажда у детей.

ВТ.69. Сюе-фу (цзи-цзюй-пи-куай). Локализация: на 4 пунь латеральнее нижнего края остистого отростка 2 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: гепатоспленомегалия, диспепсия, энтерит, орхит.

ВТ.70. Чжу-чжан. Локализация: над остистым отростком 3 поясничного позвонка. Направление введения иглы: прижигание 20—30 минут. Показания: воспалительные процессы в области пупка у детей, мелена, отсутствие аппетита, энтерит, выпадение прямой кишки, геморрой, люмбаго, менингит.

ВТ.71. Ся-цзи-шу. Локализация: под остистым отростком 3 поясничного позвонка. Направление введения иглы: косо вверх почти перпендикулярно на 0,3—1 цуня. Показания: заболевания таза, боли в пояснице, геморрой.

ВТ.72. Хоу-ци-мэнь. Локализация: на заднее-верхней части гребня подвздошной кости, на пересечении его с вертикальной линией, проведенной через центр линии, соединяющей большой вертел бедренной кости с нижним концом копчика. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: ишиас, трудные роды.

ВТ.73. Яо-и. Локализация: на 3 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 4 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1,5 цуня. Показания: люмбаго, метроррагия.

ВТ.74. Яо-янь. Локализация: на 3,8 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 4 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: люмбаго, боли в низу живота, опухание и боли в яичках, гинекологические заболевания, туберкулез легких, сахарный диабет.

ВТ.75. Ши-чи-чжуй-ся. Локализация: под остистым отростком 5 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: люмбалгия, ишиас, паралич нижних конечностей, гинекологические заболевания, меноррагия.

ВТ.76. Чжун-кун. Локализация: на 3,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 5 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня вглубь мягких тканей. Показания: люмбалгия.

ВТ.77. Яо-гэнь. Локализация: на 3 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 1 крестцового позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1,5 цуня. Показания: боли в суставах нижних конечностей.

ВТ.78. Цзю-ци. Локализация: под остистым отростком 1 крестцового позвонка. Воздействие на точку: прижигание 20—30 минут. Показания: метроррагия.

ВТ.79. Яо-чи. Локализация: над остистым отростком 2 крестцового позвонка. Направление введения иглы: косо подкожно вверх на 0,5—1,5 цуня. Показания: эпилепсия.

ВТ.80. Ся-чжуй. Локализация: под остистым отростком 2 крестцового позвонка. Направление введения иглы: косо подкожно вверх на 0,5—1 цуня. Показания: геморрой, гонорейный уретрит, энтероколит, дисменорея.

ВТ.81. Юй-тянь. Локализация: над остистым отростком 4 крестцового позвонка. Направление введения иглы: косо подкожно вверх на 0,5—1 цуня. Показания: боли в пояснице и крестце, трудные роды.

ВТ.82. Пинь-сюе-лин. Локализация: над остистым отростком 5 крестцового позвонка, немного ниже точки юй-тянь ВТ. 81. Направление введения иглы: прижигание 10—20 минут. Показания: анемия, боли в крестце.

ВТ.83. Тунь-чжун. Локализация: на ягодице — вершина равностороннего треугольника, основанием которого является линия между большим вертелом бедренной кости и бугром седалищной кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: ишиас, паралич нижних конечностей, последствия полиомиелита у детей, крапивница, зябкость стоп.

ВТ.84. Хуань-чжун. Локализация: посередине между точками яо-шу Т.2 и хуань-тяо VB.30. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: ишиас, люмбаго, боли в ногах.

ВТ.85. Хуа-то-цзя-цзи (хуа-цзи, цзя-цзи). Локализация: по 17 точек справа и слева на 0,5 цуня кнаружи от нижнего края остистого отростка каждого грудного и поясничного позвонка. Направление введения иглы: косо в сторону позвонков на 0,5—1 цуня; подкожно почти горизонтально через несколько точек (обычно две). Показания: точки ВТ. 85 широко используются при лечении хронических заболеваний. Точки верхней части грудной клетки используются при лечении заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем, нижней части грудной клетки — при заболеваниях органов пищеварения, точки области поясницы — при заболеваниях поясницы, органов брюшной полости и мочеполовой системы. Кроме того, при вертебральных болях точки выбираются соответственно локализации боли, выступая в данном случае в роли А-ШИ точек. В зависимости от заболевания выбирается 2—4 точки на сеанс. При попадании в точку возникает выраженное ощущение напряженности и распирающего, иррадиирующее вдоль позвоночника.

3. Внеканальные точки на руках.

ВТ. 86. Ши-сюань. Локализация: на кончиках всех пальцев (включая точки чжун-чун MS.9) Направление введения иглы: быстрая поверхностная пункция трехгранной

иглой. Показания: все виды шока, коллапса, солнечный и тепловой удар, кома, обморок, истерия, судороги у детей, тонзиллит, менингит, афазия, эпилепсия, энцефалит.

ВТ.87. Му-чи-ян. Локализация: на кончике большого пальца (совпадает с одной из точек ши-сюань ВТ. 86). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: отеки при заболеваниях почек.

ВТ.88. Сяо-чи-ян. Локализация: на кончике мизинца, совпадает с одной из точек ши-сюань (ВТ.86). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: желтуха, кашель при коклюше.

ВТ.89. Фэн-гуань. Локализация: на ладонной стороне указательного пальца, посередине складки между проксимальной и средней фалангами. Направление введения иглы: кровопускание трехгранной иглой. Показания: судороги у детей.

ВТ.90. Цзю-дянь-фэн Локализация: на ладонной стороне среднего пальца, посередине складки между средней и дистальной фалангами. Направление введения иглы: прижигание 10—15 минут. Показания: эпилепсия, витилиго.

ВТ.91. Му-чжи-цзе-хэн-вэнь. Локализация: на ладонной стороне большого пальца, посередине межфаланговой складки. Направление введения иглы: прижигание 5—10 минут. Показания: помутнение роговицы, крыловидная плева глаза.

ВТ.92. Фэн-янь. Локализация: на ладонной стороне большого пальца, у наружного края межфаланговой складки. Направление введения иглы: быстрое поверхностное укалывание на 0,1—0,2 цуня в глубь мягких тканей. Показания: контрактура пальцев кисти, куриная слепота.

ВТ.93. Мин-янь Локализация: на ладонной стороне большого пальца, у внутреннего края межфаланговой складки. Направление введения иглы: см. фэн-янь ВТ. 92. Показания: куриная слепота, конъюнктивит, заболевания желудочно-кишечного тракта у детей.

ВТ.94. Сы-фэнь. Локализация: четыре точки на ладонной стороне 2—5 пальцев кисти посередине межфаланговых складок между проксимальной и средней фалангами (одна из точек совпадает с фэн-гуань ВТ. 89). Направление введения иглы: быстрое поверхностное укалывание на 0,1—0,2 цуня; кровопускание трехгранной иглой. Показания: диспепсия у детей, отсутствие аппетита, коклюш, артриты межфаланговых суставов, аскаридоз кишечника.

ВТ.95. Шоу-чжун-пин. Локализация: на ладонной стороне среднего пальца в центре пястно-фалангового сустава. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: стоматит.

ВТ.96. Пан-лао-гун. Локализация: на ладони на 0,5 цуня кнаружи от точки лао-гун МС.8. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: тонзиллит.

ВТ.97. Нэй-ян-чи. Локализация: на ладони на 1 цунь дистальнее лучезапястной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: поражения слизистой оболочки рта, ангина, судороги у детей.

ВТ.98. Бань-мэнь. Локализация: на ладони на 1 цунь медиальнее точки юй-цзи Р. 10. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: тонзиллит, ларингит, зубная боль.

ВТ.99. Сань-шан. Локализация: три точки на большом пальце вокруг ногтя, отступя от него на 3 мм: лао-шан — около внутренней стороны ногтя, чжун-шан — у середины тыльной поверхности ногтя, шао-шан — у наружной стороны ногтя (точка Р.11). Направление введения иглы: кровопускание трехгранной иглой. Показания: грипп, боли в горле, стоматит, паротит.

ВТ.100. Да-гу-кун. Локализация: на тыльной поверхности большого пальца, посередине кожной складки межфалангового сустава, в углублении при согнутом пальце. Прижигание 5 — 7 минут. Показания: хронические глазные болезни.

ВТ.101. Чжун-куй. Локализация: на тыльной поверхности среднего пальца, посередине кожной складки дистального межфалангового сустава. Прижигание 5—7 минут. Показания: зубная боль, отсутствие аппетита, отрыжка, рвота после принятия пищи, спазмы глотательных мышц, икота, гастралгия, витилиго.

ВТ.102. Сяо-гу-кун. Локализация: на тыльной поверхности мизинца, посередине кожной складки дистального межфалангового сустава. Направление введения иглы: нет, цзю - прижигание 5 — 10 минут. Показания: боли в суставах пальцев кисти, глазные болезни, глухота.

ВТ.103. И-шань-мэнь. Локализация: на тыле кисти у межпальцевого промежутка между указательным и средним пальцами. Направление введения иглы: косо на 0,1—0,3 цуня. Показания: глазные заболевания, экзема, лихорадка.

ВТ.104. Сань-шань-мэнь. Локализация: на тыле кисти у межпальцевого промежутка между средним и безымянным пальцами. Направление введения иглы, Показания: см. и-шань-мэнь ВТ. 103.

ВТ.105. Сяо-чжи-цзе. Локализация: на тыле кисти на дистальной головке 5 пястной кости. Направление введения иглы: прижигание 5—7 минут. Показания: хронические заболевания желудка.

ВТ.106. Цюань-цзянь. Локализация: на тыле кисти на дистальной головке 3 пястной кости. Направление введения иглы: нет, цзю - прижигание 5—10 минут. Показания: глазные болезни.

ВТ.107. Ба-се (ба-сие). Локализация: восемь точек на тыле кистей в межпальцевых промежутках между головками пястных костей. Направление введения иглы: косо в проксимальном направлении на 0,3—0,5 цуня; кровопускание трехгранной иглой. Показания: артриты суставов пальцев кисти, онемение и опухание кисти, головная боль, зубная боль, укусы змей.

ВТ.108. Ло-чжэнь (сян-цян). Локализация: на тыле кисти на 0,5 цуня проксимальнее пястно-фаланговых суставов, между 2 и 3 пястными костями. Направление введения иглы: перпендикулярно или косо в проксимальном направлении на 0,3—0,8 цуня. Показания: боли и ригидность в затылочной области, плече, верхней конечности, гастралгия, мигрень, заболевания тыла кисти.

- ВТ.109.** Вай-лао-гун. Локализация: на тыле кисти между 3 и 4 пястными костями, напротив точки лао-гун (МС.8). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: гастроэнтерит, боли в кисти, опухание, покраснение и парестезии пальцев.
- ВТ.110.** Вэй-лин. Локализация: на тыле кисти между проксимальными головками 2 и 3 пястных костей. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: головная боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, шум в ушах, судороги у детей, гиперемия и опухание кисти.
- ВТ.111.** Цзин-лин. Локализация: на тыле кисти между проксимальными головками 4 и 5 пястных костей. Направление введения иглы те же (см. вэй-лин ВТ.110). Показания: те же.
- ВТ.112.** Шоу-цзин-мэнь. Локализация: на внутренней стороне предплечья на 3,5 цуня выше середины лучезапястной складки, на 1,5 цуня выше точки нэй-гуань МС.6. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: лимфаденит, аднексит.
- ВТ.113.** Дин-шу. Локализация: на внутренней стороне предплечья на 4 цуня выше точки шэнь-мэнь С. 7. Прижигание 5—15 минут. Показания: фурункулез.
- ВТ.114.** Эр-бай. Локализация: две точки на внутренней стороне предплечья на 4 цуня выше середины лучезапястной складки: одна точка располагается на канале перикарда между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти, вторая — кнаружи от лучевого сгибателя кисти. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: невралгия нервов предплечья, геморроидальное кровотечение, выпадение прямой кишки.
- ВТ.115.** Би-чжун (чжи-тань). Локализация: на внутренней стороне предплечья на середине линии, соединяющей середину лучезапястной складки и середину локтевой складки. Направление введения иглы: перпендикулярно до противоположной стороны предплечья между костями. Показания: параличи и контрактуры пальцев, невралгия нервов предплечья, истерический приступ.
- ВТ.116.** Цзэ-ся. Локализация: на внутренней стороне предплечья на 2 цуня ниже точки чи-цзэ Р.5. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: зубная боль, боли в предплечье, фурункулез в области рук, геморрой.
- ВТ.117.** Цзэ-цянь. Локализация: на внутренней стороне предплечья на 1 цунь ниже точки чи-цзэ Р.5 на линии, проведенной через средний палец к середине локтевого сгиба. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли в предплечье, паралич верхних конечностей, зоб.
- ВТ.118.** Чжун-цюань. Локализация: на тыле запястья в углублении между точками ян-си GI.5 и ян-чи TR.4. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: боли в груди, астма, гастралгия, артрит лучезапястного сустава, приступ истерии.
- ВТ.119.** Цунь-пин. Локализация: на тыле запястья на 1 цунь выше середины лучезапястного сустава и на 0,4 цуня в лучевую сторону (на 1 цунь выше точки чжун-

цюань ВТ. 118). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: шок, коллапс, сердечно-сосудистая недостаточность.

ВТ.120. Ся-вэнь-ло. Локализация: на канале толстого кишечника на тыле предплечья на 2 цуня выше точки ян-си GI.5. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,3 цуня. Показания: боли в зубах нижней челюсти.

ВТ.121. Чи-жао. Локализация: на тыле предплечья на 6 цуня выше середины лучезапястного сустава. Направление введения иглы: перпендикулярно между костями предплечья до противоположной стороны. Показания: невротическое и психотическое состояние.

ВТ.122. Цюй-ян-вэй. Локализация: при согнутой в локте и приведенной к груди руке, несколько кнаружи от наружного края локтевой складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: психические расстройства.

ВТ.123. Сань-чи. Локализация: три точки: первая совпадает с точкой цюй-чи GI.11, две другие — на 1 цунь выше и ниже точки цюй-чи GI.11. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли в локте, предплечье и кисти, паралич верхних конечностей, хронические риниты и синуситы.

ВТ.124. Чжоу-шу. Локализация: на задней поверхности локтя между локтевым отростком и латеральным надмыщелком плечевой кости при согнутой в локте руке. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня, чаще используется прижигание, на 15—90 минут. Показания: боли в локтевом суставе, полиаденит.

ВТ.125. Е-лин. Локализация: на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: боли в плече и лопатке, психические заболевания.

ВТ.126. Тянь-лин. Локализация: на 1 цунь выше уровня переднего конца подмышечной складки и на 0,5 цуня медиальнее линии, проведенной вверх от переднего края подмышечной складки вертикально. Направление введения иглы: косо кнаружи на 1—1,5 цуня. Показания: см. е-лин ВТ.125.

ВТ.127. Цзянь-шу. Локализация: на передней поверхности плечевого «сустава посередине линии, проведенной между точками юнь-мэнь P.2 и цзянь-юй GI.15. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли в плече и лопатке, артрит плечевого сустава, паралич верхних конечностей, полиаденит.

ВТ.128. Юй-цзянь. Локализация: на 1 цунь медиальнее точки цзянь-юй GI. 15, посередине между точками цзянь-юй GI.15 и цзянь-шу ВТ. 127. Направление введения иглы и Показания: см. цзянь-шу (ВТ. 127).

ВТ.129. Хоу-е. Локализация: у задано края подмышечной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: ограничение поднимания рук, шейный лимфаденит, тонзиллит.

4. Внеканальные точки на ногах.

ВТ.130. Ли-нэй-тин. Локализация: на подошве, в кожной складке между проксимальными головками первых фаланг 1 и 2 пальцев стопы. Направление введения

иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: боли в пальцах стопы, судороги у детей при гипокальциемии, эпилепсия.

ВТ.131. Му-чжи-ли-хэн-вэнь. Локализация: на подошве, посередине складки большого пальца. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: орхит.

ВТ.132. Цянь-хоу-инь-чжу. Локализация: две точки на подошве, на 0,5 цуня проксимальнее и дистальнее точки юн-цюань R.1. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: судороги мышц ног, контрактура суставов стопы, боли в подошве, судороги у детей при гипокальциемии, артериальная гипертензия, тахикардия.

ВТ.133. Цзу-синь. Локализация: на подошве на 1 цунь кзади от точки юн-цюань R.1. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: головная боль, судороги икроножных мышц, метроррагия, для стимуляции родов при многоплодной беременности.

ВТ.134. Ши-мянь. Локализация: на подошве в центре пятки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,3 цуня. Показания: боли в пятке, бессонница.

ВТ.135. Сяо-чи-ян. Локализация: на кончике мизинца стопы на подошвенной его стороне, на 3 мм от ногтя. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,3 цуня. Показания: головная боль, головокружение, трудные роды.

ВТ.136. Му-чжи-хэн-ли-сань-мао. Локализация: на тыльной поверхности большого пальца стопы между корнем ногтя и межфаланговым суставом. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: носовое кровотечение, головная боль, орхит.

ВТ.137. Ба-фэн. Локализация: четыре точки на тыле стопы на 0,5 цуня проксимальнее краев межпальцевых складок (в число этих точек входят нэй-тин E.44, ся-си VB.43 и син-цзянь F.2). Направление введения иглы: косо в проксимальном направлении на 0,3—0,5 цуня. Показания: головная и зубная боль, бронхиальная астма, припухлость, покраснение и отек стопы и плюснефаланговых суставов, дисменорея, экзема стоп, малярия, укусы змей.

ВТ.138. Нюй-си. Локализация: посередине задней поверхности пятки на пяточной кости в месте прикрепления ахиллова сухожилия. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: гингивит, пародонтоз.

ВТ.139. Цюань-шэнь-цзу. Локализация: посередине задней поверхности пятки у верхнего края пяточной кости на ахилловом сухожилии. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня. Показания: люмбаго, тошнота, изжога, трудные роды.

ВТ.140. Тай-инь-цзяо. Локализация: под медиальной лодыжкой на 1/3 цуня выше точки чжао-хай (R.6). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: дисменорея, метроррагия, бели, гормональное бесплодие, опущение влагалища и матки, заболевания органов малого таза, глазные болезни, зубная боль, полиневрит.

ВТ.141. Ся-кунь-лунь. Локализация: на 1 цунь ниже точки кунь-лунь V.60. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: люмбаго, боли в нижних конечностях, гемиплегия.

ВТ.142. Лань-вэй-сюе Локализация: на передней поверхности голени на 2 цуня ниже точки цзу-сань-ли E.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: острый и хронический аппендицит, гастралгия, паралич малоберцового нерва, параличи и парезы.

ВТ.143. Цзу-чжун-пин. Локализация: на 1 пунь ниже точки цзу-сань-ли E.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1,5—2 цуня. Показания: психические расстройства, невротическое состояние.

ВТ.144. Си-ся. Локализация: под надколенником на связке надколенника. Прижигание 5—10 минут. Показания: судороги икроножных мышц, боли в голени.

ВТ.145. Си-янь. Локализация: две точки по бокам надколенника; латеральная точка соответствует точке ду-би E.35, медиальная расположена напротив первой. Направление введения иглы: перпендикулярно или косо в сторону колена на 0,3—0,5 цуня. Показания: артриты и артрозы коленного сустава.

ВТ.146. Нэй-хуай-цзянь. Локализация: на вершине медиальной лодыжки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,3 цуня; прижигание 5—7 минут. Показания: боли в сухожилиях, спазм мышц внутренней части стопы, зубная боль в нижней челюсти, тонзиллит.

ВТ.147. Чжи-чжуань-цзинь. Локализация: посередине верхнего края медиальной лодыжки, Направление введения иглы: прижигание 5—10 минут, Показания: судороги икроножных мышц, люмбаго.

ВТ.148. Шао-ян-вай. Локализация: на 3/4 цуня выше верхнего края медиальной лодыжки. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: экзема голени, паралич нижних конечностей.

ВТ.149. Чэн-мин. Локализация: на 3 цуня выше точки тай-си R.3. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: отеки ног, психические расстройства.

ВТ.150. Цзяо-и. Локализация: на 5 цуня выше центра медиальной лодыжки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1 цуня. Показания: дисменорея, бели, боли в низу живота, анурия.

ВТ.151. Вай-хуай-цзянь. Локализация: на вершине латеральной лодыжки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,3 цуня; кровопускание трехгранной иглой. Показания: зубная боль, тонзиллит, контрактура пальцев стопы, гонорейный уретрит, полиневрит, растяжение связок, спазм мышц наружной стороны стопы, отеки ног с лихорадкой и ознобами.

ВТ.152. Дан-нан-сюе. Локализация: на наружной поверхности голени на 1 цунь ниже точки ян-лин-цюань VB.34. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: холецистит, желчнокаменная болезнь, лямблиоз и аскаридоз желчного пузыря, люмбаго, тяжесть в ногах, паралич нижних конечностей, боли в голени, паралич лицевого нерва.

ВТ.153. Лин-хоу. Локализация: у задне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже и кзади от точки ян-лин-цюань VB.34. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: ишиасу гонит, параплегия.

ВТ.154. Лин-хоу-ся. Локализация: на наружной стороне голени на 0,5 цуня ниже точки лин-хоу ВТ. 153. Направление введения иглы: см. лин-хоу ВТ. 153. Показания: ишиас, гонит.

ВТ.155. Си-вай. Локализация: у латерального края подколенной складки, кнаружи от точки вэй-ян V.39. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 цуня. Показания: трофические язвы голени, боли в коленных суставах.

ВТ.156. Хэ-дин. Локализация: над серединой верхнего края надколенника в углубление при согнутой в коленном суставе ноге. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: паралич и слабость в ногах, боли в коленном суставе.

ВТ.157. Куань-гу. Локализация: на 2 цуня выше надколенника и на 1 цунь латеральнее и медиальнее точки лян-цю Е.34. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли в ногах, боли и опухание коленного сустава.

ВТ.158. Шэнь-си. Локализация: на передней поверхности бедра на 1 цунь ниже точки фу-ту Е.32. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1 цуня. Показания: сахарный диабет.

ВТ.159. Чуань-ту. Локализация: на передней поверхности бедра на середине линии между точками фу-ту Е.32 и би-гуань Е.31. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1 цуня. Показания: боли в ногах, боли и опухание коленного сустава.

ВТ.160. Ляо-ляо. Локализация: на внутренней поверхности коленного сустава на выступающем участке медиального надмыщелка бедренной кости. Направление введения иглы: косо на 0,5—1 цуня. Показания: дисменорея, меноррагия, экзема внутренней поверхности подколенной области.

ВТ.161. Да-лунь. Локализация: на внутренней поверхности бедра на верхнем крае медиального надмыщелка бедренной кости, на 1 цунь выше точки ляо-ляо ВТ. 160. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: гонит, послеродовая лихорадка.

ВТ.162. Цзу-мин. Локализация: на внутренней поверхности бедра на 1,2 цуня выше точки да-лунь ВТ. 161. Направление введения иглы и Показания: см. да-лунь ВТ. 161.

ВТ.163. Бай-чун-во. Локализация: на внутренней поверхности бедра на 1 цунь выше точки сюе-хай RP.10, или на 3 цуня выше внутреннего угла надколенника. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: фурункулез и экзема ног, фурункулез наружных половых органов у мужчин, крапивница, экзема.

ВТ.164. Цзу-ло. Локализация: на внутренней поверхности бедра на 3 цуня выше точки да-лунь ВТ. 161. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: дисменорея, послеродовая лихорадка, гонит, судороги мышц нижних конечностей, контрактура суставов ноги.

ВТ.165. Чэн-гу. Локализация: на наружной стороне коленного сустава, в наиболее выступающем участке латерального надмыщелка бедренной кости. Направление

введения иглы: кровопускание трехгранной иглой. Показания: боли в крестце, люмбаго, гонит.

ВТ.166. Инь-вэй № 1. Локализация: на 1 цунь выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1,5—2 цуня. Показания: психические расстройства, истерический паралич.

ВТ.167. Инь-вэй № 2. Локализация: на 2 цуня выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы и Показания: см. инь-вэй № 1 (ВТ.166).

ВТ.168. Инь-вэй № 3. Локализация: на 3 цуня выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы и Показания: см. инь-вэй № 1 (ВТ.166).

ВТ.169. Сы-лянь. Локализация: на 4 цуня выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы: см. инь-вэй № 1 (ВТ.166). Показания: психические расстройства.

ВТ.170. У-лин. Локализация: на 5 цуня выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы: см. ин-вэй № 1 (ВТ.166). Показания: психические расстройства.

ВТ.171. Лин-бао. Локализация: на 6 цуня выше латерального края подколенной складки. Направление введения иглы: см. инь-вэй № 1 (ВТ.166). Показания: психические расстройства.

§ 18. Топография «новых» акупунктурных точек.

На одной половине человеческого тела определено наличие 1734 акупунктурных точек (АТ). Благодаря применению чувствительных электротехнических приборов после 1950 года врачами - иглотерапевтами зарегистрировано 797 «новых» точек акупунктуры с одной стороны тела. В данной книге описываются лишь 110 акупунктурных точек (с одной стороны тела). Для описания выбраны только те точки, которые имеют наиболее выраженный терапевтический эффект.

1. «Новые» точки на голове (НТ).

НТ.1. Шан-цин-мин. Локализация: у внутреннего угла глаза на 0,5 см выше точки цин-мин V.1. Направление введения иглы: вдоль верхнего края орбиты на 0,5 цуня. Показания: аномалия рефракции, слезотечение, лейкома.

НТ.2. Ся-цин-мин. Локализация: у внутреннего угла глаза на 0,5 см ниже точки цин-мин V.I. Направление введения иглы и Показания: см. шан-цин-мин НТ.1.

НТ.3. Цзянь-мин (ши-лин, цзянь-ян). Локализация: на 0,5 см латеральнее и ниже точки ся-цин-мин НТ.2. Направление введения иглы: косо вдоль нижней стенки орбиты на 0,5 цуня. Показания: заболевания глаз, косоглазие, катаракта, куриная слепота.

НТ.4. Цзянь-мин № 1. Локализация: на нижнем крае орбиты посередине между точками цзянь-мин НТ.3 и чэн-ци E.1. Направление введения иглы: см. цзянь-мин (НТ.3). Показания: язва роговицы, паннус.

НТ.5. Цзянь-мин № 2. Локализация: на нижнем крае орбиты посередине между точками цюй-хоу ВТ. 8 и чэн-ци Е.1. Направление введения иглы: см. цзянь-мин НТ.3. Показания: атрофия зрительного нерва, хориоретинит, косоглазие, язва роговицы, дакриоцистит.

НТ.6. Цзянь-мин № 3. Локализация: на нижнем крае орбиты на 0,8 см латеральнее точки шан-мин НТ.8 и на 0,5 см ниже точки юй-вэй ВТ. 7. Направление введения иглы: косо вдоль стенки глазницы в сторону уха на 0,5 цуня. Показания: косоглазие.

НТ.7. Цзянь-мин № 4. Локализация: в углублении на верхне-медиальном крае орбиты, на 0,8 см выше и дистальнее точки шан-цин-мин НТ.1. Направление введения иглы: косо вверх и латерально, больной при этом должен смотреть вниз, на 0,5 цуня. Показания: миопия, глаукома, катаракта.

НТ.8. Шан-мин (ся-чэн-ци, юй-ся). Локализация: на верхнем крае орбиты ниже середины брови, под точкой юй-яо ВТ. 6. Направление введения иглы: косо вдоль края орбиты к латеральному углу глаза на 1 — 1,5 цуня. Показания: аномалии рефракции.

НТ.9. Цзэн-мин № 1. Локализация: на верхнем крае орбиты на 0,5 см медиальнее точки шан-мин НТ.8. Направление введения иглы: см. шан-мин НТ.8. Показания: панныс, миопия.

НТ.10. Цзэн-мин № 2. Локализация: на 0,5 см латеральнее точки шан-мин НТ.8. Направление введения иглы: косо вдоль края орбиты к латеральному углу глаза на 1 — 1,5 цуня. Показания: аномалии рефракции.

НТ.11. Вай-мин (вай-цин-мин). Локализация: на 0,8 см выше наружного угла глаза. Направление введения иглы: косо вдоль края орбиты к латеральному углу глаза на 1 — 1,5 цуня. Показания: аномалии рефракции.

НТ.12. Би-тун (би-чуан). Локализация: на верхнем конце носогубной складки, в углублении у нижнего края носовой кости. Направление введения иглы: косо вверх к верхне-внутреннему отделу носа на 0,3—0,6 цуня. Показания: отек слизистой носа, затрудненное носовое дыхание, фурункул носа.

НТ.13. Тин-сюе (лун-сюе). Локализация: перед козелком, посередине между точками тин-гун IG.19 и тин-хуэй VB.2. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 — 1 цуня при открытом рте больного. Показания: глухонмота.

НТ.14. Тин-лин. Локализация: перед козелком, посередине между точками тин-сюе НТ.13 и тин-хуэй VB.2. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 — 1 цуня при открытом рте больного. Показания: глухонмота.

НТ.15. Тин-цзун (чжи-лун-синь-ба-хао) Локализация: на 0,2 цуня ниже точки тин-хуэй VB.2. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 — 1 цуня при открытом рте больного. Показания: глухонмота.

НТ.16. Тин-минь (чжи-лун № 4). Локализация: перед мочкой уха, в нижней части борозды, отделяющей основание мочки уха от щеки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 — 1 цуня при открытом рте больного. Показания: глухонмота.

НТ.17. Шан-эр-гэнь. Локализация: между передним краем завитка ушной раковины и височной костью. Направление введения иглы: на 0,5 цуня косо сверху вниз. Показания: гемиплегия, боковой амиотрофический склероз, гипертензия.

НТ.18. Хоу-тин-гун (чжи-лун). Локализация: за ушной раковиной на уровне точки тин-гун IG.19, под выступающей хрящевой складкой при отогнутом ухе. Направление введения иглы: на 0,5—1 цуня косо книзу и кпереди. Показания: глухота.

НТ.19. Хоу-тин-сюе (чжи-лун-синь-хао). Локализация: над ухом, между точками хоу-тин-гун НТ.18 и хоу-тин-хуэй НТ.20. Направление введения иглы и Показания: см. хоу-тин-гун НТ.18.

НТ.20. Хоу-тин-хуэй. Локализация: в углублении на 0,5 цуня выше точки и-фэн TR. 17. Направление введения иглы: косо кпереди на 1 —1,5 цуня. Показания: шум в ушах, глухота.

НТ.21. Хоу-цзун (чжи-лун-синь-чи-хао). Локализация: позади ушной раковины, посередине линии, проведенной от основания мочки уха к границе роста волос позади уха. Направление введения иглы: перпендикулярно или в сторону носа на 0,3—0,5 цуня. Показания: глухота.

НТ.22. Чи-цзянь (чжи-лун-синь-сы-хао). Локализация: на 0,5 цуня кпереди от точки фэн-чи VB.20. Направление введения иглы: косо в сторону мочки уха на 1 —1,5 цуня. Направление введения иглы: глухота.

НТ.23. И-мин-ся (чжи-лун-синь-эр-хао). Локализация: на боковой стороне шеи на 0,5 цуня ниже точки ВТ. 13. Направление введения иглы и Показания: см. чи-цзянь НТ.22.

НТ.24. Тянь-тин. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки ань-мянь № 2 НТ.28. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: глухота.

НТ.25. Цянь-чжэн. (цянь-чжэн-сюе) Локализация: под точкой ся-гуань E.7 на уровне нижнего края прикрепления мочки уха. Направление введения иглы: перпендикулярно или косо на 0,5—1 цуня. Показания: стоматит, язвы полости рта, паралич лицевого нерва.

НТ.26. Инь-чи. Локализация: позади уха на пересечении горизонтальной линии, проведенной через наиболее выступающий участок сосцевидного отростка и вертикальной линией, опущенной от границы роста волос. Направление введения иглы: перпендикулярно или косо кзади на 1 цунь. Показания: глаукома.

НТ.27. Ань-мянь № 1. Локализация: на уровне нижнего края мочки уха, посередине расстояния между точками и-фэн TR.17 и и-мин ВТ. 13. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: головная боль, головокружение, бессонница, глаукома, психические расстройства.

НТ.28. Ань-мянь № 2. Локализация: посередине расстояния между точками и-мин (ВТ.13) и фэн-чи (VB.20). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: головная боль, головокружение, бессонница, глаукома, психические расстройства.

НТ.29. Син-фэнь. Локализация: на задне-верхней стороне сосцевидного отростка, на 0,5 цуня косо вверх в сторону уха от точки ань-мянь №2 (НТ.28). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: патологическая сонливость.

НТ.30. Хун-жоу (чжи-лун-синь-у-хао, чжи-тун-сюе). Локализация: на шее на 1,5 цуня ниже точки и-фэн TR.17 и несколько кзади от угла нижней челюсти. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: зубная боль.

НТ.31. Цян-инь. Локализация: на 2 цуня латеральнее точки лян-цюань J.23, выше и кзади от точки жэнь-ин E.9, над местом биения сонной артерии. Направление введения иглы: вверх и кнутри в сторону корня языка на 0,3—0,5 цуня (осторожно!). Показания: немота, афазия, афония.

НТ.32. Цзэн-ин (пан-лян-цюань). Локализация: посередине линии, проведенной между точкой лян-цюань J. 23 и углом нижней челюсти, немного выше точки жэнь-ин E.9. Направление введения иглы: косо слегка вверх в направлении противоположной точки на 1—1,5 цуня; косо подкожно вдоль шеи на 0,5 цуня (осторожно!). Показания: афония, немота.

НТ.33. Ся-фу-ту. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки фу-ту GI.18. Направление введения иглы: косо вверх на 0,1—0,3 цуня. Показания: парез и тремор рук.

НТ.34. Цзин-чжун. Локализация: на заднем крае кивательной мышцы на 2 цуня ниже точки ань-мянь № 2 (НТ.28). Направление введения иглы: перпендикулярно или косо вверх на 0,5—1 цуня. Показания: гемиплегия.

НТ.35. Цзя-нэй (цзя-ли). Локализация: на слизистой оболочке щеки на уровне верхнего 6 зуба. Направление введения иглы: косо в сторону уха на 0,1—0,3 цуня. Показания: глухота.

2. «Новые» точки на туловище.

НТ.36. Шуй-шан (цзи-синь). Локализация: по средней линии на 1,5 цуня выше пупка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: гиперацидный гастрит.

НТ.37. Вэй-лэ. Локализация: на 3 цуня выше пупка и на 4 цуня в сторону от средней линии. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—0,7 цуня. Показания: гастралгия.

НТ.38. Чжи-се (лин-яо). Локализация: на 2,5 цуня ниже пупка по средней линии. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: дизентерия, энтероколит.

НТ.39. Ти-то (то-то-сюе). Локализация: на 4 цуня латеральнее точки гуань-юань J. 4. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: опущение влагалища и матки, грыжевые боли, боли в области малого таза.

НТ.40. Чун-цзянь. Локализация: на 3 цуня латеральнее точки цюй-гу J. 2. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: опущение влагалища и матки.

НТ.41. Шу-си. Локализация: на паховой связке, на границе ее наружной и средней трети. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: паралич нижних конечностей, расстройства кровообращения в нижних конечностях.

НТ.42. Ло-цзин-чжуй-пан. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее остистого отростка 6 шейного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: заболевания носа.

НТ.43. Сюе-дянь. Локализация: на 2 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 6 шейного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: артериальная гипертензия и гипотензия.

НТ.44. Ци-цзин-чжуй-пан Локализация: на 0,5 цуня латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: тонзиллит, ларингит.

НТ.45. Дин-чуань (чжи-чуань). Локализация: на 0,5 цуня латеральнее точки да-чжуй Т. 14. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 цуня. Показания: кашель, астма, одышка.

НТ.46. Вай-дин-чуань. Локализация: на 1,5 цуня латеральнее точки да-чжуй Т.14. Направление введения иглы: косо кнутри на 0,3—0,5 цуня. Показания: астма, бронхит.

НТ.47. Цзе-жэ-сюе. Локализация: на 3,5 цуня латеральнее точки да-чжуй Т.14. Т. перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: легочный и внелегочный туберкулез.

НТ.48. Вэй-жэ-сюе. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 4 грудного позвонка (совпадает с одной из точек хуа-цзи). Направление введения иглы: косо в сторону позвонка на 0,3—0,5 цуня. Показания: гингивит, заболевания желудка.

НТ.49. Гань-жэ-сюе. Локализация: посередине латерального края лопатки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: боли в плече, паралич рук.

НТ.50. Чжун-гуан. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 5 грудного позвонка (совпадает с одной из точек хуа-цзи). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: бронхиальная астма (специфическая точка), бронхит, боли в спине и грудной клетке.

НТ.51. Пи-жэ-сюе. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 6 грудного позвонка (совпадает с одной из точек хуа-цзи). Направление введения иглы: косо в сторону позвоночника на 0,3—0,5 цуня. Показания: спленомегалия, панкреатит, диспепсия.

НТ.52. Шэнь-жэ-сюе. Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 7 грудного позвонка (совпадает с одной из точек хуа-цзи). Направление введения иглы: косо в сторону позвоночника на 0,3—0,5 цуня. Показания: глюкозурия, нефрит, заболевания мочевыводящих путей.

НТ.53. Цзянь-мин № 5. Локализация: на 1,5 цуня латеральнее остистого отростка 9 грудного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: атрофия зрительного нерва, катаракта, ретинит.

НТ.54. Куй-ян-сюе. Локализация: на 2 цуня латеральнее точки вэй-цан V.50, на 5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 12 грудного позвонка. Направление введения иглы: косо на 0,2—0,3 цуня. Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

НТ.55. Вэй-шу. Локализация: на 4,5 цуня латеральнее остистого отростка 2 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: гастралгия.

НТ.56. Шэнь-цзи (мин-мэнь-цзя-цзи). Локализация: на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 2 поясничного позвонка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1 цуня. Показания: люмбаго, паралич нижних конечностей.

НТ.57. Тяо-юе. Локализация: на 2 цуня ниже выступающей части задне-верхней ости подвздошной кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствие полиомиелита у детей, последствия родовой травмы у детей.

НТ.58. Чжу-гу. Локализация: на 1 цунь ниже середины линии, проведенной от нижней части копчика к большому вертелу бедренной кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: ишиас.

НТ.59. Пан-чиан. Локализация: на ягодице на 1,5 цуня латеральнее точки чан-цян Т.1. Направление введения иглы: косо вверх на 1,5—2,5 цуня. Показания: опущение влагалища и матки, выпадение прямой кишки.

3. «Новые» точки на руках.

НТ.60. Я-тун. Локализация: на ладони между 3 и 4 пястными костями и на 0,5 цуня проксимальнее пястнофаланговых суставов. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: зубная боль.

НТ.61. Нюе-мэнь. Локализация: тыл кисти между 3 и 4 пальцами, на границе тыльной и ладонной поверхностей межпальцевого промежутка. Направление введения иглы: косо в проксимальном направлении на 0,3—0,5 цуня. Показания: малярия.

НТ.62. Ло-лин-у. Локализация: тыл кисти, на 0,5 цуня проксимальнее точки ло-чжэнь ВТ. 108. Направление введения иглы: см. нюе-мэнь НТ.61. Показания: спастические боли в животе, гипертензия.

НТ.63. Шан-хоу-си. Локализация: на локтевой стороне кисти посередине расстояния между точками хоу-си IG.3 и вань-гу IG.4. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5 цуня. Показания: глухонмота.

НТ.64. Си-шан (чжи-хун). Локализация: на внутренней стороне предплечья на 3 цуня выше точки си-мэнь МС.4, на 4 цуня ниже локтевой складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: мастит, плеврит, кардиопатии.

НТ.65. Ло-шан (чжу-лун-синь-лю-хао). Локализация: на задней поверхности предплечья на 3 цуня выше точки вай-гуань TR.5. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: глухота, парестезии и параличи верхних конечностей, боли в суставах.

НТ.66. Ин-ся. Локализация: на задней поверхности предплечья на 3 цуня ниже локтевого отростка, между костями предплечья. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: глухота, паралич верхних конечностей.

НТ.67. Нью-шан-сюе. Локализация: на задней поверхности предплечья, на линии между точками цюй-чи GI.11 и ян-чи TR.4, на 1/4 этого расстояния ниже точки цюй-чи GI.11 при согнутой и приведенной к груди руке. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня, при введении иглы ее вращают, и при этом больной должен делать сгибательные движения в поясничном отделе позвоночника. Показания: люмбаго.

НТ.68. Гун-чжун. Локализация: на 2,5 цуня ниже точки тянь-цюань MC.2 или на 4,5 цуня ниже переднего конца подмышечной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—2 цуня. Показания: паралич верхних конечностей, ограничение движения руки вверх, неврит лучевого нерва.

НТ.69. Цзюй-би (цзюй-бэй). Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 3,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения, над передней подмышечной складкой (на 2 цуня ниже точки тай-цзянь НТ.70). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.70. Тай-цзянь Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: см. цзюй-би НТ.69.

НТ.71. Ин-ся. Локализация: на задней поверхности плеча на 4 цуня выше локтевого отростка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: см. цзюй-би НТ.69.

НТ.72. Цзянь-мин. Локализация: на задней поверхности плеча на 0,5 цуня выше и кзади от точки би-нао GI.14. Направление введения иглы: косо вверх на 1—1,5 цуня. Показания: глазные болезни, парестезии и параличи верхних конечностей.

НТ.73. Нао-шан (цзянь-юй-ся, сань-цзяо-цзи). Локализация: в верхней части плеча в центре дельтовидной мышцы. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: боли и паралич верхних конечностей.

НТ.74. Ян-сань-чэн. Локализация: три точки плеча: НТ.74 - а соответствует точке цзянь-юй GI.15; НТ.74 - б — цзянь-чи — на 1 цунь выше переднего края подмышечной складки; НТ.74 - с — цзянь-ху — на задней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня выше задней подмышечной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цунь. Сначала игла вводится в точку цзянь-юй, затем в точки цзянь-чи и цзянь-ху. Рекомендуется провести иглу от точки цзянь-чи к точке цзянь-ху. Показания: боли в плечевом суставе, ограничение движений руки вверх, артрит и периартрит плечевого сустава, паралич верхних конечностей.

3. «Новые» точки на ногах.

НТ.75. Чжи-пин. Локализация: десять точек на тыле стопы, на всех плюснефаланговых суставах пальцев стопы. Направление введения иглы: косо в проксимальном

направлении на 0,1—0,2 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.76. Пан-гу. Локализация: на тыле стопы на 1 цунь проксимальнее 3 межпальцевой складки, между 3 и 4 плюсневными костями. Направление введения иглы: косо на 0,3—0,5 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.77. Чэнь-пин. Локализация: на задней стороне пятки, посередине линии, проведенной через лодыжки, на ахилловом сухожилии. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,2—0,3 цуня. Показания: см. чжи-пин НТ.75.

НТ.78. Нао-цин (цзу-ся-чуй-дянь, ся-цзе-си). Локализация: на наружной стороне нижней трети голени, на 2 поперечных пальца выше точки цзе-си E.41, у латерального края большеберцовой кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: патологическая сонливость, последствия энцефалита, головокружение, расстройства памяти, последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.79. Цзин-ся. Локализация: на наружной стороне нижней трети голени, на 3 цуня выше точки цзе-си E.41 и на 1 цунь латеральнее наружного края большеберцовой кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,7 цуня. Показания: неврит малоберцового нерва, парез нижних конечностей, последствие полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.80. Вань-ли. Локализация: на передней стороне голени на 0,5 цуня ниже точки цзу-сань-ли E.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: заболевания глаз.

НТ.81. Ли-вай. Локализация: на 1 цунь латеральнее точки цзу-сань-ли E.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.82. Ли-шан. Локализация: на 1 цунь выше точки цзу-сань-ли E.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

НТ.83. Гэнь-цзин (ло-ди). Локализация: на задней стороне голени на 9,5 цуня ниже середины подколенной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

НТ.84. Цзю-вай-фань № 2. Локализация: на задней стороне голени, на 1 цунь медиальнее точки чэн-шань V.57. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

НТ.85. Цзю-нэй-фань. Локализация: 1 цунь латеральнее точки чэн-шань V.57. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

НТ.86. Чэн-цзянь. Локализация: на задней стороне голени на середине расстоянии между точками чэн-шань V.57 и чэн-цзинь V.56. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

НТ.87. Шан-си. Локализация: в области пятки на 0,5 цуня выше точки тай-си R.3. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня. Показания: см. ли-вай НТ.81.

- НТ.88.** Гань-янь-дань. Локализация: на 2 цуня выше вершины медиальной лодыжки, Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: гепатит.
- НТ.89.** Цзю-вай-фань. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки сань-инь-цзяо RP.6. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.
- НТ.90.** Ди-цзянь. Локализация: на внутренней стороне голени на 1 цунь ниже точки да-цзи RP.8. Направление введения иглы и Показания: см. цзю-вай-фань НТ.89.
- НТ.91.** Цзун-лун (лун-чжун). Локализация: на наружной стороне голени на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: глухота.
- НТ.92.** Лин-ся. Локализация: на наружной стороне голени на 2 цуня ниже точки ян-лин-цюань VB.34. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: глухота, холецистит, аскаридоз и лямблиоз желчного пузыря.
- НТ.93.** Цзянь-си (бинь-шан, дин-шан, чжи-тань₄). Локализация: в нижней части бедра на 3 цуня выше верхнего края надколенника при согнутой в коленном суставе ноге, Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: гонит, парестезии и парез нижних конечностей.
- НТ.94.** Сы-цянь. Локализация: на бедре на 4,5 цуня выше середины верхнего края надколенника. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: парестезии и парез нижних конечностей.
- НТ.95.** Цзи-ся. Локализация: на 2 цуня ниже точки цзи-мэнь RP.11. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: см. сы-цянь НТ.94.
- НТ.96.** Синь-фу-ту. Локализация: на передневнутренней поверхности бедра на 0,5 цуня латеральнее точки фу-ту E.32. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня. Показания: гонит, паралич нижних конечностей.
- НТ.97.** Цянь-фэнь-ши. Локализация: на 2 цуня кпереди от точки фэн-ши VB.31. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: парез и недостаточность кровообращения в нижних конечностях.
- НТ.98.** Май-бу. Локализация: на 2,5 цуня ниже точки би-гуань E.31. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей,
- НТ.99.** Цзяо-лин (ся-у-ли). Локализация: на внутренней стороне бедра на 2 цуня ниже точки цзу-у-ли F.10. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей гемиплегия, холецистит.
- НТ.100.** Вэй-шан. (шан-хэ-ян). Локализация: на задней стороне бедра на 2 цуня выше точки вэй-чжун V.40. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—2 цуня. Показания: последствия полиомиелита, боли в бедре.

НТ.101. Чжи-ли. Локализация: на задней стороне бедра на 4,5 цуня выше и на 0,5 цуня медиальнее точки вэй-чжун V.40. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1 цунь. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.102. Вай-чжи-ши. Локализация: на задней стороне бедра на 4,5 цуня выше и на 0,5 цуня латеральнее точки вэй-чжун V.40. Направление введения иглы и Показания: см. чжи-ли НТ.101.

НТ.103. Инь-шан. Локализация: на задней стороне бедра на 2 цуня выше точки инь-мэнь V.37. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1 цунь. Показания: боли по задне-наружной поверхности ноги, боли в спине и пояснице, головная боль, боли в затылочной области.

НТ.104. Инь-кан. Локализация: на ягодице на 1,5 цуня выше точки чэн-фу V.36. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей.

НТ.105. Хоу-сюе-хай. Локализация: на внутренней стороне бедра на 1,5 цуня кзади от точки сюе-хай RP.10. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня. Показания: нижний спастический парализ, болезнь Литтла.

НТ.106. Цзе-цянь. Локализация: на внутренней стороне бедра на 4 цуня выше точки хоу-сюе-хай НТ.105. Направление введения иглы и Показания: см. хоу-сюе-хай НТ.105.

НТ.107. Хоу-ян-гуань. Локализация: на задней стороне бедра на 1 цунь кзади от точки цзюан-гуань VB.33. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита и родовой травмы у детей

НТ.108. Шан-ян-гуань. Локализация: на задней стороне бедра на 1 цунь ниже точки цзюан-гуань VB.33. Направление введения иглы и Показания: см. хоу-ян-гуань НТ.107.

НТ.109. Шан-фэн-ши. Локализация: на наружной стороне бедра на 2 цуня выше точки фэн-ши VB.31. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня. Показания: последствия полиомиелита у детей, гемиплегия, ишиас.

НТ.110. Цянь-цзинь. Локализация: на 2,5 цуня выше точки фэн-ши VB.31. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,7—1,5 цуня. Показания: последствия полиомиелита у детей.

§ 19. Топография аурикулярных (ушных) акупунктурных точек (УТ).

1. История развития аурикуло-акупунктуры. Этот метод терапии возник в глубокой древности и был популярен во многих странах. Так, например, в Аравии, Монголии, на Корсике народные врачи использовали прижигание области завитка и козелка ушной раковины при лечении ишиаса и других болезней. Особенно глубоко он был разработан и использовался медициной в Китае. В «Ней-цзин» говорится о всесторонних связях уха с другими частями и органами. В книгах Сун Сы-мяо «Цзянь-цзин-фан» («Тысяча золотых рецептов», VII в.), Ян Цзи-чжоу «Чжень-цзю-цзигу» («Основы иглоукалывания и прижигания», XVII в.) и других руководствах приводятся данные об иглотерапии на ухе как самостоятельном лечебном методе. В настоящее время метод аурикулотерапии полу-

чил в Китае широкое распространение благодаря достижениям китайских ученых, особенно шанхайской школы. В Европе иглотерапия на ухе известна давно, но особенно бурно стала развиваться после работ Nogier, опубликовавшего в 1956 г. топографию зон и точек ушной раковины, соответствующих проекции различных органов и частей тела подобно общепризнанной проекции тела на кору мозга (рис. 124). Специально проведенные, в том числе и советскими авторами (Д. М. Табеева, Л. М. Клименко, Я. М. Балабан, Ф. Г. Портнов, Р. А. Дуринян с сотрудниками, наши данные и др.), экспериментальные и клиничко-физиологические исследования подвели теоретическую базу и, что особенно важно, подтвердили фактическую реальность и практическую значимость этого лечебного метода.

2. Иннервация ушной раковины. Анализируя особенности эмбриогенеза ушной раковины человека, Р. А. Дуринян (1980) пишет, что ушная раковина, образовавшаяся из эмбрионального жаберного аппарата, не только получает в наследство весь набор его нервов, но также их богатейшие связи с важнейшими ядрами и центрами ствола мозга, в том числе с дыхательным, сосудодвигательным, сердечным, с системой ретикулоспинальной регуляции мышечного тонуса и сенсорных входов и с восходящими системами ретикулярной активации. Ухо иннервировано ветвями тригеминального (V) нерва, шейного (С.2 — С.3) сплетения, лицевого-промежуточного (VII) нерва, языкоглоточного (IX) нерва и блуждающего (X) нерва. Первые два являются типичными соматическими афферентами, остальные принадлежат к висцеральным афферентам. На основании литературных и собственных данных Р. А. Дуринян дает следующую картину иннервации ушной раковины. Вся поверхность ушной раковины, за исключением конхи, иннервирована соматическими афферентами, которые активируют сенсорные элементы, расположенные на обширной территории мозга от 4-го шейного сегмента до диэнцефального отдела. Область конхи и трехсторонней выемки иннервирована висцеральными афферентами (VII, IX, X), которые активируют важнейший узел ствола мозга, контролирующей систему органов блуждающего нерва. Так как тригеминальная система образует билатеральные лемнисковые пути, при стимуляции ушной раковины происходит синхронная активация обоих VPM ядер таламуса и соответствующих сенсорных областей коры. Висцеральные афференты блуждающего (X) нерва, как и VII, IX нервов, также представлены в таламическом ядре VPM. Широкое перекрытие между соматическими и висцеральными афферентами в этом ядре и в сенсорной коре обеспечивает тесное взаимодействие сомато-висцеральных афферентных сигналов на нейронах этих структур. Благодаря конвергенции разнородных сигналов на одиночных нейронах обеспечиваются условия как для рефлекторной активации висцеральных функций через соматические афференты уха, так и для изменения функционального состояния нервных рецепторов ушной раковины вследствие функциональных и метаболических сдвигов в соответствующих органах. Вероятно, можно рассматривать нисходящее спинальное ядро V нерва как сенсорный центр не только тригеминальных, но частично и верхних шейных нервов (С.1 — С.4). Это ядро можно рассматривать также как сенсорный интегративный центр VII, IX и X нервов, которые вместе иннервируют ушную раковину. Отмечается также морфофункциональное единство афферентных систем тригеминального, шейного и частично плечевого (С.5 — Th.1) нервов. Из нервов плечевого сплетения наибольшую близость с тригеминальной системой имеет С.5, формирующий поверхностный лучевой нерв, на бифуркации которого расположена «точка воздействия» GI.4 (хэ-гу). Это дает основание для сочетания аурикулотерапии с одновременной стимуляцией «точек воздействия», локализованным в области шеи,

головы, лица, кистей рук. Это особенно важно при стимуляции аурикулярных точек в области конхи, где мало соматических афферентов.

3. Физиологические функции ушной раковины. Ушная раковина является уникальной областью тела. Это единственный участок в соматической сфере организма, представленный хрящевой основой и кожным покровом, который у человека не выполняет никакой активной функции, не является органом специализированной чувствительности и, несмотря на это, имеет крайне богатую иннервацию пятью различными афферентными нервами соматической и висцеральной природы. В результате изменения образа жизни в процессе возникновения современного человека его ушная раковина утратила способность выполнять локационную функцию (способность шевелить ушами как рудиментарная функция присуща только некоторым людям), однако широкие аурикуло-соматические и аурикуло-висцеральные связи как результат остаточных явлений эволюции у человека сохранились.

4. Физиологические особенности ушных акупунктурных точек. В. И. Квирчишвили (1972) нашел, что аурикулярные точки имеют площадь около 1—2 мм² и действительно являются проекционными зонами различных частей тела. Ф. Г. Портнов (1982) в результате многочисленных экспериментальных и клинических исследований уточнил локализацию аурикулярных проекций внутренних органов. Клинико-физиологические исследования (проведенные Т. М. Углановой, А. А. Руновой, В. И. Клеменовым, Э. М. Наченской, Л. Е. Георгобиани и др.) подтвердили наличие узко локализованных аурикулярных микрозон, имеющих специфическую функциональную взаимосвязь с определенными частями тела, внутренними органами и даже формами обмена веществ при многих заболеваниях (воспалительных и хронических процессах в органах пищеварения, матке, молочной железе; травмах конечностей, остеохондрозе, сахарном диабете и т. д.). В случае патологического процесса в области ушной раковины, корреспондирующей пораженный орган, отмечается изменение болевой, температурной чувствительности, электропроводности и электрического потенциала (А. К. Подшибякин, Е. С. Вельховер, А. Т. Качан с сотрудниками, Ф. Г. Портнов и др.). При этом для острых патологических процессов (особенно воспалительной природы) типично повышение в соответствующих аурикулярных точках болевой чувствительности, электропроводности, электрокожного потенциала, температуры. При хроническом патологическом процессе, особенно в случае его предракового или ракового характера, как показали исследования, изменения в области соответствующей аурикулярной точки носят качественно иной характер: снижение вместо повышения электропроводности сравнительно с «нолевой» точкой, снижение болевой чувствительности и пр.

5. Общие показания к применению аурикуло-акупунктуры. Тесные связи афферентной системы ушной раковины с другими афферентными проекциями и их широкое перекрытие на стволовом и таламокортикальном уровне создают благоприятные условия для того, чтобы при стимуляции какой-либо точки ушной раковины рефлекторная реакция вовлекла в активность множество проекционных систем. При воздействии на аурикулярные точки благодаря особым морфофизиологическим характеристикам афферентных систем ушной раковины могут быть различные рефлекторные реакции: 1) на автоматические центры дыхания, кровообращения, мышечного тонуса; 2) на гипоталамические центры терморегуляции, голода и насыщения, жажды и водно-солевого обмена; 3) на гипоталамо-гипофизарную систему нейроэндокринной регуляции; 4) на гипоталамические эффекторные центры симпатических и

парасимпатических систем, которые действуют через ретикулоспинальные связи на сегментарный аппарат спинного мозга и через периферические нервы соответствующих органов. Поэтому эффективность аурикуло-акупунктуры более выражена при лечении эндокринных дисфункций и системных висцеральных нарушений. При лечении более локальных органических нарушений целесообразно сочетать ее с пунктурной рефлексотерапией на корпоральные «точки воздействия». Такая же комбинированная рефлексотерапия наиболее успешна и при достижении обезболивания. *Аурикуло-акупунктура (эр-чжень-ляо) никогда не имел вид основного метода иглотерапевтического лечения, а всегда был дополнительным способом воздействия на точки, усиливающим эффект корпоральной иглотерапии.*

6. Принцип определения ушных акупунктурных точек, которые наиболее эффективны при лечении данного пациента. В области аурикулярной точки, корреспондирующей болезни, как отмечает А. Т. Качан, обычно визуально отмечаются те или иные морфологические изменения (гиперемия, пигментация, прыщик и пр., характер которых в известной степени характеризует особенности процесса). Все эти изменения становятся особенно заметными после дополнительной стимуляции поверхности ушной раковины смазыванием эфиром или спиртом, легким надавливанием специальной палочкой и т. д. Для отыскания точек, необходимых в каждом конкретном случае, сначала осматривают уши, так как в области точек, «созвучных» пораженным органам, могут быть видимые изменения, затем тонким пуговчатым зондом или иглой проверяют их чувствительность сравнительно с прилежащими участками, наконец, уточняют «активную точку» с применением электрического поискового прибора или давлением на нее. Если у пациента в момент обследования есть боль (в сердце, в пояснице, в колене, плече), то нажатие на аурикулярные точки с соответствующими названиями будут весьма болезненными. Поэтому для очень точного определения точки на ухе, которая может быстро снять болевой синдром при воздействии на нее иглой (когда точка как бы «сама просится для лечения»), необходимо сначала ручкой иглы ее надавить, возникнет очень острая боль, а потом ввести в нее иглу. Считается, что примерно в 88% случаев правое ухо взаимосвязано с правой половиной тела, а левое — с левой; в 12% случаев взаимосвязь перекрестная.

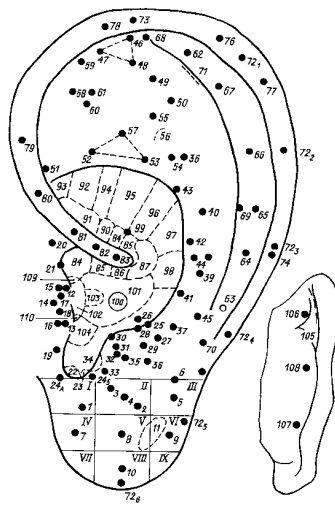


Рисунок 23. Топография акупунктурных точек на левой ушной раковине (по G. König и J.Wancura).

7. По разным авторам количество акупунктурных точек на ухе от 110 до 188. Смотрите рисунок 23. Смотрите полный перечень ушных точек в таблице 21 в конце книги. Ниже приводится международная классификация акупунктурных точек на ухе. Китайские врачи склонны считать, что акупунктурные точки на ухе участвуют в изменении энергетического потенциала меридиана почек (R), так как уши определяют энергетическое состояние этого меридиана. Воздействовать на точку можно давлением, прогреванием, иглоукалыванием, электрическим импульсом, лазерным лучом, магнитотроном и другими способами. По нашему мнению, совпадающему с мнением большинства специалистов, предпочтительными являются прогревание, иглоукалывание в сочетании с последующим прогреванием и воздействие электрическим током. Перспективным, по-видимому, является применение микромагнитов. Д. Табеева для пролонгирования воздействия на аурикулярную точку при хронических и вяло текущих процессах рекомендует еще приподнимать трехгранной иглой активную точку или оставлять иглы на несколько суток, целесообразны, по ее мнению, также локальные микроинъекции новокаина или витаминов В₁ и В₁₂. Кроме того, длительный эффект может быть обеспечен за счет введения в аурикулярные точки микроигл и игл-кнопок с оставлением их на продолжительные сроки.

6. Аббревиатура. Название точек на ушах дается преимущественно соответственно их связи с определенной частью тела или органом, с той или другой функцией, например точки сердца, печени, регуляции дыхания, бронхолитическая, гипотензивная и т. д. Некоторые точки именуется по названию заболевания, подлежащего лечению через эти точки,— точки гепатита, цирроза печени и т. д. Наконец, есть несколько точек, носящих звучные метафорические названия: «тай-ян» (солнце), «шэнь-мэнь» (ворота духа) и др. Сокращенное название аурикулярных точек «АТ» аналогично обозначению акупунктурных точек «АТ». Поэтому автор предлагает иную аббревиатуру для точек на ушах – «АуТ» (аурикулярная точка) или «УТ» (ушная точка).

Итак, на одной половине человеческого тела определено наличие 1734 акупунктурных точек. Общее количество на одном ухе аурикулярных точек на внешней и внутренней его поверхности (обращенной к затылочной кости черепа) составляет 153. Топография аурикулярных (ушных, УТ) акупунктурных точек дана на рисунке. Ниже рассказывается о терапевтическом эффекте, который проявляется при воздействии иглой на самые важные точки ушной раковины.

УТ. 1. Анестезия зубов верхней челюсти. Показания: выраженная зубная боль верхней челюсти, аналгезия при экстракции зубов верхней челюсти.

УТ. 4. Язык. Показания: воспалительные процессы и боли в языке, язвы в ротовой полости, зубная боль, тонзиллит, ларингит, фарингит, стоматит.

УТ. 7. Анестезия зубов нижней челюсти. Показания: аналгезия при экстракции зубов нижней челюсти, зубная боль нижней челюсти.

УТ. 8. Глаз (орган). Показания: конъюнктивит, снижение сумеречного зрения, близорукость, дегенеративные изменения (атрофия зрительного нерва), глаукома.

УТ. 9. Внутреннее ухо. Показания: головокружение, особенно при болезни Меньера, шум и звон в ушах, снижение слуха, воспаление среднего уха.

УТ. 11. Щека (лицо). Показания: невралгия тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва, тик, фурункулы лица.

УТ. 13. Надпочечник. Показания: при раздражении этой точки появляются противовоспалительный, противоаллергический, противошоковый, противозудный, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий сосудистый тонус, жаропонижающий, расслабляющий гладкую мускулатуру, отхаркивающий и другие эффекты. Применяется при кашле, простудных заболеваниях, бронхите, бронхиальной астме, коклюше, пневмонии, бронхопневмонии, коронарной болезни, ишиалгии, последствиях полиомиелита, шоке, тепловом ударе, болезни суставов, цистите, простатите, мастите, васкулитах, плекситах, фурункулах, рожистом воспалении, заболевании носа, конъюнктивите, опоясывающем лишае, кожном зуде, аллергическом дерматите, экземе.

УТ. 15. Горло и гортань. Показания: острые и хронические воспаления гортани, осиплость голоса, ангина, бронхит, бронхиальная астма, кашель, отек мягкого неба, синусит, фарингит, аналгезия.

УТ. 19. Гипертония. Показания: гипертоническая болезнь и все формы страдания, связанные с гипертонической болезнью.

УТ. 20. Наружное ухо. Показания: звон и шум в ушах, снижение слуха, воспаление среднего уха, неврит слухового нерва, вестибулярное головокружение, все воспалительные процессы наружного уха. При воздействии на эту точку отмечен также седативный эффект.

УТ. 21. Сердце № 1. Показания: все виды нарушения сердечного ритма, боли в сердце.

УТ. 22. Железы внутренней секреции. Показания: заболевания органов пищеварения, в том числе при расстройстве процесса всасывания в кишечнике, заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения функции желез внутренней секреции, заболевания мочеполовой системы, хронический и острый холециститы, хронический панкреатит, аллергический колит, диспепсия, пневмония, коронарная болезнь, неврогенная жажда, последствия полиомиелита у детей, гипергидроз, болезненные менструации, обильные бели, нарушение менструального цикла, климактерический невроз, аднексит, эндометрит, функциональные маточные кровотечения, зуд влагалища, фурункулы наружного слухового прохода, хронический фарингит, хронический ларингит, аллергический ринит, язвы ротовой полости, опоясывающий лишай, кожный зуд, уртикарная сыпь, аллергический дерматит, выпадение волос, заусеницы. Точка относится к одной из важных и часто используемых, соответствует точкам «надпочечники, щитовидная и паращитовидная железы» по Ножье. Раздражение ее оказывает противоаллергическое, противовоспалительное, отхаркивающее, противозудное, способствующее лактации, регулирующее менструальный цикл действие.

УТ. 28. Гипофиз (точка основания мозга). Показания: расстройства мочеиспускания, в том числе ночной энурез, нарушение роста, меноррагия, расстройства менструального цикла, мастопатия, нарушение функций желез внутренней секреции. Воздействие на эту точку дает хороший седативный, бронхолитический и снотворный эффекты.

УТ. 29. Затылок. Показания: очень важная точка общего и аналгетического воздействия. Особенно показано ее применение при головной боли и болезнях кожи, а

также при бронхиальной астме и воспалительных заболеваниях дыхательных путей, гипотонии и склонности к коллапсу, для профилактики и лечения головокружения любого генеза. Эта точка одна из основных при тошноте и рвоте любого генеза, нарушениях сна, навязчивых сновидениях, невралгии тройничного нерва и межреберных нервов, неврите седалищного нерва, последствиях менингита и сотрясения мозга, а также при истерической гемиплегии, истерическом мутизме, неврастении, эпилепсии, шизофрении, гипергидрозе, ночном энурезе. Воздействие на эту точку дает противовоспалительный, седативный, болеутоляющий и противокашлевой эффекты. По своему действию эта точка соответствует точке меридиана тонкой кишки тянь-чуан (IG 16).

УТ. 30. Околоушная слюнная железа. Показания: при кожном зуде, воспалительные процессы слюнной железы.

УТ. 31. Астма. Показания: бронхиальная астма, кашель, аллергический зуд кожи. Иглоукалывание этой точки воздействует на дыхательный центр, имеет противоаллергическое действие, снимает ощущение тяжести и распирания в груди невротического генеза.

УТ. 33. Лоб. Показания: головная боль в лобной области, фронтит, ринит, головокружение, неврастения, нарушение сна, носовые кровотечения, язвочки преддверия носа. Раздражение этой точки оказывает седативное и болеутоляющее действие.

УТ. 34. Кора головного мозга. Показания: болеутоляющий эффект, успокаивающее, противовоспалительное, регулирующее кровообращение действие. Поэтому ее используют очень широко: тошнота, рвота, спастическое состояние мышц диафрагмы, головная боль, головокружение, мигрень, сердцебиение, экстрасистолия, парез, контрактура и тики мышц, иннервируемых лицевым нервом, последствия менингита и сотрясения мозга, эпилепсия, неврастения, шизофрения, истерия, шоковое состояние, тепловой удар, спазм желудка, опущение внутренних органов, запоры, расстройства мочеиспускания: болезненное мочеиспускание, недержание мочи.

УТ. 35. Висок («солнце», точка головной боли). Показания: все виды головной боли, особенно мигрень, болезни глаз, головокружение, расстройство сна, ночной энурез.

УТ. 36. Вершина черепа. Показания: все виды головной боли в теменной области, неврастения. Замечено, что при уколе под острым углом кнутри оказывает седативное действие, под прямым углом — тонизирующее действие

УТ. 37. Шейный отдел позвоночника. Показания: болезни шейных позвонков, боли и напряжения мышц шейной области.

УТ. 38. Крестцовый отдел позвоночника. Показания: заболевания и травмы крестцового отдела позвоночника и боли в области крестцового отдела позвоночника.

УТ. 39. Грудной отдел позвоночника. Показания: заболевания и травмы грудного отдела позвоночника, все боли и ощущения, исходящие от грудного отдела позвоночника.

УТ. 40. Поясничный отдел позвоночника. Показания: онемение, парестезии, мышечные боли, заболевания в поясничной области и поясничного отдела позвоночника.

УТ. 51. Симпатическая нервная система. Точка секса № 1. Показания: болезни вегетативной нервной системы, резкие боли, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острые боли в кишечнике, холецистит, камни мочеточника, желчекаменная болезнь, дисменорея, острый и хронический гастриты, желудочные заболевания неврогенного характера, хронический холецистит и хронический панкреатит, колит, энтерит, метеоризм, бронхиальная астма, коклюш, бронхопневмония. Симпатическая точка оказывает противовоспалительное действие, поэтому часто используется при цистите, остром нефрите, остром гепатите. Она является основной точкой для проведения анальгезии при хирургических операциях на органах грудной и брюшной полости. Точка исключительной важности, применяемая при всех заболеваниях.

УТ. 55. Шэнь-мэнь. Точка воздействия на ЦНС и точка наркоза при операциях. Показания: сухой кашель, боли в груди, бронхит, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, экстрасистолия, миокардит, головная боль и головокружения, нарушение сна, мигрень, невралгия тройничного нерва, невралгия межреберных нервов, пояснично-крестцовый радикулит, последствия менингита и сотрясение мозга, эпилепсия, неврастения, истерия с истерическим мутизмом, истерическая камптокармия, шизофрения, тик и контрактура мышц лица, последствия полиомиелита у детей, болезненное мочеиспускание, частое мочеиспускание, послеродовые боли, аднексит, симптомокомплекс «укачивания», зубная боль, изъязвления в ротовой полости, кожные заболевания, выраженный универсальный зуд кожи.

Точка шэнь-мэнь относится к одной из наиболее часто используемых в аурикулотерапии, является основной обезболивающей точкой для наркоза при хирургических операциях на грудной и брюшной полостях и операциях на голове. Раздражение точки оказывает седативный, обезболивающий, противовоспалительный эффекты. Она является основной при лечении заболеваний органов пищеварения, остром и хроническом гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечных дискинезиях, спазме мышц диафрагмы.

УТ. 58. Матка. Сексуальная точка № 2. Показания: различные воспалительные процессы органов малого таза и слизистой оболочки матки, все гинекологические заболевания, половые расстройства у мужчин (импотенция, преждевременная эякуляция, сперматорея).

УТ. 59. Снижающая артериальное давление. Показания: артериальная гипертония.

УТ. 60. Астма (одышка, бронхолитическая). Показания: астма бронхиальная, заболевания органов дыхания.

УТ. 67. Кисть. Показания: болезни лучезапястного сустава и кисти, крапивница, все виды расстройства сна, невроз желудка.

УТ. 71. Крапивница. Показания: крапивница, аллергия, кожные болезни, невроз желудка.

УТ. 72 (№ 1, 2, 3, 4, 5, 6). Завиток. Показания: кровоупускание при остром тонзиллите, гипертонической болезни. По данным некоторых авторов, раздражение точки дает противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий, гипотензивный эффекты.

УТ. 82. Диафрагма (нулевая точка по Ножье). Показания: болезненные спазмы внутренних органов, произвольные диафрагмальные спазмы, вызванные увеличением желудка или печени, а также послеоперационные боли в области брюшной полости. Из-за смешанной симпатической и парасимпатической иннервации, оказывает успокаивающий эффект при сильном нервном напряжении, которые могут стать причиной вегето-сосудистых нарушений. Путем воздействия на точку диафрагмы оказывается влияние на реактивную способность всех точек ушной раковины. Пониженную чувствительность точек довольно легко устранить укалыванием точки диафрагмы методом тонизирования. Слишком сильную чувствительность нормализуют методом торможения. В обоих случаях через некоторое время нужно повторить поиск точек.

УТ. 83. Солнечное сплетение (точка середины уха, нулевая точка по Ножье, «зеро»). Показания: боли и спазмы кишечника, послеоперационные боли и неприятные ощущения в области брюшной полости, расстройства пищеварения, метеоризм. Оказывает положительное воздействие на сердечно-сосудистую систему, половую сферу, межреберную невралгию, анемию, кожные заболевания.

УТ. 87. Желудок. Показания: заболевания желудочно-кишечного тракта; острый и хронический гастриты, тошнота, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные дискинезии, гастроптоз, ухудшение аппетита, гиперсекреция и гипосекреция желудка; нервные и психические болезни: шизофрения, неврастения, истерическая гемиплегия, нарушение сна. Раздражение точки желудка дает выраженный обезболивающий, седативный, противовоспалительный эффекты. Поэтому применяется при головной боли в лобной области, а также зубной боли.

УТ. 88. Двенадцатиперстная кишка. Показания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, энтероколит, гастродуоденит, холелитиаз, холецистопатия, желудочно-кишечные дискинезии.

УТ. 89. Тонкая кишка. Показания: понос, диспепсия, резкие боли в кишечнике, метеоризм, желудочно-кишечные дискинезии.

УТ. 91. Толстая кишка. Показания: энтероколит, все формы колита, диспепсии, метеоризм, запоры, поносы, желудочно-кишечные дискинезии, все вегетативные расстройства пищеварительного тракта, паралитический плеус (послеоперационный), экзематозные болезни кожи.

УТ. 92. Мочевой пузырь. Показания: все воспалительные процессы мочеполового тракта, недержание и задержка мочи любого генеза (одна из основных точек при нарушении мочеиспускания), несахарный диабет и отеки, не связанные с сердечной деятельностью, головные боли, люмбалгия, неврастения, нарушение сна.

УТ. 95. Почка. Показания: исключительно важная точка, применяемая при всех болезнях мочеполовой системы у женщин и мужчин, а также при воспалении среднего уха, шуме и звоне в ушах, понижении слуха, гингивите, задержке роста зубов, конъюнктивитах, хронической глаукоме.

УТ. 96. Поджелудочная железа (левое ухо) желчный пузырь (правое ухо). Показания: панкреатит, холицистопатия, диспепсия.

УТ. 97. Печень. Показания: для печени на правом ухе, для селезенки — на левом: заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков, кожный зуд при желтухе, желудочно-кишечные дискинезии, климактерический невроз, головокружение, судороги, постинсультные гемиплегии, мышечная гипотония, заболевания крови, геморрагии, заболевания глаз: острый конъюнктивит, ячмень, снижение сумеречного зрения, миопия, хроническая глаукома.

УТ. 98. Селезенка. Показания: острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные дискинезии, выпадение прямой кишки, послеродовые боли, ячмень, эпилепсия. Иглоукальвание точки селезенки оказывает болеутоляющее, противовоспалительное, противосудорожное действие, а также действие, повышающее тонус сосудов; применяется при кровотечениях, гипохромной и других видах анемии, снижении мышечного тонуса, мышечных гипотрофиях и язвах ротовой полости.

УТ. 100. Сердце № 2. (УТ. 21. Сердце № 1.). Показания: нормализующее действие на тонус кровеносных сосудов, при гипертонической и гипотонической болезнях, тахикардии, миокардите, экстрасистолиях, ишемической болезни сердца, одышке, удушье, нарушениях сна, последствиях сотрясения мозга, неврастении, истерии, мутизме, истерических гемиплегиях, эпилепсии, шизофрении, тепловом ударе, шоке, васкулитах, афонии, хроническом фарингите, глоссите. Точка сердца одна из часто используемых в аурикулотерапии.

УТ. 101. Легкое. Показания: раздражение точки оказывает выраженный противовоспалительный, противоаллергический, обезболивающий эффекты. Показания: пневмония, бронхиальная астма, острый назофарингит, острый и хронический риниты, аллергические риниты, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, колит, язвы ротовой полости, воспаление языка, гипергидроз, зуд вульвы, аллергический зуд кожи, неврогенный зуд, кожный зуд неясной этиологии, уртикарная сыпь, фурункулы, карбункулы, экзема и другие кожные заболевания. Показаниями являются выпадение волос, носовое кровотечение, острый конъюнктивит, опоясывающий лишай. Точка легкого является основной в ухоиглоанестезии при разрезах кожи.

УТ. 102. Бронхи. Показания: острый и хронический бронхиты, бронхопневмония, коклюш.

УТ. 104. Таламус (точка трех частей туловища). Показания: стенокардия, одышка, желудочно-кишечные дискинезии, запоры, метеоризм, снижение функции желудочно-кишечного тракта со снижением аппетита, невралгия межреберных нервов, плексит.

УТ. 121. Малый затылочный нерв. Показания: головные боли, головокружение, мигрень, вегетативно-трофический синдром шейного остеохондроза, последствия закрытой травмы головного мозга и менингита, эпилепсия, шизофрения, истерия со всеми ее разновидностями, невралгия тройничного нерва, тик и контрактура мимической мускулатуры, тепловой удар. Точка обладает седативным и болеутоляющим действием.

Аурикулярные точки, которые применяются при лечении одной болезни.

Для практической работы удобно пользоваться акупунктурными точками уха, объединенными в группы по признаку одинакового терапевтического воздействия на организм.

Точки седативного действия: 55 — шэнь-мэнь, 33 — лоб, 29 — затылок, 21 — сердце, 34 — кора головного мозга, 100 — сердце.

Точки тонизирующего действия: 13 (козелок) — надпочечник, 13, 51 — симпатическая нервная система, 97 — печень.

Точки гипотензивного действия: 34 — кора головного мозга, 59 — снижающая АД, 55 — ЦНС, 100 — сердце.

Точки, стимулирующие тонус сосудов: 13 — надпочечник, 21 — сердце, 34 — кора головного мозга, 97 — печень, 98 — селезенка, 101 — легкое.

Точки, нормализующие сердечный ритм: 21 — сердце, 34 — кора головного мозга, 51 — симпатическая нервная система, 55 — шэнь-мэнь, 89 — тонкая кишка, 100 — сердце, 101 — легкое.

Точки противосудорожного действия: 29 — затылок, 34 — кора головного мозга, 51 — симпатическая НС, 95 — почка, 98 — селезенка.

Точки снотворного действия: 29 — затылок, 55 — ЦНС, 87 — желудок, 92 — мочевого пузырь, 95 — почка, 100 — сердце.

Точки антиспастического действия на тонус гладкой мускулатуры: 13 — надпочечник, 31 — регулирующая дыхание, 51 — симпатическая НС, 55 — шэнь-мэнь.

Точки стимулирующего действия при тугоухости: 20 — наружное ухо, 9 — внутреннее ухо, 95 — почка.

Точки стимулирующего действия при родах: 34 — кора головного мозга, 40 — поясничный отдел позвоночника, 58 — матка.

Точки, нормализующие менструальный цикл: 22 — железы внутренней секреции, 58 — матка, 95 — почка.

Точки диуретического действия: 92 — мочевого пузырь, 95 — почка, 98 — селезенка, 100 — сердце, 101 — легкое, 104 — таламус.

Точки слабительного действия: 34 — кора головного мозга, 91 — толстая кишка, 104 — таламус.

Точки противовоспалительного действия: 13 — надпочечник, 22 — железа внутренней секреции, 34 — кора головного мозга, 29 — затылок.

Точки жаропонижающего действия: 13 — надпочечник, 34 — кора головного мозга, 55 — шэнь-мэнь, 91 — толстая кишка, 97 — печень.

Точки противоаллергического действия: 13 — надпочечник, 22 — железы внутренней секреции, 34 — кора головного мозга, 29 — затылок, 31 — регулирующая дыхание, 91 — толстая кишка, 55 — шэнь-мэнь, 101 — легкое.

Точки отхаркивающего действия: 13 — надпочечник, 15 — горло и гортань, 22 — железы внутренней секреции, 29 — затылок, 55 — шэнь-мэнь, 101 — легкое.

Глава 3. Законы энергетического лечения.

Выше перечислялись меридиональные, внеканальные, новые и аурикулярные точки, к которым добавлялась описание их терапевтического действия, установленное чисто эмпирически. Сейчас к эмпирическим знаниям добавим способы лечения при помощи изменения энергии в 12 стандартных меридианах. Игла в умелых руках является мощным средством лечения, когда врач совмещает эмпирические и энергетические методы лечения. Кроме того, для овладения в совершенстве методом чжэнь-цзю терапией (укалыванием и прогреванием) надо хорошо знать три вещи.

Во-первых, надо уметь поставить клинический и иглотерапевтический (энергетический) диагноз. При заболевании любой соматической болезнью современное развитие медицинской техники и высокая квалификация врачей дают возможность сделать это в течение нескольких часов после обращения в клинику или поликлинику. Иглотерапевтический диагноз можно поставить за 30 минут.

Во-вторых, надо точно знать места локализации всех 1734 (на одной половине тела) акупунктурных точек на поверхности человеческого тела, которые врач должен укалывать и прогревать сигаретой для лечения всех болезней, поддающихся лечению чжэнь-цзю терапией. С этим каждый врач (даже и не специалист) также может легко справиться, так как в любом учебнике по иглотерапии хорошо описаны места расположения точек. Для абсолютно точного определения точек можно применить достаточно простой электротехнический прибор, который продается во многих магазинах медицинской аппаратуры. Однако, описанных знаний совершенно недостаточно для лечения.

В-третьих, после того, как врач точно определил, чем болеет пациент, он должен знать сочетания акупунктурных точек, которые необходимо прогревать или колоть иглой для лечения данной болезни. Во многих монографиях по акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) дается длинный перечень точек (иногда более 100), на которые надо воздействовать при лечении данной болезни (астмы, радикулита, неврита, невралгии). Однако, беспорядочное воздействие на все перечисленные в книге точки акупунктуры никогда не приведет к излечению болезни. Трагедия механического перечисления точек состоит в том, что их необходимо брать на основании законов восточной медицины. Вопрос сочетания точек является самым трудным для врача - иглотерапевта. Трудность состоит в том, что по законам восточной медицины акупунктурные точки необходимо сочетать, подчиняя воздействие законам "полдень - полночь", "муж - жена", "мать - сын", "большой укол", "точки у-шу в системе", "чудесные меридианы" и так далее. Можно привести десятки других правил, на основании которых надо воздействовать на перечисленные в книге точки акупунктуры. Только эти законы энергетического воздействия показывают, какие точки надо тонизировать, а какие надо седатировать, какую точку акупунктуры надо обязательно сочетать с другой, или с несколькими другими точками. Только овладев этими знаниями, можно быстро и эффективно лечить болезни.

Именно проблеме сочетания точек посвящена данная книга. Если врач поставил цель быстро излечивать 250 болезней при помощи акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), то он должен обязательно познать "золотые правила" акупунктуры (чжэнь-цзю терапии). Иначе иглотерапевт не сможет вылечить ни одной болезни, несмотря на хорошее знание мест расположения точек и при наличии огромного перечня точек акупунктуры для лечения данной болезни, которые в изобилии приводятся в китайской и отечественной литературе.

Древнекитайская философия под словом «здоровье» понимает гармоничное распределение энергии ЧИ по 12 парным меридианам тела. Болезни нарушают энергетическую гармонию, что выражается в возникновении избытка энергии в одном меридиане с обязательным недостатком ее в другом. Излечить болезнь можно только через снижение энергетического уровня в меридиане с избытком энергии и повышение количества энергии в меридиане с ее недостатком. Древняя китайская медицина выработала перечень законов для создания энергетического равновесия в организме. Описанию этих законов посвящена данная глава.

§ 20. Суточная цикличность движения энергии по меридианам.

1. Суточное движение энергии. В древней китайской медицинской философии говорится о существовании двух циклов движения энергии ЧИ по 12 акупунктурным каналам: суточного и годового. Дадим краткое изложение учения о суточном цикле энергии. За сутки энергия проходит по 12 меридианам. Избыток ее заполняет не все каналы, а каждые 2 часа вливается в один из них. Начинается движение энергии с меридиана легких, где она пребывает с 3 до 5 часов ночи. Далее перенасыщаются энергией меридиан толстого кишечника (с 5 до 7 часов утра), желудка (с 7 до 9), селезенки (с 9 до 11), сердца (с 11 до 13), тонкого кишечника (13 - 15), мочевого пузыря (15 - 17), почки (17 - 19), перикарда (19 - 21), трех обогревателей (21 - 23), желчного пузыря (23 - 1) и печени—с 1 до 3 часов ночи. **Смотрите таблицу 1.** Так как энергия за сутки осуществляет круговорот, то из последнего меридиана печени она переходит в первый меридиан легких в 3 часа ночи. Суточный цикл энергии можно представить следующей формулой:

→ → P → GI → E → RP → C → IG → V → R → MC → TR → VB → F →→
 → → P →→ F →→

Избыток энергии одновременно двигается по двум замкнутым кривым – по 12 меридианам правой и левой сторон тела. Фактически избыток энергии возникает сразу в двух меридианах: левом и правом меридианах легких, левом и правом меридианах желудка и т. д. Если на часовом циферблате обозначить меридианы, то стрелка часов покажет движение избытка энергии по кругу. **Смотрите рисунок 24.** Если продлить стрелку на противоположную сторону от оси вращения, то она укажет на меридиан, который в это время имеет недостаток энергии. Если меридианы объединить в пары (меридиан с недостатком и избытком энергии), то движение энергии будет иметь вид, указанный на рисунке.

2. Физическая причина перемещения энергии. Существование суточного цикла движения биотоков в организме человека можно объяснить следующим образом. Астрофизика доказала, что Солнце имеет положительный электрический заряд, так как его плазма на 90% состоит из положительно заряженных протонов. Тело человека имеет отрицательный электрический заряд, так как его поверхность насыщена электронами, которые непрерывно вырабатываются биологическими генераторами электричества. Положительный электрический заряд Солнца постоянно притягивает отрицательные заряды на поверхность человеческого тела. Притяжение создает повышенную концентрацию зарядов (свободных, статических электронов) на поверхности человеческого тела в том его месте, которое ближе всего расположено к Солнцу. Все люди находятся на поверхности Земли, а она совершает суточное вращение вокруг своей

оси. Представьте, что проводится наблюдение с большого расстояния со стороны северного полюса Земли. Человек стоит на экваторе и вращается вместе с Землей. Утром человек смотрит на Солнце, и заряды его тела концентрируются в груди. В полдень Солнце располагается над головой, и заряды концентрируются в голове, вечером – в спине, ночью – в ногах. Притяжение солнечного электрического поля осуществляет суточное вращение статических электронов (энергии) внутри человеческого тела. Этим можно объяснить возникновение суточного цикла движения энергии.

3. Причина перемещения энергии по меридианам. Электротоки могут двигаться от одного пункта (меридиана) к другому, если в одном создается избыток электронов, а в другом - их недостаток. По традиционным воззрениям, энергия ЧИ может двигаться от меридиана легкого Р к меридиану толстого кишечника J и далее по кругу. Следовательно, меридиан легких должен иметь избыток электронов (электроположителен), тогда меридиан толстого кишечника, к которому направляются токи, должен иметь дефицит электронов (электроотрицателен). Через некоторое время энергия заполняет меридиан толстого кишечника. Он приобретает избыток электронов, т.е. становится электроположительным, а меридиан-сосед (Е) превращается в электроотрицательный ($P^- — GI^+ — E^-$). Из меридиана толстого кишечника GI энергия передается меридиану желудка Е и далее – по кругу.

Суточный избыток энергии изменяет электропотенциал каждого меридиана дважды: один раз делает его электроположительным, другой раз электроотрицательным. Если абстрагировано представить суточный цикл энергии ЧИ, то электрический потенциал меридианов будет состоять из чередующихся положительных и отрицательных зарядов. Итак, каждые 2 часа происходит естественное нарушение энергетического баланса (равновесия). В одном меридиане возникает избыток энергии, в другом недостаток. Остальные меридианы в здоровом организме в это время имеют нормальное количество энергии, «являются электрически нейтральными». Вращение Земли вокруг своей оси вызывает суточный кругооборот энергии внутри человеческого тела.

4. Как объясняет суточный цикл движения энергии современная электрофизиология? К сожалению, она не находит фактов, подтверждающих существование суточного круговорота биотоков. Электроприборы не отмечают поступления избытка энергии то в один, то в другой меридиан. Приборы не регистрируют периодического усиления или ослабления деятельности акупунктурных точек соответствующего меридиана в определенное время. Например, по традиционным воззрениям с 7 до 9 часов утра избыток энергии должен иметь меридиан желудка Е и недостаток — меридиан перикарда МС. Однако, приборы не регистрируют этих изменений. Неужели учение о меридианах и о суточном цикле движения по ним энергии является «мертвым», придуманным древними иглотерапевтами для удобства подбора акупунктурных точек? Может быть, недостаточно чувствительны современные электроприборы? Может быть, измерения надо проводить подкожными электрическими контактами, а не снимать потенциал с поверхности кожи в месте прохождения акупунктурного канала?

Будущая медицина даст ответы на все эти вопросы. Электрофизических доказательств существования внутренних меридианов вообще не существует. Современная наука может представить внутренние меридианы только в виде «траекторий» движения балластных биотоков внутри живого организма. Концепция длительного пребывания электронов внутри человеческого тела противоречит

физическому закону о стремительном движении свободных электронов на поверхность. Эта проблема также ждет своих исследователей.

5. Пример движения энергии. Рассмотрим, например, последовательность расположения внутренних и внешних меридианов сердца (С) и тонкого кишечника (IG). **Смотрите рисунок 25.** Меридиан селезенки — поджелудочной железы (RP) оканчивается точкой RP.21. От нее начинается внутренний меридиан «Великий инь», который пронизывает многие внутренние органы и соединяет меридианы селезенки RP и сердца С.

Суточный цикл движения энергии ЧИ.

Таблица 1.

Время суток, часы											
3-5	5-7	7-9	9-11	11-13	13-15	15-17	17-19	19-21	21-23	23-1	1-3
Меридиан с максимальным избытком энергии ЧИ											
P	GI	E	RP	C	IG	V	R	MC	TR	VB	F
Меридиан с самым сильным недостатком энергии ЧИ											
V	R	MC	TR	VB	F	P	GI	E	RP	C	IG

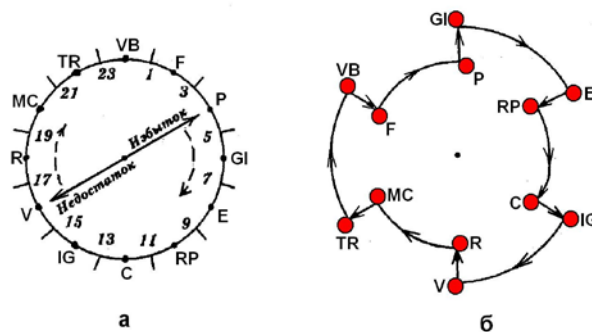


Рисунок 24. Суточный цикл движения энергии по 12 стандартным меридианам.

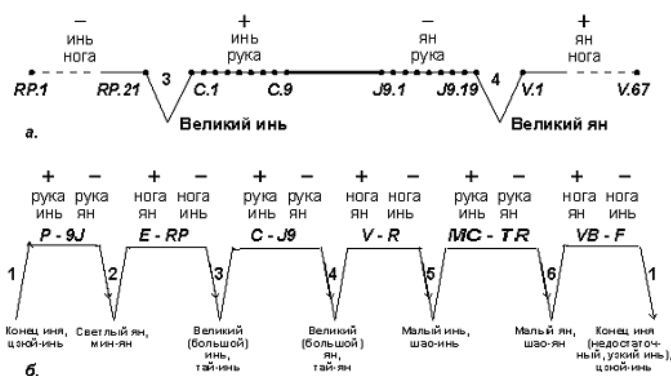


Рисунок 25. Последовательность соединения меридианов в суточном цикле.

Акупунктурная точка RP.21 локализуется в шестом межреберье на пересечении со средней подмышечной линией. От этого места начинается внутренний меридиан селезенки. Согласно традиционным воззрениям глубокая ветвь меридиана входит в брюшную полость в нижнем отделе живота, подходит к селезенке, поджелудочной железе и желудку. Далее разветвляется в двух направлениях. Первая ветвь поднимается вдоль пищевода до основания языка. Вторая ветвь отходит от поджелудочной области,

пересекает диафрагму и направляется к сердцу. Таковой является «траектория» внутреннего меридиана «Великий инь», принадлежащего меридиану RP. От сердца начинается внутренняя ветвь меридиана сердца C. Она является продолжением внутреннего канала селезенки RP. Сразу после выхода из сердца она делится на три ветви. Одна из ветвей проходит диафрагму и направляется к тонкой кишке. Другая – идет по внутренней поверхности тела к глазам. Третья ветвь меридиана из сердца выходит на кожу подмышечной впадины, где располагается первая точка наружного меридиана сердца C.1. Таковой является «траектория» внутреннего меридиана «Великий инь», принадлежащего меридиану сердца C. Далее биотоки проходят тонкой струей по точкам меридиана сердца от C.1 до C.9, то есть идут по руке от подмышечной впадины до концевой фаланги 5-го пальца кисти. На мизинце происходит соединение «конец в конец» меридианов сердца и тонкого кишечника. Первая точка меридиана тонкого кишечника IG.1 также начинается на мизинце. Далее биотоки проходят тонкой струей по точкам «ручного» меридиана тонкого кишечника от IG.1 до IG.19 (последняя расположена около уха). Согласно традиционным воззрениям внутренняя коллатераль меридиана тонкого кишечника начинается от точки IG.15, которая находится у внутреннего края лопатки. Энергия сначала направляется к точке заднего срединного меридиана T.14, откуда проникает в грудную полость и делится на две ветви. Одна из них вдоль пищевода направляется к сердцу и далее через диафрагму достигает желудка и тонкой кишки. Другая глубокая ветвь меридиана поднимается по шее к уху и далее – к внутреннему углу глаза. Такова «траектория» внутреннего меридиана «Великий ян», принадлежащего тонкому кишечнику. В области внутреннего угла глаза (в точке V.1) происходит соединение внутренних меридианов тонкого кишечника IG и мочевого пузыря V.

6. Электрическая схема движения энергии по меридианам. Описанная схема суточного цикла представлена в упрощенном виде. В связи с тем, что «соседствующие» меридианы соединяются не только по принципу «конец- начало», но и через внутренние меридианы, возникают значительные усложнения схемы. Меридианы состоят из двух частей: внутренней и наружной. Часть меридиана, которая находится на поверхности тела и состоит из точек акупунктуры, относится к наружной части канала. Вторая его часть проходит по внутренним органам тела и называется внутренней. Внутренние каналы указывают примерные направления движения балластных биотоков внутри организма. Одни меридианы берут свое начало от внутренних каналов (P, E, C, V, MC, VB), другие – наоборот, оканчиваются внутренними каналами (GI, RP, IG, R, TR, F). По отношению к местонахождению внутренней части хода меридиана их можно разделить на центробежные и центростремительные. Центробежные меридианы оканчиваются внутренними меридианами, центростремительные — начинаются ими. Сделаем общие выводы по движению энергии в суточном цикле.

1. На конечностях (пальцах рук и ног) меридианы соединяются «конец в конец». Это связи меридианов типа «рука-рука» и «нога-нога».
2. Соединение меридианов на голове и на туловище происходит через внутренние меридианы. Это связь «рука-нога», «нога-рука».
3. Древние китайские врачи дали определенные названия всем внутренним меридианам: большой (или великий) ян и инь, маленький ян и инь и т. д. **Смотрите рисунок 25.**

7. В иглотерапии закон суточного движения энергии играет очень важную роль. Все существующие законы в чжэнь-цзю терапии выводятся на основании

последовательности связей меридианов. Это законы «полдень-полночь», «мать-сын», «муж-жена» и др. Без знания их невозможно осуществить «энергетическое» лечение.

Благодаря суточному циклу движения энергии, врачи - иглотерапевты определяют время наиболее эффективного лечения заболевания. Например, если какое-то заболевание возникло от избытка энергии в меридиане желудка E, то лечение рекомендуется проводить в период с 7 до 9 часов утра. В это время к «патологическому» избытку энергии прибавляется еще и «естественный» суточный избыток. В этот период суток обостряются все симптомы болезни, усиливаются боли, могут возникнуть желудочное кровотечение, спазм сосудов и т. д. Лечение имеет больший терапевтический эффект, если его проводить с учетом времени суток, когда в организме возникнет «двойной» избыток (или недостаток) энергии. Другим практическим применением суточного цикла является иглотерапевтическая диагностика. Если какая-то болезнь периодически обостряется с 7 до 9 часов утра, то можно с уверенностью говорить, что она возникла от избытка энергии в меридиане желудка E и из-за недостатка энергии в меридиане перикарда MC и т. д.

Следующий вывод, который вытекает из закона суточного движения энергии, состоит в том, что одновременно у всех людей, живущих в одном часовом поясе (на одном меридиане Земли), возникает избыток и недостаток энергии в одном и том же акупунктурном канале. Этот дисбаланс энергии удерживается в течение 2 часов в каждом отдельном меридиане.

§ 21. Годовая цикличность движения энергии по меридианам.

В теории китайской иглотерапии существует два основных цикла движение энергии: суточный и годовой.

1. Годовая циркуляция энергии. Движение энергии ЧИ по 12 меридианам в течение года отражено древней китайской медициной в учении о Пяти Элементах (учение У-СИН). Эта система возникла от слияния медицинской науки того времени (II век до н.э.) в виде акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) и философии конфуцианства, даосизма и других течений. Древние философы утверждали, что весь окружающий мир состоит из различных концентраций пяти главных элементов: дерева, огня, земли, металла и воды. По их понятию, если смешивать в различных пропорциях эти элементы, то можно получить весь вещественный мир Вселенной, в том числе и живые существа. Китайские медики приспособили теорию о Пяти Элементах для объяснения взаимосвязей между «жизненными каналами» цзинь-ло. Кроме того, они дополнили понятие «элементы» медицинским содержанием. **Смотрите рис. 26.** По этой медико-философской теории энергия ЧИ за год совершает круговорот по 12 стандартным меридианам (каналам). Так как существует 12 месяцев в году и 12 жизненных каналов, то каждый месяц избыток энергии наполняет один из каналов цзинь-ло.

Энергия начинает свой путь от элемента «дерево», который сочетается с понятиями: весна, ветер, возникновение (рождение), зеленый цвет, кислый вкус, гнев. Элемент «дерево» объединяет в себе два меридиана: желчного пузыря VB и печени F. Эти два меридиана находятся в состоянии энергетического антагонизма по отношению друг к другу. Если избыток энергии возникает в меридиане желчного пузыря, то тотчас же появляется недостаток энергии в меридиане печени и наоборот. Далее энергия движется по часовой стрелке, т.е. покидает элемент «дерево» и втекает в элемент «огонь», который имеет следующие философско-абстрактные определения: лето, жара, наибольшее развитие, красный цвет, горький вкус, радость. По отношению к жизненным

каналам элемент «огонь» имеет одну особенность. Основных элементов имеется пять, и на каждый элемент приходится одна пара жизненных каналов.

Следовательно, система У-СИН может объединить всего 10 меридианов. Но существует 12 меридианов. Учитывая это, древние врачи наделили элемент «огонь» двумя парами меридианов. Первая (основная) пара: меридиан тонкого кишечника IG и меридиан сердца С. Вторая (дополнительная) пара—меридиан трех обогревателей (трех полостей тела) TR и перикарда MC. В каждой паре меридианы находятся в состоянии энергетического антагонизма друг к другу. Из элемента «огонь» энергия проникает в элемент «земля», который имеет следующие свойства: конец лета, влажность, изменение, желтый цвет, сладкий вкус, размышление. Элемент «земля» фактически не имеет своего сезона года. Дело в том, что элементов пять, а сезонов года — четыре (весна, лето, осень, зима). Поэтому для него определен сезон в виде «конец лета». Элементу «земля» соответствует пара меридианов: селезенки -поджелудочной железы RP и желудка E. Эти меридианы тоже находятся в состоянии энергетического антагонизма. Из элемента «земля» энергия переходит в элемент «металл», имеющий следующие философско-абстрактные свойства: осень, сухость, увядание, белый цвет, острый вкус, тоска. Ему соответствует пара меридианов, которая состоит из меридиана легких P и меридиана толстого кишечника GI. Эти два меридиана находятся в энергетическом антагонизме. Из элемента «металл» энергия перетекает в элемент «вода», который имеет свойства: зима, холод, исчезновение, черный цвет, соленый вкус, страх. Элементу соответствует пара: меридиан почек R и меридиан мочевого пузыря V. Они тоже энергетические антагонисты. Из элемента «вода» энергия опять переходит к элементу «дерево», и круговорот повторяется.

По традиционным воззрениям, каждый год энергия ЧИ совершает один «оборот» по Пяти Элементом, а следовательно, по Шести парам меридианов, то есть по 12 «жизненным» каналам. Параллельно тому, как весна переходит в лето, лето в осень, осень переходит в зиму, а зима – опять в весну, происходит перемещение избытка энергии от одного меридиана к другому. За год энергия проходит поочередно 12 меридианов, которые соединяются друг с другом и образуют замкнутую кривую. Сколько лет человек живет, столько раз избыток энергии совершает круговые движения по 12 меридианам правой и левой половины тела.

Необходимо отметить, что измерения чувствительными электрофизическими аппаратами не подтверждают сезонного движения «избытка энергии ЧИ» (биотоков). Интенсивность электропогложительных точек на поверхности человеческого тела у всех меридианов не изменяется ни летом, ни зимой. Современное состояние электрофизиологии не может подтвердить существование годового цикла движения избытка энергии. Однако, категорически заявлять об отсутствии такового, По-видимому, преждевременно. Ведь иглотерапевты, основываясь именно на этом учении, излечивают многие болезни. Нужны дополнительные исследования.

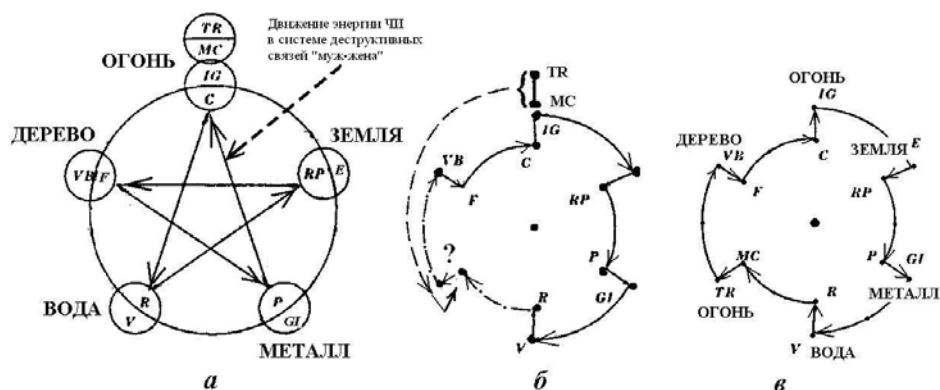


Рисунок 26. Годовой цикл движения энергии по 12 меридианам.

Годовой цикл движения энергии ЧИ.

Таблица 2.

Времена года	Зима		Весна				Лето		Осень			
	Вода		Огонь		Дерево		Огонь		Земля		Металл	
Месяц	ХII декабрь	I январь	II февраль	III март	IV апрель	V май	VI июнь	VII июль	VIII август	IX сентябрь	X октябрь	XI ноябрь
Меридианы с максимальным избытком энергии ЧИ	V	R	MC	TR	VB	F	C	IG	E	RP	P	GI
Меридианы с максимальным недостатком энергии ЧИ	R	V	TR	MC	F	VB	IG	C	RP	E	GI	P
Знак зодиака (созвездие)	стрелец	козерог	водолей	рыба	овен	телец	близнец	рак	лев	дева	весы	скорпион
Зодиакальный календарь	22 / XI - 21 / XII	22 / XII - 21 / I	22 / I - 19 / II	20 / II - 21 / III	22 / III - 18 / IV	19 / IV - 20 / V	21 / V - 21 / VI	22 / VI - 22 / VII	23 / VII - 23 / VIII	24 / VIII - 22 / IX	23 / IX - 21 / X	22 / X - 21 / XI

2. Законы соединения меридианов внутри «элементов» и между ними. Итак, перемещение энергии ЧИ от одного «элемента» к другому имеет логическую основу. В то же время, если проследить последовательность протекания энергии ЧИ от меридиана к меридиану, то возникают неразрешимые противоречия в системе, которые заставляют изменить значительную часть структуры учения Пяти Элементов. Не возникает особых затруднений при объяснении движения энергии между двумя меридианами, составляющими «элемент». Эти меридианы соединяются «конец в конец» в области пальцев рук и ног. Например, меридианы элемента «земля» (желудка E и селезенки RP) соединяются на пальцах стопы. Меридиан желудка E приносит энергию к стопе

(является центробежным меридианом), так как первая точка E.1 расположена на голове, а последняя точка E.45 локализуется на втором пальце стопы. Первая точка меридиана селезенки RP.1 расположена на первом пальце стопы, а последняя RP.21 на боковой поверхности грудной клетки.

Меридиан отводит энергию от периферии тела к центру и является центростремительным. Короткий отрезок, соединяющий меридианы желудка и селезенки, имеет длину 2 см и соединяет первый и второй пальцы стопы. На стопе ноги аналогичным образом соединяются меридианы элементов «вода» (мочевого пузыря V и почки R) и «дерева» (желчного пузыря VB и печени F). На кисти руки аналогичным образом сливаются меридианы элементов «металла» (легких P и толстого кишечника GI) и две пары меридианов элемента «огонь» (тонкого кишечника IG и сердца C, трех обогревателей TR и перикарда MC). Соединение всех 6 пар меридианов, составляющих пять элементов в системе У-СИН, подчиняется четырем главным законам. **Смотрите рисунок 26.**

1. Внутри «элемента» соединены между собой или два «ножных», или два «ручных» меридиана. К «ножным» меридианам относятся те, которые начинаются или оканчиваются на стопах ног (E—RP, V—R, VB—F). К «ручным» относятся те, которые начинаются или оканчиваются на кистях рук (P—GI, IG—C, TR—MC). Места их соединения – кисти рук и стопы ног.
2. Внутри «элемента» соединены ян и инь-меридианы. К наружным (ян-меридианам) относятся E, V, VB, GI, IG, TR, к внутренним (инь-меридианам) - RP, R, F, P, C, MC.
3. Внутри «элемента» соединены центробежные меридианы с центростремительными, а не наоборот. Энергия приходит на место соединения по центробежным меридианам (E, V, VB, P, MC, C), а покидает его по центростремительным (GI, IG, TR, RP, R, F).
4. Внутри «элемента» меридианы соединяются на пальцах рук и ног «конец в конец». Расстояние между концом одного и началом другого меридиана не превышает 1 - 20 см.

Абсолютно противоположные законы соединения меридианов у двух соседних «элементов».

1. Между «элементами» меридианы соединены при помощи «ножного» и «ручного» меридианов. Место соединения— туловище или голова.
2. Между «элементами» меридианы соединены при помощи инь-инь или ян-ян связей.
3. Между «элементами» центростремительные меридианы состыкованы с центробежными, а не наоборот. Энергия приходит к месту соединения (туловищу) по центростремительным меридианам и покидает его по центробежным, которые направляются к конечностям.
4. Между «элементами» меридианы соединены двумя длинными внутренними меридианами. Длина каждого внутреннего меридиана приблизительно равна 100 см. Внешняя часть центростремительного меридиана оканчивается на туловище или голове. От этих областей начинаются внутренние пути центростремительных меридианов, которые проникают во многие органы, мышцы, связки, кости. В каком-то месте грудной или брюшной полостей (около сердца, желудка и т. д.) внутренний центростремительный меридиан соединяется с аналогичной коллатералью центробежного меридиана, который также имеет длину около 1 метра, пронизывает многие органы и ткани и «выныривает» на поверхность тела в области головы или туловища. От этого места начинается наружная часть

центробежного меридиана, проходящая через кожные точки акупунктуры. Следовательно, между «элементами» (земля—металл, металл—вода, вода—дерево и т. д.) меридианы соединены внутренними путями центростремительного и центробежного меридианов.

После того, как определены законы соединения меридианов внутри «элементов» и между ними, можно построить замкнутую кривую движения энергии ЧИ по всем меридианам в годовом цикле. Согласно традиционной концепции во всех случаях энергия ЧИ рождается и начинает свое движение от органа легких по меридиану легких. От легких начинается внутренний меридиан, который «выныривает» на поверхность тела в области наружного края ключицы. Меридиан легких проходит по внутренней стороне руки до 1-го пальца. Далее энергия продолжает двигаться по меридиану толстого кишечника GI, который начинается на 2-м пальце руки. Он несет энергию к голове и соединяется длинной внутренней частью своего меридиана с меридианом мочевого пузыря. **Смотрите рисунок 26.** Этот меридиан несет энергию к стопе ноги, где соединяется «конец в конец» с меридианом почки R. Во всех описанных случаях соединения меридианов неукоснительно подчиняются законам.

3. В концепции У-СИН абсолютно неразрешимое противоречие движения энергии существует между элементами «вода» (мочевого пузыря V и почки R) и «дерева» (желчного пузыря VB и печени F). Соединение меридианов элементов «вода» (V—R) и «дерево» (VB—F) невозможно осуществить без нарушения законов существования только пяти элементов. Необходимо, чтобы элементов было шесть. Можно, конечно, предположить, что энергия от меридиана почек R движется дальше по одному из каналов элемента «дерево», т.е. по меридиану печени F или желчного пузыря VB. Однако, такого произойти не может без грубого нарушения соответствующих законов. Энергия из меридиана почек R по правилу никогда не сможет быть передана меридиану печени F по двум причинам:

а) Между элементами «металл—дерево» меридианы должны соединяться при помощи ножного и ручного каналов. Меридиан почек R является ножным и меридиан печени F также ножной, поэтому они несовместимы для передачи энергии между элементами.

б) Между «элементами» центростремительные меридианы состыковываются с центробежными. Однако, оба меридиана (почек и печени) являются центростремительными. Меридиан почек передает энергию от стопы на переднюю поверхность грудной клетки. Меридиан печени точно так же несет энергию от стопы на переднюю поверхность грудной клетки. В грудной полости никогда не сможет образоваться соединение внутренних меридианов почек и печени, так как меридиан печени не сможет принять энергию от меридиана почек и продолжить ее движение по кругу, так как оба меридиана «вливают» энергию в грудную полость.

Соединение меридиана почек R с меридианом желчного пузыря VB так же невозможно:

а) Между «элементами» меридианы должны соединяться при помощи ножного и ручного каналов, а меридианы почек и желчного пузыря относятся к ножным каналам.

б) Между «элементами» меридианы должны соединяться при помощи инь-инь или ян-ян связей. Меридиан почек относится к инь, а желчного пузыря - к ян-каналам. Поэтому их взаимодействие также противоречит законам. **Смотрите рисунок 26.**

Итак, при детальном изучении движения энергии от меридиана к меридиану в годовом цикле можно заметить, что ее передача от элемента «вода» к «дереву» невозможна. На этом участке цепи находится разрыв «межэлементарных»

энергетических связей. Ни одного случая нарушения закона движения энергии от меридиана желчного пузыря до почек не наблюдается. Но движение энергии после меридиана почек основатели системы Пяти Элементов «недоработали».

Кроме того, возникает очередная трудность в системе Пяти Элементов – исключается из годового цикла движения энергии одна пара меридианов, состоящая из меридиана трех обогревателей TR и перикарда MC. Если неукоснительно следовать правилу У-СИН по движению энергии от одного «элемента» к другому, то необходимо признать, что возникает обрыв энергетической передачи между элементами «вода» и «дерево». С наименьшим ущербом для системы Пяти Элементов эти противоречия можно ликвидировать, если представить, что пара меридианов трех обогревателей и перикарда (TR—MC) расположена между элементами «вода» (V—R, зима) и «дерево» (VB—F, весна). При этом приходят в соответствие все законы движения энергии по меридианам, Однако, нарушается порядок месторасположения сезонов года. Меридианы TR и MC в традиционной системе У-СИН относятся к элементу «огонь» и к сезону лета. В измененной системе они располагаются в сезоне, который можно назвать «конец зимы», и тогда перестают относиться к элементу «огонь».

К сожалению, в итоге надо констатировать факт несовершенства учения о Пяти Элементах. Многие иглотерапевты обращали внимание на описанные выше противоречия. Однако, большинство из них полагали, что, несмотря на логические ошибки, несовершенства и противоречия, рассуждения в иглотерапии надо продолжать основывать на старой традиционной системе У-СИН. Такова позиция догматиков в иглотерапии. Автор придерживается другого мнения. Он полагает, что совершенствование любой системы взглядов, в том числе и учения У-СИН, принесет только пользу.

4. Исправление ошибок старой традиционной системы Пяти Элементов (У-СИН). Как показывают теоретические исследования, требуется ревизия последовательности расположения меридианов при годовой циркуляции энергии. В идеальном виде годовой цикл представлен на рисунке. **Смотрите рисунок 26.** На нем показано круговое движение энергии. В развернутом виде годовой цикл представлен на рисунке. Если сравнивать его с аналогичной записью «в строчку» суточного цикла, то можно сказать, что без изменения остались только соединения пар меридианов в своем элементе (P – GI, E – RP, C – IG и т. д.). Однако, сочетание пар меридианов у суточного цикла отличается от сочетания меридианов годового цикла. Одинаковыми у двух циклов остались соединения внутренних меридианов под названием Малый инь (R — MC) и Малый ян (TR — VB).

Движение энергии на протяжении года осуществляется по 12 меридианам правой и левой половины тела одновременно. Энергия ЧИ задерживается в каждом меридиане в течение одного месяца. **Смотрите таблицу 2.** Если строить годовой цикл с учетом поправок, которые предложены выше, то каждый меридиан будет соответствовать определенному месяцу. По таблице двум зимним месяцам (декабрь, январь, февраль) соответствуют три меридиана V, R, MC, которые в эти месяцы поочередно имеют избыток энергии. В это же время у их энергетических антагонистов возникает недостаток энергии. В весенние месяцы естественный избыток энергии возникает поочередно в меридианах TR, VB, F. Летом естественный избыток энергии возникает поочередно в меридианах C, IG, E. В осенние месяцы естественный избыток энергии поочередно возникает в меридианах RP, P, GI.

Необходимо подчеркнуть, что без поправки (в виде переноса пары меридианов TR — MC в промежуток между элементами «вода» и «дерево») правильного взаимоотношения месяца и своего меридиана не получится. Если проигнорировать существование обрыва энергетической передачи от меридиана почек R к паре меридианов VB — F, то возникнет следующее противоречие. На летний сезон будет приходиться две пары меридианов IG — C и TR — MC элемента «огонь». Тогда трем летним месяцам будут соответствовать 4 меридиана, а остальные 8 меридианов надо распределить на девять месяцев. Можно и дальше идти на компромиссы ради сохранения древнекитайской системы У-СИН: один из четырех меридианов «огонь» (лето) передать элементу «дерево» и объединить его с весенним месяцем (май) или с осенним месяцем (сентябрь). Кроме того, возникает вопрос о последовательности расположения 4 меридианов. Их можно расположить в виде TR — MC — IG — C (или MC) — TR — C — IG, что будет соответствовать месяцам май -июнь -июль -август. Однако, их можно также расположить и в виде IG — C — TR — MC (или C) — IG — MC — TR и объединить с этими же месяцами. Доказать же истинный порядок расположения меридианов в элементе «огонь» весьма трудно. Имеются и другие противоречия при воссоединении меридианов внутри элемента «огонь».

В системе Пяти Элементов связи между элементами осуществляются по типу «рука-нога» или «нога-рука». В то же время между парами TR—MC и IG — C возможно соединение только типа «рука-рука», так как все 4 меридиана являются ручными. Неужели межмеридиональные связи в элементе «огонь» требуют исключения? Так как имеется 4 варианта соединения четырех меридианов элемента «огонь», то возникает проблема их соединения с меридианами соседних элементов — «дерево» (VB—F) и «земля» (E—RP). При этом не должны нарушаться законы: можно соединять инь-инь или ян-ян меридианы, ножные и ручные меридианы, центростремительные только с центробежными. Не вдаваясь в подробности, можно сделать вывод: некоторые положения учения У - СИН требуют теоретической доработки. Чтобы сохранить условие круговорота движения энергии в системе Пяти Элементов, последовательность движения энергии по меридианам в годовом цикле должна иметь следующий вид:

→ → VB → F → C → IG → E → RP → P → GI → V → R → MC → TR → →
 → → VB → → TR → →

5. Пять точек у-шу. Учение У-СИН нашло отражение также в соответствующих характеристиках акупунктурных точек. В каждом из 12 меридианов имеются точки, соответствующие 5 элементам (пять точек у-шу): огню, воде, металлу, земле и дереву. Например, у меридиана легких, который сам принадлежит к элементу «металл», имеется точка-«дерево»—P.11, точка-«огонь»—P.10, точка-«земля» — P.9, точка-«металл»—P.8 и точка-«вода»—P.5. Аналогичная система точек имеется в каждом меридиане.

Итак, на протяжении 12 месяцев избыток энергии заполняет ежемесячно один из 12 меридианов. По мнению автора, точнее всего годовое движение энергии по меридианам отражает зодиакальный календарь. **Смотрите таблицу 2.** Проблема соотношения времени года меридиана приводит к состыковке двух эмпирических наук — иглотерапии и астрологии. Как было сказано, в иглотерапии психологические проблемы отражены в том месте, где раскрывается духовное состояние человека на протяжении года: лету (элемент «огонь») соответствует радость, концу лета («земля») - размышление, осени («металл») - тоска, зиме («вода») - страх, весне («дереву») - гнев.

Эти положения акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) можно дополнить и развить при помощи объединения ее с астрологией. Например, человек родился в период 23 сентября - 23 октября, под созвездием Весов. В этот месяц все население Земли испытывало естественное увеличение энергии в меридиане легких Р и снижение энергетического потенциала в меридиане толстого кишечника GI. По теории У-СИН пара меридианов Р — GI относится к элементу «металл». На основании иглотерапевтической информации можно предсказать, какие болезни у данного человека могут быть хроническими, какие органы наиболее ранимы. Для «Весов»—это болезни легких и толстого кишечника. Поэтому можно выработать систему профилактики, которой должен придерживаться человек на протяжении своей жизни. Эти меры, в свою очередь, приведут его к долгожительству. Иглотерапия в состоянии предсказать «судьбу здоровья», астрология предсказывает «судьбу личности».

6. Деструктивные связи в системе Пяти Элементов (У-СИН), правила «муж-жена». Теперь разберем проблему деструктивных связей, которым подчиняются элементы: огонь, земля, металл, вода и дерево. Первоисточники о деструктивных связях говорят следующее: почки подавляют сердце, сердце подавляет легкие, легкие — печень, печень — селезенку, селезенка — почки. **Смотрите рисунок 26.** Таково взаимодействие деструктивных связей у инь- меридианов. Ян- меридианы угнетают друг друга в следующем порядке: мочевого пузыря подавляет тонкий кишечник, тонкий кишечник угнетает толстый кишечник, толстый кишечник— желчный пузырь, желчный пузырь — желудок, желудок — мочевого пузыря. Меридианы TR и MC также участвуют в деструктивных связях, так как их включают соответственно на место IG и С меридианов.

Меридианы могут угнетать (или тонизировать) друг друга благодаря перемещению биотоков от одного к другому. Угнетать – это значит отнимать энергию, возбуждать — насыщать энергией. Поэтому механизм деструктивных связей у инь – меридианов можно представить следующим образом: почки R отнимают энергию у сердца С, сердце – у легких Р, легкие— у печени F, печень – у селезенки RP, селезенка – у почки R. У ян-меридианов меридиан мочевого пузыря V отнимает часть биотоков у меридиана тонкого кишечника IG, тонкий кишечник – у толстого кишечника GI, толстый кишечник – у желчного пузыря VB, желчный пузырь – у желудка E, желудок – у мочевого пузыря V. Получаем следующую последовательность угнетающего воздействия:

Инь - меридианы: R ← С (или MC) ← Р ← F ← RP ← R;

Ян - меридианы: V ← IG (или TR) ← GI ← VB ← E ← V.

Как один меридиан может отнять, а другой передать ему часть электрического потенциала?

1. Передача электроэнергии возможна, когда один меридиан приносит энергию от конечностей к туловищу, а другой – уносит эту энергию от этой же области на конечность. Иными словами, один меридиан центростремительный, другой — центробежный.
2. Передача электроэнергии между элементами возможна только через длинные внутренние части меридианов, которые расположены внутри головы или туловища. Если меридиан направляется от головы (или туловища) к пальцам конечности (центробежный), то переход его энергии может быть только к меридиану, состоящему с ним в паре. Меридиан легких Р в области кисти сливается только с меридианом толстого кишечника GI, меридиан перикарда (MC) только с меридианом трех обогревателей TR, меридиан сердца (С) с меридианом тонкого кишечника IG. По традиционным взглядам, на стопе невозможны иные соединения между меридианами, кроме как соединения

меридиана желудка E с селезенкой RP, желчного пузыря VB — с печенью F, мочевого пузыря V — с почкой R.

Итак, не имеют возможности влиять друг на друга меридианы, если они оба центробежные или центростремительные, или, если они оба несут энергию к кисти либо к стопе, и не состоят в традиционной паре инь-ян. При учете этих закономерностей большинство инь и ян- меридианов не могут «угнетать», отнимать энергию друг у друга.

Например, деструктивная связь не может осуществиться и меридиан почек R не имеет возможности отнять энергию у меридиана сердца (C) по той причине, что меридиан сердца начинается в подмышечной впадине (C.1) и кончается на 5-м пальце кисти (C.9). Оттуда по правилу деструктивных связей эта энергия должна бы перейти на стопу ноги, где начинается первая точка меридиана почек R.1. Меридиан R проходит по внутренней поверхности ноги до грудной клетки, где оканчивается точкой R.27. Вероятность точного перехода энергии от кисти рук (C.9) до стопы ноги (R.1) равна нулю. Поэтому, если принять положение, что деструктивная связь осуществляется отнятием энергии от меридиана, который угнетается, то взаимоотношения меридианов типа R — C не должно существовать ни теоретически, ни практически.

Меридианы печени F и поджелудочной железы - селезенки RP начинаются на стопе и несут энергию по внутренней поверхности ноги к грудной клетке. Традиционная иглотерапия утверждает, что «печень угнетает селезенку», то есть, меридиан печени отбирает энергию у меридиана селезенки. Как может энергия от одного меридиана проникнуть в другой, если оба центростремительные? Ведь тогда энергии придется проделать следующий путь: по меридиану селезенки RP она должна пройти от стопы к грудной клетке, потом вернуться к первому пальцу стопы, откуда начинается меридиан печени F, и опять подняться к грудной клетке. Такое перемещение биотоков вряд ли осуществимо.

Анализируя остальные деструктивные связи, можно сделать вывод, что прямое воздействие одних меридианов на другие не может происходить. Если деструктивные связи существуют, то они могут проявиться через сложный (и неизвестный до сих пор) опосредованный механизм, который включает в «работу» несколько внутренних и наружных меридианов. Поэтому можно предположить, что эффективность этих связей весьма низкая.

7. Годовой цикл движения энергии находит широкое применение в иглотерапии. Смотрите таблицу 2.

1. Расчет энергетического воздействия на меридианы при лечении хронических болезней производится по годовому циклу. Если же болезнь имеет острое течение и длится менее 10 дней, то расчет проводится по суточному циклу.

2. По годовому циклу проводится расчет времени наиболее эффективного лечения. Например, если у больного хроническое воспаление легких, то эффективность лечения будет выше в октябре, когда меридиан легких находится в избытке.

3. Годовой цикл применяется для иглотерапевтической диагностики. Например, если у больного каждый год язвенная болезнь желудка обостряется в августе, то можно утверждать, что болезнь протекает с избытком энергии в меридиане желудка E.

4. Зная, что некоторые меридианы имеют естественный дисбаланс энергии в определенное время, можно предсказать начало обострения тех или иных хронических болезней и провести профилактическое лечение. Например, у больного с экземой кожи (болезнь протекает с недостатком энергии в меридиане легких) можно предсказать начало обострения болезни в ноябре.

5. Можно констатировать, что существуют два естественных дисбаланса энергии: суточный и годовой. При суточном цикле избыток энергии проходит по всем 12 каналам за один день; при годовом дисбалансе избыток энергии проходит по этим же каналам за 12 месяцев. К двум естественным дисбалансам энергии может присоединиться дисбаланс, вызванный болезнью. Если это острое заболевание, то дисбаланс энергии у нескольких меридианов удерживается на протяжении 3 - 10 дней. Если хроническое заболевание, то дисбаланс в определенных меридианах удерживается в течение многих лет. Смысл иглотерапевтического лечения состоит в ликвидации патогенного дисбаланса энергии.

§ 22. Виды воздействия на акупунктурные точки.

Основные энергетические последствия любого вида воздействия на акупунктурные точки – это её тонизация и седатация. На китайском языке бу-се состоит из двух противоположных понятий: **бу** — прибавление энергии к акупунктурной точке или меридиану (то есть, процесс тонизации, возбуждения, стимуляции, концентрации, укрепления); **се** — отнятие энергии от точки или меридиана (то есть процесс успокоения, седатации, подавления, угнетения, рассеивания, распыления энергии). На акупунктурные точки можно воздействовать в двух направлениях: тонизировать и седатировать.

При тонизации функциональная деятельность БАТ усиливается, становится более интенсивной. Как сказано выше, основная физиологическая деятельность БАТ состоит в поглощении и утилизации электронов, входящих в состав биотоков. Нежные, слабые раздражители оказывают на БАТ стимулирующее действие. **Процесс тонизации увеличивает количество статических электронов внутри объёма меридиана и акупунктурной точки, на которую воздействует игла.**

При седатации гистологические структуры фактически разрушаются, и БАТ прекращает свою функцию по поглощению электронов. При очень сильной седатации может произойти разрушение нервно-сосудистых структур акупунктурной точки. В результате этого она может полностью прекратить свою функциональную деятельность по утилизации биотоков. В лучшем случае функциональная деятельность БАТ ухудшается, становится вялой, неинтенсивной. **Процесс седатации уменьшает количество статических электронов внутри объёма меридиана и акупунктурной точки, на которую воздействует игла (магнит, лазер, давление и так далее).** Несмотря на то, что вместе с регенерацией кожи через несколько дней восстанавливается и деятельность БАТ, центральная нервная система (ЦНС), когда-то выбрав другое направление массовой транспортировки электронов, продолжает посылать к ней небольшое количество электронов на протяжении многих лет. Исследования показывают, что восстановление акупунктурных точек на прежнем месте происходит после ожогов III степени, скальпированных, резаных и рубленых ран, травматических повреждений крупных нервных стволов и т. д. Большие участки кожи, полностью потерявшие тактильную чувствительность, содержат на поверхности акупунктурные точки в хорошем функциональном состоянии. В иглотерапии принято считать, что сильные или сверхсильные раздражители всегда ухушают электропоглощительную деятельность точки, то есть оказывают на БАТ седатирующее воздействие.

Современная чжэнь-цзю терапия имеет десятки методов воздействия на акупунктурные точки. Это – воздействия иглой, прогревание точки (сигаретами, конусами, специальными приборами), сильное охлаждение точки, давление на точку, воздействие электротоком, лазерным лучом, магнитным полем, введение химических

веществ под кожу в место расположения БАТ и др. Одни методы воздействия могут оказывать и седатирующее и возбуждающее действие, другие—только одно из них.

1. **Прогревание точки** (цзю, мокса) может тонизировать и седатировать ее. В настоящее время очень редко седатируют акупунктурные точки методом цзю. Для уничтожения БАТ методом цзю надо произвести глубокое выжигание кожи и подкожной клетчатки на глубину до 24 мм и на площади не менее 5 × 5 мм. На месте процедуры остается длительно не заживающий ожог III степени, который может загноиться, дать осложнение. Сама процедура очень болезненна. Поэтому современные иглотерапевты не седатируют акупунктурные точки методом прогревания.

Прогревание точки используют для очень сильной ее тонизации методом «клюющее цзю». Техника проведения процедуры простая. Тлеющую сигарету подносят к коже на расстояние 2 - 3 мм. Больной чувствует медленно нарастающее жжение. Когда интенсивность болевого симптома достаточная, сигарету отнимают на 10 - 20 см от кожи. Через 10 - 15 секунд прогревание повторяют. Сигарета как бы «клюет» в точку акупунктуры. Таких прогреваний за сеанс делают не более 20 - 30. Высокая температура сигареты воздействует на акупунктурную точку стимулирующим образом.

Интересно, что общее прогревание кожных покровов происходит при посещении человеком бани, «парной», сауны, в горячей душе или ванне. Восточная медицина не упоминает о «банном» методе термического воздействия на биологически активные точки. Однако, как показывают исследования, «тотальное» прогревание всех акупунктурных точек имеет слабый терапевтический эффект. Баня тонизирует все 3468 точек. Тонизирующее влияние оказывается и на те точки, которые надо было бы обязательно седатировать. Поэтому общее лечебное воздействие термического прогревания на болезнь, как правило, невысокое.

2. Имеются исследования о воздействии на организм **криогенного** (холодового) метода. Тонкий металлический стержень сильно охлаждают в жидком азоте или кислороде и, располагая его на близком расстоянии от акупунктурной точки, раздражают ее. Холод обладает тормозным (седативным) воздействием на БАТ. Он замедляет обменные процессы в живых тканях, поэтому электропоглощительная функция БАТ также ухудшается.

3. Воздействие луча **лазера** на акупунктурные точки обладает слабым тонизирующим эффектом. Более сильное возбуждающее действие имеет процедура длительного «загорания» под солнечными лучами или под действием аппарата ультрафиолетового облучения (УФО). При этом происходит «тотальное» возбуждение всех БАТ (так же, как в бане, сауне). Иногда это приводит даже к обострению некоторых симптомов болезни.

4. Применение **игольчатого молоточка** (метод «цветения» по-вьетнамски) вызывает выраженное стимулирующее воздействие на акупунктурные точки. Кожные покровы в месте воздействия молоточка увеличивают свою электропоглощительную способность в несколько раз.

5. Слабое **магнитное поле** стимулирует, а сильное магнитное поле подавляет поглотительную деятельность акупунктурных точек. Слабым магнитным полем, например, является магнитное поле Земли. Сильное магнитное поле оказывает седативный эффект на точки акупунктуры. В последнее время многие больные пользуются магнитными браслетами и кулонами. В месте соприкосновения с акупунктурными точками они проявляют себя как мощные источники магнитного поля. По наблюдению автора, ношение магнитных браслетов часто вызывает обострение болезней или ухудшение самочувствия у здорового человека. Это выражается тупыми

сердечными болями, общей слабостью, сонливостью. Ношение браслетов больными гипертонической болезнью приводит к незначительному снижению показателей артериального давления, Однако, гипертонические кризы протекают тяжелее и имеют затяжной характер. Магнитный браслет на запястье седатирует следующие точки акупунктуры: P.7, P.8, P.9, GI.5, MC.7, TR.4, C.5, C.6, C.7, IG.5, IG.6. Последствия угнетающего действия на эти БАТ может правильно истолковать только иглотерапевт. Поэтому, если больной решил пользоваться магнитным браслетом, он должен предварительно проконсультироваться у врача.

6. Очень часто на точки акупунктуры воздействуют **электрическим током**. Это происходит у электромонтеров и радиотехников при ремонте приборов, при лечении многих болезней методом ионофореза (электрофореза), токами Бернара, диодинамическими токами и т. д. В иглотерапии существуют две разновидности воздействия электрическим током. Электропунктура — воздействие током на зону точки без нарушения целостности кожи. Электроакупунктура — пропускание электротока через предварительно введенную в БАТ иглу. При поступлении электрических токов из внешней среды внутрь организма усиливается нагрузка на БАТ. Они вынуждены поглощать не только электрические токи, выработанные внутри организма, но и поступившие извне. Поэтому все виды электропунктуры имеют выраженный тормозной (седатирующий) эффект. Внешнее электричество перенасыщает организм свободными электронами. Акупунктурные точки не справляются с поглощением биотоков от органов и тканей. Происходит перенасыщение электронами этих органов, их электрические механизмы начинают хуже функционировать. Акупунктурные точки могут не справиться с электропоглощительным процессом, если в организм будет поступать электрический ток высокого напряжения. В этих условиях может произойти остановка сердца.

В этой связи автор предлагает новую гипотезу причин смерти животного и человека от разряда сильного электрического тока. Смерть наступает от остановки жизненно важных функций организма: сердцебиения и дыхания. Но это происходит не от непосредственного действия электрического тока на внутренние органы. Как известно, мощные электрические токи распространяются по наружной поверхности проводника и не попадают внутрь тела. Мощный поток электричества, протекая по коже, на длительное время блокирует электропоглощительную деятельность биологически активных точек. Можно предположить, что под действием мощного электрического разряда происходит полная блокада БАТ на длительное время. После того, как все акупунктурные точки заблокированы (и частично ликвидированы) электрическим разрядом, деятельность сердца и центральной нервной системы должна прекратиться по следующей причине. Как сказано выше (**читайте §1**), ретикулоэндотелиальная формация (РЭФ) мозга и атриовентрикулярный узел сердца (АВУ) являются генераторами тока в организме. Биотоки от них могут распространяться в том случае, если они будут выступать как накопители электронов (как положительный потенциал), а кожные покровы тела будут играть роль поглотителей этих электронов (как отрицательный потенциал). Электротоки распространяются от плюса (РЭФ, АВУ) к минусу (коже). От мощного разряда электричества происходит кратковременная блокада акупунктурных точек. Кожные покровы насыщаются электронами, концентрация которых превосходит их содержание в генераторах биотоков (сердце и мозг). В организме останавливается процесс ликвидации биотоков. РЭФ, АВУ и кожа приобретают одинаковый положительный заряд. В этих условиях полностью прекращается движение биотоков в

организме. Возникает остановка функциональной деятельности сердца и жизненно важных центров продолговатого мозга. Как следствие этого наступает смерть.

Аналогичная причина смерти при термическом ожоге кожи на большой площади. Вместе с кожей происходит разрушение биологически активных точек. Организм фактически перестает ликвидировать биотоки, но при этом продолжается генерация электричества в РЭФ и АБУ. При отсутствии поглотителя токов происходит перенасыщение токами поверхности тела. Автор предлагает лечить ожоговых больных при помощи электрических аппаратов, которые металлическими контактами снимают и поглощают электрический потенциал с ожоговой поверхности. Аппарат заменит разрушенные высокой температурой биологически активные точки.

Вывод: внешнее электричество обладает исключительно седативным действием на точки акупунктуры. Электропунктура и электроакупунктура относятся к «тормозным» методикам.

7. Акупрессура. Надавливание на акупунктурную точку также может ее седатировать или тонизировать. При точечном массаже производят сильное надавливание на БАТ до болевого симптома. При этом происходит разрушение нежной структуры акупунктурной точки, что вызывает седатирующее действие. Слабое надавливание на точку возбуждает ее. Имеется большое количество вариантов акупрессуры: общий массаж, точечный массаж (японский вариант – шиацу, восточнославянский вариант — метод раздавливания «солей» в мышцах и т. д.), японский метод цубо – длительное давление металлического шарика на точку акупунктуры и другие. Обыкновенный массаж обладает слабым тонизирующим действием на акупунктурные точки. Слабое давление на кожу и БАТ оказывает японский метод «цубо». Маленькие металлические шарики прикрепляются лейкопластырем в месте расположения акупунктурной точки на 10 и более дней. «Цубо» обладает слабо выраженным тонизирующим действием на БАТ.

Шиацу – японский точечный массаж – широко известен как самостоятельный метод лечения. Он основан на довольно сильном надавливании пальцев на точки акупунктуры. Давлению подвергаются также большое количество «не акупунктурных» точек – болевых, околоуставных, мышечных, сухожильных и других.

8. Инъекционная фармакопунктура – метод подкожного введения в места расположения акупунктурных точек фармакологических веществ: раствора новокаина, лидокаина, прозерина, никотиновой кислоты, витаминов и даже газообразного кислорода. Введение растворов и газов производит многочисленные разрывы и расслоения тканей, введенный раствор (газ) создает область высокого давления на сосуды, нервные окончания и клетки, входящие в состав биологически активной точки. Инъекционное введение растворов и газов в места расположения БАТ оказывает на них выраженное седативное действие, так как фактически разрушает акупунктурные точки и прекращает их функциональную деятельность в месте инъекции.

9. Воздействие иглой производится многими методами. Способ воздействия иглой на акупунктурные точки возник около 2000 лет назад, поэтому является наиболее совершенным в иглотерапии.

А. Нежное воздействие иглы на БАТ повышает ее электропоглощающую деятельность. Точка тонизируется, если глубина подкожного введения иглы в место расположения акупунктурной точки не превышает 7 мм. При этом игла не подвергается активному физическому воздействию, она вводится в ткани быстро и находится в относительно спокойном состоянии менее 10 минут. Возможна сильная и слабая тонизация точки (тонизация первого и второго типа). При сильной тонизации

воздействие на точку акупунктуры очень слабое. Игла вводится в место расположения БАТ на глубину до 5 мм, и остается там в состоянии покоя 5 минут. При слабой тонизации воздействие на точку несколько больше. Игла вводится в ткани на глубину до 7 мм, вращается по часовой стрелке, находится в тканях до 10 минут.

Б. Грубое воздействие иглы с целью частичного или полного разрушения акупунктурной точки называется седатацией точки. При этом ее электропоглощительная активность значительно снижается. Точка может седатироваться сильно и слабо (первый и второй тип седатации). Слабая седатация точки возникает при введении иглы на глубину более 7 мм, игла периодически вращается против часовой стрелки на протяжении 20 минут. Сильная седатация точки вызывается при введении иглы в место расположения БАТ на глубину 10-30 мм, игла почти непрерывно возбуждается вращением против часовой стрелки, возвратно – поступательными движениями (вверх-вниз), прогреванием и т. д. на протяжении 30-60 минут.

В. Интенсивность воздействия средней величины, находящаяся между слабой тонизацией и слабой седатацией точки, называется гармонизирующим воздействием. Гармонизирующее воздействие оказывается на те активные точки, меридианы которых имеют нормальное количество энергии. Патологический процесс (болезнь) создает дисбаланс энергии, как правило, у двух меридианов из 12. Один меридиан приобретает избыток энергии, и его акупунктурные точки надо седатировать. Другой меридиан имеет недостаток энергии, и его БАТ надо тонизировать. У остальных 10 меридианов нормальное количество энергии, и их акупунктурные точки надо гармонизировать, тем самым не уменьшая и не увеличивая их энергии. Гармонизация точки достигается следующим образом. Иглу вводят в ткани на глубину не более 8 мм, далее производят периодическое ее вращение по часовой и против часовой стрелки на протяжении 15 минут.

Г. Количество точек, которые необходимо седатировать, тонизировать и гармонизировать во время одного сеанса, определяет рецептура. Рецептура китайских иглотерапевтов, как правило, включает большое количество применяемых игл (10 и более). Корейские и вьетнамские врачи в большинстве случаев за время сеанса используют 5 игл. Японские врачи обычно за сеанс воздействуют на 3 акупунктурные точки. В Японии распространен метод лечения «одной иглой», когда воздействуют на одну «самую важную в данный момент» акупунктурную точку.

Д. По традиционным воззрениям, иглы из красных металлов (золото, медь) возбуждают акупунктурные точки, поэтому их целесообразно применять при тонизации точек. Иглы из белых металлов (железо, сталь, серебро, платина, сталь, хром, никель и т. д.) седатируют точки. В целях более сильного седатирующего эффекта железные и стальные иглы рекомендуется намагничивать. Для этого необходимо при хранении стальных игл в стеклянных пробирках со спиртом рядом оставлять сильный магнит. Со временем иглы также намагнитятся и усилят свой седатирующий эффект. Стальные иглы, которые используются для тонизации, надо наоборот сохранять в «не намагниченном» состоянии. Для этого иглы надо хранить в железной коробке, чтобы их не намагничивало магнитное поле Земли и магниты бытовых электроприборов.

Е. По мнению древних китайских врачей, лучший эффект тонизации достигается в том случае, если после извлечения иглы это место придавливается пальцем. Отверстие в теле как бы закрывают и не дают выйти энергии наружу и рассеяться. (По-видимому, это действие имеет чисто символическое значение.) При седатации после извлечения иглы «отверстие в коже» не придавливают пальцем.

Ж. Наклон введенной иглы над поверхностью тела также имеет некоторое значение. При гармонизации акупунктурной точки игла вводится в нее перпендикулярно к траектории меридиана. При тонизации иглу надо вводить под углом к траектории меридиана, причем острый угол между иглой и меридианом должен быть направлен в сторону движения энергии по каналу (от точки № 1 к конечной точке). При седатации направление острого угла противоположное.

З. Дыхание человека также учитывается иглотерапевтами. При тонизации иглу вводят на выдохе, а выводят на вдохе. При седатации – вводят на вдохе, а выводят на выдохе.

И. При седатации должно быть быстрое введение иглы и медленное выведение. При тонизации надо медленно вводить и быстро выводить иглу из тканей.

К. Иглотерапевты достаточно часто пользуются толстыми иглами для укола «до капли крови». Толстая игла фактически полностью разрушает акупунктурную точку. Этот метод обладает выраженным седативным действием на БАТ. Кроме того, его используют для устранения «застоя крови» в организме. Вообще кровопускание в любом месте тела относится к седатирующему (успокаивающему) методу.

Л. Сильное прогревание иглы, введенной в акупунктурную точку, также приводит к полному разрушению БАТ (выраженное седативное действие на БАТ).

М. Микроиглы оставляются в активной точке на протяжении нескольких суток и даже недель (выраженный седативный эффект).

Н. Существует множество сложных манипуляций иглой.

- Очень распространенным в иглотерапии методом подбора точек в эмпирической акупунктуре является «погоня за болью», то есть обязательное воздействие на внезапно возникшую болевую точку, в которой не ставились иглы на протяжении всего курса лечения. Манипуляция иглой в виде **«погони за блуждающей болью»** состоит в следующем. Пациенту поставили 5 – 10 точек согласно законам движения энергии по меридианам. Но через 5 – 7 минут пациент жалуется на возникновение интенсивной боли в точке (на любом месте кожной поверхности), где иглы нет. Китайцы при этом утверждают, что сам выздоравливающий организм указывает место, куда немедленно надо ставить иглу для ускорения выздоровления. Врач тотчас должен взять иглу и ввести ее в цент района боли, куда указывает сам больной. Если после 5 минут воздействия всей совокупности введенных в кожу игл, пациент ощущает боль в другом месте, то тотчас укалывают другую иглу в новое место. Иглы из болевых (триггерных, курковых) точек не извлекают более 25 минут, то есть точку подвергают сильной седатации. Метод **«погони за блуждающей болью»** очень эффективен при лечении иглотерапией любых болезней.
- Манипуляция типа **«выдергивания волос»**. Поверхностное введение и быстрое извлечение иглы. Воздействует тонизирующим образом на точки и меридианы. Применяются при лечении легочных заболеваний и лихорадок.
- Укалывание типа **«шкура леопарда»**. Прокалываются мелкие кровеносные сосуды вокруг пораженной области. Кожа напоминает пятна на шкуре леопарда. Применяется в основном для лечения заболеваний сердца и при болевых симптомах.
- Манипуляция типа **«впадения»**. В болевую точку ставятся 5-7 игл в виде веера. Первая игла вводится глубоко в мышцу и перпендикулярно, остальные

вводятся глубоко и под углом к ней. Применяется при миозитах, межреберной невралгии и болезнях, имеющих симптом локальной боли.

- Очень **глубокий укол** в мышечные ткани бедра или плеча применяется при седатирующем воздействии на меридиан, имеющий большой избыток энергии. Глубина укола может достигать 10 см. Возможно, при этом игла с поверхности тела передает энергию к глубоким коллатералям внутренних меридианов.
- Вдоль позвоночника и на голове (краниопунктура) вводят длинную иглу **подкожно**. Игла соединяет между собой огромное количество акупунктурных точек (8 - 12). Вращение иглы вызывает сильное седативное действие на меридианы, которым принадлежат эти точки. Существуют десятки других манипуляций иглой.

О. в иглотерапии имеется пять патогенных факторов: жара, сухость, холод, сырость, ветер. Для «удаления» патогенного фактора из организма используются следующие методы воздействия на соответствующие БАТ. Синдром «жара» удаляется глубоким уколом с сильным седатирующим эффектом, воздействие производится на 3 – 5 точек одновременно. Синдром «сухости» удаляется глубоким уколом в одну точку со слабой седатацией. Синдром «холода» — многими неглубокими уколами тонизирующего типа. Синдром «сырости» — неглубоким уколом слабого седатирующего типа с периодическим выведением и введением иглы в одну и ту же точку, не изменяя направления введения (чаще всего используются две точки R.3.). Синдром «ветра» удаляется неглубоким уколом слабого седатирующего типа с веерообразными 3 - 4 уколами внутрь мягких тканей из одной и той же точки, то есть с изменением направления введения, начиная с поверхности тела.

П. При заболеваниях связок, костей, суставов, межпозвоночных дисков и надкостницы (эпикондилит, плече – лопаточный периартрит и др.) рекомендуется воздействовать иглой непосредственно на надкостницу.

Р. На глубину укола влияет сезон года. В трактате «Наньцзин» это положение описано следующим образом. У человека имеется верхняя, средняя и нижняя области для введения иглы. К верхней области относятся кожа, подкожная клетчатка и сосуды, соответствующие легким и сердцу. Средней области принадлежат мышцы и плоть, соответствующие селезенке. А к нижней области относится уровень костей и связок, соответствующий области почек и печени. Весной и летом укалывают иглу глубоко вниз, достигая области «почек и печени» (до связок и костей). Осенью и зимой иглу вводят сначала глубоко, потом ее быстро поднимают до области «сердца и легких» (кожа и подкожная клетчатка).

10. Выше было упомянуто, что на состояние акупунктурных точек оказывают побочное воздействие физиопроцедуры, загорание на солнце, ношение магнитных браслетов, перегревание тела в банях, массаж, внутримышечные и подкожные инъекции и т. д. Если больной будет принимать физиотерапевтические процедуры и одновременно лечиться у иглотерапевта, то результаты лечения будут непредсказуемы. Поэтому рекомендуется не принимать процедур, воздействующих на БАТ, в течение всего периода лечения чжэнь-цзю терапией.

На основании клинических и инструментальных исследований автор утверждает, что под воздействием интенсивной мышечной работы (на протяжении 2 часов), холодной воды (10 минут), массажа и других факторов электропоглодительная деятельность акупунктурных точек повышается. Особенно благотворно воздействуют на активность точек мышечная физическая нагрузка. На протяжении 5 миллионов лет

человечество существовало благодаря интенсивному физическому труду. Только последние 500 лет благодаря научно – техническому прогрессу в обществе стал преобладать умственный труд, который резко уменьшил потребность в физической деятельности. Для адаптации к новому ритму жизни необходима длительная эволюционно – биохимическая перестройка человеческого организма. Нужны тысячелетия, а пока физкультура, спорт и физический труд абсолютно необходимы для снижения темпов старения органов и тканей человека. Интенсивная физическая деятельность улучшает электропоглотельную способность акупунктурных точек. Интенсификация их деятельности имеет следующие клинические симптомы: физическая бодрость, легкость мышления, улучшение настроения и памяти, повышение скорости реакции, половой потенции у мужчин и половой активности у женщин, улучшение работы внутренних органов (сердца, легких, ЖКТ и др.), нормализация артериального давления. Возникновение многих хронических болезней можно объяснить вялой деятельностью БАТ на протяжении длительного времени. Особенно чувствительна к снижению активности акупунктурных точек центральная нервная система.

Наиболее реально следующее объяснение причины активизации акупунктурных точек. Утилизация электронов (т. е. электронов) в живом организме происходит путем поглощения их специальными белковыми молекулами крови. Благодаря наличию густой капиллярной сетки, клубочки биологически активных точек хорошо омываются кровью. Чем больший объем крови протекает через капилляры акупунктурных точек, тем больше электронов они способны поглотить и утилизировать. Поэтому усиление общего кровоснабжения кожи приводит к улучшению электропоглощительной способности БАТ. Мышечная работа, обливание холодной водой, массаж и др. способствуют интенсификации кровоснабжения кожи. Функциональное состояние кожи отвечает за работу всей электрической системы организма. Можно даже предположить, что старение человека напрямую связано со склерозом капилляров, окружающих БАТ. Склероз капилляров сопровождается ухудшением их проницаемости для молекул крови, которые поглощают электроны в области акупунктурных точек.

§ 23. Специфические точки меридианов

Иглотерапевтический метод лечения используется в странах Востока более 2000 лет. Длительное наблюдение за клиническими и энергетическими изменениями в организме при раздражении активных точек выявило некоторую их специфичность. Каждый меридиан (из 12 парных) имеет следующие специфические (стандартные) точки акупунктуры: тонизирующую и седатирующую, точку-пособник (источник), ло-пункт (пассажная), точку сочувствия (ю-точка, шу-точка), точки Пяти элементов, точки входа и выхода энергии и т. д. Изменить энергетический потенциал меридиана можно только через воздействие на стандартные точки меридианов. **Смотрите таблицу 3.**

1. **Тонизирующая** (возбуждающая) точка повышает энергетический уровень того меридиана, к которому она принадлежит. Электрофизическое объяснение деятельности этой точки следующее. Тонизирующее воздействие иглы на точку повышает электропоглощительную деятельность всех точек данного меридиана. К этому каналу устремляется повышенный поток биоимпульсов. Меридиан как бы отбирает энергию у других меридианов. Седатирующее воздействие иглы на тонизирующую точку, как правило, неэффективно и обычно не проводится.

2. **Седатирующая** точка понижает энергетический уровень меридиана, к которому она относится. Седатирующее воздействие иглы на нее понижает

электропоглодительную деятельность всех точек данного меридиана. Поток импульсов к нему резко снижается. Те потоки электронов, которые ранее направлялись к данному меридиану, вынуждены изменить свою траекторию, двигаясь к другим меридианам, где они ликвидируются в их активных точках. Седатация успокаивающей точки как бы вытесняет энергию из своего меридиана, направляет ее в другое место. Тонизирующее воздействие на седатирующую точку не дает терапевтического эффекта. Одновременное воздействие на тонизирующую и седатирующую точки меридиана также не дает положительного результата.

3. **Точка-пособник** (точка-источник, юань-точка, первичная точка) обладает способностью усиливать действие тонизирующей и седатирующей точек. В трактате «Нань-цзин» объясняется взаимоотношение между точками-источниками и генератором жизненной энергии ЧИ (ЦИ) «тримя полостями тела». Корнем и основанием всех 12 каналов называются их точки-источники, они являются основой энергетической саморегуляции в меридиане, а в «трех полостях тела» расположен источник изначальной энергии. Энергия от генератора «трех полостей тела» поступает к меридиану в области точки-источника, который, как водопроводный кран, регулирует ее поступление в меридиан. Если необходимо увеличить количество энергии в меридиане, то тонизируют общую точку возбуждения меридиана и точку-источник. Если нужно уменьшить энергию, то седатируют успокаивающую точку и точку-источник.

4. **Ло-пункт** меридиана (стабилизирующая, пассажная точка) является местом перехода энергии от одного меридиана к другому, спаренному с ним. От точки-ло-пункта меридиана энергия передается к точке-пособнику (источнику) спаренного меридиана. Применение энергетического лечения в виде передачи энергии от ло-пункта к точке-источнику называется в иглотерапии методом «большого укола». Взаимосвязи между двумя спаренными меридианами через ло-пункты показаны на рисунке. **Смотрите таблицу 4 и рисунок 27.** Ло-пункты «работают» только внутри своего Элемента и не могут передавать энергию от Элемента к Элементу. По ло - каналу (ло-пункту) «перекачивается» энергия с одного меридиана в другой внутри одного и того же ЭЛЕМЕНТА (Земля, Металл, Вода, Огонь, Дерево). Ло-каналы расположены на конечностях и имеют длину в среднем от 5 до 10 см. Например, ло-пункт меридиана легких P.7 расположен у лучевого края лучевой кости на 1,5 цуня выше лучезапястной складки. От этой точки энергия передается на меридиан толстого кишечника в точку-пособник (источник) GI.4, которая располагается между 1 и 2 пястными костями. Расстояние между P.7 и GI.4 около 6 см, если производить измерения по руке взрослого человека. Если воздействовать на ло-пункт меридиана толстого кишечника GI.6, то энергия уйдет назад, к меридиану легких через его точку-источник P.9.

Стандартные точки меридианов

Таблица 3

Меридиан	Обозначение	Точка входа энергии	Тонизирующая точка	Седатирующая точка	Точка-пособник = источник	Ло-пункт	Точка сочувствия	Точка-глашагай	Точка выхода энергии	Общее кол-во точек в меридиане	Точка-цель
Легких	P	P.1	P.9	P.5	P.9	P.7	V.13	P.1	P.7	11	P.6
Толстой кишки	GI	GI.1	GI.11	GI.2,3	GI.4	GI.6	V.25	E.25	GI.20	20	GI.7
Желудка	E	E.1	E.41	E.45	E.42	E.40	V.21	J.12	E.42	45	E.34
Селезенки	RP	RP.1	RP.2	RP.5	RP.3	RP.4	V.20	F.13	RP.21	21	RP.8

Сердца	C	C.1	C.9	C.7	C.7	C.5	V.15	J.14	C.9	9	C.6
Тонкой кишки	IG	IG.1	IG.3	IG.8	IG.4	IG.7	V.27	J.4	IG.18	19	IG.6
Мочевого пузыря	V	V.1	V.67	V.65	V.64	V.58	V.28	J.3	V.67	67	V.63
Почек	R	R.1	R.7	R.1,2	R.3	R.4	V.23	VB.25	R.22	27	R.4
Перикарда	MC	MC.1	MC.9	MC.7	MC.7	MC.6	V.14	MC.1	MC.8	9	MC.4
Трех полостей туловища	TR	TR.1	TR.3	TR.10	TR.4	TR.5	V.22	J.5,7,12,17	TR.23	23	TR.7
Желчного пузыря	VB	VB.1	VB.43	VB.38	VB.40	VB.37	V.19	VB.23,24	VB.41	44	VB.36
Печени	F	F.1	F.8	F.2	F.3	F.5	V.18	F.14	F.14	14	F.6

Ло – пункты.

Таблица 4.

Элемент	Направление перемещения энергии	осуществляется Ло - пунктом
Металл	P → GI	P. 7
	P ← GI	GI. 6
Земля	E → RP	E. 40
	E ← RP	RP. 4
Огонь	C → IG	C. 5
	C ← IG	IG. 7
Вода	V → R	V. 58
	V ← R	R. 4
Огонь	MC → TR	MC. 6
	MC ← TR	TR. 5
Дерево	VB → F	VB. 37
	VB ← F	F. 5

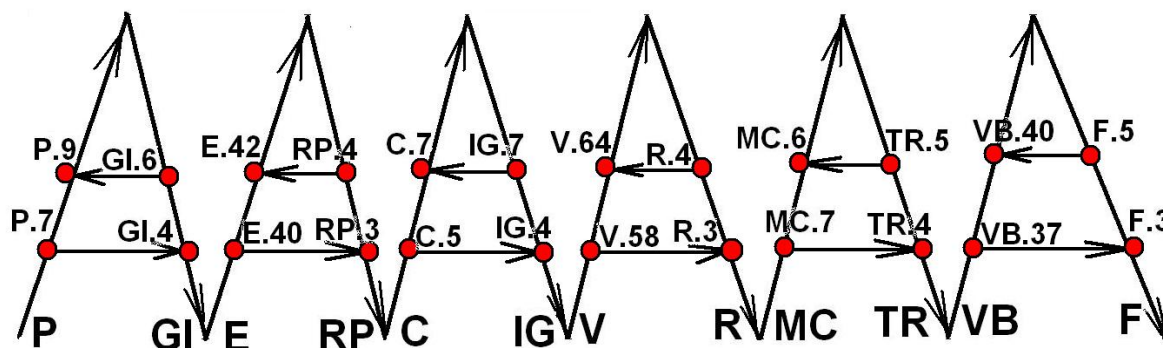


Рисунок 27.

Ло – пункты.

Т О Ч К И П Е Р Е С Е Ч Е Н И Я					
↓	Меридианы	↓	Меридианы	↓	Меридианы
T.1	T,R,VB	J.12	J,P,RP,E,TR	MC.1	MC,VB,RP,F
T.12	T,V	J.13	J,GI,E	TR.17	TR,VB
T.13	T,GI,E,IG,TR,V,VB	J.17	J,F,R,IG,MC,RP	TR.20	TR,VB
T.14	T,GI,E,IG,TR,V,VB	J.24	J,GI,E	TR.22	TR,IG,VB
T.15	T,V	P.1	P,RP	VB.1	VB,IG,TR
T.19	T,GI,E,IG,TR,V,VB			VB.3	VB,TR,F,GI
T.22	T,TR,VB	GI.20	GI,E,J	VB.4	VB,TR,E
T.24	T,GI,E	E.4	E,GI	VB.6	VB,V
T.25	T,E	E.7	VB,E	VB.7	VB,V
T.27	T,J	E.8	VB,E	VB.8	VB,V
J.2	J,F	RP.12	RP,F	VB.10	VB,V
		RP.13	RP,F	VB.11	VB,V
		IG.18	IG,TR	VB.12	VB,V
J.3	J,T,GI,E,RP,IG,V,R,TR,VB,F	IG.19	IG,VB,TR	VB.21	VB,V
		V.1	V,RP,E,IG	VB.24	VB,F,V,RP
J.4	J,F,R,RP	V.11	V,RP,VB,P,IG	F.13	F,VB
J.7	J,VB,C	V.41	V,IG	F.14	F,VB,RP
J.10	J,P,E,RP	R.22	TR,VB,IG,R		

Многие иглотерапевты ошибочно полагают, что ло-пункты связывают поочередно все 12 меридианов. Тогда из ло-пункта GI.6, который расположен на предплечье, энергия должна была бы перейти в точку-источник меридиана желудка E.42, который располагается на стопе ноги. Для взрослого человека расстояние между предплечьем и стопой составляет около 2 м. К большому сожалению длинные ло-каналы типа «рука-нога» не существуют. Ло - каналы связывают между собой или два ручных, или два ножных меридиана (рука-рука, нога-нога), находящихся в паре друг с другом.

У меридианов насчитывается 12 ло - каналов. Старинные китайские источники по акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) постоянно упоминают о 15 ло - каналах. К существующим 12 ло- каналам китайские врачи прибавляли еще три:

- Большая коллатераль селезенки да-бао. Начинается от точки да-бао RP.21 и разветвляется в коже грудной клетки. Большая коллатераль селезенки выделена ввиду важности роли селезенки в процессах транспортировки и трансформации питательных веществ.
- Коллатераль чудесного меридиана номер 5 (переднесрединного, J, цзю-вэй). Начинается от точки цзю-вэй J.15 и опускается вниз, разветвляется в коже живота.
- Коллатераль чудесного меридиана номер 1 (заднесрединного, T, чан-цян). Начинается от точки чан-цян T.1, проходит по бокам позвоночника к затылку и разветвляется на макушке черепа от точки T.20. В межлопаточной области

коллатераль контактирует с каналом мочевого пузыря и проникает в позвоночник.

Описанные ло-каналы не нашли широкого практического применения в современной иглотерапии.

5. **Точка сочувствия** (точка согласия, успеха, ю-точка) располагается на первой линии меридиана мочевого пузыря. Укалывание в эту точку усиливает действие возбуждающих и успокаивающих точек. Их применение эффективно при хронических заболеваниях. При острых заболеваниях эффективно сочетание точек сочувствия с точками тревоги (болевыми). Их настройка друг на друга такая же, как точки-источника на ло-пункт соответствующего меридиана. Все меридианы через свои внутренние части передают энергию к точкам сочувствия, которые как бы «сочувствуют» своим меридианам, перенимая от них избыток или недостаток энергии.

6. **Точка-глашатай** (болевая точка, точка тревоги, мо-пункт) располагается вне своего меридиана, и возникшая в этой точке боль является как бы сигналом «тревоги» от пораженного органа. Точки располагаются на передней поверхности грудной клетки и живота. Под болевыми точками находится проекция больного органа. При болезни органа избыточное количество биотоков не «вмещается» во внутренний меридиан и избирает движение по кратчайшему расстоянию до поверхности тела, то есть выходит сплошным потоком в область расположения болевой точки.

7. **Точка-щель** (противоболевая точка, си-точка) располагается на своем меридиане в месте его «сужения», где избыток энергии чаще всего застаивается, застревает. Применяется для лечения острых заболеваний, сопровождающихся болями по ходу пораженного канала.

8. **Точки пересечения.** На стандартных меридианах и на срединных меридианах (Т и J), по утверждению классической акупунктуры (чжэнь-цзю терапия) , пересекаются коллатерали, отходящие от 2 - 10 меридианов. **Смотрите таблицу 5.**

9. **Групповые ло-пункты.** Классическая чжэнь-цзю терапия утверждает, что на внутренних и наружных поверхностях рук и ног (на предплечье и голени) существует по одному групповому ло-пункту, который концентрирует энергию от трех меридианов в одну точку. **Смотрите таблицу 6.** В точке TR.8 пересекаются меридианы TR, GI, IG, в MC.5 – меридианы MC, P, C, в V.39 – меридианы VB, E, V, в RP.6 - меридианы RP, F, R. Фактически эти точки не являются ло-пунктами. Ло-пунктом называется точка, от которой начинается короткий канал, связывающий два или несколько меридианов. Настоящий, стандартный ло - канал имеет начальную и конечную точки перемещения энергии. По ло - каналу «перекачивается» энергия с одного меридиана в другой, а меридианы, соединенные ло – каналом, обязательно являются парой одного и того же ЭЛЕМЕНТА. Например, ло-пункт E.40 является началом ло-канала на голени, который продолжается около 20 см и кончается на стопе точкой пособником RP.3. Групповые ло-пункты не имеют конечных точек связи, поэтому их необходимо воспринимать как точки пересечения трех меридианов, а не как ло-пункты. **Практическая иглотерапия использует групповые ло-пункты для седатации, для распыления (уменьшения) избытка энергии в трех меридианах сразу. Для тонизации (для повышения энергии в меридианах) групповые ло-пункты не используются!**

Групповые ло-пункты

Таблица 6

Групповой ло-пункт	Объединённые меридианы групповым ло-пунктом	Практическое применение	
TR . 8, рука	Избыток энергии в одном из ручных ян – меридианах справа: TR, GI, IG	Ян – точка Инь – точка Инь – точка Ян – точка	TR . 8 – седатируем справа MC . 5 – седатируем справа RP . 6 – тонизируем слева VB . 39 – тонизируем слева
MC . 5, рука	Избыток энергии в в одном из ручных инь – меридианах справа: MC, P, C	Инь – точка Ян – точка Ян – точка Инь – точка	MC . 5 – седатируем справа TR . 8 – седатируем справа VB . 39 – тонизируем слева RP . 6 – тонизируем слева
VB . 39, нога	Избыток энергии в в одном из ножных ян – меридианах справа: VB, E, V	Ян – точка Инь – точка Инь – точка Ян – точка	VB . 39 – седатируем справа RP . 6 – седатируем справа MC . 5 – тонизируем слева TR . 8 – тонизируем слева
RP . 6, нога	Избыток энергии в в одном из ножных инь – меридианах справа: RP, R, F	Инь – точка Ян – точка Ян – точка Инь – точка	RP . 6 – седатируем справа VB . 39 – седатируем справа TR . 8 – тонизируем слева MC . 5 – тонизируем слева

10. **Общие инь и ян ло-пункты** регулируют равновесие энергии в инь и ян-меридианах. Энергию в ян-меридианах (GI, IG, TR, V, VB, E) регулируют две точки TR.15 и T.1, в инь-меридианах (P, C, MC, F, R, RP) – три точки MC.6, P.7, J.1. Фактически общие ло-пункты играют роль точек пересечения для инь и ян-меридианов.

§ 24. Правило изменения энергетики меридиана методом «мать-сын».

Благодаря наличию специфических точек у меридианов, врач - иглотерапевт имеет возможность воздействовать на энергетический уровень любого меридиана. Одним из важных способов такого воздействия является правило «мать-сын». Смысл его в следующем. В суточном и годовом циклах движения энергии существует очередность меридианов. Для каждого меридиана строго определены соседствующие с ним меридианы с правой и левой стороны. Так как энергия движется по замкнутому кругу и по ходу часовой стрелки, то у каждого конкретного меридиана имеется «сосед», который передает ему свою энергию, и другой «сосед» — меридиан, который «отнимает» эту энергию. Впередистоящий меридиан, дающий энергию, древние китайские врачи называли «матерью». Меридиан, стоящий позади и отнимающий энергию, назван «сыном». Воздействуя на седатирующие и тонизирующие точки соседних меридианов «матери» и «сына», можно влиять на энергетический потенциал выбранного для воздействия канала. **Смотрите таблицу 7.**

Например, в суточном цикле соединены последовательно меридианы желудка, селезенки, сердца (E «мать» → RP → C «сын»). Для меридиана селезенки RP «матерью» является меридиан E, так как этот меридиан отдает энергию для RP, а «сыном» — меридиан C, так как этот меридиан отнимает энергию у RP. Если меридиан селезенки имеет избыток энергии (RP +), то седатируют его следующим образом. Меридиан селезенки RP объединен с меридианом желудка E, то есть «матерью», в одном элементе «Земля». Подчиняясь закону энергетического антагонизма меридианов в элементе, избыток энергии в меридиане селезенки (+ RP) всегда сопровождается недостатком энергии в меридиане желудка (– E). Поэтому для установления

энергетического равновесия необходимо повышать энергию в меридиане желудка воздействуем на тонизирующую точку меридиана E.41. на протяжении 5 минут.

Правило «мать-сын» в суточном цикле

Таблица 7 - а

Суточный цикл P → GI → E → RP → C → IG → V → R → MC → TR → VB → F				
Меридианы	Меридиан «М» седатируется М тон. → М → М сед.		Меридиан «М» тонизируется М сед. → М → М тон.	
	“Мать” (тонизируют, 5 мин.)	“Сын” (седатируют, 20 мин.)	“Мать” (седатируют, 20 мин.)	“Сын” (тонизируют, 5 мин.)
P	F.8	GI.2	F.2	GI.11
GI	P.9	E.45	P.5	E.41
E	GI.11	RP.5	GI.2	RP.2
RP	E.41	C.7	E.45	C.9
C	RP.2	IG.8	RP.5	IG.3
IG	C.9	V.65	C.7	V.67
V	IG.3	R.2	IG.8	R.7
R	V.67	MC.7	V.65	MC.9
MC	R.7	TR.10	R.2	TR.3
TR	MC.9	VB.38	MC.7	VB.43
VB	TR.3	F.2	TR.10	F.8
F	VB.43	P.5	VB.38	P.9

Правило «мать-сын» в годовом цикле.

Таблица 7 – б.

Годовой цикл VB → F → C → IG → E → RP → P → GI → V → R → MC → TR				
Меридианы	Меридиан «М» седатируется М тон. → М → М сед.		Меридиан «М» тонизируется М сед. → М → М тон.	
	“Мать” (тонизируют, 5 мин.)	“Сын” (седатируют, 20 мин.)	“Мать” (седатируют, 20 мин.)	“Сын” (тонизируют, 5 мин.)
VB	TR.3	F.2	TR.10	F.8
F	VB.43	C.7	VB.38	C.9
C	F.8	IG.8	F.2	IG.3
IG	C.9	E.45	C.7	E.41
E	IG.3	RP.5	IG.8	RP.2
RP	E.41	P.5	E.45	P.9
P	RP.2	GI.2	RP.5	GI.11
GI	P.9	V.65	P.5	V.67
V	GI.11	R.2	GI.2	R.7
R	V.67	MC.7	V.65	MC.9
MC	R.7	TR.10	R.2	TR.3
TR	MC.9	VB.38	MC.7	VB.43

Далее рассуждаем следующим образом. Избыток энергии в меридиане селезенки RP может возникнуть только в том случае, если меридиан сердца C, который должен забрать эту энергию, также имеет избыток энергии и не в состоянии принять на себя дополнительное количество энергии от впереди стоящего меридиана селезенки. Поэтому меридиан - потребитель энергии, названный «сыном» (C), а седатируют для снижения в нем энергии тем, что укалывают его седатирующую точку C.7 (воздействие более 20 минут). Следовательно, не воздействуя на точки самого меридиана RP, можно снизить его энергетический уровень, меняя энергию его «соседей», расположенных спереди и сзади: (E → RP → C⁺). В том случае, если меридиан селезенки имеет недостаток энергии (- RP), действия будут противоположны. Меридиан находится в паре в элементе «Земля» с меридианом желудка E, поэтому в последнем автоматически возникнет избыток энергии (+ E). Тогда меридиан «мать» (E) необходимо седатировать тем, что укалывают его седатирующую точку E.45, воздействуя на нее на протяжении 20

минут. Благодаря указанному воздействию избыток энергии из меридиана желудка E перейдет в меридиан селезенки. Тогда вместо недостатка энергии в меридиане селезенки (- RP) возникнет избыток (+ RP), что также плохо для здоровья. Поэтому, для успешного передвижения энергии дальше по цепочке суточного цикла (E — RP — C) необходимо чтобы у меридиана сердца C (потребителя энергии), то есть «сына», должен быть недостаток энергии (- C). Меридиан сердца может получить энергию только от впереди стоящего меридиана селезенки RP. Следовательно, меридиан сердца необходимо тонизировать, заставляя повышать свою энергию, отбирая ее у впереди стоящего меридиана селезенки. Для этого необходимо воздействовать на тонизирующую точку меридиана C.9. Таким образом, не воздействуя на акупунктурные точки меридиана RP, можно повысить его энергетический уровень: (${}^+E \rightarrow RP \rightarrow C$). Отсюда можно сделать вывод, что при определении энергетического значения соседних меридианов при использовании закона «мать-сын», необходимо базировать свои рассуждения на более важном по значимости законе энергетического антагонизма внутри элемента (Земля, Металл, Вода, Огонь, Дерево), к которому данный меридиан принадлежит. А дальше нужно пользоваться простым правилом о том, что соседние меридианы всегда должны быть разных электрических знаков. **Если необходимо снизить энергию в каком-то меридиане «М», то впереди стоящий меридиан надо тонизировать, а позади стоящий – седатировать (меридиан «М» седатируется = М тон. $\rightarrow M \rightarrow M$ сед.)** Если необходимо повысить энергию в каком-то меридиане «М», то впереди стоящий меридиан надо седатировать, а позади стоящий – тонизировать (меридиан «М» тонизируется = М сед. $\rightarrow M \rightarrow M$ тон.). Необходимо обратить внимание на то, что последовательность соединения меридианов в суточном и годовом циклах – **различная**. Поэтому в суточном цикле соседствующие меридианы, представляющие «мать и сына», будут одни, а в годовом цикле — другие. Какой таблицей пользоваться практическим иглотерапевтам? Необходимо придерживаться такого правила. Если болезнь, которую хочет лечить врач-иглотерапевт, относится к быстротечной патологии (острой), то есть от ее начала до конца обычно проходит 10 - 15 дней (грипп, острый радикулит), то надо пользоваться суточным циклом. Если болезнь хроническая, и больного она беспокоит на протяжении нескольких месяцев или даже лет (миозит, энурез, невриты, невралгии, мигрень), то целесообразно лечить ее, используя годовой цикл. Закон «мать-сын» можно использовать с применением **точек Пяти Элементов** (точек у-шу). Их перечисление **смотрите в таблице 15**. Как известно, энергия по Пяти Элементом двигается по следующей траектории: дерево — огонь — земля — металл — вода. От элемента «вода» энергия возвращается к элементу «дерево». Таким образом, энергия ЧИ двигается по кругу. Имеется несколько вариантов кругового движения ЧИ от элемента к элементу. В здоровом организме она заполняет в течение года то инь, то ян-меридиан. Однако, у больного человека возникает патологическое движение ЧИ преимущественно по инь или ян меридианам. Органы инь при таком движении энергии ЧИ теряют синхронность работы с органами ян. Наступает инь-ян дисбаланс энергии.

Одновременно с этим теория древнекитайской иглотерапии утверждает, что каждый из 12 стандартных меридианов имеет 5 специфических точек у-шу. **Смотрите таблицу 15**. Каждый меридиан имеет точки, соответствующие Пяти Элементам: точки-дерево, огонь, земля, металл, вода. Укалывание в эти точки направляет энергию от меридиана к соответствующему элементу, а точнее — к соответствующей паре меридианов. Например, меридиан легких (металл) имеет следующие пять точек у-шу: P.11 - дерево, P.10 - огонь, P.9 - земля, P.8 - металл, P.5 - вода. По традиционному

воззрению, если уколоть точку Р.5 у больного человека, то энергия из меридиана легких (металл) направится к элементу «вода», то есть к меридиану почек. Если воздействовать на точку Р.9, то энергия направится к элементу «земля», а точнее — к меридиану селезенки. И так далее. Благодаря специфической транспортировке энергии точками у-шу их используют при лечении по правилу «мать-сын».

Для правильного составления рецептуры для воздействия на точки у-шу для лечения болезней надо придерживаться трёх правил.

Во-первых, нужно хорошо помнить, что точки у-шу являются составными элементами не дневного цикла движения энергии ЧИ, а годового цикла.

Во-вторых, общее направление движения энергии по элементам внутри годового цикла хорошо известна: дерево → огонь (С-IG) → земля → металл → вода → огонь (МС-TR).

В-третьих, направление движения энергии по меридианам внутри годового цикла имеет следующий вид: → VB → F → C → IG → E → RP → P → GI → V → R → MC → TR →. Только на основании этих правил можно точно рассчитать, какие точки у-шу надо тонизировать, а какие седатировать для нормализации энергии в каком-то из 12 стандартных меридианов.

Существует два варианта использования точек у-шу в практической иглотерапии: «у-шу элемента» и «у-шу – элемент в элементе».

1. Правило «у-шу элемента». В первом варианте используют точки у-шу только того меридиана, который имеет дисбаланс энергии ЧИ. Например, представим, что какая-то болезнь привела к возникновению избытка энергии в меридиане легких Р. Меридиан легких относится к элементу «металл». Энергия к элементу «металл» приходит из элемента «земля». Следовательно, «земля» играет роль источника энергии, то есть «матери». Энергия уходит из «металла» к элементу «вода», которая играет роль поглотителя энергии, то есть «сына». Таким образом, энергия двигается по траектории: земля (мать) → металл → вода (сын). На меридиане легких точка-земля Р.9, а точка-вода Р.5. Следовательно, для уменьшения избытка энергии в меридиане легких по правилу «мать-сын» надо седатировать точку Р.9 и тонизировать точку Р.5. Принцип использования точек в системе «у-шу элемента» для всех 12 меридианов показан в таблице. **Смотрите таблицу 8.**

2. Правило «у-шу – элемент в элементе». Второй вариант использования точек у-шу состоит в подключении в процесс распределения энергии соседних меридианов, а точки у-шу «больного» меридиана никогда не используются. Например, необходимо ликвидировать избыток энергии в меридиане легких Р, который относится к элементу «металл». Как уже указывалось выше, «матерью» для «металла» является «земля», «сыном» — «вода», а энергия двигается по направлению «земля → металл → вода». Но так можно определить только общее направление движения энергии от одного элемента к другому. **Движение энергии по «элементам» не даёт реальной картины о последовательности движения энергии ЧИ по меридианам.** «На практике» прежде чем из меридиана легких Р энергия перейдёт в элемент «вода» (V+R) энергия ЧИ должна протечь через меридиан толстой кишки (GI): → RP (земля) → P (металл) → GI → V (вода). На меридиане селезенки RP точкой «земля» является RP.3, а на меридиане толстого кишечника GI точкой «вода» является GI.2. **В этом правиле берётся не точка-вода элемента «вода» (то есть не точка «вода» V.65 меридиана мочевого пузыря), а точка - вода «транзитного» меридиана GI.2, который относится так же к элементу «металл», как и меридиан лёгких Р, у которого мы стараемся снизить энергетический потенциал !!!.** Следовательно, для уменьшения энергии в меридиане легких Р по закону «мать-сын» необходимо

седатировать точку RP.3 (мать) и тонизировать точку GI.2 (сын), транзитного к элементу «вода» меридиана. Этот способ передачи энергии при помощи точек у-шу соседних меридианов называется «элемент в элементе» и для всех 12 стандартных меридианов представлен в таблице. **Смотрите таблицу 9.**

Правило «у-шу – элемента» для точек у-шу. Таблица 8

Меридианы, М		Седатируют меридиан М тон. →М→ М сед.		Тонизируют меридиан М сед. →М→ М тон.		
		Тонизируют точку у-шу, М тон.	Седатируют точку у-шу, М сед.	Седатируют точку у-шу, М сед.	Тонизируют точку у-шу, М тон.	
Дерево	VB	VB.34	VB.38	VB.34	VB.38	
	F	F.1	F.2	F.1	F.2	
Огонь	C	C.9	C.8	C.9	C.8	
	J9	IG.8	IG.1	IG.8	IG.1	
Земля	E	E.36	E.45	E.36	E.45	
	RP	RP.3	RP.5	RP.3	RP.5	
Металл	P	P.5	P.9	P.5	P.9	
	9J	GI.2	GI.11	GI.2	GI.11	
Вода	V	V.66	V.65	V.66	V.65	
	R	R.10	R.2	R.10	R.2	
Огонь	MC	MC.3	MC.8	MC.3	MC.8	
	TR	TR.10	TR.6	TR.10	TR.6	
Годовой цикл движение энергии ЧИ по меридианам и элементам: → VB → F → C → IG → E → RP → P → GI → V → R → MC → TR →						
Дерево		Огонь	Земля	Металл	Вода	Огонь

Правило «элемент в элементе» для точек у-шу. Таблица 9.

Меридианы, М		Седатируют меридиан М тон. →М→ М сед.		Тонизируют меридиан М сед. →М→ М тон.		
		Тонизируют точку у-шу, М тон.	Седатируют точку у-шу, М сед.	Седатируют точку у-шу, М сед.	Тонизируют точку у-шу, М тон.	
Дерево	VB	TR.10	F.1	TR.10	F.1	
	F	VB.38	C.8	VB.38	C.8	
Огонь	C	F.1	IG.8	F.1	IG.8	
	J9	C.8	E.45	C.8	E.45	
Земля	E	IG.8	RP.3	IG.8	RP.3	
	RP	E.45	P.8	E.45	P.8	
Металл	P	RP.3	GI.2	RP.3	GI.2	
	9J	P.8	V.65	P.8	V.65	
Вода	V	GI.2	R.10	GI.2	R.10	
	R	V.65	MC.8	V.65	MC.8	
Огонь	MC	R.10	TR.10	R.10	TR.10	
	TR	MC.8	VB.38	MC.8	VB.38	
Годовой цикл движение энергии ЧИ по меридианам и элементам: → VB → F → C → IG → E → RP → P → GI → V → R → MC → TR →						
Дерево		Огонь	Земля	Металл	Вода	Огонь

§ 25. Правило изменения энергетики меридиана методом «муж-жена».

Правило «муж-жена», которое иногда называют правилом «супруг-супруга», основано на учете деструктивных связей между шестью инь и шестью ян-меридианами, которые чжэнь-цзю терапия усматривает в системе Пяти Элементов (учение У-СИН).

Это правило ещё называют правилом «антагонистических отношений наружных и внутренних меридианов по системе ЗВЕЗДЫ». **Смотрите движение энергии по годовому циклу на рисунке 26.** Прямые связи между элементами «дерево — огонь — земля — металл — вода» составляют годовой цикл движения энергии. Правило «муж-жена» в практической деятельности применяется к годовому циклу движения энергии. Как уже упоминалось, существуют деструктивные связи между шестью инь и шестью ян-меридианами. Получаем следующую последовательность угнетающего воздействия:

Инь - меридианы: R ← C (или MC) ← P ← F ← RP ← R;

Ян - меридианы: V ← IG (или TR) ← GI ← VB ← E ← V.

Меридианы в системе «ЗВЕЗДА» («муж-жена») могут угнетать (отнимать энергию) или тонизировать (увеличивать энергию) друг у друга благодаря перемещению биотоков от одного меридиана к другому. Угнетать – это значит отнимать энергию, возбуждать — насыщать энергией. Поэтому механизм деструктивных связей у инь – меридианов можно представить следующим образом: почки R отнимают энергию у сердца C, сердце – у легких P, легкие — у печени F, печень – у селезенки RP, селезенка – у почки R. У ян-меридианов меридиан мочевого пузыря V отнимает часть биотоков у меридиана тонкого кишечника IG, тонкий кишечник – у толстого кишечника GI, толстый кишечник – у желчного пузыря VB, желчный пузырь – у желудка E, желудок – у мочевого пузыря V.

Что значит автоматическое, спонтанное «угнетение» меридиана в энергетическом отношении при взаимоотношении меридианов в годовом цикле? Это значит, что при естественном (и ежемесячном) или патологическом увеличении энергии в меридиане почки R (муж) уменьшается энергия в меридиане - жены сердца C (или перикарде MC). Сердце и перикард при возникновении в них избытка энергии, снижают энергию (угнетают) легкие P. При избытке энергии в легких уменьшается энергия в печени F. При избытке энергии в печени снижается энергия (угнетается) селезенка RP. После этого начинается второй круг процесса «угнетения» энергии соседних меридианов, стоящих после активизирующих процесс снижения энергии меридианов. При избытке энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы RP «автоматически» уменьшается энергия в меридиане почки R. А что если в шести инь-меридианах-мужьях (R, C-MC, P, F, RP) будет попеременно возникать не избыток, а недостаток энергии? Будет ли происходить в таком случае процесс последовательного угнетения соседнего меридиана (у жены)? Нет. При дефиците энергии в системе «муж - жена» произойдёт не угнетение, а возбуждение меридиана. Тогда дефицит энергии в меридиане-муже почек R увеличит энергию в меридиане-жены сердце C (тонизирует меридиан), дефицит энергии в меридиане сердца C увеличит энергию в меридиане лёгких P и так далее.

Такая же последовательность энергетических взаимоотношений и у ян-меридианов (V, IG-TR, GI, VB, E). Избыток энергии в меридиане-супруге отнимает энергию у соседнего меридиана-жены. Недостаток энергии в меридиане-супруге прибавляет энергию к соседнему меридиану-жене.

Итак, два «враждующих» между собой меридиана в китайской народной медицине названы «мужем и женой» или «супруг и супруга». Меридиан-муж меняет на противоположное значение энергию у меридиана-жены, «муж» проявляет себя как антагонист «жены». Для того чтобы отнять энергию у своего энергетического антагониста (жены), на меридиане-муже надо возбуждать тонизирующую точку. Тогда меридиан-жена будет седатироваться, а меридиан-муж — тонизироваться. **Смотрите таблицу 10.** Если нужно тонизировать меридиан-жену, то седатируется меридиан-муж. Интересно, что в годовом цикле существует энергетический антагонизм еще у одной

пары меридианов, составляющих один из Пяти Элементов. Например, элемент «металл» состоит из двух меридианов - антагонистов: легких Р и толстого кишечника GI.

Таблица 10. Правило «муж - жена»

Седатируется меридиан «жена», годовой цикл	VB	F	C	J9	E	RP	P	9J	V	R	MC	TR
Для этого тонизируется меридиан «муж» (5 мин.)	9J.11	P.9	R.7	V.67	VB.43	F.8	C.9 или MC.9	J9.3 или TR.3	E.41	RP.2	R.7	V.67

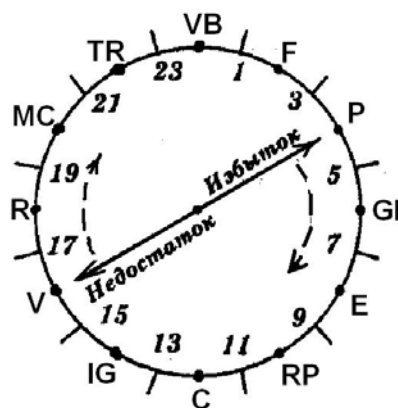
Тонизируется меридиан «жена», годовой цикл	VB	F	C	J9	E	RP	P	9J	V	R	MC	TR
Для этого седатируется меридиан «муж» (20 мин.)	9J.2,3	P.5	R.1,2	V.65	VB.38	F.2	C.7 или MC.7	J9.8 или TR.10	E.45	RP.5	R.1,2	V.65

Поэтому, если у меридиана легких Р избыток энергии, то недостаток энергии образуется в меридианах толстого кишечника GI (по правилу энергетического антагонизма внутри элемента) и сердца C (по правилу взаимоотношения деструктивных связей). Одновременно с этим меридиан легких участвует и в суточном цикле движения энергии. Поэтому у него возникает энергетический антагонизм по правилу «полдень-полночь» с меридианом мочевого пузыря, который также будет иметь недостаток энергии. Следовательно, при избытке энергии в меридиане Р недостаток энергии обнаружится сразу в трех меридианах (GI, C, V). В аналогичных условиях находится каждый меридиан.

§ 26. Правило изменения энергетики меридиана методом «ПОЛДЕНЬ-ПОЛНОЧЬ».

Правило отражает энергетический антагонизм меридианов в системе суточного цикла движения энергии. **Смотрите таблицу 11.** В соответствии с круговоротом энергии в этой системе, если имеется ее избыток в одном меридиане, то тотчас возникает недостаток энергии в меридиане, который на часовом циферблате занимает место точно напротив. Например, если стрелка избытка энергии на часовом циферблате показывает полночь (меридиан VB), то противоположная стрелка недостатка энергии будет направлена в сторону полудня (меридиан C). Древние китайские врачи так и называли это правило «полдень-полночь». Правило имеет следующее практическое применение. Если заболевание имеет острое течение (обычно, оно имеет длительность течения не более 15 дней), то расчеты по поиску акупунктурных точек для устранения дисбаланса энергии надо производить на базе суточного цикла. Лечение начинается после установления иглотерапевтического диагноза, который указывает на меридиан с дисбалансом энергии, что является причиной возникновения болезни. «Больной» меридиан может иметь избыток или недостаток энергии. Определив меридиан с

дисбалансом энергии, по часовому циферблату легко установить его энергетического антагониста.



Из рисунка 24. Суточный цикл движения энергии.

Таблица 11.

Правило «полдень-полночь».

Меридиан с избытком энергии надо седатировать	P	9J	E	RP	C	J9	V	R	MC	TR	VB	F
Седатируются точки	P.5	GI.2	E.45	RP.5	C.7	IG.8	V.65	R.1	MC.7	TR.10	VB.38	F.2
Тонизируются точки	V.67	R.7	MC.9	TR.3	VB.43	F.8	P.9	9J.11	E.41	RP.2	C.9	J9.3
Меридиан с недостатком энергии надо тонизировать	P	9J	E	RP	C	J9	V	R	MC	TR	VB	F
Тонизируются точки	P.9	GI.11	E.41	RR.2	C.9	IG.3	V.57	R.7	MC.9	TR.3	VB.43	F.8
Седатируются точки	V.65	R.1	MC.7	TR.10	VB.38	F.2	P.5	9J.2	E.45	RP.5	C.7	J9.8

Например, для меридиана легких P энергетическим антагонистом является меридиан мочевого пузыря V. Если меридиан легких P имеет избыток энергии (под действием патологического фактора), то меридиан мочевого пузыря V приобретает недостаток энергии. Для выравнивания дисбаланса энергии меридиан V необходимо тонизировать, чтобы снижалась энергия в меридиане легких P. Поэтому надо воздействовать на точку возбуждения меридиана мочевого пузыря V.67. Если меридиан легких P имеет недостаток энергии, то энергетическое лечение будет состоять в седатации меридиана мочевого пузыря через успокаивающее воздействие на его точку седатации V.65. Одновременно с этим на самом меридиане лёгких P надо седатировать точку седатации P.5 при избытке энергии в меридиане, или надо тонизировать точку тонизации P.9 при недостатке энергии в меридиане. При анализе антагонистических связей у меридианов суточного цикла можно выявить следующие закономерности. В антагонизм вступают меридианы инь-ян, ручные - ножные, оба центробежных или оба центростремительных. Последнее обстоятельство убеждает в том, что непосредственное

влияние биотоков меридиана на его антагониста отсутствует. Если оба меридиана центробежные (GI — R и др.), то они несут энергию от пальцев конечностей (руки и ноги) к центру (внутренним органам). Поэтому перенять биотоки и повлиять непосредственно друг на друга они не могут. Если оба меридиана центростремительные (P—V и др.), то они переносят энергию от внутренних органов к пальцам конечностей, причем, один — к руке, другой — к ноге. Поэтому их непосредственный обмен биотоками неосуществим. На сегодняшний день не ясно, каким образом после воздействия на меридиан-антагонист ликвидируется дисбаланс энергии в том или ином канале. По-видимому, в этом задействованы промежуточные звенья (внешние и внутренние меридианы).

§ 27. Правила изменения энергетики меридиана методами «большой укол» и «малый укол».

Выше упоминалось о функциональной деятельности ло-каналов. Они передают энергию между меридианами, составляющими пару (элемент). Один ло-канал передает энергию вперед (по часовой стрелке), другой — назад (против часовой стрелки). Например, элемент «металл» состоит из двух меридианов (легких P и толстого кишечника GI). Если воздействовать на ло-пункт меридиана легких P.7, седатируя его, то энергия передается меридиану толстого кишечника и переходит в него на месте расположения точки-пособника GI.4 (энергия идет по часовой стрелке). Если воздействовать на ло-пункт меридиана толстого кишечника GI.6, то энергия уйдет назад к меридиану легкого, проникнув в него через точку - пособник P.9. В этом случае энергия идет против часовой стрелки, совершается обратное движение энергии. Именно на этом основано правило «большой укол». Правилу можно дать следующее определение: чтобы уменьшить избыток энергии у меридиана, необходимо седатировать его ло-пункт и тонизировать точку - пособник спаренного меридиана. Например, для уменьшения энергии в меридиане легких P нужно седатировать ло - пункт P.7 и тонизировать точку - пособник GI.4. Для увеличения энергии в меридиане легких необходимо тонизировать его точку - пособник P.9 и седатировать ло - пункт спаренного меридиана GI.6. Для остальных меридианов воздействие по правилу «большой укол» показано в таблице. **Смотрите таблицу 12.** Это правило применимо и для подбора точек по системе суточного цикла движения энергии и годового цикла одновременно. Дело в том, что правило «большой укол» отражает взаимосвязь меридианов, находящихся в паре. В суточном и годовом циклах состав пар остается без изменений. Законы, касающиеся взаимодействия меридианов между собой внутри пары (элемента), применимы как для системы суточного цикла движения энергии, так и для годового цикла. Одним из наиболее простых способов выбора точек для иглоукалывания является принцип малой акупунктуры, или «малого укола». Особенности его в следующем. При локализованном болевом синдроме на поверхности человеческого тела можно определить меридиан, который пересекает болевой очаг. После этого вводят иглу непосредственно в болевую точку, причем ее соответствие акупунктурным точкам не обязательно. Далее, воздействуют на акупунктурные точки данного меридиана, которые располагаются ниже и выше болевого очага. Все три точки седатируют. Использование «малого укола», как правило, сопровождается миграцией боли. Пациент ощущает боль в другой точке. Если через «новый» болевой очаг проходит другой меридиан, то воздействие по принципу «малого укола» повторяется. Врач как бы гоняется за болевым очагом. После 2 - 3 сеансов, как правило, происходит излечение.

Правило «Большой укол»

Таблица 12

Пары меридианов (элементы)		Металл		Земля		Огонь		Вода		Огонь		Дерево	
Меридианы		P	GI	E	RP	C	IG	V	R	MC	TR	VB	F
Седатируются	Ло-пункт седатируется	P.7	GI.6	E.40	RP.4	C.5	IG.7	V.58	R.4	MC.6	TR.5	VB.37	F.5
	Точка-пособник спаренного меридиана тонизируется	GI.4	P.9	RP.3	E.42	IG.4	C.7	R.3	V.64	TR.4	MC.7	F.3	VB.40
Тонизируются	Ло-пункт спаренного меридиана седатируется	GI.6	P.7	RP.4	E.40	IG.7	C.5	R.4	V.58	TR.5	MC.6	F.5	VB.37
	Точка-пособник спаренного меридиана тонизируется	P.9	GI.4	E.42	RP.3	C.7	IG.4	V.64	R.3	MC.7	TR.4	VB.40	F.3

§ 28. Другие правила

Для устранения энергетического дисбаланса применяют множество способов. Они не основаны на использовании стационарных точек меридианов, поэтому ответить на вопрос о том, какой меридиан при этом получает энергию, а какой ее теряет, невозможно. Этими правилами пользуется в основном эмпирическая акупунктура.

1. Правило симметрии («справа - слева»). Симметрично расположены правая и левая стороны человеческого тела. Очень часто излечение происходит при воздействии на симметричную зону здоровой половины тела. Например, при ампутации конечностей возникают фантомные боли. Если ампутирована и болезненна левая рука, а боли локализованы в ней в 2 - 3 точках, то рекомендуется воздействовать на правую конечность и на точно такие же места, где существуют боли в культе. При этом точки воздействия не обязательно должны совпадать с точками акупунктуры. Фантомные боли хорошо лечатся иглотерапией. Правило симметрии с воздействием на акупунктурные точки здоровой конечности (или противоположной стороны туловища) применяются при наличии болевых симптомов в одной половине тела. Это воздействие имеет вид «отвлекающего средства». Поток болевых импульсов направляется по «ложному следу» к здоровой конечности, и происходит уменьшение болей.

2. Правило «большой путь» («верх-низ») состоит в том, что одновременное лечение при помощи местного воздействия дополняют точками, наиболее удаленными от места болей. Например, при головных болях воздействуют на точки ног. При болях в стопах берут акупунктурные точки головы.

3. Правило «спереди - сзади». Смысл правила в том, что если проводится воздействие (например, седатирующее) на точку акупунктуры передней поверхности туловища, ноги, руки, головы, то рекомендуется одновременно воздействовать (тонизировать) точки задней поверхности этих частей тела.

4. Правило «инь-ян». Воздействие на точку какого-нибудь инь-меридиана желательно дополнить воздействием на ян-меридиан и наоборот.
 5. Метод «удаления застоявшейся крови». Если боль на поверхности тела локализована и через болевую точку проходит меридиан, то седатируют его ло-пункт на больной стороне и тонизируют на здоровой.
 6. При седатации меридиана берут 4 - 6 точек по направлению от первой к последней, при тонизации—по направлению от последней к первой.
- Другие методы: воздействие на конечные и начальные точки меридиана, на место входа и выхода энергии из меридиана. Существуют десятки методов и манипуляций иглами, которые, в свою очередь, имеют варианты, дополнения, усовершенствования.

§ 29. Срединные меридианы

Кроме 12 парных стандартных меридианов существуют два непарных срединных меридиана. Это передний срединный меридиан или ЧМ-1 (обозначения: J, JM, CV, VC) и задний срединный меридиан или ЧМ-5 (T, VG, GV). Срединные меридианы играют три важные роли.

Во-первых, они являются бассейнами-накопителями при избытке энергии в 12 стандартных меридианах. При избытке энергии в шести инь - меридианов (**P, RP, C, R, MC, F**) энергия передаётся в передний срединный меридиан J, а потом (если избыток энергии продолжает накапливаться в меридиане J) энергия из меридиана J направляется в чудесные меридианы № 2, 3, 4, 6, 7, 8. При избытке энергии в шести ян - меридианах (**GI, E, IG, V, TR, VB**) энергия направляется в задний срединный меридиан T, а потом (если избыток энергии продолжает накапливаться в меридиане T) из меридиана T энергия направляется в чудесные меридианы № 2, 3, 4, 6, 7, 8.

Во-вторых, точки срединных меридианов (T, J) играют роль среднестатистического показателя энергетического состояния всех инь и ян меридианов, которые могут находиться в энергетической норме, или в избытке, или в недостатке.

В-третьих, кроме энергетической роли в виде накопителя энергии, то есть роли чудесного меридиана, точки срединных меридианов играют роль банальных меридианов, обладающих определённым терапевтическим эффектом. Так, задний срединный меридиан оказывает наиболее сильное влияние на автономную нервную систему, а точки в области головы воздействуют на головной мозг. Точки меридиана имеют сегментарную общность с различными органами, поэтому через них можно воздействовать на тот или иной орган. По традиционным представлениям, меридиан способствует достижению гармонии между ян - меридианами, а следовательно, влияет на физическое развитие и физическую силу, поэтому широко применяется в практике акупунктуры детского возраста. Передний срединный меридиан через свои БАТ оказывает гармонизирующее воздействие на функцию инь - меридианов, влияет на деятельность печени, почек, кишечника, желудка, сердца и др. Два срединных меридиана T и J через свои точки пересечения осуществляют функцию соединения энергии 12 меридианов левой и правой сторон тела. Аналогичную деятельность осуществляют все внутренние меридианы. Срединные меридианы не соответствуют ни органу, ни какой-то специфической функции. Оба имеют направление энергии от промежности к голове, то есть, снизу вверх. Передний срединный меридиан J начинается в области промежности точкой J.1, следует вверх по передней поверхности туловища точно по

переднесрединной линии, проходя по коже лобкового сращения, живота, груди, шеи, доходит до головы и заканчивается в области нижней губы (точка J.24).

Задний срединный меридиан Т также начинается на промежности (точка Т.1), следует вверх по задней поверхности туловища точно по заднесрединной линии, проходя над остистыми отростками крестца, поясничного, грудного и шейного отделов позвоночника, на голове проходит по затылку ко лбу, носу и заканчивается под верхней губой (Т.28).

Внутренние меридианы как продолжение срединных меридианов. Так как по обоим срединным меридианам энергия распространяется снизу вверх, то никакого обмена энергии между ними быть не может, Возникает вопрос: куда девается энергия, которую оба срединных меридиана переносят от таза к голове? Традиционная чжэнь-цзю терапия дает такой ответ.

Оба меридиана имеют наружные и внутренние пути движения энергии. У переднего срединного меридиана внутренний меридиан начинается от нижней губы (точка J.24), раздваивается, окружает ротовую щель, направляется к нижнему краю орбиты глаза, сливается в одну коллатераль на уровне носоглотки, дальше опускается по мягким тканям позвоночника в таз, подходит к промежности, где внутренняя часть меридиана переходит в наружную в точке J.1. Таким образом, наружный меридиан несет энергию вверх, а внутренний — опускает ее вниз.

Почти идентична траектория внутренней части заднего срединного меридиана. Он начинается от верхней губы (точка Т.28), проходит к носоглотке и опускается по мягким тканям, окружающим позвоночник, в таз и к промежности, где соединяется с точкой Т.1. Опять получается, что энергия двигается по замкнутой кривой. Наружный меридиан Т несет энергию вверх, а внутренняя его коллатераль опускает ее вниз.

Два замкнутых круга движения энергии по срединным меридианам J и Т имеют точку соприкосновения Т.27, которая находится на верхней губе, на самой ее середине, в месте перехода кожи в слизистую оболочку. Через эту точку энергия переходит от заднего срединного меридиана к переднему срединному и наоборот. Внутренние меридианы для J и Т опускают энергию опять к промежности. Энергия движется по замкнутой кривой от переднего срединного меридиана J к внутреннему J, потом – к заднему срединному меридиану Т, к внутреннему Т, и опять – к переднему срединному меридиану J. Траектория движения энергии между меридианами J и Т похожа на восьмерку (8).

- Это так называемый «малый цикл циркуляции энергии» между J и Т меридианами.
- Движение энергии по кругу внутри 12 парных меридианов составляет «большой цикл стандартных меридианов».
- Движение энергии по многочисленным «восьмеркам» чудесных меридианов составляет «большой цикл чудесных меридианов».

Теперь выясним два вопроса.

1. Откуда энергия поступает к срединным меридианам? Классическая теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) дает определенный ответ: так как передний и задний срединные меридианы фактически относятся к чудесным меридианам, то энергия к ним поступает, несомненно, из системы 12 парных меридианов. Более подробных объяснений чжэнь-цзю терапия не дает. Эта сторона теоретической иглотерапии не разработана до сего времени. Если энергия поступает от 12 меридианов в какую-то внутреннюю часть срединного меридиана, то какой из них (Т или J) первым воспринимает энергию?

Если энергия поступает от наружных 12 парных меридианов, то это может осуществляться только через точки пересечения. Так, например, в точке J.3 пересекаются меридианы J, GI, E, RP, V, R, TR, VB, F, в точке T.13 - меридианы T, GI, E, IG, TR, V, VB и т. д. (о точках пересечения ранее рассказывалось). Вероятно, благодаря именно им энергия от 12 стандартных меридианов поступает в систему срединных меридианов. Необходимо отметить, что у заднего срединного меридиана (Т) из 28 точек только 10 являются точками пересечения, а у переднего срединного (J) из 24 – только 9. Кроме того, ни в одну точку пересечения заднего срединного меридиана Т не поступает энергия от меридианов сердца С и перикарда МС. От них энергия поступает только в передний срединный меридиан J: от меридиана сердца — в точку J.7, от перикарда — в J.17. Так как срединные меридианы, в сущности, являются «чудесными сосудами», то в точках пересечения они «забирают» только избыток энергии от того или иного меридиана. Основная же часть энергии продолжает курсировать по замкнутому циклу 12 стандартных меридианов.

2. Куда отходит энергия от системы срединных меридианов? Вполне понятно, что если энергия движется по замкнутому циклу переднего и заднего срединных меридианов, то часть ее утилизируют 54 акупунктурные точки. Однако, если избыток энергии таким образом не ликвидируется, то чжэнь-цзю терапия утверждает о возможности передачи очень большого избытка энергии в систему 8 чудесных меридианов: ду-май (№ 1), ян-цяо-май (№ 2), ян-вэй-май (№ 4), жэнь-май (№ 5), инь-цяо-май (№ 6), инь-вэй-май (№ 7), чун-май (№ 8).

Существуют 8 чудесных меридианов (ЧМ). Два из них являются задним Т и передним J срединными. Все чудесные меридианы исполняют роль накопителей (бассейнов, озер) энергии. Их общей точкой соединения служит первая точка меридиана мочевого пузыря V.1, которая локализуется около внутреннего угла правого и левого глаза. При избытке энергии в паре J — Т она через акупунктурную точку V.1 распределяется в систему чудесных меридианов.

Таким образом, срединные меридианы играют роль мостика, который связывает «большой цикл» из 12 парных меридианов с системой чудесных меридианов. В этой связи принято считать, что задний срединный Т меридиан тесно связан с 6 ян-меридианами (GI, TR, IG, V, VB, E), а передний срединный J — с 6 инь- меридианами (P, MC, C, RP, R, F).

В чем конкретно состоят эти связи, теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) не раскрывает. Известно, что задний срединный меридиан отбирает избыток энергии у 6 ян-меридианов, а передний срединный — у 6 инь-меридианов. Если болезнь возникла по причине избытка энергии в системе 12 стандартных меридианов, то начинается выздоровление с прекращения выделения избыточной энергии (в каком-то одном из 12 меридианов). Начало выздоровления пациента от болезни с избытком энергии сопровождается обратным потоком энергии от чудесных меридианов (озёр-накопителей) № 2, 3, 4, 6, 7, 8 к срединным меридианам J и Т, а от них в «большой круг движения энергии» – к 12 стандартным меридианам. Благодаря поступления энергии в систему 12 меридианов, который состоит почти из 700 акупунктурных точек, чрезмерное количество электрической энергии быстро поглощается до нормы. Такой механизм движения энергии подтверждается «водной теорией». Когда на каналы рисовых полей льёт проливной дождь (генерируется избыточное количество энергии в организме по причине возникновения болезни) вода отводится на хранение в озёра-накопители (в чудесные меридианы № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Сезон тропических дождей сменяется засухой. Когда вода кончается в каналах на рисовых полях (энергия истощается в 12 стандартных

меридианах), открывают шлюзы и вода выливается из озёр-накопителей в оросительную систему (в систему 12 стандартных меридианов).

Интересно, что существуют общие инь и ян ло-пункты, которые фактически играют роль точек пересечения. В точках TR.5 и T.1 пересекаются все 6 ян-меридианов, в точках MC.6, P.7 и J.1 - все 6 инь-меридианов.

§ 30. Чудесные меридианы (ЧМ).

Чудесные меридианы исполняют роль накопителей энергии. Согласно традиционному учению акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), кроме 12 стандартных меридианов существуют 8 «чудесных сосудов» (экстраординарных меридианов). В общей энергетической системе ЧМ являются накопителями (бассейнами, озерами) энергии, которые образуются при избытке энергии в системе 12 стандартных меридианов. В здоровом организме чудесные меридианы отсутствуют. Если болезнь не очень тяжелая, то в организме не возникают ЧМ. Тяжелые болезни протекают с большим избытком или недостатком энергии в каких-то меридианах, принадлежащих системе «большой циркуляции энергии». Недостаток энергии в одном меридиане вызывает ее избыток в другом, поэтому в обоих случаях (при избытке или недостатке) имеется избыток энергии в одном или нескольких меридианах. Если замкнутая система из 12 стандартных меридианов не в состоянии справиться с утилизацией (поглощением) биотоков при очень большом общем избытке энергии, то часть ее консервируется в системе чудесных меридианов. [Смотрите таблицу 13.](#)

Утверждение о наличии чудесных меридианов исходит к 250 году до нашей эры. Первоисточники по акупунктуре (чжэнь-цзю терапии) этот процесс представляли следующим образом («Трактат Наньцзин», 250 г. до н. э.): *«Совершенно мудрые объясняли это на примере уподобления сообщающейся системе оросительных каналов, по которым следует вода, обеспечивая или не обеспечивая плодородие земель. Когда небо посылает дождь, тогда каналы переполняются. Когда некоторое время дождь льет как из ведра, вода начинает течь напролом. Тогда даже совершенно мудрые не могут восстановить прежней схемы орошения. Подобно этому, когда энергия ЧИ (ЦИ) переполняет коллатеральные сосуды - ло, говорят, что каналы - цзин отдают избыток энергии на сохранение в систему «чудесных меридианов». Спасти оросительную систему может только отвод избытка воды в бассейн (в накопитель). После того как дождь кончился и наступил длительный засушливый период, крестьяне начинают медленно использовать воду из бассейна до полного ее исчерпания».* Однако, только после всеобщего признания в Китае канальной классификации акупунктурных точек (после 1028 года н. э.) возникло четкое представление о траектории прохождения чудесных меридианов по поверхности человеческого тела. Аналогична функция чудесных меридианов при заболевании, которое дает очень большой избыток энергии («ливень»). Излишняя энергия «сбрасывается» в систему чудесных меридианов, где сохраняется до тех пор, пока человек не начнет выздоравливать. По мере выздоровления энергия постепенно возвращается из накопителя (бассейна, ЧМ) опять в систему 12 стандартных каналов, где и ликвидируется, утилизируется. Такие функциональные обязанности отвела классическая чжэнь-цзю терапия 8-ми «чудесным сосудам». Исследуем строение и направление движения энергии у чудесных меридианов (см. табл. 13). Общее количество ЧМ на правой и левой половинах тела равно 14, так как 6 меридианов являются парными и два – непарные соединения J и T (ЧМ 5 и 1). Все меридианы (как и срединные J и T) имеют направление движения энергии снизу вверх (от ног к голове), кроме ЧМ № 4,

который называется опоясывающим и имеет вид полуокружности, располагающейся на уровне поясницы.

Чудесные меридианы (ЧМ).

Таблица 13.

Группа меридианов	Чудесные меридианы	Ключевые точки				Акупунктурные точки, составляющие чудесный меридиан
		Точка ключ	Точка связующая	Точка шель	Группы ой ло - пункт	
Ян	Задний срединный, Т, ЧМ № 1, <i>Ду-май</i> , море в сех ян-меридианов, направляет энергию от 6 ян-меридианов	J9.3	V.62			T.1 ? T.23
	Наружный латеральный <i>Ян-цзяо-май</i> , ЧМ № 2, ускоритель ян-меридианов, принимает энергию от меридианов GI + E	V.62	J9.3	V.59		V.62, V.61, V.59, VB.29, IG.10, GL15, GL16, E.4 E.3, E.1, VB.20 (возможно также V.1, T.16)
	Наружный поддерживающий, ЧМ № 3, <i>Ян-эй-май</i> , хранитель ян-меридианов, принимает энергию от меридианов IG + V	TR.5	VB.41			V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15, T.16, VB.20, VB.19, VB.18, VB.17, VB.16, E.8, VB.11, VB.13, VB.14 (вместе VB.11 возможно VB.15)
	Опоясывающий, ЧМ № 4, <i>Дай-май</i> , сосуд пояса, принимает энергию от меридианов TR + VB	VB.41	TR.5	VB.35		VB.26, VB.27, VB.28
Инь	Передний срединный, J, ЧМ № 5, <i>Жэнь-май</i> , ускоритель инь-меридианов, направляет энергию от 6 инь-меридианов	P.7	R.6			J.1 ? J.24
	Внутренний латеральный, ЧМ № 6, <i>Инь-цзяо-май</i> , ускоритель инь-меридианов, принимает энергию от меридианов P + RP	R.6	P.7	R.8		R.6-8, V.1
	Внутренний поддерживающий, ЧМ № 7, <i>Инь-эй-май</i> , хранитель инь-меридианов, принимает энергию от меридианов C + R	MC.6	RP.4			R.9, RP.12, 13, 15, 16, F.14, J.22, 23 (точка RP.12 исключается не в сегментации)
	Подпоясывающий, ЧМ № 8, <i>Чун-май</i> , море 12 меридианов, принимает энергию от меридианов MC + F	RP.4	MC.6		R.6	J.1, E.30, R.11-15, J.7, R.16-21

2. Законы циркуляции энергии по ЧМ. Циркуляция энергии в каждом из ЧМ будет осуществляться так же, как и в срединных меридианах Т и J. Наружные меридианы перемещают энергию от стоп ног к голове (кроме ЧМ 4), а оттуда по внутреннему пути, энергия опять опускается вниз, к стопам ног, проходя при этом по мягким тканям, окружающим позвоночник, и по глубоким мышцам ног. Меридианы объединены в пары, и энергия в каждой паре циркулирует так же, как и между двумя срединными меридианами Т – J. Пары имеют одинаковые командные (шлюзовые) точки. Особенно важна для каждого ЧМ точка-ключ, которая «открывает шлюзы канала» и выпускает энергию в систему 12 стандартных каналов. Связующая точка связывает ЧМ со спаренным каналом (т.е. ЧМ 1 - ЧМ 2, ЧМ 3 - ЧМ 4 и т. д.). Кроме того, все чудесные сосуды имеют общую точку пересечения V.1 у внутреннего угла глаза.

Особенностью движения энергии по чудесным меридианам является то, что ЧМ номер 4 пересекает все остальные 7 меридианов и, вероятно, объединяет, перемешивает общий энергетический «багаж, сданный на хранение» 12 стандартными меридианами. Совершая многочисленные круговые движения по системе 8 чудесных меридианов, энергия может длительное время сохраняться, накапливаться, выводиться из 12 основных каналов, предохраняя их от «перегрузки». Все 14 чудесных меридианов правой и левой половин человеческого тела состоят из 152 акупунктурных точек. Биотоки, непрерывно циркулируя по чудесным каналам, поглощаются точками, и общий избыток энергии в организме с каждым часом уменьшается. Если к моменту выздоровления в системе чудесных меридианов остается избыток биотоков, то он передается назад в систему 12

стандартных меридианов, где 650 (12 парных меридианов с двух сторон тела и 2 срединных) БАТ быстро поглотят оставшуюся часть энергии.

Известно, что чудесные меридианы имеют «групповые» ло-пункты. Для ян-ЧМ (№ 1, 2, 3, 4,) - это Т.1, для инь-ЧМ (№ 5, 6, 7, 8,) - J.15. Меридианы имеют точки-щели, в которых канал сужается, становится труднопроходимым для энергии. Точка-щель для ЧМ 1, 2 - V.59, для ЧМ 3,4 - VB.35, для ЧМ 5, 6 - R.8, для ЧМ 7, 8 - R.6.

Рассмотрим два вопроса: каким образом энергия поступает в систему чудесных меридианов (от 12 стандартных меридианов) и как энергия покидает ЧМ? На эти вопросы чжэнь-цзю терапия фактически не дает прямого ответа. Следует отметить, что учение традиционной народной медицины о «чудесных сосудах» оказалось наименее завершенным. Поэтому можно предположить, что из 12 стандартных меридианов энергия попадает сначала в передний и задний срединные меридианы (Т + J) при помощи точек пересечения Т.12, Т.13, Т.4, Т.22, J.3, J.7, J.10 и т. д. Дальнейшее ее распределение происходит через общую точку соединения всех чудесных меридианов V.1. Нет информации о количественной нагрузке ЧМ, распределении энергии, поступающей от инь и ян-меридианов, о последовательности «заполнения» чудесных меридианов и т. д. Другой важный вопрос — о возвращении энергии от чудесных меридианов назад в систему 12 стандартных меридианов после выздоровления человека. Можно предполагать, что энергия переходит от чудесных меридианов назад в систему 12 стандартных меридианов через точки пересечения, расположенные на срединных меридианах и на 12 стандартных меридианах.

3. Взгляд на чудесные меридианы с позиции современной электротехники. Если рассматривать проблему чудесных меридианов с электрофизических позиций, то ЧМ не имеют права на существование. Причины этого следующие:

1) Чудесные меридианы (кроме Т и J) состоят из тех же акупунктурных точек, что и стандартные меридианы. Как могут ЧМ накапливать электрическую энергию, когда при пересечении с каналами стандартных меридианов они вынуждены отдать избыток энергии опять в систему 12 основных каналов? Если пересекаются два проводника тока (стандартный меридиан и чудесный меридиан), причем один из них имеет большую силу тока (ЧМ), то происходит перетекание электричества из проводника с избыточным количеством (ЧМ), в пересекающийся (P, GI, TR, VB и так далее). Поэтому нельзя представить, что по одним и тем же точкам проходят две траектории чудесного и стандартного меридианов (проводников тока) без взаимодействия друг с другом.

2) Интересно отметить, что траектории 12 стандартных каналов также пересекаются во многих местах. На голени пересекаются 2 меридиана (F и RP). В паховой области меридиан E пересекают траектории F и VB. На верхней губе E пересекает GI, в области щеки меридиан E пересекают GI, IG, TR. На шее IG пересекают V, TR, VB и т. д. Однако, энергия ЧИ одного меридиана не сливается с энергией другого, так как по каждому меридиану энергия движется в разное время суток: с 3 до 5 часов ночи — по меридиану легких, с 5 до 7 - по меридиану толстого кишечника, с 7 до 9 — по меридиану желудка и т. д.

3) С точки зрения электротехники невозможно объяснить «включение» чудесных меридианов при помощи командных (шлюзовых) точек. Например, точки IG.3, TR.5, P.7, MC.6 находятся на руках, а чудесные меридианы несут биотоки от ног к голове. Как можно воздействовать на энергетическое состояние чудесного меридиана, укалывая точку на кисти руки, никак не связанной с ним? В этом усматривается какой-то элемент фантастики. Кстати, нигде в китайских первоисточниках по чжэнь-цзю не поясняется, как надо воздействовать на точки-ключи — тонизировать или седатировать?

4) Внутри человеческого тела не существует электрического «прибора», который бы определял наличие избытка биотоков. Чудесные меридианы возникают при избытке энергии в системе 12 стандартных меридианов. Однако, сначала это состояние организм должен «диагностировать». Какая биологическая система может «подсказать» организму, что пора создавать «систему чудесных меридианов с заполнением их энергией»? Эти и другие вопросы заставляют сомневаться в реальности существования чудесных меридианов.

5) В теории чжэнь – цзю терапии нет описания внутренних ветвей чудесных меридианов, кроме двух – у ЧМ № 1 (точнее у заднесрединного меридиана Т) и у ЧМ № 5 (точнее у переднесрединного меридиана Ј). Однако, надо учитывать, что все чудесные меридианы несут свою энергию от нижних частей тела к голове и становится непонятным, как осуществляется циркуляция энергии, если нет обратного ее оттока от головы к ногам или к промежности.

4. Способы практического воздействия на ЧМ. Осталось выяснить последний, чисто практический вопрос: на какой чудесный меридиан надо воздействовать при той или иной болезни? Для этого существует три способа.

Первый — математический расчет «открытой» точки-ключа чудесного сосуда (чудесного меридиана). Он основан на учете биномов, года, коэффициента дня, коэффициентов часа, небесных и земных ветвей и т. д. Расчеты достаточно сложны и громоздки. Но смущает не это, а конечный результат, который на соответствующий год, месяц, день и час определяет открытую точку-ключ, т.е. определяет чудесный меридиан, который в данное время (год, день, час) вобрал в себя весь избыток энергии от 12 стандартных меридианов. Если определенному времени суток соответствует проявление активности какого-то одного меридиана, значит, имеется «временная зависимость» каждого из 8 чудесных меридианов! Однако, именно этого теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) и не предусматривает. Ни один крупный иглотерапевт древности и современности не упоминает о системе взаимоотношения «время — чудесный меридиан». Поэтому биномный расчет «открытой» точки — ключа чудесного меридиана является математической абстракцией, которая не имеет реальной теоретической основы. Кроме того, расчеты позволяют найти «открытую» точку-ключ чудесного сосуда и у здорового человека. Однако, если в данный момент пациент полностью здоров, то никакого избытка энергии ни в одном чудесном меридиане наблюдаться не будет. Тогда диагноз об избытке энергии в каком-то ЧМ у полностью здорового человека будет ошибочным!

Второй способ — диагностика «больного» чудесного меридиана на основании клинической информации. Не следует забывать, что в ЧМ может быть только избыток энергии и его точки только седатируются. Симптомы гиперизбытка определены древними китайскими врачами для каждого чудесного меридиана.

ЧМ № 1 (Т или ду-май): ограничение подвижности позвоночника, спазмы спинных мышц, тупая головная боль, кровоизлияние в мозг, афазия, эпилепсия, маниакальное состояние, покраснение, опухание и боли в глазах, слезотечение, люмбаго, боли в бедре и коленном суставе, ригидность шеи, лихорадочные состояния, боли в горле, зубная боль, опухание десен, чувство тяжести в конечностях, ночное потение;

ЧМ № 2 (Ян-цзю-май): болезни глаз, бессонница, эпилепсия, боли в спине, рвота, спазмы мышц нижних конечностей;

ЧМ № 3 (Ян-вэй-май): упадок сил, жар, проявляющийся лихорадкой и ознобами, тупая головная боль, рябь в глазах, астма, припухлость в области поясницы;

ЧМ № 4 (Дай-май): распирающие и вздутые живот, слабость в пояснице, атрофия мышц, расстройство моторики нижних конечностей, бели, выпадение матки, дисменорея;

ЧМ № 5 (Жэнь-май): геморрой, поносы, кашель, кровохаркание, зубная боль, опухание глотки, дизурические расстройства, боли в животе, затруднение глотания, икота, боли в грудной клетке, грыжа, люмбаго, бели, выкидыш, чувство похолодания в области пупка, маточные кровотечения, поллюции, боли в области половых органов;

ЧМ № 6 (Инь-цзао-май): сонливость, эпилепсия, боли в низу живота, боли в пояснице с иррадиацией в пах, спазмы мышц нижних конечностей, рвота, грыжа, маточные кровотечения, болезни глаз;

ЧМ № 7 (Инь-вэй-май): внутренний дискомфорт, боли в груди и в области сердца, боли в пояснице и в области половых органов;

ЧМ № 8 (Чун-май): дисменорея, бесплодие у мужчин и женщин, энурез, грыжа, боли в животе, метеоризм, одышка вследствие переполнения кишечника газами.

Третий способ диагностики «больного» чудесного меридиана можно назвать системно – эмпирическим. Сущность его состоит в следующем. Благодаря длительному практическому опыту древние китайские врачи пользовались следующей системой определения чудесного меридиана, который отбирает на хранение энергию от определенной пары 12 стандартных меридианов. Энергия от всех ян – меридианов через групповой ло - пункт всех ян-ЧМ (Т.1) попадает и накапливается в ЧМ № 1, а энергия от всех инь – меридианов через групповой ло - пункт всех инь-ЧМ (J.15) накапливается в ЧМ № 5. Далее через точку соединения всех чудесных меридианов V.1 происходит распределение энергии на другие ЧМ в следующем порядке. В ЧМ № 2 поступает избыток энергии от меридианов толстого кишечника (GI) и желудка (E), в ЧМ № 3 – от меридианов тонкого кишечника (IG) и мочевого пузыря (V), в ЧМ № 4 – от меридианов трех обогревателей (TR) и желчного пузыря (VB), в ЧМ № 6 – от меридианов легких (P) и селезенки – поджелудочной железы (RP), в ЧМ № 7 – от меридианов сердца (C) и почек (R), в ЧМ № 8 – от меридианов перикарда (MC) и печени (F). Этот вид систематизированной диагностики “больного” чудесного меридиана самый простой и самый распространенный у китайских иглотерапевтов. Таким образом в чудесные меридианы №2, 3, 4 поступает энергия от всех ян-меридианов, а в чудесные меридианы № 6, 7, 8 – от всех инь-меридианов.

5. Когда начинают работать чудесные меридианы? Если избыточное количество энергии в «больном» стандартном меридиане сохраняется 3 дня (отсчет начинается от начала проявления активного течения болезни: **сильные боли**, интоксикация, температура более 38° С, обильное выделение пота, тахикардия, учащение дыхания, лихорадка, судороги, симптомы отдаленно напоминают эректильную, эйфорическую стадию шока), то энергия начинает сбрасываться для хранения в срединные меридианы J и T (чудесные меридианы № 1 и 5, хранилище энергии для всех ЯН и ИНЬ меридианов). Процесс потери энергии в системе 12 стандартных меридианов всегда сопровождается симптомами: **слабость**, брадикардия, редкое дыхание, апатия, состояние близкое к потере сознания, симптомы отдаленно напоминают торпидную, тормозную стадию шока. В срединном меридиане J и T энергия накапливается еще 2 дня. Поэтому на чудесные меридианы № 1 и 5 можно воздействовать с целью удаления избытка энергии только после 3 дней активного проявления болезни, а на ЧМ № 2,3,4,6,7,8 можно воздействовать только после 5 дней. После 5 дней активного проявления болезни энергия передается из ЧМ № 1 и 5 в ЧМ № 2,3,4,6,7,8, из которых освобождение энергии

в систему 12 стандартных меридианов осуществляется только после начала выздоровления в обратном порядке (ЧМ № 2,3,4,6,7,8 → ЧМ № 1 и 5 → стандартный меридиан). В этот период прогрессивно увеличивается количество симптомов выздоровления.

6. Общая практика воздействия на точки ЧМ. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного «больного» стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ № 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При уменьшении энергии в каком-то одном ЧМ будет автоматически снижаться уровень энергии во всех других ЧМ. После того, как врач провел воздействие на описанные выше точки, можно воздействовать на чудесный меридиан, который вобрал в себя всю избыточную энергию от одного из 12 меридианов, называемого "больным" меридианом. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Сначала берут точку-ключ, которую тонизируют, если она находится на руках, и седатируют на ногах. Потом седатируют наиболее важные точки основы ЧМ, далее воздействуют на связующую точку (если она локализуется на руках — тонизируют, на ногах — седатируют). Так как во всех чудесных меридианах энергия должна только подниматься снизу (от ног, таза) вверх (к голове и рукам), то автор предлагает тонизировать все командные точки на руках и седатировать эти точки на ногах.

§ 31. Генератор энергии.

Современная физиология указывает на семь главных генераторов биотоков (источников электроэнергии) в человеческом организме: ретикулоэндотелиальная формация мозга, сердечные «водители ритма» и генераторы пяти органов чувств. В восточной медицине источники энергии (биотоков) представлены философско-абстрактными анатомическими образованиями: «полостями тела» или «океаном и 4 морями» энергии.

1. Теория «трех обогревателей тела». При анатомическом рассмотрении тела человека можно выделить три крупных полости, которые заполнены соответствующими органами: полость черепа (содержит мозг), грудная полость (содержит легкие, перикард и сердце) и брюшная полость (содержит все остальные органы). По классическим воззрениям акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), генераторами энергии являются внутренние органы грудной и брюшной полости, абстрактно называемые в своей совокупности «тремя полостями тела», или «тремя обогревателями тела». По мнению древних медиков, совокупность внутренних органов является источником жизненных сил ЧИ (ЦИ). **Верхняя полость** (шан-цзяо) включает внутренние органы, размещающиеся внутри грудной клетки — легкие и сердце. По традиционным воззрениям верхний генератор энергии дает энергию четырем меридианам: легких Р, сердца С, перикарда МС и трем обогревателям ТR. Регулятором деятельности органов верхней полости является точка переднего срединного меридиана J.17. **Средняя полость** туловища (чжан-цзяо) располагается в промежутке от диафрагмы до пупка, где размещаются органы: желудок, печень, желчный пузырь, тонкий кишечник. Срединный

генератор энергии вырабатывает энергию ЧИ для следующей четверки меридианов соответствующих вышеперечисленным органам: E, F, VB, IG. Регулятор деятельности средней полости—точка J.12.

Четыре моря энергии.

Таблица 14.

Группа	№	Название моря	Объединенные «морем» три меридиана	Точка входа энергии в 3 меридиана	Точка выхода энергии из 3 меридианов
Инь	1	Энергии	P, RP, C	J.17 – одновременно это точка океана энергии	E.9
	2	Крови	R, MC, F	VB.17	E.37, E.39
Ян	3	Пищевое	GI, E, IG	E.30	E.36
	4	Костно-мозговое	V, TR, VB	T.19, T.20	T.15, T.16

Точки у-шу.

Таблица 15.

Инь-меридиан	Точка-колодец (источник)	Точка-ручей (родник)	Точка-речушка	Точка-река	Точка-море
	Дерево	Огонь	Земля	Металл	Вода
P	P.11	P.10	P.9	P.8	P.5
RP	RP.1	RP.2	RP.3	RP.5	RP.9
C	C.9	C.8	C.7	C.4	C.3
R	R.1	R.2	R.3	R.7	R.10
MC	MC.9	MC.8	MC.7	MC.5	MC.3
F	F.1	F.2	F.3	F.4	F.8
Ян-меридиан	Точка-колодец (источник)	Точка-ручей (родник)	Точка-речушка	Точка-река	Точка-море
	Дерево	Огонь	Земля	Металл	Вода
GI	GI.5	GI.11	GI.1	GI.2	GI.3
E	E.41	E.36	E.45	E.44	E.43
IG	IG.5	IG.8	IG.1	IG.2	IG.3
V	V.60	V.40	V.67	V.66	V.65
TR	TR.6	TR.10	TR.1	TR.2	TR.3
VB	VB.38	VB.34	VB.44	VB.43	VB.41

Взаимоотношения точек у-шу в системе суточного цикла энергии. Таблица 16.

Энергетическая система	Метод	Направление передачи энергии
1+2	1. Большой инь, Тай-инь	RP.1, 2, 3, 5, 9 → J.12 → P.11, 10, 9, 8, 5 Обратное направление движения энергии: №4 → №1
	2. Малый ян, Мин-ян	GI.5, 11, 1, 2, 3 → E.1 → E.41, 36, 45, 44, 43 Нормальное направление энергии: №2 → №3

3+4	3. Средний Инь, Шао-инь	R.1, 2, 3, 7, 10 → J.23 → C.9, 8, 7, 4, 3 Обратное направление движения энергии №8 → №5
	4. Большой Ян, Тай-ян	IG.5, 8, 1, 2, 3 → V.1 → V.60, 40, 67, 66, 65 Нормальное направление энергии №6 → №7
5+6	5. Малый (узкий) Инь, Цзюй-инь	F.1, 2, 3, 4, 8 → J.18 → MC.9, 8, 7, 5, 3 Обратное направление движения энергии №12 → №9
	6. Средний Ян, Шао-ян	TR.6, 10, 1, 2, 3 → TR.22 → VB.38, 34, 44, 43, 41 Нормальное направление энергии: №10 → №11

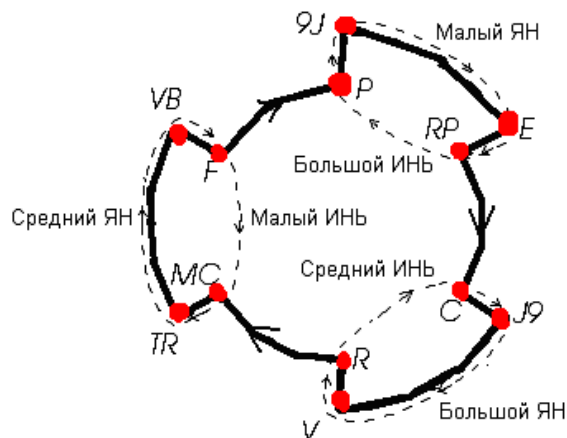


Рисунок 28. Циркуляция энергии в суточном цикле между точками у-шю.

Нижняя полость (я-цзяо) занимает пространство ниже пупка, где располагаются (на срезе в полулежачем положении) селезенка и поджелудочная железа, мочевого пузыря, почки, толстый кишечник. Нижний генератор энергии дает энергию ЧИ следующей четверки меридианов: RP, V, R и GI. Регулирует деятельность нижней полости точка J.7.

От генератора энергии в виде «трех полостей» энергия направляется к 12 основным каналам. В эту замкнутую систему она поступает через 12 точек-источников (пособников). Локализуются все точки-источники около кистей рук и стоп ног. **Смотрите таблицу 3.** Следовательно, должны существовать внутренние меридианы, которые передают энергию из «трех полостей тела» на конечности. Однако, о таких образованиях классическая чжэнь-цзю терапия не упоминает.

Существует и канал «трех полостей туловища», который расположен на внутренней стороне руки. Точки этого меридиана должны были бы иметь огромное значение, так как они воздействуют на выработку всей энергии в организме. При избытке энергии точками этого меридиана можно было бы блокировать процесс энерговыделения, при недостатке — стимулировать. Однако, иглотерапевтическая практика показывает, что при воздействии на акупунктурные точки меридиана «трех обогревателей» никаких общеэнергетических сдвигов не происходит. Он «ведет себя» как обыкновенный меридиан, а в большинстве случаев его отличает низкая терапевтическая активность точек. В практическом плане учение акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) о генераторе энергии «трех полостей тела» оторвано от представления о терапевтической роли точек меридиана с одноименным названием. Название меридиана не связано с названием генератора энергии, нет никакого единства между ними.

2. Теория «четырех морей энергии». Теория, утверждающая о том, что «три полости тела» являются местом выработки «жизненных сил ЧИ (ЦИ)», была выдвинута около 300 г. до н. э. («Трактат о внутреннем»). По-видимому, она не удовлетворяла иглотерапевтов

прошлого и поэтому в 500 г. н. э. была разработана другая теория о генераторах энергии, которая получила название «Четыре моря энергии» (Сы-хай-чи). По этой теории человек является «океаном» энергии, который состоит из четырех «морей» энергии. Точка «океан энергии» — J.17. Она используется для общего пополнения космической энергией при истощении организма. **См. табл. 14.**

«Море энергии» генерирует «жизненные силы ЧИ» для умственной и физической деятельности человека. «Море» объединяет (снабжает энергией) меридианы легких Р, поджелудочной железы — селезенки RP и сердца С. **«Море крови»** вырабатывает энергию для осуществления внутриклеточного обмена веществ в организме. Это «море» объединяет три меридиана: почек R, перикарда MC и печени F. **«Море пищевое»** генерирует энергию для переваривания пищи в желудочно-кишечном тракте и для поступления питательных веществ из него в кровяное русло. «Море» объединяет в себе три меридиана: толстого кишечника GI, желудка E и тонкого кишечника IG. **«Море костно - мозговое»** вырабатывает энергию для выделения продуктов распада из организма (мочи, кала, пота). Оно дает энергию трем меридианам: мочевого пузыря V, трех полостей тела TR и желчного пузыря VB. Каждое «море» выделяет энергию на поверхность тела не прямо внутрь принадлежащих ему каналов, а в незначительном удалении от них. Поэтому для каждого «морья» определена точка входа энергии от него сразу в 3 стандартные меридиана. Для отработанной энергии определена точка выхода, через которую энергия опять поступает к «морю» из 3 меридианов. Обращение древних авторов к водным категориям (канал, колодец, река, море, океан) не случайно. Дело в том, что они пытались подстроить свою систему взглядов к давно существующим в иглотерапии представлениям о движении энергии по каналам, озерам (бассейнам), по точкам-колодцам, ручьям, речушкам, рекам и точкам-морьям. Они создали единую **«водно-морскую» теорию энергетического строения организма**, начиная от выработки энергии и кончая функциональной деятельностью точек.

Сравнение точек с водными структурами началось на заре развития иглотерапии. Позже оно выделилось в учение о «пяти точках шу», или «у-шу». Через точки «у - шу» происходит передача энергии от «морья энергии» в наружные 12 меридианов, а потом – к их внутренним меридианам и назад к «морю энергии»: «море энергии» - точка – колодец, точка – родник (ручей), точка – речушка (маленькая река), точка – река (большая река), точка – море – внутренний меридиан – опять «море энергии». В точке - колодец возникает поток энергии, точка – река передает энергию к трем стандартным меридианам, а точка – море передает энергию внутренним меридианам, которые питают энергией соответствующие внутренние органы. В составе каждого из 12 каналов существуют точки, которые определенным образом распространяют энергию по всему меридиану. Функциональная деятельность точек у-шу характеризуется следующим образом («Трактат Нань-цзин»): *« - там, где в теле берутся жизненные силы ЧИ, там образуется колодец-цзин; там, где ЧИ сочится, - возникает ручей-жизнь; там, где ЧИ течет, образуется речушка-шу; там, где ЧИ движется, подобно потоку, - образуется река-цин; там, где ЧИ входит в наружные меридианы и дальше внутрь организма к внутренним органам чжан-фу, - образуется точка-«море» (объединение, устье, хэ, хай)»*. Пять точек у-шу сумме играют роль ускорителей, регуляторов скорости движения энергии по меридиану. По классическим представлениям, на инь-каналах (Р, RP, С, R, MC, F) точки-колодцы соответствуют точкам-«дерево», на ян-каналах (GI, E, IG, V, TR, VB) - точкам-«металл». Точки-ручьи на инь-каналах соответствуют точкам-«огонь», на ян-каналах — точкам-«вода». Точки-речушки на инь-каналах соответствуют точкам-«земля», на ян-каналах - точкам-«дерево», точки-реки на инь-каналах

соответствуют точкам-«металл», на ян-каналах — точкам-«огонь». Точки-моря на инь-каналах соответствуют точкам-«вода», на ян-каналах - точкам-«земля». [Смотрите таблицу 15.](#)

Практическое применение каждой точки у-шу основано на следующих клинических симптомах. **Точки-колодцы** соответствуют мышцам, плоти, поверхностному, тонкому и используются, при недостатке энергии в меридиане. Точки-колодцы инь-каналов берут у больных с жалобами на чувство распирания и давления под сердцем. Точки-колодцы тонизируют при недостатке энергии и не используют при избытке. Для усиления воздействия берут точку-колодец и точку-родник (ручей). **Точки-ручьи** на инь-меридианах укалывают при наличии температуры, так как они соответствуют «огню», поэтому управляют жаром в теле. **Точки-речушки** (быстрина) укалывают при общем чувстве тяжести, при болях в связках, мышцах, суставах. **Точки-реки** укалывают при одышке, кашле (на инь-меридианах), высокой температуре и ознобе (на ян-меридианах). **Точки-моря** уменьшают энергию меридианов, так как способствуют направлению ее во внутренние меридианы (в том числе и к ЧМ). Точки не рекомендовано брать при недостатке энергии в меридиане. Применение точек у-шу в комплексе дает хороший результат при большом избытке энергии в меридиане. [Смотрите таблицу 16 и рисунок 28.](#) Если врач произвел воздействие на точки у-шу по методике «большой инь + малый ян», то часть энергии будет совершать бесконечные круговороты по точкам акупунктуры 4 меридианов: RP—P—GI—E. В таком случае энергия будет утилизироваться в двух замкнутых кривых: по вновь образованному циклу из 4 меридианов и внутри русла 12 каналов суточного цикла. Следовательно, в работе по утилизации энергии будет задействовано 16 меридианов. Можно задействовать еще 2 системы по 4 меридиана: «средний инь + большой ян» и «малый инь + средний ян». Тогда одновременно будут поглощать биотоки в трех малых и одном большом цикле сразу 24 меридиана. Однако, такое возможно только теоретически. Практически приходится ликвидировать избыток энергии в одном меридиане, который вызывается болезнью, поэтому применяется один из трех описанных методов.

Кроме этих точек существуют так называемые нижние точки-моря (точки нижние хэ): E.36, E.37, E.39, VB.34, V.40, V.39. Они используются для снятия синдрома избытка энергии в меридианах через соответствующие им органы: желудок, желчный пузырь и мочевого пузыря. По традиционным воззрениям, эти точки рассеивают энергию от этих органов в три внутренних канала: большой, средний и малый ян. Точки седатируют, укол должен быть глубоким.

§32. Агрессивные факторы внешней среды.

Согласно традиционной китайской медицине, все болезни вызывают дисгармонию энергии в 12 парных меридианах. В свою очередь, причиной всех болезней является воздействие на организм 5 агрессивных (климатических) факторов: жары, холода, влажности, сухости и ветра. Согласно древнекитайской философии болезнетворные агрессивные факторы проникают в организм через отверстия (или окна) в теле человека, которыми служат акупунктурные точки открытых поверхностей тела : кистей рук, стоп и головы. Холод (простуда) и влажность проникают через стопы ног, жар и сухость – через голову, а ветер – через руки. Соответственно этому должно осуществляться лечение патогенных факторов: лечение холода и влажности - через тонизацию акупунктурных точек на ногах, жара и сухости – седатацией точек на голове, ветра – гармонизацией точек на руках. Древним медикам неизвестны были патогенные вирусы и бактерии, склеротическое перерождение сосудов, болезни крови, гормональные и онкологические

заболевания. Примитивные представления об этиопатогенезе болезней нашли отражение и в иглотерапевтической диагностике.

Патогенные климатические факторы.

Таблица 17.

Болезнь, вызванная патогеном	Огонь	Земля	Металл	Вода	Дерево
	IG - C, TR - MC	E - RP	GI - P	V - R	VB - F
P (Pathogen ян) – указывает на избыток или недостаток энергии в ян -меридиане: IG,TR,E,GI,V,VB. p (pathogen инь) – указывает на избыток или недостаток энергии в инь -меридиане: C, MC, RP, P, R, F.	Жара (зной)	Влажность (сырость)	Сухость	Холод	Ветер
Острые вирусные и бактериальные инфекции (грипп, ОРЗ, пневмония, пищевые отравления, дизентерия, тиф, энцефалиты и сотни других инфекционных болезней). Острые хирургические заболевания (аппендицит, перитонит, флегмона, рожистое воспаление и другие). Острая стадия терапевтических заболеваний , сопровождающиеся высокой температурой тела (ревматизм, подагра, цистит, гепатит, гастроэнтерит, панкреатит,).	(Pathogen +) = (IG+) избыток энергии в меридианах IG и TR элемента ОГОНЬ.			(pathogen -) = (R-) недостаток энергии в меридиане R элемента ВОДА.	
Хронические болезни (инфекционные и неинфекционные)					
Невралгия тройничного нерва		p + (RP+)		P – (V-)	
Ишиас		p+		P-	
Неврит лицевого нерва		p+		P-	
Радикулит, остеохондроз		p+		P-	
Плече-лопаточный периартрит, сахарный диабет		P+			p- (F-)
Артриты, миозиты, болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит				P+ (V+)	p- (F-)
Межреберная невралгия				P+ (V+)	p- (F-)
Бронхиальная астма, бронхит, ларингит, ринит		p- (RP-)			P+ (VB+)
Гипертония, гипотония				P- (V-)	p+ (F+)
Гепатит, холецистит			p- (P-)		P+ (VB+)
Гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, энтерит	P- (GI-)		p+ (P+)		
Гинекологические заболевания		P- (E-)		p+ (R+)	
Ревматизм				p+ (R+)	P- (VB-)
Цистит		p- (RP-)		P+ (V+)	
Экзема, псориаз, дерматит			P+ (GI+)	p- (R-)	
Стенокардия	p- (C-)		P+ (GI+)		
Неврастения, шизофрения	p- (C-)		p- (P-)		
Маниакально - депрессивный психоз	p- (C-)		p- (P-)		
Истерия, эпилепсия	p+ (C+)		p- (P-)		

Например, классический иглотерапевтический диагноз **радикулита** звучит так: поражение системы меридианов мочевого пузыря и почек, полнота мышечно-сухожильного меридиана цзю-тай-ян (связанного с меридианом мочевого пузыря), пустота основного меридиана мочевого пузыря, полнота основного меридиана почек, болезнь вызвана патологической энергией холода и сырости. **Бронхиальная астма** имеет такое традиционное заключение: поражение меридианов легких и толстой кишки, полнота меридиана легких и пустота меридиана толстой кишки вследствие патогенного воздействия ветра и сырости. Все болезни в иглотерапии имеют свою причину возникновения. **Смотрите таблицу 17.** Как правило, болезнь вызывает сразу два фактора: сырость-холод, жара-влажность, ветер-холод и т. д. Из пяти патогенных факторов главными являются **холод и жара (зной)**. Эти два физических антагониста являются в иглотерапии и энергетическими антагонистами. Остальные три патогенных фактора (сырость, ветер и сухость) усиливают воздействие холода или жары и являются дополнительными. По традиционному воззрению патогенный климатический фактор воздействует на два свой элемент, состоящим из двух меридианов, чрезмерно повышая или понижая энергию в одном из них. Таким образом патогенный фактор способствует неравномерному распределению энергии в системе 12 стандартных меридианов, так как смещает ее в какую-то сторону внутри замкнутого суточного (или годового) цикла. Дисбаланс энергии в системе вызывает болезнь. Лечение должно ликвидировать энергетический дисбаланс.

1. Правило воздействия климатических патогенного факторов ЖАРЫ и ХОЛОДА. «Холод» уменьшает общее количество энергии внутри элемента ВОДА (образуется синдром инь), а «жара» повышает общее количество энергии внутри элемента ОГОНЬ (образуется синдром ян).

«Жара» увеличивает общее количество энергии внутри каналов элемента ОГОНЬ GI, TR, и уменьшает её в меридианах С и МС. По этой причине возникают следующие клинические симптомы: повышение температуры тела, покраснение лица, быстрый пульс, судороги, бред, интенсивно работают все внутренние органы. Длительность течения синдрома «жара» истощает функциональные возможности внутренних органов. Механизм, который приводит к насыщению энергией 12 меридианов, состоит в блокировании путей ее накопления, препятствует освобождению энергии и ее нейтрализации. На практике для предотвращения патогенной деятельности фактора «жары» рекомендуется стимулировать работу накопителей энергии (чудесных меридианов) и воздействовать на точки выхода энергии из меридианов назад к «морям энергии».

«Холод» воздействует на элемент ВОДА, уменьшает количество энергии внутри канала почек R и увеличивает энергию в меридиане мочевого пузыря V. Процесс изъятия из организма энергии «холодом» сопровождается такими клиническими симптомами, как общая слабость, вялость, апатия, сонливость, бледное лицо, медленный пульс, недостаточность и ослабление работы внутренних органов. Дефицит энергии и понятие «холод» в иглотерапии имеют одинаковое значение. «Холод» может трансформироваться в «жару» и, наоборот, «жара» в «холод».

На практике диагностика по патогенному фактору всех **острых заболеваний**, протекающих с высокой температурой, достаточно стандартна, так как все они вызваны патогенном ЖАРЫ – ХОЛОДА, возникают по причине избытка энергии в двух меридианах элемента ОГОНЬ (GI, TR) и недостатка энергии в меридиане R элемента ВОДА. При наличии болезней с высокой температурой упрощается акупунктурная диагностика и подбор рецептуры. **Лечение болезней, возникшей от патогенного**

фактора ЖАРА сводится к уменьшению энергии внутри элемента ОГОНЬ (GI, TR). Лечение болезней, возникшей от патогенного фактора ХОЛОД сводится к увеличению энергии в элементе ВОДА в меридиане почек R.

Акупунктурная диагностика по патогенному фактору хронических заболеваний не имеет закономерностей и подвержено стандартизации, которая приводится в [таблице 17](#).

2. Смертельный дисбаланс энергии ЧИ. Китайская нетрадиционная медицина утверждает, что самые тяжёлые болезни, которые (как правило) приводят к гибели пациента, возникают от воздействия на организм человека всех пяти патогенных факторов одновременно: жары, влажности, сухости, холода и ветра. Например, человек может находиться длительное время в комнате, где на него воздействовала **сильная жара и чрезмерная сухость воздуха**. После выхода на улицу в зимнее время года на человека интенсивно воздействует **влажность, холод и ветер**. От воздействия на организм сразу пяти климатических неблагоприятных факторов одновременно происходит тотальный дисбаланс энергии, опасный для жизни. Возникают болезни, которые приводят к длительной потере сознания (шок, кома, чрезмерно высокая температура, лихорадка, интоксикация). Болезни, угрожающие жизни пациента, современная медицина лечит в реанимационных палатах. Но тысячелетия назад не существовало реанимационных методик, и в Китае больных людей в предсмертной агонии лечили иглотерапевты своими методами. При наличии грубых энергетических патологий почти останавливалась циркуляция энергии по 12 стандартным меридианам, и человек начинал медленно умирать. Агония с потерей сознания может продлиться несколько суток, после чего следует смерть человека. Китайские иглотерапевты по пульсу определяли энергетику больного человека, находящегося в агональном состоянии. Смертельно опасный дисбаланс энергии может быть четырёх видов:

1) Чрезмерное **повышение энергии ЧИ** во всех 12 меридианах одновременно, протекает с высокой температурой тела более 41 ° C (чума, холера, молниеносное развитие менингита, энцефалита, тяжёлое воспаление лёгких, «тепловой удар» и так далее). Причина возникновения «смертельного энергетического избытка» состоит в том, что патогенные факторы (ЖАРА и другие) вырабатывает большое количество энергии внутри генераторов энергии («моря энергии», «моря крови», «моря пищевого» или «костно — мозгового моря») к 12 меридианам. Поэтому на практике для предотвращения патогенной деятельности фактора ЖАРЫ рекомендуется воздействовать на точки входа и выхода энергии соответствующих «морей энергии» или вообще «океана энергии». «Океан энергии» восполняет энергией 12 стандартных меридианов через точку выхода энергии J.17. Одновременно лечение данного энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии возможно через понижение энергии ЧИ у всех 12 стандартных меридианов и одновременно в чудесных меридианах.

2) Чрезмерное **снижение энергии ЧИ** во всех 12 меридианов одновременно сопровождается снижением температуры тела до 35 ° C (длительный голод, длительная жажда и обезвоживание организма, потеря большого количества крови, инсульт, инфаркт, онкологическое заболевание, травма, огнестрельное ранение, переохлаждение и так далее). Причина возникновения всеобщего энергетического дефицита состоит в том, что патогенные факторы (ХОЛОД и другие) блокируют поступление энергии от генераторов («моря энергии», «моря крови», «моря пищевого» или «костно — мозгового моря») к 12 меридианам. Поэтому на практике для предотвращения смерти человека рекомендуется воздействовать на точки входа и выхода энергии соответствующих «морей энергии» или вообще «океана энергии». Одновременно лечение данного

энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии возможно через повышение энергии ЧИ у всех 12 меридианов одновременно.

3) **Дисбаланс энергии ЧИ** между всеми инь (С, МС, РР, Р, R, F) и ян (IG, TR, E, GI, V, VB) меридианами одновременно. Например, может быть чрезмерно повышена энергия ЧИ у инь – меридианов. При этом пациент будет чувствовать внутреннюю жару и наружный холод (озноб, холодный пот). Возможен противоположный вариант расположения энергии ЧИ в инь и ян меридианах, когда у ян- меридианов количество энергии будет повышена, тогда пациент будет чувствовать внутренний холод и наружную жару (жар, интенсивное потение).

Древние китайские врачи наделяли следующими ранними симптомами смертельный дисбаланс энергии в инь и ян меридианах:

а. Недостаток энергии в инь-меридианах (дефицит инь) представлен следующей симптоматикой: липкая и влажная кожа, укороченное и быстрое дыхание, покраснение лица, жажда с предпочтением холодных напитков, горячие ладони и подошвы, непереносимость тепла, беспокойство, раздражительность, субфебрильная лихорадка, красный сухой язык, быстрый и слабый пульс.

б. Избыток энергии в инь-меридианах (избыток инь): шумное дыхание, грубый голос, раздражительность, чувство переполнения в груди, распирающие в животе, запоры, шершавый язык с желтым налетом, глубокий редкий пульс.

в. Недостаток энергии в ян-меридианах (дефицит ян): профузный холодный пот (как капельки воды), слабое дыхание, бледность, отсутствие жажды, предпочтение теплым напиткам, похолодание тела и конечностей, непереносимость холода, апатия, бледный и влажный язык, редкий и напряженный пульс.

г. Избыток энергии в ян - меридианах (избыток ян): отсутствие пота, боли во всем теле, покраснение лица и тела, лихорадка, озноб, жажда с предпочтением холодных напитков, запоры, скудное количество желтой мочи, красный язык с сухим желтым налетом, быстрый пульс.

Лечение данного энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии состоит в повышении энергии у всех 6 меридианов с недостатком энергии ЧИ, и понижении энергии у всех 6 меридианов с избытком энергии ЧИ. Дополнительно при дисбалансе энергии типа инь-ян используют следующие принципы лечения. **Во-первых**, прижигание (цзю) обязательно при преобладании синдрома «холода», и противопоказано при синдроме «жары». **Во-вторых**, для ликвидации дисбаланса энергии типа инь-ян необходимо использовать общие инь-ян ло-пункты. Благодаря воздействию на эти ло-пункты, происходит ликвидация инь-ян дисбаланса. Ранее упоминалось, что общими ян ло-пунктами являются точки TR.5 и T.1, а общими инь ло-пунктами — точки МС.6, Р.7, J.1. **В-третьих**, по традиционному воззрению, осуществляет прямое воздействие на все цзан-органы точка F.13, а на все фу-органы—точка J.12. Поэтому при дисбалансе энергии во всех инь-меридианах воздействуют на точку F.13, а при дисбалансе энергии в ян-меридианах — на точку J.12. **В-четвертых**, при избытке энергии во всех фу-органах (ян-меридианах) воздействуют на нижние хэ (моря). К ним относятся: для желудка — E.36, толстого кишечника—E.37, тонкого кишечника—E.39, желчного пузыря — VB.34, мочевого пузыря — V.40, трех полостей тела — V.39.

4) **Дисбаланс энергии ЧИ в виде её чрезмерной концентрации в верхней или нижней половине тела (туловища)**. Например, при чрезмерном избытке энергии в верхней половине тела определяется избыток энергии у всех ручных меридианов (С, МС, Р, GI, IG, TR,) и сильный недостаток энергии в нижних отделах ножных меридианов (РР, R, F, E, V, VB). То есть верхняя половина ножного меридиана будет перенасыщена энергией, а нижняя – находится в чрезмерном дефиците энергии ЧИ. По традиционным представлениям китайских медиков верхние цзан-органы (легкие, сердце, перикард) опускают ЧИ вниз, а нижние (почки, печень, селезенка) поднимают ее вверх. Если

болезнь возникла от избытка энергии, и она локализовалась в верхней половине туловища, на голове или верхних конечностях, диагностируется патологическое поднятие энергии. Возникают симптомы: сильные головные боли, онемение кожи рук и головы, тошнота, рвота, кашель, одышка, боли в сердце и в лёгких. Если болезнь от избытка энергии поразила нижнюю часть туловища или ноги, то говорят об опускании энергии ЧИ. Возникают симптомы: боли внизу живота, у женщин возникают обильные выделения из влагалища, онемение кожи ног, движение в суставах ног затруднены и болезненны.

А. Из всех цзан - органов самым верхним являются легкие, самым нижним — почки. Поэтому при необходимости в направлении энергии вниз седатируют меридиан легких Р. Если он имеет недостаток энергии, то седатируют меридиан сердца С. Для этого выбирают любой из описанных методов. При необходимости поднять энергию ЧИ вверх седатируют меридиан почек R. Если он имеет недостаток энергии, то седатируют меридиан селезенки RP. Выравнивание баланса энергии в верхней и нижней половинах тела происходит по следующему правилу: надо опустить энергию — дави сверху вниз (седатируют меридиан лёгких), надо поднять энергию — дави снизу вверх (седатируют меридиан почек).

Б. Кроме того, имеется способ воздействия на «окна в небо». Точки «окна в небо» применяются при невозможности энергии ЧИ подняться вверх вследствие ее блокады, извращенного тока ЧИ вниз или при общей недостаточности ЧИ. Различают две группы этих точек: большие окна (E.9, GI.18, TR.16, V.10, F.3) и малые окна (T.22, IG.17, E.16, MC.1).

В. При недостаточном поднятия вверх энергии ЧИ используют T.20, J.6, J.4, E.36. Метод поднятия энергии не применяется у больных с дефицитом энергии в нижней части тела и с избытком в верхней его части.

Г. Примеры опускания поднявшейся ЧИ и подавления гиперактивности ян-ножных-меридианов: для опускания ЧИ желудка используются точки: J.17, J.12, MC.6, E.36; для сдерживания и опускания ЧИ печени — VB.20, F.3, R.1. Метод опускания энергии не применяется при дефиците энергии в верхней части тела в сочетании с избытком в нижней его части.

§ 33. Традиционное учение об органах и меридианах.

Без знания клинико-анатомических характеристик цзан-фу органов и их меридианов поставить правильный иглотерапевтический диагноз невозможно. Поясним, что под термином «орган» в традиционной китайской медицине понимается целая медико-философская функциональная система, которая управляет специфическими реакциями по обмену веществ в организме, обладает специфическими общеэнергетическими функциями, контролирует мышление и эмоции. Свойства, которыми обладает орган, автоматически переносятся на его меридиан. Орган и меридиан – едины. Например, заболевает сердце и тотчас возникает дисбаланс энергии в меридиане сердца. Если избыток энергии переполняет меридиан сердца, то это обязательно отразится ухудшением деятельности сердца (органа). По классическим представлениям легкие управляют энергией ЧИ и дыханием. Этой же функцией наделяется и меридиан легкого. Нет такого рода функциональной деятельности, которой обладал бы орган и не имел меридиан и – наоборот. Поэтому, перечисляя свойство органов, одновременно характеризуем и деятельность их меридианов.

Существует два основных типа органов: цзан и фу. **Цзан-органы** это – в основном плотные паренхиматозные органы: печень, сердце и перикард, селезенка, почки и легкие. Цзан-органы образуют инь -меридианы перечисленных названий. Главной функцией этих органов является переработка и хранение питательных веществ, жизненной энергии ЧИ, крови и жидкостей тела.

Фу-органы полые: толстый кишечник, тонкий кишечник, желудок, желчный пузырь, мочевой пузырь и три полости тела (сань-цзяо). Фу-органы образуют ян-меридианы соответствующих названий. Главной функцией органов является переваривание и всасывание пищи, а также удаление различных шлаков из организма.

Цзан и фу-органы объединены в пары и вместе составляют единый Элемент системы У-СИН. Легкие (орган цзан) соединены с толстым кишечником (орган фу), печень—с желчным пузырем, почки—с мочевым пузырем, селезенка (и поджелудочная железа) – с желудком, сердце — с тонким кишечником, перикард — с тремя полостями тела. Такое объединение цзан-фу-органов анатомически и физиологически оправдано.

1. Легкие Р имеют следующие главные функции:

А. Управление энергией ЧИ и дыханием. В легких происходит смешивание ЧИ, приходящей с вдыхаемым воздухом (кислород), и ЧИ, идущей изнутри организма (углекислый газ). При этом человек вдыхает «чистую ЧИ» и удаляет «загрязненную ЧИ». Дыхательная функция легких существенно влияет на активность всего организма и каждого органа в отдельности. Легкие контролируют рассеивание, распределение энергии ЧИ по всему организму для всех других органов и систем.

Б. Состояние ЧИ легких напрямую влияет на речевой аппарат человека.

В. Осуществляет контроль за состоянием кожи и волос. Заболевания этих тканей наступают при дисфункции энергии в меридиане легких.

Г. Потовые железы являются составными элементами кожи. Благодаря контролю за количеством выделенного пота, легкие влияют на водный обмен. Например, в жару 30 градусов по Цельсию с потом выделяется 65% воды, а почками только 35%. Зимой с потом выделяется всего 5% воды, а почками - 95%.

Д. Меридиан легких осуществляет контроль за «опусканием энергии ЧИ вниз».

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Слизистая носа отражает энергетическое состояние меридиана легких. Свободное, редкое и очень глубокое дыхание с большим объемом вдыхаемого воздуха указывает на гармонию энергии в меридиане легких. Затрудненное дыхание, частое, чихание и хронический насморк указывают на избыток энергии в меридиане легких. Ногти в виде "часового стекла" указывают на множественную патологию легочных альвеол.

Лечение. Так как меридиан легких является энергетическим антагонистом меридиана толстого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане толстого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан легких можно лечить все перечисленные болезни меридиана толстого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни легких, бронхов, гортани, голосовых связок, носа, гайморовых пазух, обонятельную функцию носа, патологию кожи, волос (а точнее - функциональную деятельность волосяных луковиц), анемию (сниженное количество кислорода в крови, зависящее от проницаемости легочных альвеол). Меридиан легких влияет на работу потовых желез, а следовательно, может влиять на количество выделяемого пота и температуру тела.

2. Толстый кишечник GI. Главная функция — выделительная. Толстый кишечник осуществляет «прием» пищи из тонкого кишечника, всасывает жидкость из кишечника в кровь, формирует консистенцию кала, выделяет кал из прямой кишки. Патология проявляется запорами и поносами.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Нос (его длина) — зеркало энергетического состояния толстого кишечника. Человек с длинным носом имеет наследственный недостаток энергии в меридиане толстого кишечника, а с коротким носом (курносый) – избыток энергии.

Лечение. Так как меридиан толстого кишечника является энергетическим антагонистом меридиана легких, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане легких повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан толстого кишечника можно лечить все перечисленные болезни меридиана легких. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни толстого кишечника (метеоризм, поносы, запоры), сигмовидной и прямой кишки (исключая анус, который контролируется меридианом почек).

3. Желудок E. Главная функция – переваривание, всасывание пищи и продвижение ее в тонкий кишечник. Питательные вещества из него поступают в кровяное русло, являются питательной средой организма, а за функцию питательной ценности крови отвечает меридиан селезенки - поджелудочной железы. Если в желудке пища плохо переваривается, то и к селезенке и к поджелудочной железе поступит недостаточное количество питательных веществ, поэтому эти органы работают совместно, и являются главными органами пищеварения. ЧИ желудка опускается с пищей вниз. Патологическое «поднятие» пищи сопровождается тошнотой, рвотой, срыгиванием.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Губы (их форма) — зеркало энергетического состояния желудка. Толстые губы говорят об наследственном избытке энергии в меридиане желудка. Тонкие губы говорят указывают на наследственный недостаток энергии в меридиане. Если губы имеют мелкие трещины по краям (заеды), то также можно утверждать о недостатке энергии в меридиане желудка.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана селезенки, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане селезенки повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан желудка можно лечить все болезни меридиана селезенки и поджелудочной железы. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана желудка лечат болезни желудка.

4. Селезенка и поджелудочная железа RP (учитывается их суммарная деятельность) имеют следующие главные функции:

А. Управление транспортировкой по руслу крови и усвоением органами питательных веществ и воды. По представлению древних китайских медиков, пища является материалом для получения энергии ЧИ и крови, а расщепляется пища на составные части в селезенке и поджелудочной железе. Поэтому эти органы являются главными цзан - органами при получении энергии и крови. Кроме того, селезенка выполняет важную функцию в водном обмене: удаляет избыток жидкостей из тканей и каналов в кровяное русло (а дальше через почки и мочевой пузырь вода удаляется из организма). Поддерживает, с одной стороны, достаточную «влажность» кожи и органов (контролирует величину отеков у воспаленной ткани), а с другой — не допускает

впитывания избытка влаги (не допускает «сырости»). Эту функцию выполняет ЧИ селезенки, которая имеет свойство подниматься вверх. Если же она застаивается или опускается вниз, то появляются головокружение (от голодания клеток мозга), выпадение прямой кишки, опущение внутренних органов.

Б. Влияние на эмоциональную и интеллектуальную сферы психической деятельности: регулирование интеллектуально - мыслительного напряжения, памяти, накапливание знаний, способности к обучению, склонность к научно-теоретической деятельности.

В. Управление эластичностью сосудов, проявляет антисклеротические свойства. Селезенка «препятствует выходу крови из сосудистого русла». Поэтому, если ЧИ селезенки ослаблена, могут быть различные геморрагические проявления, маточные кровотечения, пурпура, мелена и т. д.

Г. Управление мышцами. Селезенка доставляет в мышцы питательные вещества и воду, от этого увеличивается мышечная сила.

Д. Селезенка «открывается в рот и проявляется на губах». Так как основной функцией селезенки является транспортировка и усвоение органами пищи, то ощущение вкуса пищи является прямым показателем состояния селезенки. Например, при задержке патогенной «сырости» появляется «жирный» привкус во рту и снижаются вкусовые ощущения.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Губы (их влажность и цвет) отражают энергетическое состояние меридиана селезенки - поджелудочной железы. Дефицит энергии ЧИ в селезенке приводит к бледности губ. Если края губ опущены вниз, то это означает, что по наследству передалась плохая функциональная деятельность селезенки. Дефицит энергии ЧИ в поджелудочной железе приводит к сухости губ. Постоянная жажда и запах ацетона изо рта точно указывают на патологию поджелудочной железы.

Лечение. Так как меридиан селезенки - поджелудочной железы является энергетическим антагонистом меридиана желудка, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желудка повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому, через воздействие на меридиан селезенки - поджелудочной можно лечить все перечисленные болезни меридиана желудка. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни селезенки, поджелудочной железы, опухание тканей (воспалительного и травматического генеза), опущение внутренних органов (опущение почек), патологические изменения биохимического состава крови (количество белковых фракций и глюкозы), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), геморрагические проявления (пурпура, мелена, маточные кровотечения), болезни мышц, патология вкуса.

5. Сердце С имеет следующие главные функции:

А. Управляет кровью и сосудами (артериями), обеспечивает кровообращение, которое осуществляется при совместной деятельности сердца и сосудов. Работа сердца зависит от энергии ЧИ, и если ее вырабатывается достаточно, то кровоток активный. (Меридиан сердца контролирует состояние крупных сосудов, а меридиан перикарда контролирует состояние самых мелких кровеносных сосудов - капилляров). Меридиан сердца управляет тонусом артерий, а меридиан печени – тонусом вен.

Б. Сердце является хранилищем души. Психика, по теории традиционной китайской медицины, связана со всеми цзан-фу-органами, но главным образом – с

сердцем. Материальной основой для функционирования психики является количество крови, поступающее к мозгу, а «уровень омываемости» кровью органа осуществляется сердцем.

В. Сердце «открывается в язык и проявляется на лице». Язык имеет внутреннюю связь с каналом сердца, поэтому по его состоянию можно судить о функционировании сердца. При дефиците крови в сердце язык бледнеет, а при «возгорании огня» (температуре, избытке энергии) кончик языка краснеет, и на его поверхности появляются язвочки. При расстройствах кровообращения изменяется в первую очередь цвет лица. Оно может краснеть, бледнеть, становиться серым, желтым и т. д.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Язык (его цвет) – зеркало энергетического состояния меридиана сердца. Красный язык (и лицо) говорит об избытке энергии в меридиане сердца, бледный язык (и лицо) – о недостатке.

Лечение. Так как меридиан сердца является энергетическим антагонистом меридиана тонкого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане тонкого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан сердца можно лечить болезни меридиана тонкого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни сердца, болезни крупных артерий, психические болезни, болезни языка, миндалин, зева.

6. Тонкий кишечник IG своим верхним отделом соединен с желудком, а нижним — с толстым кишечником. Главными функциями являются дальнейшее переваривание и всасывание пищи, поступающей из желудка. Твердую пищу он разделяет на «чистую» (всасываемую в кровь) и «мутную» (кал), которую передает в толстый кишечник. Тонкий кишечник всасывает воду лучше, чем желудок, поэтому в желудке всасывается 20% поступающей с пищей воды, а в тонкой кишке – 50%, а в толстой кишке – оставшаяся часть. Если вода будет плохо всасываться в тонком кишечнике, то возникает понос, удаление воды из организма, а это вызывает обезвоживание организма и прекращение выделения воды почками. Теория У-СИН утверждает, что тонкий кишечник контролирует поступление воды в кровь, а почки – из крови в мочевой пузырь. При нарушении работы тонкого кишечника появляются не только расстройства пищеварения, но и мочеиспускания, которое проявляется в увеличении или в уменьшении выделяемой мочевым пузырем мочи.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Язык (налет и трещины на самом кончике языка) — зеркало энергетического состояния тонкого кишечника. Налет на языке указывает на недостаток энергии в меридиане, трещины – на избыток.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана сердца, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане сердца повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан тонкого кишечника можно лечить все болезни меридиана сердца. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана тонкого кишечника лечатся болезни самого тонкого кишечника, двенадцатиперстной кишки, функциональная патология сфинктера Одди, выпускающего соки поджелудочной железы и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (например, дискинезия желчного пузыря).

7. Мочевой пузырь V имеет главную функцию временного хранения и удаления мочи из организма.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Уши – зеркало энергетического состояния мочевого пузыря. Человек с большими по размеру ушами имеет наследственный недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря и избыток в меридиане почек. Человек с мелкими по размеру ушами имеет наследственный избыток энергии в меридиане мочевого пузыря и недостаток в меридиане почек. Китайские врачи утверждают, что чем большего размера у человека уши, тем выше энергетический потенциал в меридиане почек, тем человек умнее.

Лечение. Так как меридиан мочевого пузыря является энергетическим антагонистом меридиана почек, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане почек повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан мочевого пузыря можно лечить все болезни меридиана почек. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся все болезни мочевого пузыря (кроме его сфинктера, который контролируется меридианом почек).

8. Почки Р имеют следующие главные функции:

А. Хранение эссенции, управление ростом и развитием организма. Эссенция — это материальная основа организма и его функции. Она состоит из двух частей: врожденной (данной родителями по наследству) и приобретенной (образуется из питательных веществ в процессе роста организма). Истощение обоих видов эссенции почек является основной причиной старения и смерти. Энергия почек участвует в процессе роста, созревания и воспроизводства человека. Поэтому традиционная китайская медицина уделяет почкам особое внимание.

Б. Влияние на половую сферу человека. Почки контролируют детородную функцию, протекание менструации у женщин, влияют на фригидность и потенцию.

В. Регулирование водного обмена. Вода сначала поступает в желудок, передается в селезенку и легкие, далее рассеивается в крови по всему организму. Вода «опускается вниз» и попадает в почки, где с помощью ян-ЧИ почек делится на два потока: «чистый» и «мутный». «Чистая» жидкость снова поднимается в легкие, а «мутная» направляется в мочевой пузырь и удаляется.

Г. Почки играют роль хранилища чистой (очищенной) энергии, которая является материальной основой роста, развития и размножения человека. По-видимому, удаление почками мочевины, аммиачных соединений и других продуктов распада трактовалось древними китайскими врачами как получение организмом «чистой энергии».

Д. Почки находятся ниже всех органов - цзан. Поэтому почкам (а точнее - её энергии) отдается преимущество при поднятии энергии ЧИ вверх.

Е. Управление костями. Китайские иглотерапевты все заболевания костей (в том числе и переломы) лечат методом повышения энергии в меридиане почек. Зубы являются костными производными, и их состояние также указывает на силу ЧИ почек. Из эссенции почек образуются костный и головной мозг.

Ж. Питание волос зависит от достаточного кровоснабжения их «чистой» кровью. Облысение и ломкость волос указывают на недостаточную силу ЧИ почек. Меридиан почек контролирует качество волос в биохимическом отношении, а меридиан легких ответственен за быстроту роста волос, а точнее - за функцию волосяных луковиц, которые относятся к составным частям кожи.

З. Регулирование «нижних отверстий тела»: мочеиспускательного канала, наружных и внутренних половых органов и ануса. Ослабление ЧИ почек нарушает их «открытие и закрытие» (недержание мочи, поносы, поллюции и т. д.).

И. По китайской концепции меридиан почек держит под контролем такие черты характера, как решительность, волю и половую активность. Из "эссенции" почек образуется головной мозг, поэтому органические заболевания нервных клеток ЦНС надо лечить воздействием на энергию меридиана почек, а функциональные болезни - воздействием на меридиан сердца.

К. Почки открываются в ухо. Способность ушей слышать зависит от первичной энергии ЧИ почек, поэтому внутреннее и наружное ухо тесно связаны с энергетическим уровнем меридиана почек. Все заболевания ушей надо лечить изменением энергии в меридиане почек. Например, шум в ушах указывает на наличие чрезмерно высокой энергии в меридиане почек. Кроме того, все воздействия на ухо (аурикулярная иглотерапия) изменяют количество энергии в меридиане почек, увеличивая ее или уменьшая.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния почек. Если ушная раковина имеет морщинистую и дряблую кожу (особенно на мочке уха), с большим количеством седых волос на козелке (у мужчин), то человек имеет недостаток энергии в меридиане почек. Если ушная раковина имеет очень гладкую и чистую кожу, мочка уха как подушечка упругая, налита кровью, то человек имеет избыток энергии в меридиане почек.

Лечение. Так как меридиан почек является энергетическим антагонистом меридиана мочевого пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане мочевого пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни почек, надпочечника, костей, костного мозга, биохимические изменения нервных клеток головного мозга (функциональные изменения лечат воздействием на меридиан сердца), биохимические изменения волос, патологию зубов, все гинекологические заболевания, мужскую импотенцию, поллюции, болезнь ушей и слухового аппарата, патологию органа равновесия, расположенного во внутреннем ухе (головокружение, тошнота). Воздействием на меридиан можно вылечить функциональную патологию "трех сфинктеров": мочеиспускательного канала (энурез или затрудненное мочеиспускание), влагалища (выпадение влагалища), ануса (выпадение прямой кишки, затрудненный акт дефекации). Воздействием на точки меридиана почек лечатся все заболевания ушей.

9. Перикард МС является мембраной, окружающей сердце, и относится к вспомогательным органам. Главной его функцией является защита сердца. Когда патогенный фактор «направляется» к сердцу, то первым поражается перикард.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Лицо (кожа лица) – зеркало энергетического состояния меридиана перикарда. Красное лицо (особенно щеки) говорит об избытке энергии в меридиане перикарда. Бледное лицо (щеки) указывает на недостаток энергии в меридиане перикарда. Человек, умеющий "краснеть от стыда" имеет врожденный избыток энергии в меридиане перикарда.

Лечение. Так как меридиан перикарда является энергетическим антагонистом меридиана трех обогревателей, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане трех обогревателей повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить все перечисленные болезни меридиана трех

обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана перикарда (седатацией) лечат болезни спазма капилляров (артериальной их части) – болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, мигрень и другие.

10. Три полости тела TR (тройной обогреватель, сань-цзяо). Это меридиан общего энергетического снабжения всех 12 меридианов, меридиан «энергетической подкачки». В верхней полости трех обогревателей расположены сердце и легкие, которые и обеспечиваются энергией, в средней — селезенка и желудок, в нижней полости — почки, кишечник и мочевого пузырь. Теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) утверждает, что тройной обогреватель обеспечивает энергией все перечисленные органы.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Размеры глаз – зеркало энергетического состояния меридиана трех обогревателей. Крупные глаза, "вылезавшие" из орбит (как при базедовой болезни), говорят об избытке энергии в меридиане. Мелкие глаза, посаженные внутрь глазницы, говорят о недостатке энергии в меридиане трех полостей тела.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана перикарда, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане перикарда повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить болезни меридиана перикарда. Воздействием на энергетический потенциал меридиана трех обогревателей лечатся болезни всех внутренних органов грудной и брюшной полостей. При этом излечение органов характеризуется комплексностью. Точки TR.1 – TR.5 (кисть руки) воздействуют на верхнюю часть тройного обогревателя (ШАН–ЦЗЯО), где расположены легкие, сердце, перикард. Точки TR.6 – TR.15 (плечо и предплечье) воздействуют на среднюю часть тройного обогревателя (ЧЖУН–ЦЗЯО), где расположены желудок, тонкий кишечник, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа, печень. Точки TR.16 – TR.23 (шея и голова) воздействуют на нижнюю часть тройного обогревателя (СЯ–ЦЗЯО), где расположены почка, мочевого пузырь, толстый кишечник (сигмовидная и прямая кишка).

11. Желчный пузырь VB имеет главные функции: накопление желчи и периодическое выделение ее в кишечник. При этом его ЧИ опускается вниз по кишечнику.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Глаза (цвет белочной оболочки) — зеркало энергетического состояния меридиана желчного пузыря. Желтый цвет белочной оболочки говорит за избыток энергии в меридиане, белый – о норме, голубой цвет – о недостатке.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана печени, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане печени повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на данный меридиан можно лечить все болезни меридиана печени. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни желчного пузыря.

12. Печень F имеет следующие главные функции:

А. Хранение крови. В клетках печени синтезируются многие молекулы для красных и белых кровяных телец. Печень хранит кровь и регулирует тем самым объем кровотока, изменяя его соответственно потребностям организма. Печень синтезирует многие белковые фракции крови, «энергоемкие» вещества, витамины, поэтому она влияет на функции всех внутренних органов и тканей. Так как печень контролирует не

только количество циркулирующей крови в организме человека, но и тонус вен, то такие болезни, как варикозное расширение вен и геморрой, появляется при недостатке энергии в меридиане печени.

Б. Поддержание свободного тока ЧИ. Печень ответственна за постоянную и гармоничную циркуляцию энергии ЧИ и активность цзан-фу-органов, включая и саму себя.

В. Управление эмоциональной сферой. Расстройства функции (дефицит энергии) печени могут проявляться такими симптомами, как озлобленность, депрессия и слезливость, апатия при застое (недостатке) ЧИ печени. Беспокойство и бессонница возникают при ее гиперактивности (избытке). При плохой работе печени человек отличается вспыльчивостью и гневливостью.

Г. Участие в пищеварении: секретирует желчь, управляет функциями желудка и селезенки, которые играют главную роль в обеспечении организма питательной ЧИ.

Д. Контроль за сухожилиями. Печень питает все сухожилия организма и поддерживает их нормальную физиологическую активность. Вены также состоят из гладкой мускулатуры.

Е. По внешнему виду ногтей можно судить о состоянии энергии инь в крови и печени. При дефиците энергии и крови ногти становятся мягкими и ломкими.

Ж. Зеркалом состояния печени являются глаза. Печень является самым главным среди всех органов, влияющих на зрение. Дефицит инь крови в печени приводит к сухости глаз и снижению зрения. При синдроме жара в печени появляются покраснение, опухание и болезненность в глазах. Желтуха вызывает иктеричность (пожелтение) склер.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. *Глаза* — зеркало энергетического состояния меридиана печени. Патология зрения в виде дальновзоркости, сухость, болезненность, покраснение, опухание век указывает на недостаток энергии в меридиане почек. Близорукость говорит об избытке энергии в меридиане печени. При недостатке энергии в меридиане печени на ногтях возникают белые точки, ногти становятся мягкие и ломкие. При избытке энергии – на коже появляются красные точки (звездочки).

Лечение. Так как меридиан печени является энергетическим антагонистом меридиана желчного пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желчного пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни печени, глаз, сухожилий, вен, патологические изменения биохимического и гистологического состава крови (синтез белковых фракций крови, лейкоцитов, эритроцитов, лимфоцитов), свертываемости (синтез тромбоцитов), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), излечиваются психические болезни типа апатии, депрессии, бессонницы, налаживается синтез желчи, которая осуществляет переваривание жира.

13. Информация к размышлению. Описание функциональной деятельности органов цзан - фу дано в сокращенной форме. Необходимо отметить, что диапазон действия точек акупунктуры меридианов, значительно шире и охватывает не только «свой» орган, но и многие другие. Например, меридиан мочевого пузыря имеет 67 точек, и из них только 8 активно воздействуют на функцию мочевого пузыря. Остальные 59 точек имеют специфическое воздействие на другие органы и системы.

§ 34. Иглотерапевтическая диагностика.

По теории акупунктуры причина всех болезней состоит в нарушении энергетической гармонии между меридианами. в иглотерапии существуют только энергетические причины болезней, которые выражаются в избытке энергии ЧИ в одном месте или ее недостатке в другом. Если установлено место избытка (меридиан с избытком), то, используя законы акупунктуры, не составляет труда найти меридианы с недостатком энергии. И наоборот, если удалось диагностировать недостаток энергии в каком-то меридиане, то легко определить меридианы с избытком. Иглотерапевтическая (акупунктурная) диагностика — это процесс определения дисбаланса энергии в одном из 12 меридианов. У здорового человека вся его внутренняя энергетика сбалансирована. Энергия во всех 12 меридианах одинакова. Энергетическую гармонию нарушает каждые 2 часа процесс естественного избытка энергии, который своевременно переходит от одного меридиана к другому по законам движения энергии в суточном и годовом циклах. Например, у всех людей на планете, находящихся в данный момент в одном и том же часовом поясе, утром с 7 до 9 часов существует избыток энергии в меридиане желудка E и недостаток – в меридиане перикарда MC. Если одновременно измерения производятся в определенное время года, например, в январе, то в дисбалансе будут находиться еще два меридиана: избыток будет определяться в меридиане почек R, а недостаток в меридиане мочевого пузыря V.

У здорового человека существует энергетический дисбаланс в шести меридианах.

- 1) Естественный дисбаланс энергии в одном из 12 стандартных меридианов, вызванный заполнением избытком энергии ЧИ каждого меридиана по очереди на протяжении суток по закону **суточного** движения энергии.
- 2) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию антагонистических отношений в дневном цикле движения энергии. Дисбаланс определяется по правилу «**полночь — полдень**».
- 3) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию антагонистических взаимоотношений в **годовом цикле** движения энергии. Дисбаланс определяется по правилу «**муж-жена**».
- 4) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию противоположного знака энергии в годовом цикле движения энергии внутри **элемента** (дерево, огонь, вода, металл, земля).
- 5 и 6) Два естественных энергетических дисбаланса возникнут у двух соседних меридианов, что определяется по правилу «**мать - сын**» по годовому и суточному циклу (например, в суточном цикле $P^- \rightarrow GI^+ \rightarrow E^-$, а в годовом цикле $P^- \rightarrow GI^+ \rightarrow V^-$).

Иная энергетическая ситуация возникает при заболевании человека: возникает дисбаланс энергии сначала в одном из 12 стандартных меридианов, который деформирует энергетический дисбаланс во всех остальных 12 стандартных меридианах. Самым трудным в практической иглотерапии является выявление «больного» меридиана, который может иметь вид меридиана с огромным избытком энергии, или с огромным недостатком энергии ЧИ. Восточная медицина имеет более 100 способов его определения. Это методы акупунктурной диагностики по языку, зубам, ушам (аурикулодиагностика), по ауре, ирису (иридодиагностика), по точке сю-вэй, «окнам» тела, чакрам, позвоночнику, ногтям, по пульсу (пульсовая диагностика), методом брюшной пальпации и т. д. Развитие радиоэлектроники позволяет разнообразить электротехнические методы диагностики больного меридиана (реодараку, по Фолю и т.

д.). После того, как определен больной меридиан, есть возможность рассчитать дисбаланс энергии еще в 5 меридианах.

Опишем некоторые методы диагностирования больного меридиана.

1. Иглотерапевтическая диагностика по пульсу — самый древний и самый сложный метод. Техника проведения следующая. Врач тремя пальцами (2, 3, 4) и двумя руками прощупывает и исследует пульс на обеих руках пациента на лучевой артерии в области запястья. Древними китайскими врачами выявлено около 30 характеристик пульса: поверхностный, глубокий, редкий, частый, гладкий, шероховатый, пустой, избыточный, длинный, короткий, увеличенный, напряженный, мягкий, струнообразный, крепкий, липнущий, тонкий, скрытый и т.д. Наружные меридианы органов - фу (ян) исследуются при легком надавливании пальцев на артерию, а внутренние меридианы - чжан (инь) органов – достаточно глубоким, сильным надавливанием. Для установления правильного иглотерапевтического диагноза необходимо учитывать целый комплекс знаний различных характеристик пульса. Хорошо овладеть этой методикой врач может после длительной практики в течение 10 - 20 лет.

2. Иглотерапевтическая диагностика по языку относится к дополнительным методам исследования. Самостоятельно языковой метод не определяет «больного» меридиана. **Темно-красный и влажный язык**, по традиционным представлениям, указывает на избыток энергии в меридианах группы ян. **Бледно-розовый и сухой язык** указывает на избыток энергии в группе меридианов инь. Язык с зеленым налетом показывает опасную стадию болезни. Если налет на языке белый и тонкий, то поражены поверхностные ткани организма. Язык с желтым налетом свидетельствует о синдроме жара в теле. Сухой язык с желтизной и пупырышками указывает, что синдром жара привел к истощению инь-соков, и т. д. Более полная информация о языковом методе в иглотерапевтической диагностике содержится в соответствующей медицинской литературе.

Язык делится на 3 области: кончик, тело и корень. Кончик языка отражает состояние легких Р и сердца С, центральная часть тела языка — селезенки РР и желудка Е, боковые области тела языка — печени F и желчного пузыря VB, а корень языка — почек R и мочевого пузыря V.

Цвет языка очень хорошо определяет тяжесть болезни, вид заболевания (инфекционное, терапевтическое, хирургическое) и даже заболевший орган.

- Тёмно-красный цвет языка указывает на существование у пациента опасной для жизни болезни: пневмонии, острой инфекции, почечной патологии, отравление сильным ядом. Чёрный налёт указывает на наличие кровотечений в область слизистой полости рта, на лейкозы, на раковую опухоль в области головы и шеи, язвенную болезнь желудка, гемморагическую лихорадку при сочетании с изжогой (гиперацидный гастрит).
- Красный и ярко-красный цвет языка – ишемия, интоксикация, температура тела выше 39 градусов по Цельсию. Ярко-красный язык бывает при раке желудка, колите. Покраснение только сосочков языка указывает на патологию печени (на правой стороне языка), органов малого таза (на передней части языка). Лакированный, блестящий и красный язык (когда место расположения сосочков языка не определяется, они атрофированы) возникает при раке желудка, колитах, повышенной температуре тела до 40 градусов.
- Розовый цвет языка – говорит о нормальном состоянии здоровья у пациента.
- Бледно-розовый цвет языка (почти белый язык, белый налёт на языке) – истощение организма, анемия, большая потеря крови, налёт белого цвета возникает при

грибковом заболевании слизистых (молочница) и при анацидном гастрите. При длительном бессознательном или сонном состоянии говорит наличие белых отпечатков зубов белого цвета на языке.

- Оранжевый и жёлтый цвет языка говорит о патологии желчного пузыря и печени.
- Зелёный налёт на поверхности языка – инфекционная болезнь носоглотки, трахеи или желудка (гиперацидный гастрит), наличии изжоги и рвоты.
- Голубая поперечная полоса на поверхности языка появляется при длительном голодании организма, при ацидозе, неправильном минеральном и белковом обмене веществ (патология усвоения меди, цинка, калия), при наличии крупных отёков на ногах и в брюшной полости (при заболеваниях почек и сердца). Синий оттенок розового языка возникает при заболеваниях сердца (врождённые пороки, ранения).
- Фиолетовый цвет языка, синюшный язык – предвестник близкой смерти.

Точки – глашатаи (болевые)

Таблица 18

Меридиан	Точка- глашатай	Локализация точек
P	P.1	Ниже наружного края ключицы на 2 цуня
GI	E.25	На уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня
E	J.12	Выше пупка на 4 цуня
RP	F.13	Перед свободным концом 11-го ребра
C	J.14	Выше пупка на 6 цуней
IG	J.4	Выше лобка на 2 цуня
V	J.3	Выше лобка на 1 цунь
R	VB.25	У свободного конца 12-го ребра
MC	MC.1	В 4 -ом межреберье и от передней срединной линии латеральнее на 5 цуней
TR	J. 5	Ниже пупка на 2 цуня
VB	VB.23	В четвертом межреберье кнаружи от передней срединной линии на 6 цуня
F	F.14	На месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой

3. **Иглотерапевтическая диагностика при помощи точек-глашатаев** проводится следующим образом. Все 12 стандартных меридианов имеют болевую точку на передней поверхности туловища. При дисбалансе энергии в меридиане надавливание на ее точку - глашатай наиболее болезненно. Болевая реакция имеет место при избытке энергии в меридиане. Зная меридиан с избытком, можно найти меридианы с недостатком. Очень болезненная точка-глашатай укажет на «больной» меридиан. Локализация болевых точек указана в таблице. **Смотрите таблицу 18.**

4. **Иглотерапевтическая диагностика методом измерения теплочувствительности** начальных и конечных точек меридианов. Впервые предложена японским врачом К. Акабана. Как известно, на пальцах рук начинаются ян-меридианы (GI, IG, TR) и заканчиваются инь-меридианы (P, C, MC). На пальцах ног начинаются инь-меридианы (F, RP, R) и заканчиваются ян-меридианы (VB, E, V). Если какой-то меридиан имеет избыток энергии, то прогревание обычной сигаретой его начальной или конечной точки внезапно сменяется ощущением жжения. При этом пациенты от неожиданности часто даже вскрикивают. Так как известно, к какому меридиану принадлежит прогреваемая точка, то легко устанавливается меридиан с дисбалансом

энергии. Локализация точек указана в таблице. **Смотрите таблицу 19-а.** Иглотерапевтическая теплодиагностика по Акабане является наиболее простым и самым точным методом определения энергетического состояния всех 12 меридианов, ведь одновременно можно выявить разницу энергонасыщенности одного и того же меридиана с левой и правой стороны тела.

Таблица 19 - а.

Локализация начальных и конечных точек меридианов для термической диагностики по К. Акабане.

Меридиан	Точка начала или конца меридиана	Локализация точек	Задержка реакции слева, секунды	Задержка реакции справа, секунды
P	P.11	У лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм		
GI	GI.1	На лучевой стороне 2-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа		
E	E.45	Кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		
RP	RP.1	Внутри от ногтевого ложа 1-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		
C	C.9	От ногтевого ложа 5-го пальца руки, 3 мм в лучевую сторону		
IG	IG.1	От ногтевого ложа 5-го пальца руки, 3 мм в локтевую сторону		
V	V.67	Кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца ноги на 3 мм		
R	R.1	На подошвенной поверхности стопы между 2-3 плюсневными костями		
MC	MC.9	На кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм		
TR	TR.1	Локтевая сторона 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа		
VB	VB.44	Наружная сторона 4-го пальца ноги, на 3 мм книзу от ногтевого ложа		
F	F.1	Наружная сторона 1-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		

На практике теплодиагностика проводится следующим образом. Закуривается обыкновенная табачная сигарета. Ее преимущество перед толстой полынной сигаретой состоит в том, что она имеет значительно меньшую тлеющую площадь. Тепло тонкой табачной сигареты можно точно направить на данную акупунктурную точку на пальце, не затрагивая других, расположенных рядом.

Освобожденную от толстого слоя пепла тлеющую поверхность сигареты подносят на расстояние двух миллиметров у мужчин (или 3 миллиметров у женщин и детей) от места расположения акупунктурной точки, указанной в таблице. Обычно прогревают сначала точку слева, потом ту же точку справа. На часах с секундной стрелкой засекают время, которое прошло от начала прогрева точки до возникновения у пациента сильного болевого ощущения. Если этот временной интервал равен 1 - 2 секундам, то это указывает на избыток энергии в меридиане, к которому принадлежит прогреваемая точка. Если интервал равен 30 - 40 секундам, то существует недостаток энергии в меридиане. Таким образом, измеряется теплочувствительность всех 12 стандартных меридианов с левой и правой стороны тела. Получается энергограмма, состоящая из 24 - х результатов исследования. На основании полученных данных можно точно определить меридиан с выраженным избытком или недостатком энергии с правой и левой стороны..

Уравнивание энергии в 12 меридианах с правой и с левой сторон приводит к излечению болезни, которая вызвала данный энергетический дисбаланс.

Обычно у постели больного проводится сокращенный вариант исследования по Акабане. При этом сравнивают уровень чувствительности к теплу сигареты специфических точек, принадлежащих 4 меридианам, вероятность дисбаланса энергии внутри которых наиболее высока. Например, при радикулитах избыток или недостаток энергии в 95 % случаях бывает в меридиане мочевого пузыря V, почек R, желудка E и желчного пузыря VB. Тогда только у этих 4 – х меридианов диагностируют избыток и недостаток энергии при помощи тепла сигареты.

5. Диагностика электрического состояния меридианов или электротехническая диагностика избытка и недостатка 12 стандартных меридианов по методу Накатани. В 60-х годах японские врачи начали диагностику электрического состояния 12 стандартных меридианов при помощи чувствительных электротехнических приборов. Они назвали этот метод RYO-DO-RAKU (риодораку).

Таблица 19 - в.

Локализация точек-пособников для электротехнической диагностики по методу Накатани.

Меридиан	Точка - пособник	Локализация точек
P	P. 9	у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти, на нижней складке лучезапястного сустава
GI	GI. 4	между I и II пястными костями, ближе к лучевому краю II пястной кости
E	E. 42	на самом высоком месте свода стопы, между суставами II — III клиновидных и II — III плюсневых костей
RP	RP. 3	кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы
C	C. 7	у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями
IG	IG. 4	на локтевой стороне кисти во впадине между основанием V пястной и трехгранной костей
V	V. 64	кпереди и книзу от основания V плюсневой кости, на граница тыльной и подошвенной поверхностей во впадине
R	R.3	между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием
MC	MC.7	в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья
TR	TR. 4	на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев (в этом месте прощупывается впадина)
VB	VB. 40	у нижнего края латеральной лодыжки, во впадине кзади и кверху от кубовидной кости
F	F. 3	в самом узком месте между I и II плюсневыми костями

С 1965 по 2005 годы многие предприятия Японии, Китая, Германии, США, Франции, России начали промышленное изготовление различной степени чувствительности электротехнических приборов, которые показывали электрическое состояние меридианов в виде недостатка или избытка энергии в данном меридиане. Наиболее распространённым электрическим прибором по определению избытка или недостатка энергии в 12 стандартных меридианов является прибор японского инженера Накатани. Накатани предположил, что **наиболее объективно электрическое состояние**

меридиана указывают точки-пособники (источники): P.9, GI.4, E.42, RP.3, C.7, IG.4, V.64, R.4, MC.7, TR.4, VB.40, F.3. Как показала практика, точки-пособники действительно достаточно точно указывали на электрическое состояние стандартных меридианов. Прибор Накатани указывает на избыток энергии ЧИ в меридиане цифрами от плюс 1 (+1) до плюс 100 (+100), а недостаток энергии от минус 1 (— 1) до минус 100 (— 100). В зависимости от способа измерения приборы Накатани бывают цифровые (с электронным табло) и стрелочные (с электромеханическим табло). Локализация точек - пособников на теле человека дана в таблице. **Смотрите таблицу 19 - б.**

При измерении врач получает сведения об электрическом состоянии в 12 стандартных меридианах справа и 12 меридианов слева, то есть врач получает 24 измерения.

Тактика иглотерапевтического лечения с учётом электрического состояния меридианов должна быть следующая. Всегда воздействуют в первую очередь на меридианы с самым большим цифровым избытком или недостатком энергии (с ± 90 до ± 100). Например, при измерении по методу Накатани все меридианы имели электрический потенциал в пределах $\pm 20 - 40$, а меридиан почек R справа имел избыток энергии до плюс 95. Следовательно, главную опасность для здоровья человека в данный момент представляет избыток энергии в меридиане почек R справа, а поэтому на него надо оказывать воздействие в первую очередь. Ценность электротехнической диагностики состоит в том, что он указывает уровень дисбаланса энергии в «больном» меридиане в цифрах, кроме того, определяет, где находится «больной» меридиан – справа или слева.

6. Иглотерапевтическая диагностика по методу распространения боли вдоль «траектории меридиана». Диагностику «больного» меридиана по Акабана и Накатани желательно подкреплять клиническими исследованиями. Например, если при радикулите (остеохондрозе) иррадиация боли у пациента проходит по **передней** поверхности ноги – то это говорит об избытке энергии в меридиане желудка E (так как именно по передней поверхности ноги проходит траектория этого меридиана!). При наличии иррадиации боли по **наружной** поверхности ноги можно ставить диагноз избытка энергии в меридиане желчного пузыря VB. Если иррадиация боли у пациента проходит по **задней** поверхности ноги, это говорит об избытке энергии в меридиане мочевого пузыря V. Если иррадиация боли у пациента проходит по **внутренней** поверхности ноги, это говорит об избытке энергии в меридиане почек R. Для точного определения «больного меридиана» китайскими врачами рекомендуется сочетать данные 2–3-х методов иглотерапевтической диагностики. **Но иррадиация болей – является самым главным показателем избытка энергии в соответствующем меридиане!**

Очень часто пациенты указывают на распространение боли точно по направлению расположения какого-то меридиана на поверхности тела. Поэтому для диагностики «больного меридиана» врачу надо обязательно спросить пациента о траектории распространения болевого импульса. При невралгиях черепно-мозговых нервов пациенты жалуются на распространение болевых импульсов точно по меридиану мочевого пузыря V, или по меридиану желчного пузыря VB, или - желудка E, которые начинаются на голове. При невралгиях и туннельных невропатиях крупных нервов руки или ноги пациент также точно укажет прохождение болевых импульсов по ходу распространения «больного меридиана», направления распространения «электрического удара». Подобных примеров можно привести десятки. Вот почему направление иррадиации болей по поверхности тела является важной информацией для установки иглотерапевтического диагноза.

7. Иглотерапевтическая диагностика может осуществляться на основании клинического диагноза. Например, при заболевании легкого ставится диагноз дисбаланса энергии в меридиане легкого Р, при заболевании желудка—дисбаланс энергии в меридиане желудка Е, при заболевании сердца — в меридиане сердца С и т. д. Клиническим методом можно поставить иглотерапевтический диагноз при заболеваниях толстого и тонкого кишечника, селезенки, поджелудочной железы, мочевого пузыря, почки, желчного пузыря, печени. Выше было упомянуто, что при заболевании кожи и волос диагностируется дисфункция меридиана легких, многие психические болезни возникают от дисбаланса энергии в меридиане сердца, сухожилия заболевают при дисфункции меридиана печени, мышцы — меридиана селезенки, ухудшение зрения — меридиана печени, болезни костей – меридиана почек и т. д.

Однако имеется много болезней, которым очень трудно найти соответствующий «контролирующий» меридиан. Например, ревматизм, гипертоническая болезнь, алкоголизм, наркомания, табакокурение, заикание, варикозное расширение вен, геморрой, тиреотоксикоз и зоб, энцефалиты, полиомиелит, болезни крови, наследственные болезни, фантомные боли и т.д.

В этом случае для определения «больного» меридиана необходимо применить медицинское мышление и интеллект врача. Приведем несколько примеров.

А. Гипертоническая болезнь есть ни что иное, как повышенное давление крови на стенки артерий. Для снижения давления необходимо уменьшить объем циркулирующей крови в организме. Кровь состоит на 98 % из воды. Если объем крови в сосудах взрослого человека достигает 4 литра, то достаточно изъять из кровяного русла 0,2 литра воды, и кровяное давление нормализуется. Почему организм не может сам излечиться? По-видимому, какие-то механизмы мешают «отобрать» у крови 0,2 литра воды и выделит ее через почки. Известно, что удержать воду в растворе могут соли (осмотическое давление) и белки (онкотическое давление). Белки крови синтезируются только печенью. Соли, всасывающиеся через желудочно-кишечный тракт, также проходят фильтрацию вместе с питательными веществами через печень. Следовательно, «виновницей» высокого давления в артериальных сосудах является печень, которая имеет повышенную функциональную деятельность. Тогда при гипертонической болезни надо ставить иглотерапевтический диагноз: избыток энергии в меридиане печени.

Б. Ревматизм порождается реакцией антиген-антитело. Хронические ангины и скрытые инфекции годами разрушают клетки организма, а их протоплазма постоянно поступает в русло крови как чужеродный продукт (антиген). На собственные белки организм вырабатывает антитела. Реакция «антиген — антитело» внутри капилляров порождает активную фазу ревматизма. Чтобы излечить ревматизм, нужно ликвидировать хронический очаг инфекции и воспрепятствовать выработке аутоантител. Очаг инфекции ликвидируют антибиотики. Остановить выработку антител может иглотерапия. Антитела вырабатываются костным мозгом, а контролируют деятельность костного мозга, согласно традиционным представлениям — почки. В таком случае почки при этой болезни проявляют свою гиперфункцию. Следовательно, при ревматизме правильным иглотерапевтическим диагнозом будет: избыток энергии в меридиане почек.

Рассуждая клинически грамотно, можно найти «больной» меридиан для всех без исключения болезней.

8. Диагностика больного меридиана по времени его проявления. Обострение многих болезней (иногда на протяжении десятков лет) происходит в определенное время суток или в определенное время года. Если врачу удастся выяснить постоянное время

возникновения болезни, то он может очень точно поставить иглотерапевтический (акупунктурный) диагноз.

1) Иглотерапевтическая диагностика с применением законов суточного цикла движения энергии по 12 меридианам. В определенное время суток начинается обострение следующих болезней : астмы - в 3 часа ночи (P +), мигрени – в 24 часа (VB +), энуреза – в 5 часов утра (R-), зуда кожи – в 6 часов утра (GI -) и так далее. Зная время, когда болезнь ежедневно и максимально сильно проявляет себя, можно точно определить больной меридиан, используя таблицу суточного цикла движения энергии в 12 стандартных меридианах. Например, у пациента ежедневно возникают приступы головной боли в 14 часов дня. Следовательно, врач может не использовать других способов акупунктурной диагностики, а на основании законов суточного цикла движения энергии он может установить, что его болезнь вызвана избытком энергии в меридиане тонкого кишечника (IG +) и недостатком энергии в меридиане печени (F -). Если известно время ежедневного обострения болезни, то эта ценная информация даёт возможность определить больной меридиан. Этот метод является более точным, нежели анамнестический или метод прогревания акупунктурных точек по Акабанае. Поэтому, если возникает противоречие между несколькими методами диагностики больного меридиана, то предпочтение надо отдавать методу определения энергетического состояния пациента по времени ежедневного обострения патологического процесса.

2) Иглотерапевтическая диагностика с применением законов годового цикла движения энергии по 12 меридианам. Реже хроническое заболевание периодически обостряется в определенный месяц года. Например, хронический панкреатит обостряется в сентябре. По таблице годового цикла движения энергии в 12 стандартных меридианах в сентябре существует недостаток энергии в меридиане желудка (E -) и избыток энергии в меридиане поджелудочной железы (RP +). Экзема чаще всего обостряется в октябре. Следовательно, эта болезнь возникает по причине избытка энергии в меридиане легких (P +) и недостатка в меридиане толстого кишечника (GI -). Радикулит чаще всего поражает людей в декабре. Следовательно, эта болезнь у данного пациента протекает с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря (V +) и недостатком в меридиане почек (R -). Таким образом, для точного определения иглотерапевтического диагноза достаточно знать время периодического обострения болезни на протяжении нескольких суток или нескольких лет. Далее по соответствующим таблицам дневного и годового движения энергии по 12 стандартным каналам легко определяется больной меридиан.

3) Иглотерапевтическая диагностика по времени прерывания ночного сна. Избыток энергии в одном из 12 стандартных меридианов может быть диагностирован благодаря прерыванию ночного сна у пациента. Прерывание ночного сна происходит от возбуждения ЦНС по причине избытка энергии в определённой группе меридианов. (Смотрите таблицу суточного движения энергии по 12 меридианам). Например, пациент может пожаловаться врачу, что уже десятилетие каждую ночь он просыпается в 3 часа ночи, не спит до 5 часов утра, а потом опять засыпает. Если посмотреть в таблицу суточного цикла движения энергии ЧИ, то видно, что с 3 до 5 часов утра возникает естественный избыток энергии в меридиане лёгкого (P). Следовательно, данному пациенту можно ставить иглотерапевтический диагноз в виде избытка энергии в меридиане лёгкого (P). Следовательно, чтобы у данного пациента вылечить бессонницу надо снизить энергию в меридиане лёгких. Если пациент почти каждый день

просыпается в 1 – 3 часа ночи, то у него ярко выражено проявление избытка энергии в меридиане печени (F), с 5 – 7 часов утра – толстого кишечника (GI). Используя данный анамнестический факт, можно точно поставить иглотерапевтический диагноз данному пациенту.

4) Иглотерапевтическая диагностика по времени ощущения сильной сонливости в дневное время суток. Сильный недостаток энергии в каком-то из 12 меридианов проявляется возникновением ощущения сильной сонливости, физической и умственной слабости в дневное время суток на протяжении 1 – 2 часов. На основании ощущения сильной сонливости в дневное время суток можно достаточно точно поставить диагноз дефицита энергии в соответствующем меридиане. Сонливость пациента с 7 до 9 часов утра указывает на сильный недостаток энергии в меридиане перикарда MC, с 9 до 11 – в меридиане трёх обогревателей TR, с 11 до 13 часов – в меридиане желчного пузыря VB, с 13 до 15 – в меридиане печени F, с 15 до 17 – в меридиане лёгких и так далее. (Смотрите таблицу суточного движения энергии по 12 меридианам). Поэтому благодаря детальному сбору анамнестических данных можно точно поставить иглотерапевтический диагноз, то есть можно точно определить меридиан с сильным недостатком энергии. Во время сильного недостатка энергии в любом из 12 меридианов мужчины испытывают ослабление эрекции, а женщины становятся фригидными. Сильный недостаток энергии может выпадать на ночное время суток, когда пациент спит. Например, пациент может иметь большой недостаток энергии в меридиане почек R. И тогда пациент будет испытывать очень глубокий сон с 5 до 7 часов утра. В это время у детей, болеющих энурезом (и одновременно имеющих недостаток энергии в меридиане почек), будет происходить акт непроизвольного мочеиспускания. Чтобы вылечить энурез у данного пациента, надо ликвидировать дефицит (недостаток) энергии в меридиане почек.

9. Диагностирование больного меридиана по болевым точкам на конечностях и голове. Очень часто поставить точный иглотерапевтический диагноз помогает определение болезненных точек на руках, ногах и голове. Например, у больного пояснично-крестцовый радикулит, который, как известно, может протекать с избытком энергии в меридианах мочевого пузыря V, желудка E и желчного пузыря VB. Кроме того, больной жалуется на боли в передней части бедра и в паху, а при надавливании на акупунктурные точки E.38, 39, 40, расположенные на голени, ощущает сильную болезненность. Следовательно, у этого больного радикулит протекает с избытком энергии в меридиане желудка E. Сразу после определения болезненные точки надо седатировать - вводить в эпицентр боли иглу на 25 минут и периодически подвергать ее быстрому подкручиванию или воздействовать на нее слабым электрическим током.

Другой пример. У больной диагностирована мигрень. Одновременно предъявляются жалобы на существование болезненных точек в области волосистой части головы. На волосистой части головы проходят траектории меридианов мочевого пузыря V и желчного пузыря VB. При обследовании методом надавливания на болевые точки головы было установлено, что чрезмерно болезненными являются акупунктурные точки над левой теменной костью VB.8, 9, 10. Следовательно, можно безошибочно ставить диагноз, что мигрень левой части головы вызвана избытком энергии левого меридиана желчного пузыря VB. Таким образом, можно точно ставить иглотерапевтический диагноз при всех болезнях. Определение болезненных точек полезно не только для диагностики, но и для успешного иглотерапевтического лечения. Сразу после определения болевые точки седатируются.

К сожалению, этот метод не применим при наличии недостатка энергии в каком-то меридиане. При недостатке энергии в меридиане надавливание на его акупунктурные точки не вызывает болевого симптома. Пациент наоборот может утверждать, что, несмотря на сильное нажатие пальцем на мягкие ткани, он не ощущает сильной боли. Однако, необходимо подчеркнуть, что поиск болезненных точек меридиана с гиперизбытком энергии иногда приводит к ошибочным результатам, так как локальная болезненность мягких тканей может иметь место при сотнях заболеваний мышц, связок, фасций, суставов: при миозитах, при ушибах, при варикозном расширении вен, подкожных гнойничках, при травматическом растяжении связок, эпикондилите, при костном воспалительном процессе (остеомиелите), при туннельной невропатии и при других патологиях.

Особенно часто при надавливании на мягкие ткани иглотерапевты сталкиваются с **туннельными невропатиями**, о которых иглотерапевты имеют смутное представление. Поэтому не лишним будет рассказать в данной книге об этой широко распространенной патологии. Этиология и патогенез туннельных невропатий состоят в следующем. Крупные нервные стволы всегда защищены толстым слоем мышц. Для иннервации кожи и поверхностных мышц от центрального нервного ствола отходят многочисленные тоненькие веточки, которые при «движении» к периферии вынуждены проникать сквозь толщу мышц, связок, околоуставных сумок и (что очень важно) через прочные мышечные фасции, которые покрывают каждую мышцу как каркас со всех сторон. На поверхности мышечных фасций существуют тоненькие отверстия для нервных веточек. Достаточно часто нервный ствол воспаляется и опухает, увеличивая при этом свой диаметр по причине проникновения в нерв вирусов, токсинов, при локальной травматизации и т. д. Нервный ствол увеличил свой диаметр по причине воспалительного отека, а диаметр фасциального отверстия остается прежним. Для утолщенного нерва он стал недостаточного, меньшего размера. Тогда нерв сильно пережимается в месте прохождения через фасциальное отверстие. Сжатие нерва в фасциальном отверстии может произойти при воспалении окружающей его мышцы. Например, непосредственно перед отверстием в мышечной фасции, через которое проникает нерв, возникает воспалительный процесс с обязательным отеком и увеличением объема прилегающей мышечной или соединительной ткани с какой-то одной стороны. Тогда происходит смещение по горизонтали нервной веточки. Отверстие в фасции остается неподвижным, а выходящая или входящая часть нерва смещается в сторону. Поэтому внутри отверстия фасции происходит сильное сдавливание нерва. Возникает компрессионная невропатия или туннельная невропатия. Основным клиническим симптомом компрессионной невропатии является точечная боль в месте сжатия нерва над отверстием соответствующей мышечной фасции. Боль усиливается при нажатии в район компрессии нерва. Возможна иррадиация боли в другие места по ходу нерва. Например, при радикулите, когда происходит сдавливание корешка крупного ствола внутри отверстия фасции мышцы, окружающей позвоночник, пациент ощущает боли при надавливании на мышцы около позвоночника, а также существует явление иррадиации болей, боли усиливаются при надавливании и перкуссии (постукивании) по ходу седалищного нерва—на ягодице, на задней части бедра, в области подколенной ямки. Этот эффект назван симптомом Тинеля и он характерен для всех туннельных невропатий. Незначительное натяжение при перкуссии зажатого в отверстии нерва вызывает острую болезненность по всей его длине. Любой периферический нерв может сдавливаться мышечной фасцией, мышцей, связкой, внутри костного отверстия, межпозвоночным диском, а поэтому надавливание на отдельные участки тела или точки

его поверхности будут сильно болезненны. Нерв попадает в узкий туннель из тканей, где испытывает сильное давление. Перечислим некоторые виды туннельных невропатий: инъекционная невропатия, туннельная невропатия седалищного нерва или синдром грушевидной мышцы (боли возникают при надавливании на ягодицу), невропатия надлопаточного нерва (в окололопаточной области), невропатия подмышечного нерва, (боли в локте), невропатия межреберных нервов или межреберная невралгия, туннельная невропатия общего малоберцового нерва (боль при надавливании в области коленного сустава) и десятки других. Клинически невропатии проявляются как болезненные точки акупунктуры на ногах, спине, животе, груди, руках, но они ни в коей мере не указывают на существование какого-то меридиана с избытком энергии. Невропатии имеют совершенно другую причину возникновения и их методы лечения иные.

Многие ученые-медики утверждают, что радикулиты, остеохондрозы, лицевой неврит, невралгия тройничного нерва и другие болезни периферической нервной системы относятся к разновидностям туннельных невропатий, так как возникают от сдавливания нерва внутри отверстия в костной ткани (в местах выхода из черепной коробки), в отверстиях, образованных двумя соседними позвонками или в отверстии плотной мышечной фасции. Сейчас кратко опишем клиническую картину некоторых туннельных невропатий, которые проявляют себя очень болезненными точками на спине, груди, животе, на голове, ногах и руках, и которые прекрасно лечатся внутримышечным введением точно в болевую точку раствора гормона надпочечника. Как правило, для излечения необходимо сделать в течение 8 дней до 4 инъекций, но бывают случаи излечения от одной такой процедуры.

В практическом плане представляет определенную трудность введение раствора гидрокортизона, преднизолона, кортизона ацетата или дексаметазона точно в место компрессии нерва с диаметром сечения в 1 мм, если этот нерв находится под толстым слоем мышц на глубине более 3 сантиметров. Для уточнения глубинной локализации места компрессии нерва применяются следующие методы. Сначала месторасположение болевой точки определяется простым нажатием пальца (пальпацией) или постукиванием (перкуссией). Еще более точно на болевую точку укажет электротехнический прибор для поиска акупунктурных точек. Очень часто площадь акупунктурной точки непосредственно над сильно болезненным участком увеличивается с 1 мм в диаметре до 10 мм. Далее ставится задача по определению глубины залегания зажатого участка нерва. Для этого пользуются длинной и тонкой акупунктурной иглой. Иглу медленно вводят на соответствующую глубину до болевой точки, при необходимости меняется несколько раз угол наклона иглы. При соприкосновении иглы с воспаленными тканями вокруг передавленного нерва возникает острая болезненность. У людей, страдающих ожирением, поиск места ущемления нерва на груди и животе таким способом опасен, так как есть вероятность проникновения иглы в грудную или брюшную полость с поражением внутренних органов. При этом возникает такая же острая боль, как и при соприкосновении иглы с участком асептического воспаления вокруг сдавленного нерва. Поэтому необходима предельная осторожность при проведении этой операции. После того, как тонкая иглотерапевтическая игла определила глубину расположения зажатого нерва, параллельно ей проводится инъекционная игла, и раствор гормона надпочечника вливается точно внутрь воспалительного очага.

10. Иглотерапевтическая диагностика анамнестическим методом. При помощи расспроса (анамнеза) можно почерпнуть от пациента такую информацию, которая точно укажет, какой меридиан «болен», а поэтому находится в энергетическом

избытке или недостатке. Этот метод наиболее простой, и он широко применяется отечественными и зарубежными иглотерапевтами. После тысячелетнего усовершенствования метода китайскими врачами выделены наиболее характерные симптомы избытка и недостатка энергии в каждом из меридианов. Метод отличается большой точностью диагностики. Он начал применяться около 2000 лет назад и с успехом используется до сих пор.

Во время сбора анамнеза врач - иглотерапевт познает психологию пациента. Один пациент может иметь абсолютно нормальную психику, а другой может иметь пограничное состояние между нормой и патологией: страдать легким неврозом, алкоголизмом или наркоманией, иметь признаки акцентуированной личности, находиться в состоянии стресса и т. д. Не исключена возможность, что к иглотерапевту обратятся за помощью пациенты с выраженными психическими отклонениями: больные шизофренией, маниакально - депрессивным психозом, олигофренией, паранойей или истерическим психозом. Вполне понятно, что всем больным с грубой психиатрической патологией следует под благовидным предлогом отказать в лечении. В то же время пациент с нормальной психикой или с пограничным состоянием во время общения может дать точную информацию о больном меридиане. Теория чжэнь – цю терапия утверждает, что непосредственным влиянием на психику обладают только 6 инь – меридианов (P, RP, C, R, MC, F), а 6 ян – меридианов (GI, E, IG, V, TR, VB) играют второстепенную роль, так как они усиливают или понижают воздействие на психику инь – меридианов. Наиболее тесно взаимодействуют меридианы, которые состоят в паре, то есть внутри одного и того же элемента (P ↔ GI, E ↔ RP и так далее).

Инь - меридианы оказывают следующее воздействие на психику. Меридиан легких P контролирует быстроту мышления и речи, меридиан селезенки – поджелудочной железы RP – влияет на уровень интеллекта и на память, меридиан сердца C руководит сердцем как генератором эмоций, определяет интенсивность (силу) возникающих эмоций в сознании данного человека, меридиан почек R отвечает за «выносливость» организма и за его способность к длительному умственному и физическому труду, меридиан перикарда MC распоряжается длительностью воздействия данной эмоции на человеческое сознание, меридиан печени F контролирует силу воли у человека. Итак, три меридиана оказывают влияние на мышление (P, RP, R) и три – на эмоции (чувства) – C, MC, F.

А. Меридиан легкого P.

Избыток энергии: повышение температуры тела, потливость, горячая на ощупь ладонь, звонкий кашель с болью, обилие мокроты, астма, прилив крови к голове, боль в области плеча; язык красный с желтоватым налетом; пульс поверхностный.

Характер воздействия энергии меридиана легких на психические процессы.

- а) Древнекитайские характеристики: человек любит острые блюда, любимый цвет — белый, предпочитает сухой климат, дисбаланс энергии в меридиане вызывает грусть и тоску.
- б) Меридиан контролирует следующие биохимические и энергетические процессы в головном мозге: интенсивность окислительных процессов внутри нервных волокон мозга, проникновение кислорода из крови (от молекул гемоглобина) через капилляры в нервные ткани.
- в) Главный симптом воздействия энергии меридиана легких на психические процессы: быстрота и четкость мышления, а следовательно, быстрота речи, ораторский дар. При нормальном количестве энергии в меридиане легких (P⁰) пациент имеет следующие

симптомы психической деятельности : холод переносит лучше, чем жару, хороший сон, высокая деловая и речевая активность, остроумие, четкость мышления диагностируется по быстроте речи и природным ораторским данным, хорошая сопротивляемость организма склеротическим процессам, долгожительство, склонность к систематизации и разработке новых идей. Эти люди – романтики, бескорыстны, имеют твердые принципы и убеждения, общительны, склонны к похуданию.

- г) При избытке энергии в меридиане легких (Р +) возникает главный симптом психической деятельности в виде очень быстрого мышления, быстрой речи и повышенной необходимости в общении. При гиперизбытке энергии в меридиане бросается в глаза симптом «малопродуктивной суетливости». Такие люди болтливы, бездумны, «ветренны», не серьезны, берутся сразу за множество дел и ни одно не доводят до конца. Если к врачу обращается пациент, который быстро и много говорит, часто перебивает врача дополнительными подробностями о своей болезни, быстро переключает разговор на другие темы, задает десятки вопросов и вообще подавляет своей речевой активностью, то можно безошибочно ставить диагноз о наличии у него избытка энергии в меридиане легких.

Недостаток энергии: озноб, холодный пот, насморк, хриплый кашель, нет мокроты, сухость в горле и во рту, головокружение, боль в области ключицы и грудной клетки, чувство онемения и похолодания верхних конечностей, кожный зуд, бессонница, меняющийся цвет лица; язык темно-красный; пульс слабый, быстрый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии (Р -) меридиана легких на психические процессы: медленное мышление, сбивчивая речь, неуверенность в себе, мягкий характер. Такие люди «излишне много» молчат. Если к врачу обращается пациент, который предпочитает молчать, на вопросы отвечает неохотно и очень кратко, речь медленная, сбивчивая, с частыми повторениями, то можно безошибочно ставить иглотерапевтический диагноз о недостатке энергии в меридиане легких. Сопутствующие симптомы: вялость, усталость, забывчивость, медленный рост и созревание организма, бессонница, любовь к теплой погоде, грусть, тоска, они склонны к полноте, любят одиночество, избегают присутствия в шумных компаниях, склонны к наркомании и алкоголизму.

Моментальная диагностика. *Слизистая носа* отражает энергетическое состояние меридиана легких. Свободное, редкое и очень глубокое дыхание с большим объемом вдыхаемого воздуха указывает на гармонию энергии в меридиане легких. Затрудненное и частое дыхание, чихание и хронический насморк указывают на гиперизбыток энергии в меридиане легких. Ногти в виде "часового стекла" указывает на множественную патологию легочных альвеол и на хронический недостаток энергии в меридиане лёгких.

Б. Меридиан толстой кишки GI.

Избыток энергии: запор, боль и вздутие живота, головная боль, боль плеча, предплечья, пальцев рук, тело горячее, сухость во рту, состояние ухудшается в тепле, напряжение мышц шеи; язык красный, налет толстый, желтый; пульс глубокий.

Недостаток энергии: понос, урчание в животе, расстройство функции кишечника, головокружение, чувство слабости в руках, тело холодное, сыпь и зуд кожи, небольшой кашель, покраснение задней стенки глотки, состояние улучшается в тепле; язык бледного цвета, налет тонкий; пульс нежный.

Характер воздействия энергии меридиана толстой кишки на психические процессы: избыток энергии в меридиане толстой кишки усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане легких, и наоборот, недостаток энергии в меридиане толстой кишки усиливает симптомы избытка энергии в меридиане легких.

Моментальная диагностика. Нос (его длина) — зеркало энергетического состояния толстого кишечника. Человек с длинным носом имеет наследственный недостаток энергии в меридиане, а с коротким носом (курносый) – избыток энергии.

В. Меридиан желудка Е.

Избыток энергии: возбуждение, высокая температура тела, сухой рот, жажда, вздутие живота, запор, изжога, повышенный аппетит, боль желудка спазматического характера, повышенная кислотность желудочного сока, трещины слизистой оболочки губ, боль и судороги мышц по ходу меридиана; язык имеет красное тело, налет желтый; пульс сильный.

Недостаток энергии: урчание в животе, понос, рвота после еды, отрыжка кислым, потеря аппетита, замедленное пищеварение, чувство переполнения желудка, пониженная кислотность желудочного сока, вялость, депрессивное состояние, частая зевота, слабость в ногах, набухание слизистой оболочки горла, боль мышц живота, онемение мышц бедра спереди, скорбный взгляд; язык с белым налетом; пульс слабый.

Характер воздействия энергии меридиана желудка на психические процессы: избыток энергии в меридиане желудка усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы, и наоборот, недостаток энергии в меридиане желудка усиливает симптомы избытка в меридиане селезенки - поджелудочной железы.

Моментальная диагностика. Губы (их форма) — зеркало энергетического состояния желудка. Толстые губы говорят о наследственном избытке энергии в меридиане желудка. Тонкие губы говорят о наследственном недостатке энергии в меридиане. Если губы имеют мелкие трещины по краям (заеды), то также можно утверждать о недостатке энергии в меридиане желудка.

Г. Меридиан селезенки — поджелудочной железы РР.

Избыток энергии: неустойчивый аппетит, разжевывание любой пищи всегда сопровождается жирным привкусом во рту и снижением вкусовых ощущений, чувство переполнения в животе, запор, боль и ощущение тяжести в области подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, пищевая интоксикация, боль в суставах ног, ограниченное движение 1-го пальца стопы, тяжелый сон; язык имеет желтый налет, скользкий; пульс быстрый.

Характер воздействия энергии меридиана селезенки на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: человек любит сладкие блюда, любимый цвет — желтый, любимый климат — влажный, дисбаланс энергии в меридиане вызывает размышление.

б) Меридиан контролирует процесс поступления питательных веществ из кровяного русла внутрь клеток.

в) Главные симптомы воздействия энергии меридиана селезенки – поджелудочной железы на психические процессы: регулирование интеллектуально - мыслительного напряжения, памяти, накапливание знаний, способности к обучению, склонность к научно-теоретической деятельности. Описанные симптомы характерны для пациента с нормальным, гармоничным количеством энергии в меридиане (РР⁰). Сопутствующие симптомы: поведение интеллигентного человека с приятными манерами, врожденное стремление к новым знаниям и к научной систематизации знаний, глубокий сон, любит

сладолюбия, позднее засыпание (совы), плавная речь, энергичны, жизнерадостны, при хорошем питании не поправляются благодаря интенсивному обмену веществ.

г) Главными симптомами избытка энергии меридиана селезенки – поджелудочной железы (RP +) являются: “застывание” мышления на какой-то философской проблеме, что выражается в появлении навязчивых состояний, сверхценных или бредовых идей (ревности, ущерба, воздействия и т.д.) на фоне высокого интеллектуального развития и прекрасной, тренированной памяти, а также объяснение происходящих бытовых событий на основе систематизированных философских концепций. Бросается в глаза научная “заикливость и закомплексованность”, которую в народе называют “горем от ума”. Если к врачу обращается пациент с высшим образованием, его речь полна научных терминов, он высказывает свою научно – систематизированную версию болезни на основе религиозных, мистических, псевдофилософских или собственных измышлений, склонный к длительному мудрствованию и к научным спорам о сущности бытия, анализирующий историю и текущие политические события во время предъявления жалоб на свою болезнь, то, несомненно, этот больной имеет избыток энергии в меридиане селезенки.

Недостаток энергии: плохое пищеварение, чувство усталости после еды, газы в желудке, большое количество испорченных, боль в эпигастрии, рвота, слабость и онемение ног, венозная застой в ногах, кожные расстройства, сонливость в течение дня, плохая память, страсть к сладостям; язык бледный, налет беловатый; пульс слабый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана селезенки – поджелудочной железы (RP -) на психические процессы: отрицательное отношение ко всем научным сложностям, стремление к простой бытовой информации (художественные книги, кино, общение), плохая память на научную информацию и хорошая на бытовые темы. Если к врачу обратился пациент, который избегает интеллектуальных сложностей, философии и математики, предпочитает общение на прозаично – бытовые темы о вкусной пище, лучших курортах, об одежде и недорогих, но практичных товарах, то такому человеку можно безошибочно ставить диагноз недостатка энергии в меридиане селезенки. При этом тест на философское обсуждение «вечных проблем» резко отрицателен. Чаще всего недостаток энергии этого меридиана можно диагностировать у женщин. Сопутствующие симптомы: дневная сонливость, страсть к сладостям, депрессия, неврастения, умственная инертность, усталость, трудность в концентрации внимания, быстрое засыпание (жаворонок), склонность к полноте.

Моментальная диагностика. Губы (их цвет и влажность) отражают энергетическое состояние меридиана селезенки – поджелудочной железы. **Красные губы** указывают на избыток энергии в меридиане селезенки. Дефицит энергии ЧИ в селезенке приводит к **бледности губ**. **Влажные губы** указывают на избыток энергии в меридиане поджелудочной железы. Дефицит энергии ЧИ в поджелудочной железе приводит к **сухости губ**. Постоянная жажда и запах "ацетона" изо рта точно указывают на патологию (дефицит энергии) поджелудочной железы.

Д. Меридиан сердца С.

Избыток энергии: боль в области сердца, левого плеча и предплечья, гиперемированное лицо, повышенная возбудимость, ощущение тяжести в конечностях и груди, иногда повышена температура тела, сухость во рту, мало мочи при мочеиспускании. Люди

худощавы, физически крепки, с хорошим цветом кожи, легко возбудимы, часто болеют ОРЗ. Язык имеет красное тело, налет желтоватый; пульс быстрый, сильный.

Характер воздействия энергии меридиана сердца на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит горькую пищу, любимый цвет — красный, любимый климат — теплый, дисбаланс энергии в меридиане вызывает немотивированную радость или грусть.

б) Меридиан контролирует процесс регуляции энергонаполнения всего объема коры головного мозга благодаря изменению электропроводимости в подкорке и стволовой части мозга.

в) Главный симптом воздействия энергии меридиана сердца на психические процессы состоит в руководстве главными элементами эмоциональной сферы человека в виде положительных (радостных) и отрицательных (тоскливых, грустных) чувств. Меридиан управляет силой восприятия эмоций. При грубом нарушении энергетики меридиана возникает маниакально – депрессивный синдром, чередование блаженного, эйфорического состояния с чрезмерной тоской и грустью. Меридиан сердца контролирует деятельность сердца по генерации эмоций определенного уровня интенсивности, руководит силой чувства. Он тесно связан с меридианом перикарда, который в свою очередь руководит длительностью (временем) протекания положительных и отрицательных эмоций, то есть является регулятором для переключения одних эмоций на другие (положительных на отрицательные или на другие положительные и т. д.). При нормальном количестве энергии в меридиане сердца (С⁰) человек не испытывает ни чрезмерной радости, ни чрезмерной тоски. В норме эмоции соответствуют объективным условиям существования. Плохое состояние дел у человека вызывает ухудшение настроения. Удачи и праздники поднимают настроение. Патологическое состояние высшей нервной системы увеличивает силу эмоциональных переживаний. На незначительные неудачи человек может реагировать глубочайшей депрессией, доводящей его до самоубийства (депрессивный психоз). Одновременно с этим, значительный успех может недооцениваться и вызывать тоску и неудовлетворенность, а слабый и едва заметный успех по другому и малозначительному поводу вызывает бурю восторгов (экзальтацию) и приступ бешеного веселья.

г) Главным симптомом воздействия избытка энергии в меридиане сердца (С⁺) на психические процессы является неадекватно бурная ответная реакция депрессии на незначительные потери и неудачи или реакция безумного веселья (экзальтации, восторженности) на слабые достижения и успехи. Пациент «гиперболизирует» эмоции. Если к врачу обращается пациент, которого повергло в «шоковое» состояние с бессонницей и потерей аппетита незначительное проявление аллергической реакции на цитрусовые или какое – то другое незначительное событие, то можно не сомневаться, что перед вами больной с избытком энергии в меридиане сердца. Кроме преувеличения «плохого и хорошего» и импульсивности влечений, этому состоянию меридиана соответствуют симптомы мании величия, чрезмерного эгоизма, стремление к власти и богатству, жадность, коварство и хитрость.

Недостаток энергии: сердцебиение, одышка при физической нагрузке, бледное лицо, чувство подавленности, тоска, страх, онемение внутренней поверхности плеча, головокружение от недостаточности кровообращения (коллапсы, обмороки). Люди нерешительны, подвержены страхам и волнениям, имеют слабое здоровье, худые, плохо контактные, кожа бледно-синюшная, имеют тяжелые сновидения, забывчивы; язык имеет бледное тело, налет беловатый; пульс нежный.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана сердца на психические процессы: эмоциональная тупость (безразличие и равнодушие ко всему и ко всем) и проявление всевозможных страхов (фобий). Это может быть страх заражения болезнью, боязнь открытых и закрытых пространств, высоты, вера во всевозможные приметы и т. д. Этот контингент больных хорошо поддается внушению. Например, типичной болезнью с недостатком энергии в меридиане сердца является алкоголизм. В эмоциональном отношении алкоголик – это человек, абсолютно равнодушный ко всем окружающим, полностью равнодушен к своей судьбе и здоровью, потерявший возможность в полную меру чувствовать веселье или горе, но одновременно с этим он хорошо внушаем (мнителен) и подвержен всяческому "неконкретным" страхам. Поэтому алкоголизм удачно лечится стрессовой психотерапией. Бесчувственность и отсутствие сострадания у людей с недостатком энергии в меридиане сердца способствует превращению их в жестоких преступников. Сопутствующие симптомы недостатка энергии в меридиане сердца: вялость, низкая активность, нерешительность, невротические заболевания, тяжелые сновидения, забывчивость, утомляемость, психический дискомфорт, навязчивые мысли, ипохондрия, склонность к полноте.

Моментальная диагностика. Язык (его цвет) – зеркало энергетического состояния меридиана сердца. Красный язык (и лицо) говорит об избытке энергии в меридиане сердца, бледный язык (и лицо) – о недостатке.

Е. Меридиан тонкой кишки IG.

Избыток энергии: боль в области шеи, затылка, висков, звон в ушах, боль в области пупка, нижней части живота, запор, боль задней поверхности плеча и предплечья, моча красного цвета, жажда, афтоз; кончик языка красный; пульс быстрый.

Недостаток энергии: отечность в области нижней челюсти и шеи, шум в ушах, снижение слуха, уменьшение массы тела, тошнота, рвота, понос, слабость и ощущение холода в руках, боли в животе уменьшаются при нажатии на него; язык имеет белый налет; пульс медленный.

Характер воздействия энергии меридиана тонкого кишечника на психические процессы: избыток энергии в меридиане тонкого кишечника усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане сердца, и наоборот.

Моментальная диагностика. Язык (налет и трещины на самом кончике языка) — зеркало энергетического состояния тонкого кишечника. Налет на языке указывает на недостаток энергии в меридиане, трещины на кончике языка – на избыток.

Ж. Меридиан мочевого пузыря V.

Избыток энергии: чувство жара в половом члене, моча мутная, частое мочеиспускание, болезненные спазматические явления со стороны мочеполовых органов, боль и судороги мышц спины, боль в позвоночнике, боль и судороги мышц ног, головная боль в лобной и затылочной областях во время испражнений, избыточное слезотечение, боль в глазах, кровотечение из носа; язык имеет красное тело, налет желтоватый; пульс быстрый.

Недостаток энергии: редкое и обильное мочеиспускание, отечность и припухлость в области половых органов, гипотония мышц затылка и позвоночника, тугоподвижность бедра, ощущение тяжести и слабости в ногах, слабость мышц спины, головокружение, малоподвижность мизинца ног, геморрой, недержание мочи; язык блестящий, имеет влажный налет; пульс нежный.

Характер воздействия энергии меридиана мочевого пузыря на психические процессы: избыток энергии в меридиане мочевого пузыря усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане почек, и наоборот.

Моментальная диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния мочевого пузыря. Человек с большими по размеру ушами имеет наследственный недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря и избыток в меридиане почек. Человек с мелкими по размеру ушами имеет наследственный избыток энергии в меридиане мочевого пузыря и недостаток в меридиане почек. Китайские врачи утверждают, что чем большего размера у человека уши, тем выше энергетический потенциал в меридиане почек, тем человек умнее.

3. Меридиан почек R.

Избыток энергии: яркие сновидения, редкое мочеиспускание, много мочи, моча темно-красного цвета, сухость во рту, тошнота, ощущение тяжести и жара в ногах, стопа теплая, боль в области крестца, поясницы, внутренней части бедра, необычайный прилив энергии, чувство внутреннего волнения, повышенная сексуальная потенция; язык без налета, тело красное; пульс глубокий, быстрый.

Характер воздействия энергии меридиана почек на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит соленую пищу, любимый цвет – черный, лучше чувствует себя при холодной погоде, дисбаланс энергии в меридиане вызывает страх.

б) Меридиан контролирует качество электропроводимости нервных волокон центральной и периферической нервной системы.

в) Главный симптом воздействия энергии меридиана почек на психические процессы: управление умственной, мышечной и сексуальной активностью (выносливостью). Человек с нормальным количеством энергии в меридиане (R^0) обладает хорошей умственной работоспособностью и трудолюбием. При сочетании в одном человеке нормальной активности меридиана почек (трудоуспеваемости) с активностью меридиана селезенки - поджелудочной железы (интеллекта и памяти) возникают гениальные личности.

г) Главный симптом воздействия избытка энергии меридиана почек (R^+) на психические процессы – это злоупотребление врожденной выносливостью (умственной, физической и сексуальной). Люди с избытком энергии в этом меридиане становятся фанатично трудолюбивыми учеными, бизнесменами, фермерами, спортсменами и т.д. Типичная черта характера – трудоголик, “алкоголик” к работе, к спортивным тренировкам, к учебе. Кроме того, из этого типа людей по причине повышенной сексуальной потенции выходят неисправимые донжуаны, проститутки, сексуальные извращенцы. Сопутствующие симптомы: повышенная половая активность, поллюции, склонность к половым извращениям, к похуданию, чувство внутреннего волнения, лучше себя чувствуют при холодной погоде, чрезмерно высокий иммунитет, целеустремленные, упрямы, необычайно выносливы, долго не устают при физической (в том числе и половой) и умственной работе.

Недостаток энергии: учащенное мочеиспускание, обильное потоотделение, ощущение холода в ногах, стопа холодная, чувство онемения и слабости в ногах, общая слабость, снижение сексуальной потенции, ощущение холодного живота, озноб, недержание мочи; язык имеет белый налет; пульс слабый, тонкий.

Главные симптомы воздействия недостатка энергии меридиана почек (R –) на психические процессы: низкая выносливость (умственная, физическая и сексуальная), такие люди чрезвычайно ленивые. Они быстро устают при выполнении умственной работы или при физических нагрузках. Мужчины часто жалуются на стойкую импотенцию в возрасте после 30 лет. Женщины к этому возрасту жалуются на фригидность, которая не мешает им в жизни, но раздражает их пылких супругов. Сопутствующие симптомы: вялость, раздражительность, ощущение мелькания мошек перед глазами по причине постоянно низкого давления крови, бессонница, нетерпеливость, пугливость, неуверенность в себе, часто заболевают неврастенией, лучше себя чувствуют при теплой погоде, тяга к одиночеству.

Моментальная диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния почек. Если ушная раковина имеет морщинистую и дряблую кожу (особенно на мочке уха), с большим количеством седых волос на козелке (у мужчин), то человек имеет **недостаток** энергии в меридиане почек. Если ушная раковина имеет очень гладкую и чистую кожу, мочка уха как подушечка упругая, налита кровью, то человек имеет **избыток** энергии в меридиане почек.

И. Меридиан перикарда MC.

Избыток энергии: раздраженность, боль в грудной клетке, нарушение функции сердечно-сосудистой системы, головная боль с ощущением приливов, боль в руках, неглубокий сон, покраснение склер глаз, запоры, стеснительность, гневливость; язык имеет красное тело и желтый налет; пульс быстрый, сильный.

Характер воздействия энергии меридиана перикарда на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит горькую пищу, любимый цвет — красный, любимый климат – теплый, дисбаланс энергии в меридиане вызывает немотивированную радость или грусть.

б) Меридиан контролирует равномерность капиллярного кровоснабжения нервных тканей мозга путем сокращения и расширения капилляров.

в) Главный симптом воздействия меридиана перикарда **на психические процессы:** регулирует длительность (время) протекания данной эмоции (чувства). Любая эмоция может доминировать в человеческом мозге либо только минуту, либо несколько дней, недель или даже месяцев. На процесс постоянной смены эмоций влияют события повседневной жизни и внутренняя предрасположенность организма к сохранению данной эмоции, то есть предрасположенность к «застреванию» данной эмоции в мозге на длительное время. Именно за эту функцию несет ответственность меридиан перикарда, тесно связанный с меридианом сердца, который в свою очередь исполняет функцию «генератора силы эмоций». Если у пациента определяется **нормальное количество энергии** в меридиане (MC⁰), то последовательность смены эмоций соответствует тем условиям жизни и положению в обществе, той сформировавшейся на данное время обстановке, в которой реально находится пациент. На незначительную жизненную неудачу человек в норме реагирует небольшим огорчением (например, на протяжении 5 минут), а большая жизненная удача может поддерживать приподнятое настроение на протяжении недели.

г) Главный симптом воздействия **избытка энергии** меридиана перикарда (MC+) на психические процессы состоит в неадекватно длительном присутствии эмоции в сознании человека. Например, при избытке энергии в меридиане перикарда может возникать маниакальное состояние, которое не покидает человека на протяжении месяца. При избытке энергии в меридиане перикарда происходит «застревание»

эмоции злости, обиды, зависти, радости, любви на длительное время. Такие люди могут быть злопамятны, длительное время плохо относятся к одному человеку и могут быть постоянно снисходительными к другому. Они типичные «однолюбы» и, полюбив однажды, «застревают» на этом чувстве к особе противоположного пола на всю жизнь.

Недостаток энергии: депрессия, страх, утомляемость, учащенное сердцебиение, головокружение, одышка, боязнь высоты, слабость рук, боль в животе, желтушность склер, понос, тяжелый и глубокий сон с большим количеством сновидений; язык имеет бледное тело, налет беловатый; пульс нежный.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана перикарда (МС —) на психические процессы состоит в лабильности эмоций (неустойчивости, быстрой смене). Основная характеристика человека с недостатком энергии в меридиане перикарда — непостоянность, нестабильность эмоций. Кстати, одним из основных симптомов невроза является неустойчивость чувств: после смеха пациент начинает плакать, недавняя дружба по малозначительной причине сменяется враждой и ненавистью, ненависть внезапно сменяется раскаянием и любовью. Создается впечатление, что человек не знает, чего он хочет, запутался в своих чувствах, усматривается явная странность в поведении.

Моментальная диагностика. Лицо (кожа лица) – зеркало энергетического состояния меридиана перикарда. Красное лицо (особенно щеки) говорит о наличии избытка энергии в меридиане перикарда. Бледное лицо (щеки) указывает на наличии недостатка энергии в меридиане перикарда. Человек, умеющий "краснеть от стыда", имеет врожденный избыток энергии в меридиане перикарда.

К. Меридиан трех полостей тела TR.

Избыток энергии: боль в руках, в лопатках, в шее, звон в ушах, покраснение и потливость лица, непереносимость жары, жар в теле, отсутствие аппетита, редкое и обильное мочеиспускание, бессонница, раздражительность, отрыжка; язык с желтым налетом, имеет красное тело; пульс быстрый.

Недостаток энергии: онемение и слабость в руках и шее, бледное лицо, холодный живот, поверхностное дыхание, озноб, непереносимость холода, недержание мочи, мало мочи и частое мочеиспускание, метеоризм, отрыжка, психическая и физическая усталость, грусть, вялость, ослабление слуха; язык с белым налетом, скользкий; пульс глубокий, тонкий.

Характер воздействия энергии меридиана трех обогревателей на психические процессы состоит в том, что избыток энергии в этом меридиане усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане перикарда и, наоборот, недостаток энергии потенцирует психологические симптомы избытка энергии в меридиане перикарда.

Моментальная диагностика. Размеры глаз - зеркало энергетического состояния меридиана трех обогревателей. Крупные глаза, "вылезавшие" из орбит (как при базедовой болезни), говорят об избытке энергии в меридиане трех обогревателей. (Многие точки меридиана трех обогревателей воздействуют на железы внутренней секреции, в том числе и на щитовидную железу, которая при гиперфункции приводит к экзофтальму). Мелкие глаза, посаженные внутрь глазницы, говорят о недостатке энергии в меридиане трех полостей тела.

Л. Меридиан желчного пузыря VB.

Избыток энергии: чувство полноты в желудке, горечь во рту, тошнота, припухлость щек, шеи, подбородка, частые заболевания горла, бессонница, головная боль, боль и судороги в области бедра и голени, горячая стопа, гиперемия глаз, снижение слуха; язык с «шипами», имеет красное тело; пульс напряженный, быстрый.

Недостаток энергии: головокружение, отечность, боязливость, бледный цвет кожи, расстройство кишечника, фригидность, быстрая утомляемость, ухудшение зрения, депрессия, чувство страха; язык с белым налетом, скользкий; пульс тонкий, слабый.

Характер воздействия энергии меридиана желчного пузыря на психические процессы: избыток энергии в меридиане желчного пузыря усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане печени, и наоборот.

Моментальная диагностика. Глаза (цвет белочной оболочки) — зеркало энергетического состояния меридиана желчного пузыря. Желтый цвет белочной оболочки говорит об избытке энергии в меридиане, белый – о норме, голубой цвет – о недостатке.

М. Меридиан печени F.

Избыток энергии: головная боль, желтушность кожи, боль в пояснице, животе, половых органах, затрудненное и болезненное мочеиспускание, жажда, судороги, нарушение менструального цикла, чувство гнева, раздражительность, возбудимость, импульсивность, кислый привкус во рту, нарушение сна, общий эмоциональный дискомфорт; язык со скользким налетом; пульс напряженный, сильный, редкий.

Характер воздействия энергии меридиана печени на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: пациент с избытком энергии в меридиане сердца любит кислую пищу, любимый цвет — зеленый, лучше чувствует себя при ветреной погоде, дисбаланс энергии в меридиане вызывает гнев.

б) Меридиан контролирует количество синтезируемых печенью и железами внутренней секреции веществ (витаминов, гормонов, углеводов, белков, гамма - глобулинов, которые убивают вирусы и микробы внутри организма и т. д.). Синтезированные органические вещества из печени поступают в кровь, проникают через стенки капилляров, некоторые из них проникают внутрь клеток. Одновременно он контролирует мощность биотоков, поступающих в нервные ткани головного мозга от сгорания этих энергоемких веществ.

в) **Главный симптом** воздействия меридиана печени на психические процессы – это проявление волевых качеств. Меридиан печени руководит силой воли. Избыток энергии в меридиане характеризуется сверхсильным проявлением воли, нормальное количество энергии дает ее проявление в разумных пределах, а недостаток энергии приводит к безволию.

г) **Главный симптом** воздействия **избытка энергии** меридиана печени (F+) на психические процессы – чрезмерное напряжение воли, сильное проявление волевых качеств. Возникает «избыточная целеустремленность», достижение цели любыми средствами. Если такой человек что-то решил, запланировал, то он обязательно дело доведет до конца. Это люди с избыточным стремлением к порядку и чистоте. В обыденной жизни они отличаются необычайным упрямством, что неизбежно приводит к частым конфликтам. В конфликтных ситуациях у людей с избытком энергии в меридиане печени возникает выраженная агрессивность и жестокость, поэтому из них выходят чрезмерно жестокие преступники. Больные эпилепсией с годами приобретают озлобленность, характерную для избытка энергии в этом меридиане. Если к врачу обратился пациент, который требует провести именно то лечение, которое, по его

мнению, является самым правильным, и все убеждения в ошибочности этого мнения безрезультатны, то можно не сомневаться, что перед врачом типичный представитель личности с избытком энергии в меридиане печени. Сопутствующие симптомы: раздражительность, агрессивность, гневливость, повышенная возбудимость, вспыльчивость, беспокойство, бессонница, общий эмоциональный дискомфорт, импульсивность, вредный характер, грубость, бесцеремонность, склонность к похуданию, уголовным преступлениям, садизму и самоубийству (суициду), жестокость, высокая судорожная готовность, эпилепсия, судороги мышц центрального происхождения.

Недостаток энергии: головокружение, бледный цвет кожи, расстройства кишечника, импотенция и фригидность, боль в бедре и малом тазу, судороги мышц ног, быстрая утомляемость, ухудшение зрения, ночная слепота, депрессия, чувство страха, бессонница, много сновидений; язык со скользким налетом, тело его красное; пульс напряженный, быстрый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана печени (F –) на психические процессы – полное безволие. Поэтому при наличии у молодого человека большого количества плохих друзей он быстро становится алкоголиком, наркоманом, преступником, а безвольные девушки – проститутками. Люди с дефицитом энергии в меридиане предпочитают иметь волевых друзей, супругов и жен. Это неделовые люди, так как они не настойчивы, стеснительны, подвержены постоянным сомнениям, нерешительные, не имеют твердых убеждений, хорошо поддаются на уговоры, и главное – очень ленивые. Если к врачу обратился пациент, который ведет себя очень робко, со всеми доводами врача соглашается, точно исполняет назначения врача, очень внушаем, то нет сомнения что у этого пациента существует недостаток энергии в меридиане печени. Сопутствующие симптомы: быстрая утомляемость (астения), нежелание мыслить и исполнять физическую работу, лень, вялость, обмороки, слезливость, головокружение, импотенция, фригидность, меланхоличность, ипохондрия, постоянная неудовлетворенность жизнью (занудливость), склонность к полноте, наркомании, алкоголизму, равнодушие к окружающему, апатия, чувственная тупость, отсутствие сопереживания, стремление к спокойствию и одиночеству, самочувствие улучшается при теплой погоде, непереносимость холода.

Моментальная диагностика. Глаза — зеркало энергетического состояния меридиана печени. Патология зрения в виде дальновзоркости, сухость, болезненность, покраснение, опухание век указывает на недостаток энергии в меридиане почек. Близорукость говорит об избытке энергии в меридиане печени. При недостатке энергии в меридиане печени на ногтях возникают белые точки, ногти становятся мягкие и ломкие. При избытке энергии – на коже появляются красные точки (звездочки). При **близорукости** из ретикулоэндотелиальной формации поступает избыток энергии по тончайшим нервным ветвям к мышцам, растягивающим хрусталик (линзу). Линза хрусталика сильно растягивается, становится длинной, но тонкой. Вследствие этого изображение предмета проектируется за пределами сетчатки глаза, что и является главной причиной плохого зрения. Поэтому студенту в очках, страдающему близорукостью, можно безошибочно ставить диагноз избытка энергии в меридиане печени.

Совершенно противоположный механизм плохого зрения у старика, страдающего **дальновзоркостью**. В этом случае к мышце, растягивающей хрусталик, вообще не поступают импульсы. Линза хрусталика превращается в шарик, который переламливает

свет под большим углом. Тогда изображение предмета проектируется перед сетчаткой глаза, что и является главной причиной плохого зрения. Снижение выработки электрической энергии в мозге происходит к старости. Поэтому старику в очках, страдающему дальнозоркостью, можно безошибочно ставить диагноз недостатка энергии в меридиане печени.

Н. Пояснение к анамнестическому методу иглотерапевтической диагностики. Приведенные выше клинические симптомы отражают идеальную ситуацию, когда из-за возникновения какого-то абстрактного заболевания возникает повышение или уменьшения энергии в данном меридиане. Описаны чисто энергетические симптомы без накладывания на общую анамнестическую картину симптомов, которые появляются при заболевании больного органа.

Во-первых, как правило, человек имеет не одну, а несколько болезней. Например. У пациента имеются клинические диагнозы: острый бронхит, гипертоническая болезнь 2 степени, подострый гастрит, простатит. Методом сбора анамнеза пациент подтвердит, что у него существуют все симптомы избытка энергии в меридиане лёгких (P+): повышение температуры тела, потливость, горячая на ощупь ладонь, звонкий кашель с болью, обилие мокроты, астма, прилив крови к голове, боль в области плеча. Но кроме этих жалоб пациент назовёт и многие другие, связанные с болезнью других его органов. Гипертоническая болезнь даст симптом головной боли, гастрит добавит симптом боли в желудке, простатит проявится тянущей болью в малом тазу. Поэтому в процессе расспроса пациента возникает намного больше симптомов, чем требуется для установки иглотерапевтической диагноза. Причина избытка симптомов заключается в том, что при использовании иглотерапевтической диагностики анамнестическим методом симптомы заболевания органов тесно переплетаются с симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане. Возникает наложение друг на друга клинических (органических) и энергетических симптомов, возникает трудность дифференциации, трудность разделения друг от друга симптомов энергетического дисбаланса меридиана от клинических симптомов проявления болезней.

Во-вторых, путаницу в симптоматику вносит даже болезнь одноимённого с меридианом органа (лёгкого для меридиана лёгкого, печени для меридиана печени и так далее). Симптомы заболевания одноимённого с меридианом органа накладываются, сплетаются с симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане, вызывая сплетение клинических и энергетических симптомов. Симптомы заболевания легких (например бронхиальной астмы) накладываются на энергетические симптомы избытка энергии в меридиане лёгких, а симптомы заболевания толстой кишки (колит) сплетаются с энергетическими симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане толстого кишечника, симптомы заболевания почек (пиелонефрит) накладываются на энергетическими симптомами избытка энергии в меридиане почек и так далее. Требуются глубокие клинические знания и знания акупунктурной диагностики, чтобы дифференцировать (отделить друг от друга) клинические симптомы от энергетических симптомов заболевания.

11. Определение избытка и недостатка энергии других меридианов. После того, как указанными методами будет определен «больной» меридиан, легко определить энергетическое состояние других меридианов. Эта информация полезна врачу –

иглотерапевту в том отношении, что она расширяет «лечебный диапазон» и в 6 раз увеличивает количество акупунктурных точек, необходимых для лечения данной болезни при помощи энергетического метода лечения. **Смотрите таблицу 20.**

Сопутствующие «больные» меридианы

Таблица 20

№	Большой меридиан	Сопутствующие «больные» меридианы				
		Спаренный в элементе	По закону «муж-жена»	По закону «полдень-полночь»	По закону «мать-сын»	
		Годовой цикл	Годовой цикл	Суточный цикл	Суточный цикл	Годовой цикл
1	Избыток P+	GI-	C-, MC-	V-	F+, GI-	RP+, GI-
	Недостаток P-	GI+	C+, MC+	V+	F-, GI+	RP-, GI+
2	GI+	P-	IG-, TR-	R-	P-, E+	P-, V+
	GI-	P+	IG+, TR+	R+	P+, E-	P+, V-
3	E+	RP-	VB-	MC-	GI+, RP-	IG+, RP-
	E-	RP+	VB+	MC+	GI-, RP+	IG-, RP+
4	RP+	E-	F-	TR-	E-, C+	E-, P+
	RP-	E+	F+	TR+	E+, C-	E+, P-
5	C+	IG-	R-	VB-	RP+, IG-	F+, GI-
	C-	IG+	R+	VB+	RP-, IG+	F-, GI+
6	IG+	C-	V-	F-	C-, V+	C-, E+
	IG-	C+	V+	F+	C+, V-	C+, E-
7	V+	R-	E-	P-	IG+, R-	GI+, R-
	V-	R+	E+	P+	IG-, R+	GI-, R+
8	R+	V-	RP-	GI-	V-, MC+	V-, MC+
	R-	V+	RP+	GI+	V+, MC-	V+, MC-
9	MC+	TR-	R-	E-	R+, TR-	R+, TR-
	MC-	TR+	R+	E+	R-, TR+	R-, TR+
10	TR+	MC-	V-	RP-	MC-, VB+	MC-, VB+
	TR-	MC+	V+	RP+	MC+, VB-	MC+, VB-
11	VB+	F-	GI-	C-	TR+, F-	TR+, F-
	VB-	F+	GI+	C+	TR-, F+	TR-, F+
12	F+	VB-	P-	IG-	VB-, P+	VB-, C+
	F-	VB+	P+	IG+	VB+, P-	VB+, C-

Например, у пациента определен избыток энергии в меридиане сердца. Следовательно, пользуясь правилами движения энергии в суточном и годовом цикле, можно рассчитать энергетическое состояние других 6 меридианов.

А) Меридиан сердца находится в элементе «Огонь» в паре с меридианом тонкого кишечника. По закону взаимоотношения меридианов внутри элемента, при избытке энергии в меридиане сердца (+C), обязательно возникнет недостаток энергии в

меридиане тонкого кишечника (- GI). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане тонкого кишечника. **Б)** С учетом антагонистических взаимоотношений в годовом цикле движения энергии (правило «звезды», закон «муж – жена») избыток энергии в меридиане сердца вызывает недостаток энергии в меридиане легких (- P). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане легких.

В) По правилу движения энергии в суточном цикле существует временной антагонист для каждого меридиана. Избыток энергии в меридиане сердца наблюдается с 11 до 13 часов дня. В это время недостаток энергии по закону «полдень – полночь» возникает у меридиана желчного пузыря (-VB). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане желчного пузыря.

Г) Закон “мать – сын” применяется как в суточном, так и в годовом цикле движения энергии. На основании этого закона при избытке энергии в меридиане сердца в суточном цикле возникает избыток энергии в меридиане поджелудочной железы – селезенки (+ RP) и недостаток в меридиане тонкого кишечника (- IG), а в годовом цикле возникает избыток энергии в меридиане печени (+ F) и недостаток в том же меридиане тонкого кишечника (- IG). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые понижают энергию в меридиане поджелудочной железы - селезенки и в меридиане печени, а также точками, которые повышают энергию в меридиане тонкой кишки.

Теперь сделаем вывод. При избытке энергии в меридиане сердца врач-иглотерапевт может использовать энергетическое лечение по избытку энергии в меридианах сердца (+ C), селезенки – поджелудочной железы (+ RP) и печени (+ F), а также по недостатку энергии в меридианах тонкого кишечника (- IG), легких (- P) и желчного пузыря (- VB). Болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить, используя энергетические методы шести меридианов. Аналогичная ситуация возникает при изучении энергетических связей любого другого меридиана. Ниже представлена таблица 20 с перечнем шести энергетически связанных меридианов для каждого из 12 стандартных меридианов. Зная энергетическое значение 6 меридианов можно найти значения остальных 6 меридианов. При этом достаточно помнить, что в элементе (Огонь, Дерево, Металл и т. д.) меридианы имеют противоположные энергетические знаки. В нашем примере меридиан селезенки RP имеет избыток, следовательно, его пара в элементе Земля (меридиан желудка E) будет иметь недостаток энергии. Меридиан легких P имеет недостаток, следовательно, его пара в элементе Металл (меридиан толстого кишечника IG) будет иметь избыток энергии и т.д.

12. Анализ показаний иглотерапевтической диагностики. Описанные методы диагностики при дисбалансе энергии в одном из 12 стандартных меридианов применимы лишь в том случае, если организм пациента имеет только одну болезнь. Но на практике часто случается, что пациент одновременно имеет 2, 4 и более болезней. Какие изменения в энергограмме могут быть при наличии множественной патологии?

1) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с избытком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут находиться в состоянии энергетического избытка сразу 3 – 7 меридианов. Например, у пациента имеется бронхиальная астма (P+), язвенная болезнь желудка (E+) и холецистит (VB+). Энергограмма (по методу Акабана) покажет, что существует избыток энергии в трех

меридианах: в меридиане легких, желудка и желчного пузыря. **Тактика иглотерапевтического лечения** в этом случае должна быть следующая. Сначала 7 – 10 сеансами снижается энергетика одного меридиана, и лучше всего такого, дисбаланс энергии которого наиболее сильно тревожит больного. Потом делается перерыв на 10 дней. Дальше снижается избыток энергии второго и третьего меридианов.

2) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с недостатком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут находиться в состоянии энергетического недостатка сразу 3 – 7 меридианов. Например, у пациента имеется стенокардия (С -), диабет (RP -) и зуб (TR -). Энергограмма покажет, что существует недостаток энергии в трех меридианах: сердца, поджелудочной железы и трех обогревателей. **Тактика иглотерапевтического лечения** описана выше, только с воздействием на повышение энергии в соответствующих меридианах.

3) Вариант энергограммы с чрезмерным повышением количества энергии в одном меридиане (при наличии двух и более болезней с избытком энергии в одном и том же меридиане). Иногда определяется чрезмерно высокая насыщенность энергией одного меридиана. Такие показания возникают тогда, когда пациент болен несколькими болезнями, которые повышают энергетику в одном и том же меридиане. Например, пациент болен астмой (P+), бронхитом (P+) и пневмонией (P+). Все эти заболевания увеличивают энергию только в одном меридиане – в меридиане легких. Поэтому любой способ иглотерапевтической диагностики покажет чрезмерный избыток энергии в одном меридиане – меридиане легких.

4) Вариант энергограммы с чрезмерным снижением количества энергии в одном меридиане (при наличии двух и более болезней с недостатком энергии в одном и том же меридиане). Иногда определяется почти полное отсутствие энергии в одном меридиане. Такие показания возникают тогда, когда пациент болен несколькими болезнями, которые понижают энергетику в одном и том же меридиане. Например, женщина больна фригидностью (R-), бесплодием (R-), нарушением менструального цикла (R-), пиелонефритом (R-), ломкостью волос (R-). Все эти заболевания уменьшают энергию только в одном меридиане – в меридиане почек. Поэтому любой способ иглотерапевтической диагностики даст чрезмерный недостаток энергии в одном меридиане – меридиане почек.

5) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с избытком энергии и нескольких меридианов с недостатком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут быть в энергетическом избытке сразу 3 – 7 меридианов, и в недостатке такое же количество меридианов. Например, у пациента имеется бронхиальная астма (P+), язвенная болезнь желудка (E+), стенокардия (С -) и снижение функциональной деятельности щитовидной железы (TR -). Энергограмма покажет, что существует избыток энергии в двух меридианах (легких и желудка) и недостаток энергии также в двух меридианах (сердца и трех полостей тела). **Тактика иглотерапевтического лечения** в этом случае должна быть следующая. Лечатся сначала те болезни, которые наиболее опасны для жизни пациента и наиболее сильно его тревожат. Для лечения необходимо будет провести 4 курса по 7 – 10 сеансов. У меридианов легких и желудка снижается энергия, а у меридианов сердца и трех полостей тела – повышается.

6) Вариант энергограммы с нормальной величиной энергии в меридиане, но при наличии двух заболеваний в одном и том же органе, различных по энергетическому состоянию. Такие показания энергограммы возникают тогда, когда пациент имеет два заболевания, одно из которых увеличивает величину энергии в

меридиане, а другое – снижает величину энергии в том же меридиане. Например, у пациента имеется панкреатит, который всегда протекает с избытком энергии в меридиане поджелудочной железы (RP +), и диабет, который всегда протекает с недостатком энергии в том же меридиане (RP -). Энергограмма не выявит изменения в меридиане RP, покажет норму, а пациент будет страдать двумя болезнями. **Тактика иглотерапевтического лечения (энергетическим методом)** в этом случае не определена.

§ 35. Эмпирическая акупунктура.

Подбор акупунктурных точек для лечения (а поэтому и вся чжэнь-цзю терапия) делится на эмпирическую и энергетическую.

1. Эмпирическая акупунктура, или безмеридиональная иглотерапия, является самым древним способом применения иглы в лечении болезней. Этот способ возник 4 тыс. лет назад в Тибете. Позже им пользовались в Вавилоне и Древнем Египте. Так, по свидетельству президента Английского общества акупунктуры Ф. Маина, в Лондонском музее хранится египетский папирус с обозначением 50 точек для иглоукалывания, датированный 1550 г. до нашей эры. Меридиональная теория акупунктуры появилась значительно позже (около 300 г. до нашей эры) и в прошлом имела совсем небольшое число сторонников.

Эмпирическая (опытная) иглотерапия классифицирует акупунктурные точки по меридианам, но не признает движения энергии ЧИ внутри человека, не пользуется построением рецептуры на основе законов «мать-сын», «полдень-полночь» и т. д. безмеридиональная иглотерапия также систематизирует акупунктурные точки по их расположению на частях тела: голове, туловище, конечностях. В эмпирической акупунктуре нет понятий о специфических точках на 12 жизненных каналах, срединных меридианах, 8 чудесных меридианах, 4 «морях» энергии и т. д. Иглотерапевты - практики руководствуются исключительно клинической информацией о свойствах точек акупунктуры. Даже в настоящее время большинство иглотерапевтов Китая являются «эмпириками» и полностью игнорируют философские и медицинские каноны «систематизированной» иглотерапии типа учения о функциях 12 меридианов, Пяти Элементах, чудесных меридианах, не проводят иглотерапевтической диагностики и т.п. Наглядным примером может служить «Руководство по современной акупунктуры» китайского автора Чжу Лянь. В нем вообще не упоминается о движении энергии ЧИ в человеческом организме. Современные иглотерапевты - эмпирики главной своей задачей считают познание терапевтических свойств акупунктурных точек. Этим занимаются целые институты по иглотерапии в Китае. Чжу Лянь называет следующие результаты исследований: при укалывании в точку E.36 перистальтика желудка замедляется, улучшается перевариваемость пищи; укол в GI.10 усиливает перистальтику желудка; при укалывании в точки V.18, V.19, V.20, V.21, E.16, J.12, J.13, J.15, GI.4, MC.6 содержание пепсина и свободной соляной кислоты в желудочном соке снижается; при воздействии на E.36 и чэн-тан (ВТ) количество выделяемой желчи увеличивается в 2—3 раза; при укалывании в GI.4, GI.11, MC.7, дань-юй и чань-юй количество выделяемой желчи уменьшается; введение иглы в J.3, J.4, E.36, V.23, V.24, V.57 увеличивает диурез и снижает содержание белка в моче, уменьшаются отеки; укалывание в T.16, C.3, J.4, J.15, V.23 изменяет электрокардиограмму в виде увеличения зубца P, лучше работают предсердия; воздействие на сочетание точек GI.4 и E.36 резко уменьшает количество эозинофилов в крови и т. д.

За тысячелетнюю историю существования чжэнь-цзю достаточно хорошо изучен терапевтический эффект от воздействия на все акупунктурные точки. Во всех учебниках и руководствах вместе с описанием местонахождения точки дается короткое перечисление ее терапевтического действия. Эта информация собиралась столетиями кропотливой работы иглотерапевтов. После сеанса лечения в течение нескольких дней проводился тщательный анамнез, отмечались характерные изменения в состоянии здоровья, делались анализы и т. д. Так постепенно накапливалась информация о терапевтических особенностях каждой точки. Однако, описание клинических свойств акупунктурных точек не несет в себе никакой «энергетической» информации. Клинические особенности акупунктурной точки — это информация, которую надо отнести к чисто эмпирической акупунктуре.

В наше время многие иглотерапевты не признают меридионального учения. Они остаются приверженцами старого, чисто эмпирического подхода к воздействию на акупунктурные точки. По статистике, количество врачей - иглотерапевтов, признающих только эмпирический метод, вероятно, во много раз больше, чем врачей-систематиков. Этому есть объективные причины. До сих пор наука не доказала реальности существования меридианов. Многие древние концепции в теории чжэнь-цзю имеют явно антинаучный характер, если их рассматривать с позиции современной науки. Некоторые положения философско-теоретической основы иглотерапии до конца не разработаны; они основаны на метафизических, абстрактных понятиях, которые не находят практического применения и воспринимаются как плод вымыслов и фантазий древних ученых. Далёк от научных представлений механизм получения электрической энергии (энергии ЧИ) в организме человека у средневековых иглотерапевтов, которые указывали на источник этой энергии в животе (три обогревателя тела) или внутри меридианов (четыре моря энергии). Поэтому многие иглотерапевты скептически относятся к учению о меридианах. Примером чисто эмпирического подхода к лечению болезней послужит перечисление акупунктурных точек специфического действия. В практике акупунктуры придается большое внимание использованию точек специфического действия, которые позволяют целенаправленно изменять (нормализовать) ту или иную функцию организма или воздействовать на тот или иной орган. Такое специфическое воздействие отдельных точек подтверждено практикой и широко используется в иглотерапии.

Таблица 22. Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания. [Таблица находится в конце книги.](#)

2. Энергетический метод лечения. В то же время подбор точек акупунктуры на основании правил меридионального учения часто приводит к исключительно хорошим результатам. Эффективность лечения врача-теоретика не уступает эффективности лечения врача-эмпирика. Несмотря на недостатки, меридиональное учение имеет большую практическую ценность. Например, врач-эмпирик сталкивается с большими трудностями в своей практической деятельности. На поверхности левой (равно как и правой) половины человеческого тела насчитывается около 1734 акупунктурных точек. Каждая из них может быть применена при 5 – 15 болезнях и синдромах. При одном заболевании, например при радикулитах, можно использовать около 400 точек. Одновременно с этим существует неопределенность в том, какие точки седатировать, а какие тонизировать, все точки брать во время сеанса на руке или на ноге и т. д. Обычно иглотерапевты - эмпирики применяют самые простые сочетания точек типа «передние - задние», «справа - слева», «верхние - нижние». Кроме того, если учесть, что сочетание 2

- 4 точек изменяет характер воздействия (по сравнению с действием на одну точку), то подбор точек у иглотерапевта - эмпирика является очень сложным процессом.

Подбор же точек у иглотерапевта - теоретика подчиняется соответствующим правилам. В теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) определен тип воздействия на иглу, последовательность выбора точек, систематизирован процесс лечения от начала до конца. В этом отношении преимущество меридиональной теории бесспорно. Ведущие иглотерапевты многих стран пользуются при лечении одной и той же болезни и энергетическими правилами, и просто проверенными практикой сочетаниями точек. Даже в одном сеансе часто бывают совмещены энергетические и эмпирические способы подбора точек. По-видимому, двойственный подход к методам лечения наиболее рационален.

Но меридиональная иглотерапия имеет большой недостаток, выражающийся в ограниченном количестве используемых точек. В состав 12 меридианов с правой и левой стороны тела входит 650 (12 парных меридианов с двух сторон тела и 2 срединных) точки. Для энергетического лечения активно используются немногим более 200 акупунктурных точек и 20 БАТ (из 52) обоих срединных меридианов (Т и J). Следовательно, при энергетическом лечении иглотерапевты - теоретики не используют 522 точки стандартных меридианов, 32 точки срединных меридианов, около 22 точек «новых», 340 точек внемеридиональных и 340 аурикулярных. Всего около 1450 акупунктурных точек не используются для влияния на энергетическое состояние меридианов или используются очень редко. И действительно, при помощи «новых» точек, внемеридиональных и аурикулярных, нельзя повлиять на энергетический потенциал организма, потому что нет правил энергетического лечения с включением этих точек в рецептуру. Даже среди меридиональных точек широко используется в энергетическом лечении не более 30%. В то же время эмпирическая акупунктура установила терапевтическое действие всех 3468 точек и практически может применить любую из них. В этом выражается большое преимущество эмпирической акупунктуры.

Итак, к разновидностям чисто эмпирической акупунктуры относятся: аурикулярная иглотерапия (воздействие на точки уха), краниопунктура (введение длинной иглы под кожу головы), воздействие игольчатым молоточком, надавливание точек пальцем или палочкой (акупрессура, шиацу) и корейский метод лечения иглоукалыванием в кисти и стопы СУ – ДЖОК. Естественно, что все эти методы оказывают влияние на энергетику 12 стандартных меридианов, увеличивают энергию в одном меридиане и уменьшают в другом, что, в конечном счете, также приводит к выздоровлению больного. Но из-за несовершенства теоретической базы акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) эти методы лечения не включены в «законы по продвижению энергии от одного меридиана в другой» и по этой причине предвидеть, предугадать изменение энергии в меридианах не представляется возможным. Эмпирические методы лечения основаны на клинических наблюдениях за здоровьем пациента при длительном практическом применении сочетания соответствующих точек, которые при определенном заболевании дают только положительный эффект, всегда приводят к выздоровлению.

2. Корейский метод СУ-ДЖОК. Большим своеобразием отличается чисто эмпирический метод акупунктуры по иглоукалыванию рефлекторных зон на кистях и стопах СУ - ДЖОК. Этот метод возник в Корее около 500 лет тому назад, и долгое время относился к малораспространенному варианту иглотерапевтического лечения, которым пользовались народные врачи. В настоящее время су-джок стал достаточно популярным

методом лечения и ведущим специалистом в этой области считается южнокорейский врач Пак Чжэ Ву. Одним из главных удобств этого метода является то, что для лечения не надо снимать одежду, а достаточно предоставить врачу стопу или кисть. Метод су - джок в свою очередь классифицируется на два подвида по способу подбора точек акупунктуры для лечения: органо - топографический и меридианно - акупунктурный.

а. Органо-топографический су - джок основан на убеждении корейских народных врачей в том, что все части тела и внутренние органы человека представлены на стопе и на кисти определёнными рефлексогенными зонами. Похожее расположение всех органов и частей тела на ухе дает аурикулоакупунктура. По атласу активных зон су-джок голова представлена рефлексогенными зонами 1 пальца, руки – 2 и 5 пальцами, ноги – 3 и 4 пальцами, туловище и внутренние органы всей остальной поверхностью стопы или кисти. Точно так же ушная раковина разделена на органо-топографические зоны, где голова связана с мочкой уха, руки – с ладьевидной ямкой, ноги – с верхней ножкой противозавитка, туловище и внутренние органы – со всей остальной поверхностью ушной раковины. Принцип лечения, основанный на органо-топографической структуризации (копировании) человеческого тела на стопах, кистях и ушах, состоит в специфической иннервации всей зоны (а не отдельной акупунктурной точки), воздействующей на определенную часть тела или орган. Можно долго спорить об истинности и правильности теоретической базы органо-топографического принципа лечения. Современный уровень знаний не дает ответа на вопрос, почему можно снять боль или улучшить работу внутреннего органа, воздействуя иглой на соответствующие зоны уха, стопы или кисти. Но так как на практике это удается, то остается только применять опробованные столетиями приемы.

б. Меридианно - акупунктурный су – джок предложен профессором Пак Чжэ Ву несколько десятилетий назад. При этом утверждается, что все 12 стандартных меридианов и 2 срединных «отпечатались» на кисти и стопе человека в определенном порядке. Ручные меридианы создали свои миниатюрные копии на 2 и 5 пальцах, заняв дополнительно небольшое пространство на тыле и ладони (подошве) кисти и стопы. Ножные меридианы расположились на коже 3 и 4 пальцев также с переходом на кисть и стопу. Су – джоковский меридиан легких имеет 13 акупунктурных точек (а в корпоральной иглотерапии этот меридиан включает 11 точек), меридиан толстого кишечника – 22 (а не 20), желудка – 45 (45), поджелудочной железы – селезенки – 22 (21), сердца 15 (9), тонкого кишечника – 14 (19), мочевого пузыря – 39 (67), почек – 38 (27), перикарда – 15 (9), трех обогревателей – 12 (23), желчного пузыря – 32 (44), печени – 16 (14), переднесрединный – 33 (24), заднесрединный – 27 (28). Су – джоковские меридианы отличаются от корпоральных не только количеством точек, но и отсутствием специфических точек : ло – пунктов, тонизирующих, седатирующих, точек - пособников и т. д. ***Следовательно, энергетическое лечение на базе су – джоковских меридианов невозможно! Терапевтические характеристики каждой точки на су – джоковском меридиане тоже нигде и никем не описаны.***

Кроме того (что самое важное) 85% от общего количества акупунктурных точек, расположенных на су – джоковских меридианах не определяются самими чувствительными электротехническими аппаратами. Если меридианы введены в эмпирический метод су – джок с целью классификации точек, то нельзя классифицировать и обозначать те предполагаемые точки акупунктуры, которых не существует на поверхности человеческого тела. К большому сожалению, я вынужден огорчить горячих поклонников су - джока тем, что укажу на серьезное противоречие научно – теоретической концепции этого метода. Порочность меридианно –

акупунктурного су - джок состоит в том, что при практическом определении точек (БАТ) самыми чувствительными электротехническими приборами, **более 85% обозначенных на схемах профессора Пак Чжэ Ву акупунктурных точек на кистях рук и стопах ног не определяются, потому что их там нет, они там реально не существуют (!!!)**. По теории на 14 су-джоковских меридианах (расположенных на пальцах рук и ног) должно содержаться соответственно 343 акупунктурные точки на стопе и 343 на кисти, а в сумме 686 (100%). Однако, на практике при очень скрупулезном измерении электроприбором можно определить максимум 15% от общего количества (то есть 88 акупунктурных точек на пальцах рук и ног). Например, по теории су – джок меридиан мочевого пузыря на кисти содержит 39 акупунктурных точек, но при движении по линии меридиана щупом высокочувствительного прибора выявляется только 8 точек. На меридиане печени из 16 определяется только 5 точек. Такая же оторванность теории от практики присутствует при исследовании других меридианов. Теперь обратите внимание, что в китайской корпоральной чжэнь – цзю терапии наличие всех обозначенных точек всегда подтверждается электротехническим прибором. Прибор точно определит локализацию всех 67 точек на меридиане мочевого пузыря, всех 14 точек меридиана печени и т. д. Для точек су-джок такого подтверждения нет. На основании выявленного противоречия необходимо подвергнуть сомнению практическую целесообразность существования меридианно – акупунктурного су - джок. Меридиональная классификация точек на стопах и кистях не может быть применена для обозначения и описания топографии, локализации, местонахождения точек акупунктуры, так как никакими электротехническими приборами 85% точек на пальцах рук и ног не определяются. Это означает фактическое отсутствие этих точек. Возникает мнение о надуманности и практической нецелесообразности меридиональной системы профессора Пак Чжэ Ву в су - джок.

ВЫВОД № 1. Из вышесказанного необходимо сделать вывод о том, что при лечении методом су – джок иглу нельзя вводить в указанные профессором Пак Чжэ Ву **акупунктурные точки**, так как они по объективным причинам отсутствуют. Кроме того, в корпоральной иглотерапии «терапевтический ответ» каждой точки хорошо известен (читайте описание терапевтического действия P.1, GI.4, RP.6, V.10, F.14 и так далее), а в су-джок – нет такой информации.

ВЫВОД № 2. В су-джок терапии врач воздействует не на акупунктурные точки, а на органо - топографические центры, то есть на рефлекторные (рефлексогенные) зоны. Поэтому, несмотря на положительный терапевтический эффект при лечении больных методом су – джок, его надо классифицировать как рефлексотерапевтический, а не как акупунктурный. Су-джок - это метод воздействия на **органо-топографические центры стопы и кисти рук, а не на их акупунктурные точки, это не иглотерапия (не акупунктура), а рефлексотерапия.**

Глава 4. Частная иглотерапия

В этой главе даны практические рекомендации по лечению многих заболеваний. Болезни автор классифицирует по принадлежности к меридиану и его энергетическому потенциалу (избытку или недостатку). Перечисляются все методы энергетического лечения болезней, основанные на законах и правилах типа «мать-сын», «муж-жена», «полдень-полночь» и т. д. Дается информация по эмпирическому лечению болезней, почерпнутая из китайских и вьетнамских источников или из монографий отечественных ученых.

Необходимо подчеркнуть, что достоверность принадлежности болезни к определенному энергетическому состоянию меридиана не абсолютна. Например, поясничный радикулит в 70% случаев имеет диагноз избытка энергии в меридиане мочевого пузыря (V+), а в 30% – избыток энергии в меридиане почек (R+), желудка (E +) и желчного пузыря (VB+). Несмотря на это, радикулиты отнесены к болезням избытка меридиана мочевого пузыря. Гипертоническая болезнь только в 60% случаев диагностируется как болезнь от избытка энергии в меридиане печени (F+). Есть болезни, достоверность принадлежности которых к определенному энергетическому состоянию меридиана так сильно колеблется, что не превышает 10% для одного из меридианов.

Необходимо напомнить, что автор в своей книге использует французскую классификацию обозначения точек акупунктуры.

1. Одновременное применение иглотерапии и других методов. Древние китайские врачи перед началом лечения иглотерапией китайских императоров применяли недельный или месячный подготовительный период. Они корректировали диету (усиливали или уменьшали калорийность потребляемой пищи), назначали физические нагрузки и голодание, проводили специальные методики очищения организма от шлаков, давали настои трав и так далее. К большому сожалению, современные иглотерапевты в целях экономии времени не применяют подготовительный период перед иглотерапевтическим лечением.

Кроме того, многие высококвалифицированные иглотерапевты одновременно с иглотерапевтическим лечением применяют другие методы, совмещая его с мануальной терапией, с точечным массажем, фитотерапией, психотерапией, с гипнозом, лечением диетическим питанием и так далее. Европейские врачи совместно с врачами Восточной Азии повысили эффективность чжэнь-цзю терапии, применяя её одновременно с другими методами лечения.

1) Фитотерапия и иглотерапия. С самого своего возникновения чжэнь-цзю терапия была тесно связана с другим народным методом лечения – лечением травами (фитотерапией). В восточной народной медицине почти всегда лечение болезни проводится одновременно травами, диетой и иглотерапией. К большому сожалению, китайская, вьетнамская, корейская и японская фитотерапия применяет такие виды тропических трав и растений, которые отсутствуют в Европе. В то же время, в Европе произрастают большое количество растений, которые по терапевтическому действию похожи на тропические растения Восточной Азии. Кроме того, европейцы активно используют иглотерапию уже почти 100 лет, поэтому имеют уже свои собственные эффективные методы параллельного лечения болезней иглотерапией и фитотерапией, которые значительно отличаются от китайских методов. Европейские медики в настоящее время обогащают древний китайский метод лечения новейшими научными исследованиями, которые по значимости представляют даже большую ценность, чем исследования древних китайских и японских ученых. Несмотря на то, что иглотерапия возникла в странах Восточной Азии, ее практическое использование и усовершенствование происходит во всех странах мира.

2) Иглоотерапия и сон. Иглоотерапия наиболее эффективна при домашнем лечении. Древние иглотерапевты лечили китайских императоров в их спальне, осуществляя сеансы не только днем, но и ночью, если ночное воздействие на меридиан дает максимальный эффект. Современные народные врачи Восточной Азии для лечения больных обязательно приходят домой. Это объясняется тем, что сразу после иглотерапевтического сеанса больной хочет спать. Это нормальная реакция, которая говорит о положительных регенераторных процессах внутри организма пациента. Поэтому в целях повышения эффективности лечения больным надо рекомендовать один час сна сразу после процедуры.

Кроме того, если иглотерапевт лечит болезнь позвоночника (радикулит, остеохондроз, ишиас), то сразу после иглотерапевтического лечения возникает эффект расслабления мышц и связок позвоночника. Сразу после сеанса иглотерапии больному радикулитом на протяжении 1-2 часов показан постельный режим в целях уменьшения «весовой нагрузки» на позвоночник. Нахождение больного в вертикальном положении усиливает нагрузку на позвоночник из-за собственного веса. Поэтому идеальное условие для лечения радикулитов является постельный режим и проведение процедур в 9 -11 часов вечера, так как сразу после лечения больной засыпает до утра.

При лечении иглотерапией ночной сон у пациента должен быть не менее 10 часов. Длительный сон значительно улучшает замену старых, воспаленных тканей на новые здоровые ткани. При длительном сне отдыхает центральная нервная система, и это усиливает иммунитет и синтез белков в печени, необходимых для регенерации тканей.

3) Иглоотерапия, остеопатия, точечный массаж (шиацу), психотерапия, гипноз. Европейская школа практической иглотерапии доказала, что эффективность лечения радикулитов и остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), надо применять мануальную терапию (osteopatiyu). При одновременном применении психотерапии или гипноза с иглотерапией ускоряется излечение психических пограничных состояний (астено - невротических синдромов, психопатий, фобий, нейроциркуляторных дистоний, энуреза, неврозов и других патологий). Такое же сочетание методик полезно при энурезе, психастении, неврозах, заикании. Реже иглотерапию сочетают только с гипнозом (при фобии, неврогенных болях в сердце, эпилепсии).

2. Иглоотерапия и методы очищения организма от шлаков. Перед началом иглотерапевтического лечения китайских императоров врачи обязательно проводили предварительную подготовку, которая состояла из приема растительных лекарств на протяжении более десяти дней, соблюдении определенной диеты или назначали лечение голодом, назначали дозированные физические упражнения. После курса лечения какого-то заболевания врачом - иглотерапевтом также назначался определенный режим питания, полезные рекомендации и лечение травами на протяжении больше 20 дней. При анализе мероприятий древних китайских врачей современные европейские ученые выявили, что все эти мероприятия направлены для выведения шлаков и не до конца окисленных молекул из организма. В рецептуру китайских врачей входили травы и растения, которые не произрастают в Европе и Америке. Поэтому европейские и американские иглотерапевты разработали методы выведения шлаков из организма произрастающими в их местности растениями. Одновременно они разработали и ввели в практику лечения «совершенно европейские» методы удаления шлаков из организма: длительный бег, потение в сауне, голодание или диетическое питание, очищение организма от шлаков экстрактами европейских растений, витаминами, пищевыми добавками, отдельным питанием.

Современная медицина установила, что старение организма ускоряет скопление каловых масс в кишечнике, которое вызывается плохой перистальтикой, запорами, редкими актами дефекации. Через кишечник органические молекулы каловых масс всасываются в кровь и начинают играть роль токсических веществ для организма. Постоянное отравление организма токсинами в виде органических молекул кала приводит к быстрому старению в первую очередь нервных клеток. Поэтому самым простым и самым естественным методом очищения организма от шлаков является частый акт дефекации, который не дает застаиваться калу в кишечнике. Человек должен опорожнять кишечник 2 раза в сутки. Кроме того человек должен один раз в сутки (желательно перед сном) очищать прямую кишку от каловых масс при помощи клизмы с теплой водой, к которой добавлены адсорбенты для кишечных газов (активированный уголь или другие вещества).

1) Очищение всего организма длительной физической нагрузкой. Наука геронтология давно доказала, что человек, постоянно занимающийся умеренным физическим трудом, имеет длительную продолжительность жизни, по сравнению с человеком, не имеющим никаких физических нагрузок и занимающимся исключительно умственным трудом. Очень мало долгожителей среди городского населения, но много среди жителей сельской местности, где лучше экология, где больше физического труда, где есть обычаи не злоупотреблять алкоголем и курением табака. Главное преимущество сельских жителей состоит в том, что они постоянно занимаются интенсивным физическим трудом «в атмосфере» кристально чистого, не загазованного воздуха.

Имеется два механизма полезного воздействия физических нагрузок на организм.

Во-первых, при физической нагрузке из печени выделяется большое количество полезных веществ (витаминов, микроэлементов, гамма-глобулинов, альбуминов), которые до этого находились в печени на временном хранении, как вещи на складе. После приёма пищи все витамины и микроэлементы депонируются (накапливаются) в печени. Но в этих веществах нуждается не только печень, но и мозг, сердце, лёгкие, стенки сосудов, железы внутренней секреции, мышцы, кожа

и другие органы. В организме возникает дисгармония: в печени возникает чрезмерный избыток витаминов и микроэлементов, а другие ткани испытывают голод и дефицит этих веществ. Только при сильной физической нагрузке (до пота) из печени в русло крови выделяется около 1 литра плазмы вместе с витаминами и микроэлементами. Из селезёнки при физической нагрузке выделяются эритроциты, из костного мозга – лейкоциты. Полезные вещества разносятся кровью по всему организму, «орошая» и питая все клетки. **Таким образом, благодаря сильным физическим нагрузкам происходит насыщение всех клеток организма жизненно необходимыми, очень полезными веществами.** Гамма-глобулины и лейкоциты являются носителями иммунитета, концентрация которых при физической работе увеличивается в межклеточном пространстве в десятки раз. Следовательно, в момент длительных физических усилий в организме происходит массовое уничтожение патогенных вирусов и микробов. **Поэтому можно утверждать, что интенсивная физическая работа в десятки раз усиливает иммунитет организма.**

Во-вторых, при физической нагрузке усиливается окисление и химическое разложение (до воды и углекислого газа) шлаков и вредных для организма продуктов распада. Как доказали исследования физиологов и биохимиков при интенсивном физическом труде мышцы поглощают огромное количество кислорода для окисления шлаков (не до конца окисленных молекул), благодаря чему разлагают их на углекислый газ и воду. Мышцы при своей работе играют роль естественного поглотителя кислорода и химического уничтожения шлаков в нашем организме. При интенсивной физической нагрузке происходит уничтожение шлаков, накопившихся за долгие годы в мышцах тела, в том числе и в сердечной мышце. Шлаки удаляются из русла крови, где они накапливаются, и где долгое время циркулируют в составе плазмы крови. При длительной работе мышц выделяется в кровь «экссудат из органов и тканей» вместе со шлаками и кислотами (молочной, яблочной, муравьиной). Так физические нагрузки способствуют изъятию шлаков из тканей. Далее шлаки с током крови приносятся в мышечные клетки, где вступают в химические соединения с кислородом, то есть – «сгорают». Вот почему полезны динамические виды физических нагрузок (бег, быстрое движение руками, вращение туловищем), требующие больше энергии, большего количества реакций окисления, а не статические нагрузки (перенос тяжестей, поднятие тяжестей). Когда организм под действием физической нагрузки начинает очищаться, наступает триада симптомов: выделение пота, покраснение кожи, увеличение глубины дыхания. Чтобы вызвать эти симптомы, необходима довольно продолжительная физическая нагрузка (более часа).

Главная причина усиления обмена веществ при интенсивном и динамическом физическом труде – усиление окислительных процессов. Сравните такие статистические данные: во время сна насыщенность гемоглобина крови кислородом составляет всего 30 %, во время неподвижного сидения – 40 %, во время быстрой ходьбы – 60 %, после 20 минут физических упражнений на балконе с гантелями – 80 %, а после 1 часа непрерывного бега по стадиону и 30 минут интенсивных упражнений с легкими гантелями – 100 %. Из сказанного можно сделать однозначный вывод о том, что окислительные процессы в организме без спортивных физических упражнений в лучшем случае достигнут только 50 % своей интенсивности.

При сочетании обильного питания и неподвижного образа жизни в организме накапливается большое количество не до конца окисленных кислородом органических молекул (шлаков). Большинство жителей планеты ведут почти неподвижный образ жизни и постоянно находятся в помещении (особенно зимой), где концентрация кислорода снижена в 2 – 3 раза. Такой образ жизни не меняется десятками лет. В возрасте 40 лет у людей, которые только сидят, ходят и едят, начинаются необратимые процессы старения. Если человек периодически не очищает свой организм интенсивными физическими нагрузками, он умирает в возрасте 50 лет от инфаркта или инсульта. Самостоятельные занятия спортивными упражнениями относятся к активному методу очищения организма. Длительный бег по стадиону (лучше по лесу) и физические нагрузки должны быть длительностью не менее двух часов и каждый день. Необходима такая интенсивность физической нагрузки, чтобы человек чувствовал сильное разогревание организма, покраснение кожи всей поверхности тела, выделение пота (вместе со шлаками и вредными химическими веществами) на протяжении часа. Как показывают наблюдения медиков, пациенты редко доводят интенсивность физической нагрузки до выделения обильного пота и покраснения кожи. Как правило, физические нагрузки ограничиваются только бегом на протяжении 15 – 20 минут. Древние китайские и японские врачи 2 – 3 тысячи лет тому назад часто использовали лечение многих болезней изнуряющей физической нагрузкой до потоотделения. Перед

процедурой пациент выпивал потогонный чай, содержащий в своем составе травы с ценными химическими веществами (аспирином, сердечными гликозидами, витаминами).

Врачи часто встречаются с фактами мышечной адинамии (с отсутствием активного расширения капилляров благодаря физическим нагрузкам), и одновременно в несколько раз чаще пациенты применяют чрезмерно сильное тепловое воздействие на организм при помощи бани (метод пассивного воздействия на капилляры). Всем больным людям полезно улучшение капиллярного кровообращения. Улучшить кровообращение всех тканей организма можно двумя способами: длительным бегом и интенсивными физическими нагрузками, а также прогреванием организма в бане, сауне, теплом душе, теплой ванне.

К сожалению, все перечисленные методы можно применить не при всех болезнях. Например, при сильном болевом синдроме (радикулит, миозит, невралгия) бег не возможен, а прогревание в сауне часто приводит к обострению процесса. Но, если человек болен психастенией, псориазом или энурезом, то улучшить капиллярное кровообращение при помощи физических нагрузок будет очень полезным делом. Сильное расширение капилляров происходит также при потреблении 75 – 100 граммов водки. Однако, алкоголь снижает активность окислительных процессов в 3 - 5 раз, поэтому алкоголь не может рекомендоваться как полезное для человека вещество.

2) *Очищение организма при помощи массажа.* Усилить обмен веществ внутри мышечных тканей можно при помощи физических нагрузок и при помощи массажа всех мышц тела. Однако, на практике редко массируются все мышцы тела, а чаще делается только массаж мышц спины. Это объясняется тем, что спина содержит 50 % всех мышц. Но главная ценность массажа спины состоит в том, что из позвоночника к внутренним органам грудной и брюшной полости отходит большое количество нервных стволов. Массаж мышц спины улучшает работу этих нервов, что ведет к усилению обмена веществ внутренних органов. В то же время массаж относится к пассивным методам очищения организма от шлаков. Его эффективность по сравнению с длительным бегом составляет около 20 %.

3) *Очищение всего организма кратковременным перегреванием или кратковременным охлаждением.* Как правило, ленивые (как правило это богатые) люди не имеют силы воли заниматься спортивными упражнениями на протяжении 2 часов в день. Тогда они применяют пассивные методы очищения организма: голодание, прогревание в сауне, массаж мышц квалифицированным массажистом, обливание холодной водой, клизмы, потребление витаминов, биостимуляторов, специальных веществ для очищения отдельных органов (кишечника, почек, печени, суставов). Современная цивилизация изобрела прекрасный метод пассивного очищения организма при помощи кратковременного сильного перегревания тела в сауне, где температура воздуха достигает более 200 градусов по Цельсию, а так же принятие горячих ванн, душа. Перегревание тела может произойти при воздействии солнечных лучей на пляже. Механизм очищения организма от шлаков при повышении общей температуры тела состоит в том, что внутри разогретых тканей ускоряются обменные процессы. При нагревании тела расширяются мельчайшие капилляры, благодаря этому кислород из кровяного русла достигает самых недоступных участков внутренних органов, где происходит интенсивное окисление не только нормальных питательных веществ, но и патологически измененных молекул (шлаков).

Однако надо констатировать тот факт, что современные европейцы злоупотребляют тепловыми процедурами в саунах. Перегревание тела в саунах и банях относится к методу пассивного воздействия на процесс расширения капилляров. Интересно отметить, что в банях, саунах (парилках) и ваннах комнатах количество кислорода снижено в 3 – 6 раз. Следовательно, все окислительные процессы, уничтожающие шлаки через их биохимическое разрушение, в этих помещениях отсутствуют. Кроме того, при сильном нагревании тела в бане начинается процесс интенсивного всасывания в кровь через слизистую кишечника токсических продуктов: кала, кишечных газов, мочи. Эти токсины ускоряют процесс старения нервных клеток. **Вот почему баню надо посещать только после очищения кишечника (в основном прямой кишки) от кала.** Для этого перед посещением сауны рекомендуется голодание минимум 1 день, прием слабительных и адсорбентов для кишечных газов (активированного угля), две – три клизмы с периодом между процедурами в 2 часа.

Усилить обменные процессы и удалить из организма шлаки можно не только воздействием высокой температуры, но и низкой. К криогенным методам интенсификации обмена веществ относится: обливание холодной водой, зимнее купание в реке, обтирание снегом тела. В период охлаждения

возникает процесс резкого сужения сосудов и снижение интенсивности обменных процессов. Но после прохождения процедуры, человек надевает теплые вещи, после чего возникают компенсаторные процессы повышения температуры тела. Эти процессы также ведут к удалению шлаков из организма.

4) **Очищение всего организма медикаментозным методом.** Современная фармакология имеет в своем арсенале большое количество химических веществ сложного органического состава, которые помогают выводить из организма продукты распада, очищают организм от шлаков. К этим веществам относятся гормоны, витамины, ферменты, пищевые добавки, экстракты из растений (препараты женьшеня, аралии маньчжурской, многих тропических кустарников и трав). Одним из современных методов усиления обмена веществ является потребление натуральных пищевых добавок с содержанием витаминов и тропических растений (например, фирмы «Herbolife», биологические активные добавки к пище компании «Nature's Sunshine Products, Inc»). Все упомянутые методы относятся к пассивным методам очищения организма, и их эффективность уступает активному физическому методу удаления шлаков в 5 – 10 раз.

5) **Очищение кишечника.** Европейские (славянские) методы пассивного очищения от шлаков отдельных органов включают в себя пять главных методов: очищение кишечника (ускоренный метод применяют перед началом лечения любого заболевания), суставов, почек, печени и желчного пузыря. Продолжительность мероприятия полного курса по очищению кишечника длится 5 - 6 недель. Очищение лучше проводить вечером перед сном. В первую неделю процедуру делают ежедневно, во вторую – через день, в третью – через 2 дня, в четвертую – через 3 дня и в пятую и шестую – 1 раз в неделю. Очищение делается так: охлаждается 2 литра кипяченой воды, туда добавляется лимонный сок из половины небольшого лимона. Эту жидкость вливают в кружку Эсмарха. Для исключения неприятных ощущений при введении трубки в анус конец трубки окунуть в растительное масло. Во время клизмы необходимо занять положение тела с упором на локти и колени, живот расслаблен, вдох делать ртом. Если сразу 2 литра не войдут, процедуру повторяют 2 - 3 раза с небольшим перерывом.

Описанным способом можно очистить желудочно-кишечный тракт от бактерий- паразитов. Таким же способом борются со вздутием живота (метеоризмом). В нашем желудочно-кишечном тракте находятся бактерии-паразиты. Особенно благоприятная среда для их размножения это клетчатка и пища с повышенным содержанием углеводов. Углеводная пища является прекрасным материалом для брожения.

Один из способов избавления от бактерий - паразитов описан в книге В. Г. Васильевой «Резервы здоровья». За час до завтрака или через 2 часа после ужина надо съесть один зубчик чеснока, тщательно пережевывая. Ничем не запивать, не заедать. В области желудочно-кишечного тракта возможны болевые ощущения. Необходимо потерпеть, так как действующие вещества чеснока убивают бактерий - паразитов, которые гнездятся на слизистой желудочно-кишечного тракта, вследствие чего обнажается пораженная слизистая. Через некоторое время боли успокаиваются. Процедуру выполнять от 5 до 14 дней. Сигналом для окончания ее проведения является полное исчезновение болезненных ощущений после чеснока, отсутствие вздутия живота после еды.

6) **Очищение суставов.** Многие люди, особенно немолодые, испытывают неприятные, ноющие или болевые ощущения в суставах, когда происходит перемена погоды. Диагноз заболевания – артрит, полиартрит. Избавит от этого чувства метод очищения синовиальной жидкости, заполняющей полость суставов. Во избежание аллергии и других последствий очищение суставов проводят после очищения кишечника. Для очищения суставов от шлаков приготавливают специальное питье: в 500 г воды, добавляют 5 г лаврового листа и кипятят 5 мин, сливают в термос и настаивают 2 часа. Далее отцеживают жидкость, которую нужно постепенно выпить в течение 12 часов вне зависимости от еды. Такую процедуру необходимо выполнять 3 дня подряд. Питание при этом обычное. Через неделю раствор пьют еще 3 дня. Когда произойдет дефекация, необходимо кишечник промыть при помощи клизмы. Процедуру очищения суставов необходимо провести 4 раза за год, а в дальнейшем проводят профилактическую очистку суставов 1 раз в год. Противопоказания проведения очищения суставов: острые заболевания суставов, надкостницы, инфекционные заболевания, лихорадочные состояния.

7) **Очищение печени и желчного пузыря.** Печень очищают несколькими способами.

- **Очищение печени и желчного пузыря яблочным соком и оливковым маслом.** Необходимо 7 л свежеприготовленного яблочного сока, желательнее не очень кислого. В очень кислый сок можно перед употреблением добавить немного сахара. Яблочный сок очищает и нейтрализует организм. Необходимо так же 120 г оливкового масла. Все очищение будет занимать 2,5 дня. Лучше его начинать в пятницу, чтобы закончить в воскресенье днем. Во время очищения ничего есть нельзя, воду пить можно. Первый день: в 8 часов утра выпить 240 г яблочного сока (1 стакан), далее в 10, 12, 14, 16, 18, 20 часов выпивать по 480 г (2 стакана) того же сока. В течение дня может быть обильная дефекация. Это нормальная реакция организма. На второй день так же принимать яблочный сок. Если вы ни разу не имели стула, то в конце каждого дня можно принять немного слабительных трав, в исключительных случаях необходимо сделать клизму из теплой воды. Эту диету на яблочном соке надо выдержать 2 дня. На третий день в 8 часов утра нужно выпить 480 г (2 стакана) яблочного сока. Через полчаса после этого – выпить 120 г чистого неразбавленного оливкового масла. Сразу после приема оливкового масла следует принять один стакан разбавленного яблочного сока. Если вы почувствуете слабость после приема оливкового масла, то можете лечь и отдохнуть. Обычно эта процедура дает результат через час или два. Наблюдайте за экскрементами. Там вы можете заметить зеленые камешки размером от булавочной головки до птичьего яйца. Иногда эти камешки растворяются, выходят в виде зеленой жижи. Яблочная и масляная кислоты, смешиваясь, создают среду, способствующую размягчению камней и превращению их массы в зеленую жижу. Такое очищение проводят 1 раз в полгода. Если печень и желчный пузырь здоровы, то (для профилактики) очищение проводят 1 раз в год.
- **Очищение печени и желчного пузыря соком лимона (300 г) и оливковым маслом (300 г).** Утром первого и второго дней делают клизму из теплой воды, и весь день пьют яблочный сок. Вторым способом очищения предполагает питье яблочного сока в неограниченном количестве. На третий день утром также делают клизму, и весь день до 19 часов пьют яблочный сок. В 19 часов, как утверждают наши биоритмологи, происходит биологическое расслабление печени, все протоки готовы и способны выбрасывать шлаки. В 19 часов необходимо лечь в постель, положить теплую грелку на область печени и начать постепенно принимать сок лимона и оливковое масло. Это делается так: влить в стакан 60 мл лимонного сока, а сверху осторожно прилить 60 мл оливкового или подсолнечного масла. Этот коктейль пьют в два приема: сначала выпивается масло, так как оно находится наверху, а потом – сок. Благодаря этому «не срабатывает» рвотный рефлекс, который бывает от оливкового масла. Такой коктейль пьют с интервалом в 15 минут и выпивают весь лимонный сок и оливковое масло. После приема желательнее сразу с постели не вставать, а полежать так, чтобы печень не была придавленной. Через 1-2 часа можно встать. Позывы на дефекацию могут появиться через 5 - 15 часов. В экскрементах можно увидеть много зеленых ярких камней, темные, серо-черные пробки, черную или зеленую желчь. Это доказывает, что произошло очищение печени и желчного пузыря от камней и слизи. После дефекации необходимо промыть кишечник – сделать клизму из теплой воды. Через 12 часов клизму повторяют. При больной печени и больном желчном пузыре очистку проводят 1 раз в квартал, при здоровой печени и здоровом желчном пузыре – 1 раз в год для профилактики. Противопоказания проведения очищения печени: острые заболевания печени, поджелудочной железы, лихорадочные состояния, нарушения ритма сердца после инфаркта миокарда, состояние после инсульта.

8) **Очищение почек.** Это очищение необходимо проводить, когда наступит сезон арбузов. Очищение проводится 7 дней. В это время кроме арбузов и черного хлеба ничего есть нельзя. Арбуз и черный хлеб можно есть без ограничений. Для более активного очищения почек необходимо также использовать их биоритмы. Наиболее расслабленное состояние почек, расширение протока наблюдается с 2 до 3 часов ночи. В это время камни и песок могут выходить сами, в это же время чаще бывают почечные колики. Последние 2 - 3 дня очищения для более активного прохождения процесса необходимо с двух до трех часов ночи принимать теплую ванну, теплой струей воды поддерживать приятную телу температуру. В начале процедуры нужно съесть арбуз, что вызовет в дальнейшем мочеиспускание. В эти часы можно получить необходимый эффект очищения – выход из почек песка или камней. При запущенной почечно - каменной болезни такую процедуру можно продлить до двух-трех недель. В конце каждой недели 2 дня принимают процедуры в теплой ванне. Для профилактики почки очищают 1 раз в год. Противопоказания проведения очищения почек: острые заболевания

мочевыделительных органов, общее истощение организма, выраженные изменения сердца, печени, лихорадочные состояния, психические заболевания.

3. Иглоотерапия и диета. Главный принцип лечения иглоотерапией состоит в мобилизации собственных сил организма для борьбы с болезнью. Для того, чтобы у пациента высвободились внутренние силы для борьбы с болезнью, необходим длительный сон, достаточное (в количественном и качественном отношении) питание, ежедневная лечебная физкультура. Плохое питание сильно снижает сопротивляемость организма к неблагоприятным патологическим факторам. Плохо, если пациент потребляет недостаточное количество жиров, белков и углеводов. Также плохо, если пациент переедает, а накопившиеся в его организме органические вещества не «сжигаются физической работой», а с годами накапливаются и вследствие вялого окисления превращаются во вредные для организма шлаки.

1) Очищение всего организма голоданием. Как правило, ленивые люди не имеют силы воли, а занятые люди не имеют свободного времени для занятий спортивными упражнениями каждый день на протяжении часа. Тогда они применяют пассивные методы очищения организма, в том числе и голодание. Существует огромное количество разновидностей этого метода: абсолютное голодание на протяжении недели (человек пьет только соки и минеральную воду), относительное голодание на протяжении месяца или всей жизни (человек потребляет очень малое количество пищи, постоянно ощущает чувство голода). Голодание может иметь вид избирательного отказа от потребления определенных продуктов питания (сладкого, белого хлеба, картошки, жирного мяса, соленых продуктов). Самым эффективным методом очищения организма является полное и кратковременное (не больше 10 – 20 дней) голодание. При этом человек не должен сокращать своей физической активности. В период голодания организму не хватает полезных веществ из русла крови, поэтому начинается процесс переваривания шлаков и вредных веществ, накопившихся в мышцах, печени, мозге, почках, кишечнике. Голод способствует медленному очищению организма от шлаков.

2) Раздельное питание. Наука проникает во все области бытовой жизни людей и даже в процесс питания. В настоящее время большинство иглоотерапевтов в Европе предлагают своим пациентам придерживаться раздельной системы питания. Известный диетолог профессор Г. Шелтон выдвинул идею, суть которой состоит в том, что питание должно быть или продуктами, которые требуют для своего качественного усвоения наличия кислой среды в желудочно-кишечном тракте, или продуктами, которые требуют для переваривания наличия щелочной среды. Одновременно употреблять «кислотные и щелочные» продукты ни в коем случае нельзя. Этот принцип в научной литературе закрепился как принцип раздельного питания. Все продукты питания биохимики разделили на три группы, и рекомендуются потреблять пищу во время завтрака, обеда и ужина исключительно только те продукты, которые принадлежат исключительно одной «пищевой группе».

Первой группе продуктов требуется для полноценного переваривания кислая среда, которая находится у человека в желудке (желудочный сок). К этой пищевой группе относится белковая пища: мясо, рыба, икра, яйца, творог, сыр, молоко и другие.

Вторая группа продуктов требуют для полноценного переваривания щелочную среду. Щелочная среда возникает в начале тонкого кишечника (в двенадцатиперстной кишке) при выливании в нее соков желчного пузыря и поджелудочной железы. В щелочной среде хорошо переваривается пища, содержащая углеводы: сахар, мед, муку (хлеб, булочки), картофель (имеет большое содержание крахмала) и сладкие фрукты.

Третья группа продуктов имеют «универсальные свойства». Они требуют для переваривания нейтральную среду, однако, хорошо перевариваются и в кислой, и в щелочной среде. Нейтральная среда образуется в толстом кишечнике. К этой пищевой группе относятся жиры, требующие растворения в желчи при наличии нейтральной среды: свиное сало, подсолнечное масло, сливочное масло, маргарин, жир бараний, говяжий, свиной и другие продукты. Сюда можно отнести все овощи, травы.

Нельзя совмещать продукты первой и второй групп, которые требуют для переваривания или кислую, или щелочную среду. Продукты третьей группы можно совмещать и с продуктами первой и со второй группой. **В этом состоит центральная идея раздельного голодания.**

А теперь ответим на вопрос: полезно ли для организма человека раздельное голодание? Диетологам хорошо известно, что в организме человека одновременно содержится равное количество пищеварительных соков для переваривания продуктов из первой (требуют кислую среду) и второй группы (требуют щелочную среду). Перед обедом в 14.00 в желудочно-кишечном тракте взрослого

мужчины может выделиться пищеварительных соков для переваривания 100 граммов сухой пищи группы № 1 и для переваривания 100 граммов сухой пищи группы № 2. Теория и практика раздельного питания требует потребления во время обеда продуктов только одной какой-то группы (№1 или №2). Подчиняясь этому правилу, взрослый мужчина насытился лишь после того, когда съел, например, 200 граммов продуктов группы № 1 в сухом виде (требуют только кислую среду), на переваривание которой в организме не хватило пищеварительных соков.

Какой можно сделать отсюда вывод? Принцип раздельно питания вреден для организма по трём причинам. **Во-первых**, после обеда остаётся не востребуемые пищеварительные соки для переваривания продуктов группы №2 (, требующую щелочную среду). **Во-вторых**, мужчина съел 200 граммов сухих продуктов группы № 1 (требующих для переваривания кислую среду), а в организме было пищеварительных соков для переваривания только 100 граммов этих продуктов. Следовательно, 100 граммов веществ группы № 1 осталось в кишечнике не переваренные, они начнут процесс гниения, что вызовет поносы и отравления организма. **В-третьих**, если потреблять только продукты одной группы № 1(например, только мясную пищу), то в организме будет огромный дефицит других полезных веществ, получаемых от продуктов группы № 2. Самое полезное питание – это разнообразное питание, заключающееся в том, что одновременно в ЖКТ должны поступать продукты питания сразу трёх групп.

ВЫВОД. При раздельном питании пищеварительные соки одной группы (в нашем примере - группы №2) остаются не востребуемые, а другая группа пищеварительных соков (№1) будет отсутствовать в достаточном количестве, что сильно ухудшит качество переваривание пищи. Раздельное питание вредно для человека!!!

4. Иглоакупация против старения организма. Древние восточные врачи за тысячи лет активного использования чжэнь-цзю терапии выявили десятки акупунктурных точек, которые способствуют увеличению длительности жизни человека. В японской медицинской литературе описан случай длительной жизни крестьянина Маммэ, который умер в возрасте 242 года (1634 – 1876 годы). Сохранилась информация, что Маммэ потреблял простую пищу, каждый день работал на крестьянском поле и для профилактики старения активно использовал чжэнь-цзю терапию: каждую неделю прогревал на своем теле точку цзу-сань-ли (E.36), укалывал до крови точку гунь-сунь (RP.4), производил сильное давление перед носом на точку синь-цзянь (F.2), укреплял сердце частым воздействием на точку шэнь-мэнь (C.7) и так далее.

Современные достижения иглоакупации делают возможным в сочетании с правильным образом жизни значительно увеличить продолжительность жизни пациента. При этом энергетическое лечение иглоакупации должно быть направлено на увеличение энергии в меридиане легкого и селезенки. Особое внимание надо уделить воздействию на следующие точки. Точка E.36 улучшает обмен веществ во всем организме и ее следует тонизировать прогреванием (ключущим цзю). Точка RP.4 воздействует на ретикулоэндотелиальную формацию, и ее надо седатировать иглой. Точка RP.3 тонизируется, так как она воздействует на интенсивность синтеза ферментов в организме (амилазы, мальтазы и других), точка RP.1 заведует синтезом белковых ферментов. Очень важной точкой для воздействия является RP.2, которая увеличивает интенсивность синтеза нуклеопротеидов (ДНК, РНК). Расширяет коронарные сосуды сердца точка MC.7, а улучшает работу миокарда – C.6. Усиливается работа половых желез при воздействии на точки TR.1 и RP.11, щитовидной железы – TR.2.

Смерть человека от старости наступает по причине старения нервной системы, которая контролирует интенсивность обмена веществ во всем организме (в органах брюшной и грудной полостях, в эндокринных железах, в мышцах, костях и сосудах). Геронтология утверждает, что чисто по генетическим причинам одни люди «закодированы» умереть от старости в возрасте 100 лет, другим «дано природой» прожить только 50 лет. Так же известны случаи, когда полное старение всего организма и естественная смерть человека происходит в возрасте 10 лет. Поэтому количество прожитых лет не является показателем старости человека. Если для одного человека сорокалетний возраст указывает на то, что данный человек очень старый и умрет естественной смертью через 10 лет, то для другого индивидуума 40 лет – это только что окончившаяся юность. Древние китайские врачи описали несколько простых тестов, которые дают возможность определить «уровень старости организма».

1) Тест равновесия. При старении мозжечка, кортиевого органа и ЦНС в целом страдает способность к балансированию и равновесию. Тогда человек не может долго стоять на одной ноге. Если человек смог простоять на одной ноге (не прыгая и не перемещая ее вправо или влево с целью сохранения равновесия) более 50 секунд, то это указывает, что данный человек имеет молодые нервные

клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил только 20% своей жизни. Если человек простоял на одной ноге только 30 секунд, то он прожил почти 50% своей жизни. Если пациент простоял на одной ноге только 20 секунд, то можно смело утверждать, что его органы и ткани очень старые и жить ему осталось недолго (не более 15 лет). Если пациент простоял на одной ноге менее 10 секунд, то этот человек скоро умрет от старости.

2) Тест на быстроту реакции. У старого человека быстрота реакции снижена. Причина низкой скорости «ответных реакций» состоит в том, что «старая» нервная клетка проводит биопотенциалы (электричество) от головного мозга к мышцам медленнее, чем «молодая», а поэтому у пожилых людей ответная реакция мышц запаздывает. Тест проводится следующим образом. Врач поднимает линейку длиной 50 сантиметров за ее конец на высоту 1 метра от пола и располагает линейку строго перпендикулярно. Разжатая кисть испытуемого располагается в начале висящей горизонтально линейки, то есть на уровне, где на линейке отмечено «0 сантиметров». Линейка повисает между 1 и 2 пальцами кисти. Врач отпускает линейку, и она начинает падать под действием силы гравитационного притяжения. Пациенту ставится задача как можно быстрее схватить падающую линейку первым и вторым пальцами. Если падение линейки остановлено пациентом на уровне 10 сантиметров или раньше, то это указывает, что данный человек имеет молодые нервные клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил около 20% своей жизни. Если падение линейки остановлено на уровне 25 сантиметров, то можно утверждать, что пациент прожил почти 50% своей жизни. Если падение линейки остановлено на уровне 45 сантиметров или линейка не поймана, а упала на пол, то можно смело утверждать, что органы и ткани пациента очень старые и жить человеку осталось недолго (не более 10 лет).

3) Тест «на старость» связочного аппарата позвоночника и всего организма в целом. Связки скрепляют между собой кости позвонков и кости конечностей в области суставов. Связки между соседними позвонками у молодых людей достаточно хорошо растягиваются, а поэтому в юности люди могут сильно наклоняться вперед и назад. «Старые» связки закаменевают, не растягиваются, а поэтому пожилой человек имеет предельный угол наклона в 2 – 3 раза меньший, чем в юном возрасте. Если пациент стоит на прямых ногах и может наклониться вперед и вниз так, что касается запястьем пола, то это указывает, что данный человек имеет молодые, хорошо растягивающиеся связки, а также имеет молодые нервные клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил около 20% своей жизни. Если при наклоне вперед пациент без усилия достаёт пола только кончиками пальцев, то можно утверждать, что пациент прожил почти 50% своей жизни. Если при наклоне вперед пациент достает только голень выше голеностопного сустава на 10 – 20 сантиметров, то можно смело утверждать, что органы и ткани пациента очень старые и жить ему осталось недолго (не более 15 лет). Если при наклоне вперед пациент достал только колени, а ниже наклониться не в силах, то этот человек скоро умрет от старости. (Конечно, эти утверждения справедливы при условии, если пациент не болен радикулитом поясничного отдела позвоночника).

§ 36. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане легких

Общая информация по лечению. Так как меридиан легких является энергетическим антагонистом меридиана толстого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане толстого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан легких можно лечить все болезни меридиана толстого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни легких, бронхов, гортани, голосовых связок, носа, гайморовых пазух, обонятельной функции носа, патология кожи, волос (а точнее – функциональная деятельность волосяных луковиц), анемия (сниженное количество кислорода в крови, зависящее от проницаемости легочных альвеол). Меридиан легких влияет на работу потовых желез, а следовательно, может влиять на количество выделяемого пота, водный обмен и температуру тела. Например, в жару в 30 градусов по Цельсию с потом выделяется 65% воды, а почками только 35%. Зимой с потом

выделяется всего 5% воды, а почками - 95%. При любой болезни снизить температуру тела можно путем уменьшения энергетического потенциала в меридиане легких.

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане легких: бронхит (80%), пневмония (80%), кашель (90%), ОРЗ (80%), ринит (70%), бронхиальная астма (80%), ларингит (70%), гайморит (30%) заикание (30%), непроходимость евстахиевой трубы (50%) и т. д. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом ускоренного мышления и патологически ускоренного поступления биоимпульсов «от центра к периферии»: испуг, заикание, астма, невроз с ажиотированным состоянием, эйфория и т. д.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане легких можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (F + и GI -) в суточном цикле и (RP + и GI -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (С -, МС -) по закону “муж -жена” и (V-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане легких Р применены следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан легких находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 3 до 5 часов ночи и в октябре.

2. Воздействие на **седатирующую точку меридиана и точку-пособник.**

Р.5 (сед) - локтевой сгиб, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Р.9 (сед) – у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти на нижней складке лучезапястного сустава.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана легких.

Р.7 (сед) - у лучевого края лучевой кости на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

4. Успокаиваем **седатирующую точку и точку сочувствия** меридиана.

Р.5 (сед) - смотрите пункт 2.

V.13 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

5. Седатируются **точка-сочувствия и точка-глашатай** меридиана легких.

V.13 (сед) - см. п. 4.

Р.1 (сед) под наружным краем ключицы, вниз 2 цуня, и кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

6. Седатируется **ло - пункт** и тонизируется **точка-пособник** спаренного меридиана (правило «большой укол»).

Р.7 (сед) - см. п. 3.

GI.4 (тон) - между 1 - 2-й пястными костями, ближе к лучевому краю 2-й пястной кости.

7. Седатируют **точку - щель.**

Р.6 (сед) выше лучезапястной складки на 7 цуней, у внутреннего края плечелучевой мышцы.

8. Седатируются **точки входа и выхода** энергии.

Р.1 (сед) - см. п.5.

Р.7 (сед) - см. п.3.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста (**правило «полдень-полночь»**).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

Р.5 (седатировать) - смотрите пункт 2.

10. Тонизируем возбуждающую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

МС.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

Или: С.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

11. В суточном (- F—P—GI -) и годовом (- RP—P—GI -) циклах тонизируют соседний впереди стоящий меридиан и седатируют соседний позади стоящий меридиан **по правилу «мать-сын»** (F.8 + GI.2 – суточный цикл, RP.2 + GI.2 - годовой).

GI.2 (сед) — на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

F.8 (тон) - кзади от медиальной надмышечки бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсны - фалангового сустава.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

P.5 (тон) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

P.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

RP.3 (сед) - кзади от головки 1 плюсневой кости.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь ло-пункты седатируем:

P.7 (сед) - см. п. 3.

МС.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2ц, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

J.1 (сед) - у мужчин — между мошонкой и задним проходом, у женщин — между спайкой больших половых губ и задним проходом.

14. Воздействие на 5 точек у-шу: воздействуют на точку-речушку P.9, точку-реку P.8 и точку-море P.5.

P.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Р.8 (сед) - на 1ц выше лучезапястной складки, у лучевого сгибателя кисти.

Р.5 (сед) - см. п. 2.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян» в суточном цикле:

(RP-).1, 2, 3, 5, 9, - J.12 (седатируют) – (P+).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь)

(GI-).5, 11, 1, 2, 3, - E.1 (седатируют) – (E+).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян)

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

RP.1 (тон) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (тон) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсне – фалангового сустава.

RP.3 (тон) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (тон) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (тон) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

P.11 (сед) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

P.10 (сед) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (тон) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (тон) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (сед) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (сед) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (сед) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 (сед) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.

E.43 (сед) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Точки пересечения седатируют. Меридиан легких входит в следующие точки пересечения: J.10, J.12, P.1, V.11.

J.10 (сед) - выше пупка на 2 цуня,

J.12 (сед) - выше пупка на 4 цуня,

V.11 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1-2-го грудного позвонка.

P.1 (сед.) - см. п.5.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между всеми чудесными

меридианами. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане легких происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 6 (ЧМ№5 → ЧМ№6). Освобождение энергии из ЧМ № 6 осуществляется следующим образом: точка-ключ R.6 седатируется вместе с точками основы ЧМ (R.6, 8, V.1); точка - связующая P.7 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт J.15 и точку щель R.8. Локализация точек ЧМ № 6 следующая.

R.7 (тон, точка - связующая) – над лучевой костью, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

R.6 (сед, точка-ключ и точка основы) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

R.8 (сед, точка-щель и точка основы) – у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

J.15 (сед, групповой ло - пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

V.1 (сед, точка основы) – от внутреннего угла глаза внутрь на 3 мм.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан легких получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – располагается на переднесрединной линии на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан легких получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы P, RP, C и тонизируют точку выхода энергии—E.9.

J.17 (сед) – см. выше п.18.

E.9 (тон) - у переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща.

19. Специфические точки воздействия: на вегетативную систему V.10, T.14, точка лечения 100 хронических болезней – V.43, антиспастическое воздействие на гладкую мускулатуру, в том числе и на бронхи – F.2.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Бронхит и кашель. Иглотерапией лечат бронхит вирусной этиологии без повышенной температуры тела ($36,6^{\circ}\text{C}$). Значительно хуже эффективность лечения при бронхите с субфебрильной температуре (37°C). Полностью отсутствует эффективность лечения при высокой температуре. Бронхит микробной этиологии (пневмококковый, стафилококковый и др.) лечится терапевтами с обязательным применением антибиотиков по американской технологии – введение больших доз различных по спектру действия антибиотиков на протяжении 3 суток, так как более длительное введение антибиотиков всегда вызывает дисбактериоз кишечника. При тяжелом течении бронхита одновременно с иглотерапией рекомендуется назначать фитотерапию: отхаркивающие вещества (разжижающие мокроту, увеличивающие ее выделение внутри

бронхов, уменьшающие саднение и сухость внутри бронхов), противокашлевые лекарства на ночь (днем улучшает отторжение мокроты от стенок бронхов кашель), улучшающие иммунитет препараты. В настоящее время фармакология пока не синтезировала высокоэффективные «вирусные антибиотики», убивающие вирусы, которые, как известно, размножаются внутриклеточно. Рекомендуются отхаркивающие: терпингидрат, трава багульника болотного, душицы, алтея, истода, термопсиса, чабреца, цвет липы, бузины черной, плод аниса, малины, микродозы йода. Бронхит (острый и хронический) лечится воздействием на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): «У взрослых применяется второй вариант тормозного метода, у детей – первый вариант возбуждающего метода. Рекомендуется использовать точки VB.20, V.10, IG.14, V.11 - 18, V.41, V.43, V.46, J.14, F.2, E.36, GI.11, TR.5, C.3, GI.4, P.7, VB.6. Если повышается температура тела, то производится укалывание в F.2. Все это целесообразно сочетать с прижиганием над точкой E.36. Лечение проводится 1 - 2 раза в день. К устранению одышки, кашля и улучшению отхаркивания ведет прижигание или точечный массаж точек GI.4 или P.7». Локализация некоторых точек:

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, во впадине у места прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц;

IG.14 - у верхнего края лопатки на уровне 2-го грудного позвонка;

V.11 по V.18 - кнаружи на 1,5 цуня, между остистыми отростками грудных позвонков 1 - 2, 2 - 3, 3 - 4, 5 - 6, 7 - 8, 9 - 10 и т. д.;

V.41 - кнаружи на 3 цуня, от промежутка 2 - 3-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня, от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

J.14 - выше пупка на 6 цуней,

C.3 - на складке локтевого сгиба у локтевого ее края, кпереди от медиального мышцелка плечевой кости.

• При бронхите седатируют следующие **внемериональные точки**: 14, 15, 16, 17, 23, 30, 32, 33, 51, 53, 56, 57, 59, 60, 61, 97, 98, 137. Локализация некоторых из них:

BT.30 - на 2 цуня выше и на 1 цунь кнаружи от промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

BT.32 - на 1 цунь латеральнее центра рукоятки грудины;

BT.33 - на 6 цуней латеральнее передней срединной линии, на уровне 3 - 4-го межреберья;

BT.51 - на 1 цунь, латеральнее промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

BT.60 - нижние углы лопаток.

Используются «новые» точки: 12, 42, 44, 45, 46, 47, 50. Точки седатируются:

HT.45 - на 0,5 цуня латеральнее промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

HT.46 - на 1 цунь латеральнее нижнего края остистого отростка 5-го грудного позвонка.

• Пекинский институт иглотерапии указывает на самые эффективные отдаленные точки, **снижающие температуру**: P.6, E.43,44, V.18,19,39!,40, MC.9, TR.1,3, VB.16, T.4,13,16. При гриппе: TR.4,5, T.10. Хриплый голос: P.6, GI.19, R.1. Носовое кровотечение: GI.2, C.6, IG.3, V.4-10, 60, 66, MC.4, 8, VB. 39, T.12-27. Икота: P.8, E.13, IG.2, V.14, MC.4, VB.44.

• Используются **аурикулярные точки**: 101 - легкие, 102 - бронхи, 31 - бронхолитическая, 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 15 - гортань, 45 - щитовидная железа, 83 - солнечное сплетение.

• При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся

непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии указывает на высокую специфичность воздействия точек: на трахею – Р.9, на бронхи – Р.10, на плевру – Р8. При гриппе эффективны следующие **отдаленные** от места поражения (от легких) точки акупунктуры: TR.4, 5, Т.10. Боль и саднение в горле при фарингите и ларингите в 90% случаев снимается при воздействии на три точки «**золотого треугольника**»: **Р.11 + GI.11 + GI.4.**

2. Бронхиальная астма. Основной симптом астмы – одышка в состоянии покоя, а при физической нагрузке одышка усиливается до катастрофической нехватки воздуха организму. Однако симптом одышки возникает при многих заболеваниях: пневмонии, пороках сердца, анемии, миастении и даже при некоторых невритах.

Например, при **неврите диафрагмального нерва** также возникает сильная одышка, икота, но в отличие от астмы невриту сопутствуют симптомы болей в подреберье и в шеи.

В случае вовлечение в воспалительный процесс вегетативных пучков **блуждающего нерва** возникает сильная одышка (более 50 дыханий в минуту), застойные отёки лёгких, очень медленное сердцебиение (брадикардия до 30 – 40 ударов в минуту), сначала спазм, потом атония пищевода и ЖКТ. Одновременно возникают боли в ушах, нарушение глотание и речи, атония и провисание мышц мягкого нёба, что отсутствует при бронхиальной астме.

Лечение бронхиальной астмы иглорефлексотерапией условно разделяется на два этапа. Сначала снимают приступ (астматический криз), а после этого начинается симптоматическое лечение. Сеансы лечения лучше проводить через день. Обычно проводятся два курса по 15 сеансов.

1) Купирование астматического приступа. Приступ бронхиальной астмы удаётся купировать сильной стимуляцией (вращением иглы, прогреванием и т. д.) акупунктурных точек : GI.4 + IG.17 + T.14, P.7 + TR.5 + RP.6. Точки седатируются. Часто удаётся ликвидировать приступ бронхиальной астмы длительной и сильной стимуляцией новой точки НТ.51 (докторская точка), которая расположена на 0,5 цуня латеральнее от остистого отростка 6 грудного позвонка. Иглу проводят из этой точки подкожно и вниз на 6 см (параллельно остистым отросткам). Сильная стимуляция иглы (вращение) производится на протяжении 10 минут. Дополнительно воздействуют на точки GI.4 и GI.11. Эти лечебные действия полностью снимают приступ астмы. Другая высокоэффективная новая точка НТ.45 (угнетатель одышки) располагается латеральнее на 0,5 цуня от межостистого промежутка 1 – 2 позвонка (т.е. от точки Т.14). От точки НТ.45 также проводят подкожно длинную иглу на 6 см параллельно остистым отросткам. Дополнительно подвергаются сильной стимуляции точки J.17 и J.22. Приступ астмы купируется через 10 минут.

Краниоакупунктура (скальпотерапия, церебральная акупунктура). Приступ астмы купируется при помощи проведения иглы под кожей волосистой части головы (скальпа) на 4 см в месте расположения «зоны грудной клетки», зоны № 2. Топография зоны: латерально от срединной линии на 0,5 цуня на лобной кости, ниже и выше передней границы волосистой части головы по 2 см. Игла периодически подвергается

сильной стимуляции (вращению) на протяжении 10 минут после чего приступ удушья ликвидируется.

2) Вьетнамский метод лечения бронхиальной астмы. Бронхиальная астма лечится путем воздействия на следующие точки акупунктуры (Хоанг Бао Тяу, Вьетнам): «Точка Р.1 служит для восстановления проходимости и регулирования энергии в легких. Точка J.22 позволяет ликвидировать мокроту и восстановить проходимость энергии в легких. Аурикулярная точка АТ.31, регулирующая дыхание, используется специально для лечения астмы. Воздействуя на точку GI.11, ликвидируют болезненную энергию, а точки E.40 и E.36 помогают ликвидировать мокроту и опустить устремившуюся вверх энергию. Во время ремиссии воздействуют также на точку V.13 в сочетании с точками J.22 и Р.1 с целью восстановления проходимости энергии легких. Используют также точку V.20 в сочетании с точками E.36 и E.40 для стимуляции функциональной деятельности селезенки, уменьшения мокроты и ликвидации «влажности». Точка V.23 в сочетании с Р.1 служит для устранения явления, когда устремившиеся вспять жидкости организма рождают мокроту, а также для согревания почек, содействуя аккумуляции ими энергии». Опишем локализацию некоторых точек:

J.22 - в центре яремной вырезки грудины;

E.40 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуней, от наружного края большеберцовой кости на 1,5 цуня;

E.36 - у гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня;

V.13 - снаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 3 - 4-го грудных позвонков;

V.20 - снаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 9 - 10-го грудных позвонков;

V.23 - снаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 2 - 3-го поясничных позвонков.

- Специфическим антиастматическим действием обладают следующие акупунктурные точки (Мачерет Е.Л.): Р.1,2,3,5,7,8, GI.4,8,9,10,18, E.10,11,12,13,14,15, IG.17, R.1,3, VB.19,40,43, T.10,11, J.21,23. Китайские иглотерапевты утверждают, что сильным специфическим воздействием на трахею обладает точка Р.9, на бронхи - Р.10, а F.2 расслабляет гладкую мускулатуру бронхов.
- При бронхиальной астме используются те же внемеридиональные и новые точки, которые применяются при лечении бронхитов.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- **Аурикулярные точки:** 60 - астма, 123 - бронхоэктатическая, 31 - бронхолитическая, 34 - кора головного мозга, 82 - диафрагма, 83 - солнечное сплетение, 29 - затылок, 13 - надпочечник, 28 - подкорка, 98 - селезенка, 95 - почка, 22 - железы внутренней секреции, 103 - трахея, 51 - симпатическая система, 102 - бронхи, 55 - шэнь—мэнь, 42 - грудная клетка, 101 - легкое, 91 - толстая кишка, 97 - печень, 15 - гортань, 27 - горло. Хороший лечебный эффект вызывает лечение иглами-кнопками, которые ставятся на 5 дней на аурикулярные точки 31, 51, 60.
- **Шиаци (японская акупрессура).** Для лечения бронхиальной астмы применяется шиаци. При классическом японском шиаци воздействие на точки акупунктуры производится при положении больного лежа на полу. Врач нажимает на точки подушечками двух больших пальцев, перекладывая на них вес всего тела. Воздействие производится только сверху вниз и без массажного растирания точек. Длительность воздействия на точку в течение 3 секунд с периодическими повторениями 20 раз. Часто давление на точки производится через легкую одежду (рубашку, майку, плавки и т. д.).

Купирование астматического приступа. Если у больного, обратившегося к врачу за помощью, начался приступ удушья, то сначала необходимо снять приступ. Для этого производится сильное давление на точки VB.21 (центр надостной ямки, над лопаткой) в положении больного сидя на полу или лежа на боку и на своей руке, положенной под голову как подушка. В положении больного лежа на животе производится давление на точку на голове VB.20 (у нижнего края затылочной кости, во впадине между сосцевидным отростком и валиком трапецевидной мышцы), на точку меридиана мочевого пузыря, расположенную на спине между лопатками, V.13 (кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 и 4 грудных позвонков), которую лучше прогревать сигаретой (утюжащее цзю). Одновременно нажимаются точки на конечностях: P.7, RP.6, F.2. Точка GI.4 тонизируется теплом сигареты (ключущее цзю).

Подготовительный этап. Каждый сеанс начинается с дыхательной гимнастики на морском берегу. Ежедневно увеличивается длина пробега по морскому пляжу. Ежедневно больной делает 20 беговых стартов. В конце дистанции пациент делает 100 глубоких вдохов и надолго задерживает дыхание. Одновременно врач помогает увеличивать объем грудной клетки у больного астмой. Для этого больного переводят в положение сидя на полу и во время каждого вдоха врач приподнимает его за руки вверх 20 раз. Кроме того, расширение объема грудной клетки производится поднятием больного за плечи 20 раз. В последнее десятилетие в Японии возникло множество санаториев на берегу моря, где врачи лечат больных астмой, инфарктом миокарда, псориазом и другими болезнями методом длительного бега, лечебной физкультурой, шиаци и рациональным питанием с включением микроэлементов, витаминов, аминокислот, пищевых добавок из продуктов моря.

Ежедневное лечение астмы. При лечении астмы акупрессурой сеансы проводятся ежедневно. Полный курс состоит из 15 сеансов. Для излечения необходимо 2 – 3 курса. Каждый сеанс включает до 10 точек, которые надавливают 20 – 30 раз. В ежедневную рецептуру обязательно вводят точки на груди и спине, которые считаются главными в лечении астмы. Это в основном точки по меридиану селезенки RP и мочевого пузыря V. Далее по важности следуют точки на кисти и предплечье, где проходит меридиан легкого P. На ноге сильной седатации (давлению пальцами) подвергаются точки меридиана селезенки RP и печени F.

- **Насильственное расширение спазмированных бронхов.** Этот метод применяют народные целители по славянской акупрессуре. Больной астмой делает глубокий вдох и надолго задерживает выдох. После этого врач быстро и сильно сжимает руками грудную клетку. (Возможно осложнение типа переломов ребер). Давление производится ладонями рук при положении больного лежа. При положении больного лежа на спине или на животе сдавливание может производиться двумя руками слева и справа или двумя руками сверху в положении больного на боку. За сеанс проводится столько давлений, сколько лет пациенту. Механизм насильственного расширения бронхов состоит в следующем. Бронхи наполняются воздухом при вдохе. Короткое и сильное сжатие способствует уменьшению объема грудной клетки. Так как количество воздуха в легких при этом не уменьшается (пациент задерживает выдох), то происходит сильное повышение давления воздуха внутри бронхиального «дерева». В свою очередь высокое давление воздуха производит насильственное расширение спазмированных бронхов при бронхиальной астме. Перерастяжение насильственно – физическим путем спазмированных бронхов ведет к заметному улучшению дыхания у больного астмой. Этот метод успешно заменяет барокамеру, внутри которой также

повышают давление воздуха для того, чтобы оно растянуло спазмированных участки бронхов.

- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией для лечения астмы желательны применять травы. Применяются отхаркивающие средства (см. п. «Бронхит»), десенсибилизирующие, спазмолитические и успокоительные. Народные целители в Белоруссии успешно используют для лечения астмы баню (парную с «сухим паром»), наливая на горячие камни водные (а иногда и спиртовые) растворы и экстракты трав для испарения и ингаляции (вдыхания) - эвкалипт, багульник, можжевельник, душица, чабрец. Температура воздуха в парной при лечении достигает более 200 °С. Одновременно втирают в грудную клетку слабо раздражающие кожу вещества, делают массаж. Особое внимание при лечении астмы уделяется методу голодания. Хорошо себя зарекомендовали сборы трав следующего состава.

А. На 1 литр воды добавляется: трава донника лекарственного – 10 граммов, трава тимьяна – 10 г, плоды фенхеля – 10 г, листья мяты перечной – 10 г, листья подорожника – 10 г, корень алтея – 10 г, корень солодки – 10 г, листья мать-и-мачехи – 20 г. Отвар обладает спазмолитическим действием, секретолитическим, антисептическим, антиаллергическим и седативным. Отвар пьют натошак по 200 граммов в горячем виде 3 раза в день.

Б. Антиспазматическим и секретолитическим действием обладает сбор трав: корень солодки – 10 г, трава тимьяна – 40 граммов на литр воды. Настой пьют теплым по 150 г. 4 раза в день.

В. Аналогичным свойством обладает другой сбор : трава тимьяна – 10 г, листья мать - и - мачехи- 10 г, трава фиалки трехцветной – 10 г, корень девясила – 10 г, плоды аниса – 10 г. Настой пьют теплым по 150 г 4 раза в день.

Г. Плоды аниса – 10 г, плоды фенхеля – 10 г, трава тимьяна – 10 г, корень солодки – 10 г, сосновые почки – 10 г. Настой пьют теплым, по 150 г 4 раза в день.

- **Метод электрического снижения активности нервного центра в продолговатом мозге, который регулирует тонус мелких бронхов в легких.** Хорошо известно, что бронхиальная астма возникает по причине спазма мелких бронхов в легких. Спазм мелких бронхов, в свою очередь, происходит по причине производства в дыхательном центре продолговатого мозга патологического сверхмощного электрического потенциала. Эти импульсы из продолговатого мозга идут по спинному мозгу и периферическим нервам, по двум блуждающим нервам и тонкой сети вегетативной нервной системы внутрь легкого к мелким бронхам. Гладкая мускулатура бронхов сокращается под воздействием сверхсильных биотоков, что является единственной и главной причиной возникновения бронхиальной астмы. Поэтому бронхиальная астма относится не к болезням легкого, а к болезням центральной нервной системы. Надо лечить не следствие, а причину болезни, то есть надо снизить активность центра регуляции тонуса бронхов в мозге. Для этого автор предлагает следующую простую методику. Пациент ложится на живот. Ему вводят две иглы на глубину 2 см в правую и левую акупунктурные точки на основании черепа VB.20. Все нервные пути с командами о патологическом спазме бронхов проходят через основание черепа (спинной мозг, блуждающий нерв, нервные ветки шейного ганглия). Лечебный эффект связан сначала с сильным перераздражением этих нервных путей электрическим током. После этого наступает парализующий эффект. В этот период уменьшается избыточный поток биоимпульсов к бронхам. Интенсивность спазма бронхов также уменьшается. Этот способ лечения позволяет инактивировать нервный центр, руководящий силой спазма бронхов в продолговатом мозге, и за 5

сеансов значительно снизить интенсивность астматических приступов. **Технический аспект лечения.** К двум иглам, введенным на 3 сантиметра в правую и левую точки VB.20, подключается электрический прибор с плюсовым и минусовым контактом, на которые подается постоянный электроток от батарейки «Крона» 10 вольт с периодическим автоматическим отключением тока через каждые 2 секунды (пиковое напряжение). Сеанс лечения рекомендуется проводить на протяжении 1 - 2 минут.

§ 37. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане легких.

Болезни, вызывающие недостаток энергии в меридиане легких: эмфизема легких (50%), плеврит (60), гайморит (30), синусит (30), псориаз (60), экзема (60), нейродермит (50), кожный зуд (70), крапивница (40), нарушение обоняния (40%) и т. д. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом замедленного мышления

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане легких можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (F- и GI +) в суточном цикле и (RP - и GI +) в годовом цикле. Кроме того можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (C+, MC +) по закону «муж- жена» и (V +) по закону «полдень- полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане легких применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 15 до 17 часов и в ноябре.

2. Воздействие на **тонизирующую точку** меридиана P.9 и **точку - пособник** (служит та же точка P.9):

P.9 (тон) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

3. Седатируется **ло - пункт** спаренного меридиана GI.6.

GI.6 (сед) - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, над тыльной поверхностью лучевой кости.

4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.

P.9 (тон) - см. п. 2.

V.13 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 3 - 4-го грудных позвонков.

5. Седатируется **ло - пункт** спаренного меридиана и тонизируется **точка-пособник** (правило «большой укол»).

GI.6 (сед) - см. п. 3.

P.9 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется **точка входа и выхода энергии.**

P.1(тон) - под наружным краем ключицы вниз на 2 цуня, и кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

P.7 (тон) - на 1,5 цуня выше лучезапястной складки, у лучевого края лучевой кости, сразу за шиловидным отростком.

7. Успокаивают седатирующую точку меридиана-антагониста по **правилу «полдень- полночь».**

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

МС.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

Или: С.7 (сед) - у сухожилия локтевого сгибателя кисти на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

9. В суточном (...F—P—GI...) и годовом (...RP—P—GI...) циклах седатируют соседний впередистоящий меридиан и тонизируют соседний позади стоящий меридиан **по правилу «мать-сын»** (F.2 + GI.11 - суточный, RP.5 + GI.11 - годовой).

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба, на середине между локтевой складкой и наружным мышцелком при согнутом суставе.

RP.5 (сед) - впереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и ладьевидной костью.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

Р.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Р.5 (тон) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

RP.3 (сед) - кзади от головки 1-й плюсневой кости.

GI.2 (тон) - кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируют точку-колодец Р.11, точку-родник Р.10, точку-речушку Р.9; не воздействуют на точку-реку Р.8 и точку-море Р.5.

Р.11 (тон) - у лучевого края ногтевого ложа большого пальца, кнаружи от него на 3 мм.

Р.10 (тон) - у основания 1-й пястной кости, у лучевой ее стороны.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан легких получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшить поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – располагается на переднесрединной линии на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан легких получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и седатируют точку выхода энергии – Е.9.

J.17 (тон) – см. выше.

Е.9 (сед) - у переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Экзема. Экзема лечится методом воздействия на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): «Чжень-цзю терапия часто оказывает неожиданно положительный

результат, который зависит от распространения процесса и его тяжести. При папулезной форме экземы обычно применяется уютжащее цзю (прогревание над пораженной поверхностью). При сильном зуде можно цзю проводить несколько раз в день и научить самих больных этой процедуре. В стадии пузырьков, эрозий или корок кроме цзю над пораженной поверхностью можно проводить и чжэнь (иглотерапию) тормозным методом поочередно в точках: T.12, V.40, 41, 43, 17, 25, GI.4, 11, 10, VB.34, 41, RP.10, 6, E.36, C.5, 7». Локализация некоторых точек следующая:

T.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го грудных позвонков.

V.40 - в центре подколенной ямки;

V.41 - на 3 цуня от промежутка 2 - 3-го грудных позвонков;

V.43 - на 3 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков;

V.17 - на 1,5 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

V.25 - на 1,5 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

GI.10 - ниже точки GI.11 на 2 цуня;

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба, на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе;

VB.34 - во впадине у передне - нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня;

RP.10 - у верхнего края медиального мыщелка бедренной кости, выше верхнего края надколенника на 1 цунь;

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием лучевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

• **Внемеридиональные точки:** 10, 40, 51, 52, 103, 104, 148, 163. Точки тонизируются.

BT.10 на голове на уровне вершины ушной раковины, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед.

BT.51 на 1 цунь латеральнее точки T.14.

BT.103 на тыле кисти у межпальцевого промежутка между 1 - 2-м пальцами.

BT.104 на тыле кисти у межпальцевого промежутка 3 - 4-го пальцев.

BT.148 выше верхнего края медиальной лодыжки на 1 цунь.

• **Аурикулярные точки:** 95 - почка, 55 - анальгезия ЦНС, 45 - щитовидная железа, 28 - гипофиз, 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 71 - крапивница, 82 - диафрагма и аллергия, 101 - легкие.

• **Фитотерапия.** В России широко используются ванны для уменьшения зуда и очищения кожи. Сбор трав имеет следующий состав на 100 литров воды. Сначала готовится отвар: череда трехраздельная – 100 грамм, ромашка аптечная – 100 г, валериана лекарственная – 50 г, шалфей лекарственный – 150 г. Отвар выливают в ванну.

В моей практике были случаи возникновения экземы по причине соприкосновения кожных покровов с бельем, на котором остались микродозы стирального порошка. Если белье плохо прополаскивается после стирки, то после сушки оно всегда содержит на своей поверхности некоторую концентрацию стирального порошка. При физической нагрузке тело потеет, в капли пота растворяется стиральный порошок из прилегающего к телу белья. После этого стиральный порошок впитывается в кожу и вызывает обострение кожного заболевания.

2. Нейродермит. Нейродермит лечится иглоукалыванием следующих точек акупунктуры (Хоанг Бао Тяу, Вьетнам): «Точка GI.11 служит для «рассеивания ветра». Сказано:

чтобы ликвидировать «ветер», нужно сначала вылечить «кровь», поэтому воздействуют на точку РР.10 уколами тонизирующего действия с целью «подкрепления» крови, активации ее функции; уколы рассеивающего действия в эту точку «охлаждают кровь», ликвидируют болезненные факторы. Чтобы усилить оздоровительное воздействие на кровь, подключают дополнительную точку РР.6, а для более интенсивной ликвидации «влажности» — точку РР.9». Локализация некоторых точек уже дана выше. Внемеридиональные и аурикулярные точки берутся те же, как и при лечении экземы. Точки тонизируются.

3. Псориаз, или чешуйчатый лишай. В настоящее время этот вид кожной болезни приобрел широкое распространение. Врачи предполагают, что рост заболеваемости объясняется в первую очередь повышением количества стрессовых ситуаций в современном обществе, волнений, переживаний. Этиология болезни не выяснена. Существуют следующие теории возникновения псориаза: аллергическая, вирусная, нейрогенная, эндокринная, обменная и наследственная. Псориаз протекает с периодическими обострениями осенью и весной. Клиническое течение псориаза подразделяется на прогрессивную, стационарную (наивысшая площадь поражения кожи) и регрессивную стадии.

А. Диета. При всех кожных заболеваниях (особенно часто при заболевании псориазом), для каждого больного без исключения, можно найти вещества, которые попадают с пищей в организм и способствуют обострению болезни. Поэтому при лечении большое внимание надо уделять диетическому питанию. Противопоказаны острые блюда с перцем, чесноком, луком. Больному необходимо полностью прекратить потребления крепленых вин, где питьевой спирт окрашивается красителем. Особенно часто дают обострения кожных болезней крепкие спиртные напитки (40 ° и выше). Водка и коньяк опасны тем, что, попадая в желудок, они играют роль прекрасного растворителя для многих аллергенов, накопившихся от деятельности микробов внутри слизистой желудка. Например, водка растворяет жиры в 8 раз, а углеводы – в 3 раза лучше, чем вода. После растворения в водке вредные для организма вещества быстро всасываются из желудка в кровь, не подвергаясь перевариванию (т.е. дроблению молекул на части). Поэтому очень часто очередной прием алкоголя является главной причиной обострения экземы, псориаза, нейродермита.

Провоцируют обострение кожных болезней аллергены, содержащиеся в сильно пережаренной пище, в пищевых добавках в виде синтетических ароматических веществ (в жевательных резинках, сиропах, шоколаде, в маргаринах с синтетическими жировыми добавками и так далее). Обострение кожных болезней может вызвать попадание в организм с пищей очень многих веществ-аллергенов, которые весьма трудно установить клиническими (биохимическими) методами. **Вот почему, самым эффективным средством лечения псориаза, экземы, нейродермита и других кожных болезней является дозированное голодание, непродолжительное полное голодание и различные способы очищения кишечника и желудка.** На время лечение рекомендуется потребление натуральных, экологически чистых продуктов, ограничивая массу потребления пищи до 200 – 300 граммов в сутки.

Б. Необычайно важную роль в лечении кожных болезней играют **витамины группы В, витамин С и некоторые микроэлементы** – сера, цинк, медь и молибден. Специфическим действием на кожу обладают пивные дрожжи, которые содержат

дермототропные вещества и избыток витаминов группы В. Например, можно быстро вылечить хроническую пиодермию кожи лица пивными дрожжами и витамином С в сочетании с ежедневным облучением ультрафиолетовыми лучами.

В. Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить кожные болезни следующими точками акупунктуры:

- **избыточное потение** (гипергидроз) сильной седатацией точек – Р.10, GI.4,13 (потение по ночам), V.9,40, R.7, MC.3,8, VB.30, F.2,10,
- **кожный зуд** – GI.2,3,10,11, C.8, V.13,35,40,65, F.5,10,11, RP.10,VB.30, J.1.
- Выработана определенная **методика воздействия** (Чжу Лянь, Китай) на псориазные бляшки, то есть на пораженный псориазом участок кожи площадью от 1 до 10 квадратных сантиметров. Протирают ваткой со спиртом границу здоровой и пораженной псориазом кожи и производят быстрое одномоментное обкалывание иглой 4 – 10 раз по периметру псориазной бляшки. Потом делают быстрый укол в центр бляшки, а дальше начинают воздействовать методом прогревания точек. Методом клюющего цзю воздействуют на укол в центре псориазной бляшки, а методом утюжащего цзю – на всю поверхность бляшки и особенно медленно двигают сигарету вдоль границы здоровой и пораженной кожи. Для иглотерапевтического лечения применяются те же корпоральные, внемеридиональные, новые и аурикулярные точки, которые используются при лечении экземы, нейродермита и других кожных болезней. Отличительной чертой лечения этой болезни является воздействие сильной седатацией иглами только на точки головы с целью успокоения больного, а на все точки туловища, рук и ног воздействуют теплом сигареты методом прогревания точек (утюжающее и клюющее цзю). Методом клюющего цзю воздействуют на общеукрепляющие точки (Р.7, GI.4,11,Е.36, RP.6, C.7, R.3, F.3 и другие). Также прогревают точки, усиливающие функцию желез внутренней секреции: TR.2, E.10,11, RP.20, C.7, J.22 – щитовидная железа, V.48, 49 – надпочечники, TR.3,20, T.2 – гипофиз, T.14 – вегетативно-эндокринные функции организма. Направленным воздействием на кожу обладают точки: GI.2,10(!),11,RP.10,C.8,V.11(!),13,35,40 (!),65,VB.30 (!), F.5,8,10,11, J.1.
- **Фитотерапия.** Сразу после сигаретного прогревания псориазной бляшки ее обрабатывают специальными мазями или водными растворами таким образом, чтобы вещество не попало на проколотую иглой кожу. Китайские мази имеют очень сложный состав трав и не доступны для приобретения в России и Белоруссии. Однако, существуют высокоэффективные отечественные мази и растворы.
 - а. Из череды трехраздельной *ex tempore* готовят спиртовой экстракт или мазь на вазелиновой и ланолиновой основе, содержащую 2,5% густого экстракта растения. Экстракт череды назначают внутрь по 20 капель 3 раза в день за час до еды в течении 3 недель. Одновременно пораженные участки кожи смазывают на ночь мазью, содержащей экстракт растения на протяжении 4 недель.
 - б. Псориазные бляшки обрабатывают мазями промышленно -фармацевтического изготовления: карофиленовая (содержит календулу), госсипол (с хлопчатником), сангвиритрин (с маклеей).
 - в. В последнее десятилетие получил широкое распространение метод фотохимиотерапии, основанный на наружном или пероральном приеме фурукумаринов (бероксан, метоксален, псорален, оксарален, пувален, аммифурин, псоберан) с одновременным ультрафиолетовым облучением. Имеющийся клинический опыт фотохимиотерапии свидетельствует о высокой эффективности этого метода лечения.

Методика М.В. Голюка. Псориазные бляшки обрабатывают двумя мазями М.В. Голюка, которые имеют почти одинаковый состав. Первая готовится следующим образом. К 100 граммам медицинского солидола добавляют детского крема с витамином Е в количестве 3 миллилитров, цветочный мед - 30 гр (чайная ложка), свежий яичный белок из одного яйца, питьевая сода - 3 грамма. Полученная масса тщательно размешивается. Вторая мазь по составу аналогична первой, но еще добавляется 10 граммов густого экстракта чистотела. Начинается лечение с обработки псориазных бляшек мазью № 1 на ночь. Одновременно пьют 3 раза в день по 30 капель настойку аралии перед едой, облучаются ультрафиолетовой лампой, полезно недельное голодание. Курс лечения продолжается 20 дней, до момента полного отторжения чешуек от псориазной бляшки. Кожа на месте поражения становится красной, возникает зуд. После этого используется мазь № 2 с одновременным потреблением элеутерококка 3 раза в день по 30 капель перед едой. В зависимости от площади пораженной кожи лечение длится от 30 до 90 дней. Во время лечения мазь снимают по утрам чистой сухой салфеткой, разрешается мыться не чаще одного раза в неделю витаминными шампунями.

Соблюдается **диета:** потребляется растительная пища, исключаются яйца, шоколад, цитрусовые, жареное мясо и другие блюда. При стирке необходимо хорошо полоскать нижнее белье, чтобы на нем не оставалось следов стирального порошка. Сон должен быть длительностью 10 часов в сутки. Ежедневный бег по стадиону (с целью усиленного окисления кислородом эндогенных токсинов) не менее 1 часа в сутки. Категорически запрещается потребление спиртных напитков, так как спирт растворяет в желудке содержимое пищи и этот «экстракт» быстро всасывается в кровь.

§ 38. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане толстого кишечника.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана легких, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане легких повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан толстого кишечника можно лечить все перечисленные болезни меридиана легких. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни толстого кишечника (метеоризм, поносы, запоры), сигмовидной и прямой кишки (исключая анус, который контролируется меридианом почек).

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане толстого кишечника: запор (80%), боли мягких тканей рук (60%), плечевой плексит (25%), миозит мышц рук и плеча (30%) и т. д. Избыток энергии в меридиане толстого кишечника воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане легких.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане толстого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (P- и E +) в суточном цикле и (P- и V +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (IG -, TR-) по закону “муж-жена” и (R-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане толстого кишечника применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 5 до 7 часов утра и в ноябре.

2. Успокаивающее воздействие на **седативные точки** меридиана GI.2 или GI.3 и **точку-пособник** GI.4.

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от головки.

GI.4 (сед) - между 1 - 2-й пястными костями.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана.

GI.6 (сед) - над тыльной поверхностью лучевой кости, выше лучезапястного сустава на 3 цуня,

4. Успокаиваем **седативную точку и точку сочувствия** GI.

GI.2, 3 (сед) - см. п. 2.

V.25 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничного позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия и **точка-глашатай меридиана.**

V.25 (сед) - см. п. 4.

E.25 (сед) - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня,

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (**правило «большой укол»**).

GI.6 (сед) - см. п. 3.

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

7. Седатируется **точка-щель.**

GI.7 (сед) - над тыльной поверхностью лучевой кости, на середине расстояния от лучезапястного сустава до локтевого сгиба.

8. Седатируется точка **входа и выхода энергии** в меридиане.

GI.1 - на лучевой стороне 2-го пальца, на 3 мм кнаружи от ногтевого ложа.

GI.20 - у верхнего края боковой борозды крыла носа.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста (**правило «полдень-полночь»**).

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1,5 цуня.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава.

10. Тонизируем **возбуждающую точку** меридиана-антагониста определенного по деструктивным связям в системе У-СИН (**правило «муж-жена»**).

TR.3 (тон) - между 4 - 5-й пястными костями, кзади от головки 4-й пястной кости.

Или: IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

11. В суточном (- P—GI—E -) и годовом (- P—GI—V -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем позади стоящий меридиан **по правилу «мать-сын»**. В суточном цикле берут точки P.9 и E.45, в годовом цикле P.9 и V.65.

P.9 (тон) - ладонная сторона запястья, у ее лучевого края.

Е.45 (сед) – к наружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

V.65 (сед) – кзади от головки 5 плюсневой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

GI.11 (сед) - у наружного края локтевого сгиба.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

P.8 (тон) — у лучевого края сгибателя кисти на 1 ц выше лучезапястной складки.

V.65 (сед) - на наружной поверхности 5-го пальца стопы, кпереди от плюснев-фалангового сустава.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

12. Общие ян - ло - пункты седатируют:

TR.5 (сед) - у лучезапястного края общего разгибателя пальцев, выше лучезапястного сустава на 2 цуня.

T.1 (сед) - на середине расстояния между копчиком и наружным сфинктором заднего прохода.

14. Воздействие на 5 точек у-шу. Не берут точку-колодец GI.5 и точку-родник GI.11.

Седатируют точку-речушку GI.1, точку-реку GI.2 и точку-море GI.3.

GI.1 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, кнаружи от ногтевого ложа на 3 мм.

GI.2, 3 (сед) - см. п.2.

15. Точки у-шу в системе «большой инь - малый ян»:

(RP+).1, 2, 3, 5, 9, - J.12 – (P-).11, 10, 9,8, 5 (большой инь).

(GI+).5, 11, 1, 2, 3 - E.1 – (E-).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

RP.1 (сед) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (сед) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюснев – фалангового сустава.

RP.3 (сед) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (сед) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

- P.11 (тон) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.
 P.10 (тон) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.
 P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.
 P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.
 P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).
 GI.5 (сед) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.
 GI.11 (сед) – у наружного края локтевого сгиба.
 GI.1 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.
 GI.2 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.
 GI.3 (сед) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.
 E.41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.
 E.36 (тон) – у вершины гребешка большеберцовой кости.
 E.45 (тон) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.
 E.44 (тон) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.
 E.43 (тон) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Точки пересечения седатируют. Меридиан толстого кишечника входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.24, J.3, J.13, J.24, GI.12, VB.13.

Локализация некоторых точек пересечения следующая:

- T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков;
 T.24 - выше надпереносья на 3 цуня;
 J.3 - выше пупка на 1 цунь;
 J.24 - в центре подбородочно-губной борозды;
 GI.20 - у верхнего края боковой борозды крыла носа;
 IG.12 - соответствующей середине верхнего края ости лопатки.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане толстого кишечника происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 2. Освобождение энергии из ЧМ № 2 осуществляется следующим образом: точка-ключ V.62 седатируется вместе с точками основы ЧМ (V.62, 61, 59 VB.29 IG.10 GI.15, 16 E.4, 3, 1, VB.20) точка - связующая IG.3 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт T.1 и точку- щель V.59. Локализация точек ЧМ № 2 следующая.

- V.62 (сед, точка - ключ, входит в состав основы) – под латеральной лодыжкой, на границе подошвенной и тыльной поверхностей.
 IG.3 (тон, точка - связующая) – на конце ладонной складки. Кзади от головки 5 пястной кости.
 T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

V.59 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.61 (сед, точка основы) – на латеральной поверхности пяточной кости.

VB.29 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

GI.15 (сед, точка основы) – над плечевым суставом во впадине, которая образуется при поднятии руки. E.1 (сед, точка основы) – на середине нижнего края орбиты глаза.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан толстого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан толстого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии — E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (тон) - у гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Привычный запор. Привычный запор лечится воздействием на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): « - при привычных запорах лечение ведется по второму варианту возбуждающего метода и прижиганием точек V.23, 24, 25, 57, E.25, 23, 26, 36, J.4, RP.6, TR.6 - ». Локализация точек следующая:

V.23 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков;

V.25 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

V.57 - на месте соединения обеих головок икроножной мышцы и перехода их в пяточное сухожилие;

E.23 - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, выше пупка на 3 цуня;

E.26 - ниже пупка на 1 цунь, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня;

J.4 - выше лобка на 2 цуня;

TR.6 - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между лучевой и локтевой костями.

• **Внемеридиональные точки** применяются при запорах и колитах: 36, 38, 39, 41, 42, 48, 65, 66, 67, 80 и др. **Новые** точки: 38, 51 и др. Точки седатируются.

BT.36 - состоит из 4 точек, первые две находятся выше и ниже на 0,5 цуня, от J.12 (выше пупка на 4 ц), другие две находятся выше и ниже на 0,5 цуня, от R.19 (на 0,5 цуня, от J.12 кнаружи).

BT.39 на 1 цунь латеральнее пупка.

BT.41 на 1,5 цуня латеральнее J.6 (ниже пупка на 1,5 ц).

BT.42 на 3 цуня латеральнее J.6.

BT.65 под остистым отростком 12-го грудного позвонка.

BT.66 на 3,5 цуня в сторону от остистого отростка 1-го поясничного позвонка.

3) Аурикулярные точки: 87 – желудок, 91 – толстая кишка, 51 – симпатическая нервная система, 119 – анус, 55 – анальгезия ЦНС, 109 и 110 – живот, 117 – запор.

- **Специфические точки воздействия** на толстый кишечник, при запорах седатируются, а при поносах – тонизируются (данные китайских иглотерапевтов):
 J.12 – (заболевания всех органов пищеварения) – выше пупка на 4 цуня.
 V.23 – (воздействие на восходящую кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 – 3 поясничных позвонков.
 V.24 – (воздействие на нисходящую кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 – 4 поясничных позвонков.
 V.25 – (воздействие на поперечную ободочную кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 – 5 поясничных позвонков.
 E.36 – (лечение запоров и поносов) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости 30 мм, ниже надколенника на 3 цуня.
 E.41 – (лечение запоров и поносов) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.
 R.4 - (лечение запоров и поносов) – кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости во впадине.
 VB.34 - (лечение запоров и поносов) – во впадине у передне – нижнего края головки малоберцовой кости.
 V.38 - (лечение запоров и поносов) – наружный край подколенной ямки, выше ее середины на 1 цунь.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Народные целители** при запорах часто применяют очистительные клизмы, после чего делается глубокий массаж кишечника через брюшную стенку по направлению справа налево. Далее проводится точечный массаж, который желательно делать утром и сразу после сна. При запорах кал останавливает свое движение по направлению к анусу в сигмовидной кишке по причине патологического спазма мышц кишки на участке 10 – 15 см, и как следствие этого возникает отсутствие перистальтики на данном участке кишечника. При запорах каловое уплотнение всегда можно пальпировать в левой точке E.28, которая располагается кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, и ниже пупка на 3 цуня. Пациент ложится на спину. Врач надавливает тремя пальцами обеих рук на брюшную стенку и проводит медленные растирающие движения в течении 3 минут. Начинается активная перистальтика кишечника и акт дефекации. Затем следует выпить стакан слегка соленой воды. При такой ежедневной утренней процедуре функция сигмовидной кишки должна нормализоваться.

- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией и акупрессурой рекомендуется проводить лечение травами примерно на протяжении одного месяца. В целях усиления перистальтики толстого кишечника рекомендуется принимать растворы следующих растений (слабительные): экстракт коры крушины, корня ревеня, листа сенны, масла касторового или миндального, морской капусты, плоды жостера. Часто применяются следующие сборы.

а. На литр воды коры крушины – 10 г, плоды фенхеля – 20 г, плоды жостера слабительного – 30 г, корень солодки – 30 г. Отвар принимают вечером в теплом виде по 250 г.

б. Листья сенны – 30 г, кора крушины – 25 г, плоды жостера слабительного – 25 г, плоды аниса – 10 г, корень солодки – 10 г. Отвар принимают по 250 г на ночь.

- **Геронтология.** Существует гипотеза о влиянии функции кишечника на длительность жизни человека (Мечников). По этой гипотезе, причина старения

организма состоит в том, что из кишечника поступают в кровь токсические продукты распада от разлагающихся под действием бактерий каловых масс. Разнообразные продукты бактериального распада постоянно всасываются из толстого кишечника в кровь. Среди них есть и очень токсические вещества, которые током крови приносятся к мозгу и другим внутренним органам. Постоянное воздействие токсинов кишечника на организм является главной причиной его старения и смерти. Чем дольше кал остается в кишечнике, тем большее его количество трансформируется бактериями кишечника в токсические продукты, которые «загрязняют и зашлаковывают» кровь, приводят к быстрому старению клеток мозга, печени, желез внутренней секреции и всего организма в целом. Запоры толстого кишечника задерживают продвижение кала к месту его выброса из организма на недели, а следовательно, способствуют ускорению темпов старения организма.

§ 39. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане толстого кишечника.

Болезни, вызывающие недостаток энергии в меридиане толстого кишечника: понос (70%), колит (60%), неврит лучевого нерва (40%), ганглионит крылонебного узла (25%), кишечная колика (45%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане толстого кишечника воздействует на психическую сферу человека тем, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане легких.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане толстого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (P+ и E -) в суточном цикле и (P+ и V -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (IG +, TR+) по закону “муж - жена” и (R+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане толстого кишечника применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 17 до 19 часов и в октябре.
2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник**.
GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.
GI.4 (тон) - между 1 - 2-й пястными костями.
3. Седатируется **ло- пункт** спаренного меридиана.
P.7 у лучевого края лучевой кости, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.
4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.
GI.11 (тон) - см. п. 2.
V.25 (тон) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 – 5-го поясничных позвонков.
5. Седатируется **ло - пункт** спаренного меридиана и тонизируется **точка-пособник GI (правило «большой укол»)**.
P.7 (сед) - см.п.3.
GI.4 (тон) - между 1-2-й пястными костями, ближе к лучевому краю 2-й пястной кости.
6. Тонизируется **точка входа и выхода** энергии.

GI.1 (тон) - расположена на лучевой стороне 2-го пальца руки, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

GI.20 (тон) - у верхнего края боковой борозды крыла носа.

7. Успокаивают седативные точки меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности между 2 - 3-й плюсневными костями.

Или R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

GI.11 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седативная точка меридиана-антагониста для GI, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

Или : IG.8 (сед) – между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости.

9. В суточном (- P—GI—E -) и годовом циклах (- P—GI—V -) седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем позади стоящий (по правилу «мать-сын»): P.5 + E.41, P.5 + V.67.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

E.41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа V пальца стопы на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Применение точек «у-шу элемента».

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, дистальнее пястно-фалангового сустава.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

P.8 (сед) - ниже надколенника на 3 цуня, у гребешка большеберцовой кости.

V.65 (тон) - кзади от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

10. Применение точек у-шу: тонизируют точку-колодец GI.5 и точку-родник GI.11.

GI.5 - на лучезапястном суставе в «анатомической табакерке».

GI.11 - см. п.2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан толстого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан толстого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и седатируют точку выхода энергии E.36.

E.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (сед) - у от гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Колит, понос. Воспаление слизистой оболочки толстого кишечника (колит) может быть микробного и функционального характера. Иглотерапией нельзя вылечить микробные колиты (дизентерию, стафилококковое пищевое отравление, грибковое поражение кишечника и т. д.). Однако, успешно лечатся функциональные колиты при переедании, при чрезмерном потреблении острых блюд с горчицей, перцем, чесноком, при поносах после испуга или волнении («медвежья болезнь» во время экзаменов). Колит лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При перепончатом колите чжэнь-цзю терапия очень эффективна. Она проводится по второму варианту тормозного метода, кроме случаев с острыми спазматическими болями, когда целесообразно применять первый вариант тормозного метода. Точками воздействия являются следующие: VB.20, V.22, V.42, J.10, TR.6, R.7, F.2, E.26, E.36, E.44.»

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, во впадине, у места прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

V.42 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

J.10 - выше пупка на 2 цуня.

E.25 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

E.26 - на 1 цунь ниже пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

- **Внемеридиональные точки** аналогичны указанным в параграфе 23 при лечении привычного запора, только точки тонизируют.

- **Аурикулярные точки:** 91 - толстая кишка, 89 - тонкая кишка, 88 - двенадцатиперстная кишка, 87 - желудок, 83 - солнечное сплетение, 51 - симпатическая нервная система, 55 - анальгезия ЦНС, 98 - селезенка.

- **Специфические точки воздействия** на толстый кишечник даны в предыдущем параграфе. Точки при запорах седатируются, а при поносах тонизируются (данные китайских иглотерапевтов). Поносы хорошо лечатся также точками: GI.2, 3, 8, 10, 11, E.20,21,25,37,38,43, RP.1,2,3,4,5,6,7,8,15, V.18,20,25,26,30,38,40,57,58, R.14,15,16,17,18,19,20, TR.18, F.5 T.1,4,5,6, J.8, 9, 10, 11, 12, 13, 22.

- **Японская акупрессура (шиацу).** При психогенном поносе рекомендуется воздействовать давлением пальцев на следующие точки:

VB.20 - точка находится на задней поверхности шеи, в проекции продолговатого мозга, который управляет всеми рефлексам ЦНС, в том числе и перистальтикой кишечника. Оказывает сильное влияние на всю вегетативную нервную систему.

V.13,14,15,16,17 - точки находятся между лопаткой и позвоночником (Th 3 – 7), способствуют снижению перистальтики кишок.

V.31,32,33,34 - расположены на 0,5 цуня латеральнее крестцовых позвонков (S 1 – 4), снижают перистальтику кишечника.

VB.29 - главная точка при лечении поноса расположена на боковой поверхности таза, выше большого вертела бедренной кости. Положение пациента при лечении лежа на боку. Одновременно ладонью руки нежно массируют нижнюю часть живота.

F.3 - расположена между 1 – 2 плюсневых костями на стопе, обладает сильным антиспазматическим действием.

- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией рекомендуется лечение травами (вяжущие, обволакивающие, антисептики): пырей ползучий, грецкий орех, дуб черешчатый, богульник болотный, черника, голубика, подорожник, ромашка аптечная, тысячелистник. Российские фитотерапевты часто используют следующие сборы для лечения поносов.
 - а. На литр воды ягод черники – 20 граммов, листья мяты перечной – 20 г, корневище горца змеиного – 20 г, цветков ромашки аптечной – 30 г. Пьют горячий настой по 150 граммов 3 раза в день за час до еды.
 - б. На литр воды корневища лапчатки прямостоячей – 20 г, цветков бессмертника – 20 г, плоды тмина - 10 г, ягоды черники – 20 г, листьев шалфея – 30 г. Пьют теплый настой по 150 г 3 раза в день за час до еды.
 - в. На литр воды корневища лапчатки прямостоячей – 25 г, цветки бессмертника – 10 г, корневище кровохлебки – 25 г, травы пастушьей сумки – 50 граммов. Пьют теплый настой по 150 г 3 раза в день за час до еды.

§ 40. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желудка.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана селезенки, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане селезенки повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан желудка можно лечить все болезни меридиана селезенки и поджелудочной железы. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана желудка лечат болезни желудка.

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане желудка: гиперацидный гастрит (70%), язвенная болезнь желудка (70%), нейрогенный спазм пищевода (70%), изжога (80%), икота (75%), невралгия тройничного нерва (60%), невралгия языкоглоточного нерва (40%), невралгия подъязычного нерва (30%), невралгия бедренного нерва (50%) и др. Избыток энергии в меридиане желудка воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане селезенки.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане желудка можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (GI + и RP -) в суточном цикле и (IG + и RP -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (VB-) по закону “муж - жена” и (MC-) по закону “полдень - полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане желудка применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 7 до 9 часов утра и в августе.
2. Успокаивающее воздействие **на седативную точку меридиана и точку -пособник.**
E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.
E.42 (сед) - см. п. 8.
3. Седатируется **ло-пункт меридиана.**
E.40 (сед) - на 8 цуней выше верхнего края латеральной лодыжки, на 1 цунь вперед от малоберцовой кости.

4. Успокаиваем седативную точку и точку сочувствия меридиана Е.

Е.45 (сед) - см.п.2.

V.21 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия и точка – глашатай меридиана Е.

V.21 - см.п. 4.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

Е.40 (сед) - см.п.3.

RP.3 (тон) - кзади от головки 1-й плюсневой кости, на внутренней поверхности стопы.

7. Седатируется точка-щель.

Е.34 (сед) - выше надколенника на 2 цуня, между прямой и широкой мышцами бедра.

8. Седатируется точка выхода и входа энергии в меридиане Е.

Е.1 (сед) - на середине нижнего края орбиты глаза.

Е.42 (сед) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

MC.9 (тон) - на кончике фаланги 3-го пальца, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

Е.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

10. Тонизируем возбуждающую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (по правилу «муж-жена»).

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

11. В суточном (- GI—E—RP -) и годовом (- IG—E—RP -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий по правилу «мать—сын». В суточном цикле берут точки GI.11 и RP.5, в годовом цикле— IG.3 и RP.5.

GI.11 (тон) — у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе).

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Применение точек «у-шу элемента».

Е.36 (сед) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 30 мм; ниже нижнего края надколенника на 3 цуня.

Е.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

IG.5 (сед) - на локтевой поверхности кисти, между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью запястья.

GI.1 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца кисти кнаружи от ногтевого ложа на 3 мм.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, Т.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу. Не берут точку-колодец, родник и речушку. Седатируют точку-реку (E.44) и точку-море (E.43).

E.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

E.43 - между основаниями 2 - 3-й плюсневых костей.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян»:

(RP-).1, 2, 3, 5, 9 – **J.12** – (P+).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь).

(GI-).5, 11, 1, 2, 3 – **E.1** – (E+).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

RP.1 (тон) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (тон) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсне - фалангового сустава.

RP.3 (тон) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (тон) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (тон) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

P.11 (сед) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

P.10 (сед) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (тон) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (тон) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (сед) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (сед) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (сед) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 (сед) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.

E.43 (сед) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Седатируют точки пересечения. Меридиан желудка входит в следующие точки пересечения: Т.13, Т.14, Т.19, Т.24, Т.25, J.3, J.13, J.24, GI.20, V.1, IG.12, VB.4, E.7, E.8.

Т.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

Т.25 - в центре верхушки носа.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.23 - в центре подбородочно-губной борозды.

E.7 - впереди и книзу суставного отростка нижней челюсти, во впадине.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане желудка происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 2. Освобождение энергии из ЧМ № 2 осуществляется следующим образом: точка-ключ V.62 седатируется вместе с точками основы ЧМ (V.62,61,59 VB.29 IG.10 GI.15,16 E.4,3,1, VB.20); точка-связующая IG.3 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт Т.1 и точку - щель V.59. Локализация точек ЧМ № 2 следующая.

V.62 (сед, точка – ключ, входит в состав основы) – под латеральной лодыжкой, на границе подошвенной и тыльной поверхностей.

IG.3 (тон, точка - связующая) – на конце ладонной складки, кзади от головки 5 пястной кости.

Т.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

V.59 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.61 (сед, точка основы) – на латеральной поверхности пяточной кости.

VB.29 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

GI.15 (сед, точка основы) – над плечевым суставом во впадине, которая образуется при поднятии руки.

E.1 (сед, точка основы) – на середине нижнего края орбиты глаза.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желудка получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желудка получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

Е.36 (тон) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гиперацидный гастрит. Гиперацидный гастрит лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При остром гастрите обычно применяется первый вариант тормозного метода в точках Е.36 (с одной или обеих сторон) и J.12. Очень полезно первоначально ввести иглу в Е.36, держать ее там около часа и только в том случае, если эффект окажется недостаточным, сделать прижигание или укол в точке J.12. Обычно уже после первого сеанса здоровье начинает восстанавливаться. В последующем для закрепления достигнутых результатов лечения целесообразно в течение 3 - 5 дней проводить чжэнь-цзю в точках: МС.5, V.18, V.21, V.20, V.22, V.50, V.25, J.13, J.14, Е.19, МС.6. Лечение методом чжэнь-цзю хронического гастрита требует большой индивидуализации в зависимости от особенностей каждого больного, состояния секреторной и двигательной функций желудка и т. д. Здесь целесообразно сочетание основных точек, показанных для лечения гастрита вообще, с точками, рекомендуемыми при тех или иных нарушениях отдельных функций желудка. Основными точками, как и методом воздействия на них, являются те же, что и при остром гастрите. К ним могут быть добавлены: V.11, V.13, V.43, GI.11, TR.9, VB.34, Е.34. Лечение обычно проводится недельными циклами с небольшими перерывами между ними. Для прекращения болей и рвоты лучше применять первый вариант тормозного метода».

Е.36 - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

МС.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

V.18 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

V.21 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

V.50 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

J.19 - выше пупка на 5 цуней.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

Е.19 - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, выше пупка на 6 цуней.

МС.6 - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 2 цуня.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

V.13 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба.

TR.9 - ниже локтевого сгиба на 5 цуня, между локтевой и лучевой костями.

VB.34 - ниже надколенника на 2 цуня, во впадине у переднего края головки малоберцовой кости.

Е.34 - выше надколенника на 2 цуня, между прямой и широкой мышцами бедра.

• Внемеридиональные точки: 2, 20, 31, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 48, 62, 68, 94, 105, 109, 139.
Новые точки: 36, 37, 48, 54, 55.

BT.37 - выше пупка на 4 цуня кнаружи на 4 цуня,

ВТ.38 - выше пупка на 3 цуня кнаружи на 1 цунь,

ВТ.62 - на 1,5 цуня в сторону от остистого отростка 8 - го грудного позвонка.

ВТ.68 - на 1 цунь латеральнее остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

ВТ.105 - на тыле кисти, над головкой 5-й плюсневой кости.

ВТ.139 - посредине задней поверхности пятки, в месте прикрепления ахиллового сухожилия.

НТ.36 - по средней линии на 1,5 цуня выше пупка.

НТ.37 - на 3 цуня выше пупка, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

- Аурикулярные точки: 87 - желудок, 55 - анальгезия ЦНС, 51 - симпатическая нервная система, 97 - печень, 98 - селезенка, 91 - толстая кишка, 29 - затылок (при тошноте и рвоте), 43 - живот (при гастрите), 86 - кардия желудка.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах):

- при тошноте и рвоте – Р.4, С.1, V.12, 14, 38, 57, 63, TR.1,6,19 !!
- боль в желудке – E.42, V.43 !!, MC.2,5,6,7, F.42,
- энтерит, колит – E.37,38, RP.5 - 9, F.1,
- понос – GI.2,3,8, E.36, V.38,57,58, TR.18,
- запор – E.36,41, R.4, VB.34, F.3, J.8 (прогревание).
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

2. Язвенная болезнь. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, как показывает опыт, хорошо поддается лечению чжэнь-цзю на фоне соблюдения строгого режима жизни и питания. Для этого, пользуясь вторым вариантом тормозного метода (во время болей первый вариант), по очереди воздействуют на следующие точки: VB.20, V.11, V.43, V.17, V.19, V.20, V.21, V.22, V.25, V.23, J.13, F.13, J.14, J.12, J.10, J.11, R.20, E.25, J.8, E.26, GI.11, MC.6, TR.6, P.5, C.5, C.7, E.36, VB.39, R.7, F.2, E.44. При выборе точек чаще всего используют следующие сочетания: точки задней поверхности шеи и спины сочетаются с точками нижних конечностей или с точками поясницы, точки области поясницы—с точками верхней части живота, точки нижних конечностей—с точками живота или с точками верхних конечностей, точки верхней и нижней конечностей сочетаются крест-накрест и поочередно. Также сочетаются и чередуются чжэнь и цзю, например, укол в точке VB.20 сочетается с прижиганием V.25, укол в точке V.22 с прижиганием R.20, укол в точке E.36 с прижиганием J.8, прижигание в точке E.36 на правой ноге с уколом в TR.6 на левой руке. Полезно бывает проводить процедуры по 2 раза в день».

VB.20 у нижнего края затылочной кости, во впадине между местом прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц.

V.25 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков.

F.13 - перед свободным концом 11-го ребра, на 4 - й боковой линии живота.

J.10 - выше пупка на 2 цуня.

J.11 - выше пупка на 3 цуня.

R.20 - выше пупка 5 цуней, кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня.

E.25 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

E.26 - на 1 цунь ниже пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

TR.6 - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между лучевой и локтевой костями.

P.5 - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

C.7 - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

VB.39 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

R.7 - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, отступив от заднего края большеберцовой кости на 0,5 цуня.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

E.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

Внемеридиональные, «новые» точки и аурикулярные точки смотрите в разделе «Гиперацидный гастрит».

- **Скальпותרпия.** При наличии очень сильных болей в желудке во время обострения язвенной болезни существует способ ликвидации этих болей в течение одних суток. Для этого прибегают к краниоакупунктуре в зону желудка (зону № 4). Зона расположена по второй боковой линии головы (перпендикулярно от зрачка глаза вверх) и на 3 см выше передней (лобной) границы волосистой части головы. Игла проводится под кожей головы внутри зоны желудка и периодически стимулируется вращением на протяжении 15 минут. Уже в конце сеанса боли в желудке проходят.
 - Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
 - **Шиацу.** Устранение боли в желудке. Лечение проводится натощак за 1 час до еды. Перед сеансом лечения пациент медленными глотками выпивает 150 граммов воды.
- 1) Пациент лежит на спине. Врач надавливает подушечкой большого пальца на точку J.15, расположенную по срединной линии живота и на 1 цунь вниз от конца мечевидного отростка, массируя желудок. Затем массируются точки J.14 и J.13, расположенные от пупка вверх соответственно на 6 и на 5 цуней. Далее врач ладонью руки давит на точку J.14, положив одну руку на другую. Давление производится вниз и вверх и начинается медленный массаж желудка на протяжении 5 минут.
 - 2) Затем воздействуют на F.14 справа и слева, расположенные на месте пересечения среднеключичной линии и реберной дугой.
 - 3) Больной ложится на живот. Начинается процедура давления большими пальцами рук точек на спине V.16,17,18,19, расположенных на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками соответственно 6 – 7 грудных позвонков, 7 – 8, 10 - 11 и 11 – 12. На каждую точку делают 6 давлений. Повторяют эту процедуру 3 раза.
 - 4) Больной ложится на спину. Проводится поглаживание и неглубокий массаж ладонью брюшной стенки в надчревной области на протяжении 4 минут.
 - 5) Врач проводит массаж, закручивания и вытяжения указательного (2 – го) пальца руки. Рука ложится на стол. Надавливается большими пальцами руки ноготь и все точки на тыльной, ладонной и боковых поверхностях пальца. Расстояние между точками акупрессуры не превышает 0,5 см.

- По данным *Пекинского института* иглотерапии непосредственным влиянием на желудок обладают акупунктурные точки E.43,44,45. При язвенной болезни и гиперацидном гастрите точки седатируются.

E.45 – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 – между головками 2-3 плюсневых костей.

E.43 – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

Кроме этих главных точек дается список точек, которые имеют направленное воздействие на желудок, снижая его перистальтику, повышают секреторную способность, подавляя болевой и рвотный рефлекс. К таким точкам относятся: P.4, GI.7, E.19 – 42, RP3 – 14, V.12 – 53, R.4,21,22,23, MC.2,5,6,7, TR.1,19, VB.23,24,25, F.1,2,13,14, T.5,8,9, J.11 – 15,21.

- **Фитотерапия.** Существует необычайно большой ассортимент растительных лекарств, применяемых для лечения гастритов и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: рвотные, обезболивающие, кровоостанавливающие, обволакивающие и вяжущие, дезинфицирующие, повышающие или уменьшающие выделение желудочного сока, усиливающие или уменьшающие перистальтику желудка. Русские фитотерапевты рекомендуют следующую рецептуру для комплексного лечения несколькими травами.

- 1) В целях уменьшения болей и стимуляции регенераторных процессов заживления язв и нормализации кислотности желудочного сока рекомендуется отвар (на 1 литр воды) из следующего сбора трав: корень алтея – 20 граммов, корень солодки – 20 г, корень окопника лекарственного – 20 г, трава чистотела – 10 г. Отвар принимают в виде теплого чая по 3 стакана в день за час до еды на протяжении 4 недель.
- 2) Оказывает выраженное противовоспалительное и спазмолитическое действие на желудок, нормализует функцию кишечника отвар (на 1 литр воды) из плодов фенхеля – 20 г, корень алтея – 20 г, цветки ромашки – 20 г, корень солодки – 20 грамм. Отвар принимают по 250 г вечером и в виде горячего чая.
- 3) Противовоспалительное и спазмолитическое действие оказывает настой (на 1 литр воды), содержащий плод фенхеля – 20 г, цветки ромашки – 20, липовый цвет – 40 гр. Настой принимают по 3 стакана натощак на протяжении 4 недель.
- 4) Оказывает регенераторное, противовоспалительное, антиспастическое действие и применяется при длительно незаживающих язвах желудка отвар (на 1 литр воды), состоящий из травы золототысячника – 20 гр, травы зверобоя – 20 гр, цветков ромашки - 20, листьев мяты – 20, травы сушеницы болотной - 20. Отвар принимают теплым по 150 грамм за час до еды на протяжении 1,5 месяца.
- 5) В целях уменьшения болей и изжоги применяют настой (на 300 гр воды) из ромашки аптечной – 10 г, цветков календулы – 20 г, листьев мать -и- мачехи – 20 г. Настой принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день за час до еды и в течение 10 дней
- 6) С теми же целями применяется настой ромашки аптечной – 10, травы зверобоя – 20, листьев подорожника – 20 гр.
- 7) При язвенном кровотечении применяется отвар: на 300 гр воды берут ромашки аптечной – 10 г, корневища лапчатки – 20 г, травы зверобоя - 20 г. Отвар принимают по 1 столовой ложки 5 раз в день за час до еды.

3. Нейрогенный спазм пищевода. Нейрогенный спазм пищевода лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Лечение нервных спазмов пищевода методом чжэнь-цзю особенно эффективно. Обычно применяется первый

вариант тормозного метода, вначале в точках: GI.10, V.10, VB.20, IG.15, VB.21, TR.15, V.18, V.19, V.20, V.22, V.23, J.15, J.13, J.22, R.17. Наиболее целесообразно начинать сеансы чжэнь-цзю во время приступа спазма пищевода».

GI.4 - между 1 - 2-й пястными костями.

MC.6 - выше запястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

J.15 - книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

J.13 - выше пупка на 5 цуней.

GI.10 - ниже наружного края складки локтевого сгиба на 2 цуня, у заднего края длинного лучевого разгибателя и переднего края короткого лучевого разгибателя кисти.

V.10 - на уровне промежутка 1 - 2-го шейных позвонков, во впадине, у наружного края трапециевидной мышцы.

GI.15 - между внутренним краем лопатки и первым грудным позвонком.

VB.21 - в центре надостной ямки.

J.22 - в центре яремной вырезки грудины.

R.17 - выше пупка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

- По данным **Пекинского института иглотерапии** непосредственным влиянием на пищевод обладает акупунктурная точка E.42, которая располагается на самом высоком месте свода стопы между клиновидной костью и между основаниями 2 - 3 плюсневых костей. Направленным воздействием на пищевод обладают следующие точки акупунктуры: RP.19, V.15,19,46,47,48.

- **Внемеридиональные и новые точки:** VT.26, 25, 24, 32, 33, 34, HT.31, 32, 34.

VT.24 - посредине расстояния между подъязычной костью и кивательной мышцей.

VT.26 - под нижним краем угла нижней челюсти, кпереди от места пульсации сонной артерии.

VT.32 - на 1 цунь, латеральнее центра рукоятки грудины.

VT.33 - в третьем межреберье, кнаружи от передней средней линии на 6 цуней.

HT.31 - от передней срединной линии на уровне подъязычной кости латеральнее на 2 цуня,

- **Аурикулярные точки:** 85 - пищевод, 87 - желудок, 86 - кардиальный отдел желудка, 34 - кора головного мозга, 29 - затылок, 10 - миндалина, 12 - вершина козелка.

4. Невралгия тройничного нерва. Различают идиопатическую и вторичные формы тригеминальной невралгии. Этиология и патогенез идиопатической формы (*neuralgia quinti major* — болезнь Фозергиля) неизвестны. Допускают возможность дегенерации клеток гассерова узла, приводящей к патологической активности нейронов; давление на корешки нервов аберрантных или склерозированных сосудов, усиленную ангию нервных корешков над пирамидой, обусловленную деминерализацией основания черепа у пожилых людей, пароксизмальную активность нейронов нисходящего корешка тройничного нерва; последний гипотетический вариант трактует заболевание как особую форму судорожной активности стволового уровня, обусловленную дегенерацией или сосудистыми изменениями в нисходящем корешке нерва. Вторичные формы невралгий могут иметь в своей основе широкий круг причин: зубной кариес, синусит, опухоль средней черепной ямки, рассеянный склероз, постгерпетическую невралгию. Идиопатическая форма возникает, как правило, у людей среднего возраста и чаще у женщин. Характерны короткие пароксизмы жесточайшей боли в зоне второй или третьей ветви, значительно реже — в зоне первой ветви (менее 5% всех случаев). Боль провоцируется прикосновением к коже лица, разговором, едой, дуновением ветра.

Имеются особые «триггерные точки», раздражение которых неизменно провоцирует боль. Боли нередко сопровождается сокращение мышц лица (болезненный тик — *tic douloureux*). Необходимо рентгенологическое исследование костей черепа для исключения опухоли основания черепа или носоглотки, синусита (гайморита, фронтита). Похожая симптоматика при **синдроме Слудера** (при неврите крыло-нёбного узла). Реже боли на лице вызываются артритом нижнечелюстного сустава - **синдром Костена** - (артралгия челюстного сустава, отодентальный синдром) — интенсивная боль в области височно-нижнечелюстного сустава с иррадиацией в висок, глаз, ухо. Часто ошибочно диагностируется как невралгия второй ветви тройничного нерва или как психогенная боль. Возникает или усиливается при жевании, разговоре. **Пальпация сустава болезненна!!**. Причина развития болезни — артроз нижнечелюстного сустава. Лечение осуществляется стоматологами.

Лечение. Финлепсин — 3—5 таблеток в день, постепенно наращивая дозу; эффект достигается через 3—8 дней. Используются также и другие антиконвульсанты: дифенин, морфолеп, этосуксемид, триметин, клоназепам, вальпроат натрия. В части случаев лекарственное лечение через несколько лет утрачивает свое действие либо вовсе не наблюдается. В подобных случаях (встречающихся с момента внедрения тегретола несравненно реже, чем в прошлые годы) показаны алкоголизация ветвей тройничного нерва либо сложные интракраниальные операции с пересечением корешков нерва.

Невралгия тройничного нерва лечится **следующими точками акупунктуры** (Чжу Лянь): «Причиной невралгии тройничного нерва могут быть грипп, малярия, простуда, болезни уха, носа, зубов. Невралгия тройничного нерва возникает под влиянием факторов, создающих сдавливание нерва (например, периостатита) в области костных отверстий. Болезнь проявляется приступами резкой боли, которая держится несколько секунд или минут. При невралгиях чжэнь-цзю терапия весьма эффективна. Применяется первый вариант тормозного метода. При невралгии первой ветви основными точками являются: V.2, V.4, VB.14, TR.17, E.7, TR.23. При невралгии второй ветви лечебные точки E.2, VB.1, TR.17, E.6, E.3. При невралгии третьей ветви главные лечебные точки VB.2, E.6, E.5, TR.17, IG.17. При болях в височной области используют точки VB.7, VB.1, тай-ян. При тяжелых невралгиях тройничного нерва применяется Т-образная игла. Укол производится в точках E.7, IG.17, E.6. Иногда иглу оставляют в точках GI.4 и E.36 на несколько суток».

V.2 - в области начала брови.

V.4 - выше надпереносья на 3 цуня, кнаружи от срединной линии головы на 0,5 цуня.

VB.14 - выше брови на 1 цунь, на уровне зрачка глаза.

TR.17 - кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

TR.23 - у наружного конца брови.

E.7 - впереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти, во впадине.

E.2 - на нижней орбите глаза, на 1 мм ниже E.1, над подглазничным отверстием.

E.3 - на 2 цуня, вниз от E.2.

E.6 - впереди и кверху от наружного угла нижней челюсти на 1 цунь,

VB.1 - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.2 - у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

E.5 - на передней поверхности нижней челюсти, на 1 цунь впереди от угла челюсти.

IG.17 - ниже основания мочки уха на 12 мм.

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует воздействовать на БАТ при лечении невралгии тройничного нерва: V.1–8, 59(!), VB.1,11,14. При тиках мышц лица: P.5, E.5. При невралгии нервов лица: P.7,8, IG.19, E.2 – 7, C.3.
 - Предлагается пользоваться следующими правилами при лечении невралгии тройничного нерва (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Украина):
 1. При очень сильных болевых ощущениях (во время и вне приступа) предлагается не воздействовать на местные точки (на голове). Рекомендуется брать только отдаленные точки:
GI.4, GI.10, GI.11, P.7, E.36, TR.5, VB.39, VB.41, V.60, F.2, 3, VB.12, VB.20, VB.21.
 2. В межприступный период рекомендуется воздействовать на точки, входящие в зону иннервации (поочередно) только 1-й, 2-й или 3-й ветвей тройничного нерва на болевой стороне лица.
 3. Подкожно проведение длинной иглы от ВТ.6 (юй-яо, середина верхней брови) до VB.14 и далее вверх под кожей волосистой части головы (1-я ветвь нерва).
 4. Подкожное проведение иглы от E.4 к E.7 (2-я ветвь нерва).
 5. Подкожное проведение иглы от E.4 к E.6, или от J.24 к углу челюсти (3-я ветвь нерва).
 6. Иглоукалывание точек слизистой оболочки рта (Т.28, ВТ.20 и др.) часто дает хорошие результаты.
 7. При наличии болевых (курковых) зон на голове обкалывают их по периметру 4 - 5 иглами.
 8. На здоровой стороне головы тонизируют точки акупунктуры.
 - **Внемеридиональные точки:** 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10,, 13, 14,15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 133, 135, 137, 152. Новые точки: 25, 27, 103.
- ВТ.3 - в центре переносицы.
 ВТ.6 - посредине брови над зрачком.
 ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины расстояния между латеральным углом глаза и концом брови.
 ВТ.14 - на 0,5 цуня ниже внутреннего угла глаза.
 ВТ.15 - на боковой стороне носа, на границе между носовыми костями и хрящевой частью носа.
 ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.
 ВТ.20 - в полости рта под языком на двух венах нижней уздечки языка.
 ВТ.135 - на кончике 5-го пальца стопы.
 НТ.25 - на уровне нижнего края прикрепления мочки уха, под передним краем суставного отростка нижней челюсти.
 НТ.103 - на задней поверхности бедра, ниже ягодичной складки на 4 цуня.
 - **Аурикулярные точки:** 33 - лоб, 5 - верхняя челюсть, 6 - нижняя челюсть, 51 - симпатическая нервная система, 55 - шэнь— мэнь, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 8 - глаз, 11 - щека.

§ 41. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желудка.

Болезни, которые вызывают недостаток энергии в меридиане желудка, следующие: анацидный гастрит (70%), паралич пищевода (70%), гингивит (30%), неврит лицевого нерва (80%), неврит языко - глоточного нерва (50%), неврит подъязычного нерва (40%), неврит бедренного нерва (50%), ганглионит верхнего шейного и звездчатого узлов (40%), неврит малоберцового нерва (50%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане желудка воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане желудка можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (GI - и RP +) в суточном цикле и (IG - и RP +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (VB+) по закону “муж-жена” и (МС+) по закону “полдень - полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане желудка применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 19 до 21 часа и в сентябре.
2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку – пособник**.
E.41(тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев.
E.42 (тон) - см. п.5.
3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.
RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне - нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.
4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.
E.41 (тон) - см. п.2.
V.21 (тон) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.
5. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана и тонизируется **точка-пособник** меридиана **Е (правило «большой укол»)**.
RP.4 (сед) - см.п.4.
E.42(тон) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.
6. Тонизируется **точка входа и выхода энергии**.
E.1 - на середине нижнего края орбиты глаза.
E.42 - см. п.5.
7. Успокаивают седатирующую точку меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь»**.
МС.7 (сед) - на середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.
E.41(тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев.
8. Успокаиваем седатирующую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).
VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

9. В суточном (- GI — E — RP -) и годовом (- IG — E — RP -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»): GI.2 + RP.2, IG.8 + RP.2.

GI.2 (сед) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсне - фалангового сустава.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

E.36 (сед) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 30 мм; ниже нижнего края надколенника на 3 цуня.

E.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

IG.8 (сед) - на локтевой поверхности кисти, между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью запястья.

RP.3 (тон) - кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

10. Применение точек у-шу: тонизируется точка-колодец (E.41) и точка-родник (E.36).

11. **Воздействие на генератор энергии № 1.** Меридиан желудка получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличится поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желудка получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии E.36.

E.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (сед) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. **Анацидный гастрит.** Принципы лечения даны в разделе «Гиперацидный гастрит». На указанные там точки акупунктуры надо изменить способ воздействия: тонизирующие точки седатировать, а седатирующие точки – тонизировать.

2. **Неврит лицевого нерва (болезнь Белла).** Лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При неврите лицевого нерва наступает паралич, или парез мимической мускулатуры, чаще на одной стороне. Мышцы парализованной стороны теряют тонус, теряют подвижность, отвисают. Через несколько лет наступает асимметрия лица. Нарушается естественная мимика при улыбке, так как парализованная половина губ остается неподвижной. Веки на пораженной стороне либо совсем не закрываются, либо закрываются неплотно, глаз слезится. Больной не в состоянии сдвинуть брови, задуть огонь, нормально пить воду. Искажается речь. Затруднено принятие пищи, которая застревает во рту на пораженной стороне. Чжэнь-цзю терапия при параличе лицевого нерва на больной стороне проводится по второму варианту

возбуждающего метода, который иногда сочетается с методом торможения на здоровой стороне. Основные точки: TR.17, TR.21, VB.2, VB.3, VB.7, E.2, TR.23, E.6, VB.1, E.4, TR.22. При лечении паралича лицевого нерва часто проводится на больной стороне под кожей длинная игла на несколько сантиметров в горизонтальном или вертикальном направлении из точек E.4, E.6, E.2, что дает значительное улучшение.»

TR.17 - кзади от основания мочки уха.

TR.21 - кпереди и кверху от козелка, у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

TR.22 - у передне - верхнего края основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости; в этой области пальпируется поверхностная височная артерия.

TR.23 - у наружного конца брови.

VB.1 - на 0,5 цуня кнаружи от наружного угла глаза.

VB.2 - книзу от козелка уха и кпереди от межкозелковой вырезки, у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

VB.3 - на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

E.2 - под нижней орбитой глаза; соответствует подглазничному отверстию.

E.4 - кнаружи от угла рта на 0,5 цуня.

E.6 - кпереди и кверху от угла нижней челюсти на 1 цунь, во впадине.

• Предлагается пользоваться следующими правилами при лечении неврита лицевого нерва (Е.Л. Мачерет, И.З. Самосюк):

1. Одновременно с местными точками (на голове) рекомендуется брать отдаленные точки: P.7, GI.11, E.36, TR.5, GI.4, VB.20, T.14, V.10, V.11, VB.21 и др.
2. Точки на больной стороне лица подвергаются сильной стимуляции: иглы прогревают, вращают, делают возвратно-поступательные движения иглы и т. д.
3. Иглы на пораженной половине лица располагаются в виде большого треугольника или ромба. Внутри него «строят» из 3-х игл малый треугольник, точки которого подвергаются очень сильной стимуляции.
4. На больной стороне лица точки тонизируют, а симметричные точки на здоровой стороне лица седатируют.
5. Перед извлечением игл больной выполняет активные мышечные движения, состоящие из упражнений по сморщиванию лба, подмигиванию, надуванию щеки, жевательным движениям и т. д.
6. Сеансы проводят через день, 10 - 12 на курс. После перерыва проводят очередной курс лечения, общее количество которых может быть 3 - 4.

• Внемеридиональные и аурикулярные точки даны в разделе «Невралгия тройничного нерва». Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

3. Неврит подъязычного нерва. Лечение неврита подъязычного нерва (Чжу Лянь): «При одностороннем параличе подъязычного нерва кончик высунутого языка отклоняется в сторону паралича. Двусторонний паралич подъязычного нерва ведет к полной неподвижности языка, при этом речь становится дизартрической. Обычно применяется тормозной метод в точках: E.6, E.9, GI.4, GI.11, IG.19, V.10, VB.20, VB.21, TR.17, T.15, T.16, J.23, J.24».

Внемеридиональные и аурикулярные точки применяются в основном те же, что и при лечении невралгии лицевого нерва.

§ 42. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане селезенки.

Общая информация по лечению. Так как меридиан селезенки - поджелудочной железы является энергетическим антагонистом меридиана желудка, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желудка повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан селезенки - поджелудочной железы можно лечить все перечисленные болезни меридиана желудка. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни селезенки, поджелудочной железы, опухание тканей (воспалительного и травматического генеза), опущение внутренних органов (опущение почек), патологические изменения биохимического состава крови (количество белковых фракций и глюкозы), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), гипотония в виде недостатка энергии в меридиане, геморрагические проявления (пурпура, мелена, маточные кровотечения), болезни мышц, патология вкуса.

Болезни, которые вызывают возникновение избытка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы, следующие: панкреатит (70%), миозиты (60%), ожирение (40%), гипотония (30%, водная этиология) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом «фанатизма и догматизма»: бредовые идеи, сверхценные идеи, ритуальные действия в повседневной жизни, изобретательство ненужных для практических целей машин, софистика, философская «жвачка», подчинение своей жизни религиозно – мистическим законам, фанатичная приверженность религиям и всевозможным философским течениям. Описанные пограничные состояния имеют отдаленное сходство с шизофренией.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане селезенки можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (E- и C+) в суточном цикле и (E - и P +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (F-) по закону “муж-жена” и (TR-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане селезенки применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 9 до 11 часов и в сентябре.

2. Успокаивающее воздействие на седатирующую точку меридиана и точку - пособник.

RP.5 (сед) - впереди и книзу от медиальной лодыжки.

RP.3 (сед) - кзади от головки 1-й плюсневой кости.

3. Седатируется ло - пункт меридиана.

RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне-нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.

4. Успокаивается седатирующая точка и точка-сочувствия меридиана.

RP.5 (сед) - см. п. 2.

V.20 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 - 12-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай меридиана RP.

V.20 (сед) - см. п.4.

F.13 (сед) - перед свободным концом 11-го ребра, на 4-й боковой линии живота.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

RP.4 (сед) - см. п.3.

E.42 (тон) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

RP.1 - кнутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм.

RP.21 - на средней подмышечной линии в 6-м межреберье.

8. Седатируется точка-щель.

RP.8 - выше медиальной лодыжки на 8 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

TR.3 (тон) - между головками 4 - 5-й пястных костей.

RP.5 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

11. В суточном (- E—RP—C -) и годовом (- E—RP—P -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки E.41 и C.7, в годовом цикле — E.41 и P.5.

E.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

C.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

P.5 (сед) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

RP.3 (тон) - кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (сед) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

E.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа II пальца стопы на 3 мм.

P.8 (сед) - на 1 цунь выше лучезапястной складки, у лучевого края сгибателя кисти.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло-пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

RP.5 (сед) - см.п.2.

RP.9 (сед) - ниже надколенника на 2 цуня, у задне- нижнего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян».

(RP+).1, 2, 3, 5, 9 - J.12 – (P-).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь).

(GI+).5, 11, 1, 2, 3 - E.1 – (E-).41, 3, 6, 4, 5, 44,43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у - шу меридианов.

RP.1 (сед) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (сед) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсне - фалангового сустава.

RP.3 (сед) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (сед) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

P.11 (тон) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

P.10 (тон) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (сед) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (сед) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (сед) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (тон) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (тон) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 (тон) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.

E.43 (тон) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Седатируют точки пересечения. Меридиан селезенки входит в следующие точки пересечения: J.3, J.4, J.10, J.12, J.17, V.1, V.11, MC.1, E.14, P.6, P.1, RP.12, RP.13.

J.4 - выше лобка на 2 цуня,

J.10 - выше пупка на 2 цуня,

J.12 - выше пупка на 4 цуня,

V.1 - кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

RP.13 - на 1 цунь, выше лобка, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане селезенки происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 6. Освобождение энергии из ЧМ № 6 осуществляется следующим образом: точка-ключ R.6 седатируется вместе с точками основы ЧМ (R.6,8,V.1); точка-связующая R.7 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку щель R.8. Локализация точек ЧМ № 6 следующая.

R.7 (тон, точка - связующая) – над лучевой костью, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

R.6 (сед, точка-ключ и точка основы) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

R.8 (сед, точка-щель и точка основы) – у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

J.15 (сед, групповой ло - пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

V.1 (сед, точка основы) – от внутреннего угла глаза внутрь на 3 мм.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан селезенки получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы P, RP, C и тонизируют точку выхода энергии E.9.

J.17 (сед) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

E.9 (тон) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Миозиты и миалгии. Миозит – очаг асептического воспаления поперечно - полосатых мышц, вызванный воздействием холода и сквозняков на данный участок мышечной ткани. Клиническим проявлением миозитов являются миалгии – боли в мышцах в покое и движении. Миозит может протекать как самостоятельное заболевание и как сопутствующее заболевание одновременно с радикулитом или остеохондрозом. Миозитом могут поражаться любые мышцы: ног, рук, шеи и туловища. Но обычно миозит поражает мышцы спины и поясницы. Диагноз миозита на спине ставится следующим образом: пациент ложится на живот, врач производит нажатие на мышцы

подушечками больших пальцев рук. Здоровые мышцы безболезненные при нажатии. Воспаленная мышца реагирует на нажатие очень сильной болью. Кроме того, пациент жалуется на постоянную тянущую боль в данной мышце в положении покоя. Часто пациент имеет миозит и радикулит (или остеохондроз) одновременно. Если миозит протекает одновременно с радикулитом или остеохондрозом, то боль вызывает и надавливание на позвоночник, и нажатие на воспаленные мышцы.

- **Китайский метод лечения.** Используют следующий метод лечения (Чжу Лянь, Китай): «При миозитах и миалгиях применяется тормозной метод воздействия. При этом в случае острого течения процесса пользуются первым вариантом этого метода, в случае хронического течения вторым вариантом. Обычно в зависимости от симптомов болезни используют следующие точки: V.10, VB.20, VB.21, VB.9, IG.16. При болях в области поясницы используются точки VB.30, V.54, V.40, T.4, T.2, V.52, T.3, V.25, V.27, V.31, V.32, а также другие точки в области плеч и лопаток».
- **Вьетнамский метод лечения** миозитов значительно отличается от китайского. При лечении пациент ложится на живот, и врач надавливает большим пальцем руки на область постоянной боли, указываемой больным. Чаще всего миозит поражает мышцы спины. Сначала находят центр боли. Для этого болезненная мышца исследуется глубоким давлением по всей ее площади, а точка самой сильной боли принимается за центр воспаления мышцы (центр миозита). Далее в самый центр боли на 30 минут в виде конуса ставится 5 – 10 игл, которые почти соприкасаются друг с другом в «миозитном воспалительном центре». Иглы, как правило, не подвергаются сильной стимуляции (вращением, воздействием тепла или тока). После снятия игл проводится сильное давление на центр боли с целью «выдавливания» экссудата из воспалительного центра, который покидает его по сделанным иглами отверстиям (каналам). *После иглотерапии рекомендуется прогреть центр воспаления мышцы сухим теплом (грелкой) на протяжении 5 дней по 30 минут 3 раза в день. Эффективность метода близка к 100%.* Курс лечения состоит из 1 сеанса.

Иногда сеанс повторяют через 10 дней, если полное излечение не было достигнуто, из-за того, что пациент не точно указал центр мышечной боли (не определил максимально болезненное место внутри мышцы). Повторение сеанса может быть вызвано еще и тем, если центр «миозитной боли» имеет вид не шарика диаметром в 1 сантиметр, а вытянутого овала (например, 0,5 × 3 сантиметра). Тогда первым сеансом вылечивают первую половину вытянутого очага, а вторым сеансом – вторую половину патологического очага. Так лечатся **глубокие миозиты**, расположенные от поверхности кожи на глубине 3 – 5 сантиметров. Их не возможно вылечить втиранием анальгетических и коагуляционных мазей (со змеиным ядом и скипидаром), так как вещества мази при втирании в кожу проникают, «просачиваются» в мягкие мышечные ткани только на глубину 0, 5 сантиметров.

- **Медикаментозное лечение.** Миозиты **поверхностных мышц** успешно лечатся втиранием мазей на основе пчелиного и змеиного ядов: аписатрон, вирапин, випраксин, випросал, випратокс и других. Используются также другие мази, которые при втирании в кожу вызывают расширение капилляров, раздражающее и согревающее действие (масло терпентинное очищенное, линимент скипидаровый сложный, настойка стручкового перца или мазь эфкамон, спирт муравьиный и др.). Но если миозитом поражены **мышцы на глубине 3 – 5 сантиметров**, то втирание вышеперечисленных мазей не поможет.

2. Избыточный вес (ожирение). Лечение комплексное. Включает в себя дозированное голодание, изъятие из пищевого рациона сладкого, сдобы и белого хлеба, включение в рацион белковых продуктов питания (мяса, яиц, молока), потребление повышенного количества жидкостей с обязательным включением длительных физических упражнений (4 часа в сутки), организм насыщается витаминами и микроэлементами. Иглотерапевтическое воздействие состоит в стимуляции деятельности щитовидной железы и угнетении деятельности поджелудочной железы. Больному ежедневно дают микродозы йода. Для стимуляции деятельности щитовидной железы тонизируют следующие точки акупунктуры (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Украина): TR.5, TR.9, TR.10, TR.22, E.36, E.34, RP.6, VB.5, VB.34, VB.2, TR.17, V.43, IG.25, E.13, E.44, P.2. Для подавления деятельности поджелудочной железы седатируют точки: VB.29, F.13, V.43, V.41, V.20, .23, V.17, V.26, V.28, V.29, V.31 - 34, V.36, RP.6, R.5, C.6, GI.4, T.26, T.25, J.24.

- Врачи **Пекинского института иглотерапии** в целях лечения ожирения воздействуют тонизирующим методом на акупунктурные точки, которые усиливают обмен веществ: R.6 – усиливает сжигание жировых веществ в организме, RP.3 – увеличивает синтез углеводородных ферментов (амилазы, мальтозы и др.), способствующих быстрому сжиганию веществ внутри клеток, RP.1 – увеличивает синтез белковых ферментов, RP.2 – увеличивает синтез нуклеопротеидов (ДНК, РНК), RP.4 – усиливает синтез жировых ферментов (липаза, эстераза), TR.3 – является точкой направленного воздействия на щитовидную железу, V.10 – точка направленного воздействия на вегетативную нервную систему, T.14 – воздействует на вегетативно-эндокринные процессы.
- **Внемеридиональные точки:** 20, 61, 62, 74, 158, 159. Новые точки: 51 и др.
- **Аурикулярные точки:** 17 - жажда, 18 - голод, 22 - железы внутренней секреции, 34 - кора головного мозга, 45 - щитовидная железа, 37 - шейный отдел позвоночника, 55 - шэнь—мэнь, 87 - желудок, 95 - почка, 96 - поджелудочная железа, 97 - печень. При лечении избыточного веса на аурикулярные точки ставятся иглы- кнопки длительностью на 5 – 7 дней. Седатацией иглами-кнопками подвергаются точки 18, 34, 87, 97.
- **Фитотерапия.** Для снижения аппетита и профилактики ожирения применяется отвар на 200 г воды кукурузных рылец 20 г, выпивать за час до еды. Стимулирует обмен веществ следующий сбор: плоды фенхеля (20 гр), цветки ромашки аптечной (15 г), липовый цвет (15 г), цветки бузины черной (20 г), листья мяты перечной (20 г) на литр воды. Применяют 3 стакана настоя в день, курс лечения 10 недель.
- Хорошие результаты лечения дает метод **психотерапии**. При этом врач внушает больному отвращение к еде, что резко снижает потребление пищи, больной начинает интенсивно терять вес.

§ 43. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане селезенки.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане селезенки: сахарный диабет (70%), потеря чувства вкуса (60%), склероз сосудов (70%), неврастения (70%), сонливость (60%), снижение памяти (70%) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом «заземленности» жизненных интересов: без полетов мысли в прошлое и будущее, без интереса к философским теориям и научным гипотезам, но с интересом в

отношении практических ценностей жизни – денег и цен, одежды, еды и кулинарных знаний, доступных развлечений, положительное отношение к искусству и презрительное к философии и науке.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане селезенки можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (E + и C-) в суточном цикле и (E+ и P-) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (F+) по закону “муж -жена” и (TR+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане селезенки применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 21 до 23 часов и в августе.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальнее плюсне - фалангового сустава.

RP.3 (тон) - см. п. 5.

3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.

E.40 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуней и на 1 цунь впереди от малоберцовой кости.

4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия меридиана.**

RP.2 (тон) - см. п. 2.

V.20 (тон) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 - 12-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло - пункт спаренного меридиана E и тонизируется точка-пособник меридиана RP (**правило «большой укол»**).

E.40 (сед) - см. п.3.

RP.3 (тон) - сзади от головки 1-й плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

6. Тонизируется **точка входа и выхода энергии.**

RP.1 (тон) - кнутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм.

RP.21 (тон) - на средней подмышечной линии в шестом межреберье.

7. Успокаивают седативную точку меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень»**.

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча на 1 цунь выше локтевого отростка.

RP.2 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаиваем седативную точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

9. В суточном (- E—RP—C -) и годовом (- E—RP—P -) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки E.45 и C.9, в годовом цикле—E.45 и P.9.

E.45 (сед) - снаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

C.9 (тон) - кнутри от ногтевого ложа 5-го пальца руки на 3 мм.

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».
 RP.3 (сед) - на внутренней стороне 1-го пальца стопы дистальнее плюсне-фалангового сустава.
 RP.5 (тон) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки.
- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».
 E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.
 P.8 (тон) - на 1 цунь, выше лучезапястной складки у лучевого края сгибателя кисти.

10. Применение точек у-шу: тонизируются точка-колодец RP.1 и точка-родник RP.2
 RP.1 - см. п. 6.
 RP.2 - см. п. 2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан селезенки получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы P, RP, C и седатируют точку выхода энергии E.9.

J.17 (тон) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

E.9 (сед) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Сахарный диабет. Сахарный диабет лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Китайская медицина богата лекарственными средствами, с успехом используемыми в качестве заменителей инсулина. Определенную пользу приносит и лечение методом чжэнь-цзю. Для этого применяется второй вариант тормозного метода с укалыванием и прижиганием в точках V.42, V.43, V.20, V.23, V.26, V.28, V.29, V.30 - 35, F.13, E.3, RP.6, R.5, C.6, V.36». Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить диабет тонизацией следующих БАТ: RP.16, V.20,29, TR.4, F.1,2.

- Внемеридиональные точки: 20, 61, 62, 74, 85, 158, 159.

BT.20 - в полости рта под языком на двух венах нижней уздечки языка.

BT.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.

BT.62 - на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка 8-го грудного позвонка.

BT.74 - на 3,8 цуней латеральнее нижнего края остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

BT.158 - на передней поверхности бедра, выше надколенника на 1,5 цуня, на брюшке прямой мышцы бедра.

- Новые точки: 51, 52.

HT.51 - на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 6-го грудного позвонка.

- **Аурикулярные точки:** 22 - железы внутренней секреции, 28 - гипофиз, 51 - симпатическая нервная система, 96 - поджелудочная железа, 112 - панкреатит.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Фитотерапия.** Для улучшения выработки инсулина поджелудочной железой Российские фитотерапевты рекомендуют пить сок клубней свежего картофеля, сок из свежих листьев белокачанной капусты, из плодов малины и груши. Рекомендованы следующие настои:

- Листья черники (20 грамм), корень одуванчика (20 г), листья крапивы двудомной (20 г) на литр воды. Настой принимают по 160 мл 3 раза в день перед едой в теплом виде.
- Трава хвоща полевого (50 г), листья земляники (50 г), трава горца птичьего (100 г) на литр. Раствор выпивают по 2 стакана в день.

§ 44. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане сердца.

Общая информация по лечению. Так как меридиан сердца является энергетическим антагонистом меридиана тонкого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане тонкого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан сердца можно лечить все перечисленные болезни меридиана тонкого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни сердца, болезни артерий, психические болезни, болезни языка, миндалин, зева, гайморовых пазух.

Следующие болезни вызывают избыток энергии в меридиане сердца: тонзиллит (60%), пароксизмальная тахикардия (50%), истерия (50%), маниакальное состояние (80%), депрессия (80%), реактивные психозы (50%), глоссит (20%) и др. Как было сказано выше (в § 18) меридиан сердца контролирует силу положительных и отрицательных эмоций. При избытке энергии в меридиане сердца возникают необычайно сильные эмоциональные переживания, человек бурно радуется успеху и впадает в глубокую депрессию при неудаче. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с не резко выраженным маниакально-депрессивным синдромом.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане сердца можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (RP + и IG -) в суточном цикле и (F + и IG -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R-) по закону “муж-жена” и (VB -) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане сердца применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 11 до 13 часов и в июне.
2. Воздействие на седатирующую точку меридиана **С.7** и точку - пособник **С.7**.
С.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.
3. Седатируется **ло - пункт** меридиана.
С.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.
4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия меридиана.

C.7 (сед) - см. п. 2.

V.15 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.15 (сед) - см. п. 4.

J.14 - выше пупка на 6 цуней .

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

C.5 (сед) - см. п. 3.

IG.4 (тон) - на локтевой стороне кисти во впадине между основанием 5-й пястной и трехгранной костей.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

C.1 (сед) - на уровне подмышечной впадины, у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча.

C.9 (сед) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

8. Седатируется точка-щель.

C.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 0,5 цуня, между сухожилиями локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

VB.43 (тон) - в щели между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

C.7 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

11. В суточном (- RP—C—IG -) и годовом (- F—C—IG -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки RP.5 и IG.3, в годовом – F .8 и IG.8.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсне - фалангового сустава.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

F.8 (сед) – кзади от медиального надмышцелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

C.9 (тон) - кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны 5-го пальца кисти на 3 мм.

C.8 (сед) - на лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

F.1 (тон) - на 3 мм от ложа ногтя, на наружной стороне 1-го пальца стопы.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (P.7, МС.6, J.1).

Воздействие на точки у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

С.4 (сед) - выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

С.3 (сед) - кпереди от медиального мышцелка плечевой кости.

14. Точки у-шу в системе «средний инь—большой ян».

(R-).1, 2, 3, 7, 10 – **J.23** – (С+).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG-).5, 8, 1, 2, 3 – **V.1** – (V+).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (тон) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (тон) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (тон) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (тон) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости.

С.9 (сед) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

С.8 (сед) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

С.7 (сед) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

С.4 (сед) – выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

С.3 (сед) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мышцелка плечевой кости.

IG.5 (тон)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (тон)- между медиальным мышцелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (тон)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (тон)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (тон)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (сед)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (сед)- в центре подколенной ямки.

V.67 (сед)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (сед)- кпереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (сед)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

15. Седатируются точки пересечения. Меридиан сердца входит в точку пересечения J.7, которая находится ниже пупка на 1 цунь.

16. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ № 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане сердца происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 7. Освобождение энергии из ЧМ № 7 осуществляется следующим образом: точка-ключ МС.6 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (R.9, RP.12,13,15,16, F.14, J.22,23); точка - связующая RP.4 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой лопункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 7 следующая.

МС.6 (тон, точка-ключ) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка - связующая) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка -щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (сед, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

R.9 (сед, точка основы) – у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше медиальной лодыжки на 5 цуней.

RP.12 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, у нижнего края середины паховой связки.

RP.13 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1 цунь выше лобка.

RP.16 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1,5 цуня выше пупка.

F.14 (сед, точка основы) – на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

J.23 (сед, точка основы) – между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща.

17. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан сердца получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – на уровне 5 ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют

следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и тонизируют точку выхода энергии Е.9.

J.17 (сед) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

Е.9 (тон) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

19. Специфическое воздействие на кроветворение осуществляется точкой V.17, на артерии —Р.9, на коронарные сосуды сердца – МС.7, на миокард – С.6, на клапаны сердца – С.8,9.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Депрессивная фаза психоза. Для нее характерны следующие основные проявления: пониженное (тоскливое) настроение, речевая и двигательная заторможенность (Чжу Лянь): «При депрессивной фазе применяется второй вариант возбуждающего метода. Основные, наиболее часто используемые при акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) точки следующие: Т.20,Т.24,Т.16, V.10, V.11,Т.26, С.7, GI.11, V.60, RP.1, GI.4, МС.9, F.3, J.12, J.18, RP.6, V.62». Пекинский институт иглотерапии рекомендует включать в рецептуру и тонизировать при лечении тоски и депрессии следующие точки акупунктуры: Р.8,9,10, GI.4,11,13,14, Е.27,С.6, 9, IG.14, V.10,12,15,16,22,43, R.6 МС.5, TR.5, VB.6,21,23,39.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах):

- при депрессиях являются: С.9, МС.5, J.4,5.
- при страхах (фобиях): Т.12,13, J.14, GI.13,
- при неврозах: Р.3,9,11,GI.4, С.7.

2. Истерия (Хоанг Бао Тяу): «У больного время от времени возникают приступы бурного веселья, беспричинных слез, он может кричать, плясать, но по окончании приступа вновь ведет себя как нормальный человек. К симптомам истерии относится также слишком продолжительный сон. Больной может улечься спать в необычном месте, причем не отзываться на оклик. У некоторых больных наблюдаются явления паралича или, наоборот, повышенная подвижность. У других внезапно пропадает зрение, речь или слух, у иных появляется ощущение постороннего предмета в горле.

- **Лечение.** Точки МС.6 и С.7 используются как успокаивающее средство; воздействие на точку IG.3 рассеивает скопление энергии; точки Т.26, Т.20, F.3 служат для «раскрытия отверстий тела», ликвидации «жары», рассеивания «огня», точка Е.36 нормализует функцию желудка. Воздействие на эти точки производится с целью симптоматического лечения для регулирования циркуляции энергии на участках нарушения».
- Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить истерию, психозы, бессонницу следующими точками акупунктуры: Р.3,5,9,11, Е.27,RP.6,9,С.1 – 7, R.1,6,9,24,25, МС.4,6,7,8, TR.2,10,16, VB.12,37, F.2,10, Т.4(!),13,16,18,26,27,28, J.4,15.

- Внемеридиональные точки, новые точки и аурикулярные аналогичны тем, которые применяются для лечения неврастения.

§ 45. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане сердца.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане сердца: ишемическая болезнь сердца (70%), стенокардия (60%), невротические боли в сердце (70%), острая и хроническая сердечная недостаточность (60%), фобии (80%), последствия инсульта (30%), параплегия (30%), детский церебральный паралич (40%), остаточные явления полиомиелита (30%) и т. д. Как было сказано выше (в параграфе 18) меридиан сердца контролирует силу положительных и отрицательных эмоций. При недостатке энергии в меридиане сердца сила эмоциональных переживаний снижена. В характере человека возникает эмоциональная тупость, черствость и безразличие. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с чувством страха к чему-то (фобии), с патологической бездушностью и бесчувственностью.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане сердца можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (RP- и IG+) в суточном цикле и (F - и IG +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R+) по закону “муж-жена” и (VB +) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане сердца применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 23 до 1 часа ночи и в июле.
2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник**.
C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.
C.7 (тон) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.
3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.
IG.7 (сед) - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.
4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридианов.
C.9 (тон) - смотрите. п.2.
V.15 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.
5. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана IG и тонизируется **точка-пособник** меридиана C (**правило «большой укол»**).
IG.7 (сед) - см. п.3.
C.7 (тон) - см. п.2.
6. Тонизируется **точка входа и выхода энергии**.

С.1 (тон) - на уровне подмышечной впадины у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча.

С.9 (тон) - см. п. 2.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «**полночь-полдень**».

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

С.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности стопы между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы.

9. В суточном (- RP—C—IG -) и годовом (- F—C—IG -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки RP.5 и IG.3, в годовом—F.2 и IG.3.

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

F.2 (сед) - между головками I — II плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

С.9 (сед) - кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа с лучевой стороны 5-го пальца кисти.

С.8 (тон) - на лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

F.1 (сед) - на 3 мм от ложа ногтя, на наружной стороне 1-го пальца стопы.

IG.8 (тон) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

10. Применение **5 точек у-шу:** тонизируются точка-колодец С.9 и точка-родник С.8.

С.9 (тон) - см. п. 2.

С.8 (тон) - между 4 - 5-й пястными костями, в широкой части промежутка.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан сердца получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – на уровне 5 ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы P, RP, C и седатируют точку выхода энергии E.9.

J.17 (тон) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

E.9 (сед) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Стенокардия (Чжу Лянь): «Часто отличные результаты дает укалывание по первому варианту тормозного метода в левой точке GI.4, GI.11, VB.21. Если у больного приступы стенокардии начинаются на фоне гипертонии, то особенно показано воздействие в точках E.36 с обеих сторон. Это сопровождается снижением кровяного давления и устраняет боли в области сердца. В некоторых случаях при оставлении игл в точках E.36 целесообразно произвести укалывание или прижигание в левой точке GI.11. Это дает еще лучший эффект. Кроме того, при стенокардии используются точки T.16, V.10, VB.20, VB.9, IG.16, V.12, IG.15, IG.14, V.11, V.15, T.14, V.42, V.44, V.60, MC.6, MC.5, F.14, F.13.»

T.16 - между затылочной костью и 1-м шейным позвонком.

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, между местами прикрепления кивательной и трапециевидной мышц.

IG.16 - у заднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

V.11 - снаружи на 1,5 цуня от промежутка между 1 - 2-м грудными позвонками.

V.42 - снаружи на 3 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

V.44 - снаружи на 3 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня.

F.14 - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

- **Внемеридиональные точки:** 32, 33, 34, 35, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 85, 119.

BT.32 - на 1 цунь латеральнее центра рукоятки грудины.

BT.34 - нижний конец мечевидного отростка.

BT.55 - под остистым отростком 2-го грудного позвонка.

BT.56 - на 0,5 цун латеральнее нижнего края остистого отростка 3-го грудного позвонка.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.59 - на 2 цуня, в сторону от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

BT.60 - нижние углы лопаток.

- **Новые точки:** 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51.

HT.44 - на 0,5 цуня, латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка.

HT.49 - посредине латерального края лопатки.

HT.50 - на 0,5 цуня, латеральнее нижнего края остистого отростка 5-го грудного позвонка.

- **Аурикулярные точки:** 101 - сердце, 21 - сердце, 55 - шэнь—мэнь, 51 - симпатическая нервная система, 28 - гипофиз, 95 - почки.
- Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при стенокардии: P.4, GI.8,9, RP.4, C.1-9, R.3-4 (тахикардия), MC.1-9, VB.44, F.2, T.24.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Шиацу.** Лечение стенокардии и «укрепление сердца».

1) Сначала пациента кладут на спину. Накрывается салфеткой волосистая часть головы и врач производит давление на пять точек по срединной линии волосистой части головы (T.24, 23, 22, 21, 20), которые располагаются от границы волосистой

части лба соответственно на 0,5, 1, 1,5, 3 и 4,5 цуня. На каждую точку производится сильное давление 5 – 10 раз подушечкой большого пальца.

- 2) Далее воздействуют на 6 точек меридиана сердца с левой и правой стороны, которые располагаются по внутренней поверхности плеча от подмышечной впадины до медиального мыщелка плечевой кости. Точка № 1 соответствует первой точке меридиана сердца С.1, которая располагается на уровне подмышечной впадины, у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча. Точки № 2 – 6 располагаются на 2 см ниже и друг под другом.
- 3) Производится давление на 4 точки над большой грудной мышцей с левой и правой сторон: RP.19,20, P.1,2.

RP.19 – в 3 межреберье, снаружи от средней линии на 6 цуней,

RP.20 – во 2 межреберье, снаружи от средней линии на 6 цуней,

P.1 – на 3 см вниз от наружного края ключицы, от средней линии груди на 6 цуней,

P.2 – под ключицей, от средней линии груди на 6 цуней.

- 4) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков справа и слева: V.10 (от точки между 1 – 2 шейными позвонками снаружи на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10 и ниже друг друга на 1 см. Эти точки осуществляют воздействие на продолговатый мозг.
- 5) Пациент поворачивается на живот. Проводят воздействие с левой стороны на точку IG.11, которая располагается в центре лопаточной кости.
- 6) Производят давление на точки мочевого пузыря, расположенные в левой межлопаточной области: V.12,13,14,15,16,17, которые имеют локализацию снаружи от средней линии спины на 1,5 цуня, напротив остистых отростков соответственно 2,3,4,5,6,7 грудных позвонков.
- 7) Заключительной процедурой является десятикратное давление на область брюшной аорты, в точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка.

2. Невротические боли в сердце (Чжу Лянь): «Лечение проводится по второму варианту тормозного метода. Используют точки: T.20, V.10, VB.20, V.11, V.12, IG.14, R.25, F.13, P.4, C.3, C.7, MC.5, MC.6». Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить боли в сердце при стенокардии, миокардите, перикардите следующими акупунктурными точками: P.4, GI.8, E.19, RP.4, C.1,3,7, IG.1, V.14,15,16,17,44,45, R.2,3, MC.1 – 9, TR.6, F.2, T.11, J.14,15. Тахикардия снимается точками: P.4, C.3 – 9, R.4, MC.4, VB.19,44, F.5, T.24.

3. Страхи (фобии). Пекинский институт иглотерапии рекомендует при лечении фобий тонизировать следующие точки акупунктуры: GI.13,14, C.9, V.15,16, TR.19, J.14. К иглотерапевтическому лечению рекомендуется добавлять психотерапию или гипноз.

§ 46. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане тонкого кишечника.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана сердца, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане сердца повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие

на меридиан тонкого кишечника можно лечить все болезни меридиана сердца. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана тонкого кишечника лечатся болезни самого тонкого кишечника, двенадцатиперстной кишки, функциональная патология сфинктера Одди, выпускающего соки поджелудочной железы и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (например, дискинезия желчного пузыря).

Следующие болезни вызывают избыток энергии в меридиане тонкого кишечника: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (70%), невралгия локтевого нерва (40%), писчий спазм (30%) и др. Избыток энергии в меридиане тонкого кишечника воздействует на психическую сферу человека тем, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане сердца.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане тонкого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (С- и V +) в суточном цикле и (С- и E +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V -) по закону “муж-жена” и (F-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан мочевого пузыря (V- или V+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (V+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане тонкого кишечника применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 13 до 15 часов и в июле.

2. Успокаивающее воздействие на седатирующую точку меридиана и его точку - пособник.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

IG.4 (сед) - на локтевой стороне кисти во впадине между основанием 5-й пястной и трехгранной костями.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

IG.7 (сед) - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

IG.8 (сед) - см. п.2.

V.27 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го рудиментов крестцовых позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.27 (сед) - см. п. 4.

J.4 (сед) - выше лобка на 2 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

IG.7 (сед) - см. п. 3.

C.7 (тон) - на проксимальной лучезапястной складке.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

IG.1 (сед) - у ногтевого ложа 5-го пальца руки, локтевая его сторона, на 3 мм кнаружи.

IG.18 (сед) - во впадине под нижним краем тела скуловой кости, под наружным углом глаза.

8. Седатируется точка-щель.

IG.6 (сед) - на 1 цунь выше лучезапястного сустава, на тыльной поверхности локтевой кости, над ее головкой.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «**полдень-полночь**».

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

IG.8 (сед) - см. п.2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

11. В суточном (- С — IG — V -) и годовом (- С — IG — E -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки С.9 и V.65, в годовом — С.9 и E.45.

С.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

V.65 (сед) - кзади от головки 5-й плюсневой кости.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

IG.1 (сед) - расположена у ногтевого ложа V пальца на 3 мм кнаружи.

IG.8 (тон) - между медиальным мыщелком плечевой кости и локтевым отростком.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

С.8 (тон) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку- реку и точку- море.

IG.2 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава 5-го пальца, на конце поперечной кожной складки, во впадине.

IG.3 (сед) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян».

(R+).1, 2, 3, 7, 10 - J.23 – (C-).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG+).5, 8, 1, 2, 3 - V.1 – (V-).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (сед) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневными костями.

R.2 (сед) — на середине медиальной поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (сед) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (сед) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (тон) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (тон) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (тон) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (тон) – выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (тон) – медиальная часть локтевого сгиба, впереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (сед)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (сед)- между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (сед)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (сед)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (сед)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (тон)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (тон)- в центре подколенной ямки.

V.67 (тон)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (тон)- впереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (тон)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан тонкого кишечника входит в следующие точки пересечения: T.13, 14, 19, J.3, J.17, R.22, VB.1, TR.22, V.41.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.17 - на груди, уровень 5-го ребра.

R.22 - кнаружи от средней линии груди на 2 цуня, уровень 5-го ребра.

TR.22 - у наружного конца брови.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане тонкого кишечника происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 3. Освобождение энергии из ЧМ № 3 осуществляется следующим образом: точка-ключ TR.5 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15,16, VB.16-20, E.8, VB.13,14); точка - связующая VB.41 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт T.1 и точку - щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 3 следующая.

TR.5 (тон, точка – ключ) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка - связующая) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

V.63 (сед, точка основы) – во впадине кзади от основания 5 плюсневой кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

TR.15 (сед, точка основы) – над верхним краем ости лопатки.

VB. 21 (сед, точка основы) – над лопаткой, в центре надостной ямки.

T.15 (сед, точка основы) – между 1-2 шейными позвонками.

E. 8 (сед, точка основы) – в лобном углу волосистой части головы.

VB.14 (сед, точка основы) – над зрачком глаза, выше брови на 1 цунь.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии—E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (тон) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки описано в параграфе 24.

2. Дискинезия желчных путей (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк). Задержка желчи в желчном пузыре происходит по той причине, что спазмируется отверстие сфинктера Одди, который расположен в начале тонкого кишечника (в двенадцатиперстной кишке). Рефлексотерапия при этих заболеваниях во многих случаях является вполне оправданной. Она способствует снятию спазмов желчных путей, сфинктера Одди и протоков, а следовательно, усилению оттока желчи, прохождению мелких камней и т. д. Все это приводит к уменьшению или прекращению боли, предотвращает приступы. Чаще других используются следующие точки: VB.25, 34, 38, 40, J.12, 13, 15, F.2, 3, 13, 14, E.36, MC.6, V.18 - 25, P.6, 5.

Используются следующие **внемеридиональные точки:** 36, 37, 38, 39, 40, 61, 62, 64, 65, 88, 152.

BT.36 - на 0,5 цуня выше и ниже точки R.19 (которая располагается выше пупка на 4 цуня, кнаружи на 0,5 цуня).

BT.37 — на 4 цуня кнаружи от точки J.12 (которая располагается выше пупка на 4 цуня).

BT.38 - на 1 цунь кнаружи от точки J.11 (которая расположена выше пупка на 3 цуня).

BT.39 - на 1 цунь кнаружи от пупка.

BT.40 - на 3,5 цуня кнаружи от пупка.

BT.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.

BT.63 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 10-го грудного позвонка.

BT.64 - на 2,5 цуня кнаружи от остистого отростка 10-го грудного позвонка.

BT.88 - на кончике 5-го пальца руки.

BT.152 - на наружной поверхности голени, на 1 цунь ниже точки VB.34 (которая расположена у передне-нижнего края головки малоберцовой кости).

Применяются **новые точки**: 36, 37, 38, 53, 54, 55.

HT.36 - по средней линии, на 1,5 цуня выше пупка.

HT.37 - на 3 цуня выше пупка, на 4 цуня в сторону от средней линии.

Используются **аурикулярные точки** (AT): 55 - шэнь-мэнь, 88 - двенадцатиперстная кишка, 51 - симпатическая нервная система, 95 - почка, 76 и 77 - синдром ян-печени, 97 - печень, 110 - верхняя часть живота, 99 - асцит.

§ 47. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника.

Недостаток энергии в меридиане тонкого кишечника вызывают следующие болезни: дуоденит (70%), энтерит (50%), неврит локтевого нерва (30%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане тонкого кишечника воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане сердца.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (С+ и V -) в суточном цикле и (С+ и E -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V +) по закону “муж-жена” и (F+) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан мочевого пузыря (V- или V+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (V-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане тонкого кишечника применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 1 до 3 часов ночи и в июне.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости, у локтевого ее края.

IG.4 (тон) - между 5-й пястной и трехгранной костями.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

С.5 (сед) - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия меридиана.

IG.3 (тон) - см. п. 2.

V.27 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го рудиментов крестцовых позвонков.

5. Седатируется ло-пункт меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (правило «большой укол»).

С.5 (сед) - см. п.3.

IG.4 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

IG.1 (тон) - у ногтевого ложа 5-го пальца, кнаружи на 3 мм в локтевую сторону.

IG.18 (тон) - под нижним краем тела скуловой кости, на уровне наружного угла глаза.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости, у локтевого ее края.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

V.65 (сед) – на наружной поверхности стопы, кзади от головки 5 плюсневой кости.

9. В суточном (- С—IG—V -) и годовом (- С—IG—Е -) циклах седатируются соседний впередистоящий меридиан и тонизируется соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки С.7 и V.67, в годовом – С.7 и Е.41.

С.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

Е.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

IG.1 (тон) - расположена у ногтевого ложа V пальца на 3 мм кнаружи.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

С.8 (сед) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

Е.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

9. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец IG.5 и точка-родник IG.8.

IG.5 (тон) - около шиловидного отростка локтевой кости.

IG.8 (тон) - между медиальным мышцелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости.

10. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличиться поток энергии из генератора «трех обогревателей» может благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и седатируют точку выхода энергии — E.36.

E.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (сед) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника встречаются очень редко, поэтому их иглотерапевтическое лечение опускаем.

§ 48. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря.

Общая информация по лечению. Так как меридиан мочевого пузыря является энергетическим антагонистом меридиана почек, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане почек повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить все болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся все болезни мочевого пузыря (кроме его сфинктера, который контролируется меридианом почек).

Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: остеохондрозы и радикулиты (70%), люмбаго (70%), ишиас (80%), межреберная невралгия (50%), слезотечение (30%), цистит (30%), затрудненное мочеиспускание (60%) и т. д. Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, т. к. усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане почек.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (IG + и R -) в суточном цикле и (GI + и R -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (E-) по закону “муж-жена” и (P-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане мочевого пузыря применяют следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан мочевого пузыря находится в естественном избытке энергии одновременно в дневном и годовом цикле, то есть – с 15 до 17 часов и в декабре.

2. Успокаивающее воздействие **на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник.**

V.65 (сед) - кзади от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

V.64 (сед) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана.

V.58 (сед) - на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия.**

V.65 (сед) - см. п. 2.

V.28 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го крестцовых позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.28 (сед) - см. п. 4.

J.3 (сед) - выше лобка на 1 цунь.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

V.58 (сед) - см. п. 3.

R.3 (тон) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

7. Седатируются точка входа и выхода энергии.

V.1 (сед) - кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 цуня,

8. Седатируется точка-щель.

V.63 (сед) - кпереди и книзу от латеральной лодыжки у латерального края кубовидной кости, во впадине, кзади от основания 5-й плюсневой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

E.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь»**.

P.9 (тон) - у лучевого края нижней складки лучезапястного сустава.

V.65 (сед) - см. п. 2.

11. В суточном (- IG—V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах тонизируется соседний впереди стоящий меридиан и седатируется соседний позади стоящий меридиан (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки IG.3 и R.2, для годового – GI.11 и R.2.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе).

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

V.66 (тон) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

GI.2 (тон) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

R.10 (сед) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло-пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

V.66 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян».

(R-).1, 2, 3, 7, 10 - J.23 – (C+).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG-).5, 8, 1, 2, 3 - V.1 – (V+).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (тон) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (тон) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (тон) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (тон) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости.

C.9 (сед) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (сед) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (сед) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (сед) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (сед) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мышцелка плечевой кости.

IG.5 (тон)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (тон)- между медиальным мышцелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (тон)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (тон)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (тон)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (сед)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (сед)- в центре подколенной ямки.

V.67 (сед)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (сед)- кпереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (сед)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

16 Седатируются точки пересечения. Меридиан мочевого пузыря входит в следующие точки пересечения: T.12, T.13, T.14, T.15, T.19, J.3, V.1, V.11, V.41, VB.6, VB.7, VB.8, VB.10, VB.11, VB.12.

T.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го грудных позвонков.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между 1 - 2-м грудными позвонками.

VB.7 - на месте перекрестка горизонтальной линии от верхнего края основания раковины уха и волосистой части области виска.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане мочевого пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 3. Освобождение энергии из ЧМ № 3 осуществляется следующим образом: точка-ключ TR.5 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15,16, VB.16-20, E.8, VB.13,14); точка-связующая VB.41 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт T.1 и точку- щель VB.35. Локализация точек следующая.

TR.5 (тон, точка – ключ) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка - связующая) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

V.63 (сед, точка основы) – во впадине кзади от основания 5 плюсневой кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

TR.15 (сед, точка основы) – над верхним краем ости лопатки.

VB. 21 (сед, точка основы) – над лопаткой, в центре надостной ямки.

T.15 (сед, точка основы) – между 1-2 шейными позвонками.

E. 8 (сед, точка основы) – в лобном углу волосистой части головы.

VB.14 (сед, точка основы) – над зрачком глаза, выше брови на 1 цунь.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тон) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней.

19. Терапевтическая деятельность **специфических точек** акупунктуры: ликвидируют болевой синдром (при сильной седатации) в верхней половине тела – GI.4, в нижней половине тела – E.36, в ногах – V.60, в руках – GI.5 (в анатомической табакерке), боль в крестцовом и поясничном отделе – V.61, в грудном отделе – GI.11, в шейном отделе позвоночника – IG.6, TR.1. Специфическое воздействие на костную систему и суставы осуществляет точка V.11, на костный мозг—VB.39, на процесс выпадения волос – V.40.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Основная патология, которая в 70% протекает с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря, являются остеохондрозы и радикулиты. Несмотря на то, что остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска, а радикулит – воспаление корешка нерва, выходящего из спинного мозга, и остеохондрозы, и радикулиты имеют почти одинаковую клиническую симптоматику. Дифференциальная диагностика радикулита и остеохондроза состоит в следующем. При остеохондрозе нажатие на остистый отросток вызывает сильную боль, так как при этом деформируется межпозвоночный диск, внутри которого располагается воспаленный участок. Зато при остеохондрозе нет сильной болезненности при нажатии паравертебральных мышц. Радикулиты дают противоположную симптоматику: нет болезненности при нажатии на остистый отросток, но возникает резкая боль при сдавлении паравертебральных мышц. Остеохондрозы и радикулиты классифицируются на шейные, грудные, поясничные и пояснично-крестцовые.

Интересно отметить, что у космонавтов, которые пребывают на борту космического корабля в невесомости год или больше, никогда не возникает остеохондрозов и радикулитов (в период пребывания в невесомости и внутри космического корабля). Это можно объяснить только тем, что в состоянии космической невесомости отсутствует гравитационная нагрузка на позвоночник. После приземления и при наличии гравитационного притяжения Земли эти космонавты очень часто болеют радикулитами и остеохондрозами. За время полета в невесомости их позвоночные диски отвыкли от нагрузок и от поднятия тяжестей, поэтому в условиях земного притяжения заболевания позвоночника их беспокоят очень часто. (Читайте карту заболеваний космонавтов Титова, Севостьянова и других космонавтов).

1. Методы иглотерапевтического лечения банальных (воспалительных) радикулитов и остеохондрозов.

Остеохондрозы имеют клинику, вызванную смещением позвонков и одновременно клинику туннельных невропатий, а радикулит имеет клинику только туннельных невропатий. При остеохондрозах действенным методом лечения является мануальная терапия и акупрессура, а при радикулитах – мануальная терапия вредна, эффект наступает от акупрессуры, иглотерапии и снятия воспаления ствола нерва инъекциями гормонов

надпочечника. При обеих патологиях прекрасный эффект дает иглотерапия только после снятия отека диска и снятия отека нерва. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatiyu).

1) **Аурикулярные точки**, применяющиеся для лечения радикулитов и остеохондрозов: 12 - козелок, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 37 - шейный отдел позвоночника, 39 - грудной отдел позвоночника, 40 - поясничный отдел позвоночника, 41 - шея, 51 - симпатическая нервная система, 53 - ягодица, 54 - люмбагия, 55 – шэнь- мэнь, 65 - плечо, 95 - почки, 121 - малый затылочный нерв. Рекомендуется брать за сеанс 2 - 3 аурикулярные точки. Полезно находить на ухе болевые точки и сразу вводить в них иглы. Это вызывает значительное уменьшение болей.

2) В подостром периоде иногда помогает сильная седатация точек в районе ощущения слабых болей. Болевые точки могут точно показать пальцем сами больные. Указанные точки обкалывают 3 – 4 иглами, а иглы подвергают сильной стимуляции (нагревают, вращают и т. д.) на протяжении 0,5 – 1 часа.

3) В некоторых случаях применяется методика «малого укола»: седатируют болевую точку на меридиане мочевого пузыря, далее воздействуют на точки, расположенные ниже и выше болевой.

4) Применяется методика симметричного воздействия на точки. При этом с больной стороны точки седатируют, а те же точки на здоровой стороне тонизируют.

5) Широко применяется перекрестный выбор точек: правая рука – левая нога, на спине – на животе, точки инь-меридиана сочетаются с точками ян-меридиана и т. д.

6) Применяется **способ блокировки канала** мочевого пузыря на различных уровнях. Для этого воздействуют на акупунктурные точки спины, находящиеся на горизонтальном уровне на двух ветвях меридиана мочевого пузыря правой и левой половины туловища, и на точку заднесрединного меридиана. Например, можно воздействовать на V.41 и V.11 справа, на V.41 и V.11 слева и T.14.

7) Очень часто седатация трёх акупунктурных точек T.26, IG.18 и V.60 снимает болевой синдром при радикулитах и остеохондрозах.

8) **Скальпотерапия.** При плохо поддающихся лечению радикулитах широко используется скальпотерапия (краниопунктура). Для этого длинную иглу от 7 до 10 см вводят в под кожу черепа и проводят ее в определенном направлении. При лечении пояснично-крестцовых радикулитов и люмбаго обычно воздействуют на моторно - чувствительную зону ног (№ 16). Траектория подкожного проведения иглы располагается над затылочной костью параллельно заднему срединному меридиану T, на удалении от него на 1 цунь. Игла вводится в волосистую область черепа в точку, находящуюся кнаружи от точки T.19 на 1 цунь. Игла проводится под кожей на длину 3 - 4 см и периодически стимулируется в течение 10 минут.

9) Через 4 дня после голодания и приема мочегонных средств диск уменьшается в размере, и сильные боли прекращаются. Только после снятия сильного болевого синдрома можно приступить к полномасштабному курсу **мануальной терапии и акупрессуры.** Остеохондрозы с наличием одной или нескольких крупных грыж межпозвоночного диска размером более 0,5 сантиметра лечатся иглотерапией и мануальной терапией. При дискозном радикулите часто усиливает боли массаж над болевыми зонами в паравертебральной области и на ягодице, противопоказана «жесткая» мануальная терапия, вредна баня с парной по причине набухания и последующего отека

межпозвоночного диска, что также сопровождается усилением болей. Абсолютным противопоказанием является интенсивное вытяжение позвоночника механическими аппаратами при воспалении межпозвоничного диска. Оперативное лечение иногда приводит к усилению болей и инвалидности.

10) Общеобезболивающими точками при лечения патологии позвоночника являются: P.7,11, GI.1,4, E.36, V.60. Антиспастическим действием на гладкую мускулатуру (желтые связки позвоночника) оказывает точка F.2. При блуждающих болях: VB.38,41. Точка, которая ликвидирует ухудшение здоровья пациента в связи с изменением погоды – TR.5. Точка по профилактики 100 болезней – V.43.

2. Иглотерапия при шейном радикулите (шейная радикулопатия).

Главные клинические симптомы — сильные боли при повороте головы, головные боли в затылочной области, иррадиация болей в обе руки. Надо обязательно обратить внимание на тот факт, что между шейными позвонками фактически отсутствует «межпозвонковые хрящи». Межпозвонковые диски (очень тонкие) начинаются с С.4 по С.7 и ниже. **Поэтому в шейном отделе позвоночника в 90% случаях бывают радикулиты (воспаление корешков нервов) и механические смещения позвонков (подвывихи), а не остеохондрозы (не воспаления межпозвоночных дисков).** Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (остеопатию).

1) При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии рекомендует применять следующие **местные акупунктурные точки** при лечении шейного радикулита: T.13, T.14, T.15, T.16, T.17, T.26, V.9, V.10, V.11, VB.19, VB.20, 19, 21, 10, 11, 12, TR.15, TR.16, IG.15, 18.

T.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

T.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

T.16 - между затылочной костью и 1-м шейным позвонком.

T.17 - на верхнем крае затылочного бугра.

V.9 - на 0,5 цуня кнаружи от верхнего края затылочного бугра.

V.10 - на 0,5 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонка.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

VB.19 - на 1,5 цуня кнаружи от затылочного бугра.

VB.20 - на 2 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонков.

VB.21 - в центре надостной ямки.

TR.15 - выше середины длины ости лопатки на 1 цунь.

TR.16 - кзади и книзу от сосцевидного отростка в местах прикрепления заднего края кивательной мышцы.

IG.15 - от промежутка 7-го шейного и 1-го грудного позвонков кнаружи на 2 цуня.

- **Внемеридианальные местные** точки, применяемые для лечения шейных радикулитов: 28, 29, 30, 31, 51, 52.

BT.28 - на середине расстояния между мочкой уха и 1-м шейным позвонком.

BT.29 - на 1,5 цуня в сторону от нижнего края остистого отростка 3-го шейного позвонка.

BT.30 - на 2 цуня, выше и на 1 цунь, кнаружи от 7-го шейного позвонка.

BT.31 - под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

- **Новые** местные точки: 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 42, 43, 44, 45, 46, 47.

HT.18 - на голове сзади уха, под концом выступающей хрящевой складки при отогнутом вниз ухе.

HT.20 - на 0,5 цуня выше середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

HT.21 - посередине расстояния от основания мочки уха до границы роста волос.

HT.22 - кнаружи от 1-го шейного края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

HT.23 - от передне-нижнего края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

HT.28 - кнаружи от 1-го шейного позвонка на 2,5 цуня.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде **«погони за блуждающей болью»**.

2) Отдаленные точки берут вначале лечения (без подключения местных точек) при наличии сильного болевого синдрома. В дальнейшем отдаленные точки сочетают с местными точками.

- При лечении шейных радикулитов отдаленные точки берутся в основном на голове, шее, груди и руках (меридианы Р и GI): Р.1, 2, 7, GI.4, 10, 11, 17, 18, 20, Т.10, 9, 8, VB.14, 15, 16, Т.20, 24, J.22, 23.

- Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении шейных радикулитов: Р.9, 10, 11, GI.1, 5, 6, 11, E.24, 39, IG.2, 3, R.1, 2, TR.10, 15, VB.39. Для воздействия непосредственно на нервы шейного отдела позвоночника надо брать точки IG.6, TR.1.

- Внемеридианальные отдаленные точки на голове, шее и руках: BT.1, 3, 4, 6, 9, 16, 17, 19, BT.21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, BT.99, 100, 101, 120, 123, 126, 127, 129.

BT.1 –на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки Т.20, «КОРОНА».

BT.3 - в центре переносицы.

BT.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

BT.21 - на 1 цунь выше точки J.23.

BT.22 - на 0,5 цуня вправо и влево от точки J.23.

BT.26 - под нижним краем угла нижней челюсти, кпереди от места пульсации сонной артерии.

BT.101 - на тыльной поверхности среднего пальца посередине кожной складки дистального межфалангового сустава.

BT.123 - на 1 цунь выше и ниже GI.11.

BT.125 - на 0,5 цуня, выше переднего края подмышечной складки.

- Новые отдаленные точки на шее: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 30, 31, 32, 34.
- НТ.20 - на 0,5 цуня выше точки TR.17.
 НТ.22 - на 0,5 цуня кпереди от точки VB.20.
 НТ.30 - на шее на 1,5 цуня ниже точки TR.17.

3. Иглотерапия при грудном радикулите и остеохондрозе. Главными клиническими симптомами являются боли при движении в грудном отделе позвоночника, иррадиация болей в плечи и руки, боли в области сердца, боли при глубоком вдохе.

1) Для лечения применяются **местные** корпоральные точки на спине: Т.6 - 14, V.11 - 22, V.41 - 50.

- Применяются местные **внемеридианальные** точки на спине: 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 85.

BT.54 - ниже верхне-внутреннего угла лопатки на 1 цунь.

BT.55 - под остистым отростком 2-го грудного позвонка.

BT.56 - кнаружи на 0,5 цуня от нижнего края остистого отростка 3-го грудного позвонка.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.58 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.

BT.59 - кнаружи на 2 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

BT.60 - нижний угол лопатки.

BT.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.

BT.62 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 8-го грудного позвонка.

- Применяются местные **«новые»** точки на спине: 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54.

НТ.48 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 4-го грудного позвонка.

НТ.49 - посередине латерального края лопатки.

НТ.50 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 5-го грудного позвонка.

НТ.51 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.

НТ.52 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

НТ.53 - 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка 9-го грудного позвонка.

НТ.54 - кнаружи на 5 цуней от остистого отростка 12-го грудного позвонка.

2) При лечении верхне-грудных радикулитов (Th.1 - Th.5) берутся **отдаленные точки** в основном на груди и руках: С.5 - 8, IG.2 - 8, E.12 - 18, RP.17 - 21, R.20 - 25, J.13 - 21.

С.5 - выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти.

С.7 - у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

IG.5 - между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью.

IG.7 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

E.13 - под ключицей, кнаружи от средней линии груди на 4 цуня.

E.15 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

E.18 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

RP.17 - в пятом межреберье кнаружи от средней линии на 6 цуней.
RP.20 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.
RP.21 - на средней подмышечной линии в шестом межреберье.
R.23 - в четвертом межреберье кнаружи от средней линии на 2 цуня.
R.25 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.
J.18 - середина тела грудины на уровне суставной вырезки 4-го ребра.
J.20 - место соединения рукоятки и тела грудины на уровне 2-го ребра.

• Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие отдаленные точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении грудных радикулитов:

При болях в руках – P.3 - 9, E.19, IG.1, C.1,2,3, VB.40 – 43,41 (!!!). При болях в грудном отделе позвоночника, межреберная невралгия – P.9, GI.11, E.39, C.8,9, IG.16,17,MC.7,VB.43. F.3.

• Применяются отдаленные внемеридианальные точки, которые в основном расположены на груди и руках: BT.32, 33, 34, 35, 36, BT.108, 109, 111, 115, 116, 121, 128, 129.

BT.32 - на 1 цунь кнаружи от центра рукоятки грудины.

BT.35 - на 3 цуня кнаружи от точки E.18.

BT.116 - на 2 цуня ниже точки P.5.

BT.129 - у заднего края подмышечной складки.

• Применяются новые отдаленные точки на груди и руках: 31, 32, 65, 66 - 73.

HT.32 - на 2 цуня, справа и слева от J.23.

HT.66 - на задней поверхности предплечья на 3 цуня, ниже локтевого отростка, между костями предплечья.

HT.70 - на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня, ниже акромиально-ключичного сочленения.

HT.73 - в верхней части плеча в центре дельтовидной мышцы.

• Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

4. Осложнение грудного остеохондроза в виде межреберной невралгии.

В 80% случаев межреберная невралгия является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Однако, бывают межреберные невралгии не связанные с радикулитами. Причиной возникновения этих межреберных невралгий является последствие травмы грудной клетки, туннельная невропатия кожной веточки, поражение участка нерва вирусной инфекцией (herpes zoster и другие). Межреберная невралгия характеризуется болями постоянного характера, временами резко усиливающимися, в одной или нескольких межреберных областях. Иногда боли носят опоясывающий характер. При большой интенсивности они могут отражаться в область плеча и спины с одной стороны. При акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) применяется первый вариант тормозного метода в точках V.12, 13, 14, 15, 17, 19, R.24, 25, 26, 22, F.2, TR.6. Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие точки акупунктуры при лечении межреберной невралгии: P.8,9,11, E.12,18,19,39, RP.17 – 21, C.1,2,8,9, MC.1,7, VB.2,3,4,25,43, F.2,3,. Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, которые рекомендовано применять при лечении грудных радикулитов. Часто бывает эффективно лечение точечным

массажем, втиранием мазей на основе пчелиного и змеиного яда, периодическое и сильное прогревание места боли.

5. Иглотерапия при пояснично-крестцовом радикулите и остеохондрозе. В 20% случаях воспаление диска L.4 – L.5 или L.5 – S.1 приводит к возникновению только люмбалгии (боли в области спины). В 80% случаях воспаление диска сопровождается одновременно люмбалгией и одновременно воспалением седалищного нерва (ишиаса), обусловленного сдавливанием опухшего и отекавшего нерва мышечной фасцией в месте ее выхода из позвоночника. Главными клиническими симптомами являются и боли в пояснице, и иррадиация боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки.

1) Для лечения применяются **местные точки стандартных мериданов** на спине: V.21 - 35, V.50 - 54, VB.25 - 30, T.1 - 6.

VB.25 - у свободного края 12-го ребра.

VB.26 - ниже свободного конца 11-го ребра, на уровне пупка.

VB.30 - на ягодице, кзади от тазобедренного сустава.

T.2 - над местом входа в крестцовый канал.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

• **Внемеридианальные** местные точки на пояснице: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85.

BT.67 - над остистым отростком 2-го поясничного позвонка.

BT.68 - кнаружи на 1 цунь, от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

BT.71 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

BT.73 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

BT.75 - под остистым отростком 5-го поясничного позвонка.

BT.77 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.

BT.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

BT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.82 - над остистым отростком 5-го крестцового позвонка.

BT.85 - по 17 точек справа и слева, на 0,5 цуня, кнаружи от нижнего края каждого грудного и поясничного позвонков.

• **«Новые»** местные точки на пояснице: 55, 56, 57, 58, 59.

HT.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

HT.58 - на 1 цунь ниже середины линии, проведенной от копчика к большому вертелу бедренной кости.

HT.59 - на ягодице, латеральнее точки T.1 на 1,5 цуня.

2) При лечении пояснично-крестцового радикулита применяются **отдаленные** точки, которые расположены в основном на животе и на ногах. При этом необходимо следовать правилу, что отдаленные точки на ногах для лечения поясничных радикулитов берутся на меридианах мочевого и желчного пузыря (V, VB), а для лечения крестцовых радикулитов - точки меридианов желудка, селезенки и почки (E, RP, R). При лечении поясничного радикулита наиболее часто применяются отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: J.5, 6, 7, 8, 9, VB.34 - 44, V.36 - 40, V.55 - 67.

J.5 - ниже пупка 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

J.7 - ниже пупка на 1 цунь,

VB.34 - ниже надколенника на 2 цуня, у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.36 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.41 - между основаниями 4 - 5-й плюсневых костей.

V.36 - в центре ягодичной складки.

V.37 - ниже середины ягодичной складки на 6 цуней.

V.39 - у наружного края подколенной ямки.

V.40 - в центре подколенной ямки.

V.55 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.60 - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.61 - на латеральной поверхности пяточной кости во впадине.

- При лечении крестцовых радикулитов наиболее часто применяются следующие отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: E.35 - 45, RP.6 - 15, R.11 - 17, R.3 - 10, J.1 - 3.

E.37 - на 3 цуня, ниже E.36.

E.39 - выше латеральной лодыжки на 7 цуня, между большеберцовой и малоберцовой костями.

E.43 - между 2 - 3-й плюсневыми костями в самом широком месте.

RP.7 - выше верхнего края медиальной лодыжки на 6 цуней, на 1 цунь, кзади от большеберцовой кости.

RP.14 - выше лобка на 3,5 цуня и на 4 цуня кнаружи от средней линии живота.

R.15 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.13 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.15 - выше лобка на 4 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.5 - на медиальной поверхности середины пяточной кости.

R.8 - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.9 - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, в месте перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

R.10 - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

- **Пекинский институт иглотерапии** предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении пояснично-крестцового радикулита: GI.4,7,10,11, E.43,44,45, V.60, 61, 63, R.6, VB.40, F.5.

- Для лечения пояснично-крестцовых радикулитов часто применяются отдаленные **внемеридианальные** точки на животе и ногах: **VT. 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 132, 134, 139, 142, 144, 145, 146, 150, 152, 156, 161, 163, 164.**

VT.39 - латеральнее пупка на 1 цунь.

VT.40 - на 3,5 цуня латеральнее пупка.

VT.41 - ниже пупка на 1,5 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

VT.42 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

VT.44 - ниже пупка на 2,5 цуня.

VT.48 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 2,5 цуня.

VT.50 - выше лобка на 0,5 цуня на средней линии живота.

VT.132 - на 0,5 цуня вперед и назад от точки на подошве стопы R.1.

BT.134 - на подошве в центре пятки.

BT.144 - под надколенником на связке надколенника.

BT.146 - на вершине медиальной лодыжки.

BT.150 - на 5 цуней выше центра медиальной лодыжки.

BT.156 - над серединой верхнего края надколенника.

- «**Новые**» отдаленные точки на животе и ногах, применяющиеся при лечении пояснично-крестцового радикулита: 77, 80, 82, 83, 85, 88, 91 - 110.

HT.77 - на задней стороне пятки, между латеральной и медиальной лодыжками.

HT.80 - на 0,5 цуня ниже точки E.36.

HT.81 - на 1 цунь латеральнее точки E.36.

HT.82 - на 1 цунь выше точки E.36.

HT.91 - на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости.

HT.94 - на бедре на 4,5 цуня выше середины верхнего края надколенника.

HT.100 - на задней стороне бедра на 2 цуня, выше точки V.40.

HT.105 - выше верхнего края медиального мышцелка бедренной кости на 1,5 цуня.

6. Осложнение пояснично-крестцового радикулита в виде ишиаса

В 80% случаях воспаление межпозвоночного диска сопровождается одновременно и люмбалгией и воспалением седалищного нерва (ишиаса), обусловленного сдавливанием опухшего и отекавшего нерва мышечной фасцией в месте выхода из позвоночника. Главным клиническим симптомом ишиаса является иррадиация сильной боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки. Пациент при ходьбе хромотает. В 15% случаях при ишиасе возникает не боль в мышцах голени и стопы, а слабость и снижение чувствительности кожи на ноге. Чжу Лянь предлагает воздействовать на следующие точки акупунктуры: «В 95% случаев ишиас является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Причиной ишиаса, кроме охлаждения, могут быть воспалительные процессы в области таза (особенно воспаление придатков), облитерирующий эндартериит и атероматоз в области бедренной артерии, сакроилиит, спондилартрит, различные инфекции и расстройства обмена веществ (например, сахарный диабет). Обычно боли при ишиасе начинаются от поясницы, распространяются на ягодичную область, заднюю поверхность бедра и голени; иногда боль распространяется по ходу малоберцового нерва. Эти боли особенно усиливаются ночью, имеют жгучий, колющий, сверлящий характер, отдают сверху вниз. При охлаждении и после ходьбы они усиливаются. При нарушении подвижности в пояснично-крестцовой области применяется введение игл по второму варианту метода торможения в точке VB.30. Обычно используют следующие точки: V.23, 24, 25, 27, точки ба-ляо (V.31 - 35), V.36, 37, 39, 40, 60, E.31, RP.6, VB.34».

Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие БАТ при болях в ногах и снижения чувствительности в стопах и голени: E.31 – 45, RP.3,6, V.38,62,67, R.10, VB.37,38,41,43, F.4,5,7.

Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, аналогичные тем, которые рекомендовано применять при лечении пояснично-крестцовых радикулитов.

Необходимо обратить внимание врачей на возможность наличия других причин ишиаса, кроме как радикулит, грыжа диска и остеохондроз: диабет, фуникулярный миелоз, опухоль конского хвоста. Например, в последнее десятилетие врачи во всём мире часто диагностируют диабет, который (как они полагают) стал болезнью века по причине

большого количества стрессовых ситуаций, которые сопровождают современную жизнь. Чаще других нервных стволов при диабете воспаляются седалищный, бедренный, и локтевой нервы. Игло-терапия и мануальная терапия при диабетическом ишиасе совершенно не эффективна.

Причина более крупных стволов нервов при диабете следующая. При диабете сначала появляется сверхвысокая концентрация глюкозы в крови. Током крови глюкоза разносится по всем тканям и органам, и в некоторых из них возникает процесс кристаллизации молекул глюкозы. Внутри крупных нервных стволов также могут возникать мелкие кристаллы из молекул глюкозы (похожие на кристаллы сахара-песка), которые вызывают давление на окружающие нервные клетки, что в свою очередь становится причиной сильных болей. Вот почему одним из методов успешного лечения невритов при диабете являются инъекции инсулина (5 – 15 ЕД, разведенных в 5 миллилитрах 0,5% раствора новокаина) непосредственно около нервного ствола, и обязательно в место, где надавливание на нерв вызывает наиболее сильную болезненность. При этом важно не повредить инъекционной иглой сам нерв, и в тоже время врачу нужно постараться ввести раствор инсулина как можно ближе к кристаллу, расположенного внутри нервного ствола.

§ 49. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря.

Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: паралич седалищного нерва (70%), ухудшение иннервации, чувство «бегание мурашек», парестезии на нижней конечности (80%), энурез (14%), поносы (34%) и другие. Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане почек.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря можно проводить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (IG - и R +) в суточном цикле и (GI - и R+) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (E +) по закону «муж - жена» и (P +) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане мочевого пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 3 до 5 часов ночи и в январе.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы.

V.64 (тон) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей, во впадине.

3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.

R.4 (сед) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия.

4. Возбуждается **тонизирующая точка и точка-сочувствия меридиана.**

V.67 (тон) - см. п. 2.

V.28 (тон) - кнаружи 1,5 цуня, от промежутка 2-3-го крестцовых позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).

R.4 (сед) - см. п. 3.

V.64 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируются точки выхода и входа энергии.

V.1 (тон) - кнаружи от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (тон) - см. п. 2.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

P.5 (сед) - в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

V.67 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

9. В суточном (- IG - V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах седатируем соседний впереди стоящий меридиан и тонизируем соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки IG.8 и R.7, в годовом – GI.2 и R.7.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

R.7 (тон) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

V.66 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (тон) - кзади и кнаружи от головки 5-го пальца плюсневой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

GI.2 (сед) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

R.10 (тон) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец V.60 и точка-родник V.40.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Заболевания с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря встречаются редко, поэтому их писание опускается.

§ 50. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане почек.

Общая информация по лечению. Так как меридиан почек является энергетическим антагонистом меридиана мочевого пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане мочевого пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить все болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни почек, надпочечника, костей, костного мозга, биохимические изменения нервных клеток головного мозга (функциональные изменения лечат воздействием на меридиан сердца), биохимические изменения волос, патологию зубов, все гинекологические заболевания, мужскую импотенцию, поллюции, болезнь ушей и слухового аппарата, патологию органа равновесия, расположенного во внутреннем ухе (головокружение, тошнота). Воздействием на меридиан можно вылечить функциональную патологию "трех сфинктеров": мочеиспускательного канала (энурез или затрудненное мочеиспускание), влагалища (выпадение влагалища, вагинизм), ануса (выпадение прямой кишки, затрудненный акт дефекации).

Избыток энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: бессонница (50%), гинекологические болезни (50%), мигрень у женщин (70%), ревматизм (40%), болезненные поллюции (50%), ночное недержание мочи (энурез, 80%), ишурия (40%), гипотонии и гипертонии, заболевания внутреннего уха (катаральные отиты, снижение слуха, шум в ушах, 80%), нарушение равновесия и головокружение, многое другие болезни. Гипотония и гипертония возникают при дисбалансе энергии в меридиане печени (белковая, онкотическая этиология), в меридиане почек (эндокринная и солевая, осмотическая этиология) и в меридиане перикарда, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология). При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом повышенной умственной и физической выносливости человека и злоупотреблением человеком этими качествами.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане почек можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (V – и МС+) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (RP-) по закону “муж - жена” и (GI -) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане почек применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 17 до 19 часов и в январе.
2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана (R.1, 2) и на ее точку-пособник (R.3) .

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности, между 2 - 3-й плюсневых костями, в самой широкой части промежутка.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

R.3 (сед) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана.

R.4 (сед) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости.

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия**.

R.1, 2 (сед) - см. п.2.

V.23 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.23 (сед) - см. п.4.

VB.25 (сед) - у свободного конца 12-го ребра.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «**большой укол**»).

R.4 (сед) - см. п.3.

V.64 (тон) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

7. Седатируются точки входа и выхода энергии.

R.1 (сед) - см. п. 2.

R.22 (сед) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

8. Седатируется точка-щель.

R.8 (сед) - выше медиальной лодыжки на 2 цуня, у заднего края большеберцовой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «**полдень-полночь**».

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.

R.1 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

RP.2 (тон) - на внутренней стороне 1-го пальца стопы, дистальнее плюсне-фалангового сустава.

11. В суточном (- V—R—MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном и годовом циклах берутся одинаковые точки V.67 и MC.7.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

MC.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

V.65 (тон) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (сед) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло-пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

R.7 (сед) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнаружи от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

R.10 (сед) - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян»:

(R+).1, 2, 3, 7, 10 – **J.23** – (C-).9, 8, 7, 4, 3 (Средний инь).

(IG+).5, 8, 1, 2, 3 – **V.1** – (V-).60, 40, 67, 66, 65 (Большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (сед) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (сед) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (сед) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (сед) – кзади на 1 цунь, от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (тон) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (тон) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (тон) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (тон) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (тон) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (сед) - запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (сед) - на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (сед) - дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (сед) - кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (тон) - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (тон) - в центре подколенной ямки.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (тон) - кпереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (тон) - кзади от головки 5 плюсневой кости.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан почек входит в следующие точки пересечения: T.1, J.3, J.4, R.22, P.6.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

R.22 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане почек происходит сброс «излишества» энергии в чудесный меридиан № 7. Освобождение энергии из ЧМ № 7 осуществляется следующим образом: точка-ключ MC.6 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (R.9, RP.12,13,15,16, F.14, J.22,23); точка - связующая RP.4 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 7 следующая.

MC.6 (тон, точка-ключ) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка – связующая) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка - щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (сед, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

R.9 (сед, точка основы) – у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше медиальной лодыжки на 5 цуней.

RP.12 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, у нижнего края середины паховой связки.

RP.13 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня и на 1 цунь выше лобка.

RP.16 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1,5 цуня выше пупка.

F.14 (сед, точка основы) – на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

J.23 (сед, точка основы) – между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан почек получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

19. Усиливает диурез сочетание точек R.1 + R.2. Воздействие на эти точки в сочетании с VB.8 снимает похмельный синдром.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Бессонница (Чжу Лянь): «Согласно традиционным воззрениям, почки играют роль хранилища чистой энергии в организме. При избытке энергии в почке и в ее меридиане возникают бессонница, возбуждение, маниакальные и реактивные состояния. При бессоннице седатируют следующие точки акупунктуры: T.20, T.16, V.15, 19, 20, 25, 43, GI.11, E.36, 41, 44, C.7, MC.6, VB.39, R.1, E.8».

• Применяются следующие **внемеридиональные точки**, расположенные в основном на голове и на ногах: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 90, 122, 130, 132, 134, 135, 147, 166 -171.

VT.1 - на 1 цунь кпереди, сзади и по бокам от точки T.20 (от переносья вверх и назад на 7,5 цуня).

VT.2 - от переносья вверх на 1,5 цуня.

VT.3 - посередине между медиальными концами бровей.

VT.10 - на черепе под вершиной ушной раковины (соответствует верхнему углу складки, образованной при сгибании ушной раковины вперед).

VT.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.

VT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, вперед и назад от точки R.1.

VT.133 - на 1 цунь, кзади от точки R.1, на подошве ноги.

VT.134 - на подошве в центре пятки.

VT.149 - на 3 цуня, выше от середины между пяточным сухожилием и вершиной медиальной лодыжки.

• Применяются следующие **аурикулярные точки**: 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 30 - лоб, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 87 - желудок, 100 - сердце.

• Пекинский институт иглотерапии утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах) при бессоннице являются: E.27 ,R.6 ,R.6,MC.7 ,TR.5,16, F.10, T.4,24.

• Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

• **Японская акупрессура (шиацу).** Для лечения бессонницы японские врачи рекомендуют воздействовать давлением пальцев на следующие акупунктурные точки. Пациент ложится на бок и головой на твердую подушечку. Лечение проводится сначала слева, а потом справа.

- 1) Врач начинает сеанс пятикратным давлением средней силы большим пальцем на внемеридиональную точку ВТ.27, которая располагается на боковой поверхности шеи, на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.
- 2) Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.
- 3) Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: Т.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и Т.15), точка № 1 располагается на 1 см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 на 3 см ниже.
- 4) Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от Т.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

2. Звон и шум в ушах при неврите слухового нерва. Китайские иглотерапевты так описывают причину возникновения шума в ушах: *«Способность ушей слышать зависит от первичной энергии ЧИ почек, поэтому внутреннее и наружное ухо тесно связаны с энергетическим уровнем меридиана почек. Все заболевания ушей надо лечить изменением энергии в меридиане почек. Например, шум в ушах указывает на наличие чрезмерно высокой энергии в меридиане почек. Кроме того, все воздействия на ухо (аурикулярная иглотерапия) изменяют количество энергии в меридиане почек, увеличивая ее или уменьшая».* (Чжу Лянь)

Звон в ушах всегда лечится хуже, чем шум в ушах. У молодых людей чаще всего звон и шум в ушах возникает при сильной интоксикации слухового нерва во время гриппа, пневмонии, гнойного отита, пищевого отравления, отравления лекарством отогенного действия (стрептомицин, гентамицин и т. д.), дифтерии. Как правило, интоксикационные невриты, сопровождающиеся ощущением шума в ушах, хорошо излечиваются иглотерапией, физиотерапией и фитотерапией. Очень плохо поддаются излечению травматические невриты, сопровождающиеся ощущением шума в ушах (при переломах основания мозга и так далее). У стариков шум в ушах возникает по причине склероза капилляров, кровоснабжающих внутреннее ухо. В этом случае эффект от лечения бывает временный, нестойкий.

Методика иглотерапевтического лечения сводится к седатации местных точек (на голове) и отдаленных точек (на руках, ногах, туловище). К местным точкам относятся TR.17 - 22, IG.19, VB.2, 3, 6, 20, Т.7, 8, V.10. Отдаленные точки: VB.21, Т.14, МС.6, 7, 9, С.7, РР.6, Р.9, GI.3, 4, 11, IG.3, VB.39.

Применяется большое количество **внемеридиональных точек**: 9, 10, 11, 12, 13, 21, 24, 25, 28, 102, 110, 111.

ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.10 - на черепе над вершиной ушной раковины (соответствует складке, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед).

ВТ.13 - нижне- передний край сосцевидного отростка.

ВТ.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца руки, посредине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.110 - на тыле кисти между основаниями 2 - 3-й пястных костей.

ВТ.111 - на тыле кисти между основаниями 4 - 5-й пястных костей.

- Применяются **новые точки**: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 63, 66.
НТ.13, 14, 15 - от сустава нижней челюсти (VB.2) на 0,3 цуня вверх, вниз и вперед.
НТ.16 - перед мочкой уха в борозде.
НТ.18 - за ушной раковиной (на уровне уголка уха, который получается при отогнутом вниз ухе).
НТ.20 - на 0,5 цуня выше от середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.
НТ.21 - позади ушной раковины, посередине между основанием мочки уха и границей роста волос.
НТ.63 - на локтевой стороне кисти, посередине расстояния от головки до основания 5-й пястной кости.
НТ.65 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, между локтевой и лучевой костью, на тыльной поверхности предплечья.
НТ.66 - на задней поверхности предплечья, на 3 цуня ниже локтевого отростка, между костями предплечья.
 - Воздействуют на **аурикулярные точки** (АТ): 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 25 - ствол мозга, 20 - наружное ухо, 9 - внутреннее ухо, 55 – шэнь-мэнь.
 - **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует седатировать при шуме и звоне в ушах, при снижении слуха следующие точки акупунктуры: GI.1 – 7, IG.2 – 9, 16, 17,19, V.8,65, TR.2,5,7,10, 16 – 21 (!), VB.2,10,11,20,43,44, T.15.
 - Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- 3. Головокружение вестибулярного генеза.** Пекинский институт иглотерапии рекомендует при лечении головокружения тонизировать акупунктурные точки: P.3,10, E.27,41, C.3,5,6, IG.5 V.2,5,6,8,11,18,62,65, TR.2,23, VB.3,4,13,16,17,21,41,43, T.15 – 24.

§ 51. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане почек.

Возникновение недостатка энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: быстрая утомляемость (90%), импотенция у мужчин, фригидность у женщин (70%), бесплодие (50%), нарушение менструального цикла (70%), энурез (85%), подагра (50%), гломерулонефрит (40%), пиелонефрит (30%), кариес зубов (50%), мочекаменная болезнь (30%), облысение (80%), ломкость (сечение) волос (70%) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом пониженной умственной и физической выносливости человека - астении.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане почек можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (V+ и MC-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (RP +) по закону “муж-жена” и (GI+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане почек применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 5 до 7 часов утра и в декабре.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кзади от большеберцовой кости на 1 цунь.

R.3 (тон) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

3. Седатируется ло - пункт спаренного меридиана.

V.58 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуня, на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Возбуждаются **тонизирующая точка и точка-сочувствия**.

R.7 (тон) - см. п. 2.

V.23 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана V и тонизируется точка-пособник меридиана R (**правило «большой укол»**).

V.58 (сед) - см. п. 3.

R.3 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется **точка выхода и входа энергии**.

R.1 (тон) - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.22 (тон) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу **«полночь-полдень»**.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

R.7 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

RP.5 (сед) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

9. В суточном (- V -R—MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах седатируется соседний впередистоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки V.65 и MC.9, для годового – те же точки V.65 и MC.9.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

MC.9 (тон) – на кончике концевой фаланги среднего пальца кисти, отступя от ногтевого ложа вниз на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента»**.

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

R.2 (тон) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе»**.

V.65 (сед) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец R.1 и точка-родник R.2.

R.1 (тон) - см. п.9.

R.2 (тон) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан почек получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (тон) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (сед) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Импотенция. При лечении импотенции тонизируют следующие основные точки (М.К. Усова, С.А. Морохов): T.4, R.4, V.23, V.31, 34, J.6, 4, 3, VB.31, E.36, RP.6, RP.9, MC.8.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

R.4 - кнаружи от места прикрепления пяточного сухожилия.

VB.31 - на латеральной поверхности бедра, выше надколенника на 5 цуней,

R.9 - у задне -нижнего края медиального мышелка большеберцовой кости, ниже надколенника на 2 цуня,

MC.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

• Для лечения импотенции используют **внемеридиональные и новые точки**, расположенные в основном на животе и пояснице: VT.42, 43, 44, 45, 49, 50, 68, 69, 71, 72, 74, 79, 80, 81. NT.39, 40, 41, 56, 58, 59.

VT.42 - на 3 цуня, кнаружи от J.6, которая расположена на 1,5 цуня ниже пупка.

VT.43 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня. ,

VT.45 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 1 цунь.

VT.46 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 3 цуня.

VT.49 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 3 цуня.

VT.50 - выше лобка на 0,5 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

VT.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

VT.69 – на 4 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

VT.70 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

VT.74 - на 3,8 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

VT.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

VT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

NT.39 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

НТ.41 - на паховой складке, на границе ее наружной и верхней трети.

- Эффективно лечение импотенции при воздействии на **аурикулярные точки**: 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 23 - яичник, 34 - кора головного мозга, 56 - полость таза, 58 - сексуальная точка, 93 - простата, 95 - почки, 79 - наружные половые органы.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить импотенцию (улучшая кровенаполнение полового члена) с обязательным включением в рецептуру точек акупунктуры: RP.14, R.2, 9, 14, 15, 16, 17, F.4,5, T.2, 3, 4, J.1 – 6. Стимулирует выделение половых гормонов тонизация следующих точек: GI.4, 10, E.24 – 30, RP.1 – 12, C.8, V.23, 28, 31, 32, 40, 52, R.1 – 19, MC.5, VB.27,28,41, F.1 – 11, T.2,3, J.1 – 6. Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при нарушении в гормональной сфере:

- при общих нарушениях гормонально-половой сферы тонизировать – E.24, RP.1, 2, 6(!), 8 (аспермия), при вегетативно - эндокринных дисфункциях седатировать – V.10, T.14.
- при болезненных месячных (седатировать) – RP.10, V.55,56, R.1 – 8, MC.5, VB.21,40, F.1,2 !!, 3-10.
- при бесплодии тонизировать – R.1,2, F.3,11!!.
- при импотенции тонизировать – V. 64, 65 (половые точки), R.9,10, T.4.
- при недостаточной деятельности гипофиза – TR.3 (тонизировать), щитовидной железы – TR.2 (тонизировать), яичников у женщин, яичек у мужчин – V.49, 50, E.30 (тонизировать).
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде **«погони за блуждающей болью»**.

Шиаци. Лечение импотенции. Импотенция у мужчин и фригидность у женщин лечится одинаковыми методами. Усилить половое влечение и тем самым способствовать гармоничным интимным отношениям помогут следующие приемы шиациу.

- 1) Пациент ложится на живот. Врач производит надавливание на область крестца в точках T.2 (над копчиком, у места входа в крестцовый канал) и в точках № 1,2,3,4 располагающихся по направлению вверх по крестцу на удалении от T.2 на 1, 2, 3, 4 сантиметра.
- 2) Пациент ложится на спину. Проводится воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач, положив одну руку на другую, давит ладонью на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка. Процедура производится с расчетом возбуждающего воздействия на солнечное сплетение. При этом не допускается сдавливание брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника.
- 3) Для улучшения работы печени используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится кнаружи на 4 цуня от передне –

срединной линии на уровне точки J.15 (конец мечевидного отростка грудины). Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.

- 4) Надавливание на точку живота J.4 (выше лобка на 2 цуня) и глубокий массаж органов малого таза. При этой процедуре мочевого пузыря должен быть пустым.
- 5) Через плавки проводят давление на точку J.1 (на промежности, между мошонкой и задним проходом). Благодаря этому приему делается опосредованный массаж простаты и корня полового члена, по которому идут сосуды, снабжающие кровью половой член. Массаж промежности делается длительностью не менее 5 минут.
- 6) Растирание верхней лобковой связки, расположенной у края лобковой кости увеличивает секреторную способность яичек. Японские врачи рекомендуют всем мужчинам проводить каждое утро сжатие яичек. Количество сжатий должно равняться возрасту мужчины. При этой процедуре из тканей яичек в кровь выделяется большое количество половых гормонов. Кроме того, мужчинам, страдающим импотенцией, даются следующие рекомендации: ежедневно заниматься длительным бегом по лесу не меньше 1 часа в день, после бега обливаться холодной водой или ежедневно проплывать в бассейне с морской водой не меньше 500 метров, ежедневно делать предельное раздвижение ног в разные стороны типа «шпагата» на 10 минут для улучшения кровообращения промежности, не переедать, не перегреваться в бане, длительность сна должна составлять не менее 8 часов в сутки, половой жизнью заниматься в неделю один день (с обязательным выбросом семени два раза в течение данного дня, то есть – из двух яичек). Все половые акты на протяжении недели (кроме «разгрузочного» одного дня) проводить без семяизвержения, так как ежедневное семяизвержение и ежедневная половая жизнь быстро приводит мужчину к истощению и временной импотенции.

Шиаци. *Лечение фригидности у женщин* включает акупрессу уже описанных точек и дополнительно некоторые другие приемы. Проводится обыкновенный массаж щитовидной железы, и одновременно назначаются микродозы йода. Пациентка ложится на спину, под шею подкладывается валик, голова запрокидывается назад. Железа полностью выходит наружу. Массажиром растирают и поглаживают. Надавливаются точка на спине V.49, которая проецируется над надпочечниками, вырабатывающими половые гормоны. Надавливаются 4 точки на пояснице, располагающиеся на расстоянии 0,5 цуня, от задне – срединной линии напротив остистых отростков 2,3,4,5 поясничных позвонков. Надавливаются точки на ягодице. От точки V.30 (на 1,5 цуня от срединной линии, напротив 2 крестцового остистого отростка) берутся 4 точки кнаружи и точно горизонтально на расстоянии 1 см друг от друга. Еще 4 точки берутся от V.30 по линии, направляющейся к большому вертелу бедра. Точки для воздействия акупрессуры на активизацию деятельности щитовидной железы: E.10,11, J.22.

E.10 – кнаружи от нижнего края щитовидного хряща, у переднего края кивательной мышцы.

E.11 – на верхнем крае грудинного конца ключицы, между двумя сухожилиями кивательной мышцы.

J.22 – в центре яремной вырезки грудины.

V.49 – кнаружи на 3 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 – 12 грудных позвонков.

2. Зубная боль. Кости и зубы контролируются меридианом почек. Для профилактики кариеса зубов рекомендуется методика по повышению энергии в меридиане почек, так как кариес возникает при дефиците энергии в меридиане. Удаление зубов производится после введения анестезирующего вещества в десну (новокаин, совкаин и др.). Однако, многие больные, алергизированные к этим медикаментам, не переносят их попадания в организм. В этом случае иглотерапия с успехом заменяет анестезирующее вещество. Введение игл в соответствующие точки акупунктуры снимает зубную боль на 4 - 6 часов и даже дает возможность производить сверления и экстракцию зубов. При удалении зуба под акупунктурной анестезией больной чувствует лишь очень слабую, вполне терпимую боль. Для этого применяется сильная стимуляция точек на стороне больного зуба на голове (местные точки): E.3, 4, 5, 6, 7, IG.17, IG.18, 19, TR.17, 22, VB.2, 3, 11, 20, J.24, T.28, 27, 26, GI.19, 20. Аналгетическим действием обладают следующие отдаленные точки: P.11, GI.4, GI.7, GI.11, E.36, 44, MC.6, MC.8, V.60, R.3.

E.3 - на пересечении вертикальной линии, опущенной с середины длины нижнего края орбиты глаза и вертикальной линии, проведенной от носо-губной складки.

E.4 - на 0,5 цуня от наружного угла рта.

E.5 - на 1 цунь кпереди от угла нижней челюсти.

E.6 - кверху от угла нижней челюсти на 1 цунь.

E.7 - кпереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти.

IG.17 - ниже основания мочки уха на 1 цунь.

IG.18 - под нижним краем тела скуловой кости, уровень наружного угла глаза.

TR.17 - кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

TR.22 - у передне-верхнего основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости.

VB.2 - у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

VB.3 - на пересечении передней границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

T.28 - по средней линии на слизистой оболочке в месте перехода десны в верхнюю губу.

P.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

MC.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

• Анестезирующим эффектом при лечении зубной боли обладают многие **внемеридиональные и новые точки:** ВТ: 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 22, 95, 99, 101, 107, 116, 137, 138, 146, 151; НТ: 16, 18, 25, 30.

ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины расстояния между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.18 - на пересечении перпендикулярной линии от E.4 (от латерального угла рта на 0,5 цуня кнаружи) и горизонтальной линии от J.24 (подбородочно-губная складка).

ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

ВТ.95 - на ладонной стороне 2-го пальца руки в центре пястно-фалангового сустава.

ВТ.101 - на тыльной поверхности 2-го пальца руки, посередине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.107 - восемь точек на тыле кистей в межпальцевых промежутках между головками пястных костей.

BT.116 - на внутренней стороне предплечья на 2 цуня, ниже точки P.5 (в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча).

BT.137 - восемь точек на тыле стоп напротив межпальцевых складок, между головками плюсневых костей.

BT.138 - посредине задней поверхности ахиллова сухожилия, на уровне прикрепления сухожилия к пяточной кости.

BT.146 - на вершине медиальной лодыжки.

BT.151 - на вершине латеральной лодыжки.

- Весьма эффективны **аурикулярные точки** при зубной боли: 1 - верхняя точка анальгезии при экстракции зубов, 7 - нижняя точка анальгезии, 5 - верхняя челюсть, 3 - дно ротовой полости, 11 - щека, 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 34 - кора головного мозга, 55 – шэнь-мэнь, 27, 26 - зубная боль. При подборе аурикулярных точек рекомендуется в первую очередь воздействовать на болевые, которые выявляются методом давления ручки акупунктурной иглы на одну из вышеперечисленных точек.

Пекинский институт иглотерапии считает самыми эффективными отдаленными точками (на руках и ногах) при зубной боли: P.7, GI.1,2,5,6,10,16, E.42, C.3, IG.5, R.7, MC.8, TR.5, F.2.

3. Неврастения (Чжу Лянь): «Неврастения является одной из распространенных форм невроза. Клинически она проявляется чередованием симптомов повышенной возбудимости и истощаемости. Ее наиболее характерные симптомы: головная боль, головокружение, нарушение сна (кошмарные сновидения, бессонница, неглубокий сон), неустойчивость настроения, повышенная возбудимость, быстрая утомляемость, ослабление памяти, понижение работоспособности, половая слабость у мужчин, преждевременное семяизвержение, подавленное настроение. Наиболее часто лечение начинают с применения второго варианта тормозного метода. Первый курс лечения продолжается 1 - 2 недели, процедуры ежедневные. Чжэнь и цзю проводится 1 - 2 недели в следующих точках: V.11, V.43, E.36, GI.4, MC.6, RP.6, C.7, C.5, VB.39, T.14, V.13, T.4, T.3, V.25, V.22, V.23, V.28, J.4, IG.15, V.21, GI.11, TR.5, GI.3, E.44».

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

C.7 - на лучезапястной складке.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

TR.5 - выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

E.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

GI.3 - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

- **Внемеридиональные точки:** 1, 13, 28, 53, 54, 55, 57, 64, 115, 118, 121, 125, 143, 166, 167, 168, 169, 170, 171. **Новые точки:** 27, 28, 29, 78.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от T.20.

BT.13 - на 1 цунь кзади от TR.17 (на середине между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти).

BT.28 - на 0,5 цуня выше середины линии, соединяющей нижний край точки уха и первый шейный позвонок.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.115 - на тыле запястья, между GI.5 (анатомическая табакерка) и TR.4 (лучезапястный сустав).

BT.121 - на тыле предплечья, на 6 цуней выше середины лучезапястного сустава.

BT.125 - на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке.

BT.143 - на 1 цунь ниже E.36.

BT.166 - на 1 цунь выше латерального края подколенной складки.

BT.167 - на 2 цуня выше латерального края подколенной складки.

BT.168, 169, 170, 171 – выше латерального края подколенной складки соответственно на 2, 3, 4, 5 цуней.

HT.29 - на верхушке сосцевидного отростка.

HT.78 - на 1,5 цуня, выше E.41 (в центре голеностопного сустава на сгибе стопы).

• **Аурикулярные точки:** 33 - лоб, 34 - кора головного мозга, 35 - висок, 36 - вершина черепа, 55 – шэнь-мэнь, 87 - желудок, 113 - возбуждение, 98 - селезенка.

4. Эпикондилиты. Кости контролируются меридианом почек. Частой болезнью у спортсменов и у людей, имеющих работу, связанную с тяжелым физическим трудом, являются эпикондилиты.

• **Клинические симптомы.** Эпикондилитом называется болезнь, вызванная чрезмерным сокращением мышц предплечья, которое вызывает отслойку надкостницы в месте прикрепления мышц на медиальном или латеральном мыщелке (epicondilus) плечевой кости. Клинически заболевание проявляется болями при физической нагрузке в области локтевого сустава. На самой вершине мыщелка, где прикрепляются сухожилия нескольких мышц предплечья, при надавливании пальцем врач определяет очень болезненную точку размером 0,5 × 0,5 сантиметра. В этом месте от сильного сокращения мышц произошла отслойка надкостницы, которая как тонкая пленка покрывает все кости по наружной поверхности, в том числе и на месте прикрепления к ним сухожилий мышц. При эпикондилите надкостница отслаивается от кости (от чрезмерного сокращения мышцы) на расстояние 0,5 миллиметра и полость заполняется экссудатом. По причине отслоения надкостницы возникают боли при физической нагрузке и надавливании пальцем не только в области локтевого сустава (не только эпикондилиты), но и в месте прикрепления дельтовидной мышцы на верхней трети боковой поверхности плечевой кости, на остистых отростках позвоночника, на сосцевидном отростке в месте прикрепления кивательной мышцы, в местах прикрепления мышц на бедренной кости. Точечные боли при эпикондилитах и других патологиях, связанных с отслойкой надкостницы, необходимо дифференцировать от туннельных невропатий. Отличие этих заболеваний состоит в том, что точечные боли по причине отслойки надкостницы возникают там, где мышца прикрепляется к кости, а туннельная невропатия имеет точечные боли в месте расположения мышц, покрытых фасциями. Лечение всех патологий, вызванных отслойкой надкостницы от кости методом иглотерапии – абсолютно одинаковое.

- **Лечение эпикондилитов.** Данная патология хорошо лечится иглотерапией. Порядок лечения следующий. Врач точно определяет болезненную точку на латеральном или медиальном мышечке плеча. Вводит 4 иглы точно в болевую область. Иглы обязательно должны проколоть надкостницу в области ее отслойки и вонзиться в кость на 0,3 миллиметра. Иглы держатся 5 минут. Далее иглы вытаскиваются, и в надкостнице образуется 4 отверстия. Затем врач прикладывает БАТку, смоченную спиртом к месту введения игл, и, сильно нажимая нижележащие мягкие ткани, выдавливает из полости под надкостницей экссудат. После выхода экссудата из полости в мягкие ткани, надкостница прилипает к кости. Далее возникает медленное приживание надкостницы к кости, которое у старых людей длится 40 дней, а у молодых – 15 дней. Все это время пациент должен вести физически пассивный образ жизни. Руку желательно повесить на косынку и не напрягать мышцы руки на протяжении месяца после иглотерапевтического лечения. Если больной будет продолжать делать физические упражнения данной рукой, то от напряжения мышц повторно произойдет отслойка надкостницы и лечения не наступит. Полезно прогревание места лечения сухим теплом (грелкой, УВЧ). Лечение отслойки надкостницы на других местах скелета лечится аналогичным образом.

5. Энурез. Сфинктер мочевого пузыря контролируется меридианом почек. «Метод чжэнь-цзю особенно эффективен при лечении ночного недержания мочи, чаще наблюдающегося у детей, реже у взрослых. При этом у детей применяется второй вариант возбуждающего метода, у взрослых – второй вариант тормозного метода. Укалывание производится в точках: V.23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, E.36, RP.6, T.1, 4, F.2». Чжу Лянь.

- Применяются **внемеридиональные точки** на пояснице и в области крестца: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84.

BT.66 - на 3,5 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го поясничного позвонка.

BT.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

BT.70 - над остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

BT.74 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

BT.77 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.

BT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.81 - над остистым отростком 4-го крестцового позвонка.

Применяются новые точки, расположенные в области поясницы и крестца: 55, 56, 57, 59.

HT.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

HT.59 - на ягодице на 1,5 цуня кнаружи от точки T.1.

- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. По данным **Пекинского института иглотерапии** специфической точкой воздействия на гипофиз с целью увеличения выделения антидиуретического гормона является тонизация точки TR.3, для уменьшения выделения мочи ночью воздействуют на почки – седатируют R.2, снимают спазм мышц мочевого пузыря седатацией V.66 и 67, для усиления спазма сфинктера мочевого канала необходимо тонизировать V.51 и 52. Для лечения энуреза рекомендовано применять

следующие точки акупунктуры : P.5, GI.8,9, E22,23, RP.9,10,11, C.8, V.22 – 35, R.1 – 17, VB.27,28, F.1 – 6, T.2 – 6.

- Применяются следующие **аурикулярные точки**: 22 - железы внутренней секреции, 28 - гипофиз, 34 - кора головного мозга, 79 - наружные половые органы, 80 - мочеиспускательный канал, 83 - солнечное сплетение, 92 - мочевого пузыря, 94 - мочеточник, 95 - почка.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

Шиаци. Лечение энуреза.

В начале сеанса рекомендуется произвести давление на 5 точек, расположенных вдоль поясничных позвонков. Это точки удалены на 0,5 цуня от остистых отростков 1,2,3,4,5 поясничных позвонков.

Производится давление на 3 точки крестца, расположенные между его остистыми отростками 1 – 2, 2 – 3, 3 – 4.

Делается массаж мочевого пузыря, а его спастическое состояние снимается дозированным давлением на точку J.3, расположенную в проекции мочевого пузыря.

Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

- **Комплексное лечение энуреза.** Главная причина возникновения ночного недержания мочи – это невроз, потеря контроля коры головного мозга над деятельностью подкорки, которая регулирует функции внутренних органов: легких, сердца, кишечника, мочевого пузыря и т. д. «Отключение» контроля за деятельностью мочевого пузыря (возникает непроизвольный спазм мышц мочевого пузыря и расслабление сфинктера) происходит по причине слишком глубокого сна у пациента. Как правило, больных энурезом детей матери поднимают в туалет ночью и наблюдают картину сверхглубокого торможения мозговых процессов: ребенок фактически не просыпается, на вопросы отвечает не по теме, засыпает на горшке, или, не помочившись, ложится опять в постель. Утром ребенок не помнит, как его очень долго будили, как он ходил в туалет и на какие вопросы отвечал. Такое глубокое запредельное торможение коры мозга по ночам является патологией. Именно эта патология и приводит к ночному бесконтрольному мочеиспусканию. Перед врачом стоит две главные задачи. **Во-первых**, необходимо сделать чутким сон и подчинить деятельность мочеиспускательного канала сознанию человека. **Во-вторых**, необходимо уменьшить процесс ночного мочевыделения почками и одновременно убрать спазм мочевого пузыря, чтобы увеличить его вместимость в 2 - 3 раза.

1) Чуткий сон. Ни в коем случае не стоит назначать снотворные препараты и транквилизаторы. «Углубление» сна не способствует излечению этой болезни. Для излечения от энуреза надо добиться положения, чтобы сон ребенка был поверхностным, чутким. Рекомендуется ребенку спать днем 3 часа. Ребенку на ночь ему дают выпить несколько глотков кофе или крепкого чая. При трудноизлечимом энуреза одновременно с возбуждающей иглотерапией и акупрессурой используют вещества, снижающие глубину сна – стимуляторы ЦНС и антидепрессанты, имизин, кофеин, фенамин, эфедрин, мелипрамин, амитриптилин и другие медикаменты. К иглотерапии надо одновременно добавить элементы психотерапевтического воздействия на сознание ребенка. Каждый ребенок боится иглотерапевтического лечения. Поэтому ему надо

говорить о том, что если он будет глубоко спать и обмочит постельные принадлежности, то количество иголок на следующем сеансе увеличится.

Хорошие результаты достигаются при «чисто» психотерапевтическом лечении. При этом необходимо помнить, что мозг надо не успокаивать, а наоборот возбуждать и тонизировать, делая сон поверхностным. Как народное психотерапевтическое средство используется «зашептывание энуреза» бабками-шептухами. Бормотание непонятных слов старухи в полумраке и ее странные действия с хлебом, солью, деревянной палочкой, свечкой вызывают в душе ребенка страх, подозрительность, напряженность. В психиатрии описаны такие парадоксальные реакции у пациента, когда они абсолютно не воспринимают громкую речь и, наоборот, на них производит сильное действие тихая шепотная речь. Все больные энурезом дети, имеют неврозоподобный склад психического развития с парадоксальной реакцией на шепотную речь. Если ребенок сильно внушаем, очень впечатлителен, то действия бабки-шептухи сделают сон чутким и приведут к излечению.

2) Снижение ночного мочевыделения. Ребенку, больному энурезом, не рекомендуется пить много воды на протяжении всего дня и особенно ограничивать потребление воды перед сном (после 18 часов). Ночной диурез снижают в 2 - 5 раз гормоны гипофиза (адиурекрин и его синтетические аналоги, питуитрин, окситоцин). Поэтому в первые дни иглотерапевтического лечения не лишнем будет применение этих средств. Адиурекрин (сухой питуитрин) является порошком с содержанием антидиуретического гормона, полученного из задней доли гипофиза рогатого скота. Перед сном лекарство вдыхают носом, так как оно хорошо всасывается слизистой носа в кровь и далее поступает к почкам больного ребенка. На процедуру используется 0,025 грамма адиурекрина. Аналогичными антидиуретическими свойствами обладает питуитрин, который представляет собой экстракт из задней доли гипофиза рогатого скота и содержит гормоны окситоцин и вазопрессин. Применяются растворы лекарства в ампулах, содержащих по 10 ЕД питуитрина. Закапывается в нос перед сном по 3 капли в каждую ноздрю (при отсутствии насморка).

3) В 70% причина энуреза у детей является невротическое развитие личности. Но в 30% случаев энурез развивается по причине остеохондроза и смещение позвонков L.4, L.5 в поясничном отделе. Такие энурезы очень хорошо лечатся мануальной терапией.

§ 52. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане перикарда.

Общая информация по лечению. Так как меридиан перикарда является энергетическим антагонистом меридиана трех обогревателей, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане трех обогревателей повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить болезни меридиана трех обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана перикарда (седатацией) лечат болезни спазма капилляров (артериальной их части) – болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, мигрень и другие.

Избыток энергии в меридиане перикарда вызывают следующие болезни: гипертония (50%), болезнь Рейно (70%), облитерирующий эндартериит ног (40%), акропарестезии (40%), синдром Меньера (40%), эритромегалия (40%), мигрени (50%), гипертонии психогенные (20%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца.

Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом застревания эмоций на длительное время, когда не срабатывает механизм быстрого переключения эмоций.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R+ и TR-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R-) по закону “муж-жена” и (E-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 19 до 21 часа и в феврале.

2. Успокаивающее воздействие на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник МС.7 (которая одновременно является седатирующей и точкой-пособником). МС.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

3. Седатируется ло - пункт меридиана.

МС.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

МС.7 (сед) - см. п. 2.

V.14 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.14 (сед) - см. п.4.

МС.1 (сед) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней,

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

МС.6 (сед) - см. п. 3.

TR.4 (тон) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев, во впадине.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

МС.1 (сед) - см. п. 5.

МС.8 (сед) - в середине ладони, между 3 - 4 - й пястными костями.

8. Седатируется точка-щель.

МС.4 (сед) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

E.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

МС.7 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

11. В суточном (- R — MC — TR -) и годовом (- R—MC—TR -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки R.7 и TR.10, для годового — те же точки R.7 и TR.10.

R.7 (тон) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

MC.3 (тон) – у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

MC.8 (сед) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

■ Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (сед) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

R.10 (тон) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

P.7 (сед) - у лучевого края лучевой кости на 1,5 ц выше лучезапястной складки, сразу за шиловидным отростком лучевой кости.

MC.6 (сед) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 2 цуня.

J.1 (сед) - у мужчин между мошонкой и задним проходом, у женщин между спайкой больших половых губ и задним проходом.

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

MC.5 (сед) - выше лучезапястной складки на 3 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

MC.3 (сед) - в середине локтевого сгиба, у локтевого края двуглавой мышцы плеча.

15. Точки у-шу в системе «малый инь—средний ян».

(F-).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR-).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB+).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тон) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тон) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тон) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (тон) – впереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тон) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

МС.9 (сед) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

МС.8 (сед) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястными костями.

МС.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава.

МС.5 (сед) – выше запястья на 3 цуня.

МС.3 (сед) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тон) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тон) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тон) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тон) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (сед) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (сед) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (сед) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (сед) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (сед) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

15. Седатируются точки пересечения. Меридиан перикарда входит в следующие точки пересечения: J.17 и МС.1.

16 Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех

чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане перикарда происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17, R.16-24); точка-связующая MS.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку-щель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MS.6 (тон, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка-ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка-щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (тон, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

E.30 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (сед, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан перикарда получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – на передне–срединной линии на груди, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MS, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Болезнь Рейно (Е.Л. Мачерет и И.З. Самосюк, Украина). Болезнь характеризуется приступами спазма сосудов, чаще всего кистей рук, реже стоп ног. В типичных случаях можно выделить три фазы приступа. Первая характеризуется собственно спазмом сосудов, это проявляется бледностью пальцев рук и их похолодением. Вторая фаза проявляется цианотичной окраской кисти вследствие нарушения венозного оттока. В третьей фазе сосуды расширяются, кожа становится ярко-красной и исчезает боль, имевшая место в первых двух фазах. Рекомендуется лечить болезнь точками акупунктуры: MS.5, 6, 7, C.5, 7, P.7, 9, J.3, 9, J.4, 11, TR.5, 8, F.2, 3.

- Применяются следующие **внемеридиональные точки** на голове и кистях рук: 1, 3, 6, 10, 11, 12, 86, 87, 88, 89, 92, 96, 97, 100, 102, 107, 109, 110, 115, 116.

BT.1 - на 1 цунь, впереди, сзади и по бокам от T.20.

BT.20 - на задней поверхности ушной раковины на каждой из трех вен.

BT.86 - на кончиках всех 10 пальцев кисти.

BT.91 - на ладонной стороне 1-го пальца, посередине межфаланговой складки.

BT.95 - на ладонной стороне 3-го пальца в центре пястно-фалангового сустава.

BT.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца посередине кожной складки дистальнее межфалангового сустава.

BT.107 - восемь точек на тыле кистей между головками пястных костей.

BT.109 - на тыле кисти между 3 - 4-й пястными костями напротив ладонной точки MC.8.

Применяются следующие новые точки на кистях рук: 60, 61, 62, 63.

HT.60 - на ладони и на 0,5 цуня, проксимальнее от головок 3 - 4-й пястных костей.

HT.63 - на локтевой стороне кисти посередине расстояния между IG.3 и IG.4 (между головкой 5-й пястной кости и ее основанием).

- Применяются следующие **аурикулярные точки**: 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 67 - кисть, 95 - почки, 98 - селезенка.

- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует при болезни Рейно седатировать следующие местные точки: С.1 – 4, MC.8. При болях и судорогах в руках : P.6,8, GI.4,7,11,12,16, E.19, C.5,8,9, IG.1 – 14, MC.3,6, TR.3 – 13, VB.21.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде **«погони за блуждающей болью»**.

2. Мигрень. Мигрень возникает от спазма мелких артерий (капилляров) головного мозга. Деятельность капилляров контролирует меридиан перикарда. «Мигрень относится к группе ангионеврозов и характеризуется периодически возобновляющимися приступами головной боли, часто локализующимися в одной половине головы (справа или слева). Приступы мигрени обычно начинаются в молодом возрасте. Провоцирующими факторами могут быть переутомление, волнение, алкогольное опьянение, перегревание. У женщин приступ мигрени может возникнуть перед менструальным циклом. Приступ мигрени длится несколько часов, иногда несколько дней. Боль локализуется в определенном участке головы, лицо обычно бледнеет, конечности становятся холодными». (Чжу Лянь, Китай). Не рекомендуется брать много точек за одну процедуру. Головные боли вызываются спазмом сосудов коры больших полушарий, поэтому применяется тормозной метод воздействия на точки. На возникновение мигренозных головных болей оказывают большое влияние дисфункции желез, вырабатывающих половые гормоны. Приступ возникает в момент перенасыщения гормонами организма перед менструальным циклом у женщин или в период климакса. Как известно, меридиан почек оказывает сильное влияние на половые органы человека. Поэтому он с успехом используется для лечения мигрени у женщин. Чжу Лянь рекомендует воздействовать на следующие точки при мигренозных головных болях: E.8, VB.8,6, 20, 21, V.10, 15, T.16, 18, 20, 23, VB.1, 4, 5, 6, 14, E.6, 44, J.4, 12, 24, GI.4, 10, V.2, TR.22, RP.6.

- Внемеридиональные точки: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 27, 42, 43, 134, 135, 137, 140.

BT.5 - над бровью, на уровне зрачка глаза.

BT.6 - посредине брови, на уровне зрачка глаза.

BT.7 - на 3 мм кнаружи от латерального угла глаза.

BT.9 - на 1 цунь назад от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

BT.27 - на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.

BT.42 - на 1,5 цуня ниже пупка и кнаружи на 3 цуня.

BT.43 - выше лобка на 3 цуня и кнаружи на 1,5 цуня.

- **Аурикулярные точки** см. в разделе «Бессонница».
- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить мигрень седацией следующих отдаленных акупунктурных точек: P.7,10, GI.4,5,6,11, E.2,8,36,39,40,41,45, C.5,6, IG.1,7,9, V.1 – 10,19,60(!),62 – 67, MC.7,9, TR.1,2,12,18 (боль от венозного застоя), 19,22,23, VB.1 – 13, 19,20,21,37,41,43,44, T.4, 26 (боль от полнокровия мозга) 11 – 28.

- **Шиацу. Головная боль** (после длительной умственной работы, от физической усталости, жары, бессонницы, в период похмельного синдрома, мигрень). Часто по утрам отмечается тяжесть в голове, плохое настроение, несдержанность. По утрам такие симптомы особенно характерны для лиц, потреблявших большое количество алкоголя вечером предшествующего дня. Причиной этого является застой венозной крови в голове. Гнетущее состояние можно легко устранить, стимулируя приток свежей крови с помощью воздействия методом шиацу.

1) Сначала пациента укладывают на спину, голова на высокой подушке. Накрывается салфеткой волосистая часть головы и врач производит давление на пять точек по срединной линии волосистой части головы (T.24, 23, 22, 21, 20). Они располагаются соответственно на 0,5, 1, 1,5, 3 и 4,5 цуня от границы волосистой части лба. На каждую точку производится сильное давление 5 – 10 раз большим пальцем руки. Далее надавливают на 5 точек на голове (см. выше), которые расположены на линии, параллельной срединной, но кнаружи от нее на 1 см. Это линия мочевого пузыря. Третья линия с 5 точками акупунктуры находится кнаружи от срединной линии головы на 2 см и проходит параллельно двум первым.

2) При потреблении избыточного количества алкоголя ухудшается функция печени. Для улучшения ее работы используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки, на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится кнаружи от J.15 (конец мечевидного отростка грудины) на 4 цуня. Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.

3) Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок и головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом на правую.

5) Пациент лежит на боку. Воздействуют на 3 точки височной области головы. Они располагаются на линии, соединяющей орбиту глаза и ушную раковину. Каждую точку давят 10 раз, сначала слева, а потом справа.

б) Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков справа и слева: V.10 (от точки между 1 – 2 шейными позвонками кнаружи на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10 и ниже друг друга на 1 см. Эти точки осуществляют воздействие на продолговатый мозг.

Славянская акупунктура при лечении головных болей. Народные целители России утверждают, что почти все головные боли (кроме болей из-за повышенного кровяного давления, опухоли или травмы) возникают от накопления солей в местах прикрепления мышц к костям черепа. Особенно много солей скапливается на затылке (VB.11,19,V.9,T.17), где у человека в возрасте 40 лет и старше всегда можно найти твердые образования величиной с рисовое зерно. Раздавливание скопления солей ощущается под пальцем как бег пузырьков в разные стороны. Такие же образования находят на шее, когда их прижимают к шейным позвонкам. После описанных процедур ликвидации «скопления солей» головные боли проходят.

3. Облитерирующий эндартериит ног. Лечится следующими точками акупунктуры (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк): «Метод рефлексотерапии является весьма эффективным в начальных стадиях. Используют тормозные методики. Выбирают точки в пояснично-крестцовой области и точки на нижних конечностях. К наиболее часто используемым точкам относятся следующие: T.4, V.31 - 35, E.36, VB.34, V.40, V.60, F.2, F.3, R.5, RP.4, RP.5, RP.6. При иглоукалывании в точки E.36 и VB.34 улучшается кровоснабжение мышц конечностей».

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

V.31 - соответствует первому заднему крестцовому отверстию.

V.32 - соответствует второму заднему крестцовому отверстию.

V.35 - у верхнего края копчика, кверху и кнаружи от T.1 на 0,5 цуня, между ягодичными мышцами.

V.40 - в центре подколенной ямки.

V.60 - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

E.36 - кнаружи от гребешков большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

VB.34 - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже надколенника на 2 цуня.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

R.5 - на медиальной поверхности пяточной кости.

RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне - нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.

• Внемеридиональные точки: 130, 132, 133, 134, 137, 141, 142,144, 146, 147, 151, 156, 157, 164. Новые точки: 93, 94, 97, 103.

BT.130 на подошве, в кожной складке между головками первых фаланг 1 - 2-го пальцев стопы.

BT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, проксимальнее и дистальнее R.1.

BT.134 - на подошве в центре пятки.

BT.141 - на 1 цунь ниже V.60.

BT.142 - на 2 цуня ниже E.36.

BT.151 - на вершине латеральной лодыжки.

ВТ.156 - под серединой верхнего края надколенника, в углублении при согнутой в коленном суставе ноге.

НТ.94 - на бедре, выше середины верхнего края надколенника на 4,5 цуня.

НТ.97 - на 2 цуня кпереди от VB.31 (на латеральной поверхности бедра, выше надколенника 5 цуней, при вытянутых вдоль туловища руках кончик среднего пальца точно указывает эту точку).

НТ.102 - на задней стороне бедра, на 2 цуня, выше V.37 (ниже ягодичной складки на 6 цуней).

- Аурикулярные точки: 22 - железы внутренней секреции, 55 – шэнь-мэнь, 46 - пальцы ног, 48 - голеностопный сустав, 49 - коленный сустав, 52 - седалищный нерв, 165 - нижние конечности.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

§ 53. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане перикарда: предрасположенность к обморочным состояниям (70%), гипотонии психогенные (70%), контрактура Дюпюитрена (60%), плечевые плекситы (30%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца. Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом быстрой смены эмоций, когда не срабатывает механизм длительного сохранения эмоции в сознании человека.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R- и TR+) в суточном цикле и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R +) по закону “муж-жена” и (E +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 7 до 9 часов утра и в марте.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

МС.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки.

МС.7 (тон) - в середине лучезапястного сустава.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

TR.5 (сед) - выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

МС.9 (тон) - см. п. 2.

V.14 (тон) - кнаружи на 1 цунь от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).

TR.5 (сед) - см. п. 3.

МС.7 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

МС.1 (тон) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней.

МС.8 (тон) - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

МС.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности стопы между 2 - 3-й плюсневными костями.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы.

9. В суточном (- R—МС—TR -) и годовом (- R—МС—TR -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном и в годовом циклах берутся точки R.2 и TR.3.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

TR.3 (тон) – между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

▪ Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

МС.3 (сед) – у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

МС.8 (тон) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (тон) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

R.10 (сед) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

МС.9 (тон) - см. п. 2.

МС.8 (тон) - см. п. 6.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан перикарда получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – переднесрединная линия на груди, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, МС, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тон) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (сед) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане перикарда встречаются редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 54. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела.

Общая информация по лечению. Так как меридиан трех полостей тела является энергетическим антагонистом меридиана перикарда, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане перикарда повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан перикарда можно лечить болезни меридиана трех обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана трех обогревателей лечатся болезни всех внутренних органов грудной и брюшной полостей. При этом излечение органов при воздействии на этот меридиан характеризуется комплексностью. Точки TR.1 – TR.5 (кисть руки) воздействуют на верхнюю часть тройного обогревателя (ШАН–ЦЗЯО), где расположены легкие, сердце, перикард. Точки TR.6 – TR.15 (плечо и предплечье) воздействуют на среднюю часть тройного обогревателя (ЧЖУН–ЦЗЯО), где расположены желудок, тонкий кишечник, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа, печень. Точки TR.16 – TR.23 (шея и голова) воздействуют на нижнюю часть тройного обогревателя (СЯ–ЦЗЯО), где расположены почка, мочевой пузырь, толстый кишечник (сигмовидная и прямая кишка).

Избыток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: эпилепсия (60%), синдром Паркинсона (40%) и т. д. Избыток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека, так как что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане перикарда.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (MC - и VB +) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V -) по закону “муж-жена” и (RP-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 21 до 23 часов и в феврале.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и на его точку - **пособник.**

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

TR.4 (сед) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев.

3. **Седатируется ло-пункт меридиана.**

TR.5 (сед) - тыл предплечья, выше середины лучезапястного сустава на 2 цуня.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

TR.10 (сед) - см. п. 2.

V.22 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка остистых отростков 1 - 2-го поясничных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.22 (сед) - см. п. 4.

J.5 (сед) - ниже пупка на 2 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

TR.4 (сед) - см. п.2.

MC.7 (тон) - ладонная поверхность кисти, в середине лучезапястного сустава.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

TR.1 (сед) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.23 (сед) - у наружного конца брови.

8. Седатируется точка-щель.

TR.7 (сед) - в локтевую сторону на 0,5 цуня от точки TR.6, которая расположена выше лучезапястного сустава на 3 цуня, и между локтевой и лучевой костями.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

RP.2 (тон) - на внутренней стороне 1-го пальца дистальной плюсне-фалангового сустава.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

11. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном и годовом циклах берутся точки MC.9 и VB.38.

MC.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

TR.6 (сед) - между лучевой и локтевой костями, выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

MC.8 (тон) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

РР.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло пункты седатируют (TR.5, Т.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

TR.2 (сед) - во впадине между пястно-фаланговыми суставами 4 - 5-го пальцев руки.

TR.3 (сед) - между 4 - 5-й пястными костями, кзади от головки 4-й пястной кости.

15. Точки у-шу в системе «малый инь—средний ян».

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **Ж.18** – (МС-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (сед) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (сед) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (сед) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (сед) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

МС.9 (тон) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

МС.8 (тон) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястными костями.

МС.7 (тон) – в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

МС.5 (тон) – выше запястья на 3 цуня.

МС.3 (тон) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (сед) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (сед) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (сед) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (сед) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тон) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тон) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тон) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тон) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тон) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан трех полостей тела входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.22, J.22, J.3, J.12, R.22, VB.3, 4, 21, IG.12, 18, 19.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

R.22 - в пятом межреберье, от средней линии груди на 2 цуня.

IG.12 - середина верхнего края ости лопатки.

IG.19 - между козелком и суставным отростком нижней челюсти.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане трех обогревателей происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка-ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт T.1 и точку - щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

TR.5 (тон, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

VB. 26 (сед, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.

VB. 27 (сед, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.

VB. 28 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан трех обогревателей получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии

осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тон) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

19. Специфические точки. Уменьшает чувствительность организма человека к изменению погоды точка TR.5, которую седатируют и подвергают сильной стимуляции на протяжении 30 минут (подкручивают или греют). После воздействия на точку у пациента ликвидируются головные боли, боли в суставах и в мышцах, вызванные перепадом атмосферного давления.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Эпилепсия (по Чжу Лянь). «Провоцирующим фактором является сильное эмоциональное возбуждение. Большие припадки у некоторых больных начинаются внезапной потерей сознания. Одновременно всю мускулатуру охватывают тонические судороги. При прикусывании языка изо рта выделяется кровавая слюна. Припадок длится несколько минут. После припадка наступает сон. Часто чжэнь-цзю терапия при эпилепсии бывает эффективна. У некоторых больных после лечения не наблюдалось припадков в течение нескольких лет. Рекомендовано лечить эпилепсию следующими основными точками акупунктуры: Т.12, 15, 14, 16, 20, 24, J.12, 14, 15, R.16 RP.1, P.11, V.6, 62, MC.5, 8, VB.21».

Т.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го поясничных позвонков.

Т.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

Т.20 - от надпереносья на 7,5 цуня вверх.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

R.1 - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневными костями.

RP.1 - кнутри от ногтевого ложа 1-го пальца стопы на 3 мм.

P.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм.

V.61 - латеральная поверхность пяточной кости, во впадине.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня, на ладонной поверхности предплечья, между костями предплечья.

• Широко применяются внемеридиональные точки: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 31, 79, 86, 90, 130, 132. Используются новые точки: 17, 18, 19, 20.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки Т.20.

BT.3 - в центре переносицы.

BT.13 – нижний край сосцевидного отростка.

BT.31 - на задней средней линии, под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

BT.79 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.86 - на кончиках всех пальцев руки.

BT.90 - на ладонной стороне 3-го пальца руки, посередине складки между средней и дистальной фалангами.

BT.130 - на подошве, в кожной складке между проксимальными головками (основаниями) первых фаланг 1 - 2-го пальцев стопы.

BT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, проксимальнее и дистальнее R.1.

- Аурикулярные точки рекомендуется брать следующие (Х. Лу): 55 - шэнь-мэнь, 39 - затылок, 100 - сердце, 89 - желудок, 121 - малый затылочный нерв, 95 - почки, 34 - кора головного мозга, 25 - ствол мозга, 33 - лоб.

§ 55. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела.

Недостаток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: вестибулярное головокружение (40%), несахарный диабет (30%), снижение функции щитовидной железы (40%), климакс (30%), снижение лактации (20%), последствия инсульта (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека потому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане перикарда.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (МС+ и VB-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V +) по закону “муж-жена” и (RP +) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане трех полостей тела применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 9 до 11 часов и в феврале.
2. **Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.**
TR.3 (тон) - между головками 4 - 5-го пястных костей.
TR.4 (тон) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, между костями предплечья.
3. **Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.**
МС.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2 цуня, ладонная поверхность предплечья, между костями предплечья.
4. **Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.**
TR.3 (тон) - см. п. 2.
V.22 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.
5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).
МС.6 (сед) - см. п.3.
TR.4 (тон) - см. п.2.
6. **Тонизируется точка входа и выхода энергии.**
TR.1 (тон) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.
TR.23 (тон) - у наружного конца брови.
7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень»**.
RP.5 (сед) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине.
TR.3 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

V.65 (сед) – на наружной поверхности стопы, кзади от головки 5 плюсневой кости.

9. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан от TR и тонизируется соседний впереди стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного и годового циклов берутся точки MC.7 и VB.43. MC.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-ой плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

TR.6 (тон) - между лучевой и локтевой костями, выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

MC.8 (сед) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (тон) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

TR.6 (тон) - тыл предплечья, выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между костями предплечья.

TR.10 (тон) - на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан трех обогревателей получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V, TR, VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

T.20 (сед) – от надпереносья 7,5 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела встречаются очень редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 56. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря.

Общая информация по лечению. Так как меридиан желчного пузыря является энергетическим антагонистом меридиана печени, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане печени повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все перечисленные болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни желчного пузыря.

Избыток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: холециститы (70%), озлобленность и возбудимость (60%) и другие. Избыток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане печени.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (TR+ и F-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (GI-) по закону “муж-жена” и (C-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 23 часов до 1 часа ночи и в апреле.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и на его точку - пособник.

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.40 (сед) - у нижнего края латеральной лодыжки.

3. Седатируется ло- пункт меридиана.

VB.37 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

VB.38 (сед) - см. п. 2.

V.19 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия (V.19) и точка-глашатай (VB.23 или VB.24).

V.19 (сед) - см. п.4.

VB.23 (сед) - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

VB.24 (сед) - на 1 цунь, ниже пересечения реберной дуги и среднеключичной линии.

6. Седатируется ло- пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

VB.37 (сед) - см. п. 3.

F.3 (тон) - в самом узком месте между 1 - 2-й плюсневыми костями.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

VB.1 (сед) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (сед) - в самой узкой части (около основания) между 4 - 5-й плюсневыми костями.

8. Седатируется точка-щель.

VB.36 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

VB.38 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

11. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадиотстоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного и годового циклов берутся точки TR.3 и F.2.

TR.3 (тон) - между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

F.2 (сед) - между головками I — II плюсневых костей. Топографическая анатомия: та же.

- **Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».**

VB.34 (тон) - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня.

VB.38 (сед) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

- **Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».**

TR.10 (тон) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.1 (сед) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

VB.43 (сед) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

VB.41 (сед) - см. п. 7.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян»

(F-).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (МС+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).
(TR-).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB+).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тон) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тон) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тон) – между основаниями 2-3 плюсневыми костями.

F.4 (тон) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тон) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

МС.9 (сед) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

МС.8 (сед) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

МС.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава.

МС.5 (сед) – выше запястья на 3 цуня.

МС.3 (сед) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тон) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тон) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тон) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тон) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (сед) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (сед) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (сед) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (сед) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (сед) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан желчного пузыря входит в следующие точки пересечения: Т.1, Т.13, Т.14, Т.19, Т.22, J.3, 7, V.11, МС.1, R.22, E.7,8, TR.20, 22, 17, F.13, 14, VB.1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 21, 24.

- T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.
 T.19 - выше и назад от надпереносья на 9 цуней.
 T.22 - выше и назад от надпереносья на 4,5 цуней.
 J.7 - ниже пупка на 1 цунь.
 V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.
 TR.17 - кзади от основания мочки уха между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.
 F.13 - перед свободным концом 1-го ребра на четвертой боковой линии живота.
 VB.1 - см. п. 7.
 VB.8 - над основанием раковины уха на 3 цуня, на месте шва теменной и височной костей.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане желчного пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка - ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло- пункт T.1 и точку- щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

- TR.5 (тон, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.
- VB.41 (сед, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.
- T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.
- VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края малоберцовой кости.
- VB. 26 (сед, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.
- VB. 27 (сед, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.
- VB. 28 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желчного пузыря получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

- Т.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.
- Т.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.
- Т.19 (тон) – от надпереносья на 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.
- Т.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с избытком энергии в меридиане желчного пузыря встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 57. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря.

Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: желче - каменная болезнь (70%), апатия, депрессия (20%), ипохондрический невроз (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане печени.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (TR- и F+) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (GI +) по закону “муж - жена” и (С+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 11 до 13 часов и в мае.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

VB.40 (тон) - у нижнего края латеральной лодыжки.

3. **Седатируется ло-пункт** спаренного меридиана.

F.5 (сед) - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

4. **Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.**

VB.43 (тон) - см. п.2.

V.19 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).

F.5 (сед) - см. п. 3.

VB.40 (тон) - см. п. 2.

6. **Тонизируется точка входа и выхода энергии.**

VB.1 (тон) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (тон) - у основания 4 - 5-й плюсневых костей.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень — полночь»**.

С.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

9. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берутся точки TR.3 и F.2, в годовом берутся те же точки.

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, впереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

VB.34 (сед) - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня.

VB.38 (тон) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (сед) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.1 (тон) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

VB.38 (тон) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.34 (тон) - у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желчного пузыря получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V, TR, VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

T.20 (сед) – от надпереносья 7,5 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 58. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане печени.

Общая информация по лечению. Так как меридиан печени является энергетическим антагонистом меридиана желчного пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желчного пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана печени лечатся болезни печени, глаз, сухожилий, вен, патологические изменения биохимического и гистологического состава крови (синтез белковых фракций крови, лейкоцитов, эритроцитов, лимфоцитов), свертываемости (синтез тромбоцитов), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), излечиваются психические болезни типа апатии, депрессии, бессонницы, налаживается синтез желчи, которая осуществляет переваривание жира.

Избыток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипертоническая болезнь (60%), вегето - сосудистая дистония по гипертоническому типу (40%), гепатит (70%), алкоголизм, токсикомания, наркомания, табакокурение (80%), глаукома (70%), близорукость (90%), реактивные психозы (20%) и др. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом чрезмерного проявления воли, упорства, настойчивости, упрямства.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB – и P +) в суточном цикле и (VB- и C +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P-) по закону “муж - жена” и (IG-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 1 до 3 часов ночи и в мае.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и на его точку-пособник.

F.2(сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

F.3(сед) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

F.5(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 5 цуней.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

F.2 (сед) - см. п. 2.

V.18 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.18 (сед) - см. п.4.

F.14(сед) - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (**правило «большой укол»**).

F.5 (сед) - см. п.3.

VB.40 (тон) - у нижнего края латеральной лодыжки во впадине кзади и кверху от кубовидной кости.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

F.1(сед) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив на 3 мм от ногтевого ложа.

F.14 (сед) - см. п.5.

8. Седатируется точка-щель.

F.6(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 7 цуней.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь»**.

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края.

F.2 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

11. В суточном (- VB — F — P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (**правило «мать-сын»**). В суточном цикле берутся точки VB.43 и P.5, в годовом—VB.43 и C.7.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

P.5 (сед) - в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

C.7 (сед) - у сухожилия лучевого сгибателя кисти, на ладонной поверхности кисти, во впадине между гороховидной и локтевой костями.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

F.1 (тон) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

VB.38 (тон) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (сед) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (R.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на точки у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

F.4 (сед) - на тыльной поверхности стопы во впадине, кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян».

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь)

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (сед) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (сед) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (сед) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (сед) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (тон) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

MC.7 (тон) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (тон) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (тон) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (сед) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (сед) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (сед) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (сед) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тон) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тон) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тон) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тон) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тон) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан печени входит в следующие точки пересечения: J.2, J.3, J.4, J.17, MC.1, VB.3, 24, F.13, 14, RP.12, 13.

J.2 - в середине верхнего края лобковой кости.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.17 - на середине грудины, на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

MC.1 - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии на 5 цуней.

VB.3 - на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

F.14 - см. п.5.

RP.13 - выше лобка на 1 цунь, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане печени происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17, R.16-24); точка - связующая MC.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт J.15 и точку - щель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MC.6 (тон, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка- ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка-щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (тон, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь, .

E.30 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (сед, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан печени получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня ниже точки E.36.

Е.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки Т.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

19. Специфическое воздействие на все сухожилия тела осуществляет точка VB.34.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гипертоническая болезнь лечится и по избытку энергии в меридиане **печени** (если диагностирована гипертония белковой, онкотической этиологии, что происходит в 50% случаев), и по избытку энергии в меридиане **почек** (если диагностирована гипертония эндокринной, сосудистой, солевой, осмотической этиологии, в 30% случаев), и по избытку энергии в меридиане **селезенки** (гипертония водной этиологии, в 10% случаев), и по избытку в меридиане **перикарда**, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология, например, склероз сосудов сердца, аорты, что происходит всего в 10% случаев). Китайский иглотерапевт Чжу Лянь предлагает применять следующие акупунктурные точки: «Эффект тем лучше, чем менее запущено заболевание. Применяется первый или второй вариант тормозного метода. Чаще всего используются следующие точки: IG.14, GI.4, 11, E.9, 11, 36, VB.30, 39, V.24, RP.6, 10, F.2, 13, J.15. При головной боли и болях в сердце к обычным сеансам укалывания 1 - 2 раза в день добавляется прижигание в точках GI.4, E.36, VB.39. Лечение ведут курсами по 2 - 3 недели с перерывами на 2 - 5 дней, всего до 3 месяцев. Если требуется дальнейшее лечение, то его проводят уже после большого перерыва».

IG.14 - у внутреннего края лопатки на уровне 1-го грудного позвонка.

GI.4 - между 1 - 2-й пястными костями.

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба.

E.9 - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

E.11 - на верхнем крае грудинного конца ключицы.

E.36 - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 1 цунь, ниже надколенника на 3 цуня.

VB.30 - на ягодице кзади от тазобедренного сустава.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

V.24 - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 3 - 4-го поясничных позвонков.

RP.6 - кзади от большеберцовой кости на 1,5 цуня, выше медиальной лодыжки на 3 цуня,

RP.10 - у верхнего края медиального мыщелка бедренной кости.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

F.13 - перед свободным концом 11-го ребра на четвертой боковой линии живота.

J.15 - книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

• **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует применять для лечения гипертонии следующие точки акупунктуры: P.11, GI.15, E.9,36, C.7, V.19,24,25,26,40, MC.6,7,8, VB.20 (!),25,30(!), F.13,14.

• Используется большое количество **внемеридиональных точек**: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 21, 34, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 89, 90, 93, 108, 119, 121, 125, 130, 131, 132, 133, 140 и т. д.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки Т.20.

BT.3 - в центре переносицы.

ВТ.4 - на носу, на середине расстояния между внутренними углами глаз.
 ВТ.10 - на уровне вершины ушной раковины, на волосистой части головы.
 ВТ.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.
 ВТ.51 - на 1 цунь латеральнее точки Т.14.
 ВТ.52 - на 2,3 цуня латеральнее Т.14.
 ВТ.56 - на 0,5 цуня, кнаружи от остистого отростка 3-го грудного позвонка.
 ВТ.54 - ниже на 1 цунь от верхне-внутреннего угла лопаток.
 ВТ.60 - под нижними углами лопаток.
 ВТ.89 - на ладонной стороне 2-го пальца руки посередине складки между проксимальной и средней фалангами.
 ВТ.93 - на ладонной стороне 1-го пальца руки у наружного края межфаланговой складки.
 ВТ.108 - на тыле кисти, на 0,5 цуня проксимальнее промежутка между 2 - 3-й головками пястных костей.
 ВТ.130 - на подошве стопы, между основаниями первых фаланг 1 - 2-го пальцев.
 ВТ.132 - две точки на подошве, вперед и назад на 0,5 цуня от точки R.1.
 ВТ.138 - посередине задней поверхности пятки в месте прикрепления к ней ахиллова сухожилия.
 ВТ.141 - на 1 цунь ниже V.60.
 ВТ.146 - вершина медиальной лодыжки.
 ВТ.149 - на 3 цуня выше точки R.3.

- Используются новые точки: 1, 2, 4, 11, 17, 18, 22, 23, 26, 27, 45, 47, 49, 60, 64, 72, 73, 74, 80, 81.

НТ.11 - выше на 0,5 цуня от наружного угла глаза.

НТ.17 - височная ямка.

НТ.18 - за ушной раковиной, на уровне задней складки при отогнутом вниз ухе.

НТ.45 - на 0,5 цуня кнаружи от Т.14.

НТ.46 - на 1,5 цуня кнаружи от Т.14.

НТ.49 - посередине латерального края лопатки.

НТ.73 - на верхней части плеча в центре дельтавидной мышцы.

- Широко применяются аурикулярные точки: 13 - надпочечник, 19 - гипертония, 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 33 - лоб, 51 - симпатическая нервная система, 55 - шэнь-мэнь, 59 – точка снижения артериального давления, 87 - желудок, 97 – печень, 100 - сердце.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- **Шиаци. Лечение гипертонической болезни.** По утверждению японских врачей метод акупрессуры дает хорошие результаты при лечении гипертонической болезни. На курс лечения требуется 10 сеансов. Сеанс включает следующие основные приемы воздействия на точки.

1) Пациент ложится на спину. Под шею подкладывается небольшой валик, так как при лечении голова наклоняется то в левую, то в правую сторону. Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4

– выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.

2) Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: T.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и T.15), точка № 1 располагается на 1 см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 – на 3 см ниже.

3) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.1, отстоят друг от друга на расстоянии 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.

4) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью руки давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.

5) Далее рекомендуется сделать хороший точечный массаж средних пальцев кистей рук и больших пальцев ног.

- **Славянская акупрессура при лечении гипертонии.** Специалисты по славянской акупрессуре при лечении гипертонии воздействуют приблизительно на те же точки, что и при шиацу. Кроме того, обязательно назначают лечение голоданием и траволечение. Славянский вариант лечения голоданием при гипертонии – это потребление в очень небольших количествах пищи на протяжении 1 - 2 месяцев через каждые 3 часа. За сутки человек должен съесть не более 100 - 200 граммов сухой пищи с обязательным сокращением количества белков (мяса, яиц, сметаны, творога, рыбы) и увеличением доли овощных блюд (капуста, свекла, картофель, черный хлеб, рис, гречка, овес). Человек должен ограничить до разумного предела потребление воды. Утолять жажду можно только кипяченой водой, которая почти не содержит солей. В крови соли притягивают к себе молекулы воды и увеличивают осмотическое давление крови, а белки повышают онкотическое давление. При этом увеличивается общий объем крови и сохраняется высокое кровяное давление. Категорически запрещается соленое (минеральную воду в том числе), сладкое, алкоголь, курение. Одновременно рекомендуется заниматься физическим трудом или спортом не меньше 1 часа в день. На фоне голодания с большим успехом применяются лекарственные препараты из растений: из барвинка малого (девенкан, винкапан), спорыньи (дигидроэрготамин, дигидроэрготоксин). Хорошо снижает артериальное давление, уменьшает атеросклероз сосудов и ликвидирует головную боль следующий отвар: трава омелы белой (15 г), цветки боярышника (10 г), трава пустырника (10 г), кора эвкоммии (5 г) на литр воды. Рекомендуется выпивать ежедневно по 250 г отвара на протяжении 4 недель.

2. Табакокурение. При табакокурении действие чжэнь-цзю выражается в снятии чувства влечения к этой разновидности наркотика и даже вырабатывается отвращение к запаху табачного дыма. Для лиц, имеющих стаж курения табака не более 5 лет достаточно 1 сеанса. Лечение начинают с введение пациента до состояния абстиненции, для чего больной воздерживается от курения 1 - 4 суток. Воздержание приводит к возникновению абстинентного синдрома (синдрома отнятия): возникают эмоциональный дискомфорт,

раздражительность, тошнота, головная боль, жажда, боль в печени и т. д. На высоте абстинентного синдрома начинают иглотерапевтическое лечение. Одновременно берут 3 - 4 корпоральные и 10 аурикулярных точек (по краю завитка точки номер 1 - 7, точки номер 8 и 9 под межкочелювной вырезкой и номер 10 - нулевая точка по Ножье, точка Зеро). Точка Зеро расположена в нижней части ножки завитка, на 3 мм вперед от АТ № 87 (желудок). Из корпоральных точек применяются в основном следующие (по Тимовски): С.2, 7, VB.13, 14, 8, TR.10, 12, V.11, 63, E.4, 12, 14, 16, P.10. Почти всегда во время сеанса пациент начинает ощущать вкус металла во рту. Современная медицина не в состоянии объяснить это явление. После первого же сеанса больной, как правило, уже не испытывает влечения к курению на всю оставшуюся жизнь. У курильщиков с «большим стажем» может появиться подсознательное желание к курению через 2 - 3 недели. В этом случае сеанс повторяют на другом ухе. Если и это не помогает, то проводится энергетическое лечение по ликвидации избытка энергии в меридиане печени в количестве 5 сеансов.

3. Алкоголизм. По статистическим данным наркологов России и Белоруссии, количество алкоголиков по сравнению с 1985 годом в период социально – экономического кризиса (1990 – 1998 гг.) увеличилось в 8 раз. Поэтому борьба с этим социально-медицинским злом приобретает государственное значение.

- **Причина возникновения алкоголизма.** Кибернетики хорошо знают, что информация из любого источника (например, магнитофонной ленты) может уничтожаться. Для этого надо «очистить» первоисточник информации от магнитных, световых или электрических потенциалов. Иными словами, надо сломать генератор информации и вся остальная система восприятия информации перестанет работать. Мозг является похожим кибернетическим аппаратом. Внутри него в средней части продолговатого мозга имеется центр влечения к наркотикам, который генерирует импульсы в кору головного мозга о потребности к данному виду наркотика в момент его отсутствия в организме, во время абстинентного периода, периода «отнятия» от наркотика. Человек ощущает непреодолимую потребность к наркотику, которую не в силах побороть. Как правило, он не выдерживает длительной борьбы со своим желанием, и каждый раз повторяет введение наркотика – водки, морфия, опия, гашиша, курит табак, принимает другие наркотики, к которым организм привык за несколько лет непрерывного потребления. Если «сломать» генератор импульсов влечения, поступающих в кору головного мозга, то наркоман перестанет чувствовать влечение к наркотику, а это и есть не что иное, как излечение человека от вредной привычки.
- Что является побуждающей причиной, которая включает в работу центр влечения в продолговатом мозге? Каков биохимический механизм физической зависимости человека от наркотика? Современная медицина объясняет возникновение непреодолимого влечения к наркотическим средствам следующим образом. Постоянное, ежедневное поступление наркотического средства (табачного дыма, водки, гашиша, опиума) в течение 3 – 10 лет внутрь организма человека (в кровь и далее во все внутренние органы), ведет к возникновению специфических механизмов биохимической дезактивации ядов для каждого вещества, специфических механизмов переработки, усвоению и химическому уничтожению их в печени. Печень играет роль фабрики по переработке питательных веществ, наркотиков и ядов. Усвоение наркотических веществ происходит на поверхности печеночной клетки и внутри нее. По кровеносным сосудам наркотик (молекула водки) поступает в печень и

соприкасается с наружной поверхностью печеночной клетки. Там она сразу же соединяется с транспортным энзимом (ферментом), который исполняет функцию доставки, перетаскивания вещества из кровяного русла внутрь клетки через липоидно-белковую оболочку печеночной клетки. Внутри клетки начинается и завершается процесс химического уничтожения наркотика при помощи кислородного окисления и расщепления молекулы наркотика на простейшие составляющие – углекислый газ и воду. Этот процесс осуществляют окислительные энзимы (ферменты), которые никогда не покидают пределы клетки. Итак, постоянное, ежедневное поступление наркотического средства (табачного дыма, водки, гашиша, опиума) в течение 3 – 10 лет внутрь организма человека (в кровь), ведет к синтезу на поверхности печеночных клеток большого количества специфических транспортных ферментов (энзимов). Как только молекула алкоголя появляется в крови, начинается активная работа транспортных ферментов по переносу молекул внутрь клетки. Но если алкоголя (или другого вида наркотика) долго не появляется в русле крови, то транспортные ферменты отрываются от поверхности печеночных клеток и разносятся по организму с кровью «в поисках работы», в поисках молекул алкоголя в межклеточном пространстве. «Транспортные ферменты, эти вещества желания» током крови заносится в центр влечения (**в центр голода**), находящегося в продолговатом мозгу, центр активизируется и начинает генерировать импульсы в кору головного мозга. Импульсы воспринимаются человеком как «голод на данный наркотик», как влечение, как желание. При высокой концентрации «транспортных ферментов» в крови возникает непреодолимое желание у человека к повторному потреблению наркотика, начинается абстинентный синдром, «ломка».

- Необходимо обратить внимание на механизм возникновения высокой концентрации «веществ желания» при приеме наркотика после длительного воздержания. Если человек не потреблял водку (морфий, гашиш, не курит табак) на протяжении нескольких лет, а потом снова потребил наркотик, то печень выбрасывает в кровь очень большое количество «веществ желания». В этот момент появляется необычайная сильная тяга к наркотику. Бывший абстинент в такой момент выпивает большое количество водки, вводит огромные дозы морфия. От передозировки наркотика человек может погибнуть.
- **Принудительное лечение алкоголизма.** Медикаментозные методы лечения алкоголизма после 20 лет их широкого применения в бывшем СССР показали свою низкую эффективность (около 0,3%). Не оправдал себя и метод принудительного лечения алкоголиков в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП), где истинная эффективность лечения не превышала 0,5%. Однако, надо признать положительную роль ЛТП в деле «очищения общества» и в деле защиты семьи от произвола пьяных садистов и хулиганов. Такая "санитарная" деятельность этих учреждений весьма полезна для общества и ее следует развивать в будущем. Но, если говорить не об изоляции деградированного и обезумевшего алкоголика от семьи и общества, а о чисто медицинском излечении больного от алкоголизма (то есть о дальнейшем трезвом образе жизни алкоголика после пребывания в ЛТП), то процент излечиваемости приближался к нулю. Практика показала, что лечение алкоголизма будет успешным только в том случае, если у больного возникнет истинное желание отказаться от этой вредной привычки. Алкоголик должен осознать себя больным человеком и только тогда современная медицина сможет ему помочь. Сначала наркологи и психотерапевты избавляют алкоголика от непреодолимого влечения (от абстинентного синдрома), а потом под действием времени возникает равнодушное

отношение к алкоголю. Однако, признать себя больным может только тот, кто еще не погубил свой интеллект длительной алкогольной интоксикацией. Если за 10 – 15 лет чрезмерной интоксикации крепкими спиртными напитками человек полностью «убивает» свой интеллект, волю и реальную оценку своего положения в обществе, то излечение его невозможно. Он становится окончательно потерянным для общества и семьи, а единственным спасением здоровой части общества от «добровольного безумия» потерявшего человеческий облик алкоголика, является принудительное содержание его в ЛТП всю оставшуюся жизнь.

- **Метод стрессовой психотерапии при лечении алкоголизма (по Довженко).** Автор книги широко использует стрессовую психотерапию для лечения алкоголизма, табакокурения, энуреза, избыточного веса, заикания, фобий (страхов), псориаза, для введения пациента в гипнотическое состояние. Применяется в принципе достаточно простой метод воздействия слов на уровень подкорки пациента. Несмотря на простоту, этот метод дает хорошие результаты при лечении перечисленных выше заболеваний. В настоящее время самым эффективным методом лечения алкоголизма считается стрессовая психотерапия по методике Довженко. Но алкоголики стали бояться этого метода, так как являются свидетелями возникновения нарушений психической деятельности у своих друзей - собутыльников, прошедших лечение психотерапией (кодированием психики на трезвый образ жизни), но возобновивших пьянство. У алкоголиков, которые были «закодированны», но продолжают периодически пьянствовать, чаще всего возникают страхи (фобии), усиливается бред ревности, преследования, ущерб, удлиняется продолжительность запоев, быстро наступает невменяемое состояние с потерей памяти (амнезия), усиливается агрессивность и так далее. Эта информация взята из расспроса «закодированных» алкоголиков и нуждается в научно-статистической обработке. По-видимому, в этих изменениях психической деятельности виновато не лечение в виде стрессовой психотерапии, а более внимательное отношение больного к своему организму и психическим процессам в период вынужденной трезвости.
- **Техника проведения сеанса психотерапии.** Больной алкоголизмом не потребляет алкоголь 10 – 14 дней перед сеансом. Пациент садится на стул, врач становится напротив. Далее пациенту предлагают глубоко дышать через приоткрытый рот. Через минуту от насыщения кислородом крови у больного начинает кружиться голова. Далее врач «отключает» кору головного мозга воздействием на вестибулярный аппарат. Пациент не закрывает глаза, врач охватывает голову обоими руками, и начинает достаточно интенсивно наклонять ее вперед и назад или налево и направо. Через несколько минут быстрых кивков головы пациент теряет ориентировку в пространстве, начинается сильное головокружение, мыслительные процессы коры головного мозга приостанавливаются. В этот момент раздражения из внешнего мира, поступающие по 5 органам чувств (вкус, обоняние, осязание, слух, зрение) воспринимаются только подкоркой. В момент «отключения» сознания начинается самый ответственный этап стрессовой психотерапии. Начинается «словесное кодирование подкорки». Большими пальцами врач давит на брови (тактильное воздействие на подкорку) и открывает веки (зрительное воздействие на подкорку). Если зрачок узкий, то необходимо продолжать процедуру «укачивания». Если зрачок стал шире, то результат «кодирования» обязательно будет положительный, так как расширенный зрачок говорит о кратковременном «отключении» коры головного мозга, о частичной потере сознания. Врач смотрит прямо в глаза пациента и внезапно начинает очень громко и повелительно кричать (слуховое воздействие на подкорку),

внушая страх или отвращение к алкоголю. Речь должна состоять из нескольких очень громких и повелительных фраз. Например: *«Вы уже никогда не сможете пить водку и вино! С этой минуты она для вас превратилась в яд, который разрушает ваши органы. Водка и вино – это ваша смерть! Если алкоголь попадет в ваш организм, то вы умрете!»* Как правило, пациент не помнит о том, что сказал врач. Но у больного закрепляются сказанные врачом слова в подсознании, и он начинает испытывать страх к потреблению алкоголя или отвращение к спиртному. Врач закладывает словесный код в «подсознательную систему» пациента. Заканчивается сеанс стрессовой психотерапии орошением полости рта какой-нибудь неприятной жидкостью, например, хлорэтилом (воздействие на подкорку через вкусовые и обонятельные рецепторы). После стрессовой психотерапии больной находится несколько минут в заторможенном состоянии. Медленно отвечает на вопросы, плохо ориентируется в ситуации и пространстве. Однако, довольно быстро это состояние проходит. Очень часто «словесный код», введенный врачом пациенту в подкорку, успешно действует на протяжении десятков лет. Для других пациентов, которые обладают низкой внушаемостью, «кодирование» необходимо повторять через несколько лет. Примерно 20% пациентов «от рождения не гипнабельны» и абсолютно не поддаются словесному внушению, а поэтому у них будет отсутствовать положительный эффект.

- **Метод кратковременного снижения кровоснабжения мозга.** Техника «отключения» работы головного мозга при помощи воздействия на вестибулярный аппарат при помощи «укачивания» пациента может быть заменена кратковременным сдавливанием обеих сонных артерий (или быстрым и глубоким дыханием на протяжении 3 - 4 минут, при котором повышенная оксигенизация крови вызывает выраженное головокружение). В момент сжатия сонных артерий кровоснабжение мозга происходит только за счет двух вертебральных артерий, идущих вдоль шейных позвонков. Объем крови, поступающей к мозгу, уменьшается примерно в два раза. Для проведения этой методики врач усаживает пациента в кресло, а сам становится сзади него. Пациенту предлагается сделать 10 глубоких вдохов и выдохов. После этого врач обеими руками охватывает шею, четырьмя пальцами обеих рук нащупывает сонные артерии, которые располагаются параллельно дыхательному горлу, и пережимает их на 15 секунд. Как только пациент почувствовал сильное головокружение его зрачки немного расширяются. После начала полубморочного состояния сжатие сонной артерии прекращается и начинается сеанс стрессовой психотерапии.
- **Электрофизиологический метод лечения алкоголизма.** Как альтернативный метод лечения автор этой книги предлагает свой метод, подтвердивший свою высокую эффективность на протяжении пятилетнего практического применения. Это метод воздействия электрического тока на центр влечения (к алкоголю, наркотику, табакокурению), который расположен в продолговатом мозгу. После его применения полностью снимается влечение (зависимость, тяга, желание) ко всем видам наркотика. Алкоголь является одним из наркотических средств. За 1-3 сеанса возникает безразличие, равнодушие к водке, наркотику, табакокурению. Имеются всего два метода снятия чувства «голода» к наркотику.

Во-первых, можно ликвидировать или снизить концентрацию транспортных ферментов печени в крови. Для этого проводят диализ крови (применение искусственной почки), снижают концентрацию транспортных ферментов в крови при помощи внутривенной трансфузии кровезаменителей: полиглюкина, гемодеза и т. д. Больной не испытывает

наркотический голод после диализного очищения крови около 2 суток. Потом концентрация транспортных ферментов печени снова возрастает, и очищение крови надо повторять. Однако, в том случае, если поступление наркотика не происходит на протяжении нескольких месяцев, то печень перестает вырабатывать «транспортные ферменты или вещества желаяния» и их концентрация в крови снижается до нуля. Больной перестает испытывать страстное влечение к данному виду наркотика. Поэтому, если наркоман или алкоголик, который «перетерпит» ломку или поборет сильное желание выпить алкоголь, сможет стать здоровым человеком без медицинского вмешательства. К сожалению, наркоманы и алкоголики имеют очень слабую силу воли и до полного выздоровления они «не дотягивают».

Во-вторых, можно нарушить работу «генератора желаний», который находится в продолговатом мозгу, и стереть с его «дискеты» информацию о выработке «импульсов желаяния». Для этого автор предлагает следующую простую методику. Алкоголик не должен потреблять спиртное до тех пор, пока не начнет ощущать непреодолимое, невыносимое желание выпить. Обычно воздержание продолжается 10 – 30 дней. Сеанс лечения должен быть платным, иначе больной без сожаления о материальной потере легко перечеркнет положительные плоды лечения. Пациент ложится на живот. Ему вводят две иглы в правую и левую акупунктурные точки № 28 на гребне противокозелка уха, которые называются «продолговатый мозг, или гипофиз, или точка мозга». Если ушные раковины очень чувствительны к электрическому току и больной ощущает сильную боль, то берут точки VB.20 или VB.12 на основании черепа с правой и левой стороны. Воображаемая линия соединения этих двух точек проходит точно через **центр голода** (центр наркотического влечения) в продолговатом мозгу. К двум иглам подключается электрический прибор с плюсовым и минусовым контактами, на которые подается прерывистый электроток от батарейки «Крона» 10 вольт с периодическим автоматическим отключением тока через каждые 2 секунды (пиковое напряжение). Сеанс лечения рекомендуется проводить на протяжении 1 - 2 минут. Во время процедуры больной испытывает жжение в области введенных игл, головокружение, слабость, мелькание ярких пятен в глазах (фотопсии). Электроток проходит по основанию ушной раковины или по основанию черепа, наружному и внутреннему уху, по соединительной ткани, окружающей слуховой нерв, по мягкой мозговой оболочке, нервным тканям у основания коры головного мозга и по продолговатому мозгу. Характерным проявлением воздействия электрического тока на нижние отделы коры головного мозга является ощущение вкуса металла во рту и фотопсии – галлюцинаторные вспышки света. После процедуры алкоголик не испытывает ни малейшего желаяния к потреблению алкоголя. Иногда начинается обильное выделение пота. Если после этой процедуры пациент не начинает потреблять алкоголь по привычке (желание у него уже будет отсутствовать), то можно констатировать, что выздоровление от алкоголизма произошло. Однако, при рецидиве потребления алкоголя – влечение возвращается, так как печень начинает снова синтезировать «ферменты желаяния», да еще и в еще большем количестве. С током крови «вещества желаяния» попадают в центр голода (влечения) и он опять начинает функционировать.

4. Плечевой (плече - лопаточный) периартрит. Причина этого заболевания состоит в наличии микроразрывов в суставной сумке плечевого сустава при травме. Связочный аппарат контролируется меридианом печени. Главным симптомом заболевания является возникновение боли в плечевом суставе при поднимании руки. Часто объем движения ограничен до 10 градусов. По этиопатогенезу можно классифицировать плече -

лопаточные периартриты на ложные и истинные. Причина **ложного периартрита** состоит в наличии воспалительного процесса не в самом плечевом суставе, а в шейном или грудном радикулите (остеохондрозе). При сдавливании нервов в области позвоночника усиливается тонус мышц, приводящих руку к туловищу (большой грудной, широкой мышцы спины и др.). Попытка поднять руку приводит к усилению боли и к спонтанному сокращению приводящих руку мышц. При остеохондрозном этиопатогенезе «плечевого периартрита» болевые точки обнаруживаются в паравертебральной области, но их нет непосредственно над плечевым суставом. Ложный «периартрит» лечится как остеохондроз позвоночника. Близок к клинике периартриту невриты нервов, иннервирующих лопатку и мышцы плечевого пояса. Например, неврит подкрыльцового нерва сопровождается болью в области плечевого сустава, пациент не может поднять руку до горизонтального уровня из-за усиления боли, присутствует атрофия и снижения чувствительности мышц плеча.

Совсем другая клиника при **истинном плече-лопаточном периартрите**. Причина этого заболевания состоит в наличии микроразрывов в суставной сумке плечевого сустава при травме. Связочный аппарат контролируется меридианом печени. Характер травмы типичный: пациент при физической работе удерживал большой груз на вытянутой руке или его руку кто-то дернул вперед. При этом нажатие на область позвоночного столба будет безболезненно, а при надавливании на мягкие ткани, расположенные над плечевым суставом, будет очень болезненным.

Истинный плечевой периартрит лечится следующими точками акупунктуры (Е.Л. Мачерет, И.З. Самосюк, Украина): сустав «обкалывают» со всех сторон, при этом используют как меридиональные (GI.15, GI.16, TR.14, TR.15, IG.9, IG.10, P.1, P.2 и др.), так и болевые точки на суставе. Воздействуют также на точки ниже и выше плечевого сустава. Тем самым осуществляется иглорефлексотерапия по методу «малого укола» с той лишь разницей, что в зону боли вводят 3 - 4 иглы. На противоположной стороне не рекомендуется тонизировать ло-пункты меридианов руки (GI.6, IG.7, TR.5, TR.8). Из отдаленных точек на больной стороне используют P.5, GI.2 и др., на противоположной стороне – VB.41, E.37, VB.39 и др. Локализация вышеперечисленных точек следующая:

GI.15 - над плечевым суставом, между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости. Точка соответствует впадине, образующейся при поднятии руки.

GI.16 - во впадине кнутри от ключично - лопаточного сочленения;

TR.14 - кзади и книзу от акромиального отростка лопатки, где при поднятии руки определяется ямка.

TR.15 - на середине между VB.21 (центр надостной ямки) и верхним краем ости лопатки.

GI.10 - выше задней подмышечной складки, задняя поверхность плечевого сустава.

P.5 – в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

VB.41 – в самой узкой части промежутка между 4 - 5-й плюсневными костями, где прощупывается впадина.

E.37 – на 3 цуня ниже E.36.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **внемеридиональные точки**: 123, 124, 126, 127, 128, 129. Точки седатируют.

BT.123 - Локализация: две точки, на 1 цунь выше и ниже GI.11.

BT. 124. Чжоу-шу. Локализация: на задней поверхности локтя между локтевым отростком и латеральным надмыщелком плечевой кости при согнутой в локте руке.

Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,1—0,2 цуня, чаще используется прижигание, на 15—90 минут.

ВТ. 125. Е-лин. Локализация: на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня.

ВТ. 126. Тянь-лин. Локализация: на 1 цунь выше уровня переднего конца подмышечной складки и на 0,5 цуня медиальнее линии, проведенной вверх от переднего края подмышечной складки вертикально. Направление введения иглы: косо кнаружи на 1—1,5 цуня.

ВТ. 127. Цзянь-шу. Локализация: на передней поверхности плечевого «устава» посередине линии, проведенной между точками юнь-мэнь Р.2 и цзянь-юй GI.15. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

ВТ. 128. Юй-цзянь. Локализация: на 1 цунь медиальнее точки цзянь-юй GI. 15, посередине между точками цзянь-юй GI.15 и цзянь-шу ВТ. 127.

ВТ. 129 Хоу-е. Локализация: у заднего края подмышечной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **новые точки:** 33, 34, 65, 66, 68, 72, 73, 74.

НТ.33. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки GI.18 (которая находится в центре брюшка грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща).

НТ.65. Локализация: на задней поверхности предплечья на 3 цуня выше точки TR.5 (которая находится выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев).

НТ.68. Локализация: на 4,5 цунь ниже переднего конца подмышечной складки на 2,5 цуня ниже МС.2 (которая находится ниже уровня подмышечной впадины на 2 цуня, между головками двуглавой мышцы плеча).

НТ.69. Цзюй-би (цзюй-бэй). Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 3,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения, над передней подмышечной складкой (на 2 цуня ниже точки тай-цзянь НТ.70). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня.

НТ.70. Тай-цзянь Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

НТ.71. Ин-ся. Локализация: на задней поверхности плеча на 4 цуня выше локтевого отростка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

НТ.72. Цзянь-мин. Локализация: на задней поверхности плеча на 0,5 цуня выше и кзади от точки би-нао GI.14. Направление введения иглы: косо вверх на 1—1,5 цуня.

НТ.73. в верхней части плеча, в центре дельтовидной мышцы.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **аурикулярные точки**: 55 - анальгезия ЦНС, 37 - шейный отдел позвоночника, 65 - плечо, 63 - ключица, 51 - симпатическая система, 95 - почка, 41 - шея.

Славянская акупрессура. Плечо - лопаточный периартрит хорошо лечится акупрессурой в сочетании с мануальной терапией. При славянском варианте лечения главное внимание уделяется давлению на болевые точки плечевого сустава. Сначала народные целители тщательно обследуют грудной и шейный отдел позвоночника, так как в 70 % случаев боли в плечевом суставе возникают по причине шейных и грудных остеохондрозов. Если позвоночник здоровый, то определяют давлением болезненные точки над плечевым суставом, сразу находят около болезненных точек «скопление солей» и сильным нажатием 1 пальца руки «дробят эти соли», прижимая их к костям скелета. После такой процедуры проводят многократные давления пальцами точек на спине (V.11 – 17) и плечевом поясе (VB.21, TR.15,16, IG.15, P.1,2, E.12 и т.д.). Кроме того, во время каждого сеанса производят акупрессуру на БАТ руки (GI.4,10,11, P.7, TR.5 и др.). **Далее народные целители силовыми методами вытягивают сморщенную сумку плечевого сустава.** Сидящий на стуле пациент кладёт локоть больной руки на плечо целителя, который стоит спереди пациента в слегка согнутом состоянии. Целитель охватывает двумя руками соответствующую лопатку пациента. Далее следует сильный рывок к себе, раздаётся характерный хруст рвущейся сморщенной синовиальной сумки плечевого сустава, возникает довольно сильная боль. Сразу после этого объём движений в плечевом суставе, поражённым плече - лопаточным периартритом, увеличивается на 30 – 40 %. После 4 сеансов, которые проводятся через 3 дня, объём движения в суставе восстанавливается, боли прекращаются. В конце лечения больному советуют прогреть сустав в бане (в парной) как «рассасывающая терапия».

§ 59. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане печени.

Недостаток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипотоническая болезнь (70%), конъюнктивит и блефарит (60%), неврит зрительного нерва (40%), дальнозоркость (80%), повышенная ломкость ногтей (80%) и т. д. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом абсолютного безволия.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB+ и P-) в суточном цикле и (VB+ и C-) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P +) по закону “муж - жена” и (IG +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 13 до 15 часов, в апреле.
2. **Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.**

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

F.3 (тон) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

VB.37 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

F.8 (тон) - см. п. 2.

V.18 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник (правило «большой укол»).

VB.37 (сед) - см. п.3.

F.3 (тон) - см. п.2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

F.1(тон) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

F.14 (тон) - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости в локтевой бороздке.

F.8 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

9. В суточном (- VB—F—P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан (от F) и тонизируется соседний позади стоящий (правило «мать-сын»). Для суточного цикла берутся точки VB.38 и P.9, для годового — VB.38 и C.9.

VB.38 (сед) - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

F.1 (сед) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

F.2 (тон) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (тон) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

F.1(тон) - см. п.6.

F.2 (тон) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан печени получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37 (или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тон) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (сед) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гипотония лечится и по недостатку энергии в меридиане печени (гипотония белковой, онкотической этиологии), и по недостатку энергии в меридиане селезенки (гипотония водной этиологии), и по недостатку энергии в меридиане почек (гипотония эндокринной и солевой, осмотической этиологии) и в меридиане **перикарда**, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология).

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует применять для лечения гипотонии следующие точки акупунктуры: P.9,11, GI.1,18, RP.1, C.5, IG.14, R.7,TR.3, T.20, 25,26,27,28.

- **Шиацу.** Лечение гипотонии.

1) Производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок, головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом – на правую.

2) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков: V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.10, отстоят друг от друга на 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.

3) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.

4) Производится давление на 4 точки над большой грудной мышцей с левой и правой стороны : RP.19, 20, P.1, 2.

RP.19 – в 3 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

RP.20 – во 2 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

P.1 – на 3 см вниз от наружного края ключицы, от средней линии груди на 6 цуней.

Р.2 – под ключицей, от средней линии груди на 6 цуней.

- 5) Пациент поворачивается на живот. Врач проводит воздействие с левой стороны на точку IG.11, которая располагается в центре лопаточной кости.
- 6) Производят давление на точки меридиана мочевого пузыря, расположенные в левой межлопаточной области: V.12, 13, 14, 15, 16, 17, имеющие локализацию снаружи от средней линии спины на 1,5 цуня, напротив остистых отростков соответственно 2, 3, 4, 5, 6, 7 грудных позвонков.
- 7) Рекомендуются усиленное питание с включением большого разнообразия белков для повышения онкотического давления крови, соленые и острые блюда, систематическое занятие спортом (не менее 1 часа в день). Необходимо подчеркнуть, что соли натрия, кальция, калия, магния повышают осмотическое давление в крови и удерживают молекулы воды внутри кровеносных сосудов. Поэтому больным гипотонией рекомендуется потреблять большое количество солей: пить минеральную воду, кушать соленые огурцы и помидоры и т. д.

Другие болезни с недостатком энергии в меридиане печени встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

2. Геморрой. Геморрой является болезнью, вызванный воспалением чрезмерно расширенных венозных узлов прямой кишки, а точнее вен ануса. Вены контролируются меридианом печени, мышца ануса – меридианом почек. Иглотерапия может не только ликвидировать боль, но и значительно уменьшить размеры геморроидальных узлов. Украинские иглотерапевты Е.Л.Мачерет и И.З.Самосюк рекомендуют воздействовать на следующие точки акупунктуры: Т.20 (уменьшает размеры венозных узлов), Т.1,2,4, V.23 – 36,54,57,60, VB.39, RP.1,3,5,6, MC.4,5, P.7, R.7. Аурикулярные точки: прямая кишка (точка № 81), толстый кишечник (91), шэнь-мэнь (55), селезенки (98), анус (119), простата (93), надпочечник (13).

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Геморрой лечится следующими акупунктурными точками: RP.5, 6, V.40, R.7, T.4, 20.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- **Краниоакупунктура.** При очень сильных болях при геморрое прибегают к скальпотерапии в зону кишечника (зона № 5). Зона № 5 находится на лбу. Если от наружного угла глаза провести линию точно перпендикулярно вверх , то образуется третья боковая линия головы. На месте пересечения линии с передней (лобной) границей волосистой части головы находится начальная точка зоны кишечника, которая далее проходит вниз под кожей лба на 2 сантиметра. Игла вводится в начальную точку зоны на длину 2 см и периодически, но интенсивно, подкручивается на протяжении 10 минут. Благодаря этой процедуре боли полностью прекращаются на протяжении суток.
- **Тибетская медицина** советует лечить геморрой введением в анус на 2 минуты сосульки (цилиндрического кусочка льда) диаметром 1 см.
- **Народные целители** в Белоруссии лечат геморрой следующим образом. Перед началом сеанса лечения делается очистительная клизма, промежность моется с

мылом. Курс лечения состоит из 6 - 10 сеансов, которые лучше проводить через день. Во время сеанса проводятся следующие процедуры.

- 1) Пальцевое вправление геморроидальных узлов проводится следующим образом. Врач надевает резиновый напальчник на правый указательный палец (или перчатку), обильно смазывает его вазелином и вводит в задний проход. Далее нащупываются поочередно наружные и внутренние расширенные венозные узлы, они прижимаются к костям малого таза, нежно массируются и вправляются (ликвидируются). Иногда вправление крупного узла длится 5 – 10 минут. После вправления всех узлов пациент не должен вставать, напрягаться, перевертываться в постели на протяжении нескольких часов. Большинство узлов при щадящем режиме повторно не выпячиваются.
- 2) В том случае, если какой-то геморроидальный узел нагноился, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, добавляют сухой порошок кристаллического пенициллина (все содержимое флакона), перемешивают и растворяют в вазелине.
- 3) В том случае, если геморроидальные узлы очень болезненны, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, подмешивается порошок новокаина, или совкаина, или дикаина, или анестезина. Анестетик всасывается в слизистую ануса и боли прекращаются. С большим успехом используются ректальные свечи с местно анестезирующим веществом или красавкой: «Анузол», «Белластезин», «Павестезин», «Анестезол» и др.
- 4) В том случае, если венозные узлы кровоточат, то в вазелин добавляют порошок гемостатического средства: этамзилат (таблетку растирают чайной ложечкой в порошок), фибриноген, тромбин, хлористый кальций, викасол (витамин К) и т. д. Одновременно назначают для внутреннего потребления гемостатическую фитотерапию: настойку логохилуса, листа крапивы, тысячелистника, перца водяного, калины, арники, эскузан.
- 5) Для уменьшения размеров геморроидальных узлов внутрь и местно (в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник), используют вещества, осуществляющие спазм стенок вен (ангиопротекторы): трибенол (трибенозид, гливенол – повышают тонус стенок венозных сосудов), эсфлазид, анавенол, добезилат и многие другие. Одним из самых лучших венотонических средств является конский каштан. Его потребляют внутрь в виде горячего настоя. Из его плодов выпускаются препараты «Эсфлазид» и «Эскузан». Для ванн и компрессов на анальную область при геморрое используется настой из сбора: семя каштана конского – 30 г на литр воды, цветки ромашки аптечной – 30 г, листья шалфея – 20 г, кора дуба – 50 г. Для лечебных клизм рекомендуется настой семян льна.
- 6) Сразу после завершения курса лечения сам больной на протяжении 10 дней делает микроклизмы из вяжущих веществ, которые сокращают поверхность слизистой кишечника, и тем самым способствуют «сухости» слизистой ануса, натяжению слизистой и противостоят рецидиву, а выпадения венозного узла. Для этого применяются растения: кора дуба, цветы ромашки аптечной, тысячелистник, мать – и – мачеха, багульник болотный. Если у пациента наружный геморрой, то микроклизмы лучше заменить длинным марлевым тампоном, смоченным в растворе вяжущего вещества. Существуют ректальные свечи с содержанием вяжущего вещества («Неоанузол» содержит танин и окись цинка).

На всю оставшуюся жизнь рекомендуется не поднимать тяжести и не тужиться при акте дефекации, так как при этом возрастает внутрибрюшное давление и это приводит к растяжению геморроидальных вен. Для того, чтобы акт дефекации проходил без усилий

прибегают к клизмам с раствором крахмала или смазывают вазелином слизистую ануса, а чтобы он происходил как можно реже рекомендуется предельно сократить количество потребляемой пищи или начать лечение голодом. Рекомендуется избегать сидячей работы и длительного пребывания «сидя на корточках». Для улучшения циркуляции крови в полости малого таза и для укрепления вен рекомендуется ежедневный бег на длинную дистанцию. Неизбежен рецидив геморроя, если произошло заболевание кишечника с поносом: дизентерия, пищевое отравление, инфекционный колит.

3. Варикозное расширение вен. Болезнь вызывается асептическим воспалением (тромбофлебитом) чрезмерно расширенных венозных узлов на ногах. Тонус вен контролируются меридианом печени. При избытке энергии в меридиане вены спазмируются, при недостатке – становятся дряблые и расширенные. Для увеличения тонуса вен необходимо увеличить энергетический потенциал меридиана печени. Полный тромбоз (закупорка) вен с присоединением гнойного воспаления приводит к осложнению в виде варикозной (пептической) язвы, которая чаще всего образуется на голени. Для лечения варикозного расширения вен Мачерет Е. Л. и Самосюк И. З. рекомендуют брать точки: R.6, RP.5, 6, F.8,3, V.40, 58, 31 –34, VB.38, 39, 30, E.32, T.4, J.3, 4, 6.

Фитотерапия. Одним из самых эффективных методов лечения расширенных вен на ногах является обертывание ног на всю ночь марлевыми прокладками (в основном те места, где имеется множество расширенных и болезненных вен), смоченными в 3 – 9% растворе **яблочного уксуса**. (Концентрация раствора уксуса должна находиться в зависимости от индивидуальной чувствительности кожи человека к уксусу). После 3 – 5 процедур лечение прекращают до очередного ухудшения состояния больного (ремиссия часто достигает нескольких лет). Буквально "на глазах" пропадают синие скопления вен, быстро вылечивается тромбофлебит.

Глава 5. Мануальная терапия при остеохондрозах.

По статистике 47% пациентов, которые обращаются за медицинской помощью к иглотерапевту, предъявляют жалобы на болезненные явления в области позвоночника. Из 47% всех пациентов с патологией позвоночника лечились по поводу остеохондроза 33%. Каждый третий больной лечится у иглотерапевта от остеохондроза. **Самым эффективным методом лечения остеохондрозов является мануальная терапия.** Если иглотерапевт излечивает остеохондроз средней тяжести за 10 сеансов, то хороший мануальный терапевт достигает тех же клинических результатов за 2 – 3 сеанса. Вот почему автор в свою книгу ввел главу о мануальной терапии. Мануальная терапия является вторым по частоте применения методом немедикаментозного лечения болезней, после иглотерапии. Очень часто иглорефлексотерапия и мануальная терапия применяются врачами в одном сеансе. При лечении остеохондрозов и радикулитов, как ни при каких других заболеваниях, широко применяется мануальная терапия. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatiyu).

§ 60. Хиропрактика, остеопатия и мануальная терапия.

Можно предположить, что первым специалистом по мануальной терапии был охотник. Травмы, ушибы, вывихи во время охоты, естественно, вынуждали к применению каких-либо лечебных мер. Костоправство при повреждениях опорно-двигательного аппарата применялось наряду с другими методами лечения. Приписывать особые заслуги в этой области какой-либо одной стране — нет оснований. Известно, что мануальная терапия использовалась уже в Древней Греции. Так, в философском трактате Платона «Государство» приведены данные о враче Герадике из Саламарики, который применял физические упражнения и массаж при лечении различных болезней (Корн и др., 1980). Сам Гиппократ (V в. до н.э.) с помощью мануальной терапии успешно лечил заболевания позвоночника и внутренних органов. В своем труде о суставах он писал об ограниченной дислокации и подвывихах, что было близко понятиям хиропрактиков (Левит, 1978). Интересно мнение Гиппократа о том, что чрезвычайно важно состояние позвоночника, так как причина многих заболеваний связана с его патологией, и «сопоставляя сдвинутые позвонки, можно добиться излечения заболевания естественным путем». В мануальной терапии существуют сотни релаксирующих, ударных и тракционных методик. Мануальная терапия относится к одной из перспективных наук. Это наука будущего, так как весьма эффективна при лечении многих патологий, особенно при лечении патологий позвоночника.

1. Хиропрактики. За многие годы существования мануальной терапии она то признавалась панацеей, то полностью отвергалась научной медициной. Лишь с середины XIX столетия этот способ облегчения страданий людей стал развиваться вновь. В этой области произошло выделение двух специальностей на основании технических отличий и некоторых теоретических предпосылок: *хиропрактики* и *osteопатии*. Хотя системы хиропрактиков и остеопатов построены на тех предпосылках, что в основе любого патологического процесса лежит заболевание позвоночника (смещение позвонков, подвывихи и др.), которое всегда сопровождается ущемлением сосудов и нервов, проходящих через суженные и измененные межпозвоночные отверстия, отличия их в практическом отношении имели принципиальный характер. Хиропрактики (основатель D. D. Palmer) отличаются быстротой выполнения манипуляций, грубой контактной, в том числе ударной, техникой и немалым количеством осложнений. Часто эту технику называют «методикой коротких рычагов», которая заключается в воздействии контактными приемами на отростки позвоночника. Хиропрактики твердо придерживаются теории «сублюксации» позвонков. Согласно этой теории корешки ущемляются в межпозвоночных отверстиях при подвывихах межпозвоночных суставов, а специфические физические воздействия нормализует нарушенные соотношения и устраняет сдавливание корешков. Хиропрактики преимущественно используют прием манипуляции.

2. Остеопатия. Остеопаты (основателем считается A. Still), напротив, пользуются так называемой «техникой длинных рычагов», то есть оказывают воздействие на позвоночник через конечности и туловище пациента, хотя используют и отдельные сегменты. Они применяют мягкую мобилизацию и технику легкого массажа. Остеопаты придают большое значение нарушениям функций. Они рассматривают изменения в позвоночнике как остеопатическую гиперподвижность — «расслабленность». В отличие от хиропрактиков, остеопаты пользуются достижениями официальной медицины. Они достигли значительных высот в диагностике, хотя и уступают хиропрактикам в техническом отношении.

Школы остеопатов и хиропрактиков существовали в основном в США. Представители этих школ не имели медицинского образования, и вся их деятельность основывалась на практике. В дальнейшем стало возможным обучиться обеим этим специальностям в университете, где курс обучения от 14 дней постепенно увеличился до четырех лет. В университете хиропрактики и остеопаты изучали все науки, предусмотренные для подготовки судебных медиков, кроме фармакологии. Долгие столетия они враждебно противостояли официальной медицине и скептически относились к врачам. Однако, несмотря на различия во взглядах на механизм возникновения болевого синдрома, хиропрактики и остеопаты со временем разработали тонкие методики мануальной терапии, доведя ее до подлинного искусства.

3. Костопрывавы. В России во все времена было развито лечение народными средствами. До середины XIX столетия лечение больных с травмами и ортопедическими заболеваниями находилось полностью в ведении народных лекарей (знахари, костопрывавы и др.), владевших приемами оказания лечебной помощи. К сожалению, в виде какого-либо официального направления костопрывавное дело не оформилось. Единичные энтузиасты-практики в разных регионах страны в разные периоды времени пользовались большой известностью, чем еще достаточно давно привлекали внимание общественности, лишь позже — органов здравоохранения.

4. Мануальная терапия — это составная часть массажа и лечебно-физкультурного комплекса (ЛФК), которая, имея свои приемы диагностики, лечения и меры профилактики, оформилась в отдельную область медицины. Мануальная терапия направлена на устранение болевого синдрома, восстановление функций позвоночника и костно-суставного аппарата при дегенеративно-дистрофических поражениях. В середине 50-х годов XX века представители официальной медицины, применявшие приемы остеопатии и хиропрактики в своей лечебной деятельности, основали свою, новую школу, членами которой могли быть только врачи. Для того чтобы отмежеваться от хиропрактиков и остеопатов, врачебному направлению было дано название «мануальная медицина». Название исходит от латинского слова **manus** = рука, а смысловой перевод специальности – лечение при помощи физического воздействия на пациента рук врача. Специалисты организовали несколько конгрессов, которые проводятся раз в три года. На третьем конгрессе было принято решение о создании в сентябре 1965 года в Лондоне Международного общества мануальной медицины. В настоящее время, несмотря на наличие международной федерации мануальной медицины (FIMM), в мире существуют многочисленные хиропрактические и остеопатические центры (США, Англия).

В бывшем Советском Союзе появлялись сообщения о манипуляциях на позвоночнике при острых вертеброгенных болях в связи с остеохондрозом (Ткаченко, 1973; Корн и др., 1980; Яровой, 1980; Кислица, 1982; Касьян, 1985; Гойденко, 1988 и др.). В 1992 году А. А. Барвинченко выпустил «Атлас мануальной медицины», в 1993 году вышла монография А. Б. Сителя «Мануальная медицина». Мануальную терапию стали применять в Москве, Киеве, Харькове, Сочи и других городах. В настоящее время мануальная медицина в международном масштабе стала врачебной дисциплиной и всеми признана. Утвердилось положение, что ею должны заниматься врачи, профессионально подготовленные по технике выполнения манипуляций руками. В 1989 году состоялся первый Всесоюзный симпозиум по мануальной терапии (г. Москва). В исполнение его решений в 1990 году была организована Всесоюзная ассоциация мануальной медицины

(ВАММ), впоследствии — Российская федеративная ассоциация мануальной медицины (РФАММ), имеющая многочисленные региональные отделения.

§ 61. Причина возникновения остеохондрозов.

Эффективность лечения остеохондрозов у врача значительно повышается, если он знает причину возникновения этого заболевания и механизм ее развития в динамике. Этот параграф посвящен описанию причин возникновения радикулитов и остеохондрозов. Интересно отметить, что у космонавтов, которые на протяжении многих месяцев находятся в состоянии невесомости, никогда не возникает ни остеохондрозов, ни радикулитов, ни грыж диска. Это можно объяснить только тем, что в состоянии космической невесомости отсутствует гравитационная нагрузка на позвоночник. После приземления и при наличии гравитационного притяжения Земли эти космонавты очень часто болеют радикулитами и остеохондрозами, так как за время полета в невесомости их позвоночные диски отвыкают от нагрузок. (Читайте карту заболеваний космонавтов Титова, Севастьянова, Терешковой Валентины и других космонавтов).

Животные (кошка, собака, лев, лошадь, слон) никогда не болеют остеохондрозами. Ветеринары объясняют этот факт тем, что животные передвигаются на четырех лапах, а при таком виде передвижения позвоночник у них находится в горизонтальном положении. **Вертикальное положение позвоночника у человека вызывает сильное давление на позвонки и на межпозвоночные диски**, для чего позвоночник природой совсем не приспособлен. Можно утверждать, что главной причиной возникновения остеохондрозов у человека является вертикальное положение позвоночника, ведь в положении стоя (бег, хождение или стояние) и сидя люди пребывают 70% времени всей своей жизни.

1. Причина возникновения остеохондрозов. Из анатомии позвоночника хорошо известно, что между позвонками расположены межпозвоночные диски, которых в человеческом позвоночнике насчитывается 24. Межпозвоночные диски имеют диаметр у крупного мужчины до 3 сантиметров (поясничные). Толщина (высота) диска 0,6 - 1 сантиметр. Диски состоят из хрящевой ткани по периферии (annulus fibrosus) и из полужидкой, тягучей (пульпозной) ткани в виде студня (nucleus pulposus) в центре. Межпозвоночные диски исполняют роль суставов для смещения позвонков относительно друг друга. Именно благодаря многочисленным межпозвоночным дискам туловище человека может наклоняться во все стороны и вращаться вокруг оси. Остеохондрозом (или спондилоартрозом) позвоночника называют **дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков**, которые как правило сопровождаются болями в позвоночнике, а также в конечностях и туловище. Одновременно уменьшается или полностью ликвидируется объём движения в межпозвоночных суставах. **Причина разрушения гиалиновых тканей межпозвоночного диска – поражение вируса.** Как показывают исследования ученых, причина возникновения остеохондрозов состоит в следующем. Приблизительно в 70% случаев остеохондроз возникает от внедрения в тело диска вируса. Первые симптомы остеохондроза появляются после гриппа, ОРЗ, назофарингита, герпеса и т. д., которым пациент переболел за неделю (или за месяц) до начала болей в позвоночнике. Как известно, вирусы из носоглотки проникают в капилляры слизистой оболочки, а оттуда попадают в кровь. Концентрация вирусов в крови быстро возрастает, и они миллиардами разносятся по всем органам и тканям, в том числе попадают и в межпозвоночные диски. Если несколько лет тому назад произошла микротравма межпозвоночного диска, то мелкие участки омертвевшей ткани внутри

диска становятся хорошей питательной средой для размножения вирусов. Далее вирусы начинают разрушать здоровые клетки соединительной ткани диска. Возникает воспаление (дегенеративно-дистрофические изменения) межпозвоночного диска по причине разрушительного действия вируса в 70% случаев, а травмы, ревматизма и аллергического поражения в 30 % случаев. Внутри межпозвоночного диска возникает воспалительный процесс вирусного генеза. Межпозвоночные диски не содержат сосудов (и нервов), снабжаются питательными веществами благодаря диффузному пропитыванию плазмой крови всей толщи диска. Кровь в основном поступает от верхней и нижней пластин тел соседствующих позвонков. Хрящевая ткань диска набухает, отекает, увеличивается в размере. В диск перестают поступать питательные вещества и кислород, начинаются дегенеративно-дистрофические изменения тканей хряща межпозвоночного диска. Кроме того, вирусы из хрящевого диска могут током крови заноситься к рядом расположенным корешкам нерва. Тогда начинается радикулит, воспаление тела нерва, опухание, отекание, нервный ствол увеличивается в размере (по радиусу), а поэтому зажимаются в отверстиях мышечных фасций, то есть возникает туннельная невропатия. Поэтому при вирусной этиологии остеохондроза может одновременно появляться радикулит вирусного генеза. При наличии сильного иммунитета у человека в клетках костного мозга и печени вырабатываются специфические гамма-глобулины (антитела), которые быстро убивают вирусы внутри межпозвоночного диска. Клинические наблюдения указывают на положительную роль нагревания в бане всего тела, и межпозвоночного диска в частности. Нагревание межпозвоночных дисков в бане улучшает циркуляцию крови внутри хрящевых тканей диска. Но большим профилактическим эффектом обладает нагревание тела и расширение сосудов всего организма методом интенсивной физической работы на свежем воздухе (на улице, на стадионе, в лесу).

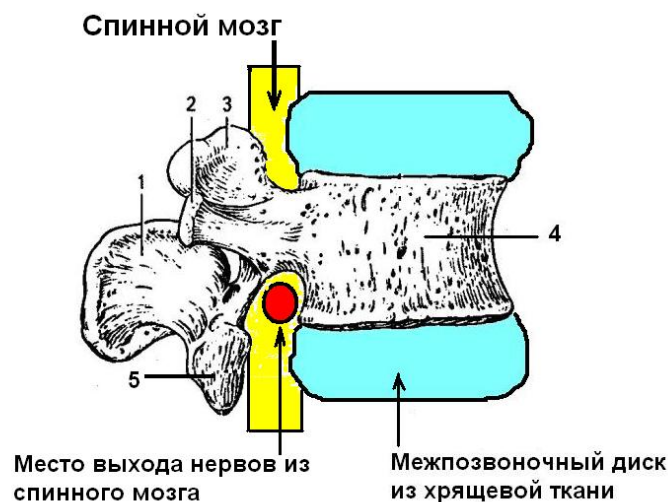


Рисунок 29. Поясничный позвонок. Обозначения: 1 – остистый отросток, 2 – поперечный отросток, 3 – верхний суставной отросток, к которому прикрепляется верхний позвонок, 4 – тело позвонка, 5 – нижний суставной отросток, к которому прикрепляется нижний позвонок.

Клинические исследования показывают, что лица, которые регулярно занимаются физкультурой на стадионе около дома (бегом, наклонами, вращением шеи, приседанием и так далее), болеют остеохондрозом в 5 раз реже, чем люди с неподвижным образом жизни. Для профилактики остеохондрозов и радикулитов очень важно хорошее

кровообращение позвонков, так как вместе с кровью к дискам поступают антитела, которые интенсивно уничтожают вирусы внутри межпозвоночного диска. У молодых и сильных людей остеохондроз излечивается без лечения через несколько дней, так как молодые обладают сильным иммунитетом, который быстро уничтожает вирусы в хряще, и как следствие этого – ликвидируются все воспалительные процессы. При слабой иммунной системе вирусы в межпозвоночном диске не погибают, а размножаются, далее частично «съедают» хрящевую ткань диска, и человек заболевает остеохондрозом. Хрящи диска играют роль «амортизирующих прокладок» при ходьбе, наклонах, изгибах, поворотах, вращении позвоночника. Нарушение питания (трофики) дисков приводит к ликвидации пластической, амортизационной функции хрящевой ткани. Хрящ может треснуть по радиусу во многих местах с образованием «широких ворот, каналов», по которым выпадает пульпозное вещество за пределы позвоночника.

Термин «дегенеративные изменения, или обменно-дистрофические процессы» указывает в данном случае на то, что от действия патологического фактора (в виде вируса или травмы) начинается медленное разрушение гиалиновых структур диска, а это приводит к частичной или полной утрате обменных и трофических функций межпозвоночного диска. Так как межпозвоночные хрящевые диски не имеют сосудов и получают питательные вещества из крови путём их диффузии, через пропитывание плазмы через пористые ткани хряща, то при дегенерации хрящевой ткани количество «пор и капилляров» резко снижается, и от этого сильно страдает питание хрящевой ткани. ***Остеохондроз — это асептическое (токсическое, травматическое) или септическое (вирусное) воспаление межпозвоночного диска, которое осложняется длительными обменно-дистрофическими изменениями хрящевой ткани. При остеохондрозе меняется биохимическая и гистологическая структура хрящевой ткани, а также ухудшаются физико-механические характеристики воспалённого межпозвоночного диска, что приводит к блокаде межпозвоночного сустава (то есть к отсутствию движения в суставе из-за чрезмерного отёка и опухания хрящевой ткани) и к возникновению болей.***

2. Механика возникновения острого остеохондроза при равномерном отёке диска. Смотрите рисунок 30 – 1, 2, 3. Итак, внутрь межпозвоночного диска попадают вирусы, токсины, антигены и антитела, он может травмироваться. Все эти причины вызывают воспаление, отёк и опухание, увеличение объёма диска. **В процессе равномерного увеличения всего объёма диска возникают три стадии остеохондроза: стадия разбухания, отёка диска, стадия образования дегенеративной хрящевой ткани, стадия возникновения грыжевых выпячиваний.**

а) Первая стадия острого остеохондроза – стадия разбухания, увеличение объёма диска. После поступления вируса (токсина, антигена) в какой-то межпозвоночный диск начинается воспалительный процесс и увеличивается объём диска. В 12% случаев диск может равномерно увеличиваться и становиться толще по всему объёму цилиндра диска. Если в норме толщина диска от одной площадки кольца тела позвонка до соседней составляет 0,7 сантиметра, то при равномерном его воспалении толщина может увеличиться до 1,5 сантиметра. Возникает патологический процесс увеличения ширины диска, что вызывает боли от натяжения выходящих из спинного мозга периферических нервов и от вытяжения связок, окружающих диск. **Смотрите рисунок 30 - 1.**

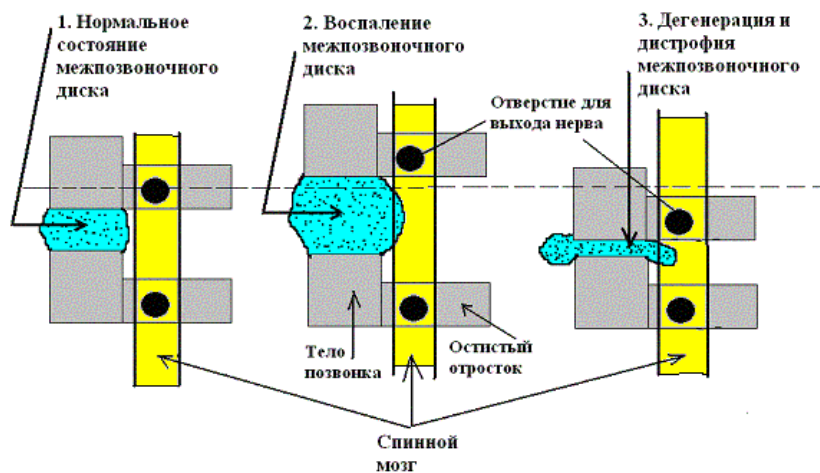


Рисунок 30 № 1, 2, 3. Схематическое изображение трёх стадий остеохондроза.

Возьмем пример из обыденной жизни. Если по пальцу сильно ударить молотком, то он воспалится, опухает и увеличивается в размере (становится толстым). Аналогичный процесс отёка тканей происходит в межпозвоночном диске. По причине тотального опухания диска, когда его объём увеличивается в 1,5 – 2 раза, возникают боли в позвоночнике. **Правда, надо внести поправку – сам межпозвоночный диск не имеет болевой иннервации, поэтому усиление болей связано с выпячиванием хрящевых тканей диска и увеличением давления на окружающие его связки, на корешки рядом расположенных нервов, и на твёрдую и мягкую оболочки спинного мозга (при заднем остеохондрозе и при задней грыже диска). Именно окружающие диск мягкие ткани, а не сам диск, являются источниками болей при остеохондрозах.** Итак, происходит увеличение объема воспаленного межпозвоночного диска, поэтому увеличивается расстояние между позвонками. Как следствие «воспалительного разбухания» межпозвоночного диска происходит увеличения расстояния между отверстиями, через которые корешки нервов покидают позвоночник. Конечно, корешки нерва по этой причине вытягиваются и на месте выхода из спинного мозга, и на месте проникновения в фасциальные отверстия паравerteбральных мышц, которые начинают болеть. В период острого воспаления межпозвоночного диска мануальная терапия противопоказана, так как все манипуляции мануальной терапии направлены на расширение пространства между позвонками, которые и без этого чрезмерно удалены друг от друга воспалённым и опухшим межпозвоночным диском. Кроме того, вирусы из хрящевого диска могут током крови заноситься к корешкам нерва, начинается их воспаление (радикулит), опухание, отекаание, они увеличиваются в размере (по радиусу), а поэтому они зажимаются в отверстиях мышечных фасций, возникает туннельная невропатия.

б) Вторая стадия острого остеохондроза – выздоровление или образование дегенеративной хрящевой ткани на месте межпозвоночного диска. Смотрите рисунок 30 - 2. Вторая стадия может проходить в двух направлениях: в направлении выздоровления (самоизлечения), и в направлении деструкции, дегенерации хрящевой ткани. **Во-первых,** у лиц с сильным иммунитетом может происходить процесс медленного выздоровления, воспаление межпозвоночного диска купируется, высота межпозвоночного диска снижается до нормы. В этот период происходит восстановление

(регенерация) разрушенных патогенным процессом тканей, наступает самоизлечение от остеохондроза за счет использования собственных сил организма. Клинически это проявляется динамикой снижения боли в области позвонков, восстанавливается нормальный объём движения в позвоночнике. **Во-вторых**, у лиц с низким иммунитетом процесс разрушения хрящевых тканей вирусами может продолжаться несколько лет (5 - 10), что, в конце концов, приводит к потере эластических свойств хрящевых тканей диска. Под действием тяжести туловища (при стоянии и ходьбе) возникает процесс «расплющивания» межпозвоночного диска. Высота диска становится в 2 – 3 раза меньше физиологической нормы и может равняться 0,3 сантиметра.

в) Третья стадия, стадия атрофического хронического остеохондроза или стадия выпадения (пролапса) пульпозного ядра с образованием дискогенных грыж. Смотрите рисунок 30 - 3. Через 5 – 10 лет, когда остеохондроз переходит в хроническое течение, скрытое разрушение хряща диска дегенеративно-дистрофическим процессом приводит к уничтожению эластичности хрящевой ткани. Длительное воздействие вирусов или ревматоидного процесса на хрящ вызывает прекращение поступления крови к дискам, уменьшается поступление кислорода и питательных веществ. В это время возникают функциональные блокады, то есть уменьшается объём движения позвоночника при наклонах, вращении, сгибании. Если здоровый межпозвоночный диск давал возможность разворачивать два соседних позвонка на угол в 10 градусов, то «больной» диск полностью блокирует движение в суставе. Для увеличения объёма движения необходимо применить усилие в виде манипуляций «по разрушению блока», которые проводят мануальные терапевты. «Снятие блока» - это есть не что иное, как насильственное вращение тел позвонков, между которыми находится дегенеративно изменённая хрящевая ткань, что заканчивается специфическим хрустом. Эта процедура улучшает кровообращение внутри хряща и способствует быстрому восстановлению (регенерации) хрящевой ткани диска. *Но если на протяжении многих лет никаких лечебных процедур не проводить, то регрессивная дегенерация тканей диска приведёт к полной потере эластичности хряща и к изменению биохимической структуры хряща. Тогда при незначительной нагрузке на позвоночник у пациента возникает полный коллапс диска с необратимыми последствиями – с образованием множественных хрящевых грыж, выходящих за пределы позвоночника.* Во время третьей стадии возникает снижение высоты диска по причине «тотального грыжевого перерождения» диска. От статических и динамических нагрузок внутри диска возникают множественные трещины, через которые происходит выпадение (пролапс) пульпозного ядра, начинается стадия дискогенных грыж.

3. Механика возникновения острого остеохондроза при краевом отёке диска. Чаще всего (в 88%) хрящ межпозвоночного диска воспаляется и увеличивает свой размер только с одного какого-то края (спереди, сзади, справа, слева). Если смотреть на диск сбоку, то он приобретает клиновидную, треугольную форму. **Смотрите рисунок 31 – 1, 2, 3.** На стороне, где происходит воспаление, толщина диска увеличивается до 1,5 сантиметра, а на здоровой стороне – остаётся равной, например, 0,5 сантиметра.

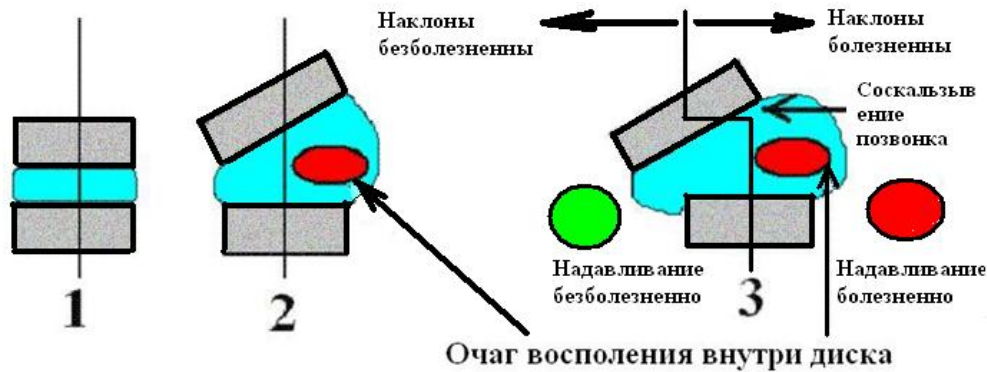


Рисунок 31 - № 1, 2, 3. Механизм сползания позвонка с вершины клиновидного диска.

а) Искривление оси позвоночника в виде лестницы. При воздействии даже незначительной продольной нагрузки на клиновидный диск (поднятие небольшой тяжести пациентом, его быстрое вставание со стула), возникает сползание позвонка в сторону и вниз (в положении пациента стоя). **Смотрите рисунок 31 - 3.** Чаще всего сползание по клиновидному диску направлено точно в левую или в правую сторону. В этом случае вышестоящий позвонок (относительно клиновидного диска) соскальзывает вниз как «с горки», и зажимает выходящий из спинного мозга периферический нерв, находящийся с противоположной стороны от очага воспаления. Поэтому попутно с левосторонним остеохондрозом возникает симптом острого правостороннего радикулита. **Острый остеохондроз (острое воспаление хряща) справа или слева от краевой пластины диска всегда приводит к возникновению «механического» радикулита с противоположной стороны от очага воспаления.** Резкое сползание вышестоящего диска вниз и сжатие корешка нерва проявляется клинически «прострелом», сильной и внезапной болью в позвоночнике. Клинику острого остеохондроза читайте в учебниках по неврологии. В этой книге автор больше обращает внимание на механику процесса. Возникает два механических процесса: искривление оси позвоночника (с образованием ступеньки, лестницы) и вращение вышележащего позвонка вокруг своей оси. Кратко опишем постоянно встречающийся при остеохондрозе симптом лестницы (или симптом противоположных наклонов), клиника которого состоит в следующем. Вместе с вышестоящим позвонком смещаются вбок и изменяют «центровку» все вышестоящие позвонки. При боковом соскальзывании поясничных позвонков (вправо или влево) у больного возникает симптом искривления туловища пациента на угол от 5 до 20 градусов, что хорошо видно в положении пациента стоя (одежда пациента должна быть снята). **При правостороннем или левостороннем остром остеохондрозе возникает симптом «противоположных наклонов»: резкое усиление болей при наклоне шеи или туловища пациента (например) влево, и боли будут отсутствовать при наклоне вправо. Кроме того, наклон в болезненную сторону (влево) очень сильно ограничен в объёме из-за боли. Также может быть болезнен и ограничен объём движения при наклоне вперёд, но тогда будет отсутствовать боль при наклоне назад.** Этот симптом невропатологи выявляют у 88 % больных остеохондрозом. Симптом «противоположных наклонов» очень важен для врача, так как он точно указывает на локализацию воспалительного очага внутри межпозвоночного диска (справа, слева, впереди, сзади) и помогает мануальному терапевту подобрать самые эффективные способы лечения. **Необходимо запомнить – боль возникает на «патологической площадке осевой лестницы», на площадке**

центральной оси позвоночника, которую при наклоне сдавливает позвоночник. Одновременно боль отсутствует на противоположной стороне межпозвоночного диска, которая свисает с уступа «ступенчатой лестницы» центральной оси позвоночника. **Смотрите рисунок 31 - 3.** Симптом «противоположных наклонов позвоночника» проявляет себя только в том случае, когда во всём позвоночнике, состоящем из 24 межпозвоночных дисков, имеется только один воспалённый (с какого-то края) диск. Но бывают случаи (в 12% от общего количества пациентов с остеохондрозом), когда воспален весь объём кольца межпозвоночного диска, или когда существует друг над другом 3 – 5 воспалённых (остеохондрозных) дисков с краевыми расположениями очага воспаления спереди, сзади, справа, слева. **Тогда будут болезненны наклоны позвоночника во все стороны и симптом «противоположных наклонов» будет отсутствовать.**

б) Другой классический синдром, который точно указывает на наличие воспалительного процесса внутри одного из 24 межпозвоночных дисков позвоночника – это **«симптом сдавливания позвоночника»** или **«симптом нагрузки»**. Если на макушку головы (или на оба плеча), сидящего на полу пациента, врач будет давить сверху двумя руками точно в вертикальном направлении, то нагрузка на межпозвоночные диски резко увеличится, и все 24 диска незначительно деформируются, сожмутся. Если один из 24 дисков позвоночника воспалён или имеет грыжу, то пациент ощутит боль в данном отделе позвоночника. При наличии патологического межпозвоночного диска в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника, пациент будет жаловаться на резкое усиление боли в соответствующих местах шеи, грудном или поясничном отделе позвоночника. Так приблизительно можно определить уровень расположения воспаления межпозвоночного диска. Но данный способ определения уровня поражения позвоночника имеет крупный недостаток. При усилении деформации позвоночника, которое создаёт врач при проведении данного обследования, может возникнуть обострение процесса течения остеохондроза, дискового радикулита, может увеличиться размер грыжевого выпячивания. Ведь причина болей в позвоночнике является сжатие нерва и растяжение связочного аппарата позвоночника. А при проведении этого симптома компрессия на эти мягкие ткани ещё больше усиливается. Поэтому автор не рекомендует врачам проводить этот вид обследования позвоночника.

в) **Хронический краевой остеохондроз.** В 23% случаях правостороннее или левостороннее воспаление диска превращается в хронический остеохондроз, который может рецидивировать (обостряться) через каждые 3 – 5 месяцев. Периодические обострения болезни говорят о том, что у данного пациента иммунная система не в состоянии справиться с патогенным фактором, который медленно разрушает хрящ, что приводит к продолжению процесса деструкции хряща (сначала с одной стороны диска, потом с обеих сторон). Через 5 лет возникает ситуация, когда внутри одного и того же межпозвоночного диска существует половина здорового хряща (например, справа), а половина полностью разрушенного хряща (например, слева). Клинику хронического остеохондроза можно прочитать в учебнике по неврологии. В этой книге автор больше обращает внимание на механику процесса, вызванного краевым отёком диска. Под действием веса собственного тела дегенеративная часть хряща (слева) вскоре проседает, уменьшает свою толщину до нескольких миллиметров, а здоровая половина хряща продолжает иметь высоту около 1 сантиметра. По этой причине могут возникать односторонние грыжи в межпозвоночном диске. Повторно образуется клиновидный диск (если его рассматривать сбоку), как и в описанном в этом параграфе случае с

возникновением одностороннего острого остеохондроза. Возникает сползание позвонка в сторону и вниз, что является главной причиной боли. Клиника хронического краевого остеохондроза мало чем отличается от клиники острого краевого остеохондроза. **Но необходимо обратить внимание, что верхняя покатая сторона диска при хроническом остеохондрозе направлена в обратную сторону, нежели при остром остеохондрозе.** Позвонок соскальзывает сверху вниз, «с горки» клиновидного хряща в обратном направлении, нежели направление движения позвонка в момент возникновения острого периода остеохондроза. Вот почему для врача очень важно узнать из анамнеза пациента о том, что раньше у него болела одна сторона шеи или туловища (был острый остеохондроз), а через 7 лет заболела противоположная сторона (начался хронический остеохондроз). Факт смены стороны боли (справа налево или наоборот) даёт врачу информацию о том, что острая стадия остеохондроза перешла в хроническую. При хроническом остеохондрозе так же образуется «лестничный изгиб» центральной оси позвоночника с возникновением болей от смещения вниз вышестоящего позвонка (со всеми вытекающими отсюда последствиями). Главным отличительным симптомом является то, что **при сгибании туловища пациент (заболевший хроническим остеохондрозом) уже жалуется на боли в противоположной стороне (место боли сравнивается с острым остеохондрозом).** Если раньше боль при наклоне была слева, то сейчас боль будет справа. Кроме того, боль в позвоночнике при хроническом процессе не столь интенсивная, как раньше (снизилась «крутизна» клина у межпозвоночного диска). Как правило, хронический остеохондроз осложняется зажатием седалищного нерва с возникновением клиники ишиаса. Другая характерная особенность – в 63% случаев лечение хронического остеохондроза более длительная (чем острого) и в 16 % случаев лечение мануальной терапией этой патологии бывает вообще не эффективной. Причина плохой эффективности лечения хронического остеохондроза – это почти полное дегенеративное перерождение хряща, который не восстанавливается в цитологическом и биохимическом отношении, а следовательно компрессия нервов и боли продолжаются. Поэтому врачи не должны быть чрезмерно самоуверенны при лечении хронических остеохондрозов, которые тревожат пациента более 15 лет.

г) Через 10 – 15 лет непрерывного деструктивного процесса в межпозвоночном диске происходит превращение краевого хронического остеохондроза (правостороннего или левостороннего) в **тотальный хронический остеохондроз**, то есть в полное дегенеративное перерождение всей хрящевой ткани диска. При этом деструктивный процесс от одной половины хряща распространяется на другую, а следовательно, охватывает весь объём диска. Клиновидность межпозвоночного диска ликвидируется, тела позвонков принимают физиологически правильное положение, однако возникают множественные грыжи диска, проявление которых и определяет клинику болезни. Клиника острого и хронического остеохондроза при равномерном отёке диска (при деструкции всего диска) читайте в начале этого параграфа.

д) **Вращение (торсия) позвоночника вокруг своей оси при возникновении клиновидного межпозвоночного диска.** Если воспаление диска, его отёк и разбухание происходит с его правого или с левого бока (но не спереди или сзади), то одновременно происходит его соскальзывание вбок и вынужденное, насильственное вращение тела позвонка вокруг оси. Торсия позвонка имеет следующий механизм возникновения. Тело верхнего позвонка, расположенного над межпозвоночным диском треугольной формы, смещается в сторону. **Смотрите рисунок 31.** При этом мышцы, которые прикрепляются к остистому отростку этого позвонка, натягиваются и смещают остистый отросток назад,

к центральной оси позвоночника. В этой чисто механической системе остистый отросток играет роль рычага, за который натянутые мышцы смещают его в сторону, к центру туловища. Тело позвонка делает невидимое глазом вращательное движение вокруг своей оси. По причине вращения позвонка вокруг оси на 2 - 3 градуса сильно натягиваются связки нервы и сосуды, выходящие из его foramen intervertebrale, и это усиливает болезненный симптом. Вполне понятно, что с возникновением поворота одного позвонка будут вращаться в ту же сторону все вышележащие позвонки.

ж) Возникновение мышечных спазмов при радикулитах. Радикулиты в 88% случаях возникают при механическом зажатии нервов «верхним, упавшим» позвонком или в при механическом зажатии нервов внутри фасциального отверстия. Скатывание «с горки» клиновидного диска позвонка сдавливает нерв, который располагается точно внизу под скользящим вниз позвонком. Верхний позвонок «сваливается сверху» и зажимает корешок нерва. Возникает острый, компрессионный радикулит с мышечными спазмами и болями. **Смотрите рисунок 31.** Нервы иннервируют все мышцы туловища и конечностей. По сжато нерву начинает поступать избыточное количество биотоков к мышцам и они сильно сокращаются, спазмируются, что является единственной причиной возникновения **мышечных болей**. Не остеохондрозы, а вторичные радикулиты вызывают болезненные сокращения мышц на груди, на спине, на ногах, и даже внутренних органов – мочевого пузыря, кишечника, мочеточника, крупных сосудов (возникает учащённое мочеиспускание, запор, импотенция у мужчин и так далее). Спазм мышц около позвоночника на протяжении нескольких лет приводит к возникновению приобретенных сколиозов. Мышцы живота также получают иннервацию от нервов, выходящих из спинного мозга. Если возникает «компрессионный радикулит» слева или справа, то при внимательном осмотре живота у лежащего на спине пациента можно заметить спазм одной части живота, от чего живот приобретает несимметричные формы.

4. Особенности остеохондроза в нижнем отделе позвоночника (зона L.5 – S.1) – это сползание (листец) позвонка L.5 вперёд. Смотрите рисунок 32. Как показывает статистика, причина возникновения люмбаго у 86 % пациентов является патологическое смещение вперёд оси позвоночника в нижнем отделе поясницы, в области L.5 – S.1. Причина состоит в особом анатомическом строении межпозвоночного сочленения между пятым поясничным позвонком L.5 и первым крестцовым позвонком S.1: хрящевой диск между этими позвонками (при рассмотрении его сбоку, слева или справа) имеет форму треугольника. Все остальные хрящевые межпозвоночные диски позвоночника имеют форму вытянутого прямоугольника. Такое анатомическое строение возникло в анатомии скелета людей из-за эволюционных особенностей человека. Более 20 миллионов лет назад предки человека (обезьяны) передвигались по поверхности Земли на четырёх конечностях, используя две ноги и две руки. Их позвоночник имел горизонтальное положение по отношению к поверхности Земли. Между ногами и позвоночником (у обезьян, собаки, коровы, слона) физиологический и анатомический угол составляет 90 градусов.

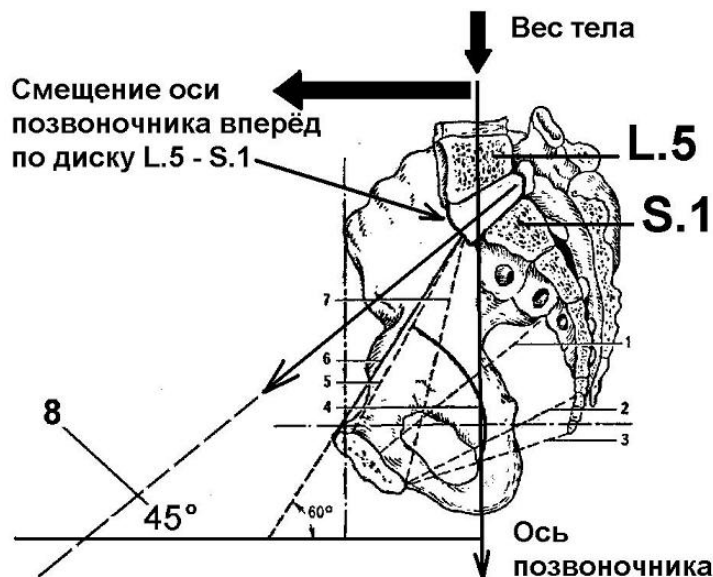


Рисунок 32. Расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 под углом 45° по отношению к горизонтальной линии (у стоящего человека). Обозначения: 1 и 5 – внутренние размеры малого таза, 2 и 3 – наружные размеры малого таза, 4 – вертикальная ось таза, 6 – анатомическая конъюгата, 7 – диагональная конъюгата, 8 – расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 под углом 45° по отношению к горизонтальной линии.

Поэтому у «обезьяньих» предков человека все межпозвоночные диски позвоночника имели форму правильного вытянутого прямоугольника (при наблюдении за позвоночником сбоку, справа или слева). У современных обезьян ветеринары никогда не диагностируют люмбаго, у них никогда не бывает болей в пояснице. Но приблизительно 10 – 15 миллионов лет назад предок человека (гоминид) выпрямился, поставил позвоночник в горизонтальное положение, и стал «прямоходящим животным». Между осью ног и осью позвоночника у прямоходящего человека образовался анатомический угол в 180 градусов, а у предка человека обезьяны этот угол составлял 90° . При беге, быстром хождении и прыжках в длину ноги людей (по отношению к оси позвоночника) ещё больше отводятся назад за спину до угла $210 - 220$ градусов. В связи с «прямохождением» людей форма позвоночника подверглась некоторым изменениям. В области перехода поясничного отдела в крестцовый возник треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1. Анатомическое строение позвоночника человека в связи с вертикальным расположением позвоночника, стало несовершенным. **По причине особого анатомического строения у людей (в отличие от животных) возникло наклонное расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 к горизонтальной линии на угол 45 градусов (при наблюдении за позвоночником сбоку).** Такое анатомическое строение позвоночника способствует сползанию позвонка L.5 вперёд и вниз. Поэтому можно утверждать об анатомической предрасположенности всех людей к заболеванию типа остеохондроза в зоне L.5 – S.1, который клинически проявляется как люмбаго. Однако, для возникновения патологического процесса соскальзывания (листеца) позвонка L.5, одного гравитационного притяжения не достаточно. Существуют мелкие вертикальные суставные отростки, которые удерживают позвонок L.5 от соскальзывания. У вертикально стоящего человека возникает дополнительный изгиб позвоночного столба назад к спине (по отношению к обезьяне) на $90^\circ - 100^\circ$. Если учесть, что у бывших предков человека (у обезьяны) нормальный угол между осью ног и позвоночника составляет 90° , то можно утверждать,

что прямохождение создало условия для возникновения особой патологии у человека в виде люмбагий и люмбоишалгий. В механизме этих болезней дополнительным неблагоприятным фактором является гравитационное притяжение Земли. Вес туловища, рук и головы у взрослого человека составляет 70 % от веса всего тела. Если средний вес взрослого человека составляет 80 килограмм, то (при положении стоя) около 60 килограммов веса тела давит на треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1. А если человек в силу производственной необходимости ещё поднимает груз 60 килограммов, то нагрузка на треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1 удваивается (60 кг вес туловища + 60 килограммов вес груза = 120 килограммов). Здоровый межпозвоночный диск L.5 – S.1 (и здоровые межпозвоночные суставы) могут выдержать такую нагрузку. Если кости ослаблены остеопорозом, позвонок L.5 может не выдержать нагрузки. Тогда диск, хрящевые ткани которого разрушены внедрившимся в него вирусом, соскальзывает вниз по треугольному диску L.5 – S.1. Далее он вытягивается, раздавливается, проседает, раскалывается, выпирает из физиологического объёма диска в виде грыж, возникают другие его механические изменения. Человек получает болезнь в виде дискового радикулита. При этом крестец, соответственно, смещается назад (при наблюдении за позвоночником сбоку). Возникает соскальзывание назад крестца (задний листез крестца с одновременным передним листезом оси всего позвоночника), который в научной литературе ещё называется «ретролистезом крестца». Только при наличии дегенеративного разрушения суставных отростков у позвонка L.5 возникает его сползание (листез) вперёд и вниз. У лежащего на животе пациента возникает «лестница» по оси позвоночника, где первой ступенью служит крестец, а второй – весь остальной позвоночник. Это и является причиной возникновения болей типа люмбаго.

Возможно, через тысячелетия непрерывной эволюции скелета человека на планете с гравитационным притяжением, анатомическое строение позвоночника человека усовершенствуется, соприкасающиеся пластины тел позвонков L.5 и S.1 примут параллельное расположение по отношению друг к другу. Тогда патология в виде люмбаго у людей исчезнет. Но пока соприкасающиеся пластины тел позвонков L.5 и S.1 расположены под углом по отношению друг к другу, а вес туловища провоцирует скольжение их «с горки» при горизонтальном расположении позвоночника.

5. От теории к практике. Знание механизма образования заболевания даёт врачу ясность в использовании соответствующих методик исправления патологических механических изменений. Что бы вылечить пациента, у которого произошло сползание позвонка L.5 вперёд и вниз, необходимо убрать «лестницу» у оси позвоночника, сделать ось позвоночника прямой. **Смотрите рисунок 33.** Мануальный терапевт может быстро помочь больному с люмбаго. Внизу описываются два метода автора этой книги, которые очень эффективны при лечении люмбаго. Оба метода основаны на подъёме пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку вверх с одновременным давлением сверху - вниз на крестец. Рассмотрим как пример автор два метода лечения люмбаго.

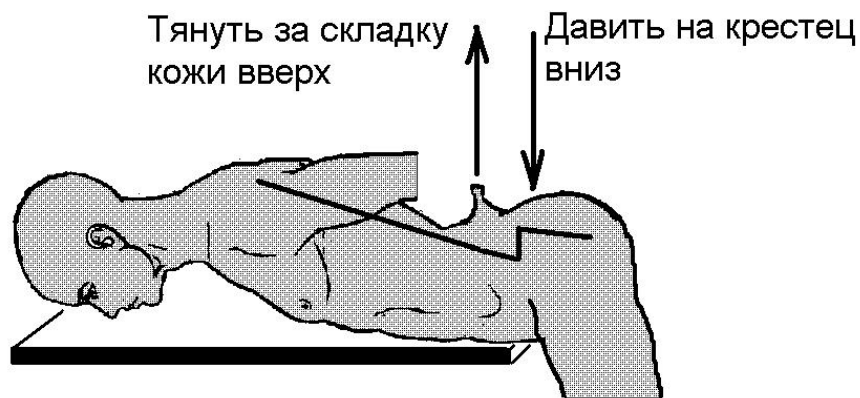


Рисунок 33. Позвоночник в зоне L.5 - S.1 искривляет свою ось в виде «лестницы». Манипуляция выравнивания оси позвоночника при помощи тракции позвонка L.5 за складку кожи и одновременного давления на крестец.

а) Манипуляция № 1 на сочленение L.5 - S.1. Подъём пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку одной рукой с одновременным давлением на крестец другой рукой. Смотрите рисунок 33. Автор этой книги часто применяет свою собственную методику для лечения болей в области нижней части поясничного отдела позвоночника. Как обычно, перед любой манипуляцией проводятся методы расслабления мышц и связок поясничной области методами изометрической релаксации, иглотерапией, массажем, прогреванием мышц в сауне. Далее пациент ложится на живот и на стол. Край стола застилают одеялом (с целью уменьшения давления острой кромки доски на живот). Кромка стола должна располагаться около костей таза лежащего на столе человека. Ноги пациента не упираются в пол, а свисают, и под действием тяжести ног таз пациента так же немного свисает вниз. Врач становится сбоку от стола. Далее врач создаёт поперечную складку кожи точно над позвонком L.5 одной рукой и тянет за складку вверх. Одновременно другой рукой врач давит вниз на место расположения крестца. При удачном проведении манипуляции позвонок L.5 поднимается вверх и слышится громкий щелчок. Боли в пояснице сразу проходят, появляется тепло в ногах. Для фиксации правильного положения позвонка L.5 на область поясницы накладывается корсет.

б) Манипуляция № 2 на сочленение L.5 - S.1. Подъём пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку двумя руками с упором в крестец запястьями двух рук. Смотрите рисунок 33. Как обычно, перед любой манипуляцией проводятся методы расслабления мышц и связок поясничной области методами изометрической релаксации, иглотерапией, массажем, прогреванием мышц в сауне. Исходное положение пациента аналогично описанному выше – пациент ложится на живот и на стол. Ноги пациента не упираются в пол, а свисают, и под действием тяжести ног таз пациента так же немного свисает вниз. Врач становится сзади от лежащего на столе пациента. Далее врач создаёт поперечную складку кожи точно над позвонком L.5 двумя руками и тянет за складку вверх. При этом запястья двух рук располагаются на крестце пациента, и ими врач давит сверху-вниз на крестец. При удачном проведении манипуляции позвонок L.5 поднимается вверх и слышится громкий щелчок. Боли в пояснице сразу проходят, появляется тепло в ногах. Для фиксации правильного положения позвонка L.5 на область поясницы накладывается корсет.

§ 62. Причина возникновения радикулитов.

В отличие от остеохондрозов мануальная терапия не в состоянии вылечить другое заболевание позвоночника – радикулит, который по клинике мало чем отличается от остеохондроза. Для того, что бы объяснить, почему мануальная терапия бессильна при лечении радикулитов, необходимо знать механизм возникновения радикулитов. Знания механизма возникновения радикулитов также объясняет, почему радикулиты прекрасно лечатся точечным массажем. Для излечения радикулита надо интенсивно массажировать болезненные точки, где возникла туннельная невропатия.

1. Механическая причина возникновения радикулитов (радикулопатий).

Радикулитом называется воспаление нерва (корешка – *radiculus* по-латыни), выходящего из спинного мозга. **Спинномозговые нервы, пп. *spinales***, представляют собой парные метамерно расположенные нервные стволы, образованные слиянием двух корешков спинного мозга: *заднего*, *radix dorsalis*, (чувствительного) и *переднего*, *radix ventralis* (двигательного). Оба корешка сближаются около межпозвоночного отверстия до выхода из него. На заднем корешке имеется утолщение — спинномозговой узел, *ganglion spinale*. Спинномозговой нерв покидает позвоночный канал через межпозвоночное отверстие, при выходе из которого он подразделяется на ряд ветвей: межрёберные нервы, нервы к внутренним органам, ветви для образования симпатических узлов (*r. albus*), тонкие веточки для иннервации твёрдой оболочки спинного мозга. **Смотрите рисунок 34 - 1.** Спинномозговые нервы выходят между двумя соседними суставами головок рёбер, а вирусное поражение нервов может осложняться воспалением этих мелких суставов. Поэтому давление пальца врача на паравертебральные мышцы вызывает очень сильную болезненность в позвоночнике, состоящей «из суммы болей» воспалённого нерва и воспалённого сустава.

Провоцирует возникновение радикулита внедрение вируса в тело нерва, а непосредственной причиной болей является механическое сдавливание нерва выпячивающимися тканями межпозвоночного диска или спазмированной мышцей, травматическое повреждение нервной ветки или воздействие на нее нейротоксинов, в результате чего диаметр нерва увеличивается. Одни штаммы нейротропных вирусов, для которых пищей служит слизистая оболочка носоглотки, кровь и нервная ткань, сначала поступают в огромном количестве в русло крови, а после этого вместе с артериальной кровью приносятся к нерву. Другие штаммы нейротропных вирусов, для которых пищей служит только нервная ткань, внедряются в маленький периферический нерв кожи при уколе, ссадине или укусе животного. После этого вирус ретроградно поражает (а иногда и полностью уничтожает) нервные клетки периферической системы, потом спинного мозга, потом головного мозга, что приводит человека к смерти. Ретроградное движение – это движение снизу вверх, а в данном случае – от периферии к центру, от нервного окончания на коже к спинному, а потом к головному мозгу. Внедрение вируса в нервную ткань приводит к опуханию нервного ствола с увеличением его диаметра. Нерв ущемляется в отверстиях мышечных фасций, возникает туннельная невропатия. В большом проценте случаев на внедрившийся вирус в тело нерва вырабатываются антитела в костном мозге и печени, антитела в виде гамма - глобулинов быстро уничтожают вирусы внутри нервного ствола и наступает выздоровление. Однако в небольшом проценте случаев внедрение нейротропного вируса приводит к опуханию, утолщению, а после и к полному уничтожению периферического нерва. При отсутствии иммунитета у пациента возникает крайне неблагоприятное течение распространения

вируса по нервным тканям: вслед за периферическим нервом уничтожается спинного мозга, а потом головной мозг, что заканчивается смертью.

Не только проникновение внутрь нерва вируса увеличивают диаметр нерва, выходящего из позвоночника на периферию. Воспаление и опухание нерва может произойти от диабетической полиневропатии, алкогольной невропатии, по причине возникновения аллергического неврита (острая димиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре), миеломной (опухолевой) полиневропатии, полиневропатии при дифтерии, при поражении нерва вирусом опоясывающего лишая (*herpes zoster*), при ревматизме, при системной красной волчанке, при травме нерва. У лиц со слабым иммунитетом причиной отека и воспаления нерва могут быть вирусы, которые вызывают грипп, ОРЗ, назофарингит, колит, энтерит, гепатит.

Чаще всего (в 99 % случаев) вирус уничтожает не весь нерв целиком, а участок нерва длиной в 1 – 2 сантиметра. По этой причине вирус становится причиной возникновения лицевого неврита, невралгии тройничного нерва, межреберной невралгии, ишиаса и так далее. Подробнее о клинических проявлениях при поражении нервной системы человека различными штаммами нейротропных вирусов читайте ниже. Из анатомии периферической нервной системы хорошо известно, что как только корешок нерва выходит из спинного мозга и позвоночника (через *foramen intervertebrale*), он вынужден проникать через толщи паравертебральных и других мышц. Каждая мышца покрыта (как чулком) прочной, эластичной фасцией. В мышечных фасциях существуют специальные отверстия для проникновения нерва через толщу мышцы на периферию тела, к коже. Преодолевая длинный путь от спинного мозга к коже, нервный ствол проникает сквозь десятки мышц и через десятки мышечных фасций. Отверстие в мышечной фасции нельзя увеличить, растянуть, и если толщина нерва увеличивается, то нерв сильно сжимается в фасциальном отверстии. Например, если какой-то нерв имел диаметр 1 миллиметр, а после развития в нем воспалительного процесса (после внедрения вируса в тело нерва) нервный ствол приобрёл диаметр в 2 миллиметра. Из-за увеличения диаметра нерва происходит процесс его сжатия в первом же фасциальном отверстии паравертебральной мышцы, которое «встречает» его сразу после выхода нерва из позвоночника (*m. erector spinae*, *m. longissimus*, *m. iliocostalis*, *m. transversospinalis* и другие). Механизм возникновения болей при компрессии нерва костной тканью или внутри фасциального отверстия называется **туннельной невропатией**. Основным клиническим симптомом компрессионной (стронгуляционной, туннельной) невропатии является интенсивная боль в месте нажатия пальца врача на месте проникновения нерва внутрь мышцы через фасциальное отверстие. Боль может возникнуть при вращении туловища или движении конечности, так как при этом происходит натяжение зажатого в фасциальном отверстии нерва. Так возникает патология, которая именуется в современной научной литературе **«туннельная невропатия корешков вертебральных (позвоночных) нервов»**, иначе **радикулитом или невропатией**. **Смотрите рисунок 34 -1, 2**. Итак, причиной возникновения радикулитов является **туннельная (или компрессионная) невропатия**. Если диаметр нерва при его воспалении увеличивается на 10% – 30%, то без сомнения сила сжатия нерва в отверстии тонкой фасции достаточно сильное. От сильного сжатия нервных клеток, которые служат в организме проводниками электричества, повреждается их тонкая изоляционная оболочка (швановская оболочка) и происходит соприкосновение «оголенных проводов» нейронов. По этой причине случаются «иннервационные ошибки» в виде иррадиации боли, когда пациент с радикулитом ощущает боль в абсолютно «здоровых» местах на руке, ноге, пояснице и так далее. По причине «короткого замыкания» пережатых нервов мускулатура чрезмерно сокращается

непосредственно над местом передавливания нерва. Например, спазмируется грушевидная мышца, которая пережимает седалищный нерв в месте его выхода из малого таза на бедро, возникает синдром грушевидной мышцы в виде боли в ягодице. Спазмируется лестничная мышца на шее с пережатием плечевого сплетения, от этого ощущается боль в плече.

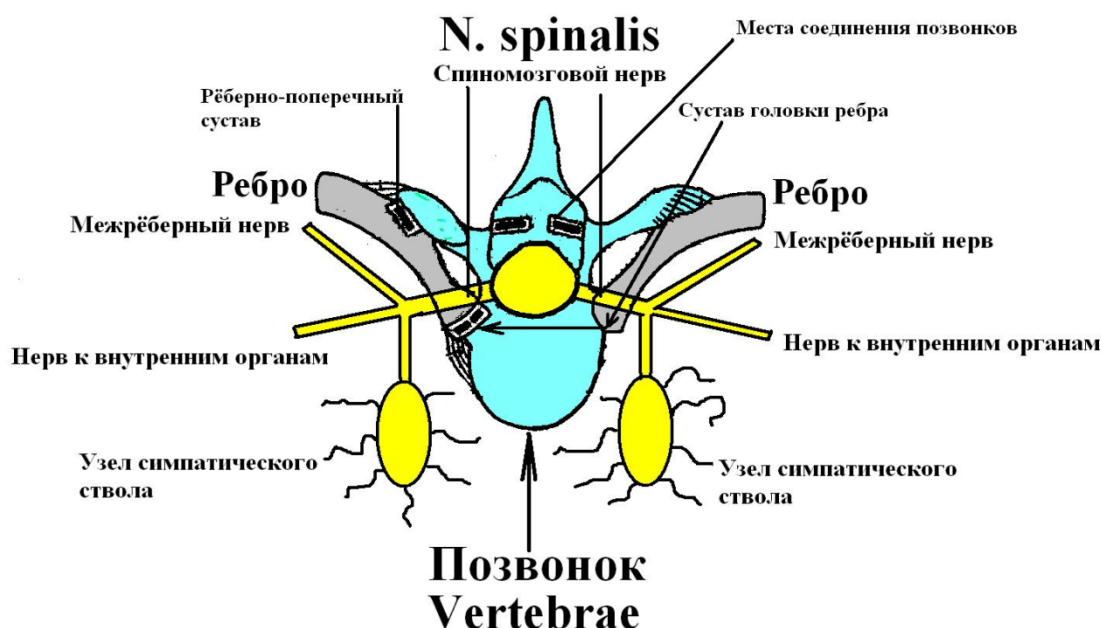


Рисунок 34 - 1. Взаимоотношение рёбер, нервов и позвонков.

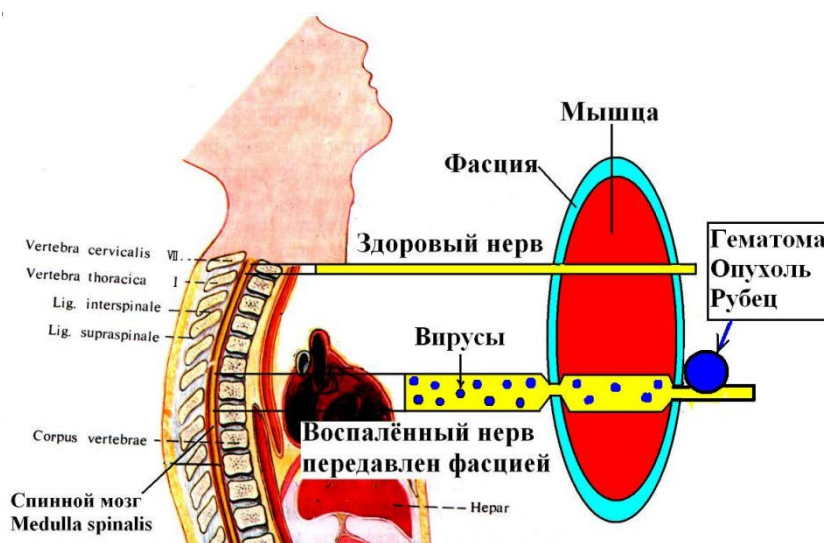


Рисунок 34 - 2. Причина возникновения радикулитов – туннельная невропатия воспалённых спинальных нервов (поражение нерва вирусом), гематома, опухоль, рубец.

По поверхности крупного нервного ствола всегда идут кровеносные сосуды (артерия и вена). При туннельной невропатии пережимаются и эти анатомические образования. Пережатые вены и артерии непосредственно около фасциального отверстия, пережимающей нерв, увеличиваются в размере в 3 - 5 раз. Именно их и пальпируют врачи, а многие медики ошибочно называют расширенные вены и артерии «скоплением солей». Получается замкнутый круг – отекший нерв зажат в фасциальном отверстии, а вены и артерии (пережатые у входа в фасциальное отверстие) расширяются

и ещё сильнее давят на нервный ствол, еще сильнее затягивает «петлю на шее нерва». Таков механизм возникновения радикулитов. Причина возникновения остеохондрозов совершенно другая.

Туннельная (или компрессионная) невропатия периферического нерва, поражённого вирусом, диагностируется в 83 % случаев. В 17 % случаев причина туннельной невропатии являются опухоли (липомы, невромы и так далее), гематомы внешние для данного нерва (гематома мышцы) и внутренние (после травмы данного нерва), рубцы из соединительной ткани после ножевых и осколочных ранений, воспалительные уплотнения после инъекций около нерва, сдавливание нерва фурунколом и так далее.

2. Клинические симптомы некоторых туннельных невропатий. Многие ученые утверждают, что радикулиты, остеохондрозы, лицевой неврит, невралгия тройничного нерва и другие болезни периферической нервной системы относятся к разновидностям туннельных невропатий, так как возникают от механического сдавливания нерва внутри отверстия в костной ткани (в местах выхода из черепной коробки), в отверстиях, образованных двумя соседними позвонками, или в отверстии плотной мышечной фасции. Сейчас кратко опишем клиническую картину некоторых туннельных невропатий, которые проявляют себя очень болезненными точками на спине, груди, животе, на голове, ногах и руках.

1) **Инъекционная невропатия.** Инъекции многих лекарств в ягодичную область, в предплечье или в плечо иногда сопровождаются поражением иглой и инъекционными растворами седалищного, лучевого, локтевого или срединного нервов. Возникает химическое поражение участка нерва длиной в 2 - 3 сантиметра. Неправильно выполненная инъекция в непосредственной близости от нерва или непосредственно в тело самого нерва приводит к его сдавлению сначала 5-10 миллилитрами раствора введенного лекарства, а затем нерв сдавливается воспаленным участком мышечной ткани, который образуется по причине неблагоприятного воздействия химического состава вещества, используемого для внутримышечного введения. По этой причине сразу после инъекции возникают сильные боли и паралич мышц в районе инъекции. Лечение: массаж противопоказан, инъекции гидрокортизона или преднизолона в эпицентр асептического воспаления и тепловые процедуры. При лечении иглотерапией брать только отдаленные точки.

2) **Невропатия надлопаточного нерва.** Первичная причина болезни – травма мягких тканей над плечевым суставом или чрезмерное напряжение мышц при физической нагрузке на плечевой сустав. Вторичная причина – сдавливание нерва вследствие локального опухания и отека мягких тканей в щели, образованной вырезкой лопатки и натянутой над ней верхней поперечной связкой лопатки. Клинические проявления болезни следующие: интенсивная боль по ночам и в положении лежа на больной стороне, при нажатии на верхнюю поверхность плечевого сустава ощущается сильная болезненность, боль обостряется при кашле и движении рукой.

3) **Невропатия подмышечного нерва.** Невропатия подмышечного нерва возникает при сдавлении его в четырехстороннем отверстии. Клиника – точечная боль при нажатии пальцем на заднюю поверхность плечевого сустава.

4) **Невропатии срединного нерва.** Срединный нерв может быть сдавлен во многих местах по всей его длине. На плече нерв может быть сдавлен шпорой плечевой кости. Тогда точечная болезненность выявляется, например, на 6 см выше внутреннего мыщелка плеча. На нижней трети плеча сдавливание нерва возникает из-за воспаления связки Стратерса. В верхней трети предплечья срединный нерв может сдавливаться внутри отверстия фасции круглого пронатора. Основная жалоба при пронаторном синдроме – точечная болезненность в области верхней половины предплечья в покое и при нажатии. Самым частым вариантом всех туннельных невропатий является такая патология срединного нерва, как синдром запястного канала. Веточка нерва пережимается в запястном канале по причине воспаления и опухания окружающих сухожилий и сухожильных влагалищ. Основным фактором развития синдрома запястного канала является физическое перенапряжение – длительное вязание, вышивание, доение коров, шлифование и т.д. Клиническая картина данного заболевания сводится к ночным и утренним болям и онемению 1, 2 и 3 пальцев руки. Точечная болезненность диагностируется при нажатии на запястье. Лечение аналогично предыдущим туннельным невропатиям.

5) **Туннельная невропатия локтевого нерва.** Сдавление локтевого нерва может происходить на уровне задней поверхности локтевого сустава, лучезапястного сустава и на ладони. Соответственно этому острая точечная боль при нажатии пальцем определяется на задне - внутренней поверхности локтевого сустава, на ладонной поверхности запястья около локтевой кости, на ладони в области основания 5 пястной кости. Упорные невропатии на ладони наблюдаются у людей, испытывающих постоянное давление на ладонь: спортсмены – велосипедисты и мотоциклисты, слесари, больные, пользующиеся при ходьбе костылями и т.д.

6) **Туннельная невропатия лучевого нерва.** Компрессионное сдавливание лучевого нерва чаще всего происходит на месте прободения нервом наружной межмышечной перегородки плеча на границе средней и нижней трети. Клиническая картина типична – полный паралич разгибателей кисти и пальцев, висячая кисть. Болевая точка обнаруживается на внутренней поверхности плеча. Лечение: инъекции гидрокортизона в болевую точку, которая располагается на соответствующей глубине. Желательно предварительно определить локализацию и глубину нахождения зоны компрессионного сдавливания тонкой иглотерапевтической иглой, которая, попав в очаг асептического воспаления, возникшего на месте сдавливания

нерва, вызовет резкую боль. После этого параллельно иглотерапевтической игле вводят инъекционную иглу и вливают раствор гидрокортизона. Реже лучевой нерв передавливается в других местах: в локтевом суставе (латеральная поверхность) и на ладони (у основания и головки 1 пястной кости). При надавливании пальцем в указанных местах возникает сильная боль.

7) **Невропатия межреберных нервов или межреберная невралгия.** Межреберные нервы проходят от позвоночника к переднесрединной линии J по межреберным промежуткам. По ходу своего распространения и последующего разветвления в мышцах и коже груди и живота они проникают через сотни мышечных фасций, где может происходить их защемление при наличии непосредственно над фасциальным отверстием воспалительного очага или опухоли. При надавливании пальцем в районе компрессии нерва больной отмечает усиление боли. При сильном сжатии туловища широким кожаным ремнем или лечебным корсетом возникает синдром «кончика ребра». Происходит сдавливание межреберного нерва концами 10, 11 и 12 ребер с возникновением острой боли в указанном месте в покое, при кашле, чихании и надавливании пальцем. Ушиб живота может осложняться ущемлением передних ветвей межреберных нервов, пронизывающих фасцию прямой мышцы живота. Клинически это проявляется «синдромом прямой мышцы живота»: наличие очень болезненных точек на брюшной стенке, а при большом их количестве пальпация внутренних органов живота становится повсеместно болезненной, что приводит к ошибочному диагнозу острой патологии органов брюшной полости. Однако, чаще всего болезнь позвоночника вызывает иррадиацию болей в какой-то участок межреберного нерва. В этом случае возникает немного другая клиническая картина. Радикулиты, опухоли спинного мозга, болезнь Бехтерева и другие патологии позвоночника вызывают не точечную болезненность, а разлитую болезненность на площади 3 - 5 квадратных сантиметров.

8) **Невропатия наружного кожного нерва бедра, болезнь Рота.** Это один из самых частых вариантов туннельных невропатий. Нерв выходит на бедро кнутри от передней верхней ости подвздошной кости. Избыточное отложение жира в передней брюшной стенке может привести к отвисанию жировых тканей при ходьбе и натяжению нервного ствола. Это и является причиной его компрессии в отверстии прободения нерва через паховую (пупартовую) связку. Клинически этот синдром проявляется не только точечной болезненностью при надавливании пальцем на соответствующее место, но и онемением и жгучей болью по передней поверхности бедра. При постоянных сильных болях требуется хирургическое вмешательство по пересечению нерва в зоне ущемления.

9) **Невропатия седалищного нерва или синдром грушевидной мышцы.** Седалищный нерв ущемляется между крестцово-остистой связкой и спастически сокращенной грушевидной мышцей, которая возникает при остеохондрозе поясничных нервных сегментов. Клинически ущемление сопровождается сильными болями в области ягодицы, при нажатии пальцем в области подгрушевидного отверстия (пространство на ягодице сзади тазобедренного сустава) боль усиливается с иррадиацией по всей длине седалищного нерва. При приведении и внутренней ротации согнутой в коленном и тазобедренном суставах больной ноги возникает сильная боль в ягодичной области на пораженной стороне. Лечение синдрома грушевидной мышцы сводится к снятию патологического спазма этой мышцы, возникающего по причине генерации потока болевых импульсов по нерву, который иннервирует грушевидную мышцу. А возникновение болевого электропотенциала на мышцу возникает вследствие остеохондроза поясничных межпозвоночных дисков. После того, как будет излечен остеохондроз, исчезнет и синдром грушевидной мышцы.

10) **Туннельная невропатия общего малоберцового нерва.** Компрессия малоберцового нерва может произойти дистальнее головки малоберцовой кости, где начинается сухожилие длинной малоберцовой мышцы, через которое проходит путь нерва по направлению к стопе. Компрессия нерва происходит при травме сухожилия, физическом перенапряжении мышц голени при работе «на корточках» (прополка сорняков, паркетные работы), при длительном сдавлении гипсовой повязкой и т.д. Клинически невропатия проявляется резкой болезненностью при надавливании пальцем в районе головки малоберцовой кости, параличом мышц – разгибателей стопы и пальцев, отсутствием тактильной чувствительности (аналгезия) на наружной поверхности голени.

11) **Туннельная невропатия большеберцового нерва.** Сдавление большеберцового нерва возникает в районе внутренней лодыжки. В этом месте располагается костно-фиброзный тарзальный канал. После подвывиха или перелома лодыжки больные долгое время испытывают боли при нажатии пальцем в области пережатого рубцовой тканью нерва, боль в подошвенной поверхности стопы и пальцев, ночные боли в стопе при покое.

12) **Невропатия подошвенных пальцевых нервов, невралгия Мортона.** Общие подошвенные нервы иннервируют пальцы стоп. Нервы проходят под глубокой поперечной плюсневой связкой, соединяющей головки плюсневых костей. Причиной развития невропатии является ношение тесной обуви и обуви на очень высоком каблуке. При этом головки плюсневых костей и проходящие между ними нервы сильно сжимаются. После длительного ношения тесной обуви возникает жгучая боль в подошве при ходьбе и в покое. При давлении пальцем между плюсневыми костями с подошвенной поверхности возникают сильные боли. Лечение типично – вводится раствор дипроспана, преднизолона, гидрокортизона между головками плюсневых костей. Введение лучше осуществлять не со стороны подошвы, а с тыла стопы, где кожа тоньше и чище. Одновременно рекомендуется носить свободную обувь. В книге упоминаются лишь некоторые виды туннельных невропатий. В медицинской практике их встречается значительно больше. Клинически невропатии проявляются как болезненные точки акупунктуры на ногах, спине, животе, груди, руках, но они ни в коей мере не указывают на существование какого-то меридиана с избытком энергии. Невропатии имеют совершенно другую причину возникновения и их методы лечения иные.

3. Общие принципы лечения радикулитов и туннельных невропатий. Туннельные невропатии прекрасно лечатся внутримышечным введением точно в болевую точку раствора гормона надпочечника (гидрокортизон, преднизолон, кортизона ацетат или дексаметазон, метилпреднизолон, кеналог, дипроспан, метипред и так далее). Как

правило, для излечения необходимо сделать одну такую процедуру. В практическом плане представляет определенную трудность введение раствора точно в место компрессии нерва с диаметром сечения в 1 мм, если этот нерв находится под толстым слоем мышц на глубине более 3 сантиметров. Для уточнения глубинной локализации места компрессии нерва применяются следующие методы. Сначала месторасположение болевой точки определяется простым нажатием пальца (пальпацией) или постукиванием (перкуссией). Далее ставится задача по определению глубины залегания зажатого участка нерва. Для этого пользуются длинной и тонкой акупунктурной иглой. Иглу медленно вводят на соответствующую глубину до места компрессии нерва. При необходимости меняется несколько раз угол наклона иглы. При соприкосновении иглы с воспаленными тканями вокруг передавленного нерва возникает острая болезненность. У людей, страдающих ожирением, поиск места ущемления нерва на груди и животе таким способом опасен, так как есть вероятность проникновения иглы в грудную или брюшную полость с поражением внутренних органов. При этом возникает такая же острая боль, как и при соприкосновении иглы с участком асептического воспаления вокруг сдавленного нерва. Поэтому необходима предельная осторожность при проведении этой операции. После того, как тонкая иглотерапевтическая игла определила глубину расположения зажатого нерва, параллельно ей проводится инъекционная игла, и раствор гормона надпочечника вливается точно внутрь воспалительного очага.

При возникновении острой боли в области туннельной невропатии, которая может проявляться у пациента в первые 3 дня болезни, противопоказан точечный массаж эпицентра боли, но рекомендуются сухое тепло (грелка), внутримышечно – витамин В-12. Иглотерапия проводится по типу лечения фантомных болей, т.е. противопоказано введение иглы в эпицентр боли, но крайне желательно воздействие иглой или сигаретой на противоположное (здоровое) плечо с сильной тонизацией на протяжении 7 минут точно в том месте, где локализуется эпицентр боли на больном плече.

4. Нейротропные вирусы. Локальное поражение нервов с последующим радикулитом или невропатией возникает от большого числа штаммов нейротропных вирусов. Вирусологи утверждают, что количество штаммов нейротропных вирусов с каждым годом увеличивается. Нейротропный вирус – это вирус, «питающийся» исключительно нервными клетками и размножающийся внутри нервных клеток. При этом другие ткани (соединительные, мышечные, печёночные, выделительные – клетки слизистых оболочек и железистые) не являются для них питательной средой. **Как показывает мировая медицинская практика с каждым десятилетием становится всё больше «опасных мутантов» у нейротропных вирусов. В 1950 году их насчитывалось 9, в 1960 году - 16, в 1980 году – 32, в 2000 году – 151. Интересно отметить, что некоторые штаммы банальных вирусов (корь, коревая краснуха, герпес, прививочный полиомиелит и другие) 200 лет тому назад избирательно не поражали нервные клетки периферических нервов. После 2000 года клиницисты и инфекционисты к своему большому удивлению всё чаще выделяют штаммы этих «типичных» вирусов, которые включили в свой «питательный рацион» исключительно нервную ткань человека, то есть стали нейротропными. Данные вирусы явно поменяли свою генную структуру и за 200 лет претерпели сильную генную мутацию. Ещё 300 лет тому назад все нервные болезни вызывали вирусы, которые проникали внутрь человеческого организма через слизистую оболочку кишечника или слизистые дыхательных путей (натуральная оспа и другие). Сейчас способ проникновения в**

человеческий организм большинства вирусов поменялся. Приблизительно в 1970 году возникли первые медленные нейротропные инфекции, когда вирусы стали активно проникать через повреждённую кожу (использование метода прививки, вакцинации). С 1980 года среди населения Земли распространился СПИД, вирус которого проникает через тонкую кожу мужского полового члена и нежные участки кожи женских наружных половых органов. Перечислим некоторые виды нейротропных вирусов:

- 1) Бешенство (вирус вызывает гибель клеток сначала периферической нервной системы, потом спинного мозга, но наиболее сильное разрушение нервных клеток происходит в головном мозгу),
- 2) болезнь Альцгеймера (медленное разрушение вирусом в основном нервных тканей головного мозга, в итоге нарушение памяти, деменция, нарушение речи, спастические параличи конечностей, смерть через 6 – 15 лет),
- 3) болезнь Крейтцфельда-Якоба (вирусное поражение головного мозга, преобладает патология психики),
- 4) боковой амиотрофический склероз (вирусное поражение в основном сегментно-ядерных мотонейронов спинного мозга, атрофия мышц, спастика, парезы),
- 5) синдром Экбома или синдром беспокойных ног (перед ночным сном возникает ощущение «ползание мурашек» по коже ног по причине вирусной полиневропатии и миелита),
- 6) паралич Ландри (центростремительное разрушение нервных клеток спинного и головного мозга вирулентным штаммом вируса полиомиелита, смерть наступает через несколько лет),
- 7) криптогенная невропатия плечевого сплетения (вирусное поражение плечевого нервного сплетения, сильные боли в плече с последующим выраженным парезом мышц плечевого пояса),
- 8) панэнцефалит подострый, склерозирующий (поражение головного мозга изменённым штаммом вируса кори, вызывает патологическую сонливость, стремление к бродяжничеству, снижает зрение, мышечные судороги, заканчивается смертью после поражения дыхательного центра в продолговатом мозге через 1 – 2 года, хронические формы протекают на протяжении 7 лет),
- 9) пандисавтономия острая (вирусное поражение вегетативной нервной системы, выраженная гипотония, ангидроз, сухость слизистых оболочек, импотенция, запор, задержка мочеиспускания, выздоровление через несколько лет),
- 10) болезнь Паркинсона – дрожательный паралич, энцефалиты, вызывающий дрожание конечностей, называемые «паркинсонизмом» (вызываются видоизменённым вирусом Экономо, энтеровирусами и так далее),
- 11) полиомиелит эпидемический передний (вызывается вирусом полиомиелита, поражаются передние рога спинного мозга, паралитические параличи),
- 12) болезнь Дюшенна, полиомиелит подострый (вирусным возбудителем предположительно является генетически изменённый штамм вируса полиомиелита),
- 13) понтийный миелиолиз (уничтожением безоболочечным вирусом нервных клеток моста головного мозга, судороги, тремор, спастическая тетраплегия, псевдобульбарные параличи, психические нарушения),
- 14) рассеянный, множественный склероз (вызывается медленной вирусной инфекцией, вирус не выделен, сначала поражается спинной мозг с болями, нарушениями чувствительности и парезами, потом – головной мозг, смерть наступает через 5 – 20 лет),
- 15) вирусный миелит (вызывают в основном энтеровирусы, вялые и спастические параличи, опоясывающие боли туловища, нарушение чувствительности),
- 16) вирусный арахноидит (вирусное воспаление паутинной оболочки головного и спинного мозга, головные боли),
- 17) серозные менингиты и энцефалиты (воспаление твёрдой мозговой оболочки и коры головного мозга, вирусы паротита, ветряной оспы, краснухи, КОКСАКИ, ЕСНО, ЭКОНОМО, вирус герпеса, гриппа, парагриппа и другие),
- 18) энцефалит клещевой, весенне-летний (вирус передаётся человеку иксодовыми клещами, обладает выраженным нейротропизмом, поражает спинной и головной мозг, вялые параличи, атрофия мышц, гемипарезы, эпилептические припадки, расстройство дыхания и сердечной деятельности),
- 19) энцефалит эпидемический, энцефалит А (летальность 30 %, возбудителем является фильтрующийся вирус, глазодвигательные нарушения, поражение ядер продолговатого мозга, расстройство дыхания и сердечной деятельности),
- 20) энцефалит японский, комариный, энцефалит Б (возбудителем является вирусом животных и птиц, передающийся комарами, сонливость, потеря сознания, бред галлюцинации, спастические парезы, летальность до 70 %),
- 21) вирус птичьего гриппа, летальность для человека 81%, данный вирусный штамм появился на Земле в 2002 году,
- 22) энцефалит острый, некротический (вызывается вирусом простого герпеса, в 74 % летальный исход, в головном мозге возникают обширные некротические очаги),
- 23) менингоэнцефалит двухволновой (возбудителем является изменённый штамм вируса клещевого энцефалита, поражает исключительно головной мозг),
- 24) энцефалит Шильдера, периаксиальный (из группы медленных нейротропных инфекций, поражает белое вещество головного мозга, головная боль, рвота, психические расстройства типа шизофрении, эпилептиформной деградации, нарушение зрения, болезнь хроническая, длится до 20 лет),
- 25) СПИД, синдром приобретенного иммунодефицита (вначале болезни поражает ткани, синтезирующие иммунные глобулины – костный мозг, печень, вилочковую железу, далее начинает активно разрушать нервные

клетки, что сопровождается заторможенностью, расстройством памяти, галлюцинациями, деменцией, смертью через 3 – 15 лет),

26) вирус натуральной оспы и другие.

1) Самым типичным представителем медленной нейротропной инфекции является вирус бешенства. Поэтому рассмотрим это заболевание более подробно. **БЕШЕНСТВО** — острое вирусное заболевание, возникающее после укуса инфицированного животного и проявляющееся поражением нервной системы (повышение возбудимости, гидро- и аэрофобия, параличи). Кончается всегда летально. **Эпидемиология.** Источником инфекции являются инфицированные животные (собаки, кошки, лисы, волки, песцы, шакалы, енотовидные собаки, барсуки, травоядные животные). Резервуаром вируса бешенства могут служить летучие мыши. Передача инфекции осуществляется при укусах (значительно реже при ослонении кожи) инфицированными животными, которые начинают выделять вирус со слюной уже в конце **инкубационного** периода. Заражение с больных людей наблюдается очень редко. Заболевание встречается в виде спорадических случаев среди лиц, не обратившихся за помощью (т. е. которым не проводились антирабические прививки). Особенно опасны укусы в голову, лицо, пальцы рук, множественные укусы. **Этиология, патогенез.** Заболевание вызывается вирусом **бешенства**, характеризующимся строгим нейротропизмом. Размеры вируса 110 — 120 мкм, относится к группе миксовирусов, все штаммы вируса однородны в антигенном отношении. Вирус может культивироваться путем заражения экспериментальных животных, в развивающихся куриных эмбрионах, в культуре ткани. **После внедрения в организм через поврежденную кожу он распространяется по нервам. Достигнув центральной нервной системы по периферическим нервным стволам, проникает в спинной, а по нейронам спинного мозга вирус проникает в головной мозг.** У зараженных животных вирус, разрушая последовательно то одну, то другую нервную клетку (также по периферической нервной системе) проникает в слюнные железы в со слюной выделяется во внешнюю среду. Другие выделения (моча, желчь, испражнения) вируса не содержат. Размножаясь в нервной ткани, вирус вызывает характерные морфологические изменения в нервных стволах, идущих от места укуса, в спинном и головном мозгу (отек, кровоизлияния, дегенеративные изменения нервных клеток). Появляются рабические узелки (лимфоцитарные инфильтраты вокруг участков поврежденных нервных клеток). Патогномичными являются цитоплазматические включения (тельца Негри), особенно густо расположенные в нейронах аммонова рога. **Симптомы, течение.** Инкубационный период длится от 10 дней до 1 года, чаще 2—3 месяца. Все симптомы возникают по причине уничтожения нервных клеток, которые являются единственным видом пищи для этого вируса. Клинически выделяют три стадии болезни: продромальную, стадию возбуждения и паралитическую. В продромальной стадии у больного появляются неприятные ощущения в области укуса (жжение, тянущие боли, зуд, ползание мурашек), которое объясняется деструктивными разрушениями тонких нервных окончаний. **Через несколько недель вирус начинает разрушать нервные клетки крупных стволов (например, плечевого или поясничного нервных сплетений), которые являются продолжением периферических нервных путей в направлении от места укуса больного животного к спинному мозгу. В этот период пациент предъявляет жалобы сначала на боли в позвоночнике, а потом на возникновение парезов и параличей крупных групп мышц.** Далее начинается разрушение нервных тканей спинного мозга с явлениями острого миелита. Вскоре вирус поднимаясь вверх по спинному мозгу и начинает разрушать нервные клетки продолговатого мозга и коры головного мозга. Появляется беспричинная тревога, депрессия, бессонница, иногда чувство сжатия в груди. Эта стадия длится 2—3 дня. Основными симптомами стадии возбуждения являются: гидрофобия, аэрофобия, повышенная возбудимость, буйство. Повышается температура тела до 39 градусов по Цельсию. Гидрофобия (водобоязнь) проявляется в том, что при приближении к губам стакана с водой у больного возникает неодолимое отвращение, сопровождающееся судорогами мышц глотки и гортани (что доказывает факт разрушения нервов), которые иннервируют мышцы шеи и головы. Затем поражаются нервы, иннервирующие дыхательную мускулатуру. Это приводит к кратковременной остановке дыхания с последующими короткими шумными, судорожными вдохами. Подобные спазмы возникают иногда при звуке льющейся воды, при слове «вода», иногда от блеска зеркала. Судороги мышц гортани и глотки возникают также от дуновения в лицо струй воздуха (аэрофобия). Нередко у больных бешенством отмечается повышенное слюноотделение, иногда неукротимая рвота. Больные возбуждены, иногда буйствуют (кричат, разбивают окна, агрессивны по отношению ко всем окружающим людям, могут быть галлюцинации). Каждый последующий приступ гидро- и аэрофобии более продолжителен и мучителен. Через 2—3 дня приступы стихают, начинается стадия параличей. Параличи обычно начинаются в мышцах области укуса, затем быстро распространяются на другие участки (туловище, конечности). Смерть наступает от паралича дыхания и упадка сердечной деятельности через 12—20 часов после появления параличей. Иногда заболевание начинается сразу со стадии возбуждения или даже с параличей. У детей бешенство характеризуется более коротким инкубационным периодом. Приступы гидрофобии и буйства могут отсутствовать. Заболевание проявляется депрессией, сонливостью, развитием параличей и коллапса. Больной ребенок может умереть уже через сутки после появления первых симптомов заболевания. **Распознавание** основывается по данным анамнеза (укус или контакт с подозрительным на бешенство животным) и характерной симптоматике (водобоязнь, аэрофобия, возбуждение, параличи). Посмертная диагностика осуществляется путем нахождения телец Негри в отпечатках или гистологических срезах аммонова рога или слюнных желез (с помощью специальной окраски или флюоресцирующих сывороток). Может быть выделен вирус. **Лечение симптоматическое.** Больного помещают в отдельную, затемненную, тихую комнату. Вводят в больших дозах морфин, хлоралгидрат, аминазин, димедрол, сердечные средства. Введение курареподобных препаратов и перевод на управляемое дыхание может лишь продлить жизнь больных на 2—3 дня. **Прогноз** всегда неблагоприятный. Смерть наступает через 1 — 3 дня с момента появления гидро- и аэрофобии

2) Наглядным примером «типичного нейротропного вируса» является вирус эпидемического полиомиелита, однако в настоящее время инфекционисты и клиницисты насчитывают 29 болезней (бешенство, энцефалит клещевой, японский, эпидемический и другие). **ПОЛИОМИЕЛИТ ОСТРЫЙ, ПЕРЕДНИЙ, ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ** (греч. polios — серый, myelos — спинной мозг). Острое вирусное заболевание, характеризующееся распространенным воспалительным процессом в центральной нервной системе с преимущественным поражением передних рогов спинного мозга и развитием вялых атрофических парезов и параличей мышц. Возбудителем являются вирусы трёх типов. Заражение происходит капельным и алиментарным путём. Вирус, попадая в глотку, желудочно-кишечный тракт, внедряется в миндалины и групповые лимфатические фолликулы (пейеровы бляшки). В лимфатической ткани происходит первоначальное размножение вируса,

откуда он по лимфатическим путям проникает в кровь, а затем в нервную систему. Воспалительный процесс в ней в первые 4 дня паралитического периода достигает наивысшей степени. Разрушение нейронов двигательного типа характеризуется мозаичностью и пестротой: наряду с погибающими имеются сохранившиеся, что получает свое отражение в клинической картине мышечного паралича. При возникновении острых проявлений болезни необходимо иметь в виду так называемый прививочный полиомиелит. Риск его возникновения ничтожен — приблизительно 1:1000 000, инкубационный период 5—15 дней (в среднем 11,6 дня после прививки) и при наличии сниженного иммунного фона у человека. Вирус уничтожает в основном двигательные волокна спинного мозга (до 70 % всего их количества). Спастический паралич фактически делает невозможным активные мышечные движения. Нервные клетки головного мозга также уничтожаются вирусом, но в меньшей степени (до 12%). Благодаря прививкам в настоящее время смертельных случаев от эпидемического полиомиелита не зарегистрировано.

Остановимся на клиниках болезней, которые вызываются некоторыми опасными для человека нейротропными вирусами. Опасные нейротропные вирусы вызывают не только воспаление коротких участков периферических нервов, но и спинного мозга и даже головного мозга. К числу опасных для человека нейротропных вирусов относится вирус бешенства, вирус, вызывающий болезнь Альцгеймера, болезнь Крейтцфельда-Якоба, паралич Ландри и многие другие. Автор упоминает о наличии этих вирусов в данном параграфе с той целью, что вызываемые ими болезни протекают сначала с поражением веточки периферического нерва, потом корешков нервов у входа в спинной мозг (радикулиты), далее спинного мозга, головного мозга, что может привести к смерти пациента. Начало заболевания всегда диагностируется невропатологами как невралгия какого-то периферического нерва или как банальный радикулит. В начальной стадии развития отсутствуют методы диагностики «медленных вирусных инфекций», опасных для человека. Врач обречён на ошибку, так как на протяжении длительного периода времени нейротропные вирусы дают клинику обыкновенных **радикулитов и остеохондрозов**. Врач не видит угрозы жизни и продолжает стандартное лечение этих болезней. Но по истечению нескольких месяцев и даже лет, эти вирусы ретроградно (то есть поднимаются снизу вверх, к головному мозгу) разрушают нервные клетки разрушают спинной мозг и головной мозг, что медленно приводит пациента к смерти. Нейротропные (медленные) вирусные инфекции имеют способность к персистенции, то есть к продвижению «по коридору», которым служит наружная оболочка нерва, к движению по направлению от периферии к центру, к ЦНС. При этом поражённый вирусом человек должен обязательно иметь чрезмерно низкий иммунитет к вирусам данного вида. Принято выделять две группы медленных нейротропных инфекций:

а) Заболевания, вызванные мутированными штаммами известных вирусов - корь, коревая краснуха, герпес и другие. Вирусы разрушают оболочку нервной клетки, далее белки цитоплазмы и ДНК клетки поступают в русло крови и воспринимаются иммунной системой организма как инородные тела – антигены. Вслед за этим развивается иммунопатологический процесс – организм вырабатывает антитела к белкам своих нервных клеток. Далее антитела уничтожают свои же нервные клетки, ошибочно воспринимая их как чужеродные тела. Губительная роль крупных, оболочечных персистирующих вирусов доказано при болезни Крейтцфельда — Якоба, подостром склерозирующем панэнцефалите и прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии. Типичным представителем давно известного, не мутированного представителя медленной нейротропной инфекции – вирус бешенства.

б) Заболевания, вызванные вирусами неизвестной природы. Всё чаще клиницисты сталкиваются с ситуацией, когда клинически болезнь протекает с симптомами разрушения и гибели нервных клеток, гистологи видят доказательства губительного действия вируса в микроскопы, но (к большому сожалению) инфекционисты не могут выделить вирус из мёртвой нервной ткани, не могут определить штамм вируса и его видовую принадлежность. ***По-видимому вирус представлен одной короткой молекулой РНК, которая легко «вклинивается» в геном клетки, сливается с ДНК нервной клетки, и поэтому определить наличие вируса внутри нервной клетки не представляется возможным.***

3) «МЕДЛЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ» НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ — хронические прогрессирующие заболевания с длительным латентным периодом, характеризующиеся поражением определенных систем и заканчивающиеся тяжелой инвалидизацией или смертью. В конечном счете проникновение вируса-паразита внутрь нервной клетки приводит ее к гибели. Медленные инфекции нервной системы относятся к нетипичным, атипичным представителям нейротропных вирусов, так как имеют очень медленную динамику развития, которая всегда приводит к гибели заболевшего больного человека. Направление «ликвидации нервных клеток» вирусом, принадлежащей к группе «нейротропных медленных инфекций» (миксо-, арбо и аденовирусы) происходит в центростремительном направлении: от периферии (от кожи) к головному мозгу. Нейротропные вирусы начинают размножаться внутри тонкого нерва кожи и подкожной клетчатки после получения человеком незначительной ранки на коже и на фоне отсутствия (или снижения) иммунитета у данного человека к данному вирусному штамму. Происходит роковая «прививка» смертельного для данного человека вируса через царапину на коже или прокол её острым предметом. Потом вирус, пожирая нервные клетки, медленно продвигается к крупному нерву, уничтожая его нервные клетки, вызывая при этом полную утрату его функций. Далее вирус продвигается к крупному сплетению, что ошибочно диагностируется врачами как возникновение радикулита или остеохондроза. Далее разрушительный процесс «впадает в русло спинного мозга», вызывая инфекционный миелит. В этот момент больной человек жалуется на боли в позвоночнике. Вирус поражает спинной мозг, вызывая многочисленные параличи и парезы, как правило, сначала мышц ног, а потом – мышц рук. В последнюю очередь вирус уничтожает нервные клетки головного мозга, вызывая многочисленные нарушения психики, то есть нарушается мышление, память, разумная деятельность. На конечном этапе своей разрушительной деятельности «нейротропной медленной инфекции» всегда происходит смерть человека.

4) БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДА — ЯКОБА — прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся быстро развивающимися психическими нарушениями, пирамидными и экстрапирамидными симптомами. Болезнь относится к медленным инфекциям нервной системы из группы спонгиозных энцефалопатий, в которую также включен ряд заболеваний человека (куру) и животных (скрепи, энцефалопатия норков). Имеются данные, что все эти болезни вызываются

одним вирусом. Заболевание воспроизведено в эксперименте. Описаны случаи заражения здоровых людей от больных лиц (при пересадке роговицы, в процессе нейрохирургических операций). Заболевание встречается с частотой 1 на 1000 000 случаев других болезней и у людей с пониженным иммунитетом. Основу патогистологических изменений в мозге составляют спонгиозное состояние ткани, а также гибель нейронов дистрофического характера коры, подкорковых образований, передних рогов спинного мозга и пролиферация астроцитарной глии. **Клиническая картина.** Заболевание возникает в возрасте 30—60 лет одинаково часто у мужчин и женщин. Встречаются как спорадические, так и семейные случаи. Клинические симптомы чрезвычайно вариабельны и зависят от стадии патологического процесса. Продолжительность заболевания не более 2 лет, смерть наступает по причине полного уничтожения нервных клеток головного мозга, в том числе и по причине уничтожения структур продолговатого мозга, где содержится дыхательный и сердечный центры.

Стадия I — продромальный период — характеризуется нарушениями психики, в основном эмоционально-волевой сферы: тревога, депрессия, отсутствие инициативы, замедленность мышления, которые могут чередоваться с периодами возбуждения, эйфории. Снижается память. Отмечается неустойчивость при ходьбе.

Во II стадии развивается картина органического поражения нервной системы: прогрессирующая деменция, парезы конечностей, экстрапирамидные нарушения в виде различных гиперкинезов, псевдобульбарный синдром, бульбарные нарушения, амиотрофии, миоклонии, фасцикуляции. Во второй стадии болезни Крейтцфельда-Якоба поражается спинной мозг по типу миелита. Миелит имеет все клинические симптомы радикулита и остеохондроза, а по этой причине у врача есть большая вероятность ошибиться в диагнозе, восприняв болезнь Крейтцфельда-Якоба как банальный радикулит.

В III (терминальной) стадии наступает глубокое слабоумие, больные впадают в прострацию, не реагируют на окружающее, дезориентированы во времени и пространстве, неопрятны; выражены мышечные атрофии, мышечная гипертония, гиперкинезы, пролежни, возможны малые и большие судорожные припадки, расстройства глотания, гипертермия. Смерть наступает при явлениях глубокой деменции, децеребрационной ригидности, при судорогах и коматозном состоянии. На ЭЭГ на ранних стадиях болезни отмечаются спайк-волны и ритмические медленные двух-трехфазные комплексы. С диагностической целью в отдельных случаях проводят прижизненную биопсию мозга.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса выделены следующие формы заболевания: 1) подострая спонгиозная энцефалопатия, характеризующаяся диффузным поражением коры и очень быстрым течением; 2) промежуточная форма, отличающаяся преобладанием изменений подкорковых структур и мозжечка; 3) дискинетическая (классическая) форма, представляющая собой сочетание деменции, пирамидных и экстрапирамидных симптомов, а в терминальной стадии и мышечных атрофии; 4) амиотрофическая форма, характеризующаяся психическими нарушениями двигательными и речевыми расстройствами; имеет сходство с боковым амиотрофическим склерозом. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений и результатах патологоанатомического исследования (биопсия, вскрытие).

5) ПАРАЛИЧ ЛАНДРИ — восходящий, быстро прогрессирующий паралич конечностей и туловища. Сначала в процесс вовлекаются дистальные отделы нижних конечностей, затем он распространяется на бедра, грудную клетку, руки, шею, лицо. Развитию двигательных нарушений иногда предшествуют боль в позвоночнике (по причине развития вирусного воспаления спинного мозга - миелита) и парестезии. Существенных расстройств чувствительности и тазовых функций обычно не бывает. Восходящий паралич Ландри – это острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия и миелит. В период эпидемии полиомиелита наблюдаются случаи паралича Ландри, обусловленные главным образом вирусным поражением спинного мозга в виде миелита. Смерть больного параличом Ландри наступает через 1 – 3 года. **Начальные проявления воспаления корешков спинальных нервов и миелита имеют клинические симптомы радикулита и остеохондроза, а по этой причине у врача есть большая вероятность ошибиться в диагнозе.**

В этой книге не описывается клиника десятков других «медленных нейротропных инфекций». Автор включил информацию о медленных вирусных инфекциях для того, чтобы обратить внимание невропатологов, врачей – иглотерапевтов и мануальных терапевтов на существование абсолютно неизлечимых вирусных болезней в современной неврологии. В природе существует огромное количество болезней, которые в начальной стадии дают клинику стандартных остеохондрозов и радикулитов, а после длительного и безуспешного лечения «внезапно» превращаются в смертельное заболевание в виде медленной вирусной нейротропной инфекции. При выявлении у пациента явных признаков радикулита и остеохондроза врач не должен гарантировать их безусловное излечение. Если к врачу обращается пациент с клиническими симптомами обыкновенного радикулита или остеохондроза, то это может быть и начальная стадия развития неизлечимой для современной медицины «медленной инфекции» в виде, например, паралича Ландри. Врачи должны осознавать, что излечение некоторых болезней типа радикулит и остеохондроз практически невозможно. **В одном случае из 5000 у невропатолога возникнет такая неблагоприятная ситуация, когда на фоне правильного лечения воспаления периферического нерва состояние пациента**

продолжает медленно ухудшаться, когда к клинике патологии нерва добавятся симптомы поражения мозга. Тогда врач должен подумать о наличии энцефалита, вызванного нейротропной медленной инфекцией, который в начале болезни дал клинику невралгии и радикулита.

Автор этой книги охарактеризовал бы современную ситуацию в мире как массированную вирусную атаку против человечества. Совместные исследования современных микробиологов и клиницистов убеждают нас в том, что до 1900 года люди всей нашей планеты почти не болели заболеваниями, которые вызывались вирусами. Статистический анализ историй болезни до 1800 года показывает наличие болезней, вызванных микробами туберкулёза, сифилиса, в виде стрептококка и стафилококка, сыпного тифа, холеры, чумы, сибирской язвы и так далее. После 1950 года началась эра массового производства антибиотиков и других противомикробных средств (сульфаниламидов, препаратов фурагинового ряда, ПАСК и так далее). Микробные заболевания медицина начала удачно излечивать. Казалось, что близится эра полной ликвидации инфекционных заболеваний и межконтинентальных эпидемий на всём земном шаре. К великому огорчению человечества кончился век микробной патологии и начался век вирусных заболеваний. Непонятно по какой причине, но начались многочисленные генетические мутации вирусов – сапрофитов (не болезнетворных вирусов), которые дали сотни новых, ранее совершенно неизвестных вирусных заболеваний. Начались глобальные эпидемии гриппа, полиомиелита, кори, ОРЗ (от мутаций сапрофитных миксовирусов, арбовирусов, аденовирусов), натуральной оспы, вирусных менингитов и энцефалитов (комариных и клещевых), лейкозов, раковых опухолей и карцином, которые вызывались вирусами, СПИДа, атипичной пневмонии и так далее. С каждым десятилетием количество совершенно новых и опасных вирусных заболеваний увеличивается. Почему происходит стремительная мутация вирусов-сапрофитов, отчего многие из них ещё 15 – 20 лет назад были не патогенные, а сегодня становятся смертельно опасными для человека? На этот вопрос современная наука дать ответ не в состоянии.

Смогут ли патогенные вирусы-мутанты уничтожить человечество в будущем? Несмотря на то, что до сих пор не существует эффективных медикаментов, которые могли бы уничтожить вирусы, которые паразитируют внутри клеток человеческого организма, человек в большинстве случаев выздоравливает, его иммунитет побеждает вирус. Вирусные заболевания не вызывают высокой смертности и практически не влияют на рост населения планеты, которое увеличивается в год на 80 миллионов человек. Пока иммунная система человека побеждает такие грозные инфекции как натуральная оспа, вирусный тиф, геморрагические лихорадки, атипичную пневмонию. Хотелось бы думать, что так будет и в дальнейшем. Однако, полная медикаментозная незащищённость человечества от вирусной инфекции настораживает ученых. Есть большая вероятность того, что в будущем (возможно, через 200 – 300 лет) появятся вирусы-мутанты, которые уничтожат иммунную систему организма (как это делают вирусы СПИД, но намного быстрее), и это неизбежно вызовет глобальную эпидемию со 100 % - ым смертельным исходом. Человечество встанет перед выбором: или наука найдёт медикаменты, которые способны убить вируса внутри клетки, или человечество всегда будет существовать с опасностью полного вымирания. Поэтому я призываю правительства всех существующих на Земном шаре государств начать финансировать международную программу по созданию эффективного противовирусного препарата широкого спектра действия, который убивает все штаммы вирусов не только вне клетки (таких препаратов фармацевты синтезировали тысячи), но и внутри клетки. Это будет работа ради счастливого будущего всего человечества.

§ 63. Клинические симптомы остеохондрозов и радикулитов.

Прежде чем начинать лечение врач должен поставить диагноз, то есть узнать – какая болезнь вызывает боли и другие патологические симптомы. Так как остеохондрозы хорошо лечатся мануальной терапией, а радикулиты нет, то у невропатолога возникает практическая необходимость в точной дифференциальной диагностике радикулитов от остеохондрозов. Невропатологи хорошо знают, что 90 % симптомов этих болезней идентичны. Этот параграф посвящён симптомам, которые могут точно указать, где врач имеет дело с остеохондрозом, а где – с радикулитом.

1. Как дифференцировать радикулит от остеохондроза. Итак, причина возникновения остеохондрозов совершенно иная, нежели у радикулита. Радикулит – это туннельная невралгия, а остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска. При радикулитах боли возникают по причине увеличения диаметра воспаленного нерва и при последующем зажатии его в фасциальном отверстии. При остеохондрозе боли возникают при изменении высоты межпозвоночного диска, при сползании, соскальзывании диска с клиновидного межпозвоночного диска и при его ротации, так как всё это вызывает натяжение корешков нервов в фасциальных отверстиях. Исходя из отличий этиопатогенеза радикулита и остеохондроза можно сделать очень важные выводы о клиническом диагностировании этих двух патологий. При помощи расспроса больного (сбора анамнеза) **никогда не удастся** дифференцировать радикулит от остеохондроза. В обоих случаях будут болезненны движения в больном сегменте позвоночника, объем активных движения снижен из-за боли, ухудшена тактильная чувствительность на

конечностях и так далее. Дифференцировать эти две патологии можно только клинически (пальпацией) и рентгенологически.

1) Диагностика остеохондроза. Для обнаружения остеохондроза надо положить пациента на живот и на твердую и ровную поверхность (на кушетку или лучше на пол). Руки пациент располагает вдоль туловища и полностью расслабляется. Далее мануалист нажимает пальцем на пространство между остистыми отростками и спрашивает пациента, не усилилась ли боль при нажатии. У полных людей нажатие лучше проводить «клином», который образуется из сжатых в кулак пальцев. «Клин» образует вторая и третья фаланга второго и третьего пальца кисти. Верхний и нижний остистый отросток пациента располагают между согнутыми в «клин» вторым и третьем пальцем руки. Пациент принимает положение лёжа на животе. Если клин образуется левой кистью, то ладонь правой кисти ложится на тыл левой кисти и производится давление сверху вниз. При давлении между остистыми отростками возникает незначительное раздвижение тел позвонков друг от друга (на 0,5 – 1 миллиметр). Итак, если нажать пальцем в область между остистыми отростками, то произойдет незначительное смещение тел позвонков: один позвонок поднимется вверх, а другой опустится вниз. Воспалённые ткани межпозвоночного диска очень чувствительны к вытяжению, и по этой причине пациент (больной остеохондрозом, а не радикулитом), сразу ощущает резкую боль. Так врач «проходит» по межостистым промежуткам от шейного отдела до крестца, и точно определяет диски, подверженные воспалению, то есть определяет наличие остеохондрозов у пациента. Если усиление боли при таком нажатии пациент нигде не ощутил, то можно утверждать, что остеохондроза у пациента нет.

а) Следующий простой метод диагностирования остеохондроза – не сильное постукивание ребром ладони по всем остистым отросткам позвоночника, что вызывает резкую боль в позвонке, верхний или нижний диск которого поражён остеохондрозом. Если постучать по паравертебральным мышцам и при этом появится боль, то это укажет на наличие у пациента радикулита.

б) Рассмотрим ещё один отличительный признак радикулита от остеохондроза: при остеохондрозе симптом Лермитта будет отрицателен, а при радикулите – положителен. Симптом Лермитта очень простой в проведении: врач наклоняет голову пациента кпереди вплоть до прикосновения подбородка с грудной клеткой. Этим действием вытягивает (на 2 – 4 миллиметра) сначала спинной мозг, а потом все корешки нервов, которые выходят из спинного мозга. Если пациент болен **остеохондрозом** в грудном и поясничном отделе (но не в шейном отделе), то он не испытывает никакой боли. Если пациент болен **радикулитом** (воспалением корешков нервов, начинающихся от спинного мозга) грудного или поясничного отделов, то больной испытает боль в виде удара тока с иррадиацией в руку или в ногу. Если у пациента поражён поперечник всего спинного мозга (вирусное или микробное воспаление в виде **миелита**, раковая опухоль, эпидурит или арахноидит – воспаление твёрдой или паутинной оболочки, окутывающей спинной мозг, рассеянный склероз – медленная вирусная инфекция, разрушающая поперечник спинного мозга и особенно его задние столбы), то пациент ощущает резкий «удар тока» с иррадиацией вдоль позвоночника. Однако нужно помнить, что в 13 % случаях остеохондроз провоцирует возникновение радикулита, поэтому в этом случае применение симптома Лермитта не поможет отличить остеохондроз от радикулита.

в) Важен ещё один симптом - объём движений в поражённом остеохондрозом межпозвоночном диске не будет снижен.

д) При остеохондрозе в 12% случаев бывает одновременно болезненно нажатие между остистыми отростками, и нажатие на паравертебральную мышцу. Следовательно, в этом случае можно утверждать, что **пациент болен одновременно и остеохондрозом и радикулитом.**

е) Внешний осмотр позвоночника. При осмотре в положении стоя раздетого пациента иногда выявляется искривление оси туловища с наклоном туловища вправо, влево, назад или вперед. Искривление оси туловища, его наклон в какую-то сторону, является абсолютным признаком остеохондроза. При радикулитах в положении больного стоя туловище будет иметь совершенно симметричный вид, без отклонения от центральной оси, но наблюдается атрофия и спазм мышц при хроническом течении радикулита.

ф) Рентгенологически также можно дифференцировать радикулит от остеохондроза. При **радикулите** на рентгеновском снимке (компьютерной томограмме, ядерно-магнитно-резонансной томограмме и так далее) не удастся выявить никаких изменений в хрящевых тканях межпозвоночного диска, наблюдается нормальная форма позвонков. В то же время при наличии **остеохондроза** рентгенологических изменений будет очень много: снижение прозрачности хрящевых тканей диска, спондилез, остеофиты, грыжи диска, снижение или увеличение высоты межпозвоночного диска, пороз (низкое содержание кальция в кости) и так далее.

к) Блокада (препятствие) движений в межпозвоночных суставах – это симптом наличия остеохондроза в межпозвоночном диске, а не радикулита. Блокады (препятствия) движения в межпозвоночных суставах в мануальной терапии относятся к одному из основных клинических симптомов, к главному объекту лечебных мероприятий для мануальных терапевтов. Вот почему блокирование «больного» межпозвоночного сустава относится к специфическому и самому важному синдрому в мануальной терапии, так как это является прямым показанием для лечения методом мануальной терапии. *Только при остеохондрозе выявляется симптом полного или частичного блокирования межпозвоночного сустава. При радикулите (без сопутствующего остеохондроза) не бывает признаков блокирования межпозвоночного сустава, потому что межпозвоночный сустав при этой патологии остаётся полностью здоровым.* Итак, при остеохондрозе подвергаются дегенеративному разрушению гиалиновые хрящи межпозвоночных дисков, и объем движения в этих суставах снижается или вообще ликвидируется. Через 3 - 5 лет непрерывных дегенеративно-дистрофических процессов происходит почти полное уничтожение хрящевой ткани в межпозвоночном диске. Возникает симптом функциональных блокад для всех видов движений в диске, симптом гипомобильности, где приставка *huro* – с латинского переводится как «снижение, уменьшение», *mobile* – «движение». Противоположная по значению приставка «*hyper*» означает наличие какого-то чрезмерного увеличения (например, «гипермобильность сустава» есть чрезмерно увеличенная подвижность сустава, его разболтанность). Благодаря наличию межпозвоночных суставов (дисков), например, в шейном отделе позвоночника человек может повернуть голову и посмотреть вверх, вниз, вправо или влево. При блокировании суставов шейном отделе позвоночника пациент не сможет повернуть голову вверх, или вниз, или вправо или влево. Например, если какой-то здоровый межпозвоночный диск дает возможность развернуть два соседних позвонка на 15 °, то «больной» диск может развернуть позвонки только на 5 °. Для увеличения объема движения необходимо применить усилие в виде манипуляций, которые в выражаются в небольшом смещении

взаиморасположения внутрисуставных соединительных тканей в виде хрящей. В 87 % случаев у пациента возникают функциональные блокады межпозвоночных суставов. **Функциональная блокада - это обратимое ограничение подвижности двигательного сегмента позвоночника, так как небольшая «глубина поражения» хряща дегенеративными процессам даёт возможность мануальному терапевту полностью восстановить подвижность в суставе и одновременно ликвидировать патологический участок кристалла деструктивной ткани внутри диска. При исследовании позвоночника функциональную блокаду надо отличать от анкилозирующей блокады (например, при болезни позвоночника в виде болезни Бехтерева), которая полностью ликвидирует движение между соседними позвонками.**

Для определения уровня ограниченности объема движения в межпозвоночном суставе мануальные терапевты пользуются классификацией мануального терапевта А. Стоддарта, который предложил очень удобную для практической деятельности классификацию степеней подвижности в «суставах позвоночника».

Первая степень — это анкилозирующая блокада в суставе, полная неподвижность в сочленении на фоне выраженного болевого синдрома, которая может быть обусловлена, например, сильным воспалительным процессом. В таком случае проведение любых манипуляций часто бывает противопоказано. Тактика мануального терапевта должна быть направлена на снижение интенсивности воспалительного процесса при помощи медикаментозного лечения, иглотерапии, физиотерапии. Ликвидация воспалительного процесса в межпозвоночном диске обязательно приведёт к возникновению безболезненных движений позвонков друг относительно друга.

Вторая степень — это блокада сочленения с частичным анкилозом, когда на фоне средней интенсивности болевого синдрома можно ощутить определенное «шевеление» в группе «больных» межпозвоночных суставов на $1^{\circ} - 5^{\circ}$. Дальнейшая ротация позвоночника болезненна. Лечение методом мануальной терапии показано. При такой подвижности врачу нужно проявить крайнюю осторожность при проведении тракций (вытяжений), мобилизации и манипуляций. Щадящую мануальную терапию надо сочетать с массивным медикаментозным лечением, иглотерапией, физиотерапией.

Третья степень — это относительно легкая функциональная блокада движения (незначительное уменьшение объема движения из-за болей) суставов, которая создает ситуацию, наиболее подходящую для мануальной терапии. Обоснованно проведение в полном объеме всех манипуляционных приемов.

Четвертая степень представляет собой нормальную суставную подвижность, когда мануальная терапия, естественно, не нужна.

Пятая степень — сверхподвижность (гипермобильность) сочленений. В этом случае проведение мануальной терапии противопоказано.

Чешско-словацкая школа мануальной терапии, используя методы физиотерапии и медикаментозное лечение, рекомендует перевести тяжелые блокады суставов (1 и 2 степень) в блокады третьей степени, а затем применять в полном объеме приемы мануальной терапии. Другими словами, при тяжелых блокадах суставов (1 и 2 степень) предлагается подключать физиотерапевтические, массажные, инъекционные, медикаментозные виды лечения с целью ненасильственного восстановления хотя бы минимальных объемов движения в межпозвоночных дисках. Только после этого можно начинать щадящую мануальную терапию.

т) Кроме того, врач должен помнить, что ощущение болей на туловище, в позвоночнике и крестце могут давать *ушибы, межреберные невралгии, заболевания легких, почек, женских половых органов, точечные боли дают туннельные невропатии* и другие патологии.

2. Диагностика радикулита. Объем движений в поражённом радикулитом межпозвоночном диске будет сильно уменьшен (от 50% до 90%). При наличии у пациента радикулита возникает сильная боль при нажатии большим пальцем руки на паравертебральные мышцы на расстоянии 1,5 - 2 сантиметров латеральнее от остистых отростков позвонков. **Правда, в этом месте у грудных позвонков находятся и рёберно-позвоночные суставы, которые могут воспаляться и давать боли при надавливании на них. Но вирусное (а тем более микробное и ревматоидное) воспаление рёберно-позвоночных суставов возникает редко. Действительно, если**

прижать пальцем воспаленные корешки нервов, выходящие из спинного мозга, то обязательно возникнут сильные боли. Существует ещё один простой метод диагностирования радикулита – постукивание кулаком по паравертебральным мышцам, которые расположены на расстоянии двух сантиметров латеральнее от остистых отростков позвонков, что вызывает резкую боль в месте туннельной невропатии (компрессии) корешка нерва.

Неврологические симптомы наличия радикулита и ишиаса. Остеохондроз никогда не даёт симптомов воспаления седалищного нерва (ишиаса). При радикулите поясничного отдела позвоночника в 65 % случаев протекает с туннельной невропатией и воспалением седалищного нерва (с ишиасом), который диагностируется следующими методами:

Симптом Ласега — боль при натяжении нерва — один из самых постоянных признаков ишиаса. Он встречается почти во всех случаях седалищной невралгии. Исследуют симптом Ласега таким образом. Больной лежит на спине с разогнутыми ногами. Врач сгибает больную ногу в тазо-бедренном суставе, поднимая её вверх. В коленном суставе нога также должна быть предельно согнута. Это не вызывает боли, ибо при таком положении ноги больной нерв расслаблен. Затем врач, оставляя ногу согнутой в тазо-бедренном суставе, начинает разгибать ее в коленном, вызывая этим натяжение n. ischiadicus, что проявляется интенсивной болью.

Перекрестный симптом Ласега (иначе называемый симптом Бехтерева): сгибание в тазо-бедренном и одновременное разгибание в коленном суставе здоровой ноги вызывают острые боли в пояснице и больной йоге.

Симптом Дежерина: усиление болей в пояснице и по ходу седалищного нерва при чиханье и кашле.

Симптом Нери: резкое пригибание головы к груди больного, лежащего на спине с выпрямленными ногами, вызывает острые боли, в пояснице и по ходу седалищного нерва.

Симптом Сикара: болезненность в подколенной ямке при подошвенном сгибании стопы.

Симптом Минора: больному предлагают подняться с пола из положения, лёжа на спине. Для этого больной ишиасом упирается руками позади спины, затем сгибает больную ногу в колене и, наконец, балансируя рукой больной стороны, при помощи другой руки и разгибая здоровую ногу, медленно поднимается.

Симптом Эрбена: понижение кожной температуры на больной ноге связано с поражением вегетативных волокон седалищного нерва. Температурная разница может быть установлена при прикосании тыльной поверхностью руки врача до симметричных участков обеих ног больного.

Симптом Бехтерева: боль при форсированном прижатии колена к постели у больного, лежащего на спине с разогнутыми ногами (при этом натягивается седалищный нерв).

3. Диагностика мануалиста. Врачу важно обратить внимание на следующее правило: ***при радикулитах мануальная терапия абсолютно не эффективна и даже вредна, а при остеохондрозах – является самым эффективным методом лечения из всех существующих!!!*** Действительно, если пациент болен радикулитом и у него воспалены корешки нервов, выходящие из спинного мозга, то невозможно вылечить эту патологию, смещая позвонки друг относительно друга, растягивая здоровые ткани межпозвоночного диска!!! Совершенно другая ситуация возникает при остеохондрозе. При остеохондрозах вытяжение воспаленного диска и другие манипуляции снимают чрезмерное сжатие тканей хряща и улучшают их кровоснабжение. Поэтому происходит быстрое выздоровление. Однако, нужно помнить, что в 13% случаев встречается ситуация, когда пациент ***одновременно болен и остеохондрозом, и радикулитом!!! Пациент может вылечить остеохондроз, но у него останутся болевые симптомы от наличия радикулита. Возможна и противоположная ситуация – излечен радикулит, но остаются боли от наличия остеохондроза. По ощущению пациента боль от остеохондроза ничем не отличается от боли по причине наличия радикулита.*** Каждой лечебной процедуре должна предшествовать мануальная диагностика, так как состояние биомеханики позвоночника и отдельных позвоночных двигательных сегментов (межпозвоночных дисков) под влиянием различных факторов и в процессе лечения может значительно меняться. Необходимо выявлять и учитывать наличие

функциональных блокад, гипермобильности и всего спектра патологических изменений позвоночника, имеющих у больного в момент выполнения лечебной процедуры. Рентген, анализы, клиническое обследование (пальпация, исследование объема движений) дополняют информацию о диагнозе. Только после установления правильного диагноза врач может приступить к лечению. Врач должен обязательно провести **дифференциальную диагностику радикулитов и остеохондрозов от болезней внутренних органов**. Необходимо обратить внимание, что похожие симптомы (например, в виде болей в области позвоночника) возникают при наличии многих других болезней, а не только при наличии радикулитов и остеохондрозов. Боли в позвоночнике могут давать травмы, раковое поражение тела позвонка (чаще всего), миелит – воспаление поперечника спинного мозга вирусной или микробной этиологии, гнойный эпидурит – воспаление твёрдой мозговой оболочки, окружающей ЦНС, арахноидит – воспаление паутинной оболочки, обволакивающей ЦНС и т.п.; острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты, дискогенная, посттравматическая, атеросклеротическая, токсическая миелопатия), пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые нарушения мозгового и венечного кровообращения (инсульты, инфаркты, эмболии артериальные окклюзии), туберкулёз лёгких, острые вирусные и микробные инфекции (грипп, менингит, энцефалит), атеросклероз почечных артерий и другие.

4. Диагностика патологии в шейном отделе позвоночника для мануального терапевта. Диагностику остеохондроза лучше проводить у пациента в сидячем положении с согнутой вперед головой. *Важно отметить, что в шейном отделе позвоночника фактически отсутствуют межпозвоночные диски между С.1 – С.2, С.2 – С.3 и С.3 – С.4. Между этими позвонками располагаются твердые, белые, суставные хрящи. Поэтому неправильным будет диагноз в виде «остеохондроза (воспаления межпозвоночного диска) верхнего, шейного отдела позвоночника». Здесь могут быть только радикулиты!!! Остеохондрозы могут быть в дисках ниже 4 шейного позвонка, и их можно легко определить следующим образом.* Усаживают пациента на стул. Голову наклоняют вперед и тогда расстояния между остистыми отростками увеличиваются. После этого врач плотно прикладывает большой палец руки в расширенное пространство между позвонками, надавливает в пространство между остистыми отростками. При наличии остеохондроза боли усиливаются. Кроме того, врач может продолжать давить подушечкой большого пальца на межостистое пространство и одновременно он может медленно запрокидывать голову пациента назад. На шейном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах.

1) Исследования пассивного наклона головы пациента назад, вперед, влево, вправо. Исследование в положении больного сидя выполняется при свободно опущенных им на колени руках, врач при этом фиксирует своими руками надплечья пациента для исключения возможности движений в плечевом поясе. Больной проводит активные движения в направлении наклона кпереди, кзади, вбок. Вращательные движения в обе стороны проводятся больным в положении наклона головы кпереди, кзади и в среднем положении, что может указать врачу на наличие функциональных блокад в верхнем или нижнем регионе шеи.

2) Исследование вращения шеи с одновременной пальпацией позвонков врачом. Врач «вилкой», образованной 1-м и 2-м пальцами рук, фиксирует дужку какого-либо позвонка. Больной при этом вращает головой в одну из сторон. По степени подвижности позвонка врач определяет степень подвижности в том или ином позвоночно-двигательном сегменте, наличие функциональных блокад или гипермобильности и их направление (справа, слева). Изучение движений в этом отделе позвоночника с сопротивлением врача движению проводится в такой же последовательности. Врач, пассивными движениями пальпируя межкостистые промежутки одной рукой, второй рукой проводит пассивные наклоны головы кпереди и кзади, определяя степень подвижности в позвоночно-двигательных сегментах. При определении функциональных блокад между 1-м и 2-м позвонками врач пальпирует остистый отросток 2-го позвонка, который находится под затылочным бугром. Другой рукой проводится пассивное вращение головы на $20 — 25^\circ$ в обе стороны. Отсутствие движения остистого отростка свидетельствует о наличии функциональной блокады. Наличие функциональной блокады в этом позвоночно-двигательном сегменте можно установить также принудительным вращением 2-го позвонка при боковом наклоне головы. Для этого врач пальцем фиксирует остистый отросток С.2, одновременно производя пассивный наклон головы вбок. Перемещение остистого отростка в противоположную сторону свидетельствует о нормальной подвижности в этом сегменте. При исследовании вращательными движениями исключаются боковые наклоны головы. Для этого врач локтем фиксирует надплечье больного, а ладонью этой же руки фиксирует теменную часть головы. Второй рукой врач, взяв больного за нижнюю челюсть, производит вращательные движения; изменив положение рук, производит вращение в противоположную сторону. Наклон головы в сагиттальной плоскости позволяет направить действия врача на верхний или нижний регион шеи. При наклоне головы кпереди блокируются сегменты ниже С.2. В нормальных условиях вращение в этой позиции составляет примерно 45° . При наклоне головы кзади более четко выявляется **ограничение вращения** в нижележащих позвоночно-двигательных сегментах. При этом с увеличением наклона головы кзади исследуются сегменты, расположенные более каудально. Из среднего положения головы проводится ориентировочное исследование вращательных движений в шейных позвоночно-двигательных сегментах. Объем движений в этой позиции в среднем равен 90° .

Исследование **подвижности атланта** относительно затылочной кости черепа проводится при максимальном вращательном движении головой. Врач, стоя сзади больного, прижимает его голову к себе и усиливает вращение, оказывая пружинящее давление на поперечный отросток С.1, расположенный между сосцевидным отростком и восходящей ветвью нижней челюсти. В норме определяется минимальная подвижность поперечного отростка. Возникновение боли и отсутствие какого-либо движения свидетельствуют о наличии функциональной блокады.

3) Для исследования подвижности в сегментах С.7 — D.1 (= С.7 — Th.1) врач, стоя сзади больного, накладывает ладони на плечи пациента, и большие пальцы упирает в боковые поверхности его остистого отростка какого-либо из указанных позвонков. Больной активно поворачивает голову в обе стороны, а врач по степени давления, оказываемого остистым отростком на палец, определяет наличие или отсутствие ограничения движения в соответствующем направлении. Таким способом последовательно определяется подвижность в верхнегрудных сегментах.

Одновременно с наклонами кзади целесообразно установить топику 7-го шейного позвонка. Как известно, этот позвонок чаще всего является наиболее выступающим в шейном регионе, однако в некоторых случаях таковым бывает 6-й позвонок. Для уточнения этого необходимо одновременно с пальпацией выступающего остистого отростка произвести пассивный наклон головы кзади. Если пальпируемый отросток уходит из-под пальца кпереди, это свидетельствует о том, что пальпируется 6-й шейный позвонок, если отросток имеет минимальную подвижность — значит это 7-й позвонок.

Для исследования пассивных боковых наклонов в положении больного сидя врач, стоя сзади него, рукой, приложенной к боковой поверхности головы, наклоняет ее в сторону исследуемого сустава. Боковой поверхностью 2-го пальца другой руки врач упирается в боковую поверхность шей в месте проекции межпозвоночных промежутков и создает этим точку опоры, через которую происходит сгибание.

4) Наличие грыжевого выпячивания (или сильного воспаления межпозвоночного сустава) определяется с помощью нагрузки, создаваемой по оси позвоночного столба, которая приводит к возникновению или усилению болевого синдрома. Для выполнения приема больного усаживают на кушетку, голова и шея его находятся в среднефизиологическом положении. Врач, стоя сзади, оказывает давление по вертикальной оси позвоночника (сверху вниз, от головы к крестцу) руками, сцепленными «в замок» и положенными на голову пациента. В то же время легкая тракция, вытяжение шеи вверх (подъем головы сидячего пациента), при наличии остеохондроза приводит к ослаблению боли.

5) Исследование пассивных движений в положении лежа имеет преимущество в связи с тем, что здесь шейные сегменты освобождаются от мышечного влияния. Изучение боковых наклонов в этой позиции связано, прежде всего, с сегментом С.1—С.2, однако данный прием удобен и для исследования нижележащих сегментов. При изучении сегмента С.1—С.2 голова пациента лежит на ладонях врача, боковые поверхности указательных пальцев его фиксируют поперечный отросток. Врач вращает голову пациента относительно оси, проходящей через кончик носа, чем и совершает наклон в исследуемом сегменте. Вторым пальцем руки врач создает точку опоры, через которую совершается сгибание, а также препятствует распространению этого движения на другие сегменты. При необходимости исследования боковых наклонов в более каудальных (то есть ниже расположенных) сегментах, пальцы врача последовательно смещаются каудально, упираясь в межпоперечные промежутки изучаемого сегмента, и голова пациента наклоняется в эту сторону.

Для определения боковых наклонов между С.0 — С.1 голова максимально отводится в сторону и лежит на ладони врача, средний палец этой руки пальпирует промежуток между поперечным отростком атланта и затылочной костью. Вторая рука врача лежит сверху, на боковой поверхности головы больного. Делая синхронные вращательные движения, ось которых проходит через кончик носа, врач определяет подвижность между пальпируемыми структурами. При изучении подвижности в сегменте С.0 — С.1 в сагиттальной плоскости (кивки вперед и назад) рука врача, подведенная под голову снизу, «вилкой» из 1-го и 2-го пальцев охватывает дужку 1-го позвонка и фиксирует его поперечные отростки. При создании пассивного кивка вперед голова немного наклонена вперед, и другой рукой, упирающейся в лоб или подбородок пациента, врач производит

небольшой толчок в каудальном направлении. При создании пассивного кивка кзади положение рук такое же, но перед выполнением приема голова наклонена несколько назад и толчок выполняется в краниальном направлении.

5. Диагностика патологии в грудном отделе позвоночника для мануального терапевта. На грудном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах. Исследование проводится в различных позициях. Ориентировочным, но весьма информативным тестом является исследование так называемой *дыхательной волны*. Пациент при этом лежит на кушетке лицом вниз. Врач располагается рядом таким образом, чтобы его глаза находились на одном уровне с туловищем пациента. Когда пациент делает несколько глубоких дыхательных движений, врач в этот момент может увидеть место ограничения движений в сегменте, которое возникает во время вдоха или выдоха, то есть увидеть направление функциональной блокады. Кроме того, визуально можно определить нарушения движения ребер при дыхании, сравнивая движения в грудной клетке с двух сторон. Следует отметить, что блокады реберных движений могут выявляться на вдохе или выдохе.

1) Изучение активных и пассивных движений в грудном отделе позвоночника проводится преимущественно в положении исследуемого пациента сидя. При этом пациент выполняет активные наклоны вперед, назад, вращательные движения и боковые наклоны. Для исследования пассивных движений в сагиттальной плоскости пациент закладывает свои руки «в замок» на шею, а врач, одной рукой удерживая локти больного, поднимает их, исследуя движения в позвоночно-двигательных сегментах при разгибании, или опускает, изучая пассивное сгибание. Другой рукой он пальпирует межостистые промежутки сверху вниз, определяя наличие подвижности между остистыми отростками.

2) Вращательные движения исследуются в том же положении пациента. Врач плотно прижимает его туловище к своему, захватив противоположное плечо рукой, пропущенной под локтем ближней к нему руки пациента. Вращение туловища пациента вокруг вертикальной оси проводится движением туловища врача. Важным условием является исключение боковых наклонов исследуемого, но допустим легкий наклон вперед, особенно у полных пациентов. Это улучшает доступ к остистым отросткам. Другой рукой врач пальпирует остистые или поперечные отростки смежных позвонков. При пальпации остистых отростков он отмечает уменьшение объема движения в заблокированном сегменте в начале движения, а при пальпации поперечных отростков (с противоположной стороны) — в момент максимального вращения. Для изучения боковых наклонов пациент скрещивает руки на груди, а врач прижимает его туловище к себе, фиксируя противоположное плечо рукой, пропущенной под руками пациента. Своим туловищем врач производит небольшие толчковые движения, наклоняя туловище пациента в противоположную сторону. Другой рукой он проводит пальпацию двух смежных остистых отростков, определяя подвижность между ними.

3) Исследование подвижности в реберно-поперечных суставах проводится в тех же позициях врача и пациента, что и при изучении вращения. Здесь врач пальпирует проекцию реберно-поперечных суставов, находящихся на расстоянии 3 - 3,5 см от остистых отростков. Одновременно с пальпацией врач проводит пассивное движение туловища пациента. При этом вначале делается наклон назад, затем вращение в

противоположную сторону от исследуемого сустава и, наконец, наклон вперед. В момент выполнения движения врач должен ощутить некоторую подвижность головки ребра.

Определение подвижности ребер можно проводить в положении пациента сидя или лежа. Рукой врач проводит пальпацию межреберных промежутков и определяет наличие ограничения подвижности между ребрами, которое может возникать на вдохе или выдохе.

6. Диагностика патологии в поясничном отделе позвоночника для мануального терапевта. На поясничном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах.

1) Исследование подвижности в межпозвоночных дисках при пассивном сгибании. Положение пациента лежа на спине. Врач одной рукой захватывает обе ноги пациента, при этом одна нога заброшена на другую. Врач, приподнимая ноги пациента и приближая их к его брюшной стенке, другой рукой проводит пальпацию межкостистых промежутков, определяя наличие подвижности. Пациент лежит на боку лицом к врачу с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Врач бедрами прижимает колени пациента и, производя качающие движения, подтягивает их кпереди, к брюшной стенке. Проводится пальпация межкостистых промежутков для определения подвижности в межпозвоночных дисках.

2) Исследование подвижности в межпозвоночном суставе (диске) при пассивном разгибании. Изучая пассивную экстензию в нижне-грудном регионе, врач укладывает пациента на живот, располагая его руки вдоль туловища. Одной рукой врач захватывает ноги пациента несколько выше коленных суставов и приподнимает их, производя качающие движения. Свободной рукой производится пальпация межкостистых промежутков. Для облегчения нагрузки врач может производить упор коленом в кушетку. Исследование при пассивном боковом сгибании проводится в таком же положении больного, но при соблюдении условия, что его ноги согнуты в коленном и тазобедренном суставах под прямым углом так, что голени расположены параллельно туловищу. Врач, захватывая ноги пациента в области колена или голени, поднимает их кверху, одновременно производя пальпацию остистых отростков позвонков с вогнутой стороны, то есть сверху.

3) При исследовании вращения в сегменте L.5 - S.1, где движения в этом направлении могут составлять 15° — 16° , И. Дворжак с соавторами (1987 год) указывает на возможность их обследования следующим способом. Пациент сидит верхом на кушетке, руки сцеплены за головой. Врач одной рукой прижимает туловище пациента к себе, удерживая его за плечи. Этой же рукой проводится пассивное вращение. Двумя пальцами другой руки врач пальпирует остистый отросток L.5 позвонка и верхнюю точку остистости гребня крестца. Смещение пальцев, фиксирующих данные точки, во время пассивного вращения будет указывать на объем движения в L.5 — S.1. Чтобы правильно оценить состояние межпозвоночного сустава (диска), все пассивные движения (приемы) необходимо проводить безболезненно, чтобы избежать возможной рефлекторно-мышечной реакции, а значит, ограничения подвижности в межпозвоночный сустав (диск) и неправильной оценки его состояния.

4) Исследования угла наклона во всем поясничном отделе позвоночника. Поясничный отдел позвоночника состоит из пяти позвонков и люмбо-сакрального перехода. Все пять позвонков имеют крупные размеры, а межпозвоночные диски здесь высокие (1/3 тела позвонка). По данным разных авторов, суммарный наклон вперед (сгибание) в этом отделе достигает 60 - 80 °, разгибание — 30 - 35 °. Боковые наклоны во фронтальной плоскости проводятся в пределах 20 — 30 °. Вращение здесь резко ограничено и составляет примерно 10 — 15 °, однако оно в обязательном порядке сопровождается боковой наклон. Позвонки при этом вращаются без наклона в противоположную сторону. **Функциональное исследование** поясничного отдела позвоночника начинают с активных движений, которые выполняются пациентом в положении стоя. При наклоне вперед при выпрямленных ногах (без развода колен) врач определяет расстояние от опущенных рук до пола. При этом определяется не только увеличенное положительное расстояние от пальцев до пола, но и отрицательное расстояние, если пациент касается пола всей ладонью. Это может указывать на признаки гипермобильности в двигательном сегменте или на способность к перерастяжению ишио-круральной мускулатуры (К. Левит, 1973). При пробе Шоберга измеряется расстояние между остистыми отростками двух позвонков, чаще всего L.5 и L.4. При наклоне вперед это расстояние в норме должно увеличиваться. При наличии патологических изменений в этом регионе оно остается без изменений. Наклон назад позволяет предположить наличие признаков **артроза дуговых суставов**, в случае если это движение вызывает болевую реакцию. Усиление лордоза в момент наклона кзади может свидетельствовать о наличии локальной гипермобильности. При боковом наклоне необходимо обращать внимание на то, чтобы пациент не сгибал коленные суставы и не отклонялся вперед и назад. Следят также за тем, до какого места ноги пациент достанет кончиками пальцев (чаще всего — несколько ниже колена), плавно ли происходит изгиб в динамике движения или в каком-либо месте возникает как бы «надлом», свидетельствующий о наличии функциональной блокады. При нормальном объеме бокового сгибания вертикальная линия, опущенная от задней подмышечной складки, должна проходить через межъягодичную складку. Отклонение этой линии до противоположного гребня подвздошной кости является признаком гипермобильности. Необходимо обращать внимание на вращательную синкинезию таза, которая в нормальных условиях возникает при боковых наклонах туловища. Таз при этом производит сложное движение: при наклоне до уровня тораколумбального перехода он вращается в противоположную от наклона сторону, а при достижении люмбосакрального перехода вновь вращается в противоположную сторону. Отсутствие синкинезии указывает на наличие функциональной блокады в каком-либо из этих отделов.

5) Симптом глубокой пальпации паравертебральных мышц. При наличии **радикулита** поясничного отдела позвоночника всегда будет болезненно давление большого пальца врача на паравертебральные мышцы, осуществляемое сзади спины пациента и спереди, через брюшную стенку.

7. Диагностика патологии в крестцово-копчиковом сочленении для мануального терапевта. Исследование крестцово-копчикового сочленения начинают с наружной пальпации, надавливая на конец копчика, подтягивая его в вентродорсальном направлении. Нужно также пальпировать боковые его поверхности. При наличии болезненности проводится пальпация через прямую кишку. Здесь необходимо пальпировать крестцово-копчиковую связку и мышцу, поднимающую анус,

напряжение которых приводит к блокаде копчика. Исследования связок, фиксирующих тазовые кости, проводятся в положении больного лежа на спине. При этом для определения степени нагруженности подвздошно-поясничной связки (lig. iliolumbalis) врач сгибает ногу пациента, расположенную с противоположной от него стороны, в коленном и тазобедренном суставах на 90°, приводит колено пациента кнутри и производит толчок по оси бедра. Возникновение неприятных ощущений или боли в поясничном регионе говорит о патологическом состоянии связки. Для исследования крестцово-подвздошной связки (lig. iliosacralis) врач приводит колено в направлении к противоположному плечу. Толчок оказывается также по оси бедра. Исследование крестцово-бугорной связки (lig. sacrotuberalis) проводится таким же образом, однако колено здесь приводится к гомолатеральному плечу.

§ 64. Общие принципы лечения остеохондрозов.

После того, как проведено обследование пациента и поставлен диагноз, врач приступает к лечению. Как и для каждого метода лечения (хирургии, иглотерапии, гипноза, физиотерапии и так далее) существуют показания и противопоказания для применения мануальной терапии. Показано лечить мануальной терапией те болезни, которые она хорошо излечивает. Запрещено лечить мануальной терапией те болезни, где этот метод не эффективен или даже может принести вред здоровью пациента. **Механизм лечебного воздействия при использовании метода мануальной терапии следующий.** Функция и трофика тесно связаны друг с другом. Причина лечебного эффекта при применении манипуляции мануальным терапевтом кроется в следующем. Межпозвоночные диски, как и все другие живые ткани целостного организма, снабжаются кровью, которая приносит хрящу кислород и питательные вещества. **Специфика кровоснабжения хрящевой ткани межпозвоночных дисков состоит в том, что хрящи не содержат ни мелких кровеносных сосудов, ни капилляров. Распространение питательных веществ по объему всей хрящевой ткани осуществляется диффузно, благодаря осмотическому просачиванию веществ по всему объему хрящевой ткани. Кровоснабжение межпозвоночных дисков происходит от тонких артерий, которые исходят из тел позвонков.** Мелкие артерии базального отдела тела позвонка на довольно большой площади подходят к хрящевой пластине (к хрящевой ткани) и только касаются поверхности хряща. Дальше питательные вещества крови и кислород распространяются диффузно по объему всей хрящевой ткани межпозвоночного хряща. При выраженном дегенеративно-дистрофическом процессе внутри хрящевой ткани межпозвоночного диска медленно накапливаются продукты патологически измененных тканей, которые препятствуют процессу диффузно – осмотического питания хрящевых тканей. Полностью прекращается поступление внутрь хрящевого диска кислорода и питательных веществ. Почему уничтожение препятствия движения в межпозвоночном диске насильственным путем (при помощи манипуляции) приводит к «чудесному и моментальному» излечению от остеохондроза? Чтобы возобновить осмотическое питание хряща диска необходимо «растереть, растолочь, измельчить» крупные частички «полуомертвевшей» ткани внутри диска. Это и делают мануальные терапевты при помощи манипуляций. Происходит механизм раздавливания крупных участков «полуомертвевшей» хрящевой ткани, что сопровождается «треском и щелчком». Иногда врач даже осязает специфическое сотрясение тела пациента в момент раздавливания «патологически измененного хрящевого кристалла». Мелкие крупинки омертвевшей хрящевой ткани раздавливаются бесшумно. После удачной манипуляции по устранению

«блокады в межпозвоночном суставе» процесс питания хрящевой ткани межпозвоночного диска улучшается в сотни раз, а высота диска, до этого чрезмерно увеличенная или уменьшенная, принимает нормальные физиологические размеры. Этим и объясняется возникновение лечебного эффекта после проведенных манипуляций костоправами, народными целителями, остеопатами, хиропрактиками и мануальными терапевтами. Мануальная терапия проводится в строго определенной последовательности.

1. Диагностика. Прежде, чем начинать лечение мануалист определяет точное расположение «больного» межпозвоночного диска. Общие и специфические методы диагностики подробно описаны в предыдущем параграфе.

2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. Подготовительным звеном для лечения является применения многочисленных методов релаксации мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск. Для релаксации мышц применяется массаж, иглотерапия, тепло, втирание мазей, перерастяжение спазмированных мышц (постизометрическая релаксация) и множество других методов и приемов. Врач стремится расслабить спазмированные мышцы вокруг «больного» диска по той причине, что их спазм мешает, препятствуют насильственному смещению позвонков относительно друг друга, усиливая «силу трения» в межпозвоночном диске. При наличии остеохондроза в грудном и в поясничном отделе позвоночника часто спазмируются мышцы живота. Одним из эффективных методов лечения остеохондрозов является массаж спазмированных мышц.

1) Диагностика спазмированной мышцы. Опишем данный метод лечения более подробно. Прежде, чем начать растягивать сильно сокращенную мышцу, расположенную в непосредственной близости от воспаленного диска, **необходимо диагностировать ее спазм.**

- Устанавливается наличие спазмированной мышцы можно пальпацией или натягиванием мышцы при помощи сгибания позвоночника в противоположную сторону. Если попросить больного нагнуться так, чтобы спазмированная мышца натягивалась, то пациент моментально почувствует боль.
- Очень часто мануальными терапевтами применяется метод диагностики спазма групп мышц с одной стороны (справа или слева) на грудном или поясничном отделе позвоночника, который называется методом **«свободно бегающих пальцев»**. Пациент раздевается до пояса и становится к врачу спиной. Врач ставит указательные пальцы правой и левой руки на паравертебральные мышцы, одна из которых патологически сокращена и требует перерастяжения (требует постизометрической релаксации). Пальцы врача располагаются на горизонтальной линии и строго на одинаковом расстоянии от остистых позвонков справа и слева. После этого врач просит больного сильно нагнуться вперед. При сгибании туловища мышцы пациента растягиваются, и пальцы врача свободно следуют за ними. Но палец в области мышечного спазма «пройдет вперед расстояние» не более 3 сантиметров, а палец на «здоровом мышечном участке» пройдет расстояние в 6 - 8 сантиметров. Так можно достаточно точно определить участок мышечного спазма в области грудного и поясничного отделов позвоночника. После определения места спазма мышцы ее необходимо перерастянуть при

помощи постизометрической релаксации или ослабить ее силу спазма другим методом (физиотерапией, иглотерапией).

- При наличии спазма крупных мышц только с одной стороны туловища возникает **симптом ложного укорочения ноги** (левой или правой) на стороне спазма. Пациент ложится на кушетку на живот, стопы свешиваются с края кушетки, и врач сравнивает уровень расположения пяток. На стороне спазма крупных мышц туловища нога будет короче на 1 – 3 сантиметра, чем длина ноги на здоровой стороне (где отсутствует спазм мышц туловища). Укорочение возникает от подтягивания ноги вверх крупными спазмированными мышцами спины и живота. При этом «симптом ложного укорочения ноги» надо дифференцировать с истинным укорочением ноги после переломов, дисплазии головки бедра, врождённых аномалий нижних конечностей.

2) Многочисленные приёмы общей и местной релаксации мышц, расположенных вокруг воспаленного или поврежденного межпозвоночного диска. Обязательным условием для успешного проведения мануальной терапии является расслабление мышц, поэтому первым этапом каждой лечебной процедуры должна быть общая и местная релаксация. Больной должен лежать спокойно, максимально расслабиться, не боясь действий врача. Почти в 80% случаев компрессия нерва (в фасциальном отверстии при радикулите или в межпозвоночном отверстии при остеохондрозе) сопровождается возникновением непрерывного спазма мышц (рядом расположенных к воспалительному очагу). Спазмированные крупные мышцы прижимают друг к другу позвонки и препятствуют проведению манипуляций, так как манипуляции связаны с их смещением относительно друг друга. Чтобы «вправление» позвонков было легким и удачным, необходимо ликвидировать патологическое сокращение (спазм) мышц. Для этого применяются многочисленные приемы по релаксации (расслаблению) мышц. Одним из таких методов релаксации является постизометрическая релаксация. После чрезмерного перерастяжения (но нельзя допустить разрывов мышечной ткани) мышца долгое время пребывает в расслабленном, релаксированном состоянии.

3) Изометрическая релаксация – это общая и местная релаксация мышц, расположенных вокруг воспаленного или поврежденного межпозвоночного диска. При рефлекторном мышечном спазме всегда эффективны методы постизометрической релаксации. *Постизометрическая релаксация мышц* – это есть не что иное, как перерастяжение мышц, которые длительное время (иногда годы) находится в спазмированном состоянии. Постизометрия (post-iso-metria) в переводе с латинского языка означает «состояние после (= post) изменения (= iso) длины (= metr)» мышцы. Еще древние медики заметили одну патофизиологическую закономерность: если мышцу быстро вытянуть, получив кратковременный болевой эффект, то от наступившей боли возникает «шок мышцы», который проявляется достаточно продолжительным ее параличом, полным расслаблением этой мышцы. Если до «постизометрического» перерастяжения какая-то мышца находилась в патологическом сокращении и вызывала постоянную ноющую боль, то после сильной боли, вызванной растяжением мышцы, происходит атония мышцы, ее расслабление и боли прекращаются. Пользуясь именно этим правилом, люди, которым во время плавания в прохладной воде «свело» икроножную мышцу, снимают этот болезненный спазм. Они берутся двумя руками за стопу, расположенной на стороне болезненной икроножной мышцы, и сильно тянут стопу на себя. Икроножная мышца при этом сильно растягивается, возникает острая, парализующая мышцу боль, и болезненный спазм проходит. Человек может продолжать

плыть дальше. При релаксации мышц пользуются правилом «болевого шока для спазмированной мышцы», растягивают ее до предела, и тем самым устраняют спазмы и длившейся годами болевой синдром. **Самое главное условие для проведения перерастяжения мышцы методом постизометрической релаксации – мышца должна быть патологически спазмирована! Если нет мышечного спазма, то и нельзя проводить постизометрическую релаксацию. Врачу важно помнить, что действие врача в виде перерастяжения мышцы с нормальным её тонусом, а тем более со сниженным тонусом мышцы, может сильно навредить здоровью пациента: возникнут микроразрывы внутри толщи мышцы, связок, суставных сумок. Клинически это проявляется длительными болями различной степени интенсивности в суставе или мышце.** **Постизометрическая релаксация мышц (ПИР)** фактически относится к нейромышечной терапии. При мануальной терапии предполагаются следующие принципы проведения постизометрической релаксации (Е. Рыхликова).

- a. Постизометрическая релаксация мышцы наступает после изометрического изменения длины мышцы, то есть мышца, которую необходимо расслабить, должна предварительно растянуться при приложении к ней силы.
- b. Прилагаемое растяжение не должно быть значительным. Чаще от мануального терапевта требуется почти минимальное усилие. Сопротивление всегда создается вдоль оси движения. Для его создания мануальный терапевт обычно использует ладонную поверхность своей руки, а другая рука стабилизирует тело больного.
- c. Пациент, со своей стороны, при проведении приема также не должен прилагать значительного физического усилия. Следует доступно разъяснить ему суть приема, чтобы получить его сознательное соучастие. Главная задача пациента — это предельно расслабиться.
- d. При проведении приема пациенту предлагают переводить взгляд (иногда и голову) в направлении движения.
- e. При движении против сопротивления больной делает вдох.
- i. После 10-секундного поддержания сопротивления больной выдыхает, а мануальный терапевт проводит пассивное движение в противоположном направлении, используя нежное, мягкое давление или тягу. Больной должен сопровождать и это движение перемещением своего взгляда (и головы).
- k. Прием постизометрической релаксации (ПИР) повторяют 3 — 7 раз.

Многочисленные способы изометрической миелорелаксацией описаны в соответствующих параграфах по лечению шейных, грудных и поясничных остеохондрозов.

4) Кроме растяжения спазмированной мышцы существует огромное количество других способов её расслабления.

- **Медикаментозная релаксация.** Применяется при чрезмерно болезненных мышечных судорог и спазмов. Мышечному расслаблению способствуют назначение транквилизаторов и миорелаксаторов (седуксен, элениум, скутамил-Ц, мелликтин).
- **Общий массаж мышц.** Для релаксации спазмированных мышц проводится массаж в расслабляющем режиме. Релаксация мышц, и в первую очередь предшествующий этому массаж, создает хорошие условия для проведения приемов мануальной терапии. Массаж представляет собой первоначальный физический контакт с больным, и от того, насколько врач сумеет передать своими первыми прикосновениями к его телу стремление облегчить страдания, часто зависит весь исход лечения. Грубое, болезненное прикосновение автоматически вызывает у пациента ответную защитную реакцию в виде напряжения мышц и подсознательного недоверия, преодолеть которое потом очень сложно.
- Для снятия спазмов у болезненных мышц часто применяют **точечный массаж и его японскую разновидность — метод шиацу.** Очень болезненные точки соответствуют чрезмерно сокращенным мышцам. На эти спазмированные мышцы сильно надавливают и их массируют. Очень часто сильное давление на спазмированную мышцу снимает ее спазм.
- **Втирание мазей** в место спазмированной мышцы (фастум - гель, аписатрон, випротокс, випросал, бом-бенге и другие) способствуют ликвидации спазма. Всасываясь в толщу мышцы мазевые ингредиенты нагревают ее, действуют как местное анестезирующее вещество. Длительное втирание мази в мышцу является не чем иным, как местным массажем.
- **Иглотерапия.** Непосредственно перед мануальной терапией можно провести процедуры рефлексотерапии (иглоукальвание, электроакупунктура), используя седативный метод воздействия на точки акупунктуры, расположенные в области спазмированных мышц.

- **Нагревание спазмированной мышцы грелкой. Баня.** Мышечному расслаблению способствуют общее нагревание тела, тепловые процедуры в банях и саунах. Автор этой книги наблюдал лечение дискогенных радикулитов народными целителями (костоправами) в банях. После 5 – 6 лет неудачного лечения в поликлиниках и больницах пациенты решались на лечение у народных целителей-костоправов. Целители сначала парили больного в бане, а потом ложили на широкую лавку и проводили манипуляции по «вправлению позвонков». После сильного разогрева в сауне мышцы и связки пациента достаточно сильно расслаблялись. Этим пользовались костоправы, и после перегрева тела больного довольно легко проводили удачные манипуляции. Очень часто костоправы вылечивали безнадежных (по определению официальной медицины) больных. Мышечному расслаблению способствуют даже местное тепло грелки.

3. Тракция. Тракция (растяжение позвоночника) является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Подготовительным этапом лечения при помощи мануальной терапии является. Тракция – это силовая манипуляция врача в виде вытяжения позвоночника или какого-то другого сустава в длину. Вытягиваются в первую очередь связки, а во вторую - мышцы, окружающие позвоночник. Чаще всего вытяжение проводится самим мануальным терапевтом или его помощниками. Существует большее количество механизмов, которые способны растянуть позвоночник пациента. Это в основном специальные кровати, оснащенные лебедками и электромоторами. Автор наблюдал приспособления мануальных терапевтов, которые подвешивают пациента с остеохондрозом за ноги, а в руки пациент брал гири. Тракция может иметь вид продольного растяжения одновременно левой и правой стороны тела (продольная тракция). Тракция может иметь вид одностороннего натяжения (то есть проводится тракция только правой стороны шеи или туловища, или только левой стороны), если натяжение позвоночника происходит с одновременным его изгибом в какую-то сторону (которая остается не вытянутой). Вытяжение позвоночника во время манипуляции в несколько раз облегчает «вправление позвонка» и снижает травматизацию при силовом перемещении позвонков друг относительно друга. Хорошего растяжения позвоночника можно достигнуть после длительного свисания с фиксированными ногами и головой вниз на сильно наклонной плоскости (на специальном тренажере). Специфические приемы тракции шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника описаны в последующих параграфах.

4. Мобилизация. Мобилизация является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Происходит от английского слова «mobile, mobilize», что имеет смысловое значение «двигать, перемещать, делать подвижным что-то (или кого-то)». Применяя этот этап лечения, врач, **во-первых**, еще раз (после ранее проведенной диагностики) определяет объем «подвижности» межпозвоночных дисков, а, **во-вторых**, 5 – 8 раз «проходит всю дистанцию» доступного движения, разрабатывая и «обкатывая» (доступный без лечения) угол смещения позвонков. **Мобилизация** – это движение без применения силы, которые делает доктор, когда он дополнительно разрабатывает тот сокращенный объем движение в межпозвоночном суставе, который совершает пациент собственными силами, без дополнительных внешних усилий. **При отсутствии блокады (снижения объёма движения) в суставе процедура мобилизации теряет свой лечебный смысл.** В этот этап лечения врач определяет «подвижность» межпозвоночных дисков. В конце этого этапа лечения определяются границы подвижности заблокированного межпозвоночного сустава, определяется допустимый объем (предел) движений в «большом суставе». Мобилизация может быть самостоятельным методом лечения или применяться в качестве подготовки к манипуляции. Она заключается в постепенном и безболезненном восстановлении подвижности позвоночных сегментов с помощью ритмически повторяемых пассивных движений в суставах в пределах их физиологического объема. Врач обеспечивает хорошую фиксацию выше- или нижележащего позвонка и производит с небольшим усилием несколько медленных

ритмичных движений в заблокированном сегменте в сторону имеющегося ограничения с постепенным увеличением их объема. Прием повторяют несколько раз, стремясь достичь предела максимально возможного физиологического движения в заблокированном сегменте. Оказать лечебное воздействие непосредственно на нарушенную суставную подвижность позволяет мобилизация постепенное, ненасильственное восстановление подвижности двигательного сегмента. Она часто используется как один из видов подготовки к манипуляции. Дело в том, что мобилизация представляет собой функциональное движение или суставную игру («joint-play»). Пассивное выполнение движений мобилизации приводят к крайнему положению суставных поверхностей в сочленении, т. е. к состоянию преднапряжения. Необходимо пояснить, что под суставной игрой понимаются такие движения в суставе, которые человек не способен выполнить самостоятельно, но свобода которых имеет, тем не менее, важное значение для нормальной суставной функции. Здесь можно привести аналогию из области автодела — чтобы колеса автомобиля хорошо крутились, необходимо сохранять их легкий люфт. С помощью ритмичных пружинящих мобилизационных движений против сопротивления в конце диапазона движения в сочленении можно устранить его «блокировку», даже без последующих манипуляций. Мобилизацию, таким образом, можно рассматривать не только как подготовку, но и как альтернативу манипуляции. Важно, что проведение мобилизации никогда не выводит сустав за физиологически допустимые границы подвижности, осуществляют мобилизацию плавными, ритмичными движениями, синхронизируя их с ритмом дыхательных движений больного (на выдохе). Мобилизирующий прием рекомендуется повторять от 5 до 15—20 раз. Иными словами мобилизация представляет собой функциональное движение или суставную игру. Под суставной игрой понимаются такие движения в суставе, которые человек не способен выполнить самостоятельно, но свобода которых, тем не менее, имеет важное значение для нормальной суставной функции. Под свободой движений в суставе подразумевается хороший люфт, подобно люфту колеса автомобиля. Таким образом, с помощью ритмичных пружинящих мобилизационных движений против сопротивления в конце диапазона движения в сочленении можно устранить его блокаду даже без последующих манипуляций. Плавные, ритмичные движения мобилизации синхронизируют с ритмом дыхательных движений больного (на выдохе).

5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация. Иммобилизация является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Происходит от английского слова «immobilize», имеющий дословный перевод «делать неподвижным что-то (или кого-то), фиксировать, прижимать к чему-то». Во время этого этапа лечения врач достигает положения упора для «больного» позвонка (или для дистального рычага какого-то сустава), то есть — он приводит позвонки «над и под» воспаленным межпозвоночным диском в положение «предельного угла поворота», дальше которого больной самостоятельно смещать позвонки не в силах, а продолжение движения возможно только благодаря усилию врача в виде манипуляции. Очень часто мануалисты объединяют два этапа лечения — мобилизацию и иммобилизацию, называя всю сумму действий одним словом — мобилизация. Автор книги считает это не совсем правильным, так как происходит объединение двух совершенно противоположных по смыслу действий: свободного движения и насильственной фиксации. *Иммобилизация (или «замыкание» межпозвоночного сустава, состояние преднапряжения и фиксации) — это действия врача, направленных на обездвиживание, на фиксацию позвонков,*

*расположенных выше и ниже воспаленного или травмированного межпозвоночного диска. При отсутствии блокады (снижения объёма движения) в суставе процедура иммобилизации теряет свой лечебный смысл. Сделать «замыкание» или иммобилизацию для надежного выполнения специфической манипуляции недостаточно, необходимо еще выбрать правильные **контакты и захваты**. Контактom называется костная структура, на которую мануальный терапевт прямо переносит свое усилие в ходе выполнения приема. На руке можно выделить четыре основных контактных пункта — радиальный край указательного пальца, подушечка большого пальца, тенар и область между тенаром и гипотенаром (Вернер, Астер, 1952). Специфические приемы «нацелены» на конкретный двигательный сегмент за счет так называемого «замыкания», т. е. из воздействия исключаются прочие двигательные сегменты. «Замыкание», в принципе, может быть достигнуто двумя способами. **Первый способ** — используя определенную комбинацию движений, мануальный терапевт может вызвать достаточное натяжение связочного аппарата позвоночника, ограничивающее подвижность двигательных сегментов. **Второй способ** — за счет определенного сочетания движений врач может привести суставные поверхности этих сегментов в такое положение, которое исключает всякую подвижность. Тем или иным мобилизационным приемом создается перенапряжение внутри хрящевого вещества межпозвоночного диска, которое определяется по ощущению утраты пружинящего сопротивления сустава. «Замыкание» движений является началом манипуляции, когда на пределе возможной амплитуды движений производится кратковременное направленное давление или толчок с незначительным превышением объема физиологической подвижности сустава, но без его анатомических повреждений. Мануальный терапевт устанавливает выбранный контакт на костную структуру пациента (остистый отросток, поперечный отросток, дуга позвонка, угол ребра и так далее). Только после этого врач имеет возможность оказывать давление в определенном направлении, чем достигает состояния «преднапряжения» для проведения манипуляционного толчка.*

6. Манипуляция – это основное лечебное действие врача-мануалиста, направленное на изменение пространственной локализации костей, составляющих данный сустав. Происходит от английского слова «manipulate», что имеет смысловое значение «направленное, целенаправленное воздействие, применение усилия, удара, давления». Манипуляция – это конечный этап лечения, во время которого происходит насильственное смещение позвонка в правильное анатомическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления межпозвоночного диска. Некоторые мануалисты и костоправы характеризуют **манипуляцию** как насильственное изменение положения позвонка на анатомически правильное место, то есть – силовое воздействие на два позвонка, расположенных «над и под» воспаленным межпозвоночным диском. **В мануальной терапии есть обязательное правило: сначала производится тракция, а на «фоне» растянутых межпозвоночных суставов делается манипуляция.** Специфические приемы манипуляций шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника описаны в последующих параграфах.

а) Показание к манипуляции. При отсутствии блокады, то есть при отсутствии дегенеративно-трофических участков внутри межпозвоночного диска, при отсутствии снижения объёма движения в суставе, процедура манипуляции теряет свой лечебный смысл. Манипуляция устраняет функциональные блокады с помощью

быстрого, короткого, форсированного движения, производимого до состояния физиологического перенапряжения связок и мышц.

в) Обязательное условие. Обязательным условием для проведения манипуляции является иммобилизация (замыкание сустава), то есть - выключение подвижности вышележащих отделов позвоночника, граничащих с сегментом, на котором выполняется манипуляция. Выполнять манипуляционный толчок можно только после достижения в этом направлении состояния преднапряжения (иммобилизации, замыкания). Это означает, что сочленение, на котором необходимо выполнить манипуляцию, должно быть предварительно приведено в такое положение, которое является границей физиологической нормы для данного движения в данном сочленении. Облегчить установлению положения позвоночника, которое дает состояние преднапряжения в сочленении, можно с помощью других приемов мануальной терапии, в частности – мобилизации.

с) «Осторожность – мать победы». *Таким образом, манипуляционный толчок кратковременно выводит сочленение за физиологические границы движения, но никогда — за анатомические границы сустава.* Превышение анатомических границ способно привести к травматическим повреждениям суставной капсулы, связочного аппарата, переломам костей и другим тяжелым осложнениям. Можно сравнить этот миллиметровый отрезок, этот угол насильственного поворота, на котором реализуется целебное действие манипуляции, с терапевтической шириной лекарственного препарата, например, разовая лечебная доза какого-то лекарства составляет 2 грамма, и ее превышение до 10 грамм может привести к отравлению и гибели человека. Мануальный терапевт также должен иметь чувство на «строго дозированное усилие», должен обладать «чувством меры», так как лечебного эффекта не окажет слабый толчок, но одновременно приведет к трагическим последствиям чрезмерно сильный толчок. Вершиной технического совершенства в мануальной терапии является манипуляция, которая оказывает иногда просто поразительный лечебный эффект. Неуловимая, на первый взгляд, комбинация движений в суставе, сопровождаемая характерным треском, буквально на глазах избавляет пациента от скованности движений и болей. Манипуляция (в отличие от мобилизации) — это резкое, однократное движение в суставе, которое проводится в направлении ограничения свободного движения. Манипуляция проводится с помощью быстрого, короткоамплитудного, чутко контролируемого врачом манипуляционного толчка в нужном направлении. Итак, *манипуляционный толчок кратковременно выводит сочленение за физиологические границы движения, но никогда — за анатомические границы сустава.* Мы уже говорили о принципиальной установке на проведение безболезненного лечения. Принцип проведения манипуляций, выдвинутый французским профессором мануальной терапии Робертом Мэнем, позволяет перейти от декларативности к практике. Этот принцип Р. Мэнь назвал «правилом безболезненности и противодвижения». Суть его заключается в том, что никогда нельзя усиливать движение в сочленении, которое доставляет или усиливает боли, а наоборот, важным является именно свободное движение, противоположное всем заблокированным. Если вызывает болезненность мобилизация головы или туловища вправо, то на надо проводить мобилизацию и манипуляционный толчок в здоровую сторону – влево. Например, по причине образования краевого воспаления диска, который принял треугольную форму, позвонок сместился вправо. Логически рассуждая, надо убрать блок в суставе и исправить искривление оси позвоночника наклоном туловища в противоположную сторону, то есть влево. Оказывается (пользуясь правилом Мэня)

можно вылечить пациента, наклонив туловище пациента в «больную» сторону, усилив патологический угол наклона вправо, сняв только блок внутри сустава (без насильственного исправления патологической оси, которая исправляется спонтанно, «автоматически»).

д) Приёмы мануальной терапии. Из остеопатии мануальная терапия почерпнула определенные захваты, основанные на использовании «коротких и длинных рычагов». При работе на позвоночнике такими рычагами могут являться голова больного, конечности. Обычно приемы с использованием «длинных рычагов» требуют от мануального терапевта меньших физических усилий, чем при работе с короткими рычагами. Однако при работе с длинными рычагами особое внимание следует обратить на снижение усилий из-за опасности повреждения двигательного сегмента. Манипуляцию следует выполнять неожиданно для больного в момент его расслабления в фазу выдоха. Сила, применяемая для преодоления сопротивления тканей растяжению, и амплитуда движения должны быть небольшими. В конце манипуляции в большинстве случаев (но не всегда) возникает своеобразный звуковой феномен щелчка, свидетельствующий о завершении процедуры. Используют также метод направленного удара, манипуляцию тракционным толчком и другие приемы. Манипуляционный прием на одном позвоночном сегменте выполняется, как правило, однократно. Если проводится лечение всего позвоночника, мануальную терапию обычно начинают с грудного отдела, затем переходят на поясничные и заканчивают шейными сегментами. Известный хиропрактик Вернер Пепер в своей книге «Хиропрактическая техника», изданной в Гамбурге в 1952 году, пишет, что на руке можно выделить четыре основных контактных пункта, среди которых радиальный край указательного пальца (индекс-контакт), подушечка большого пальца, тенар, область между тенаром и гипотенаром и др. Мануальный терапевт устанавливает выбранный контакт на костную структуру пациента (остистый отросток, поперечный отросток, дуга позвонка, угол ребра и пр.), оказывая давление в определенном направлении, в том же направлении нужно достичь состояния «преднапряжения» и провести манипуляционный толчок. Контакты и «короткие рычаги», т. е. местное приложение усилия в зоне контакта, пришли в практику мануальной терапии из хиропрактики. В мануальной терапии принято различать приемы, имеющие неспецифический и специфический характер. К *неспецифическим приемам* могут быть отнесены те, которые оказывают лечебное воздействие на несколько двигательных сегментов (межпозвоночных дисков) одновременно в каком-либо регионе позвоночника. *Специфические приемы* нацелены на конкретные двигательные сегменты. К специфическим приемам и манипуляциям относятся **ударные приемы (ударные технологии)**. Например, определив необходимость в смещении какого-то позвонка, мануальный терапевт прикладывает третью фалангу одной руки к остистому отростку, а кулаком другой руки бьет по основанию фаланги. Направление удара может быть направлено вправо и влево от остистого отростка, сверху вниз, снизу вверх. Удар может быть направлен в промежуток между соседними остистыми отростками, или через мягкие ткани на боковую поверхность позвонка. Существуют ударные технологии с применением резиновых прокладок, специальных молотков из резины и дерева. Все современные школы мануальной терапии не рекомендуют применение ударных манипуляций *из-за большего количества осложнений*: перелома остистого отростка, разрыв связок, окружающих позвонков, обострение остеохондроза и усиление болевых ощущений, кровоизлияния в мягкие ткани и так далее. Так как контролировать силу

удара на один сегмент позвоночника очень трудно, то ударные манипуляции лучше не применять.

е) Симптомы удачного проведения манипуляции. После удачного применения манипуляции уменьшается или прекращаются **боли**, исчезают неприятные тактильные ощущения в виде покалывания и жжения. Это главный симптом эффективного лечения. Очень часто удачное «вправление позвонка» сопровождается **ощущением «прилива тепла» в конечность**. При излечении грудного остеохондроза возникает ощущение тепла в руке, при излечении поясничного остеохондроза возникает ощущение прилива тепла к ноге. Эти благоприятные изменения наступают по той причине, что после манипуляции позвонки становятся в нормальное положение друг относительно друга. Те позвонки, которые были слишком подняты вверх – опускаются, а те, которые слишком опущены – поднимаются. По этой причине прекращается сдавление нервов, выходящих из спинного мозга, улучшается кровоснабжение межпозвоночного диска, ликвидируются (ранее измененные дегенеративным процессом) «патологически измененные участки» хрящевой ткани внутри межпозвоночного диска. После того, как снижается интенсивность болевого синдрома, **исчезает спазм группы мышц, увеличивается объем активных движений** в заблокированных позвоночных сегментах. У части больных (примерно у 16 % пациентов), после первой и удачной процедуры может возникнуть **обострение болей в позвоночнике, которые сохраняются в течение 1—2 суток**. Это нормальное проявление начала лечения. При первой процедуре позвонок из патологического положения смещается в своё физиологическое положение, а его насильственное перемещение сопровождается усилением боли.

й) Частота повторных манипуляций зависит от стадии, тяжести и давности заболевания позвоночника, длительности и выраженности обострения, конкретных клинических (неврологических и ортопедических) проявлений, индивидуальных конституциональных особенностей больного. Необходимо учитывать, что большие перерывы между процедурами снижают эффективность лечения. В то же время слишком частые манипуляции могут привести к возникновению чрезмерной подвижности позвоночных сегментов. Мануальные воздействия на одном сегменте не должны повторяться чаще одного раза в 3 — 4 дня. Оптимальная периодичность манипуляций — три раза в неделю. Можно проводить лечение и чаще, но в этом случае следует избегать воздействия на одни и те же позвоночные сегменты. В острых случаях с небольшой давностью обострения (7 — 10 дней) для ликвидации функциональной блокады позвоночного сегмента бывает достаточно 2 - 4 манипуляций. В запущенных случаях иногда приходится увеличивать число манипуляций до 12 - 15. Однако лечение не следует затягивать, выполняя без необходимости чрезмерно большое количество процедур: длительное и частое проведение манипуляций на одном и том же позвоночном сегменте может привести к усилению боли, вследствие возникновения гипермобильности. При отсутствии положительного эффекта после трех-четырех манипуляций дальнейшее проведение мануальной терапии нецелесообразно.

к) Значение корсетов. При отсутствии надежной фиксации позвонка связками, при «разболтанности» межпозвоночного сустава, удержать позвонок на новом месте часто бывает возможно только постельной релаксацией или корсетной иммобилизацией. Только так можно избежать рецидива остеохондроза или грыжевого выпячивания сразу после её вправления. Положение стоя, сидя и стояние усиливают нагрузку на позвоночник. Если сразу после «вправления позвонка» пациент долго едет домой в

переполненным людьми транспорте, несет тяжелые сумки с продуктами, то существует большая вероятность повторной компрессии межпозвоночного диска и возвращения болей в позвоночнике. После удачного проведения манипуляции пациент должен предоставить позвоночнику «состояние покоя». Но чаще всего сразу после мануальной терапии пациент должен ехать из медицинского центра домой. На поясничный отдел оказывается самая сильная статическая нагрузка при стоянии и ходьбе. Если пациент имел остеохондроз поясничного отдела позвоночника, то врач должен рекомендовать ношение **корсета**. Корсет или широкий ремень (штангиста), расположенный между ребрами и тазом, уменьшает нагрузку от веса тела на позвонки поясничного отдела в 3 – 4 раза. Корсет для постоянного ношения нужно рекомендовать тем пациентам, которые имеют слабый, растянутый травмой связочный аппарат позвоночника, не способный удерживать позвонки в нормальном физиологическом положении даже при слабой физической нагрузке. У таких пациентов при поднятии тяжести более 10 килограммов происходят «привычные подвывихи» позвонков, сопровождающиеся прострелами и сильными болями. У мануальных терапевтов часто повторяющиеся при физической нагрузке «соскальзывание позвонков» имеет свой диагноз: несостоятельность мышечно – связочного аппарата, которая вызывает торокальную или люмбальную нестабильность межпозвоночного сустава. Для длительной или временной фиксации поясничного отдела позвоночника автор этой книги предлагает врачам и пациентам сделать **примитивный корсет из простыни**. Для этого посередине прочной льняной простыни, расположенной по диагонали, заворачивают легкую книгу с твердым переплетом, которая не дает материи сворачиваться в узкую трубочку. Далее книгу прикладывают к спине, а двумя свободными концами простыни (в виде двух широких лент по 20 сантиметров шириной) обкручивают вокруг живота пациента и точно между нижним краем реберной дуги и тазовыми костями. Углы простыни достаточно сильно стягивают вокруг живота и завязывают двойным узлом. Корсет предотвращает «сползание позвонков на старое место», является хорошей профилактикой рецидива болезни.

7. Период ремиссии (выздоровления). Приходит время, когда пациент завершает полный курс лечения у мануального терапевта. Однако, врачу нужно всегда помнить, что до полного выздоровления «больного» межпозвоночного диска должен пройти месяц, пока регенеративные процессы полностью не заменят «старые ткани диска на новые». После окончания процедуры мануальной терапии на поясничной области позвоночника необходимо обеспечить покой и **иммобилизацию позвоночника при помощи корсета**. В период ремиссии исключаются физические нагрузки, резкие движения, наклоны вперед. После окончания курса лечения необходимо проводить поддерживающие процедуры: на протяжении первого года один раз в 3 — 4 месяца, в дальнейшем один раз в полугодие.

Итак, до полного выздоровления должен пройти месяц, пока регенеративные процессы полностью не заменят «старые ткани диска на новые». Вот почему во время лечения и особенно после него пациент должен получать витамины, микродозы йода, микроэлементы с повышенной дозой кальция и фосфора, сложные органические вещества, составляющие химическую основу хрящевой ткани (глюкуроновая кислота, хондроитин, глюкозамин). Желательно применять длительное лечение биостимуляторами – метаболитами (облепиха, алоэ, женьшень, солкосерил, димефосфон и другие) и анаболики в небольших дозах (ретаболил, калия оротат, метилурацил и другие).

8. Медикаментозное лечение остеохондрозов и радикулитов. Медикаменты иглотерапевты и мануальные терапевты применяют достаточно редко, так как все они ярые сторонники лечения болезней без применения лекарств. К медикаментозному лечению они вынуждены прибегать в крайних, экстренных случаях.

а) Противовоспалительная медикаментозная терапия. Во-первых, инъекции синтетических гормонов надпочечника врачи – мануалисты вынуждены вводить в место расположения воспалённого межпозвоночного диска, что бы быстрее начать лечение тракциями и манипуляциями. Как было ранее сказано, начальная воспалительная стадия остеохондроза не даёт возможность начать лечение мануальному терапевту из-за сильных болей в позвоночнике. По причине длительного течения воспалительной стадии остеохондроза, врач - мануалист часто не может приступить к лечению на протяжении месяца. Гормоны надпочечника обладают очень сильным противовоспалительным эффектом. После инъекции **дипроспана или метилпреднизолона в виде депо-медрила (Бельгия) и метипреда (Финляндия)** по 2 миллилитра справа и слева от остистого отростка (то есть непосредственно в место расположения воспалённого межпозвоночного диска) боли в позвоночнике прекращаются через 3 дня. Следовательно, через три дня врач может приступить к выполнению манипуляций на позвоночнике.

Во-вторых, редко (примерно в 5 % случаев) у мануального терапевта и у иглотерапевта возникают ситуации с отсутствием положительного результата лечения и после 10 сеансов. В таком случае врач должен признаться больному, что он не может вылечить неврит, невралгию, радикулит или остеохондроз методом иглотерапии или мануальной терапией. Тогда врач вынужден прибегнуть к медикаментозному лечению гормонами надпочечника. Существует метод мощного ускорения процесса выздоровления – это введение небольших доз гормонов надпочечника инъекционной иглой непосредственно в место расположения воспалённого межпозвоночного диска (например, рядом с туннельной невропатией нерва, которая вызывает радикулит). Раствор гормона вводят один раз в день. После 2 дней лечения (с учётом максимальных суточных доз введения препаратов) возникает неизменный успех. В виде инъекций, таблеток и мазей при лечении остеохондрозов и радикулитов применяются следующие противовоспалительные средства.

Дипроспан (или бетаметазон) в ампулах – синтетический глюкокортикоид, обладает мощным противовоспалительным свойством, ликвидирует сильные воспаления межпозвоночных дисков и периферических нервов, повышает иммунитет организма. В 3 раза эффективнее дипроспана препарат метилпреднизолон в виде депо-медрила (Бельгия) и метипреда (Финляндия).

Диклофенак или диклонак, диклонат, диклоран, наклофен, фелоран-мазь, биоран, **ортофен, вольтарен** (ампулы и таблетки) – обладает выраженными противовоспалительными свойствами, накапливается в суставах (в том числе и между позвонками). Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 2 раза.

Пироксикам или пирокам, федин - по фармакологическим свойствам аналогичен диклофенаку. Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 7 раз.

б) Иммуностимуляторы стимулируют иммунные свойства организма против вирусов и бактерий. К этой группе медицинских препаратов относится интерферон и его

синтетические аналоги. **Интерферон** – группа белков (гамма - глобулинов), которые синтезируются внутри белых кровяных тел (лейкоцитов) в процессе поглощения (пожирания) и уничтожения вируса. Не все, но многие вирусы, после размножения внутри тканей своего первичного поражения (слизистой оболочки носоглотки, хряща межпозвоночного диска, внутри нервной клетки, внутри раковой клетки и так далее) начинает массово мигрировать в сосудистое русло, в кровь. При наличии крепкого иммунитета у человека, его лейкоциты начинают (в буквальном смысле слова) пожирать миллионы вирусов, находящиеся в русле крови. Уничтожение вирусов внутри лейкоцитов происходит благодаря наличию белков гамма – глобулинов, которые вирусологи назвали «интерферон». Современные методы биохимии позволяют выделить интерферон из лейкоцитов человека в чистом виде. Также синтезированы вещества, которые способны усиливать синтез интерферона внутри лейкоцитов, стимулируют синтез самих лейкоцитов в костном мозгу, поэтому они также относятся к иммуностимуляторам. Интерферон содержится в следующих препаратах: виаферон (Украина), рефиб, интрон - А и роферон – А (Швейцария), имукин (Германия), амиксин (Россия) и во многих других.

Циклоферон (Россия) – синтетический аналог интерферона, широко применяется при лечении вирусных заболеваний человека, в том числе и при вирусных невралгиях и невритах, остеохондрозах, миелитах и так далее. Обычно делают внутримышечные инъекции по 250 миллиграммов в сутки. Курс лечение состоит из 10 инъекций (2,5 граммов препарата).

Антиоксикапс с селеном – купирует воспаление межпозвоночных дисков, усиливает мышечную силу, усиливает трофические (питательные) процессы межпозвоночных хрящей, ускоряет регенерацию хрящей межпозвоночных дисков.

Многие иммуностимуляторы выделены из растений: эхинацея, экстракт из тропической лианы «кошачий коготь» - иммунофлам (Перу).

с) Противовирусные (антивирусные) «антибиотики». Эти вещества способны подавлять размножение вирусов, которые находятся вне клетки и даже внутри полуразрушенной клетки.

Ацикловир 200 (фирма Stada, Германия), другие производители дали название герпевир, герпесин, медовир, цикловир, виролекс, зовиракс - очень эффективен против вируса герпеса (*Herpes simplex*) и *Varicella zoster* (вирус поражает слизистые оболочки мочеполовых органов). Вирус герпеса часто поражает периферические нервы и межпозвоночные хрящи, поэтому препарат используется при лечении невралгий и остеохондрозов вирусной этиологии. Выпускается в таблетках.

Другие препараты этой группы: **изопринозин** (или гропринозин, Венгрия, лечение герпеса, бронхита, гепатита, воспаления слизистых мочеполовых путей), **ребетол** (лечение вирусного гепатита, ОРЗ, стоматита, кори, энцефалита, лейкозов, герпеса, Бельгия), **вальтрекс** (аналог ацикловира, Англия), ретровир (лечение ВИЧ, Англия), ремантадин (воздействует на многие вирусы, Латвия), зерит (лечение ВИЧ, Италия), эпивир (лечение ВИЧ, Англия), вирамун (лечение ВИЧ, Германия), цимевен (лечение СПИД, Швейцария).

d) При сильном болевом синдроме, который сопровождает неврит, невралгию, радикулит или остеохондроз, в место очага воспаления (внутрь мышцы на лице, шее, около позвоночника и так далее) вводятся анестетики. **Анестетик** – препарат,

применяющийся с целью ликвидации болевого синдрома, анестезии, вводится, как правило, инъекционным путём: новокаин, **лидокаин** (Венгрия), ультракаин (Германия), анекаин (Хорватия) и другие.

е) **Вещества, ускоряющие обмен веществ внутри межпозвоночных дисков.** **Терафлекс** – содержит вещества, отвечающие за пластичность и упругость межпозвоночных дисков (хондроитин и глюкозамин).

Актовегин (Норвегия) – повышает поступление кислорода к клеткам (особенно к нервным), ускоряет окислительные процессы, повышает энергетические возможности клетки, стимулирует репарацию и регенерацию (восстановление) клеток. Применяется при поражении периферической нервной системы, в том числе при радикулитах, невралгиях и невритов. Выпускается в растворе, в ампулах, вводится внутримышечно не больше 5 миллилитров в сутки.

Ксантинола никотинат (или пропионат) – стимулирует трофические процессы внутри всей периферической нервной системы, в том числе и внутри корешков спинного мозга, поражённых воспалительным процессом при радикулитах.

Трентал или пентоксифиллин, ТрентаН, сермион, агапурин – расширяет капилляры, усиливает потребление кислорода всеми тканями организма, в том числе и межпозвоночными дисками.

9. Эффективным методом лечения радикулитов является глубокий **массаж** группы паравертебральных мышц со спины (сзади) или через боковую и переднюю поверхность брюшной стенки (спереди). Внутри поясничного участка паравертебральных мышц проходит большое количество очень крупных нервов, которые иннервируют суставы, кожу и мышцы нижней конечности. Внутренний мышечный каркас брюшной полости составляют *m. psoas minor et major*, *mm. rhomboidei major et minor*, *m. serratus posterior inferior*, *m. iliacus*, *m. piriformis* и так далее. Каждая мышца покрыта толстой фасцией (как чулком). В фасциях имеются многочисленные отверстия для прохождения нервов и сосудов через тело одной мышцы к другим соседним мышцам. Именно в местах «прободения» фасций нервными стволами возникают их сдавливание, возникают многочисленные туннельные невропатии. Воспалённые нервы (от внедрения в их нервные клетки вирусов или по причине сдавления корешка хрящом межпозвоночного диска) увеличиваются по своей толщине. Именно увеличение толщины воспалённых нервных тканей является главной причиной стронгуляционного зажима нервов фасциями внутренней группы мышц поясничной области и таза. Поэтому массаж паравертебральных мышц спереди (через брюшную стенку) и сзади снижает стронгуляционное сдавливание в фасциальных отверстиях многочисленных крупных нервов поясничного сплетения (*plexus lumbalis*), что очень часто приводит к уменьшению болей и выздоровлению. Только одним массажем можно вылечить **туннельную невропатию бедренного нерва n. femoralis**, который проявляется сильными болями или гипостезиями передней поверхности бедра и коленного сустава. Боли в коленном суставе могут появиться без наличия патологического очага в самом суставе. Кроме того, снижение потока импульсов по бедренному нерву к коже бедра нарушает обменные процессы, что приводит к появлению коричневых пятен на его поверхности. Сдавление **запирательного нерва n. obturatorius** приводит к болям или уменьшению чувствительности кожи задней и боковой области таза и бедра, тазобедренного сустава. Сдавление **полового нерва n. pudendus** вызывает импотенцию

у мужчин и фригидность у женщин. У мужчин компрессия запирающего нерва или непосредственно полового нерва сопровождается отсутствием эрекции полового члена, то есть – импотенцией. Очень часто невропатологи переадресовывают больного с туннельной невропатией запирающего нерва (и с жалобами на боли в тазобедренном суставе) к ортопедам, а те получают на рентгеновских снимках идеальный тазобедренный сустав и отправляют больного назад к невропатологу. В этой ситуации невропатологи должны подумать о компрессии ветки запирающего нерва **n. genitofemoralis**, что может сопровождаться иррадиацией боли в здоровый во всех отношениях тазобедренный сустав. Туннельная невропатия нерва грушевидной мышцы приводит к сдавлению **седалищного нерва n. ischiadicus**. Сдавление в отверстиях многочисленных мышечных фасций и грушевидной мышцей седалищного нерва приводит к возникновению часто встречающегося ишиаса: сильной боли в ягодице и по всей задней части ноги. Глубокий массаж паравертебральных мышц спереди (через брюшную стенку) и сзади часто устраняет эту патологию. Глубокий массаж (с давлением пальцами врача на брюшную стенку и через неё на внутреннюю группу мышц поясницы на протяжении 20 сантиметров их длины) проводится на протяжении 10 – 30 минут. Сначала больной ощущает сильную боль даже при нежном массаже паравертебральных мышц. Но после 10 минут массажа интенсивность боли снижается и глубокий массаж проводится в полном объёме.

Из **крестца** также выходят крупные нервные стволы, которые пролегают по его внутренней и наружной поверхности. Сравнительно легко можно вылечить воспаление **наружных крестцовых нервов**. Они хорошо доступны для массажа. На воспалённые стволы «наружных» крестцовых нервов можно также воздействовать сухим теплом, согревающими мазями, содержащими змеиный и пчелиный яды, электрофорезом (введением лекарств при помощи электрического тока), магнитными импульсами. Однако **внутренние стволы** крестцовых нервов расположены глубоко от поверхности живота – в малом тазу. При напряжённой стенке живота внутренние крестцовые нервы становятся совершенно недоступны для массажа, а также для воздействия другими лечебными методами. При мягком животе можно промассажировать только «верхние» нервы пояснично-крестцового сплетения. «Нижние» нервы крестцового сплетения массируются через анус. Воспаление крупных стволов крестцовых нервов, расположенных в малом тазу, в 80 % случаев бывают вторичными, то есть вызываются воспалительными процессами многочисленных органов малого таза. У женщин причиной острого крестцового радикулита и ишиаса могут быть гнойные поражения матки, придатков, яичников, влагалища, геморройных узлов, прямой кишки. У мужчин – основной причиной крестцового радикулита является воспаление предстательной железы, геморрой, проктит, цистит. Поэтому очень часто для излечения острого крестцового радикулита обязательно необходимо сначала излечить воспалительный процесс внутреннего органа, расположенного в малом тазу. Без этого бесполезно ожидать положительного результата лечения крестцового радикулита. По причине наличия хронических воспалительных процессов сразу в нескольких органах малого таза, которые долгое время не удаётся санировать, лечение острого крестцового радикулита или ишиаса превращается в достаточно сложный и длительный процесс.

§ 65. Особенности клиники остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

Важно отметить, что в шейном отделе позвоночника фактически отсутствуют межпозвоночные диски между С.1 – С.2, С.2 – С.3 и С.3 – С.4. Между этими позвонками располагаются твердые, белые, суставные хрящи. Поэтому неправильным будет диагноз в виде остеохондроза (воспаления межпозвоночного диска) верхних отделов шеи. Здесь могут быть только радикулиты!!! Стандартный «набор» клинических проявлений при остеохондрозах шейного отдела позвоночника следующий:

1. Боль имеет разнообразные проявления: прострелы, постоянно ноющая боль или может возникать только при движениях в позвоночнике. Иррадиация болей может быть в голову, конечности и реже на какой-то участок туловища. Наиболее частыми являются следующие разновидности **болевого синдрома**:

а) **цервикалгия** — интенсивная прокалывающая, сверлящая или тупая боль в глубоких отделах шеи; наиболее выражена по утрам, после сна, усиливается при поворотах головы, кашле, чихании, смехе;

б) **цервикокраниалгия** — боль локализуется в шее и затылочной области;

в) **цервикобрахиалгия** — отмеченный выше характер боли в области шеи сочетается с ноющим болевым ощущением в глубоких отделах плечевой кости, предплечий (вегетативная склеротомная боль).

г) При остеохондрозах и радикулитах шейного отдела позвоночника в 16% случаях возникают **вертеброгенные миалгии** – боли чрезмерно спазмированных мышц (на шее, руках и на туловище), которые находятся на большом расстоянии от позвоночника. Болезненный спазм мышцы возникает по причине передавливания нервных путей в районе позвоночника. Локальные мышечные спазмы при шейном остеохондрозе возникают в мышцах плечевого пояса, в частности в трапециевидных, надключичных, грудино-ключично-сосцевидных, дельтовидных и др. При исследовании таких пациентов необходима глубокая пальпация последовательно всех мышц этого региона.

2. Кинетические (двигательные) симптомы: ограничение движений головы и вынужденная поза от сильных болей при движениях в шейном отделе позвоночника, ограничение объема движения головы из-за блока в межпозвоночных «суставах», спазмы, парезы и параличи некоторых групп мышц верхней конечности.

3. Изменение тактильной чувствительности кожи на руке: отсутствие (анестезия), уменьшение (гипестезия), усиление (гиперестезия), в двух конечностях одновременно (парестезия), в одной (гоместезия), покалывание, сверление и другие неспецифические тактильные ощущения (синестопатии).

4. Изменение тепловой чувствительности (термочувствительности) в виде ощущения холодной конечности. Сразу после освобождения нерва от передавливания по окружности фасцией или желтыми связками, пациент отмечает ощущение прилива тепла к конечности.

5. Очень редко возникает ухудшение функциональной деятельности **сердца**: боль, экстрасистолы, возникновение обморочных состояний на фоне прекрасной ЭКГ.

6. Нарушение трофики мышц и кожи рук: при длительности заболевания остеохондрозом на протяжении более 5 лет наступает атрофия мышц рук и возникает пергаментность кожи рук.

В любом учебнике по нервным болезням дан подробный перечень симптомов шейного остеохондроза. Поэтому автор книги не видит смысла очередной раз подробно описывать клинические симптомы болезней. Однако считаю необходимым уделить внимание в этой книге на специфику и особенности клинических проявлений при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвоночных дисков в шейном, грудном и поясничном отделах.

1. Краткое описание клиники поражения отдельных спинномозговых корешков шейного отдела. Клиническая картина в целом состоит из симптомов раздражения или выключения функции нервных волокон, составляющих спинномозговой корешок. Поражение чувствительных волокон проявляется болью стреляющего характера в зоне дерматома или парестезиями, онемением и анестезией в этой зоне. Раздражение двигательных аксонов приводит к спазму и контрактуре мышц, а выключение их функции — к парезу или параличу миотома. Характерно, что в шейных спинномозговых корешках имеются волокна, иннервирующие мышцы диафрагмы и некоторые внутренние органы, что привносит свои особенности в клиническую картину.

Корешок С.1 выходит между основанием черепа и первым шейным позвонком (О – С.1) в борозде позвоночной артерии и иннервирует прямые и косые мышцы головы (верхние и нижние). Спондилогенный фактор резко нарушает функции этого корешка.

Корешок С.2, проходящий через заднюю атланта-аксилярную мембрану (аналог желтой связки), состоит из чувствительных и двигательных волокон. Этот корешок пересекает позвоночную артерию, прилежит вблизи капсулы атланта-аксиального сустава и нижней косой мышцы головы. Ирритация чувствительных волокон проявляется болью в верхней части шеи и затылке; миотом включает ременные, длиннейшие мышцы шеи и головы, шейную часть так называемой подвздошно-реберной мышцы, межостистые мышцы. Этот корешок формирует большой затылочный нерв.

Корешок С.3 располагается в межпозвоночном отверстии на уровне первого имеющегося в шейном отделе диска. При его поражении боль локализуется в верхней половине шеи с ощущением припухлости половины языка, затруднением передвижения с его помощью пищи (имеется связь волокон этого корешка с подъязычным нервом) из-за пареза подбородочно-подъязычной мышцы, которая тянет подъязычную кость и язык вверх (это создает ощущение его припухлости). Плохая фиксированность языка затрудняет передвижение пищи во рту. Иногда такие больные жалуются на «комочек в горле», который следует дифференцировать с истерическим комком. Пароксизмальность интенсивной боли в шее и глотке позволяет говорить о «глочной мигрени», возникновение которой провоцируется движением, особенно экстензией, головы.

Корешок С.4: боль локализуется в области надплечья, ключицы; слабость и атрофия трапециевидной, ременной, поднимающей лопатку и длиннейшей мышц головы и шеи; нарушается функция диафрагмы (повышение тонуса или ее парез) с икотой или дисфонией.

Корешок С.5: боль иррадирует от шеи к надплечью и наружной поверхности плеча; слабость и гипотрофия дельтовидной мышцы.

Корешок С.6: боли в шее, над лопаткой, в надплечье, по наружной поверхности плеча, лучевому краю предплечья, в большом пальце; парестезии или гипоалгезии в этом дерматоме; слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, снижение бицепс-рефлекса.

Корешок С.7: боли в шее, лопатке, по наружно-задней поверхности плеча, задней поверхности предплечья, во втором и третьем пальцах руки; парестезии или гипоалгезия в этом дерматоме, снижение трицепс-рефлекса.

Корешок С.8 (расположен между позвонками С.7 – Th.1): боли в шее, по задней поверхности плеча, по локтевому краю предплечья, в мизинце; парестезии или гипоалгезия в этом дерматоме; гипотрофия и слабость межкостных мышц кистей, лучевого и локтевого сгибателей кисти, снижение карпорадиального рефлекса, синдром Бернара—Горнера. При остро развивающихся симптомах выключения функции спинномозговых корешков (анестезия в дерматоме, исчезновение боли, паралич миотома и др.) предполагается присоединение ишемии корешка (радикулоишемия).

2. Наиболее часто возникают шейные остеохондрозы и радикулиты в местах анатомических переходов: в месте перехода головы в шею и шеи – в грудной отдел позвоночника. **Анатомический переход головы в шею** в медицинской литературе называют краниовертебральным переходом: затылочная кость *os occipitale* – первый шейный позвонок С.1 (О – С.1). В функциональном переходная от черепа к позвоночнику зона наиболее часто вовлекается в патологический процесс при самых разнообразных болезненных формах, поэтому является причиной многочисленных неспецифических жалоб по поводу радикулитов. При блокадах этого отдела реализуются отдельные физиологические явления, которые, казалось бы отношения к краниовертебральному отделу не имеют: функциональные блокады таза, нарушение равномерно деления веса на обе стопы. Раннему развитию дегенеративно-дистрофических поражений способствуют аномалии шейных позвонков — асимметричное строение, утолщение дуг позвонков со стенозированием позвоночного канала, травмы шейных позвонков, длительное пребывание в однообразной позе головы и шеи, избыточные физические нагрузки на шею и верхний плечевой пояс и др. Характер и интенсивность боли весьма разнообразны, во многом они зависят от типа личности, болевого порога, выраженности функциональной блокады и развития мускулатуры. Естественно, что у лиц с грубой блокадой межпозвоночный диск при развитой мускулатуре шеи и низком болевом пороге болезненные переживания интенсивнее, чем у лиц со слабой мускулатурой, негрубыми блокадами и высоким порогом болевых ощущений. Если остеохондроз с С.5 – С.7 сопровождается возникновением мелкой, бессимптомной, задней грыжей 1 - 2 миллиметра в размере, то может нарушаться проведение электрических импульсов по спинному мозгу к головному мозгу. Поэтому грыжевые блокады краниовертебрального перехода примерно в 30—40% случаев сопровождаются вторичными блокадами крестцово-подвздошного сочленения. На втором месте функциональные блокады цервико-торакального перехода — примерно 15%. Блокады других отделов патогенетической связи с состоянием краниовертебрального перехода не имеют.

В последнее время обнаружена тесная патогенетическая связь между функциональным состоянием краниовертебрального перехода и состоянием височно-нижнечелюстного сустава с жевательными мышцами. Например, **КОСТЕНА СИНДРОМ** (артралгия челюстного сустава, отодентальный синдром) — интенсивная боль в области височно-нижнечелюстного сустава с иррадиацией в висок, глаз, ухо. Часто ошибочно диагностируется как невралгия второй ветви тройничного нерва или как психогенная боль. Возникает или усиливается при жевании, разговоре. **Пальпация сустава**

болезненна!!. Причина развития болезни — артроз нижнечелюстного сустава. Лечение осуществляется стоматологами.

а) Специфика «отраженных болей» от компрессии нервных стволов С.1 — С.3. При блокадах верхних межпозвоночных промежутков шейного отдела (О – С.1 – С.2 – С.3) боль часто проецируется вверх, за ухом, в затылок. Очень характерно отражение боли при сочетанных блокадах С.1 — С.2, С.2 — С.3, сопровождающихся локальным гипертонусом внутренней части верхней кивательной мышцы, в висок, что создает видимость мигренозного характера боли. При блокадах С.2 – С.3 боль часто испытывают в верхне - латеральном углу лопатки. Иррадиация боли соответствует месту прикреплению мышцы, поднимающей лопатку. Таким образом, боль может быть в месте прикрепления мышцы к межпозвоночному диску С.2 — С.3. Боль возникает вследствие образования триггерного пункта в местах прикрепления мышц к костным образованиям.

б) Анатомический переход шеи в грудной отдел позвоночника, позвоночные сегменты С.3 - С.7. Клинические проявления функциональной патологии. Жалобы: ограничение движений и боль, возникающая часто внезапно в виде прострелов. Больные, как правило, могут назвать день и час заболевания после внезапного движения, после сна в неудобном для шее положении, после «трудной» позиции головы или туловища. Блокирование сегмента иногда может сопровождаться хрустом. Часто после ослабления болей в шее во время какого-либо удобного положения головы происходит вторичный хруст, шокирующий больных своим лечебным эффектом, когда происходит полное восстановление объема движения и исчезновение боли. Следует учесть, что такая стремительная динамика симптомов — от резкой боли до полного исчезновения характерна при гипермобильных шейных межпозвоночных суставов (дисков).

При функциональных блокадах С.3 - С.5 боль часто проявляется не только на уровне заблокированных сегментов, и в нижнее - ключичной области, и по медиальному краю плеча и предплечья. Происхождение подобной иррадиации связано с формированием синдрома передней лестничной мышцы.

Блокады ниже-шейных межпозвоночных дисков (цервико-торакального перехода) испытываются как местная резкая боль с иррадиацией в области надплечья и трапециевидной мышцы. Головокружения при функциональных блокадах ниже-шейных сегментов не характерны, в отличие от блоков краниовертебрального перехода. При возникновении миогенных триггерных пунктов в верхней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы часты системные головокружения. При блокадах грудных межпозвоночный диск гипертонусы такой локализации крайне редки.

Клинические проявления дегенеративно-дистрофического поражения шейного отдела позвоночника весьма разнообразны. Краткое описание наиболее частых шейных спонгиозных синдромов выглядит следующим образом.

3. Синдром передней лестничной мышцы (синдром Наффцигера). Эта мышца начинается от поперечных отростков позвонков С.3 — С.6 и прикрепляется к бугорку Лисфранка первого ребра. Через острый угол между ней и первым ребром проходит подключичная артерия, а впереди мышцы (в щели между ребром и ключицей) располагается подключичная вена. Между передней и средней лестничными мышцами проходит нижний первичный ствол плечевого сплетения, образованный корешками С.7 — Th.1 (С.7 — D.1). Клиническая картина синдрома Наффцигера: боль и чувство натяжения в

руке, боль усиливается в ночное время и при глубоком вздохе, при наклоне головы в здоровую сторону; иногда боль иррадирует в плечевой пояс, подмышечную область и грудную клетку; чувство онемения и покалывания в руке, особенно по ульнарному краю кисти и в предплечье. Отмечается припухлость надключичной ямки, снижаются амплитуда артериальных осцилляций, снижается артериальное давление при отведении головы в здоровую сторону. Цианотичность или бледность, припухлость кисти, понижение кожной температуры, огрубение кожи, ломкость ногтей, остеопороз костей кисти. Болезненна пальпация уплотненной передней лестничной мышцы. Гипотрофия мышц гипотенара, слабость сгибателей пальцев руки.

Это достаточно частая патология. Синдром передней лестничной мышцы хорошо поддается лечению при применении изометрической релаксации (при перерастяжении) передней лестничной мышцы. (Подробнее о методе мануального лечения читайте в следующем параграфе).

4. Синдром нижней косой мышцы головы. Эта мышца прикрепляется к поперечному отростку позвонка С.1 и к остистому отростку С.2, обеспечивая вращение в позвоночном сегменте С.1— С.2. Клиника: постоянная ломящая боль в шейно-затылочной области, парестезии в затылке, гипералгезия (боль, жжение) в зоне иннервации большого затылочного нерва, болезненная пальпация точек прикрепления нижней косой мышцы головы, усиление боли в шейно-затылочной области при ротации головы в здоровую сторону.

5. Синдром мышцы, поднимающей лопатку (лопаточно-реберный синдром). Эта мышца прикрепляется к задним бугоркам поперечных отростков четырех верхних шейных позвонков и к верхнему отделу медиального края лопатки. Клиника: боль (ноющая, мозжащая) в шее и в области верхнее - внутреннего угла лопатки, в надплечье, иррадирует в плечевой сустав, в плечо или по боковой поверхности грудной клетки. Боль усиливается при напряженной пронации кисти, заведенной за поясницу.

6. Нейродистрофические синдромы развиваются при длительном раздражении вегетативно-трофических структур сегментарного и надсегментарного аппарата.

а) Кроме нейромиодистрофических поражений упоминавшихся выше мышц шеи и плечевого пояса, довольно часто встречается **плече-лопаточный периартроз**. Клиническая картина при этом состоит из симптомов самого остеохондроза или деформирующего спондилоартроза (выпрямление шейного лордоза, ограничение подвижности шейного отдела позвоночника, рентгенологические данные) и нарушения функции плечевого сустава из-за боли и контрактурных явлений. Боль в области сустава усиливается по ночам и при движениях (отведение руки и закладывание ее за спину), иррадирует в шею. Болезненна пальпация наружной поверхности плеча в области его бугорков, клювовидного отростка, верхнего края трапециевидной мышцы. При продолжительной боли и ограничении подвижности в плечевом суставе развиваются атрофия дельтовидной, над- и подостной, подлопаточной мышц, гипоалгезия по наружной поверхности плеча.

б) **Синдром плечо — кисть (Стейнброекера)** характеризуется припухлостью кисти, болезненной тугоподвижностью плечевого сустава, интенсивной (жесткой) болью в плече, контрактурой мышц. Сжатие кисти в кулак усиливает боль. Постепенно раз-

виваются гипотрофия мышц кисти и остеопороз кисти. Причиной заболевания чаще всего бывает нижнее - шейный и верхнее - грудной остеохондроз.

в) Плечевой эпикондилоз — нейродистрофические изменения в зоне надмышцелков плеча, где прикрепляются многие мышцы (длинные и короткий лучевой разгибатели кисти, локтевой разгибатель кисти, плечелучевая мышца и др.) Клиника наружного плечевого эпикондилроза: боль при сокращении прикрепляющихся мышц и болезненность локальной пальпации. Боли интенсивные, мозжащие, усиливаются при рывковом движении в локте или кисти, особенно при сопротивлении пассивному сгибанию разогнутой кисти или супинации из положения крайней пронации. Слабость мышц при эпикондилрозе определяется симптомами Томсена (при попытке удержать кисть, сжатую в кулак в положении тыльного сгибания, она быстро опускается, переходя в положение ладонного сгибания) и Белша (больной одновременно разгибает и супинирует оба предплечья, находящиеся на уровне подбородка в положении сгибания и пронации, при этом на больной стороне разгибание и супинация заметно отстают по сравнению со здоровой стороной). Причиной заболевания чаще всего бывает нижнее - шейный и верхнее - грудной остеохондроз.

7. Вегетативно-сосудистые синдромы на уровне плечевого пояса обычно сочетаются с цервикобрахиалгией и проявляются нарушением микроциркуляции преимущественно в дистальных отделах конечности: пастозность кожи и подкожной клетчатки на кисти и предплечье, побледнение или цианоз, снижение или повышение температуры кожи. По данным реографии и капилляроскопии выделяются варианты состояния сосудов. Особенно выражены вегетативно-сосудистые расстройства при синдроме плечо — кисть.

При шейном остеохондрозе и деформирующем спондилоартрозе весьма часто встречаются **симптомы раздражения симпатического сплетения позвоночной артерии**. Это проявляется болью в шее и затылочной области, а также динамическими нарушениями кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне с клиникой кохлеовестибулярных, вестибулоцеребеллярных, зрительных, гипоталамических и ряда стволовых симптомокомплексов. Причиной заболевания чаще всего бывает верхнее — шейный радикулит.

8. Осложнение шейных радикулитов в виде сужения просвета позвоночных артерий. Шейный радикулит часто приводит к осложнению в виде сужения позвоночных артерий. Головной мозг снабжается кровью четырьмя крупными артериями: спереди вдоль гортани проходят две сонных артерии, а сзади вдоль позвоночника проходят две позвоночные артерии. Позвоночные артерии проходят с правой и левой стороны по шейным позвонкам от аорты к головному мозгу. Две крупные магистрали позвоночных артерий вместе с двумя сонными артериями доставляют кровь к мозгу. При травмах и ослаблении связочного аппарата, расположенного вокруг шейных позвонков, происходит смещение тонких и плоских позвонков вправо, влево, вперед и очень редко — назад. От этих смещений пережимается позвонками русло позвоночной артерии, которая проходит по шейным позвонкам. Русло позвоночной артерии становится меньше в диаметре от бокового давления на артерию смещенного позвонка. Механизм сдавливания позвоночной артерии смещенным на доли миллиметра позвонком сопровождается соответствующими клиническими изменениями. Как следствие этого уменьшается поступление крови к головному мозгу. Попутно микроскопические смещения шейных позвонков натягивают корешки нервов, выходящих из спинного мозга, и вызывают сильные боли. Кроме того, позвоночной артерии окутаны густой сетью вегетативных

волокон, которые также зажимаются и генерируют свои патологические симптомы. Клинически микроскопические подвывихи шейных позвонков проявляется головной болью в затылочной области, головокружением, тошнотой, возникновением зрительных нарушений (в виде фотопсий и скотом).

Наличие синдрома (сжатия) позвоночных артерий достаточно легко *диагностируется*. Врач усаживает пациента на кровать, располагается сзади от него и, обхватив шею обеими руками, на 5 – 10 секунд пережимает поступление крови через сонные артерии. Тогда на протяжении 5 – 10 секунд головной мозг будет снабжаться кровью исключительно через две позвоночные артерии.

- Если **имеется сужение** позвоночных артерий (или у человека выраженная гипотония – 90/40 мм. ртутного столба), то пациент после первых 2 секунд сжатия сонных артерий почувствует сильное головокружение, а через 7 секунд он будет находиться без сознания (в обморочном состоянии). При возникновении обморока больного сразу надо уложить на кровать и дать понюхать нашатырного спирта. Сознание быстро восстанавливается.
- Если у пациента **нет сужения** позвоночной артерии (и нормальное артериальное давление), то даже после 2 минут сжатия сонных артерий с обеих сторон он почувствует только небольшое головокружение. Широкие позвоночные артерии будут успешно компенсировать прекращение поступления крови к головному мозгу, вызванное сжатием сонных артерий.

Лечение синдрома позвоночной артерии производится комплексно. Наиболее эффективна мануальная терапия (остеопатия). Кроме этого проводят массаж шеи (особенно ее боковых отделов), иглотерапевтическое лечение шейного радикулита, применяют различные сосудорасширяющие медикаментозные средства (эуфиллин, но-шпа, стугерон, папаверин, никотиновая кислота).

9. При всех видах шейного остеохондроза и радикулита может возникать симптом головокружения (симптом нарушения равновесия), который проявляется комплексом разнообразных симптомов. Основной из них — потеря равновесия при внезапном изменении положения головы, особенно при перемене позы из положения лежа в положение стоя, что напоминает вестибулярную атаксию. Тоническая реакция в данном отделе обнаруживается при функциональных пробах Отана—Возака—Фишера в различных модификации. Ходьба при патологии этого отдела может быть изменена по типу недифференцированной атаксии и представлена в форме внезапных отступлений в сторону от линии ходьбы. **При всех видах шейного остеохондроза и радикулита может возникать симптом нарушения слуха,** который выражается в появлении симптомов патологии звукопроводения. Согласно статистике снижение слуха в 20% случаев обусловлено наличием функциональных блокад краниовертебрального перехода. Кроме того, эта патология может сопровождаться **снижением остроты зрения (миопией)**. «Удельный вес» обсуждаемой патологии с возрастом увеличивается.

10. Невралгия затылочная. Под этим термином объединяется обширная группа болевых синдромов, локализующихся в задней части головы. Различают симптоматические формы, в основе которых лежат ирритация болей с задних отделов твердой мозговой оболочки, изменения в шейном отделе позвоночника и на уровне краниовертебрального перехода, вазомоторные изменения региональных сосудов (мигренозный тип болей), мышечные и подкожные поражения. **Идиопатическая затылочная невралгия — это невралгия большого затылочного нерва Арнольда,**

происходящего из С.2-корешка. Природа идиопатической затылочной невралгии неясна, но вероятнее всего так проявляется вирусное поражение этого нерва.

Типичные случаи характеризуются приступами односторонней жестокой боли, возникающей в шее и иррадирующей в затылок (вплоть до темени). Боль простреливающая, напоминающая боль при прохождении электрического тока, возникает спонтанно либо при определенных движениях головы. Частота пароксизмов широко варьирует. Иногда в период между приступами сохраняется нерезкая постоянная боль в затылочной области. Следует иметь в виду возможность болевых кризов, ограниченных областью темени, без вовлечения шейной и затылочной областей. Симптоматические формы затылочной невралгии, встречающиеся несравненно чаще идиопатической, характеризуются обычно более затяжными периодами боли, которая может держаться несколько недель. Причиной вторичной затылочной невралгии чаще всего служит артроз (а не остеохондроз) верхнешейных межпозвонковых суставов (диски на этом уровне отсутствуют, поэтому дискогенные поражения в прямом смысле этого слова не могут иметь места). Именно при затылочной боли требуется обычно тщательное клиническое исследование. В первую очередь должны быть исключены деструктивные процессы в верхних шейных позвонках (туберкулёзный кариез — болезнь Руста, а у пожилых людей — метастазы) и аномалии краниовертебрального перехода (синдром Арнольда - Киари). Постоянно следует помнить о возможности возникновения затылочной боли при опухолях мозга, особенно субтенториальных, обуславливающих ущемление ствола мозга, сопровождающийся смещением вниз миндалин мозжечка.

§ 66. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

Мануальная терапия при лечении остеохондрозов шейного отдела позвоночника проводится в строго определенной последовательности, о которых подробно написано в § 64: 1. Диагностика. 2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. 3. Тракция. 4. Мобилизация. 5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация сустава. 6. Манипуляция. 7. Период ремиссии (выздоровления). Опишем более подробно упомянутые этапы лечения остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

1. В параграфе об общих методах лечения остеохондрозов при помощи мануальной терапии подробно описаны различные **методики релаксации мышц**: обыкновенный массаж, шиацу, иглотерапия, точечный массаж, мази, тепловые процедуры и так далее. Специфику действий по расслаблению мышц имеют только методики проведения постизометрической релаксации (перерастяжения) мышц шейного отдела позвоночника.

1) Постизометрическая релаксация мышц, опускающих нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, грудино-щитовидная, щитоподъязычная и двубрюшная). Постизометрическая релаксация мышцы. Больной сидит с запрокинутой головой. Врач одной рукой незначительно наклоняет голову назад (разгибание головы) и делает тракцию (вытяжение вверх). Другой рукой он фиксирует рукоятку грудины (оказывает давление вниз) и контролирует натяжение мышц (**рис. 35**).



Рисунок 35. Релаксация мышц, опускающих нижнюю челюсть.



Рисунок 36. Релаксация прямых мышц головы.

2) Постизометрическая релаксация прямой (большой и малой) мышцы головы (рис. 36). Мышцы производят разгибание в суставе между затылочной костью черепа и атлантом, а также в суставе С1 — С2. Положение больного на спине. Одна рука врача подводится за низ затылка (она держит голову), другая рука фиксирует лоб. Движение врача заключается в наклоне головы вперед, как бы вращая голову вокруг фронтальной оси, проходящей через вершины сосцевидных отростков. Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор вверх — вдох, взор вниз — выдох.

3) Постизометрическая релаксация косых (верхних и нижних) мышц головы Мышцы осуществляют наклон в свою сторону и незначительное разгибание в атланто-окципитальном сочленении и суставе С.1—С.2, производя одновременно поворот головы в свою сторону. Положение больного сидя. Одной рукой врач фиксирует поперечный отросток атланта на противоположной стороне, подложив основную фалангу указательного пальца под сосцевидный отросток. Другой рукой, надавливая на височную область с противоположной стороны, производит наклон головы вокруг сагиттальной оси, проходящей через краниовертебральный переход. Используются дыхательные

синергии согласно правилу Gaumans. При этом на вдохе происходит изометрическая работа (напряжение) мышц четных сегментов, включая краниовертебральный переход, а на выдохе — расслабление. На нечетных сегментах все отношения имеют противоположное направление (**рис. 37**).



Рисунок 37. Релаксация косых мышц головы.



Рисунок 38 - 1. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 1.



Рисунок 34 - 2. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 2.



Рисунок 34 - 3. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 3.

4) Постизометрическая релаксация разгибателя головы и шеи. Это движение осуществляет вертикальная порция трапециевидной мышцы, ременные мышцы головы и шеи, мышца, поднимающая лопатку, полуостистая мышца головы и шеи.

Вариант 1. Положение больного на спине. Ладони врача фиксируют (прижимают к кушетке) плечевые суставы больного. Его затылок лежит на локтевом сгибе руки врача. Этой рукой врач производит наклон головы и сгибание шеи (**рис. 38 - 1**). Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор вверх — вдох, взор вниз — выдох.

Вариант 2. Положение больного сидя. Врач фиксирует надплечья больного с помощью своих локтей. Кисти врача лежат на затылке больного и производят наклон головы вперед (**рис. 38 - 2**). Используются синергии, как в варианте 1.

Вариант 3. Положение больного сидя, руки больного сомкнуты на затылке «в замок». Врач, проведя руки между предплечьем и плечом пациента, захватывает дистальные отделы предплечий и производит наклон головы пациента вперед и вниз (**рис. 38 - 3**). Воздействие осуществляется за счет разгибания предплечий. Используются синергии, описанные выше.

5) Постизометрическая релаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Мышцы при одностороннем сокращении производят наклон головы и шеи в свою сторону.

Вариант 1. Положение больного сидя. Врач одной рукой фиксирует надплечье больного и ключицу, оказывая давление вниз, другой производит поворот головы на 45° в здоровую сторону и наклон назад (**рис. 39 - 1**). Используются дыхательные синергии.

Вариант 2. Положение больного лежа на спине. Пораженная мышца растягивается за счет веса головы, свисающей с края кушетки (**рис. 39 - 2**). Используются дыхательные синергии.

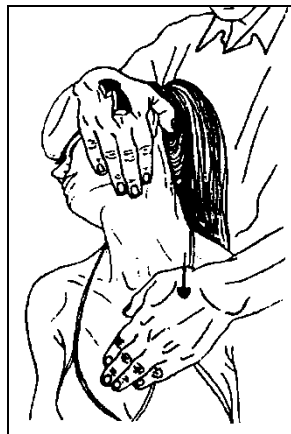


Рисунок 39 - 1. Релаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Вариант 1.



Рисунок 39 - 2. Ауторелаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Вариант 2.

б) Постизометрическая релаксация коротких ротаторов шейного отдела позвоночника (вращатели, многораздельные мышцы), которые вращают позвоночник в противоположную сторону. Врач одной рукой захватывает голову больного так, чтобы его подбородок лежал на предплечье врача, пальцы другой руки врача захватывают заушную и затылочную области со здоровой стороны. Этой рукой врач фиксирует надплечье больного (**рис. 40**). Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор в здоровую сторону — вдох, взор в сторону ротации — выдох.

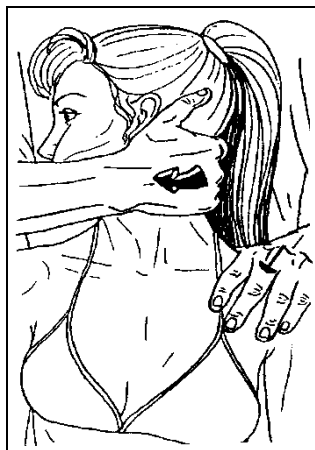


Рисунок 40. Релаксация ротаторов шеи.

3. Тракционные приемы, выполняемые на шейном отделе позвоночника.

После расслабления (релаксации) спазмированных мышц, врач приступает ко второму подготовительному этапу лечения – к силовому вытяжению позвоночника. Для облегчения вправления сдвинутого по оси (вправо, влево, вперед, назад) позвонка, необходимо вытянуть позвоночник по оси. Тогда манипуляция (вправление) облегчается на 40 – 70%. Шейный отдел позвоночника, наиболее подвижный и доступный, имеет некоторые особенности с точки зрения подхода к лечебным воздействиям на нем. Характерные особенности верхне-шейного отдела, его анатомических образований, своеобразие биодинамики определяют оригинальность техники манипуляционных приемов. Нижне-шейный отдел, имеющий непосредственную анатомическую и функциональную связь с верхне-грудным, определяет необходимость воздействия на эти регионы с учетом их особенностей. Высокая подвижность и свободный доступ к различным поверхностям шейных позвоночно-двигательных сегментов (сзади, сбоку и даже спереди) позволили разработать значительное количество разнообразных лечебных приемов, используемых разными школами (Р. Мэнь, К. Левит, А. Стодарт, А. Ситель и др.). Одно из необходимых условий для подготовки к проведению манипуляций — предварительное мышечное расслабление, в частности, верхней части трапециевидной мышцы и мышцы, поднимающей лопатку. Релаксация мышц достигается использованием различных видов массажа и сочетанием массажа с тракцией шейного отдела позвоночника.

1) Тракционный прием с упором в основание головы пациента, выполняемый двумя руками в положении больного сидя (рис. 41 - 1). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Может использоваться как самостоятельный лечебный прием, когда проведение манипуляций не показано (например, при некоторых формах вертебрально-базилярной недостаточности у стариков, резком болезненном мышечном спазме и др.). Занимая исходное положение, больной удобно садится на стул без спинки, врач встает вплотную к нему, локти кладет на его плечи, а ладони (областью тенара и гипотенара) — чуть ниже ушных раковин пациента. Такое положение рук нацеливает прием преимущественно на верхние шейные сегменты. Если опустить ладони немного ниже, зафиксировав их основанием поперечные отростки 2-го шейного позвонка, то тракционное усилие придется главным образом на нижние и средние шейные позвоночные сегменты. Из этого исходного положения врач начинает медленно сближать свои локти, как бы стараясь их сомкнуть, одновременно выдавливая, словно домкратом, голову пациента вверх. После небольшой выдержки в достигнутом верхнем положении следует постепенное, плавное убывание усилия, при этом локти врача медленно расходятся. Описанный прием можно усилить за счет увеличения амплитуды тракции, если встречное движение локтей врача одновременно дополняется разгибанием его туловища.

2) Тракционный прием с охватом нижней челюсти пациента, выполняемый одной рукой и в положении больного сидя (рис. 41 - 2). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Как самостоятельный прием применяется при противопоказаниях к проведению

сгибательных и ротационных манипуляций. Занимая исходное положение, больной садится на стул без спинки. Врач встает вплотную к нему и охватывает его голову правой рукой так, чтобы подбородок пациента удобно опирался на локтевой сгиб (не давить на область трахеи!), а левой рукой фиксирует область затылка. Из этого исходного положения врач плавно начинает медленную тракцию по вертикальной оси, на высоте достигнутого усилия делает кратковременную паузу, и далее тракционное усилие постепенно убывает, врач медленно отпускает голову пациента, возвращая в исходное положение. В данном приеме участвует все туловище врача, а не только его рука.



Рисунок 41 - 1. Тракционный прием с упором в основание головы пациента.

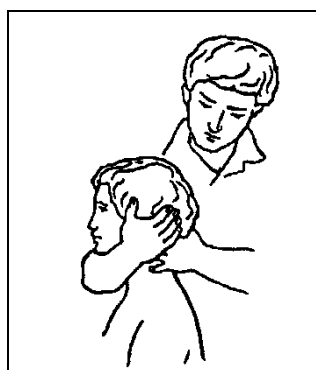


Рисунок 41 - 2. Тракционный прием с охватом нижней челюсти пациента.

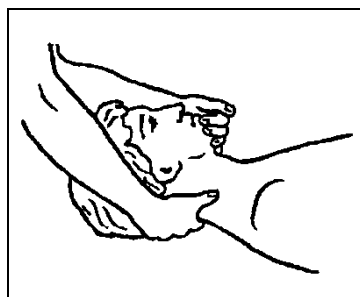


Рисунок 41 - 3. Тракционный прием с охватом затылка и челюсти для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника.

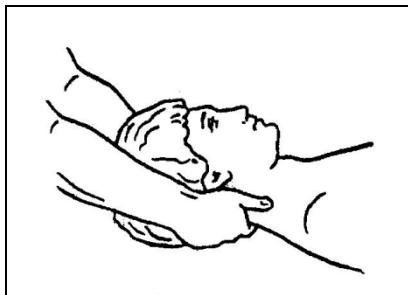


Рисунок 41 – 4. Тракционный прием с охватом затылка для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа на спине.

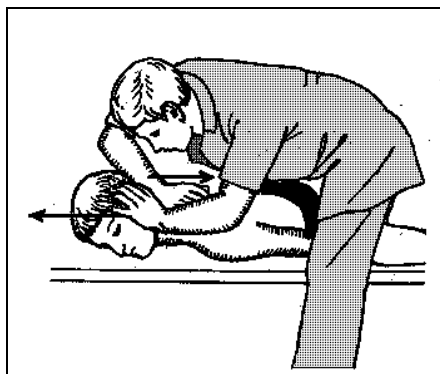


Рисунок 41 - 5. Тракция шейного отдела позвоночника при помощи противоположного усилия рук врача по горизонтали.

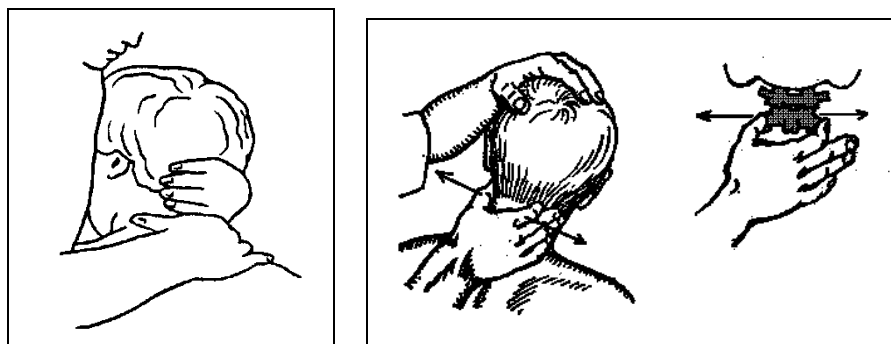
3) Тракционный прием с охватом затылка и челюсти для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа (рис. 41 - 3). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций как самостоятельный лечебный прием у пожилых больных, если ротационные и сгибательные манипуляции нежелательны. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх. Если прием выполняется врачом без помощника, то ноги пациента согнуты в коленных суставах и голени свисают с края кушетки для фиксации тела. Если есть ассистент, то следует попросить его крепко (но не грубо) удерживать ноги пациента за лодыжки, чтобы туловище не смещалось в ходе тракции. Врач находится у изголовья, удерживая голову пациента обеими руками: одной рукой — подбородок пациента, а другой — затылок. Колени врача слегка согнуты, стопы противопоставлены. Из этого исходного положения врач начинает плавно отклонять свой корпус назад, до тех пор пока локти его не распрямятся и колени не разогнутся. Возможно, даже еще большее отклонение корпуса с упором бедра одной ноги в кушетку и сгибанием колена отстоящей ноги. Когда врач ощущает расслабление шейной мускулатуры пациента и достаточную степень вытяжения, он выдерживает 2—3-секундную паузу и, медленно возвращаясь в исходное положение, постепенно ослабляет прилагаемое к шее пациента усилие. Прием повторяется 4—5 раз.

4) Тракционный прием с охватом затылка для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа на спине (рис. 41 - 4), используется в качестве подготовки к проведению манипуляций. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, когда противопоказаны сгибательные и ротационные приемы, а также как завершающий этап после манипуляций не только на шейном, но и на поясничном и грудном отделах позвоночника. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, плечи его находятся на уровне края кушетки. Затылок пациента лежит на соединенных руках врача. Ноги на уровне лодыжек надежно фиксированы ассистентом или мягкими ремненными петлями. Мягкий захват головы врач осуществляет путем сжатия ее внутренними поверхностями предплечий, которые старается сблизить в процессе тракционного усилия. Из этого исходного положения, используя указанный захват, врач начинает тракцию медленно, по нарастающей, отводя свой корпус назад. Обычно в ходе данного приема тракционное усилие наращивают во время вдоха и медленно ослабляют в фазе выдоха, в ритме с хорошо заметными дыхательными движениями ребер. Очень важно направлять тракцию вдоль горизонтальной оси, в противном случае она может быть болезненна и даже вредна. Обычно достаточно 5—7 тракций. Тракцию шейного отдела позвоночника можно осуществлять при помощи противоположного усилия рук врача по горизонтали. **Рис. 41 – 5.** При этом врач одной рукой упирается в затылок пациента, а другой в плечо, и старается растянуть шею.

3. Приемы мобилизации и иммобилизации (замыкания), применяемые на шейном отделе позвоночника. Последним лечебным мероприятием по подготовке позвоночника к началу манипуляций является комплекс насильственных движений в виде мобилизаций, которые заканчиваются иммобилизаций (замыканием, преднапряжением) «больного» межпозвоночного сустава.

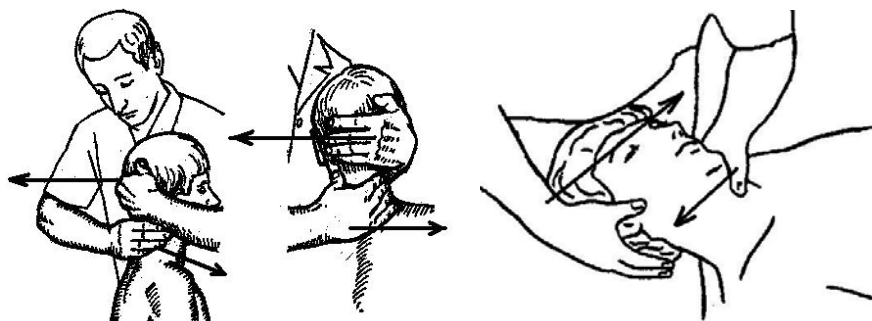
1) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с фиксацией шеи двумя руками в положении больного сидя. Рисунок 42 - 1, 2, 3, 4, 5. Используется в качестве подготовки к проведению последующих манипуляционных приемов и как самостоятельный прием при лечении больных, которым нежелательно выполнение собственно манипуляций на шее (пожилые люди, пациенты с неврозами, вегето-сосудистыми кризами и др.). Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку (табуретку и т. п.), руки его свисают вдоль туловища. **Рисунок 42 – 1.** Врач стоит сбоку от пациента, одна его рука захватывает голову больного таким образом, чтобы подбородок удобно покоился в локтевом сгибе; кисть руки своим локтевым краем плотно прилегает к верхнему позвонку мобилизуемого сегмента (например, С.3). Другая его рука «вилкой» из 1-го и 2-го пальцев тесно обхватывает арку нижележащего позвонка (С.4). Перед началом манипуляции желательнее провести колебательные движения справа на лево каждого из 7 шейных позвонков. **Рисунок 42 – 2.** Кисти рук, следовательно, приложены вплотную друг к другу, между ними нет промежутка. Заняв исходное положение, врач выполняет небольшую тракцию головы пациента в своем локтевом сгибе (не надавливая на трахею больного). Далее, сохраняя это легкое тракционное усилие, он выполняет движения в мобилизуемом сегменте, смещая вышележащие позвонки (до С.3 включительно) относительно нижележащего С.4. Смещения производятся последовательно в боковых, переднезаднем, а также в ротационном направлениях. Повторить смещение в каждом направлении можно 10 раз.

Необходимо обратить внимание, что смещения в первых двух вышеуказанных направлениях, называемые «суставной игрой», в норме отсутствуют и не могут быть воспроизведены пациентом самостоятельно, однако их отсутствие нарушает функцию сустава. Амплитуда «суставной игры» незначительна, но в сегменте С.2 — С.3 она относительно больше, чем в сегменте С.6 — С.7. **Рисунок 42 – 3.**



1

2



3

4

Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона (у сидячего и лежачего пациента).



5.

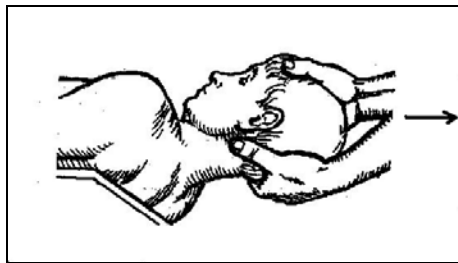
Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью ротации.

Рисунок 42 (1, 2, 3, 4, 5). Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с фиксацией шеи двумя руками.

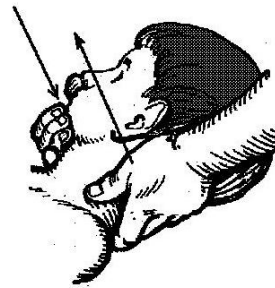
2) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона в положении больного лежа (рис. 42 - 4). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении бокового сгибания и как самостоятельный прием, если невозможно (по техническим условиям или вследствие противопоказаний) выполнить манипуляционный толчок. Занимая исходное положение, больной ложится на кушетку на спину, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на уровне края кушетки, голова и шея лежат на бедре врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает одной рукой ее затылочную и теменную области, а другую располагает с той стороны шеи, в которую будет выполняться боковой наклон, причем основание указательного пальца плотно прижато к поперечному отростку нижнего позвонка выбранного сегмента. Из исходного положения врач одной рукой производит боковой наклон головы с синхронным давлением в области приложения другой руки. Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

3) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа (рис. 42 - 5). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении ротации. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, когда пациенту в силу противопоказаний не может быть применен манипуляционный толчок. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на краю кушетки, голова и шея опираются на бедро врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает ее одной рукой так, чтобы подбородок и нижняя челюсть опирались на кисть и предплечье врача. Первым пальцем другой руки врач плотно упирается в угол между поперечным отростком и аркой верхнего позвонка выбранного сегмента. Из исходного положения врач осуществляет ротацию головы одной рукой и одновременно мягкое, но энергичное давление в зоне приложения другой руки. Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

4) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылок — атлант» с помощью кивательного движения вперед в положении больного лежа (рис. 43 - 1,2). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляции на головных суставах, а также в качестве самостоятельного лечебного приема, когда выполнение манипуляционного толчка нежелательно. Занимая исходное положение, пациент ложится на спину, руки свободно лежат вдоль туловища. Плечи пациента находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача. Мануальный терапевт захватывает голову пациента двумя руками. Одна его рука находится под затылком пациента, подпирая «вилкой» из двух пальцев — 1-го и 2-го — заднюю дугу атланта (С.1), другая рука опирается на лоб пациента. Врач слегка давит рукой на лоб больного, вызывая легкое кивательное движение (не сгибание шеи!) головы вперед. Амплитуда этого движения невелика, а при имеющемся поражении (блокаде) сегмента может вообще отсутствовать. Однако врач пытается получить это движение, мягко «расшатывая» заблокированный сегмент. Прием можно повторить 10 раз.



1



2

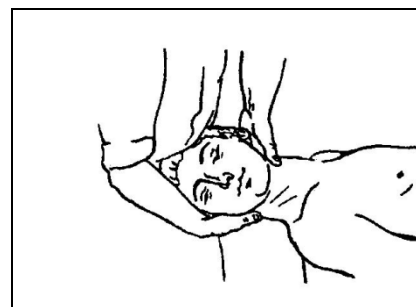
Рисунок 43 – 1, 2. Тракция, мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылок — атлант» с помощью кивательного движения вперед.

5) Тракция, мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылочная кость — атлант» с помощью кивательного движения в сторону (рис. 44 – 1, 2).

Важно следить, чтобы голова находилась на одной оси с шеей и телом пациента. Заняв исходное положение, врач оказывает одной своей рукой сверху давление на область ветви нижней челюсти, сосцевидный отросток, затылочную кость. Это давление передается на перечисленные костные структуры пациента через «вилку», образованную 1-м и 2-м пальцами (радиальный край), которая смещает их вниз и к противоположной теменной кости. Радиальный край кисти другой руки, которая приложена снизу к основанию затылочной кости, наоборот, передает давление в краниальном направлении, равно как и к противоположной теменной кости. Важно помнить, что движения обеих рук должны быть синхронны. Амплитуда получаемого кивательного движения в сторону в сочленении «затылочная кость — атлант» достигает всего несколько градусов. В норме ощущается характерное пружинистое ограничение дальнейшей подвижности сочленения, а под мочкой уха образуется кожная складка (место проекции поперечного отростка атласа). При «блокаде» кивательное движение в сторону может отсутствовать, чувствуется жесткое сопротивление, кожная складка не образуется. В этом случае врач пытается разработать сочленение серией мягких повторений описанного приема 10 — 15 раз.



1



2

Рисунок 44 – 1, 2. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылочная кость — атлант» с помощью кивательного движения в сторону.

4. Манипуляционные приемы, выполняемые на шейном отделе позвоночника. В положении пациента лёжа можно проводить тракцию с одномоментной манипуляцией по смещению шейных позвонков. **Рисунок 45 – 1, 2.** Как уже не раз было сказано, к манипуляциям нельзя переходить без соответствующей подготовки. Предварительно надо точно определить место, где находится пораженный остеохондрозом диск, надо поставить **диагноз**. Потом следует процесс релаксации мышц и связок, окружающих «больной» межпозвоночный диск, в том числе применяется и **постизометрическая релаксация**. Далее следует этап лечения в виде **тракции** (силового растяжения позвоночника), **мобилизации и иммобилизации** (замыкания) движений в межпозвоночном диске. Окончательный этап лечения посвящен насильственному смещению позвонка в правильное физиологическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления межпозвоночного диска. Теперь можно приступить к «вправлению» позвонка (вышестоящего или нижестоящего по отношению к воспаленному межпозвоночному диску), то есть можно начать этап лечения в виде **манипуляций** с двумя позвонками, расположенными «над и под» воспаленным межпозвоночным диском. Следует, отметить, что легкая доступность приводит и к достаточно частой травматизации при неквалифицированном применении мануальной терапии на шейном отделе позвоночника. Кроме того, высокая степень опасности раздражения и даже в некоторых случаях травмирования позвоночной артерии, позвоночного нерва, других рефлексогенных структур должна заставить врача подходить с высокой степенью ответственности к проведению манипуляций на шее.

1) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью прицельной тракции и приема сопровождения в положении больного лежа. Используется при функциональных поражениях шейных сегментов (блокадах) на любом уровне, включая и головные сочленения; она применима и в том случае, когда имеющаяся гипомобильность сопровождается ощущением жесткого сопротивления, и в случае мягкой границы ограничения движения.

а) Манипуляция позволяет достичь хорошего мышечного расслабления пациента. Она относится к типу манипуляций сопровождения, т. е. сегмент, на котором проводится прием, «открыт» снизу, что позволяет выполнить прием более комфортно для пациента. Кроме того, эта манипуляция имеет целью distraction суставной щели и является поэтому более щадящей формой толчковых манипуляций. Их обычно рекомендуется проводить первыми. У пациентов со скрытой формой вертебрально-базиллярной недостаточности, возможными явлениями остеохондроза, у пожилых больных эта группа манипуляций часто единственно возможная.

Занимая исходное положение для проведения манипуляций, пациент укладывается на кушетку лицом вверх, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит несколько сбоку в изголовье пациента. Однако для правильного проведения манипуляций важно, чтобы ось головы и шеи пациента находилась в одной плоскости с его туловищем, то есть продольно. Поэтому для более надежной фиксации головы больного врач садится на кушетку, как на коня, укладывая голову больного на бедро впереди расположенной ноги и разворачивая свой корпус в этом же направлении. Далее врач захватывает голову больного одной рукой так, чтобы она покоилась на его предплечье, а пальцы обхватывали его подбородок. Другая рука с помощью основания указательного пальца

образует тесный контакт сразу за поперечным отростком верхнего позвонка «блокированного» шейного сегмента в месте соединения суставной площадки и задней дуги. Врач минимально наклоняет голову пациента в сторону контактирующей руки так, чтобы радиальный край указательного пальца не соскальзывал с выбранного поперечного отростка.

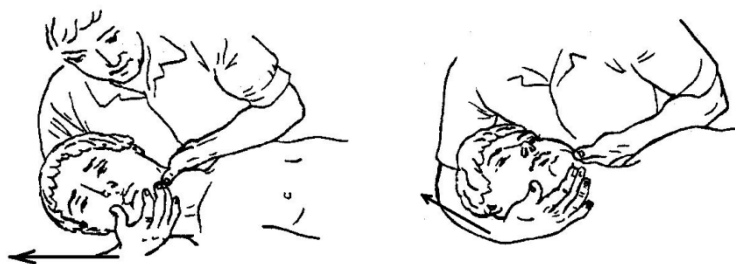


Рисунок 45 – 1, 2. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью прицельной тракции и приема сопровождения.

Несколько иное исходное положение врач занимает, если помимо разделения сочленяющихся поверхностей необходимо увеличить и боковой наклон в «блокированном» сегменте. В этом случае он выполняет боковое сгибание (наклон) головы пациента в направлении вверх, к себе, до тех пор, пока не ощутит вершину этого сгибания точно под своим контактирующим указательным пальцем. Исходное положение в этом случае отличается от предшествующего исключительно некоторым усилением бокового сгибания. Важно помнить, что голова при этих приемах только незначительно ротируется, за исключением сегмента «затылочная кость — атлант». При выполнении манипуляции на этом уровне радиальный край указательного пальца контактирует с сосцевидным отростком височной кости, а голова, как было отмечено, ротируется с помощью другой руки в направлении лицом от врача. Цель такой ротации — «замыкание» сочленения «атлант — аксис» и его защита. Степень ротации все же не должна быть полной, так как в этом случае вовлекаются каудально расположенные сегменты шейного отдела. Наклон головы пациента в сторону контактирующей руки сохраняется минимальным. Запястье этой руки расположено в продолжении продольной оси контакта, а при положении врача сидя так расположено не только запястье, но и предплечье.

б) И наконец, подобная манипуляция может быть выполнена на сочленении «атлант — аксис» (рис. 45 - 2). В этом случае исходное положение несколько изменяется. Чтобы достичь целенаправленной дистракции (разделения суставных поверхностей) и устранить блокаду в сочленении С.1 — С.2, надо создать «замыкание» в сочленении «затылочная кость — атлант». Этого можно достичь комбинацией легкого наклона головы к врачу и очень небольшой ротации лицом в противоположную сторону. Основание указательного пальца перемещается на дугу атланта (С.1) и его поперечный отросток. Запястье врача (по возможности и предплечье) находится по продольной оси тракции. Как и в предыдущем приеме, врач должен избегать разгибания головы больного из-за возможности приступа головокружения. Врач, проводя манипуляции при занятом исходном положении — без бокового сгибания, после мобилизирующего эластичного тракционного движения переходит к образованию преднапряжения в шейном сегменте, а затем (в фазе выдоха больного) выполняет манипуляционный толчок с помощью обеих

рук в направлении тракции (конечно, акцентированное усилие прикладывается с помощью контактирующей руки). Если же врач занял исходную позицию для тракционной манипуляции в сочетании с боковым наклоном головы больного, то после серии эластичных мобилизирующих движений в направлении тракции он создает преднапряжение в сегменте, за которым (на выдохе больного) врач выполняет манипуляционный толчок. Этот толчок акцентируется контактирующей рукой в направлении к противоположной стороне шеи и краниально, то есть выполняется почти диагонально (в плоскости разделяемых суставных поверхностей). Другая рука врача синхронно проводит тракцию. Таким образом, на ее фоне и осуществляется форсированный боковой наклон. Аналогичным образом в фазе выдоха пациента, после серии эластичных мобилизирующих тракционных движений и создания преднапряжения в соответствующем исходном положении, выполняются прицельные тракционные манипуляции на головных сегментах («затылочная кость — атлант», «атлант — аксис»). Прилагаемое тракционное усилие на этом уровне должно быть относительно небольшим.

2) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания в положении больного сидя (рис. 46 - 1, 2, 3, 4). Необходимо обратить внимание, что 4, 5, 6 и 7 шейные позвонки имеют достаточно длинные остистые отростки. Поэтому возможна манипуляция удержания повернутого в сторону позвонка в вывернутом (влево или вправо) состоянии, несмотря на то, что остальные позвонки врач поворачивает в противоположное направление. От этих действий происходит «вправление позвонка». Для этого большим пальцем руки врач нажимает на остистый отросток «неправильно стоящего» позвонка (направляя усилие вбок, то есть – строго вправо или строго влево), стараясь данный позвонок оставить в повернутом состоянии, а в это время голову со всеми вышележащими позвонками врач поворачивает в противоположное направление. Если давление на боковую поверхность остистого отростка происходит влево, то затылок головы поворачивают вправо, и наоборот.

Обратите пристальное внимание на очень простой, но эффективный метод снятия «блоков» в шейных межпозвоночных дисках при помощи ладони врача. **Рассмотрим рисунок-схему 46 – 4, 5.** При боковых наклонах головы пациента вправо или влево ладонь врача играет **роль рычага**. Если подпереть верхней поверхностью ладони врача кости основания черепа пациента, а нижнюю поверхность ладони прижать к плече-шейному углу, то при боковом наклоне головы пациента вправо или влево (используя голову как рычаг) врач осуществит вытяжение всех шейных межпозвоночных суставов. **Смотрите рисунок-схему 46 – 4.** Если верхнюю поверхность ладони врача упереть в пространство между 1 и 2 шейными позвонками, то при боковом наклоне головы пациента в этом месте произойдет достаточно сильное растяжение межпозвоночного сустава. Так можно устранить «блоки» между 1 и 2 шейными позвонками. **Смотрите рисунок-схему 46 – 5.** Если верхнюю поверхность ладони врача упереть в пространство между 3 и 4 шейными позвонками, то при боковом наклоне головы пациента в этом месте произойдет достаточно сильное растяжение межпозвоночного сустава. Таким методом можно устранить «блоки» между 3 и 4 шейными позвонками. **Смотрите рисунок-схему 46 – 4.** Используя ладонь врача как рычаг, можно снять блоки практически всех шейных межпозвоночных суставов (от первого до шестого), если они там существовали.

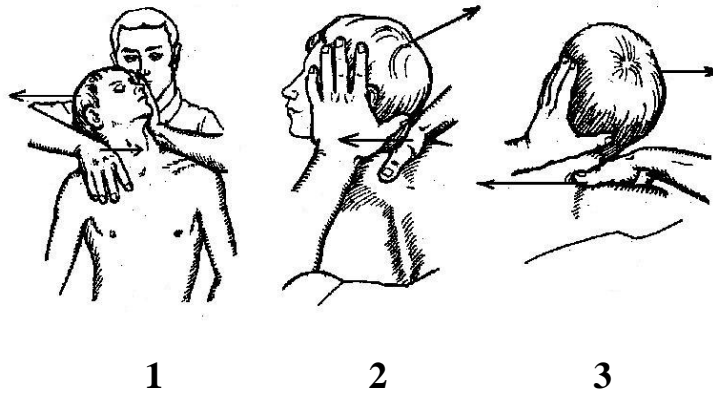


Рисунок 46 - 1, 2, 3. Врач располагается сзади пациента. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания.

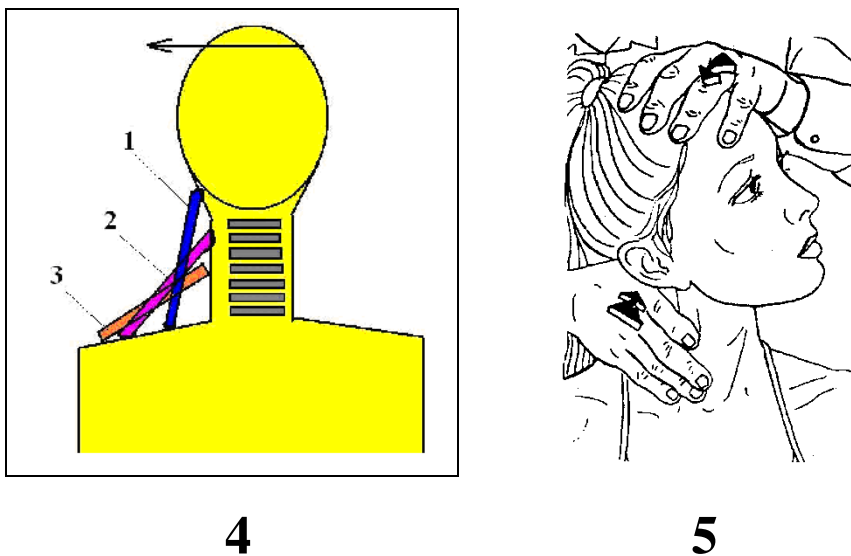


Рисунок 46 – 4, 5. Манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ладони врача.

3) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением бокового наклона и приема сопровождения в положении больного лежа (рис. 47).



Рисунок 47. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением бокового наклона и приема сопровождения.

Используется при выявлении функциональных повреждений (блокад) в шейных сегментах С.4 – Th.1 преимущественно в направлении ограничения бокового наклона. Обнаруженная в конкретном сегменте гипомобильность, сопровождается ощущением четкой границы пассивного движения головы и шеи пациента, после которой отмечается жесткое сопротивление. На этом фоне возможно возникновение болей, которые могут быть локальными, а могут носить псевдо - радикулярный характер, распространяясь в руку и межлопаточную область. Пальпация выявляет ирригационные зоны соответственно пораженным шейным сегментам. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки свободно располагаются вдоль туловища, плечи на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит в изголовье. Врач захватывает голову больного одной рукой так, что теменная область покоится на предплечье и локтевом сгибе, а кистью этой же руки обхватывает подбородок (пальцы под подбородком). Основание указательного пальца другой руки плотно прижимается к поперечному отростку верхнего позвонка двигательного сегмента над его задней дугой. Запястье и предплечье располагаются по оси описанного контакта указательного пальца. Угол наклона предплечья врача должен соответствовать плоскости расположения суставных поверхностей шейного сегмента и достигать примерно 45°. Заняв исходное положение, врач проводит ротацию, боковой наклон и наклон головы вперед с целью «замыкания» вышележащих сегментов. При достижении преднапряжения, ощущаемого под указательным пальцем, его направление совпадает с плоскостью суставных поверхностей. Этот толчок должен исходить из плечевого сустава врача, а не выполняться только кистью. Синхронно проводится тракция головы пациента по продольной оси шейного отдела.

4) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением ротации (в положении больного лежа). Рис. 48 - 1. Используется при выявлении функциональных повреждений (блокад) в шейных сегментах от С.2 - С.3 до С.4 — С.7, преимущественно в направлении ограничения ротации. В остальном показания идентичны показаниям предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент располагается на кушетке аналогично исходному положению предыдущего приема. Врач стоит в изголовье, одной рукой захватывает голову пациента (помещает ее на предплечье и локтевой сгиб) и кистью этой же руки обхватывает снизу подбородок. Основание указательного пальца или подушечка 1-го пальца другой руки помещается за поперечный отросток вышележащего позвонка, над его задней дугой и суставным отростком. Поскольку манипуляция выполняется с применением ротации, угол расположения предплечья по отношению к шее больного увеличивается.

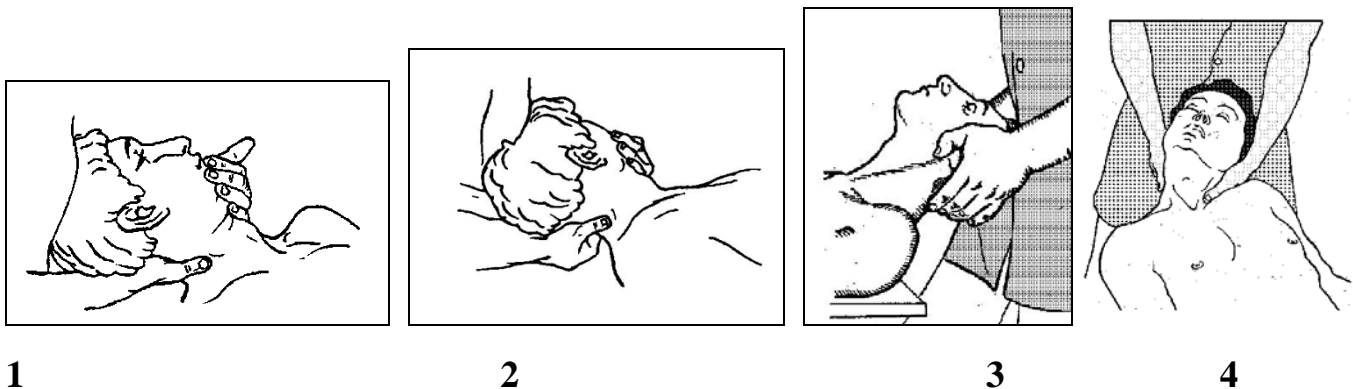


Рисунок 48 – 1, 2, 3, 4. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением ротации.

Заняв исходное положение, врач производит «замыкание» вышележащих сегментов с помощью ротации, бокового наклона головы и наклона вперед (или без наклона головы наклона вперед, но со сгибанием шеи вправо или влево, смотрите [на рисунке 48 - 2](#)) так, чтобы результирующее усилие концентрировалось в месте контакта указательного (или большого) пальца с верхним позвонком выбранного шейного сегмента. По достижении преднапряжения (и в конце выдоха пациента) он синхронно осуществляет тракцию головы и манипуляционный толчок в направлении ротации с помощью контактирующей руки.

5) Тракция и иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания в положении больного лежа (рис. 48 – 3, 4). Используется при показаниях, описанных в предыдущих двух приемах. Занимая то же исходное положение, что и в последних двух приемах, врач захватывает подбородок пациента своей кистью, в то время как другая кисть крепко фиксирует нижний позвонок двигательного сегмента указательным и большим пальцами. Из этого исходного положения врач проводит боковой наклон головы пациента влево и ротацию вправо, используя небольшое сгибание головы вперед (10° — 15°). Для формирования наклона головы вперед под затылок можно подложить подушку. Комбинация бокового наклона головы и ротации в разноименных направлениях на фоне ее небольшого наклона вперед приводит к «замыканию» за счет натяжения связочного аппарата верхних шейных двигательных сегментов. Врач должен научиться чувствовать, когда достигаемое комбинацией движений натяжение будет максимально концентрироваться на уровне вышележащего позвонка. По достижении преднапряжения в конце выдоха пациента он проводит манипуляционный толчок головы вправо или влево, который представляет собой мелко-амплитудное кратковременное усиление ротации за счет легкого перемещения подбородка больного в этом направлении.

§ 67. Особенности клиники остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

«Стандартный набор» клинических проявлений при радикулитах и остеохондрозах грудного отдела позвоночника следующий:

1. Боль имеет разнообразные проявления: прострелы, постоянно ноющая боль или может возникать только при движениях в позвоночнике. Иррадиация болей может быть в голову, конечности и реже на какой-то участок туловища. Специфические **болевы́е синдромы следующие:**

а) торокалгия — интенсивная прокалывающая, сверлящая или тупая боль в глубинных отделах туловища; наиболее выражен по утрам, после сна, усиливается при поворотах, кашле, чихании, смехе. Специфической жалобой при функциональной патологии грудной клетки является ограничение вдоха, точнее неудовлетворение глубиной вдоха. Патогенез этого синдрома достаточно сложен. Речь идет о сочетании периферических и центральных механизмов регуляции дыхания. Ответственными за первичный

периферический фактор являются укороченные межреберные (особенно наружные) мышцы в сочетании с функциональными блокадами нескольких ребер. Измененный стереотип дыхания способствует перестройке центральной дыхательной нейродинамики. Основой патологической связи, принимающей характер порочного круга, выступают функциональные блокады межпозвоночный диск и миогенные триггерные пункты дыхательной мускулатуры.

б) **торококраниалгия** — боль иррадирует в плечо и руку.

в) При остеохондрозах и радикулитах грудного отдела позвоночника в 34% случаях возникают **вертеброгенные миалгии** – боли чрезмерно спазмированных мышц (на руках и туловище), которые находятся на большом расстоянии от позвоночника. Болезненный спазм мышцы возникает по причине передавливания нервных путей в районе позвоночника.

2. Кинетические (двигательные) симптомы: ограничение движений или вынужденная поза туловища от сильных болей при движениях в позвоночнике, вынужденная поза от блокирования движения в межпозвоночных «суставах», спазмы, парезы и параличи некоторых групп мышц на руках.

3. Изменение тактильной чувствительности кожи на руке: отсутствие (анестезия), уменьшение (гипестезия), усиление (гиперестезия), в двух конечностях одновременно (парестезия), в одной (гоместезия), покалывание, сверление и другие неспецифические тактильные ощущения (синестопатии).

4. Изменение тепловой чувствительности (термочувствительности) в виде ощущения холодной конечности (кистей рук). Сразу после освобождения нерва от передавливания по окружности фасцией или желтыми связками, пациент отмечает ощущение прилива тепла к конечности.

5. Ухудшение функциональной деятельности сердца: боль, экстрасистолы, возникновение обморочных состояний на фоне прекрасной ЭКГ и других анализов и исследований сердца. Очень редко возникает ухудшение функциональной деятельности **легких:** частые «поперхивание» пищей при еде, кратковременные приступы кашля без насморка, неинтенсивные приступы одышки при слабой физической нагрузке. Дисфункция **диафрагмы** выражается икотой, которая может не прекращаться неделями.

В любом учебнике по нервным болезням дан подробный перечень симптомов грудного радикулита и остеохондроза. Поэтому автор книги не видит смысла очередной раз подробно описывать клинические симптомы болезней.

Однако автор книги считает необходимым уделить внимание в этой книге на специфику и особенности клинических проявлений при дегенеративно-дистрофических поражений межпозвоночных дисков в шейном, грудном и поясничном отделах.

1. Специфические отличия клинических проявлений функциональных блокад грудных межпозвоночных суставов (дисков). Чаще они возникают вторично, при заболеваниях внутренних органов вследствие тонического рефлекторного напряжения сегментарной мускулатуры с последующей ее дисфункцией. Вторично могут блокироваться грудные межпозвоночные диски вследствие первичных нарушений функций позвоночника шейной или поясничной области. К примеру, типичной является вторичная блокада

среднегрудных сегментов при первичной блокаде С.5 — С.6 — С.7. При внезапно возникшей блокаде межпозвоночного диска пациент испытывает интенсивную локальную боль, как ощущение «вбитого гвоздя», между лопатками и усиление ее при дыхании. Острые блокады сопровождаются значительным мышечным спазмом, локальным или распространенным.

Движения грудного отдела позвоночника в таких ситуациях резко ограничиваются, при блокадах нижнегрудных сегментов часто ошибочно диагностируется поясничный прострел. Острые блокады межпозвоночный диск переходных зон клинически проявляются более массивной симптоматикой. В этом плане блокады цервикоторакального перехода сопровождаются выраженной болью в надплечье и шее, спазмом трапециевидной мышцы, ограничением движения в плечевом поясе.

При локализации блокад в торакально-люмбальном переходе боль в основном испытывается в пояснице с ограничением движения в зоне перехода и в верхнепоясничном отделе. Это состояние больными часто оценивается как «надломленная спина». Вследствие резкого спазма подвздошно-поясничной мышцы начинающаяся в этом отделе боль иррадирует в крестец и пах. Нередким осложнением функциональных блокад торако-люмбального отдела является блокада крестцово-подвздошного сустава с формированием синдрома «крученого таза». Необходимо сказать об изолированных блокадах межпозвоночного сустава (диска). Возникают они достаточно редко и сопровождаются соответствующей блокадой ребра с одной или с обеих сторон. В таких случаях зона иррадиации боли соответствует ходу ребра и часто имитирует заболевания внутренних органов. Так, блокады межпозвоночного диска Th.5 - Th.7 и соответствующих ребер слева «моделируют» кардиалгию, блокады межпозвоночного диска Th.7 — Th.9 слева дают боль в печени и желчном пузыре. В грудном отделе позвоночника наиболее часто встречаются деформирующий спондилез (включая болезнь Форестье), грыжи Шморля, остеохондроз межпозвоночных дисков и деформирующий артроз реберно-позвоночных сочленений. Среди неврологических проявлений очень редко наблюдаются истинные корешковые синдромы. При позвоночно-реберных деформирующих артрозах обычно развивается межреберная невралгия. Наиболее часто боль локализуется в зоне пораженного двигательного позвоночного сегмента — торакалгия, что сопровождается мышечно-тоническими синдромами.

2. Синдром малой грудной мышцы характеризуется болями на уровне 3 — 5-го ребер, по ульнарному краю предплечья. По характеру боль ломящая, жгучая, усиливается ночью и при движениях с сокращением или растяжением этой мышцы (отведение руки — гиперабдукция). Синдром дифференцируют со стенокардией, для которой характерна приступообразная, интенсивная боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и левую руку, резко усиливающаяся при физическом напряжении, ходьбе и быстро купируется после приема валидола (или нитроглицерина), возможны изменения ЭКГ. Длительное напряжение малой грудной мышцы может способствовать сдавлению сосудистого и нервного пучков вблизи клювовидного отростка лопатки, что вызывает нарушение чувствительности, движений и трофики в верхней конечности. Поэтому малую грудную мышцу нередко называют «нейроваскулярным сдавливателем». Боль при этом локализуется в верхней половине грудной клетки, в передней дельтовидной области, вдоль локтевой поверхности плеча, локтя, предплечья и третьем—пятом пальцах кисти. Синдром грудной мышцы характеризуется как «аномальная загрудинная

боль» с отражением в локтевую поверхность предплечья и кисти, и поэтому очень похожа на боль при инфаркте миокарда и стенокардии. Но при инфаркте миокарда и стенокардии надавливание на грудные мышцы безболезненно, боль снимается при приеме коронаролитиков. При наличии синдрома грудной мышцы выявляется сильная болезненность при нажатии на мышцы в области грудины и реберных хрящей. Такая боль отличается своей длительностью, упорством и не снимается коронаролитиками.

3. Межлопаточный болевой синдром является частым спондилогенным расстройством грудной локализации. При этом появляются чувство тяжести груза, ломящая, сверлящая или ноющая боль в межлопаточной области, болезненность при пальпации паравертебральных точек (проекция реберно-позвоночных суставов). Боль усиливается при наклонах во фронтальной плоскости, длительном лежании на спине, езде по тряской дороге и т. п.

4. Лопаточно-реберный синдром. Характерной жалобой является боль в области верхнемедиального угла лопатки, особенно в начале заболевания. Усиление боли связано со статической нагрузкой (переносом тяжести). Во время интенсивной динамической нагрузки (вращением руки в плече) боль уменьшается или исчезает. Показателен хруст при движении лопаткой, который больные охотно демонстрируют, хотя прямая зависимость боли от выраженности хруста не выявляется. Хруст отчетливо прослушивается на расстоянии, особенно при наклоне туловища вперед при опущенной руке. Всегда определяется напряжение мышцы, поднимающей лопатку, особенно в месте прикрепления к углу лопатки. Растяжение мышцы при наклоне головы в противоположную сторону и сгибании также вызывают характерную боль, причем интенсивность хруста в это время значительно снижается. В патогенезе лопаточно-реберного синдрома важное место принадлежит блокаде межпозвоночный диск С.2 — С.3, где начинается мышца, поднимающая лопатку. Хруст во время движения лопатки обусловлен изменением (сморщиванием) соединительнотканых структур подлопаточной синовиальной сумки.

5. Синдром верхней задней зубчатой мышцы развивается при остеохондрозе верхних грудных межпозвоночных дисков (до Th.4) и проявляется постоянной тупой глубинной болью в подлопаточной области. Для ее пальпации следует сместить лопатку, латерально помещая кисть в противоположную подмышечную впадину, или рука должна свободно свисать у больного, сидящего с легким наклоном туловища вперед.

6. Синдром нижней задней зубчатой мышцы проявляется упорной, тупой, надоедливой болью в спине (в области нижней части грудной клетки). Отмечаются умеренное ограничение сгибания туловища в грудопоясничном отделе, разгибания корпуса и его ротации, болезненность при пальпации мест прикрепления этой мышцы к нижним ребрам. Часто встречается спондилогенный синдром напряжения мышц, выпрямляющих позвоночник, многораздельной мышцы, подвздошно-реберной мышцы. При их пальпации определяются гипертонус и болезненность, ограничивается подвижность грудного отдела позвоночника. Боль нередко иррадиирует в поясницу (люмбаго). Если боль локализуется в нижней части грудной клетки, то синдром приходится дифференцировать с плевритом.

7. Корешковые синдромы на уровне грудного отдела позвоночника встречаются исключительно редко. Многолетние наблюдения свидетельствуют, что истинные поражения грудных корешков обычно возникают при опоясывающем лишае, метастати-

ческих процессах в позвоночнике или эпидуральной клетчатке (опухоли, миеломная болезнь, эпидуриты и т.п.). Спондилогенная природа таких радикулитов имеет место при травмах позвоночника или очень выраженных дегенеративно-дистрофических поражениях его грудного отдела (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз диска, заднебоковая грыжа диска). Гораздо чаще при реберно-позвоночном артрозе встречается межреберная невралгия, при которой также полезны комплексы мануальной терапии. Следует помнить, что напряжение мышц грудной клетки и этого отдела позвоночника с блокированием позвоночных двигательных сегментов нередко возникает при костной патологии нижних конечностей (плоскостопие, артрозы голеностопных, коленных или тазобедренных суставов, разная длина ног и т.п.). В таких случаях блокирование имеет черты защитного характера и деблокирование отмечается при устранении ортопедических дефектов нижних конечностей.

8. Спондилогенные радикуломиелоишемии развиваются при компрессии грыжей диска крупных радикуло-медуллярных артерий или их ветвей (передней спинальной артерии). Симптомы поражения грудных и пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга при этом проявляются остро, подостро или медленно прогрессируют на протяжении нескольких недель с отчетливыми колебаниями в своей интенсивности. От мануальной терапии следует воздерживаться.

9. Межреберная невралгия. В 80% случаев межреберная невралгия является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Однако, бывают межреберные невралгии не связанные с остеохондрозами и радикулитами. Причиной возникновения этих межреберных невралгий является следствие травмы грудной клетки, туннельная невропатия кожной веточки, поражение участка нерва вирусной инфекцией (*herpes zoster* и другие). Межреберная невралгия характеризуется болями постоянного характера, временами резко усиливающимися, в одной или нескольких межреберных областях. Иногда боли носят опоясывающий характер. При большой интенсивности они могут отражаться в область плеча и спины с одной стороны.

10. Артриты рёберных суставов. Из анатомии хорошо известно, что кроме хрящевых прокладок между позвонками (то есть - дисков) на каждом позвонке существует ещё два вида суставов. В грудном отделе позвоночника есть суставы, которые соединяют рёбра и боковые отростки позвонков (*art. costotransversariae* и *art. capitis costae*). Все позвонки от 3 шейного до 5 поясничного имеют верхние и нижние суставные отростки, которые образуют мелкие суставы, соединяющие позвонки друг с другом (*art. vertebralis superiores et inferiores*). Достаточно часто возникает воспаления описанных выше суставов и, что очень характерно, при этом возникают клинические симптомы очень схожие с радикулитом (воспалением корешка нерва) или с остеохондрозом (воспалением межпозвоночного диска). Невропатологи всегда, во всех 100% случаев ошибочно диагностируют воспалительный процесс мелких суставов позвоночника как радикулит или остеохондроз. Тому имеются свои объективные причины, которые закономерно приводят к диагностической ошибке.

Во-первых, в 65 % случаев вирусное поражения, которые вызывают сначала радикулит или остеохондроз, одновременно является причиной вторичного вирусного поражения этих мелких суставов позвоночника. Поэтому клиническая картина воспаления мелких суставов накладывается на клинику радикулита и остеохондроза.

Во-вторых, при поражении суставов, которые соединяют рёбра и боковые отростки позвонков, нажатие врача пальцем на мышцы, расположенные на 1,5 – 2 сантиметра от остистых отростков вправо и влево, вызывает болезненность. Если пациент лежит во время исследования на животе, то последовательность расположения костей в грудном отделе позвоночника (при наблюдении сверху вниз) будет следующая: сначала располагается короткий боковой отросток позвоночника, а на его нижней поверхности прикрепляется двумя суставами ребро. Поэтому надавливание пальца врача перпендикулярно сверху вниз на мышцы, расположенные на 1,5 – 2 сантиметра от остистых отростков вправо и влево, вытягивает рёберные суставы, и если они воспалены, то этот диагностический приём вызывает усиление боли. Точно такие же нажатия пальцем и в том же месте вызывают деформацию воспалённого корешка нерва, что так же вызывает усиление болей. Поэтому отличить радикулит от воспаления рёберных суставов этим методом невозможно. Однако существует другой метод для различия этих двух болезней. Если надавливание на рёбра производить на расстоянии 4 сантиметров от остистых отростков (то есть вдали от воспалённого корешка нерва) и при этом пациент отмечает резкое усиление болей, то можно безошибочно ставить диагноз в виде артрита рёберных суставов (при отсутствии межрёберной невралгии).

В-третьих, нажатие пальца врача в пространство между остистыми отростками отодвигает позвонки друг от друга. Этот приём растягивает не только ткани межпозвоночного диска, но и суставы (верхние и нижние), которые соединяют два соседних позвонка. Поэтому при наличии остеохондроза (воспаления диска) и артрита (воспаления межпозвоночных суставов) возникнет одинаковый симптом усиления боли. Но и в этом случае есть симптом, который укажет на автономное существование артрита в суставах, соединяющих два соседних позвонка между собой. Если врач попытается сместить позвонки друг относительно друга в горизонтальном направлении (при положении больного лёжа), то будут вытягиваться только ткани суставов, но в состоянии покоя окажутся ткани межпозвоночного диска. Поэтому если большой палец правой руки будет смещать за остистый отросток верхний позвонок налево, а левый палец – направо, то при наличии артрита в суставах, соединяющих два соседних позвонка между собой, пациент почувствует резкое усиление болей.

Лечение артритов рёберных суставов не отличается от лечения радикулитов.

11. Дифференцирование неврогенного артрита плечевого сустава от других патологий. Основным симптомом в виде болей при движении в плечевом суставе возникает при остеохондрозе в дисках нижнего шейного (С.5 – С.6) и верхнего грудного (Th.1 – Th.5) отделов позвоночника. Однако этот же симптом присутствует и при других заболеваниях, лечение которых иглотерапией и мануальной терапией абсолютно не эффективно:

- 1) Болезнь Дюшенна - Эрба (травматическое повреждение нервных стволов шейного отдела позвоночника, выходящих над и под позвонками С.5 – С.6),
- 2) Болезнь Дежерин – Клюмпке (травматическое повреждение нервных стволов грудного отдела позвоночника, выходящих над и под позвонками Th.1 – Th.2),
- 3) Синдром Нафцигера (сдавливание плечевого сплетения спазмированной лестничной мышцей),

4) Синдром сдавления плечевого сплетения в месте выхода из грудной клетки, синдром верхней апертуры. Возникает по причине наличия костной мозоли ключицы, высоко поднятым первым ребром при эмфиземе лёгких, врождённая патология в виде шейных рёбер и так далее.

5) Плече-лопаточный периартрит (сморщивание суставной сумки плечевого сустава после её травматического микроразрыва, что сопровождается истинной контрактурой, тугоподвижностью плечевого сустава).

6) Тромбофлебит подключичной вены. Артрит (инфекционный, ревматоидный). Бурсит (воспаление сумки плечевого сустава). Характерно стойкое повышение температуры, ускоренная реакция оседания эритроцитов (РОЭ), возникновение боли при надавливании пальцем на сустав.

7) Невропатия надлопаточного нерва. Сдавление нерва в щели, образованной вырезкой лопатки и натянутой над ней верхней поперечной связкой лопатки. Причина — хроническая или однократная травма. Боль нередко иррадирует по лучевой стороне плеча и предплечья. Особенно интенсивна боль по ночам и в положении лежа на больной стороне. Боль обостряется при кашле и движениях в плечевом суставе. При движении больной руки вперед с одновременным ее приведением боль усиливается вследствие натяжения и перегиба надлопаточного нерва в лопаточной вырезке. При длительном течении возникает атрофия над- и подостной мышц с ослаблением наружной ротации плеча. Определяется локальная болезненность при пальпации области лопаточной вырезки. Допускается, что невропатия надлопаточного нерва является одним из ведущих механизмов периартроза плечевого сустава («замороженное плечо»); блокада нерва или его невролиз иногда полностью излечивает указанное частое заболевание.

Интересно отметить, что при тромбофлебите, артрите, бурсите и плече-лопаточном периартрите болезненны активные и пассивные движения в суставе, а при туннельных невропатиях (плекситах плечевого сплетения) пассивные движения безболезненные, но болезненны активные движения. При наличии плексита (неврита) характерны симптомы в виде параличей, парезов, расстройства чувствительности кожи.

§ 68. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

Мануальная терапия при лечении остеохондрозов грудного отдела позвоночника проводится в строго определенной последовательности, о которых подробно написано в § 64: 1. Диагностика. 2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. 3. Тракция. 4. Мобилизация. 5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация сустава. 6. Манипуляция. 7. Период ремиссии (выздоровления). Опишем более подробно упомянутые этапы лечения остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

1. В параграфе об общих методах лечения остеохондрозов при помощи мануальной терапии подробно описаны различные **методики релаксации мышц**: обыкновенный массаж, шиацу, иглотерапия, точечный массаж, мази, тепловые процедуры и так далее.

Специфику действий по расслаблению мышц имеют только методики проведения постизометрической релаксации (перерастяжения) мышц грудного отдела позвоночника.

1) Постизометрическая релаксация горизонтальной порции трапецевидной мышцы (ротирует лопатку, поднимая ее суставную впадину, и наклоняет голов. в свою сторону). Положение больного сидя. Врач одной рукой фиксирует надплечье больного, другая рука лежит на его височно-теменной области. Одновременно производятся опускание надплечья и легкий наклон головы (**рис. 49**). Используются произвольное усилие больного (подъем надплечья) и дыхательные синергии.

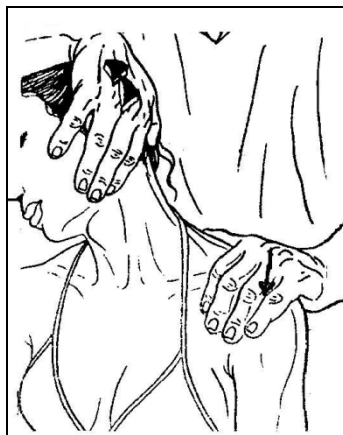


Рисунок 49. Постизометрическая релаксация горизонтальной порции трапецевидной мышцы.



Рисунок 50. Постизометрическая релаксация мышцы, поднимающей лопатку.

2) Постизометрическая релаксация мышцы, поднимающей лопатку (поднимает медиальный угол лопатки), при укрепленной лопатке помогает завершить поворот шеи в свою сторону. Положение больного сидя. Одной рукой врач наклоняет голову вперед и в противоположную сторону от релаксируемой мышцы, другой рукой фиксирует надплечье, контролируя первым пальцем натяжение мышцы (**рис. 50**). Используются глазодвигательные и дыхательные синергии.

3) Постизометрическая релаксация широчайшей мышцы спины. Положение сидя. Бедро врача упирается в боковую поверхность грудной клетки больного со здоровой стороны. На больной стороне производится абдукция плеча, согнутого в локтевом суставе. Врач за локоть отведенной руки производит перегибание тела больного через свое бедро (**рис. 51**).

4) **Постизометрическая релаксация аддукторов плеча** (широчайшая мышца спины, большая грудная, подостная, большая и малая круглые мышцы). Положение сидя. Эта группа мышц осуществляет приведение плеча при одновременном сокращении и ротацию: широчайшая мышца спины, большая грудная и большая круглая - пронируют, а подостная и малая круглая мышцы - супинируют. Врач одной рукой фиксирует лопатку, предупреждая ее ротацию, другой производит отведение плеча (рис. 52). Используются дыхательные синергии и произвольное движение больного (приведение плеча).



Рисунок 51. Релаксация широчайшей мышцы спины.

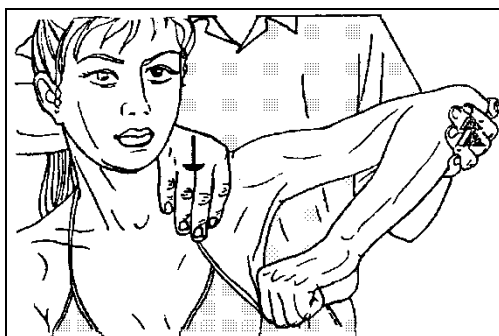


Рисунок 52. Постизометрическая релаксация аддукторов плеча.

5) **Постизометрическая релаксация подлопаточной мышцы** (пронирует и приводит к туловищу плечо). Положение больного на спине. Плечо отведено и согнуто в локтевом суставе, кисть супинирована. Врач оказывает давление вниз на кисть или дистальные отделы предплечья. Сила давления должна быть минимальной, можно использовать вес самой руки (ауторелаксация). Возможно сочетанное использование дыхательных синергии и произвольного усилия больного (рис. 49).

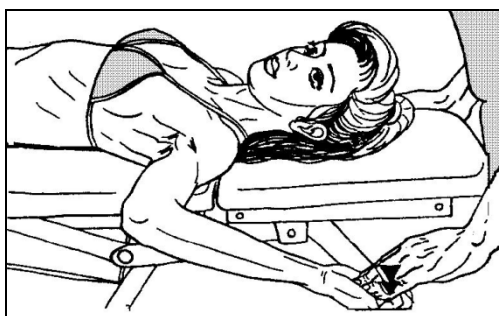


Рисунок 53. Постизометрическая релаксация подлопаточной мышцы.

6) Постизометрическая релаксация подостной мышцы (приводит и супинирует плечо).

Вариант 1. Положение больного сидя, предплечье согнуто под прямым углом и заведено за спину. Врач одной рукой фиксирует ключицу и плечевой сустав, другой ротит плечо больного, толкая локоть вперед. Используется произвольное усилие больного (движение локтем назад). **Рис. 54 -1.**

Вариант 2 необходим при невозможности заведения руки за спину и исполнения варианта 1. Предплечье больного согнуто под прямым углом и находится на животе. Изометрическая работа совершается против усилия врача, прижимающего руку больного к туловищу. **Рисунок 54 - 2**

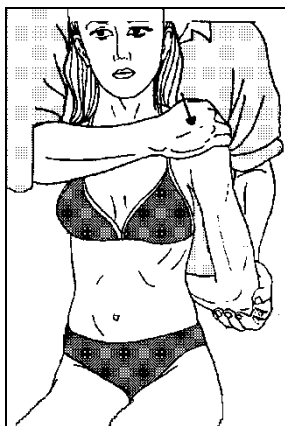


Рисунок 54 - 1. Постизометрическая релаксация подостной мышцы. Вариант 1.

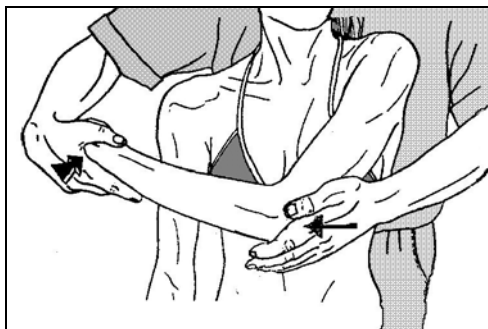


Рисунок 54 - 2. Постизометрическая релаксация подостной мышцы. Вариант 2.

7) Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы. Положение больного сидя или лежа. Врач одной рукой производит отведение и небольшое разгибание плеча на больной стороне, другой фиксирует грудную клетку и пальцами контролирует натяжение мышцы. **Рис. 55 – 1,2.** Чем больше отведение плеча на больной стороне, тем ниже направление релаксации. Используются дыхательные синергии и произвольное усилие больного.

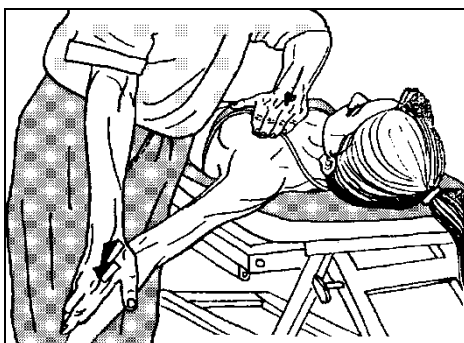


Рисунок 55 - 1. Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы.



Рисунок 55 - 2. Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы.

8) *Постизометрическая релаксация малой грудной мышцы* (тянет лопатки вперед и одновременно вниз). Положение больного сидя. Врач одной рукой производит отведение (до угла 130° от вертикали) и разгибание плеча на больно, стороне, другой фиксирует больного. Используются дыхательные синергии и произвольные усилия больного (рис. 56).



Рисунок 56. Постизометрическая релаксация малой грудной мышцы.

9) *Постизометрическая релаксация абдукторов плеча* (надостная мышца и средняя порция дельтовидной: надостная мышца способствует отведению плеча, натягивает капсулу плечевого сустава, обеспечивая конгруэнтность; средняя порция дельтовидной мышцы отводит плечо). Положение сидя. Предплечье согнуто под прямым углом и лежит на животе, плечо приведено. Врач оказывает сопротивление отведению плеча, фиксируя туловище пациента (рис. 57). Можно предплечье заводить за спину, повторяя описанное действие. Используются дыхательные синергии или произвольные усилия больного.

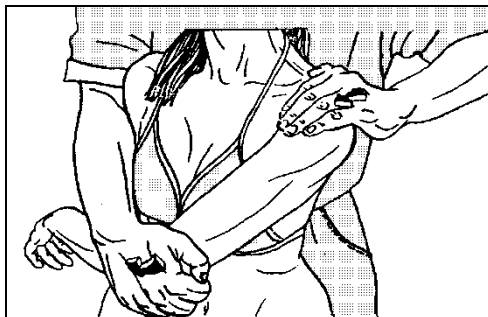


Рисунок 57. Постизометрическая релаксация абдукторов плеча.

10) Постизометрическая релаксация подключичной мышцы (тянет ключицу вниз и медиально, удерживая ее в грудино-ключичном суставе). Постизометрическая релаксация мышцы. Больной лежит на здоровом боку. Врач производит смещение плечевого пояса в краниальном направлении (**рис. 58**). Используются дыхательные синергии.



Рисунок 58. Постизометрическая релаксация подключичной мышцы.

11) Постизометрическая релаксация мышцы, приводящей лопатку к позвоночнику. Средняя порция трапециевидной мышцы и ромбовидные мышцы приводят лопатки к позвоночнику.

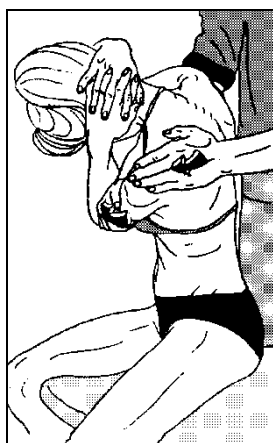


Рисунок 59 - 1. Постизометрическая релаксация мышцы, приводящие лопатку к позвоночнику. Вариант 1.

Вариант 1 (рис. 59 - 1). Положение больного сидя верхом на стуле, кисти на затылке «в замке». Врач осуществляет захват плеча с больной стороны рукой, проведенной через подмышечную впадину со здоровой стороны. Этой рукой он производит ротацию. Другой рукой усиливает отведение лопатки, толкая ее в медиальный край основанием ладони. При этом происходит одновременная релаксация коротких ротаторов грудного

отдела позвоночника на противоположной стороне. Используются глазодвигательные и дыхательные синергии: взор в больную сторону — вдох, взор в сторону ротации — выдох.

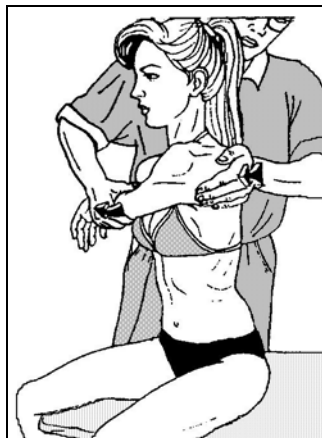


Рисунок 59 - 2. Постизометрическая релаксация мышцы, приводящий лопатку к позвоночнику. Вариант 2.

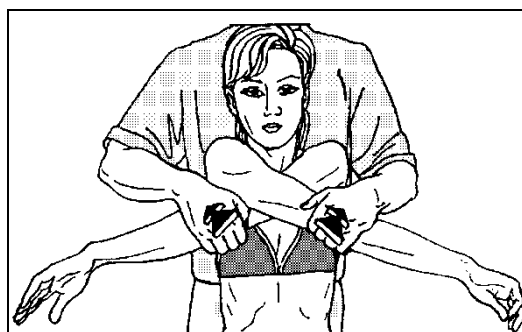
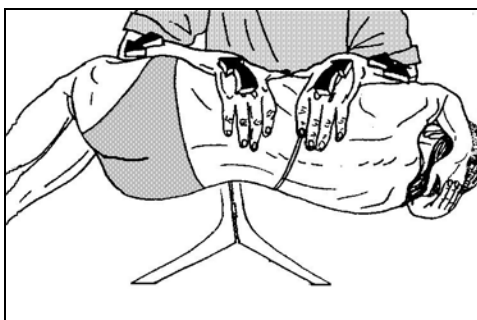


Рисунок 59 - 3. Постизометрическая релаксация мышцы, приводящие лопатку к позвоночнику. Вариант 3.

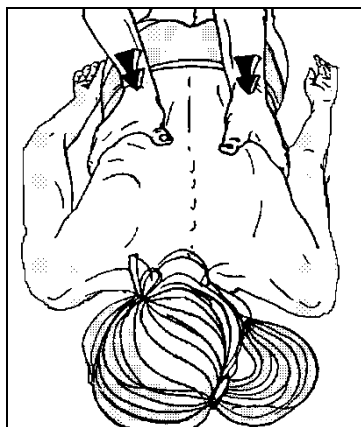
Вариант 2 (рис. 59 - 2). Положение больного сидя. Врач приводит к передней поверхности грудной клетки плечо пациента, другой рукой усиливает отведение лопатки от позвоночника захватом за медиальный край. Используются дыхательные синергии и произвольное усилие пациента.

Вариант 3 (рис. 59 - 3). Положение больного сидя. Врач, стоя позади, захватывает дистальные отделы плеч и перекрещивает руки больного спереди, отводя лопатки от позвоночника. Этот прием позволяет релаксировать мышцы с обеих сторон. При дыхательных синергиях происходит увеличение сведения рук кпереди. Можно использовать произвольное усилие пациента.

12) Постизометрическая релаксация наружных межреберных мышц (участвуют в акте дыхания, поднимая ребра и расширяя грудную клетку).



**Рисунок 60 - 1. Постизометрическая релаксация наружных межреберных мышц.
Вариант 1.**



**Рисунок 60 - 2. Постизометрическая релаксация наружных межреберных мышц.
Вариант 2.**

Вариант 1 (рис. 60 - 1). Больной лежит на боку с подложенным валиком или на изломе специального стола, релаксируемые мышцы сверху, руки «в замке» за головой, нижняя нога согнута в коленном и тазобедренном суставах, верхняя вытянута. Врач, стоя спереди, накладывает ладони на заднебоковую поверхность грудной клетки, фиксируя ребра на выдохе. Изометрическая работа — вдох против усилия врача. Во время выдоха врач растягивает межреберные мышцы, «раздвигая» ребра в каузальном и краниальном направлениях при одновременном прогибе грудной клетки на себя.

Вариант 2 (рис. 60 - 2). Больной лежит на животе. Врач помещает радиальный край ладони в межреберье, расширяя его за счет смещения соседних ребер, одновременно производится сдавление грудной клетки на выдохе, на вдохе оказывается препятствие расширению грудной клетки. Во время ритмичных дыхательных движений происходят расширение межреберья и релаксация.

13) Постизометрическая релаксация диафрагмы (основная инспираторная мышца, при сокращении увеличивает размер грудной клетки).



Рисунок 61 - 1. Постизометрическая релаксация диафрагмы. Вариант 1.

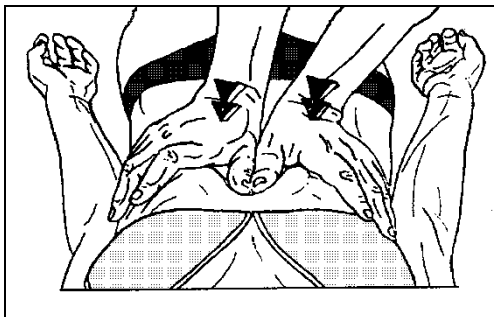


Рисунок 61 - 2. Постизометрическая релаксация диафрагмы. Вариант 2.

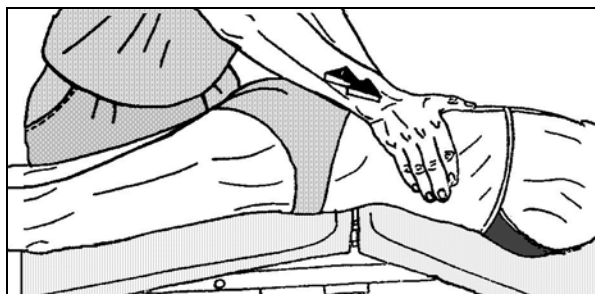


Рисунок 61 - 3. Постизометрическая релаксация диафрагмы. Вариант 3.

Вариант 1 (рис. 61 - 1). Положение пациента на спине. Одна ладонь врача накладывается на эпигастральную область, другая на тело грудины. На вдохе ладонь, располагающаяся на грудной клетке, давлением ограничивает ее экскурсы, другая оказывает умеренное давление на брюшную стенку. На выдохе происходит изометрическая работа диафрагмы, на выдохе — ее расслабление.

Вариант 2 (рис. 61 - 2). Больной лежит на спине. Ладони врача накладываются симметрично на верхнюю часть брюшной стенки с захватом нижних ребер. Во время вдоха производится умеренное сопротивление расширению нижней части грудной клетки. В период выдоха осуществляется наружная компрессия живота с последующей фиксацией рук в конце экспираторной фазы. Обязательным условием для правильного выполнения данного приема является максимальный «брюшной» вдох с целью наибольшего вовлечения диафрагмы. Достигается это глубоким вдохом, выталкивающим пальцы врача за реберную дугу.

Вариант 3 (рис. 61 - 3). Положение больного на животе с валиком под передней брюшной стенкой, руки вдоль туловища. Врач накладывает ладони на боковые поверхности туловища на уровне нижних ребер. На вдохе оказывается умеренное сопротивление расширению грудной клетки, на выдохе происходит легкая компрессия.

14) Постизометрическая релаксация передней зубчатой мышцы (прижимает лопатку к задней поверхности грудной клетки и несколько сдвигает ее кпереди). Пациент принимает положение сидя, врач смещает плечевой сустав пациента в дорсальном направлении, сдвигая лопатку кзади, другая рука фиксирует туловище пациента. Используются дыхательные синергии, на выдохе усиливается смещение лопатки (рис. 62 - 1).

Хорошая релаксация передней зубчатой и приводящей лопатку мышц достигается при «отрывании» лопатки от грудной клетки размещением кисти врача между медиальным ее краем и задней поверхностью груди, как это показано на рис. 62 - 2.

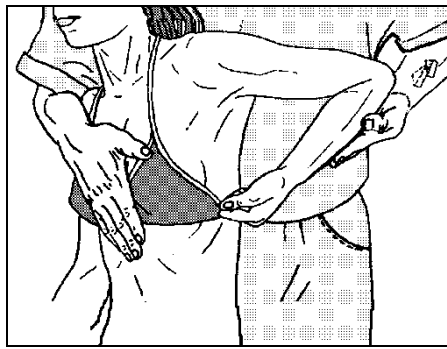


Рисунок 62 - 1. Постизометрическая релаксация передней зубчатой мышцы.

Вариант 1.

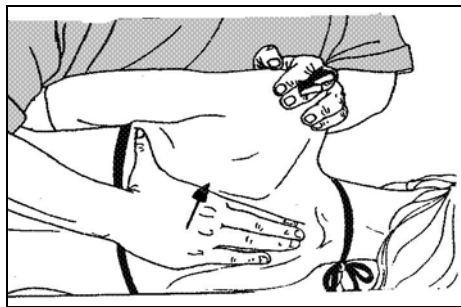


Рисунок 62 - 2. Постизометрическая релаксация передней зубчатой мышцы.

Вариант 2.

15) Постизометрическая релаксация выпрямителя позвоночника (разгибает позвоночник). Положение лежа на спине. Больной максимально сгибает ноги в тазобедренных и коленных суставах и обхватывает проксимальные отделы голеней руками (**рис. 63**). Врач в этом процессе принимает минимальное участие: его роль ограничена контролем правильного выполнения упражнения. Преднапряжение формируется сближением головы и голеней. На вдохе изометрически работают разгибатели позвоночника, на выдохе происходит релаксация. Целесообразно использование дыхательных и глазодвигательных синергии: взор кверху — вдох, взор книзу — выдох.

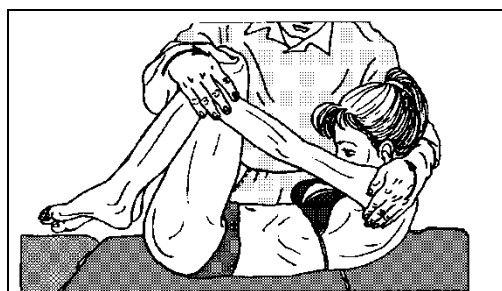


Рисунок 63. Постизометрическая релаксация выпрямителя позвоночника.

16) Постизометрическая релаксация ротаторов позвоночника (полуостистая и многораздельная мышцы, мышцы – вращатели, которые сближают остистый отросток верхнего позвонка и поперечный нижнего, в результате чего происходит ротация верхнего позвонка). Мануальные терапевты называют этот метод «восьмеркой», так как при наблюдении за формой тела пациента сверху возникают очертания цифры восемь (8): горизонтально расположенные широкие плечи пациента образуют верхнее кольцо восьмерки, вертикально расположенная и скрученная талия образует сужение, а

горизонтально расположенный и широкий таз образует верхнее кольцо восьмерки. Чаще всего мануалисты придают исходное положение пациенту «лежа на боку» и «раскладывают» его в разных направлениях, прилагая усилие к плечу – в левую сторону, а к тазу – в правую (или наоборот). Другое исходное положение пациента - «лежа на спине». После этого туловище (только плечевой пояс) и тазовую область пациента вращают в противоположных направлениях, т. е. формируется спираль, «восьмерка». Технически это выглядит таким образом. Нога больного на стороне релаксируемых мышц сгибается в тазобедренном и коленном суставах, стопа этой ноги оказывается в подколенной ямке другой. Давлением на эту ногу своим коленом врач производит ротацию таза и позвоночника в одну сторону, т. е. на себя. Рукой врач производит ротацию верхней половины туловища давлением на плечевой пояс в противоположную сторону (рис. 64).

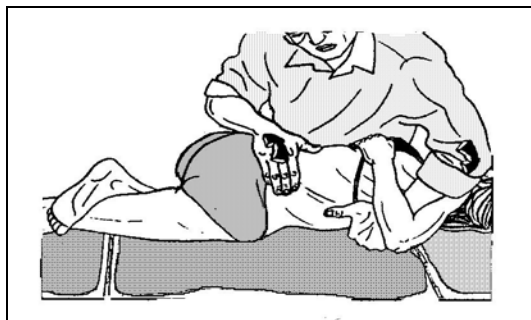


Рисунок 64. Постизометрическая релаксация ротаторов позвоночника.

Преднапряжение формируется на высоте излома спирали, релаксируемые мышцы оказываются на противоположной стороне от врача, т. е. сверху. Изометрическая работа ротаторов производится с использованием глазодвигательных и дыхательных синергии. Взор в сторону врача — вдох, что способствует активности ротаторов, взор в противоположную сторону — выдох, это тормозит их активность и вызывает релаксацию. Необходимый уровень излома спирали достигается использованием правила «стальной пластины» Maigne: производится сгибание (кифозирование) позвоночника на уровне пораженного межпозвоночного диска с последующим проведением названного лечебного приема.

17) Постизометрическая релаксация наружной косой мышцы живота (производит наклон туловища вперед с ротацией в противоположную сторону). Пациент лежит на здоровом боку на валике, подложенном под боковую поверхность туловища. Выпрямленная верхняя нога свисает с вентральной стороны через край кушетки. Врач производит одной рукой давление на плечевой пояс больного в дорсальном направлении на себя, другой рукой ротирует таз в противоположном направлении. Одновременно ладонями производится дополнительное растяжение мышцы по оси тела больного (рис. 65). Используются дыхательные синергии — на выдохе происходит усиление ротации и растяжения мышцы.

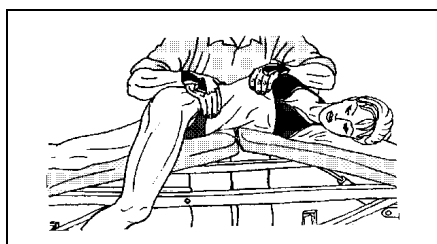


Рисунок 65. Постизометрическая релаксация наружной косой мышцы живота.

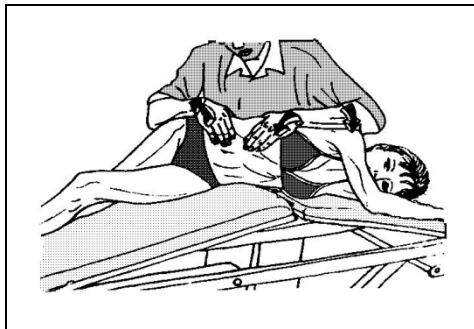


Рисунок 66. Постизометрическая релаксация внутренней косой мышцы живота.

18) Постизометрическая релаксация внутренней косой мышцы живота (наклоняет туловище вперед с ротацией в свою сторону). Пациент лежит на здоровом боку с валиком под боковой поверхностью туловища. Нога на больной стороне разогнута и свешивается с дорсальной стороны с края кушетки. Врач одной рукой производит ротацию плечевого пояса от себя, другой — ротацию таза в противоположном (дорсальном) направлении. Ладонями осуществляется дополнительное растяжение мышцы. **Рис. 66.** Упражнение является противоположностью предыдущему. Используются дыхательные синергии.

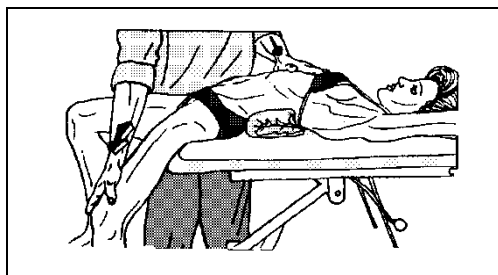


Рисунок 67. Постизометрическая релаксация прямой мышцы живота.

19) Постизометрическая релаксация прямой мышцы живота (сгибает туловище, антагонист разгибателей туловища). Положение больного на спине, таз находится на краю кушетки. Одна нога ставится на подставку (стул), другая свободно свисает (**рис. 67**). Используются дыхательные синергии. Релаксация происходит на выдохе при увеличении разгибания свисающего бедра. Можно использовать произвольное усилие пациента по подъему ноги.

20) Постизометрическая релаксация квадратной мышцы поясницы (фиксирует таз во время ходьбы, способствует наклону туловища в свою сторону). Положение сидя. Врач наклоняет туловище пациента в противоположную сторону с упором на свое колено. Руки проводят растяжение мышцы (**рис. 68**). Используются дыхательные синергии.



Рисунок 68. Постизометрическая релаксация квадратной мышцы поясницы.

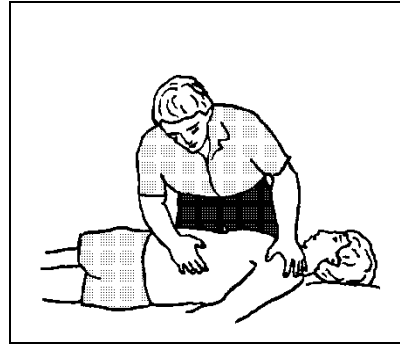


Рисунок 69. Постизометрическая релаксация дыхательной мускулатуры.

21) Постизометрическая релаксация дыхательной мускулатуры (рис. 69). Используется при выявлении гипомобильности ребер, снижении дыхательной экскурсии грудной клетки. Возникающие на этом фоне боли могут быть острыми и хроническими, обычно они связаны с дыханием. Такие боли могут распространяться вдоль ребер до грудины или быть только локальными. При пальпации выявляются ирритационные зоны в области 10—12-го ребер. Занимая исходное положение, пациент ложится на бок. Нога его, расположенная сверху (верхняя), немного согнута, а стопа ее ноги помещается в подколенную ямку нижней ноги, причем колено и $\frac{2}{3}$ бедра верхней ноги свисают с кушетки. Врач стоит сбоку от пациента, лицом к лицу. Он помещает одну свою руку на одноименный плечевой сустав пациента, а ладонь другой руки — на область выбранного ребра, причем средний и указательный пальцы плотно прижаты вдоль этого ребра и захватывают плашмя его угол.

Заняв исходное положение, врач помогает пациенту развернуть плечевой сустав от себя, а таз — к себе: при этом возникшее натяжение тканей должно концентрироваться в области выбранного ребра. Плечевой сустав фиксируется неподвижно в этом положении одноименной рукой врача, и он ощущает возможную границу свободного движения выбранного ребра. Отметив эту границу, врач предлагает больному медленно и глубоко вдохнуть, одновременно оказывая небольшое сопротивление торсом приложенной к ребру руке, и перевести взгляд в сторону давления. Эта фаза изометрического напряжения длится около 10 секунд. Затем пациенту предлагается медленно и глубоко выдохнуть, одновременно расслабиться и перевести взгляд на себя. В наступившей фазе релаксации (примерно 10 секунд) врач оказывает адекватное наступающему мышечному расслаблению давление рукой, приложенной к выбранному ребру в передненижнем направлении. Прием можно повторить 5—7 раз.

2. Вытяжение (тракция) и манипуляции на грудном отделе позвоночника.

После расслабления (релаксации) спазмированных мышц, врач приступает ко второму подготовительному этапу лечения – к силовому вытяжению позвоночника.

1) Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода в положении больного сидя (рис. 70). Применяется при выявлении функциональных повреждений («блокад») в области перехода шейного отдела позвоночника в грудной отдел. На этом фоне возможно появление острых и хронических болей в воротниковой зоне, распространяющихся в руку и межлопаточную область. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области позвонков С.6—Th.3, Th.4.

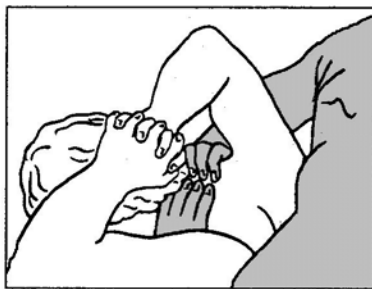


Рисунок 70. Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода в положении больного сидя.

Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, пальцы его рук переплетены «в замок» под затылком. Врач стоит за пациентом, он просовывает свои руки в треугольные «окошки», образованные плечом, предплечьем и боковой поверхностью шеи пациента, со стороны передней грудной стенки. Кисти врача плотно приложены к задней поверхности шеи пациента следующим образом: указательный и средний пальцы каждой кисти прижаты к поперечному отростку вышележащего позвонка заблокированного сегмента. Заняв исходное положение, врач проводит вытяжение шейно-грудного отдела в передневерхнем направлении. Важно подчеркнуть, что тракционное усилие достигается не тягой рук, а следующим образом: сначала распрямляются коленные суставы врача, а его корпус отклоняется назад (от исходного вертикального положения), при этом грудная клетка его прижимается к спине пациента, создавая дополнительную точку опоры. Если при проведении этого приема (обычно 5—7 повторений) удастся достичь состояния преднапряжения в выбранном сегменте, то мобилизация органично переходит в тракционную манипуляцию, а именно: в конце фазы выдоха пациента врач коротко откидывает верхнюю часть своего торса назад и вверх, одновременно форсируя давление пальцами на поперечные отростки вышележащего позвонка, то есть выполняет манипуляционный толчок в оси трaкции.

2) Неспецифическая манипуляция средне-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя (рис. 71). Используется при гипомобильности средне-грудного отдела позвоночника, ограничении дыхательной экскурсии грудной клетки, а также при связанных с этими состояниями остром и хроническом болевых синдромах. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, скрестив руки на груди, кисти захватывают разноименные плечевые суставы. Врач стоит вплотную за ним, захватывает ладонями обеих рук локтевые суставы пациента, причем его предплечья и плечи тесно прилегают к телу больного.

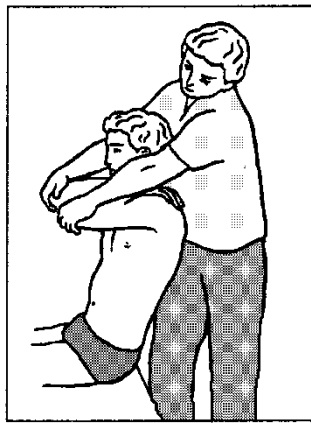


Рисунок 71. Неспецифическая манипуляция средне-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя.

Заняв исходное положение, врач полностью распрямляет свои руки в локтевых суставах и отклоняет свой корпус назад. Одновременно он ротирует свой таз таким образом, чтобы подставить область выше гребня подвздошной кости под грудной отдел позвоночника пациента и создать тем самым дополнительную точку опоры. Выполняемое таким образом тракционное усилие позволяет достичь значительного вытяжения в средне-грудном отделе позвоночника, но не следует стараться приподнимать таз пациента над кушеткой. Прием плавно повторяется на выдохе пациента 5—7 раз.

3) Неспецифическая тракция ниже-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя (рис. 72). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на этом регионе, а также как самостоятельный прием при общей гипомобильности ниже-грудного отдела позвоночника и сопутствующем болевом синдроме (локальном или распространяющемся на боковую поверхность тела). Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, руки его скрещены на груди, каждая кисть захватывает противоположное плечо над локтевым суставом. Врач стоит вплотную за больным, удерживая ладонями обеих рук снизу локтевые суставы пациента. Далее немного отклоняет туловище больного назад так, чтобы его спина опиралась на нижний отдел грудной клетки, создавая тем самым дополнительную точку опоры.



Рисунок 72. Неспецифическая тракция ниже-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя.

Заняв исходное положение, врач полностью выпрямляет свои руки в локтевых суставах, одновременно плавно отклоняя свой корпус с туловищем пациента назад. Это движение позволяет значительно нарастить тракцию в нижегрудном отделе позвоночника, однако не следует пытаться приподнять пациента с кушетки. Для облегчения усилия врач,

отклоняя свой корпус назад, одновременно может развернуть свой таз таким образом, чтобы его бок (над гребнем подвздошной кости) стал опорой для спины пациента («подпирает» спину больного). Прием повторяется на выдохе больного 5—7 раз.

3. Приемы мобилизации и иммобилизации, применяемые на грудном отделе позвоночника. Последним лечебным мероприятием по подготовке позвоночника к началу манипуляций является комплекс насильственных движений в виде мобилизаций, которые заканчиваются иммобилизаций (замыканием, преднапряжением) «больного» межпозвоночного сустава.

1) Мобилизация реберных суставов, соединяющихся с позвоночником. Рис. 73.

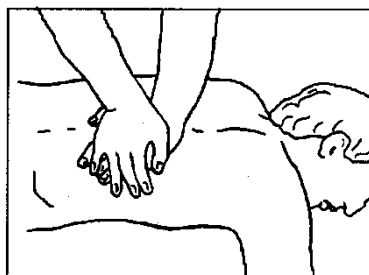


Рисунок 73. Мобилизация реберных суставов, соединяющихся с позвоночником.

Используется при показаниях для проведения мобилизации 2—12-го ребер. Прием показан при ограничении экскурсов грудной клетки, которое может сопровождаться острыми и хроническими болями в области позвоночника и грудины, часто связанными с дыханием. При проведении приема пожилым людям следует соблюдать осторожность, чтобы не сломать ребро (возрастной остеопороз!). Занимая исходное положение, пациент удобно ложится на кушетку лицом вниз, руки свободно свисают по ее краям. Под грудную клетку необходимо подложить небольшую подушку для образования легкого кифоза. Врач стоит сбоку от пациента, на стороне, противоположной воздействию, несколько развернувшись к стопам пациента. Основание своей ладони (зона между тенаром и гипотенаром) с отягощением другой рукой он плотно устанавливает на угол ребра, выбранного для проведения приема. Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту глубоко и медленно вдохнуть. В процессе вдоха он удерживает зафиксированное ребро (3—5 секунд), сохраняя контакт ладони с углом ребра. Таким образом, используя прямое усилие мышц антагонистов (межреберных), врач проводит мобилизацию выбранного ребра. Степень достигнутой мобилизации может быть плавно увеличена. Для этого в процессе выдоха пациента врач, не меняя контакта, оказывает давление на ребро, смещая его вниз (в вентральном направлении). Такое давление достигается не за счет усилия рук (локтевые суставы прямые), а за счет увеличения сгибания верхней части корпуса врача. Прием повторяется 5—10 раз.

2) Неспецифическая мобилизация и иммобилизация (замыкание) верхнегрудного отдела позвоночника с выполнением экстензии в положении больного сидя (рис. 74 – 1, 2).



Рисунок 74 - 1. Неспецифическая мобилизация и иммобилизация (замыкание) верхнегрудного отдела позвоночника с выполнением экстензии в положении больного сидя.

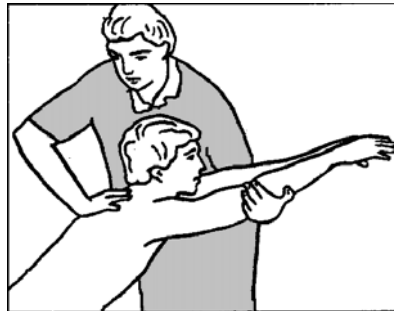


Рисунок 74 - 2. Неспецифическая мобилизация и иммобилизация (замыкание) средне- и ниже-грудного отделов позвоночника с выполнением экстензии в положении больного сидя.

Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на верхнегрудном отделе позвоночника. Может применяться как самостоятельный лечебный прием при общей гипомобильности этого региона и связанных с ней жалобах пациента. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, руки скрещивает перед лбом, каждая кисть захватывает разноименное плечо как раз под локтевым суставом. Врач стоит перед больным и проводит свои руки через «окошечки» между плечами пациента и его шейей, причем его кисти опираются на выбранную для мобилизации зону. Заняв исходное положение, врач подтягивает руками пациента к себе, несколько приподнимая свои локти и делая шаг назад. Таким образом осуществляется рычажное воздействие в экстензии (разгибании) на верхнегрудной отдел позвоночника. Далее он отпускает свои локти, приближается на шаг к пациенту и снимает давление пальцев рук на мобилизуемый участок. Прием повторяется 5—10 раз, мягко, эластично. Прием проводится соответственно дыханию пациента.

3) Неспецифическая мобилизация средне - и нижегрудного отделов позвоночника с выполнением экстензии в положении больного сидя (рис. 75 – 1, 2). На рисунке показаны различное положение рук пациента (№ 1, 2). Используется при гипомобильности указанных регионов позвоночника, связанных с ней острых и хронических болях, локальных или распространяющихся вдоль ребер на переднюю грудную стенку. Такие боли часто связаны с дыханием. При пальпации выявляются ирритационные зоны в области средне - и нижегрудных позвонков и реберно-позвоночных сочленений.



1

2

Рисунок 75 – 1, 2. Неспецифическая мобилизация средне - и нижнегрудного отделов позвоночника с выполнением экстензии.

Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, под его ноги можно подставить невысокую табуретку, руки вытягивает вперед. Врач стоит сбоку от больного, устанавливает свою ногу (отдаленную от больного) на стул, а предплечьем руки (одноименной ноге) поддерживает под локтевыми суставами выпрямленные руки пациента, причем предплечье этой поддерживающей руки опирается на колено поставленной на стул ноги. Другую свою руку врач устанавливает на выбранную для мобилизации область грудного отдела позвоночника, прикладывая к остистым отросткам основание ладони или палец. Заняв исходное положение, врач (на выдохе больного) давит основанием ладони на участок, выбранный для мобилизации. Усиливая это давление, он одновременно несколько поворачивает свое колено наружу и добивается выраженного разгибания грудного отдела позвоночника. Прием выполняется медленно, плавно, сообразуясь с дыханием больного, всего 5—10 раз.

4) Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) грудного отдела позвоночника с выполнением ротации и противоудержания в положении больного сидя (рис. 76). Используется в качестве эффективной манипуляции на грудном отделе позвоночника, позволяет хорошо мобилизовать грудные сегменты от позвонков Th.4, Th.5 до грудно-поясничного перехода (Th.12—L.1). Показана во всех случаях выявления сегментарной гипомобильности, особенно когда блокирование сегмента сопровождается жестким ограничением диапазона свободного движения. Возникающие на этом фоне боли могут быть как локальными, в зоне пораженного сегмента, так и распространяющимися вдоль ребер на переднюю грудную стенку. При пальпации возможно выявление ирритационных зон в области позвонков Th.3, Th.10, Th.12.



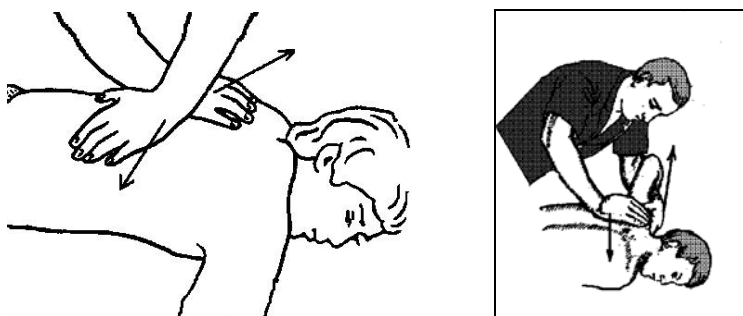
Рисунок 76. Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) грудного отдела позвоночника с выполнением ротации и противоудержания в положении больного сидя.

Занимая исходное положение, пациент садится на самый край кушетки, как на коня (то есть ноги располагает по обеим ее сторонам). Кисти рук пациента сцеплены «в замок», ладони приложены к затылочно-теменной области. Врач встает сзади и несколько сбоку от больного (на уровне угла кушетки), стопы ног расставлены. Одну свою руку (ту, в сторону которой будет совершаться ротация корпуса больного) врач проводит под одноименной подмышечной впадиной пациента в треугольное «окошко», образованное согнутыми плечом, предплечьем и боковой поверхностью шеи пациента, на противоположную сторону; кисть его захватывает плечо пациента на этой стороне. Врач плотно прижимает к своей грудной клетке корпус пациента, чтобы обеспечить его надежную стабилизацию при выполнении приема. Другую руку подушечкой разогнутого большого пальца врач устанавливает перпендикулярно сбоку на остистый отросток нижнего позвонка выбранного сегмента так, чтобы препятствовать его смещению в ходе мобилизирующих движений. Заняв описанное исходное положение, врач тянет плечо больного в направлении ротации одной рукой, медленно вращая корпус пациента так, чтобы прилагаемое усилие концентрировалось над фиксирующим большим пальцем другой руки, который оказывает противодействие перпендикулярно остистому отростку нижнего позвонка сегмента, сохраняя его в неподвижности. Тем самым создаются условия для прицельной мобилизации выбранного сегмента выше фиксирующего 1-го пальца. По достижении ощущения преднапряжения в этом сегменте врач мягко, деликатно, легкими пружинящими движениями усиливает проводимую ротацию, постепенно «освобождая» сегментарную подвижность. Прием выполняют 5—10 раз (на выдохе пациента). Целесообразно провести такую ротационную мобилизацию в обе стороны. При мобилизации нескольких сегментов сначала воздействие оказывают на вышележащие сегменты, постепенно спускаясь, как по лестнице, к нижележащим (каудальным) сегментам. Если необходимо провести мобилизацию в самых нижних сегментах грудного отдела позвоночника и в области торако-люмбального перехода, важно проследить, чтобы корпус больного не отклонялся от вертикальной оси. С этой целью необходимо проверить, опирается ли корпус больного на грудную клетку врача в вертикальной плоскости, и далее сохранять ось мобилизирующего движения в этой же плоскости. Для этого в процессе ротации корпуса пациента усилием, опосредованным через одну руку, врач переносит вес своего тела на свою вращающуюся ногу (одноименную с этой же рукой). Такой прием является очень важным условием правильного выполнения мобилизации, в противном случае корпус больного отклоняется от вертикали при его ротации.

4. Манипуляции на грудном отделе позвоночника. Как уже не раз было сказано, к манипуляциям нельзя переходить без соответствующей подготовки. Предварительно надо точно определить место, где находится пораженный остеохондрозом диск, надо поставить **диагноз**. Потом следует процесс релаксации мышц и связок, окружающих «больной» межпозвоночный диск, в том числе применяется и **постизометрическая релаксация**. Далее следует этап лечения в виде **тракции** (силового растяжения позвоночника), **мобилизации и иммобилизации** (замыкания) движений в межпозвоночном диске. Окончательный этап лечения посвящен насильственному смещению позвонка в правильное физиологическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления

межпозвоночного диска. Теперь можно приступить к «вправлению» позвонка (вышестоящего или нижестоящего по отношению к воспаленному межпозвоночному диску), то есть можно начать этап лечения в виде **манипуляций** с двумя позвонками, расположенными «над и под» воспаленным межпозвоночным диском.

1) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция с выполнением ротации и коротких рычагов в положении больного лежа на животе (рис. 77 – 1, 2).



1

2

Рисунок 77 – 1, 2. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция с выполнением ротации и коротких рычагов в положении больного лежа на животе.

Используется при сегментарной гипомобильности грудного отдела позвоночника, сопровождаемой ощущением жесткого сопротивления в конце диапазона свободного движения в заблокированном сегменте. Возникающие на этом фоне боли могут носить острый и хронический характер, быть локальными или распространяться вдоль ребер на переднюю поверхность тела. При пальпации удастся выявить ирритационные зоны в области позвонков Th.3 — Th.10. Данная манипуляция не показана пожилым пациентам из-за опасности перелома ребер на фоне возрастного остеопороза. Как и все манипуляции в положении больного лежа на животе, прием может плохо переноситься пациентами с заболеваниями сердечнососудистой и дыхательной систем. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку, руки свободно лежат вдоль туловища, дыхание не затруднено. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне выбранного участка грудного отдела позвоночника. Суть приема заключается во взаимной противоротации двух позвонков, составляющих сегмент. Направление ротации принято обозначать по ротации верхнего позвонка сегмента. Для наглядности Е. Рыхликова предлагает различать два варианта данной манипуляции: по часовой стрелке и против часовой стрелки. В зависимости от выбранного варианта врач по-разному устанавливает свои руки на спине пациента. Если он выбирает вариант **по часовой стрелке**, то руки устанавливаются крест-накрест на двух соседних позвонках так, чтобы гороховидные косточки оснований ладоней плотно контактировали бы с поперечными отростками по обеим сторонам позвоночного столба. Например, одна рука контактирует поперечным отростком Th.6 слева от его вершины, а другая — с поперечным отростком Th.7 справа от его вершины. Если врач выбирает вариант **против часовой стрелки**, то он должен поменять руки местами. Чтобы правильно приложить руки к больному, необходимо определить проекцию поперечных отростков позвонков на поверхность спины. Рекомендуются сначала отыскать в выбранном регионе грудного отдела позвоночника три лежащих друг за другом остистых отростка и соединить их условной линией.

Затем между остистыми отростками надо провести две линии перпендикулярно условной и отложить на них примерно по 3 см в обе стороны. В этом месте и будут проецироваться поперечные отростки, относящиеся к тому же позвонку, что и нижежащий остистый отросток. Заняв исходное положение и проверив, правильно ли установлены контакты гороховидная косточка — поперечный отросток, врач полностью разгибает свои локтевые суставы и склоняется над пациентом, перенося вес верхней половины своего туловища на контактные зоны и усиливая тем самым давление на них до ощущения упругого, пружинистого сопротивления. Затем несколько раз повторяет такое надавливание на выдохе больного, стараясь достичь предела сопротивления. Ощувив этот предел (состояние преднапряжения), выполняет манипуляционный толчок. С этой целью он резко «бросает» вниз верхнюю часть своего туловища, форсируя давление на контактные зоны, и одновременно выполняет кистями рук некоторое дистракционное усилие в сегменте. Манипуляционный толчок проводится на глубине выдоха пациента.

2) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника в положении больного лежа на спине (рис. 78). Используется при показаниях, аналогичных показаниям последнего приема. Занимая исходное положение, пациент ложится близко к краю кушетки лицом вверх, руки его сцеплены «в замок» под затылком, локтевые суставы расположены параллельно в сагиттальной плоскости. Если у пациента чересчур гибкие суставы верхних конечностей либо, наоборот, вследствие их тугоподвижности и болей он не в состоянии сцепить руки на шее, то допустимо предложить ему обхватить свои плечи разноименными кистями. Врач стоит сбоку от пациента, как можно ближе к нему. Он сгибает свою удаленную от пациента руку, склоняясь над ним и устанавливая свое предплечье перед своей грудной клеткой и сверху локтевых суставов пациента (кисть руки захватывает одноименный локтевой сустав). Другую свою руку врач подводит под требуемый регион грудного отдела позвоночника, причем кисть этой руки захватывает между тенаром и ногтевой фалангой среднего пальца остистый отросток нижнего позвонка выбранного сегмента, а предплечье располагается вдоль оси позвоночника.

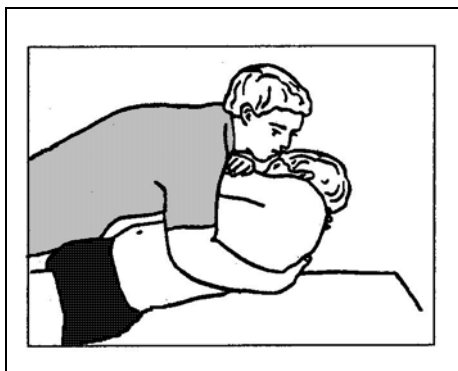


Рисунок 78. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника в положении больного лежа на спине.

Заняв исходное положение, врач (на выдохе пациента) несколько раз подряд слегка налегает на согнутые локтевые суставы пациента, нацеливая передающееся через его корпус усилие на выбранный позвоночный сегмент, нижний позвонок которого фиксирован подведенной снизу кистью. Ощувив с ее помощью состояние преднапряжения, врач резко налегает корпусом (через свое предплечье) на локтевые суставы пациента, сообщая его грудному отделу манипуляционный толчок в

направлении вниз (к кушетке) и вперед (краниально). Одновременно он строго контролирует фиксацию нижнего позвонка выбранного сегмента, удерживая его без смещения. Манипуляция проводится на глубине выдоха пациента. При посегментном проведении общее направление воздействий — сверху вниз.

3) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция «тяги-толкай», по А. Стодарту (рис. 79).

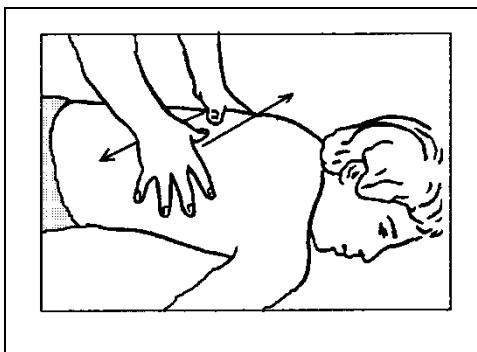


Рисунок 79. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция «тяги-толкай», по А. Стодарту.

Используется при показаниях, аналогичных показаниям последних двух приемов. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз; под грудную клетку (переднюю поверхность) на уровне требуемого участка грудного отдела позвоночника подложена подушка, чтобы обеспечить его переднее сгибание (флексию); руки пациента свободно лежат вдоль туловища, кисти положены под таз. Врач стоит сбоку от пациента и чуть позади (каудальнее) от места воздействия. Он прикладывает большие пальцы обеих рук к боковым поверхностям двух соседних остистых отростков позвонков, образующих выбранный сегмент. Заняв исходное положение, врач оказывает нарастающее давление пальцем одной руки на остистый отросток, к примеру, позвонка Th.6, смещая его вправо, в то время как 1-м пальцем другой руки смещает остистый отросток позвонка Th.5 влево. Достигнув ощущения устойчивого сопротивления такому давлению в выбранном сегменте (состояние преднапряжения), он выполняет манипуляционный толчок, представляющий собой резкое мелкоамплитудное движение больших пальцев навстречу друг другу.

4) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с выполнением ротации и приемом сопровождения в положении больного лежа на животе (рис. 80). Используется при гипомобильности сегментов области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков, а также при связанных с ней острых и хронических болях (локальные или распространяющиеся в межлопаточную область). По мнению известного остеопата Э. Ванано, манипуляция может быть проведена до уровня позвонка Th.10. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки свободно лежат вдоль туловища, голова и шея — за пределами кушетки. Врач стоит в изголовье, несколько сбоку. Одной рукой он поддерживает голову пациента, положив его нижнюю челюсть на свое предплечье и пальцами захватив подбородок. Голова пациента, следовательно, несколько повернута в сторону другой руки врача, которую тот помещает на верхнегрудной отдел позвоночника пациента. Причем ногтевые фаланги 1-го и 3-го пальцев врача (в ряде случаев допустимо создание контакта с помощью гороховидной

косточки основания ладони) упираются в боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента со стороны, в которую проводится ротация.



Рисунок 80. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с выполнением ротации и приемом сопровождения в положении больного лежа на животе.

Заняв исходное положение, врач дополнительно поворачивает голову пациента с помощью предплечья одной руки в сторону другой, контактирующей, одновременно выполняя некоторое разгибание шейного отдела позвоночника так, чтобы прилагаемое усилие концентрировалось под зоной контакта на вышележащем позвонке сегмента. Создав состояние преднапряжения, врач проводит манипуляционный толчок на выдохе пациента. Толчок выполняется в направлении дальнейшей ротации при сохранении достигнутого разгибания и потенцируется синхронным сформированным давлением контактирующих пальцев.

5) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с выполнением ротации и противоудержания в положении больного лежа на животе (рис. 81). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент ложится близко к краю кушетки лицом вниз, руки располагаются свободно вдоль туловища, подбородок опирается о кушетку (шейный отдел позвоночника разогнут). Врач стоит сбоку от пациента, близко к нему, на уровне его плечевого пояса. Он склоняется над пациентом и твердо устанавливает ногтевую фалангу 1-го пальца одной руки против боковой поверхности остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента с одноименной (с рукой) стороны. Кисть другой руки помещается на одноименную височно-теменную область пациента.

Заняв исходное положение, врач кистью, лежащей на голове больного, сгибает шейный отдел позвоночника в направлении от себя; далее он этой же рукой вращает шею и голову пациента лицом к себе. Ощувив максимальную концентрацию усилия непосредственно над фиксирующим 1-м пальцем одной руки (состояние преднапряжения), врач выполняет манипуляционный толчок. Этот крепкий и точный толчок выполняется с помощью 1-го пальца, фиксирующего нижний позвонок выбранного сегмента, в поперечном направлении и несколько вниз.

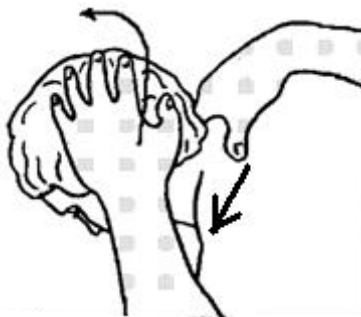


Рисунок 81. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с выполнением ротации и противоудержания в положении больного лежа на животе.

Синхронно с ним слабо наращивается боковое сгибание шейного отдела позвоночника с помощью руки, лежащей на голове больного. Прием проводится на глубине выдоха пациента. Все движения головы пациента, необходимые для достижения требуемых степеней разгибания, бокового наклона и ротации, совершаются вокруг определенной точки опоры, которой является подбородок пациента.

б) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника с помощью колена в положении больного сидя (рис. 82). Используется при показаниях предыдущих двух приемов. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, руки сцеплены на затылке, пальцы переплетены. Врач стоит сзади пациента, сгибает и ставит на кушетку или подставку правую ногу, помещая коленный сустав плотно на требуемый участок грудного отдела позвоночника пациента. При этом колено (бугристость большеберцовой кости) правой ноги врача должно надежно контактировать с остистым отростком нижнего позвонка блокированного сегмента. Далее врач подводит свои руки под подмышечные впадины больного через «окна», образованные плечом и предплечьем, захватывая кистями оба запястья пациента. Заняв исходное положение, врач получает возможность провести манипуляцию на любом уровне грудного отдела позвоночника, изменяя лишь контакт колена в пределах этого участка. В то же время имеется определенное различие в направлении манипуляционного толчка в зависимости от направления, в котором выявляется сегментарная гипомобильность.

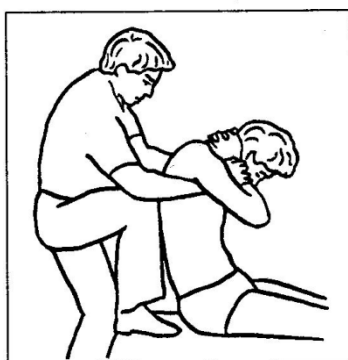


Рисунок 82. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника с помощью колена в положении больного сидя.

Допустим, у пациента имеется ограничение наклона туловища. В этом случае врач, крепко упираясь в остистый отросток нижележащего позвонка выбранного сегмента,

одновременно оказывает с помощью обеих своих рук давление на запястье пациента. Это движение приводит к наклону вперед грудного отдела позвоночника пациента (включая и верхний позвонок сегмента) до места контакта с коленом врача. Степень наклона можно проконтролировать пальпацией, на несколько секунд освободив свою левую руку и ощутив напряжение в тканях выбранного сегмента 1-м пальцем. По достижении состояния преднапряжения (на глубине выдоха больного) врач проводит манипуляционный толчок, который заключается в малоамплитудном резком наращивании переднего сгибания части корпуса пациента против своего колена, сохраняющего надежный контакт. Если же у пациента имеется ограничение разгибания (наклона назад), то врач должен использовать технику с более точным манипуляционным толчком относительно своего колена. Одновременно он должен как бы накатить на колено вышележащую часть корпуса больного. С этой целью, опираясь своими предплечьями о плечи пациента со стороны подмышечных впадин, он тянет на себя и вверх запястья больного. В результате этого движения верхняя (над коленом) часть корпуса пациента сохраняет наклонное положение, в то время как нижняя (под местом контакта) разгибается. По достижении преднапряжения (на выдохе пациента) врач выполняет манипуляционный толчок, резко и коротко подтягивая на себя верхнюю часть корпуса пациента против фиксирующего колена, относительно которого толчок направлен вперед и несколько вниз. Аналогичный прием проводится, если в сегменте выявлена гипомобильность в направлении ротации, только колено правой ноги устанавливается против поперечного отростка нижнего позвонка данного сегмента. Определенную трудность при выполнении этого приема создают длинные рычаги, затрудняющие контроль за его проведением, кроме того, подчас сложно ощутить контакт колена с позвонком пациента. В то же время именно длинные рычаги позволяют получить положительный результат, когда другие приемы оказываются несостоятельными. И наконец, корректное выполнение приема делает контакт колена с позвоночником безболезненным для пациента (в крайнем случае допустимо использовать в качестве прокладки тонкую губку).

7) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция с выполнением ротации и противоудержания в положении больного лежа на боку, по А. Стоддарту. Используется при сегментарной гипомобильности (функциональная блокада) нижнегрудного отдела позвоночника и области тораколумбального перехода, сопровождающейся ощущением жесткого сопротивления в конце диапазона свободного движения в сегменте (рис. 83). Возникающий на этом фоне болевой синдром (острый или хронический) локализуется в области позвоночника или распространяется по межреберным промежуткам на переднюю поверхность тела.

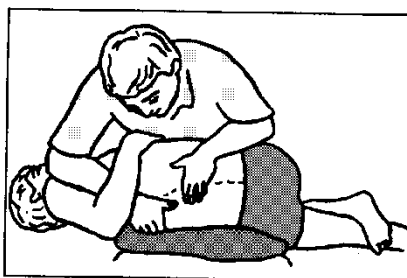


Рисунок 83. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция с выполнением ротации и противоудержания в положении больного лежа на боку, по А. Стодарту.

При возникновении опоясывающих болей, а также их иррадиации в паховую область пальпацией можно выявить ирритационные зоны в области позвонков Th.8—Th.12. Занимая исходное положение для успешного проведения прицельной манипуляции на нижнегрудных сегментах и грудопоясничном переходе, А. Стодарт предлагает провести одну из трех (в зависимости от конкретной картины болезни) комбинаций движений.

1. При разогнутом (экстензия) позвоночнике пациента следует провести сегментарные боковой наклон и ротацию в одну и ту же сторону.

2. При согнутом (флексия) позвоночнике осуществить боковой наклон и ротацию в противоположные стороны.

3. При незначительно согнутом позвоночнике (легкая флексия) выполнить ротацию без наклона в какую-либо сторону. Если первые две комбинации движений «нацеливают» прием на выбранный сегмент за счет замыкания суставных поверхностей в прочих сегментах этого региона позвоночника, то в последнем случае избирательность манипуляции достигается за счет натяжения связочного (лигаментарного) аппарата, вплоть до выбранного сегмента

а) Предположим, что врач исходя из конкретной ситуации проводит манипуляцию с согнутым позвоночником пациента. В этом случае пациент удобно лежит на кушетке на боку, а врач стоит лицом к нему около предполагаемого участка воздействия. Он сгибает лежащую сверху ногу пациента в тазобедренном и коленном суставах так, чтобы бедро почти доставало до его грудной клетки, что приведет к сгибанию ниже-грудного отдела позвоночника. Степень такого сгибания и контролируется (визуально и пальпацией) врачом по достижении нарастающего натяжения тканей в выбранном сегменте. Затем с целью придать телу пациента правильное положение врач вытягивает на себя его нижележащую руку, чтобы вывести вперед его плечо и плечевой сустав. Далее врач разворачивает вышележащее плечо пациента в направлении от себя и поворачивает его корпус до тех пор, пока прилагаемое усилие не сконцентрируется в зоне выбранного сегмента. Этот сегмент фиксируется с помощью обеих рук врача. При этом одна рука проходит под вышележащим плечом пациента, локоть этой руки упирается в соответствующий плечевой сустав, а большой палец подушечкой надавливает сверху на боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента. Другая рука врача, усиленная весом верхней части его корпуса, устанавливается предплечьем на вышележащий гребень подвздошной кости, а указательный и средний пальцы нажимают снизу на боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента. Так как при сгибании позвоночника требуется провести боковой наклон и ротацию в разные стороны, чтобы достичь смыкания суставных поверхностей прочих сегментов, то с целью моделирования бокового наклона необходимо подложить небольшую, но достаточно плотную подушечку (валик) под находящийся внизу бок пациента, чтобы достичь максимального бокового наклона в выбранном и фиксированном сегменте. Занятое исходное положение непосредственно предшествует манипуляции (по достижении состояния преднапряжения).

б) Допустим теперь, что врач в силу особенностей заболевания намеревается провести манипуляцию с разогнутым позвоночником больного. В этом случае необходимо изменить положение пациента для проведения бокового наклона и ротации в одну и ту же сторону (необходимое условие для смыкания суставных поверхностей прочих сегментов региона). Пациент лежит на боку на кушетке, а врач стоит лицом к нему на уровне предполагаемого воздействия. Затем он немного сгибает вышележащую ногу пациента, чтобы обеспечить ему комфортную позу. Коленный сустав опирается о край кушетки. Затем нужно подложить подушку под верхнюю часть торса пациента, чтобы добиться максимального сгибания на уровне выбранного сегмента. Правильно уложив пациента, следует крепко зафиксировать выбранный сегмент с помощью обеих рук. При этом одна рука, опираясь на вышележащую половину грудной клетки предплечьем и локтевым суставом, давит на одноименный плечевой сустав больного, а 1-й палец этой руки подушечкой нажимает сверху на боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента. Другая рука опирается предплечьем на вышележащий гребень подвздошной кости, в то время как ее 2-й и 3-й пальцы фиксируют снизу боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента. Заняв это исходное положение, врач готов после достижения преднапряжения в сегменте провести на нем прицельную манипуляцию.

в) И, наконец, о случае, когда врач выбирает манипуляцию со слабо согнутым (легкая флексия) позвоночником пациента. В этом случае для достижения прицельной манипуляции в выбранном сегменте необходимо провести ротацию без сгибания корпуса больного в какую-нибудь сторону, что и приведет к постепенному, связочному «замыканию» сегментов отдела позвоночника, вплоть до требуемого уровня. Пациент лежит на кушетке на боку, а врач сгибает его вышележащую ногу в коленном и тазобедренном суставах, чтобы достичь слабого расхождения остистых отростков поясничных и нижнегрудных позвонков вплоть до уровня нижнего позвонка выбранного сегмента. Далее он склоняется над больным и устанавливает свои руки, как описано в двух предыдущих случаях. Заняв исходную позицию в соответствии с выбранным положением нижнегрудного отдела позвоночника (экстензия, флексия, легкая флексия), врач усиливает давление своими предплечьями против плечевого сустава больного и части его груди с одной стороны и против гребня подвздошной кости — с другой. Нарастив такое давление своими предплечьями, он вращает плечо и верхнюю часть корпуса больного от себя, а таз и нижнюю часть корпуса — на себя. Одновременно 1-м пальцем одной руки врач старается сместить остистый отросток вышележащего позвонка вниз, а 2-м и 3-м пальцами другой тянет остистый отросток нижележащего позвонка вверх, помогая локализации усилий. Достигнув состояния преднапряжения в выбранном сегменте (на выдохе больного), он проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком сформированном давлении обоими предплечьями в противоположных направлениях с одновременным встречным движением пальцев рук, фиксирующих остистые отростки. Важно еще раз подчеркнуть, что если в первых двух случаях состояние преднапряжения связано с замыканием суставных поверхностей прочих сегментов региона и требует значительных усилий при пальцевом давлении на остистые отростки соседних позвонков сегмента для локализации приема, то в последнем случае состояние преднапряжения обусловлено натяжением связочного аппарата позвоночника и требует чистоты ротации и верного «тканевого» чувства врача.

§ 69. Особенности клиники остеохондрозов поясничного отдела позвоночника.

«Стандартный набор» клинических проявлений при радикулитах и остеохондрозах поясничного отдела позвоночника следующий:

1. **Боль** имеет разнообразные проявления: прострелы, постоянно ноющая боль или может возникать только при движениях в позвоночнике. Иррадиация болей может быть в голову, конечности и реже на какой-то участок туловища. **Болевые синдромы:**

а) **люмбалгия** — интенсивная прокалывающая, сверлящая или тупая боль в глубинных отделах спины; наиболее выражен по утрам, после сна, усиливается при поворотах, кашле, чихании, смехе;

б) **люмбокраниалгия** — боль локализуется в ноге (например, в тазобедренном суставе, коленном суставе, голеностопном суставе, в пятке и так далее). **Очень часто врачи безуспешно и долгое время лечат артрит тазобедренного сустава при наличии маленькой (не более 3 миллиметров) грыжи межпозвоночного диска, которая даёт единственный симптом – боль в левом или в правом тазобедренном суставе.** При наличии боли на передней поверхности бедра, которая иннервируется бедренным нервом, можно смело утверждать, что патологический процесс расположен ниже четвёртого поясничного позвонка L.4 - L.5, где берёт начало бедренный нерв.

в) При остеохондрозах и радикулитах поясничного отдела позвоночника в 9% случаях возникают **вертеброгенные миалгии** – боли чрезмерно спазмированных мышц (таза и ног), которые находятся на большом расстоянии от позвоночника. Болезненный спазм мышцы возникает по причине передавливания нервных путей в районе позвоночника.

2. **Кинетические (двигательные) симптомы:** ограничение движений или вынужденная поза от сильных болей при движениях в поясничном отделе позвоночника, вынужденная поза от блокирования движения в межпозвоночных «суставах», спазмы, парезы и параличи некоторых групп мышц ноги.

3. **Изменение тактильной чувствительности кожи на ноге:** отсутствие (анестезия), уменьшение (гипестезия), усиление (гиперестезия), в двух конечностях одновременно (парестезия), в одной (гоместезия), покалывание, сверление и другие неспецифические тактильные ощущения (синестопатии).

4. **Изменение тепловой чувствительности (термочувствительности)** в виде ощущения холодной конечности (стопы ноги). Сразу после освобождения нерва от патологической компрессии по окружности фасцией или желтыми связками, пациент отмечает ощущение прилива тепла к конечности.

5. **Ухудшение функциональной деятельности органов малого таза:** частое мочеиспускание, поносы и запоры, у женщин спазматические приступы боли в области матки и влагалища.

6. **Нарушение трофики мышц и кожи ног:** при длительности заболевания остеохондрозом на протяжении более 5 лет диагностируется сильная мышечная атрофия и потемнение кожи голени.

В любом учебнике по нервным болезням дан подробный перечень симптомов поясничного остеохондроза. Поэтому автор книги не видит смысла очередной раз подробно описывать клинические симптомы болезней. Однако считает необходимым уделить внимание в этой книге на специфику и особенности клинических проявлений при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвоночных дисков в поясничном отделе.

1) Корешковые синдромы при поражении остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Диагностика корешковых синдромов основывается на данных локализации боли и нарушений чувствительности, оценки мышечной силы определенных миотомов, состояния глубоких сегментарных рефлексов, а также по результатам дополнительных электрофизиологических и рентгенологических методик исследования.

Синдром поражения корешка L.2 встречается редко и характеризуется болью и парестезиями по переднемедиальной поверхности бедра, умеренным снижением коленного рефлекса. У всех пациентов наблюдаются вегетативно-сосудистые расстройства в нижних конечностях по вазоспастическому типу.

Синдром поражения корешка L.3 проявляется болью и парестезиями по переднемедиальной поверхности нижней трети бедра и области колена, умеренной гипотонией и гипотрофией четырехглавой мышцы бедра без снижения ее силы, угнетается коленный рефлекс. Определяются вегетативно-сосудистые нарушения в ногах с ощущением зябкости, похолодания голени и стоп. Особенности поражения корешка L.3 являются стойкость и выраженность болевого синдрома, недостаточная эффективность медикаментозных методов лечения.

Синдром поражения корешка L.4 включает боли по передне-внутренней поверхности бедра и голени, чувство онемения по передней поверхности верхней трети голени, гипотрофию мышц передней группы бедра, снижение коленного рефлекса. Особенностью поражения корешка L.4 является частое сочетание с патологией других корешков (L.3, L.5 и др.).

Синдром поражения корешка L.5 развивается при остеохондрозе не только диска L.4 — L.5, но и L.3 — L.4. Боли и парестезии локализуются по наружно-латеральной поверхности бедра, голени и первых двух пальцев ноги. Легкая гипотрофия наблюдается в передней группе мышц голени. У большого количества больных выявляется слабость длинного разгибателя большого пальца ноги. Вегетативно-сосудистые и трофические расстройства в виде синюшности и охлаждения конечности наблюдаются у 1/3 больных. У большинства больных (более 70%) отсутствует рефлекс с глубокого сухожилия длинного разгибателя большого пальца ноги.

Синдром поражения корешка S.1: боль по задней поверхности ноги с иррадиацией в пятку и по наружному краю стопы до 4 - 5-го пальцев, онемение в этой зоне; гипотония и гипотрофия мышц задней группы голени, снижение или утрата ахиллова и подошвенного рефлекса; умеренные вегетативно-сосудистые нарушения на голени и стопе с ощущением зябкости, похолодания и изменением реографической кривой по спастическому типу. У большинства больных (85%) с поражением корешка S.1 бывают парезы отдельных мышечных групп этого миотома.

Сравнительно часто встречаются признаки сочетанного поражения двух или более спинномозговых корешков: L.3 - L.4; L.4 - L.5; L.5 - S.1.

2) Сосудисто-корешковые синдромы (радикулоишемии). У некоторых больных (17—18%) на фоне выраженных изменений статики и динамики позвоночника остро и подостро развиваются симптомы выпадения функции пояснично-крестцовых корешков: возникают парезы мышц ног, анестезия по корешковому и даже сегментарному типу; у части больных развивается нарушение функции тазовых органов. Для объяснения патогенеза таких синдромов была аргументирована гипотеза о соучастии сосудистого фактора — нарушении кровообращения в радикуломедулярных артериях или крупных корешковых венах при поясничном остеохондрозе. У большинства больных (76%) развитию пареза ноги предшествуют длительные боли в пояснице (в течение двух и более лет), у части из них после люмбалгии наблюдается резко выраженная корешковая боль (гипералгический криз), продолжающаяся от нескольких часов до 5—6 суток. Присоединение пареза мышц возникает остро или подостро. По преобладанию пораженных корешков можно выделить три синдрома:

1) синдром ишемии корешков конуса, характеризующийся нарушением функции тазовых органов, анестезией в аногенитальной области;

2) синдром ишемии корешка эпиконуса, проявляющийся глубоким парезом миотомов L.4—S.2 с одной или обеих сторон, выпадением ахилловых рефлексов, гипалгезией по корешковому типу в зоне дерматом L.4—S.2;

3) синдром ишемии корешков эпиконуса и конуса, выражающийся глубоким парезом миотомов L.4—S.2 и анестезией в дерматомах L.4—S.5, нарушением функции тазовых органов по периферическому типу, исчезновением ахиллова рефлекса с длинного разгибателя большого пальца ноги.

3) Люмбаго (или люмбалгия) — остро возникающие боли в поясничном отделе позвоночника, которые часто осложняются *ишиасом* – воспалением седалищного нерва, которое проявляется сильными болями в ягодице и во всей задней части ноги. Заболевание развивается внезапно, после неловкого движения, при подъеме тяжести (особенно, если они сочетаются с переохлаждением). Возникает скованность, к которой присоединяется боль распирающего, жгучего, сжимающего характера. Любые движения, даже разговор, усиливают ее. Вначале боль широко иррадирует, распространяясь на область грудной клетки, ягодичную область и даже область живота. Через несколько часов или дней боли уменьшаются. Новые рецидивы заболевания возникают также под влиянием других неблагоприятных факторов. Количество обострений колеблется от 2 и более. В промежутках между обострениями больные ощущают тяжесть и состояние дискомфорта в области поясницы. Через 3—5 лет почти у всех больных синдром люмбалгии сменяется люмбо-ишиалгическим или корешковым.

3) Ишиас или люмбо-ишиалгический синдром – воспаление седалищного нерва, которое проявляется сильными болями в ягодице и во всей задней части ноги и, как правило, протекает с одновременной болью в пояснице (с люмбалгией). Наблюдается у лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом. Длительность заболевания колеблется от нескольких месяцев до 15 лет. Синдром может проявляться в мышечно-тонической, нейродистрофической и нейрососудистой формах. **Мышечно-тонические (нейромышечные) формы** люмбо-ишиалгии имеют продолжительность от 4 до 7

месяцев. Началу заболевания предшествуют резкий подъем тяжестей, длительная физическая нагрузка, тоническое напряжение мышц, комбинированные нагрузки. Оно встречается у людей с превалированием в их профессиональной деятельности однообразных движений, вынужденного положения тела, мышечного напряжения (работа на конвейере, машинистки и др.). Кроме того, у 21% больных с нейромышечным синдромом удастся выявить те или иные дефекты в развитии мышечной силы: мышечная слабость, уставание на уроках физкультуры, наличие в семье лиц с мышечной слабостью. Болевой синдром характеризуется поясничной локализацией с распространением на одну или обе нижние конечности. Различная локализация боли при мышечно-тонических синдромах нередко связана с особенностями вторичного поражения нервных стволов на уровне спазмированных мышц. В этих зонах нервы поражаются по компрессионно-ишемическому типу (*туннельные* синдромы). Наиболее часто встречаются синдромы грушевидной, ягодичной и икроножной мышц.

4) Осложнение пояснично-крестцового радикулита в виде синдрома грушевидной мышцы. Синдром грушевидной мышцы проявляется болями в поясничном отделе позвоночника и по задней поверхности ноги, основная же болезненность отмечается в зоне крестцово-подвздошного сочленения, большого вертела. Боль усиливается при ротации ноги (в месте выхода седалищного нерва). У некоторых больных при синдроме грушевидной мышцы выявляются и симптомы ишиаса, которые возникают не только от сдавливания седалищного нерва, но и главным образом в связи с нарушением кровообращения нерва, вследствие чего возникают парестезии и резкие боли в ноге, особенно при нагрузке. У большинства больных выявляются акроцианоз, гипергидроз. В 70% случаях воспаление диска L.4 – L.5 или L.5 – S.1, 2 приводят к спазму грушевидной мышцы. Возникает синдром грушевидной мышцы, который проявляется сильной болью в ягодиче при ходьбе. При остеохондрозе межпозвоночного диска L5 – S1,2,3 возникает патологическое усиление проводимости биоимпульса к грушевидной мышце. По причине сильного сокращения грушевидной мышцы возникает сжатие седалищного нерва в отверстии подгрушевидного отверстия, через который нерв из полости малого таза переходит на заднюю поверхность бедра. Нерв ущемляется между крестцово-остистой связкой и спастически сокращенной грушевидной мышцей. Возникает воспаление седалищного нерва (ишиас) в области таза, что фактически относится к разновидности **туннельной невропатии**. Клиническое проявление «симптома грушевидной мышцы» выражается сильной болью в ягодиче, при этом боль многократно усиливается при надавливании в область подгрушевидного отверстия. Пальцевое давление на ягодичу сопровождается иррадиацией боли по ходу седалищного нерва, жгучей болью и парестезией в голени и стопе (по наружной стороне).

Эта патология часто вылечивается с применением только мануальной терапии и мышечной миорелаксации. **Смотрите рисунок 97.** Сначала проводят сеансы по ликвидации патологического «сжатия» межпозвоночного диска L.5 – S.1 под действием медикаментозного противовоспалительного лечения. После этого проводят сеансы по перерастяжению грушевидной мышцы. Сильное болевое перерастяжение спазмированной грушевидной мышцы приводит к ее длительному параличу, расслаблению. Методика «мануального перерастяжения» грушевидной мышцы состоит из простого приема. Больной ложится на спину, желательно на пол. Врач сгибает у пациента больную ногу в тазобедренном суставе под 90 градусов к туловищу, полностью сгибает ногу в коленном суставе, и далее под действием своего веса медленно наклоняет ногу в сторону, надавливая на колено сверху вниз. Правую ногу врач наклоняет влево,

левую ногу – вправо. При этом движении бедра вбок происходит сильное растяжение патологически спазмированной грушевидной мышцы, возникает «болевого шок у мышцы», она расслабляется, после чего наступает выздоровление. (Растяжение грушевидной мышцы можно усилить, если к наклону ноги к противоположному боку добавить круговое вращение ноги в тазобедренном суставе. Для этого врач берет ногу за стопу, и перемещает стопу вправо и влево).

Расслабление грушевидной мышцы можно добиться и при воздействии на нее длинной иглой (10 – 15 сантиметров длины), которую вводят в ягодицу точно в болевую точку, которая, как правило, совпадает с точкой VB.30. Процедуру надо проводить с пониманием того, что есть опасность проникновения длинной иглы в малый таз. После введения иглы в точку наивысшей боли в ягодице при надавливании (в грушевидную мышцу), ее сильно седатируют на протяжении 30 минут (вращают и прогревают). Грушевидная мышца от запредельной боли релаксируется, и происходит излечение. Если эти мероприятия не помогают, то делается инъекция дипроспана непосредственно в спазмированную грушевидную мышцу.

5) Синдром икроножной мышцы характеризуется болями в икроножных мышцах при ходьбе. Часто наблюдаются быстрые и резко болезненные тонические судороги в икроножных мышцах. В основе их, по-видимому, лежит возбуждение спинальных рефлекторных структур. При этом выявляется несколько видов «кramпи»: в зоне миоостеофиброза, чаще всего в области подколенной ямки, возникающие в дневное время и при ходьбе; «кramпи» среднего отдела икроножных мышц, не связанные с наличием очага нейроостеофиброза - длительные судороги, возникающие в ночное время и в покое. У значительного количества больных судорогам предшествуют парестезии в пальцах ног, чувство онемения и стягивания в стопе и голени. У большинства пациентов возникновение болей и «кramпи» в значительной степени зависит от позы и положения тела.

6) Синдром ягодичных мышц характеризуется упорными болями в пояснично-крестцовой области, в зоне ягодиц и по задней поверхности больной ноги. Усиливаются они чаще всего при длительном сидении и переохлаждении. Пальпаторно выявляется значительное мышечное напряжение.

7) Нейродистрофическая форма люмбоишиалгии формируется на базе мышечно-тонической формы, являясь ее продолжением, либо наряду с очагами нейромиофиброза с неравномерной бугристой структурой. Среди больных этой формой люмбоишиалгии выявляются страдающие крестцово-подвздошным периартрозом, тазобедренным периартрозом и периартрозом коленного сустава.

8) Крестцово-подвздошный периартроз характеризуется ограничением и болезненностью движения в тазобедренном суставе. Пациенты жалуются на повышенную утомляемость в ногах, невозможность бегать, подниматься по ступенькам, разводять ноги. Резкая болезненность возникает при пальпации под пупартовой связкой и при поколачивании по большому вертелу.

8) Периартроз коленного сустава — наиболее часто встречаемый синдром. Пациенты жалуются на боли вначале в поясничном отделе позвоночника (иногда в течение 2—3 месяцев), после чего боль смещается в подколенную ямку и в коленный сустав. Это сопровождается ощущением стягивания в прилегающей группе мышц. Нередко самым болезненным становится внутренний мышцелок. У всех больных проявляются глубокие и часто ночные боли. Главным отличием от первичного гонита является отсутствие

болезненности при пальпации коленного сустава при резко выраженной спонтанной боли. Кроме того, у части больных выявляется *кокцигодиния* — глухие, тупые, ноющие, сверлящие боли в области копчика. Им трудно сидеть и ходить. Боли нередко иррадиируют в ягодичную область, наружные половые органы, задний проход. Объективно определяются резкая болезненность при пальпации и гиперестезия в зоне копчика, у больных — нарушение трофики в области крестца. У незначительного количества больных обнаруживаются нейродистрофические изменения в *ахилловом сухожилии*.

9) Трофические (дистрофические, нейро-сосудистые) проявления люмбоишиалгического синдрома. Основной клинической чертой люмбоишиалгического синдрома бывает поражение отдельных мышечных групп (ягодичных, икроножных и др.) или в сочетании, без четких симптомов выпадения функции спинномозговых корешков. Главными же отличительными чертами во всех случаях дистрофических проявлений являются:

- а) выраженные боли в пояснице в начале болезни, которые продолжаются несколько лет;
- б) наличие изолированного поражения крупного сустава на одной ноге, а не множества суставов на верхних и нижних конечностях, как это бывает при инфекционных и обменных поражениях.
- в) особенностям течения нейродистрофической формы люмбоишиалгического синдрома можно отнести то, что боли и изменения в суставах возникают на фоне поясничных болей или сразу же после них;
- г) односторонность поражения выражена на стороне люмбалгии;
- д) дистрофическим изменениям чаще подвергаются крупные суставы в следующем порядке: коленные, голеностопные, тазобедренные;
- ж) имеется четкая связь между обострением боли в суставах и в пояснице;
- з) нейродистрофические проявления трудно поддаются фармакологическим методам лечения.

Нейрососудистая форма люмбоишиалгии встречается у 1/3 больных в виде трех вариантов: вазодилататорный тип, вазоспастический и смешанный. У большинства больных заболеванию предшествуют длительное переохлаждение, вынужденное положение (переутомление ног). В анамнезе у них отмечаются ранние признаки атеросклероза, перенесенная в прошлом патология вен нижних конечностей (флебиты, тромбофлебиты и др.). У всех больных выражены вегетативные нарушения в виде изменения окраски кожных покровов, ногтей или сухости кожи, гиперкератоз стоп, отечность в области голени и голеностопного сустава, гипалгезия или гиперпатия в дистальных отделах конечностей.

а) При вазодилататорном варианте наблюдаются множественные симптомы нарушения трофики: побледнение голени, стопы, мраморность кожи, цианоз, гипергидроз, изменения в окраске кожи и ногтей, боли при изменении положения тела. Все больные жалуются на ощущение жара и распирания в нижних конечностях, часто отмечается симптом «мокрой тряпки» (уменьшение боли и парестезии при охлаждении стоп). У таких больных нередко первоначально определяли ангиотрофоневроз или

вегетативные полинейропатии. Особенностью течения этих форм заболевания является отсутствие четких ремиссий. У большинства больных указанные выше симптомы и жалобы сохраняются на протяжении длительного времени, лечебные мероприятия при этом малоэффективны. Ухудшение в состоянии отмечается в жаркий период времени и в помещениях с повышенной температурой.

б) При вазоспастической форме больные жалуются на зябкость, онемение и похолодание в нижних конечностях, боли, ощущение тяжести. Все проявления усиливаются на холоде и при физическом напряжении. Объективно наблюдается синюшность или мраморность кожи конечностей, снижение кожной температуры в их дистальных отделах, четкая температурная асимметрия в различных точках больной ноги. Глубокие рефлексы у большинства таких больных оживляются.

в) Смешанный тип этого вида люмбоишиалгии характеризуется сочетанием признаков обоих вышеописанных симптомокомплексов: объединяет симптомы нарушения трофики и последствий снижения кровообращения. Клиническими особенностями являются длительные поясничные боли, побледнение пальцев, снижение пульсации артерий на тыльной стороне одной стопы. Дифференциально диагностическим критерием для эндартериита в отличие от спондилогенного псевдоэндоартериита является отсутствие предшествующих болей в пояснице. Главная особенность псевдоэндоартериита нейрососудистого генеза — возникновение его на фоне или после поясничных болей (обязательное их сочетание во времени) и односторонность процесса (вовлечение одной ноги).

§ 70. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов поясничного отдела позвоночника.

Мануальная терапия при лечении остеохондрозов поясничного отдела позвоночника проводится в строго определенной последовательности, о которых подробно написано в § 64: 1. Диагностика. 2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. 3. Тракция. 4. Мобилизация. 5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация сустава. 6. Манипуляция. 7. Период ремиссии (выздоровления). Опишем более подробно этапы лечения остеохондрозов поясничного отдела позвоночника.

1. В параграфе об общих методах лечения остеохондрозов при помощи мануальной терапии подробно описаны различные **методики релаксации мышц**: обыкновенный массаж, шиацу, иглотерапия, точечный массаж, мази, тепловые процедуры и так далее. Специфику действий по расслаблению мышц имеют только методики проведения постизометрической релаксации (перерастяжения) мышц поясничного отдела позвоночника.

1) Постизометрическая релаксация передней группы мышц бедра, подвздошно-поясничной мышцы и группы внутренних мышц (сгибает бедро в тазобедренном суставе, при фиксированных нижних конечностях сгибает туловище, верхние пучки мышцы участвуют в разгибании туловища). Больной лежит на спине и на заднем краю кушетки. Нога на здоровой стороне, согнутую в тазобедренном и коленном суставах, больной удерживает своими руками.

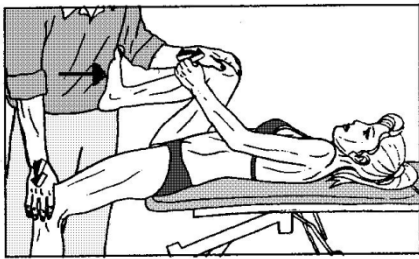


Рисунок 84 - 1. Постизометрическая релаксация подвздошно-поясничной мышцы и передней группы мышц бедра.



Рисунок 84 - 2. Постизометрическая релаксация внутренней группы мышц бедра.

Нога на стороне релаксации свободно свисает. Врач помогает больному увеличить сгибание согнутой ноги и одновременно производит разгибание свисающей. Используются дыхательные синергии и произвольное усилие больного — подъем свободно свисающей нижней конечности.

2) Постизометрическая релаксация грушевидной и запирающей мышцы (ротируют бедро кнаружи, участвуют в его отведении). Положение больного на животе. Голень на пораженной стороне согнута под прямым углом. Врач за дистальный отдел голени производит внутреннюю ротацию бедра (отводит стопу). Другой рукой необходимо фиксировать таз с противоположной стороны, препятствуя его ротации (**рис. 85 – 1, 2, 3**). Используется произвольное усилие больного, направленное на наружную ротацию бедра (движение голени в медиальном направлении).

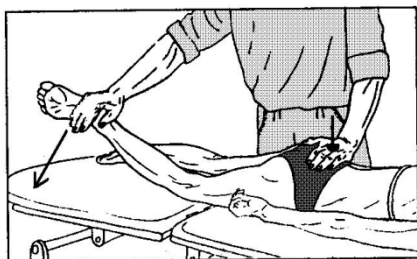


Рисунок 85 - 1. Постизометрическая релаксация грушевидной и запирающей мышцы.



2



3

Рисунок 85 – 2, 3. Постизометрическая релаксация грушевидной и запирательной мышцы.

3) Постизометрическая релаксация крестцово-остистой и крестцово-бугорной связки. *Постизометрическая релаксация крестцово-остистой связки.* Положение на спине. Врач осуществляет медленное приведение колена больного к гетеролатеральной половине грудной клетки. В положении максимального приведения колено удерживается 45—60 секунд, в течение которых происходит редрессация связки. *Постизометрическая релаксация крестцово-бугорной связки.* Осуществляется аналогичным образом, но колено приводится к гомолатеральной половине грудной клетки (рис. 86).

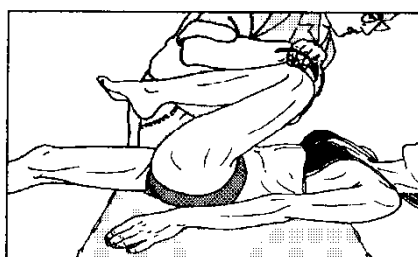


Рисунок 86. Постизометрическая релаксация крестцово-остистой и крестцово-бугорной связки.

4) Постизометрическая релаксация большой ягодичной мышцы (разгибает бедро, выпрямляет туловище).

Вариант 1. Положение больного на спине. Врач производит сгибание бедра пораженной стороны — колено больного приближается к животу. Изометрическая работа — выпрямление ноги. Требуется минимальное усилие пациента (рис. 87 - 1).

Вариант 2. Положение больного на животе. Врач, стоя у головного конца тела пациента, смещает обе ягодицы книзу — происходит их растяжение (рис. 87 - 2). Изометрическая работа — активный подъем ягодиц в сторону врача.

Вариант 3. Используется для релаксации медиальных половин. Положение больного лежа на животе. Врач ставит крест-накрест руки на медиальные стороны обеих ягодиц и разводит их в стороны. Изометрическая работа — приведение ягодиц к средней линии. При этом происходит синергическая релаксация мышц тазового дна (рис. 87 - 3).

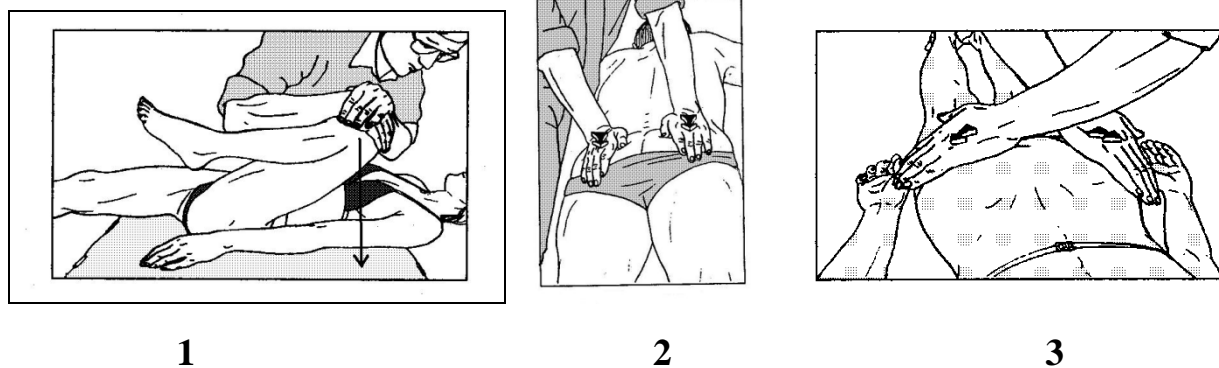


Рисунок 87 – 1, 2, 3. Постизометрическая релаксация большой ягодичной мышцы.

3. Методы вытяжения (тракции) поясничного отдела позвоночника.

После расслабления (релаксации) спазмированных мышц, врач приступает ко второму подготовительному этапу лечения – к силовому вытяжению позвоночника (связок и мышц).

1) Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине (рис. 88). Применяется в качестве подготовки к дальнейшим манипуляциям на поясничном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника, а иногда и на крестцово-подвздошных сочленениях. Может применяться и как самостоятельный лечебный прием у пожилых и ослабленных больных. При остром простреле, когда из-за резкой боли невозможны другие приемы, тракция в сочетании с релаксирующим массажем может оказаться единственным средством для уменьшения болей. Занимая исходное положение, больной ложится на кушетку на спину. Руками он обхватывает изголовье кушетки. Голеностопные суставы обеих нижних конечностей несколько выдвигаются за ножной конец кушетки.

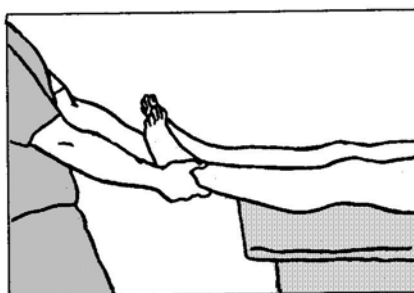


Рисунок 88. Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине.

Врач стоит со стороны этого края кушетки, расставив ноги на ширину плеч. Он захватывает обе ноги пациента обеими руками как раз над голеностопными суставами и немного приподнимает их над поверхностью кушетки (на 20—30 см). Для лучшей устойчивости врач может упереться стопами в ножки кушетки. Заняв исходное положение, врач производит тракцию позвоночника тягой за обе нижние конечности, используя отклонение всего своего корпуса назад. Прилагаемое врачом усилие при такой тракции может быть максимальным. Нарращивать его следует медленно, не торопясь, и также постепенно это усилие ослабляя. Прием повторить 3—5 раз.

2) Тракция позвоночника с использованием одной нижней конечности в положении больного лежа на спине (рис. 89).

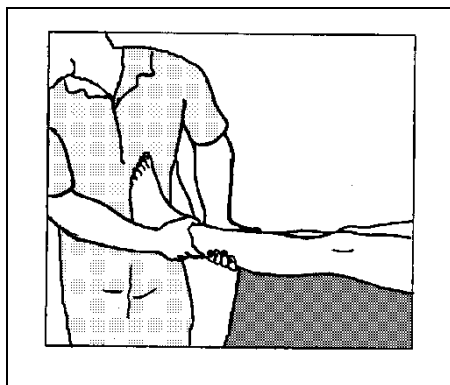


Рисунок 89. Тракция позвоночника с использованием одной нижней конечности в положении больного лежа на спине.

Применяется при тех же показаниях, что и в предыдущем приеме, однако может оказаться более подходящим приемом для пациентов с неравномерной установкой таза (например, на фоне блокады крестцово-подвздошного сочленения), разной длиной нижних конечностей, при артрите тазобедренного или коленного сустава и пр. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки его свободно располагаются вдоль туловища, голеностопные суставы несколько выступают за край кушетки. Врач стоит, расставив ноги на ширину плеч и развернув таз под углом к этому краю кушетки. При этом одна его передне-верхняя ость подвздошной кости выдвигается вперед, и на нее опирается всей стопой нога пациента. Другую ногу пациента, выбранную для проведения тракции, врач захватывает обеими руками, прикладывая кисти как раз над голеностопным суставом. Заняв исходное положение, врач проводит тягу за захваченную обеими руками ногу пациента, отклоняя назад свой корпус. Одновременно он проводит дальнейшую ротацию своего таза в прежнем направлении, толкая крылом подвздошной кости опирающуюся на нее ногу больного в краниальном направлении (вперед). Прием выполняется медленно, причем ослабление усилия также производят постепенно. Повторить прием 5—7 раз.

3) Тракция позвоночника на фоне его переднего сгибания в поясничном отделе с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине (рис. 90). Применяется при показаниях, совпадающих с показаниями для тракции

позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине. Однако данная тракция предпочтительнее для больного, у которого наблюдается уменьшение болей при переднем сгибании позвоночника (анталгическая поза). Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку с согнутыми при этом тазобедренными и коленными суставами, руки скрещены на груди, стопы находятся на самом краю кушетки. Врач стоит, расставив ноги на ширину плеч, около ножного конца кушетки и предлагает пациенту опереться носками стоп о свои бедра. Обеими руками врач захватывает ноги больного, причем очень важно, чтобы предплечья находились на уровне подколенных ямок.

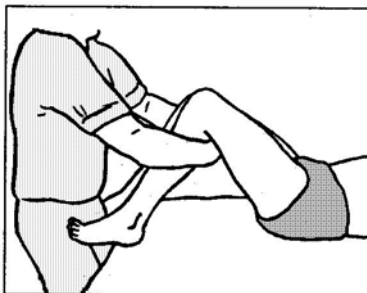


Рисунок 90. Тракция позвоночника на фоне его переднего сгибания в поясничном отделе с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине.

Заняв исходное положение, врач начинает тягу своими предплечьями за самую верхнюю часть голени пациента. Эта тяга осуществляется не за счет движения рук врача, а за счет отклонения всего его корпуса назад. При этом таз пациента несколько приподнимается от кушетки, что способствует формированию переднего сгибания в поясничном отделе позвоночника. Прием выполняют неторопливо, постепенно наращивая и ослабляя прилагаемое усилие. Рекомендуется провести 5-7 повторений.

4) Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на животе (рис. 91). Выполняется при показаниях, соответствующих показаниям предыдущего приема, однако больше подходит в тех случаях, когда у больного отмечается уменьшение болей при разгибании позвоночника. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, стопы его несколько выступают за край кушетки, выпрямленными руками он держится за изголовье. Дыхание больного должно быть свободным. Врач стоит у ножного конца кушетки, руками захватывает обе ноги пациента как раз над его голеностопными суставами.

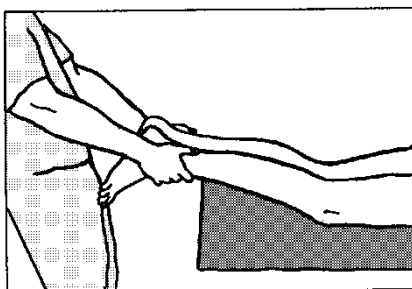


Рисунок 91. Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на животе.

Заняв исходное положение, врач начинает тянуть пациента руками за ноги, взявшись за его голени. Важно помнить, что на руки передается усилие, развиваемое при отклонении всего корпуса врача назад. Тяга медленно наращивается и постепенно ослабевает. Если пациент хорошо расслаблен, то допустимо в конце диапазона тракции провести дополнительное формированное усилие в том же направлении (неспецифическая тракционная манипуляция). Релаксацию больного в ходе этого приема можно оценить, наблюдая за исчезновением паравертебральных валиков спазмированной мускулатуры. Прием выполняют 5—7 раз.

3. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) позвонков поясничного отдела позвоночника. Последним лечебным мероприятием по подготовке позвоночника к началу манипуляций является комплекс насильственных движений в виде мобилизаций, которые заканчиваются иммобилизаций (замыканием, преднапряжением) «больного» межпозвоночного сустава.

1) Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) сегментов поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа на боку (рис. 92). Используется при сегментарной гипомобильности (функциональные блокады) в указанных отделах позвоночника, проявляющейся преимущественно в ограничении ротации и бокового наклона. Возникающий на этом фоне болевой синдром может быть острым или хроническим и чаще локализуется в области поврежденных сегментов. При этом при пальпации удается выявить спазм и болезненное укорочение мышцы-выпрямителя спины, квадратной мышцы поясницы, грушевидной мышцы; отчетливо прощупываются ирригационные зоны в области Th.12 — S.1 позвонков. Прием хорошо подготавливает больного к последующим манипуляциям ротационного типа. Занимая исходное положение, пациент ложится на бок. Одну свою руку он подкладывает под голову, другую отводит в направлении будущей ротации. Вышележащая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах, носок ее покоится в подколенной ямке нижележащей ноги. Врач стоит лицом к пациенту на уровне предполагаемого воздействия. Он склоняется над больным и помещает обе свои руки на его позвоночник.

При этом кончиками 2-го и 3-го пальцев одной своей руки (например, левой) врач крепко фиксирует остистый отросток вышележащего (краниального) позвонка выбранного сегмента со стороны, удаленной от кушетки; кончиками 2-го и 3-го пальцев другой своей руки (например, правой) он плотно фиксирует остистый отросток нижележащего (каудального) позвонка этого же сегмента со стороны, приближенной к кушетке.

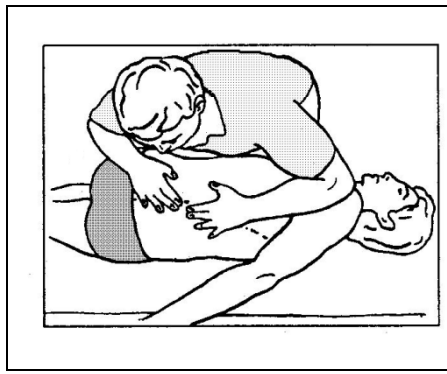


Рисунок 92. Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) сегментов поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа на боку.

Заняв исходное положение, врач, используя левую кисть и соответствующее предплечье, сначала поворачивает таз пациента на себя так, чтобы нацелить прилагаемое усилие как раз над приложенными к нижележащему (каудальному) позвонку 2-м и 3-м пальцами этой кисти. Потом, используя свою правую кисть и соответствующее предплечье, врач поворачивает верхнюю часть корпуса пациента от себя так, чтобы максимальное напряжение тканей концентрировалось точно под приложенными к вышележащему (краниальному) позвонку 2-м и 3-м пальцами этой кисти. Для облегчения этой фазы ротации локоть врача оказывает давление против вышележащего плеча больного. Таким образом, за счет поэтапного движения рук врача выбранный для воздействия сегмент позвоночника подводится к границе диапазона свободного движения. Теперь врач имеет возможность провести собственно прицельную пассивную мобилизацию выбранного сегмента с помощью непосредственной тяги за остистый отросток нижележащего (каудального) позвонка. Эта тяга осуществляется приложенными к остистому отростку пальцами за счет дальнейшего постепенного увеличения ротации нижележащего отдела позвоночника и таза в направлении на врача. Прием выполняется не спеша, сообразуясь с дыханием больного (увеличение тяги на выдохе). Делают 5-7 повторений.

2) Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью переднего сгибания в положении больного лежа на боку (рис. 93). Используется при функциональной блокаде сегмента, образованного позвонками L.5—S.1. При этой патологии пациент испытывает хронические локальные боли. Данный прием нежелателен при остром поясничном простреле (люмбаго), поясничных болях компрессионного генеза. При пальпации в рассматриваемой ситуации выявляется обычно ирритационная зона в области позвонков L.5 – S.1. Удастся прощупать также укороченную и спазмированную мышцу-выпрямитель спины. Занимая исходное положение, пациент ложится на бок. Нижележащая рука его подложена под голову, и плечо этой руки выведено вперед. Вышележащая рука отведена в сторону. Ноги пациента согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Врач стоит лицом к больному на уровне воздействия. Сначала вращением от себя грудного и поясничного отделов позвоночника он «запирает» лежащие над областью воздействия позвоночные сегменты пациента. Это «запирание» осуществляется благодаря натяжению связочного аппарата позвоночника. Затем врач склоняется над пациентом и устанавливает свои руки на его позвоночник. При этом подушечками 2-го и 3-го пальцев одной руки он фиксирует остистый отросток позвонка L.5. Ладонь и предплечье этой руки рас-

положены вдоль позвоночника и подкрепляют связочное «запирание». Другая рука врача плотно прижата ладонью и частью предплечья к крестцовой кости; пальцы этой руки (2-й и 3-й) подушечками фиксируют остистый отросток позвонка S.1. Закончив установку рук, врач предлагает пациенту установить голени ног, согнув в тазобедренных и коленных суставах, против своего корпуса или бедер.

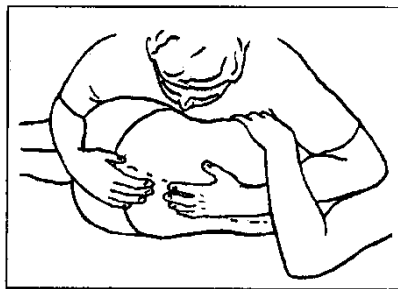


Рисунок 93. Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью переднего сгибания в положении больного лежа на боку.

Заняв исходное положение, врач начинает плавную пассивную мобилизацию пояснично-крестцового сегмента за счет сгибания (флексии) в этом сегменте. Такое сгибание достигается кистью и предплечьем врача посредством тяги за остистый отросток позвонка S.1 и крестцовую кость пациента. Направление тяги вентро-каудальное, т. е. диагонально в направлении живота больного и его ног. Сгибание в пояснично-крестцовом сегменте усиливается за счет синхронного сгибания в тазобедренных суставах пациента. Для этого одновременно с тягой рукой на пояснице больного врач прижимает своим корпусом (бедрами) согнутые колени больного в направлении к его животу. Дойдя до границы возможного в конкретной ситуации диапазона движения, врач постепенно ослабляет прилагаемое усилие. Прием выполняется не спеша, сообразуясь с дыханием пациента (тяга прилагается на выдохе). Прием повторяют 5—7 раз.

3) Неспецифическая мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя (рис. 94). Используется при показаниях, соответствующих показаниям к приему в положении больного лежа на боку. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, разведя бедра. Руки его скрещены за головой, локти ориентированы вперед. Врач стоит сзади пациента, вплотную к нему. Он подводит одну свою руку под одноименным плечом пациента и через «окно», образованное плечом и предплечьем на противоположной стороне, своей кистью захватывает разноименное плечо больного. Другой рукой врач берется за находящийся между бедрами пациента край кушетки. Это необходимо для опоры врача и стабилизации корпуса больного.



Рисунок 94. Неспецифическая мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя.

Заняв исходное положение, врач, используя тягу рукой, лежащей на плече пациента, придает поясничному отделу позвоночника вращение и боковой наклон (в сторону этой же руки). Не прерывая движения, он сообщает корпусу пациента дальнейшее круговое движение, например сгибание вперед, вращение влево, левый боковой наклон, разгибание, сгибание вперед, вновь вращение влево и т. д. Изменяя степень сгибания вперед, бокового наклона, разгибания, ротации, врач получает возможность приблизительно «нацеливать» прием на тот или иной участок поясничного отдела позвоночника. Более того, данная техника позволяет оказывать воздействие, различное по силе и в разных направлениях движения. Прием выполняют без резких движений, плавно переводя корпус пациента из одной позиции в другую, не вызывая у него чувства дискомфорта и не сбивая с дыхания. Прием повторяется 5—7 раз.

4) Полисегментная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя (рис. 95). Используется при показаниях, совпадающих с показаниями прицельной ротационной мобилизации той же области позвоночника в положении больного лежа на боку. Предлагаемый прием хорошо подготавливает пациента к последующим ротационным манипуляциям.

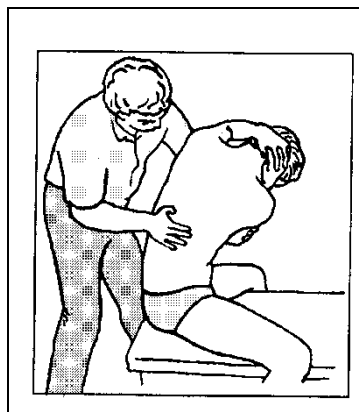


Рисунок 95. Полисегментная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя.

Занимая исходное положение, пациент садится верхом у самого конца кушетки, руки скрещены на груди. Врач стоит за больным, вплотную к нему. Одной рукой он захва-

тывает разноименное плечо пациента, основанием ладони другой руки упирается в паравертебральную область с одноименной стороны позвоночника. Местом контакта, таким образом, являются основания тенара и гипотенара его ладони и поперечные отростки поясничных позвонков выбранного участка. Заняв исходное положение, врач вращает корпус пациента в сторону руки, захватывающей разноименное плечо больного. Одновременно другая рука, приложенная паравертебрально, усиливает это вращение. Для усиления воздействия на позвоночник пациента врач может упереть локоть этой же руки в одноименную передне-верхнюю ость подвздошной кости, что дает возможность повысить паравертебральное давление через вращательное движение таза врача. Комбинируя описанное вращательное движение с передним сгибанием, разгибанием, боковыми наклонами в стороны, можно достаточно точно провести мобилизацию в двух-трех сегментах выбранного региона поясничного отдела позвоночника. Манипуляция проводится плавно, без резких движений, соотносясь с дыханием больного (на выдохе); при хорошей релаксации пациента в конце диапазона движения можно применить дополнительное упругое, пружинистое давление основанием паравертебрально приложенной ладони. Прием повторяется 5—7 раз.

5) Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного отдела позвоночника с помощью разгибания и сопровождения в положении больного лежа на животе (рис. 96). Используется при показаниях, связанных с поражением сегментов L.1 — L.2 и L.2 — L.3, наиболее эффективна при односторонней симптоматике. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, лбом опираясь на скрещенные руки. Одна нога его (с пораженной стороны) согнута в коленном суставе под прямым углом, другая свободно лежит вдоль кушетки. Врач стоит со стороны предполагаемого воздействия на уровне поясничного отдела позвоночника. Одной своей рукой он захватывает согнутую в коленном суставе ногу, причем кисть обхватывает колено с внутренней поверхности, а плечо поддерживает голень и голеностопный сустав. Другую руку он устанавливает на поясничный отдел позвоночника, причем 1-й палец упирается подушечкой против боковой поверхности остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента со стороны захваченной ноги.

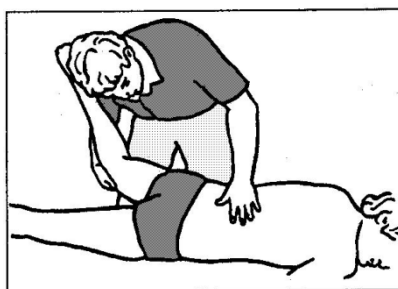


Рисунок 96. Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного отдела позвоночника с помощью разгибания и сопровождения в положении больного лежа на животе.

Заняв исходное положение, врач немного приподнимает ногу пациента над поверхностью кушетки и отводит ее в сторону (на себя). Степень подъема и отведения ноги определяется максимальной концентрацией прилагаемого усилия как раз у приложенного к остистому отростку 1-го пальца. Ощувив по натяжению тканей, что точка приложения приема выбрана верно, врач проводит пассивную мобилизацию сегмента над большим пальцем. Мобилизация достигается мелко-амплитудными

движениями руки и перемещает в направлении отведения ногу пациента синхронно сильным давлением 1-го пальца на остистый отросток в направлении от врача. Прием выполняется без резких движений, в пределах возможного диапазона движения, соотносясь с дыханием пациента (усилие прилагается на выдохе пациента). Провести 5—7 повторений.

б) Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе (рис. 97). Выполняется при показаниях, соответствующих приему ротационной мобилизации той же области позвоночника в положении больного лежа на боку. По мнению Дж. Мэйтланда, подобная техника может быть использована, если имеющаяся у пациента симптоматика не позволяет провести другие приемы, связанные с движением длинных рычагов, так как это иногда провоцирует боль и усиление мышечного спазма. Действительно, в случае люмбаго с выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромом, когда невозможно уложить пациента иначе как на живот с подложенной под него подушкой, описываемый прием может явиться единственно возможной манипуляцией. Прием считается эффективным также при болях на фоне спондилеза, последствиях травм позвоночника, при изменениях в позвоночнике от неправильной осанки. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки расположены вдоль туловища или свободно свисают с кушетки. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Обе свои руки он прикладывает особым образом к позвоночнику пациента. Если врач находится слева от больного, то левую кисть он помещает на поясничный отдел позвоночника так, чтобы зона между гороховидной и крючковидной костями опиралась строго вертикально на остистый отросток выбранного позвонка. Точно установив левую кисть, врач усиливает ее правой кистью. Для этого он помещает правую кисть поверх левой таким образом, чтобы тенар правой кисти опирался на основание второй пястной кости левой кисти на тыльной стороне. Правые средний, безымянный пальцы и мизинец помещаются между левыми указательным и большим пальцами; правые указательный и большой пальцы лежат поверх тыльной стороны левой кисти. Если теперь умеренно сжать левую кисть расположенными по обе стороны пальцами правой кисти, то образуется надежный, стабильный захват. После того как врач установил кисти своих рук, он перемещает вперед верхнюю часть своего корпуса и нависает над пациентом. При этом вес его тела передается вниз через полностью выпрямленные локтевые суставы и разогнутые запястья как раз на область контакта с остистым отростком выбранного позвонка.

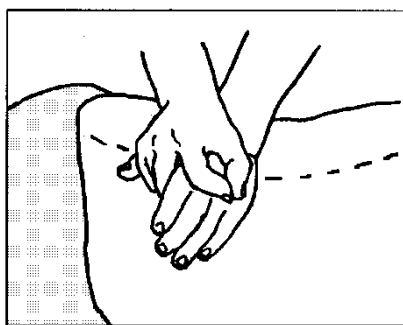


Рисунок 97. Прицельная мобилизация и иммобилизация (замыкание) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе.

Заняв исходное положение, врач выполняет своим корпусом качательные движения, постепенно перенося вес своего тела на позвоночник пациента и так же постепенно ослабляя давление. В момент приложения усилия (на выдохе больного) выбранный позвонок смещается до возможной границы движения в сегменте. Если же удастся в ходе такой мобилизации (и за счет предшествующих приемов) получить хорошее расслабление мускулатуры и достичь состояния преднапряжения, то врач может тут же завершить серию повторных мобилизирующих движений (5—10 раз) манипуляционным толчком. Манипуляционный толчок и в этом случае проводится не с помощью движения рук. Врач коротко «бросает» свой корпус вниз, передавая инерцию своего тела в зону контакта.

7) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе, по В. Шнайдеру (рис. 98). Используется в качестве подготовки к проведению последующих манипуляций на этом сочленении. Прием также позволяет получить хороший лечебный эффект при хронических локальных болях в этой области. Боли могут быть локальными, но могут и распространяться на ягодичную область, бедро, паховую область. При пальпации выявляются ирритационные зоны в области крестцовой кости и по краю суставной щели. Иногда можно прощупать укороченную и спазмированную грушевидную мышцу, а также мышцы задней поверхности бедра. Проверая подвижность в соответствующем крестцово-подвздошном сочленении, выявляется его малоподвижность. Занимая исходное положение, пациент ложится на живот, руки свободно свисают по сторонам кушетки. Врач стоит сбоку от пациента на стороне предполагаемого воздействия.



Рисунок 98. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе, по В. Шнайдеру.

Он склоняется над больным и помещает свои руки на ближнее к нему крыло подвздошной кости, образующей с крестцом выбранное для воздействия сочленение. При этом одна рука опирается всем локтевым (ульнарным) краем кисти как раз вдоль суставной щели, причем гипотенар приложен краниально, пальцы ориентированы каудально. Другая рука (правая) накладывается на левую для ее усиления ульнарным краем по ульнарному краю левой руки (пальцы ориентированы в противоположную сторону). Таким образом, зоной контакта является край суставной щели со стороны подвздошной кости пациента и ульнарный край отягощенной кисти врача. Заняв исходное положение, врач полностью разгибает свои руки в локтевых суставах и нависает верхней половиной своего корпуса над тазом больного. Пассивная мобилизация состоит, следовательно, в качательных движениях корпуса врача, который таким образом постепенно наращивает и ослабляет усилие, потенцированное весом собственного тела.

В результате этого усилия (на выдохе больного) суставная поверхность крестцово-подвздошного сустава, образованная подвздошной костью, плавно смещается вниз (вентрально) до возможной границы движения. Если мышцы больного хорошо расслаблены, то в конце диапазона движения можно провести несколько форсированное пружинистое давление. Повторить 5—7 раз.

8) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на спине (рис. 99). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки скрещены на груди.



Рисунок 99. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на спине.

Одна нога пациента, с пораженной стороны, согнута в коленном и тазобедренном суставах и немного приведена. Врач стоит сбоку от пациента, со здоровой стороны. Одну свою руку он помещает всей ладонью сверху на коленный сустав согнутой ноги больного, другую врач подводит под крестец со стороны задней поверхности бедра. При этом ладонь этой руки прижата к крестцу так, чтобы радиальный (лучевой) край лежал вдоль суставной щели выбранного для воздействия сочленения. Заняв исходное положение, врач налегает на колено согнутой ноги пациента весом верхней части своего корпуса. Это усилие передается на подвздошную кость пациента в направлении вниз и чуть в сторону (от врача). В результате суставный край соответствующего крестцово-подвздошного сочленения, образованный подвздошной костью, смещается (относительно фиксированного крестца) вниз, дорсально. Таким образом, мобилизация состоит в качательных движениях корпуса врача, который постепенно наращивает и ослабляет усилие, смещая суставные поверхности относительно друг друга в границах диапазона возможного движения. Прием повторяется плавно, без резких движений, но в случае хорошей релаксации пациента возможно несколько форсировать движение у предела диапазона пружинистым усилием. Делают 5—7 повторений.

9) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе (рис. 100). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущих двух приемов. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку вниз лицом, руки расположены вдоль туловища либо свободно свисают с кушетки. Врач стоит на уровне воздействия со здоровой стороны. Он склоняется над пациентом и устанавливает одну свою руку на крестцовую кость больного. При этом локтевой край всей кисти лежит вдоль суставной щели, пальцы ориентированы в головном направлении. Запястье этой руки должно быть в

максимальном тыльном сгибании, а локоть полностью разогнут. Другую свою руку он подкладывает под таз пациента и захватывает кистью передневерхний гребень отдаленной от него подвздошной кости. Запястье этой руки находится в ладонном сгибании, локтевой сустав разогнут. Заняв исходное положение, врач начинает мобилизацию, вытягивая левой рукой подвздошную кость вверх, на себя. Одновременно он давит, используя вес своего тела, на крестец больного, прижимая его таз к кушетке. Мобилизация состоит в смещении подвздошной кости и ее суставного края в дорсальном направлении относительно фиксированного крестца в пределах возможного диапазона движения. В ходе мобилизации врач обычно отчетливо ощущает (особенно у женщин) экскурсию подвздошной кости. Повторяется (на выдохе) 5-7 раз, неторопливо, без резких движений.

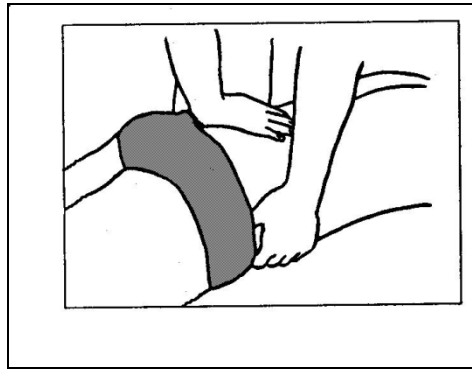


Рисунок 100. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе.

10) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения с помощью крестообразной установки ладоней в положении больного лежа на животе, по А. Стоддарту (рис. 101). Используется при показаниях, аналогичных показаниям приема мобилизации крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки расположены вдоль туловища либо свисают по краям кушетки. Врач стоит на уровне воздействия с пораженной стороны. Одну свою руку он устанавливает гипотенаром против верхнезадней ости ближней к нему подвздошной кости; пальцы ориентированы в головном направлении. Основанием ладони другой руки врач упирается в нижнюю половину крестцовой кости, как можно ближе к суставной щели выбранного для мобилизации сочленения; пальцы ориентированы в каудальном направлении. Обе руки врача разогнуты полностью в локтевых суставах, запястья их находятся в положении полного тыльного сгибания. Мобилизация осуществляется за счет переноса веса тела врача на его выпрямленные руки (качательное движение верхней части корпуса) в момент выдоха пациента. Суставные поверхности крестцово-подвздошного сочленения при этом поворачиваются в противоположных направлениях относительно друг друга и в пределах возможного диапазона движения. Прием проводится с достаточным усилием, но эластично, без резких движений. При хорошей релаксации пациента можно оказать некоторое форсированное пружинящее давление в конце диапазона движения. Провести 5—7 повторений.

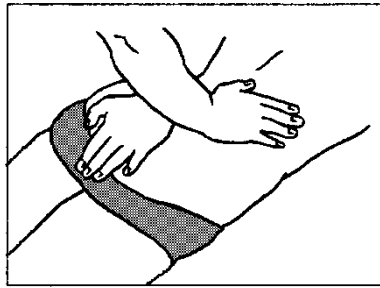


Рисунок 101. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) крестцово-подвздошного сочленения с помощью крестообразной установки ладоней в положении больного лежа на животе, по А. Стодарту.

4. Манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Как уже не раз было сказано, к манипуляциям нельзя переходить без соответствующей подготовки. Предварительно надо точно определить место, где находится пораженный остеохондрозом диск, надо поставить *диагноз*. Потом следует процесс релаксации мышц и связок, окружающих «больной» межпозвоночный диск, в том числе применяется и *постизометрическая релаксация*. Далее следует этап лечения в виде *тракции* (силового растяжения позвоночника), *мобилизации и иммобилизации* (замыкания) движений в межпозвоночном диске. Окончательный этап лечения посвящен насильственному смещению позвонка в правильное физиологическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления межпозвоночного диска. Теперь можно приступить к «вправлению» позвонка (вышестоящего или нижестоящего по отношению к воспаленному межпозвоночному диску), то есть можно начать этап лечения в виде *манипуляций* с двумя позвонками, расположенными «над и под» воспаленным межпозвоночным диском.

1) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе (рис. 102). Выполняется при сегментарной гипомобильности поясничных сегментов позвоночного столба с возникающими на этом фоне болевыми ощущениями. Такие боли могут быть острыми либо хроническими, локальными (в области пораженного сегмента) или распространяющимися на ягодичную область и нижнюю конечность. При пальпации можно выявить ирригационную зону в месте пораженного сегмента, а также прощупать характерное напряжение отдельных мышечных групп (то есть конкретный мышечно-тонический синдром). Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки свисают с кушетки. Некоторые авторы (Э. Ванано) рекомендуют подложить одну подушку под грудную клетку на уровне подмышек пациента, а другую — под его бедра, чтобы усилить поясничный лордоз. Врач стоит сбоку от больного на уровне его таза. Одну свою ладонь, например левую, он устанавливает на выбранный для воздействия остистый отросток позвонка и нижерасположенное межкостистое пространство. Верхушка остистого отростка оказывается, таким образом, в ложбинке между тенаром и гипотенаром. Пальцы этой кисти ориентированы к голове больного, лучезапястный сустав разогнут под прямым углом (тыльная флексия). Другой своей рукой, например правой, врач усиливает левую руку, помещая ее сверху.

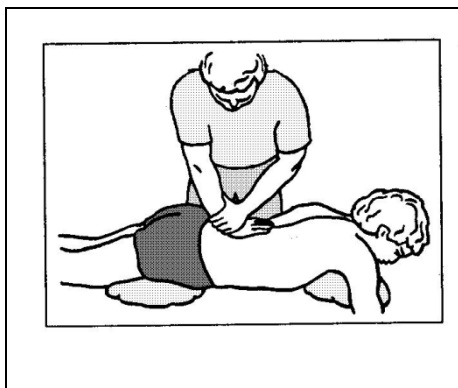


Рисунок 102. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе.

При этом кисть правой руки упирается ульнарным (локтевым) краем в основание пястных костей левой кисти, пальцы охватывают запястье, а первый палец лежит вдоль предплечья левой руки. Заняв исходное положение и проверив еще раз, правильно ли установлены руки, врач склоняется над пациентом, перенося вес своего тела на кисти рук (локтевые суставы выпрямлены!). Ощувив состояние преднапряжения в выбранном сегменте, он проводит интенсивный мелко-амплитудный манипуляционный толчок. Техника этого толчка такова: в то время как нижняя рука толкает позвонок сверху вниз и немного краниально, то есть к голове больного, верхняя рука «впечатывает» усилие сверху вниз и каудально, то есть к стопам больного.

2) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на пояснично-крестцовом отделе позвоночника разгибанием и применением коротких рычагов в положении больного лежа на животе (рис. 103). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема, однако данный прием специфичен для сегмента L.5 — S.1 и не рекомендуется при стреляющих болях по ходу седалищного нерва. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки свисают с кушетки. Под грудью, на уровне подмышек, и под бедрами подложены подушки для усиления поясничного лордоза. Прием требует полной релаксации пациента, добиваются которой с помощью массажа, нейромышечной терапии, мобилизации. Врач стоит сбоку от пациента на уровне его таза. Он кладет одну свою руку, например левую, всей ладонью на пояснично-крестцовый сегмент позвоночника. При этом локтевой (ульнарный) край кисти этой руки ложится как раз по межкостистому пространству позвонков L.5—S.1. Кисть другой руки (правой) врач устанавливает поверх левой, причем основание ее ладони ложится на основания пястных костей левой кисти. Заняв исходное положение, врач склоняется над пациентом и переносит вес своего тела на кисти рук (локтевые суставы распрямлены). Ощувив состояние преднапряжения в пояснично-крестцовом сегменте, он резко и коротко «бросает» верхнюю часть своего корпуса вниз, как бы «впечатывая» усилие в зону контакта. Такой манипуляционный толчок проводится на выдохе больного.

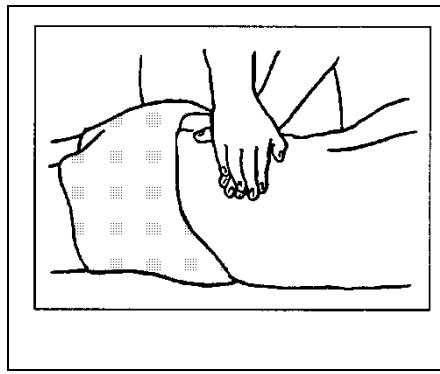


Рисунок 103. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на пояснично-крестцовом отделе позвоночника разгибанием и применением коротких рычагов в положении больного лежа на животе.

3) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе, по Дж. Сирьяксу (рис. 104). Выполняется при болях в поясничном отделе с одной стороны. Этот прием должен применяться сначала на безболезненной (менее болезненной) стороне. Особенно эффективен для пожилых людей. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, руки свободно расположены вдоль туловища. Врач стоит на уровне талии пациента со стороны, противоположной предполагаемому воздействию. Он устанавливает одну свою кисть, усиленную другой, на позвоночник пациента. При этом гороховидная косточка этой нижней кисти должна, как бы «перепрыгнув» через остистый отросток выбранного позвонка, упереться в его основание на противоположной от врача стороне. Таким образом достигается контакт с суставным отростком соответствующего позвонка в вертикальной плоскости. Пальцы нижней кисти ориентированы к стопам больного. Верхняя кисть оказывает тенаром давление на основания четвертой и пятой пястных костей, ее пальцы охватывают нижнюю кисть со стороны ладони, помогая стабилизировать ее под небольшим углом к поверхности тела больного.

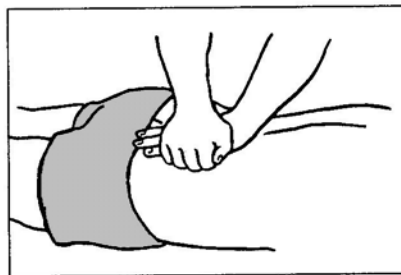


Рисунок 104. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе, по Дж. Сирьяксу.

Запястье этой нижней кисти несколько переразогнуто (тыльная флексия), а соответствующее предплечье пронировано не полностью. Все это необходимо для надежного устойчивого давления гороховидной косточкой нижней кисти только на один сустав в момент манипуляции. Заняв исходное положение, врач прежде всего контролирует еще раз правильность установки рук. Затем полностью разгибает свои локтевые суставы, склоняясь над пациентом и перенося вес верхней части своего корпуса

на приложенные к позвоночнику кисти рук. Совершая качательные движения корпусом, врач ощущает концентрацию усилия в месте контакта, по образному выражению Дж. Сирьякса, «выбирает слабинку». Ощувив состояние преднапряжения в выбранном сегменте, он резко и коротко «бросает» верхнюю часть своего корпуса вниз, выполняя манипуляционный толчок. Такой толчок проводится строго в вертикальной плоскости и на глубине выдоха больного.

4) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на нижних сегментах (L.4—L.5 и L.5—S.1) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и длинных рычагов в положении больного лежа на животе (рис. 105). Выполняется при показаниях, совпадающих с показаниями предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент ложится лицом вниз на низкую кушетку (50 см), опираясь лбом на скрещенные руки. Врач стоит сбоку от больного на стороне, противоположной предполагаемому воздействию, примерно на уровне тазобедренного сустава. Одной своей рукой он захватывает колено пациента с наружной стороны (латеральной), а ульнарный край другой кисти устанавливает точно над задней остью подвздошной кости.

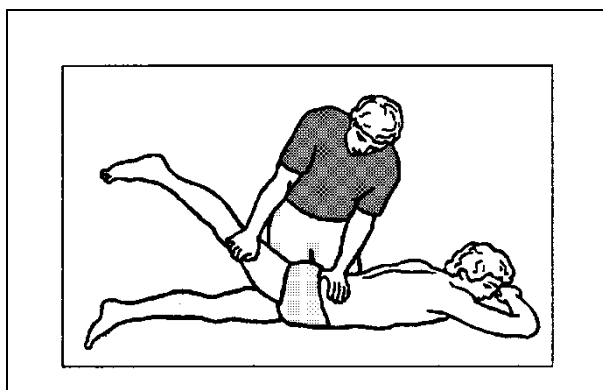


Рисунок 105. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на нижних сегментах (L.4 — L.5 и L.5 — S.1) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и длинных рычагов в положении больного лежа на животе.

Заняв исходное положение, врач разгибает нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и с усилием выполняет ее пассивное приведение (гиперабдукция). Ощувив преднапряжение в нижних поясничных сегментах (L.4 — L.5 и L.5 — S.1), расположенных над ульнарным краем кисти, установленной над остью подвздошной кости, врач выполняет манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком форсированном усилении давления в вертикальном направлении кистью, приложенной к подвздошной кости. Это достигается энергичным наклоном верхней части корпуса врача в направлении головы больного. Одновременно врач коротко форсирует тягу вверх захваченной им ноги больного. Таким образом, в ходе проведения приема (на выдохе больного) достигается переразгибание (гиперэкстензия) поясничного отдела позвоночника с одновременным его боковым сгибанием в сторону, противоположную пораженной.

5) Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с разгибанием и латеральной тракцией в положения больного лежа на животе (рис. 106). Используется при показаниях, аналогичных показаниям для проведения неспецифической тракционной манипуляции поясничного отделе позво-

ночника. Данный прием чаще применяется при односторонней симптоматике. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз, опираясь лбом на скрещенные руки.

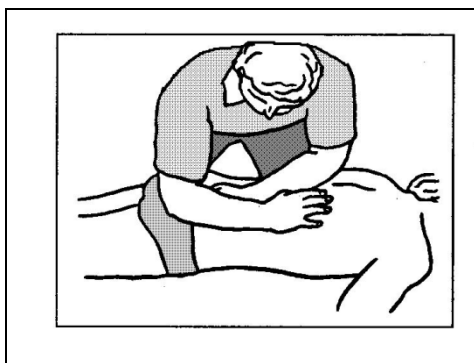


Рисунок 106. Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с разгибанием и латеральной тракцией в положении больного лежа на животе.

Туловище пациента изогнуто, насколько это возможно, чтобы расширить суставные щели поясничных сегментов позвоночника на пораженной стороне (то есть выпуклость изгиба туловища ориентирована на пораженную сторону). Врач стоит сбоку от пациента, со здоровой стороны. Он склоняется над больным и устанавливает перекрестно друг к другу свои руки на его тело на пораженной стороне; при этом локти его согнуты почти под прямыми углами. Основание его нижерасположенной кисти упирается в гребень подвздошной кости больного с пораженной стороны, в то время как основание вышележащей кисти давит в краниальном направлении, то есть к голове больного под самые нижние ребра на этой же стороне. Заняв исходное положение, врач нависает над поясницей пациента, переводя вес верхней половины своего корпуса на кисти рук, установленных в разных направлениях. Это способствует значительной дистракции суставных поверхностей поясничных сегментов на пораженной стороне. Достигнув состояния преднапряжения, врач резко толкает верхнюю часть своего корпуса вниз, сохраняя при этом жесткими свои локти. Этот манипуляционный толчок проводится на глубине выдоха пациента. Таким образом, манипуляция заключается во внезапном форсированном давлении в вертикальной плоскости синхронно с кратковременной добавочной дистракцией поясничного отдела позвоночника на пораженной стороне.

б) Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией в положении больного лежа на боку, вариант I (рис. 107 -1).

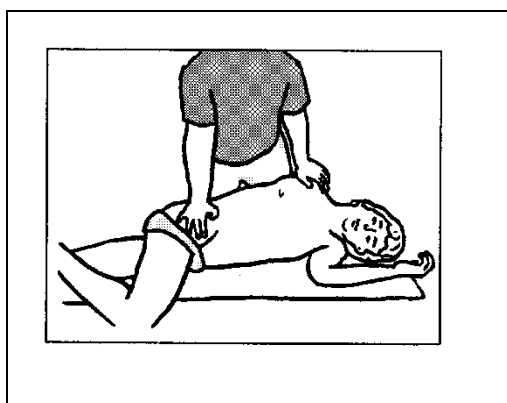


Рисунок 107 - 1. Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией в положении больного лежа на боку, вариант I.

Используется при гипомобильности поясничного отдела позвоночника в связи с возникновением так называемых функциональных блокад его сегментов. На этом фоне боли могут носить острый и хронический характер, локализоваться в области пораженного сегмента или распространяться на нижние конечности. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области «заинтересованных» поясничных сегментов, а также прощупать спазмированные и болезненные паравертебральные мышцы. Кроме того, в зависимости от уровня поражения возможны рефлекторные изменения и в других мышечных группах (например, живота, нижних конечностей и т. д.), то есть развивается характерный мышечно-тонический синдром. Анатомические особенности строения поясничных позвонков не допускают ощутимой ротации, так как суставные поверхности ориентированы в сагиттальной плоскости. Только на уровне L.5—S.1 имеется достаточно косо положение этих суставных поверхностей, позволяющее относительно большую ротацию. Тем не менее использование ротационных манипуляций позволяет эффективно восстанавливать сегментарную мобильность. По мнению Дж. Сирьякса, эти манипуляции особенно показаны при поясничных болях с выраженным сколиозом. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку на здоровую сторону. Его вышележащая рука отведена за спину, нижележащее плечо выведено вперед. Вышележащее бедро согнуто в тазобедренном суставе под прямым углом, коленный сустав этой же ноги согнут и несколько выдается за пределы кушетки. Большой вертел бедра выступает кпереди. Нижележащая нога прямая. Таким образом, таз пациента, насколько это возможно, ротирован кпереди, а его грудная клетка кзади, причем угол их отклонения от вертикали одинаков. Врач стоит сбоку от кушетки возле его талии. Основание одной кисти своей руки он устанавливает против большого вертела вышележащего бедра, а другой своей кистью упирается о переднюю поверхность вышележащего плеча пациента. Заняв исходное положение, врач «нависает» над пациентом, перенося вес своего тела на кисти рук. Это позволяет ему усилить ротацию грудной клетки и таза в противоположных направлениях и одновременно по горизонтали, разделяя поясничные суставы на пораженной стороне. Он стоит в этой позе несколько секунд, наращивая разнонаправленную ротацию. Ощувив состояние преднапряжения, он, сохраняя достигнутую дистракцию, резко толкает свое тело вперед, форсируя ротацию. Для правильного выполнения такого манипуляционного толчка необходимо пользоваться невысокой кушеткой (около 50 см). Более высокие кушетки не позволяют специалисту использовать вес своего тела и добиваться достаточной дистракции в поясничных сегментах, кроме того, и ротацию в этом случае можно выполнять только руками, что делает ее малоэффективной.

7) Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией в положении больного лежа на боку, вариант II (рис. 107 - 2). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема. Однако данный прием позволяет добиться значительного ротационного усилия при относительно меньшей дистракции. Дж. Сирьякс отмечает, что при выполнении данной манипуляции необходимо соблюдать осторожность, если пациент немолод, так как прочность шейки бедра у него может быть снижена. Занимая исходное положение, пациент ложится с краю кушетки на здоровую сторону, вышележащая рука отведена в сторону, нижележащее плечо выведено вперед, соответствующая рука лежит под

головой. Вышележащая нога пациента согнута под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах, нижележащая нога распрямлена. Врач стоит лицом к больному возле его талии и несколько развернувшись к его стопам. Одно свое колено, ближнее к тазу пациента, он устанавливает на кушетку, подпирая им вышележащий тазобедренный сустав больного. Склоняясь над ним, врач почти вертикально опускает свои руки: одна опирается кистью на переднюю поверхность вышележащего плеча пациента, а другая — на наружную поверхность согнутого коленного сустава. Наваливаясь весом своего тела на кисти рук, врач плотно прижимает вышележащее плечо пациента и верхнюю часть его корпуса к кушетке, а с помощью рычага — бедра — ротирует на себя его таз и поясничный отдел. Несколько изменяя угол сгибания бедра в тазобедренном суставе относительно прямого угла, врач получает возможность приблизительно нацелить воздействие на верхний или нижний регион поясничного отдела.

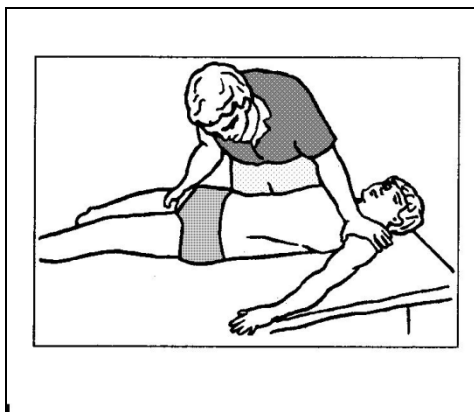


Рисунок 107 - 2. Иммобилизация (замыкание) и неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией в положении больного лежа на боку, вариант II.



Рисунок 107 - 3. Манипуляция на поясничном отделе позвоночника с помощью вытяжения пациента за руку в положении больного лежа на боку. Вариант 3.

Заняв исходное положение, врач, используя вес своего тела и не допуская смещения верхней части корпуса пациента относительно кушетки, рукой, лежащей поверх согнутого колена больного, несколько наращивает давление в направлении пола. С учетом длины рычага — бедра — это не требует больших усилий. Ощувив состояние

преднапряжения, врач коротким резким движением толкает (на выдохе больного) вышележащее колено пациента к полу. Для успешного проведения данного приема часто требуется сместить колено пациента ниже уровня кушетки. Учитывая это обстоятельство, врач должен обратить особое внимание на правильную укладку больного и надежно подстраховать его от падения с кушетки.

8) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного лежа на боку (восьмёрка люмбальная, рис. 108). Используется при показаниях, соответствующих в целом показаниям неспецифической манипуляции на этом отделе позвоночника. Однако прием технически позволяет воздействовать на каждый сегмент поясничного отдела позвоночника в отдельности, устраняя сегментарную гипомобильность. Занимая исходное положение, пациент удобно ложится на кушетку на здоровую сторону. Он сгибает свою вышележащую ногу в тазобедренном суставе, чтобы добиться небольшого переднего сгибания в поясничном отделе позвоночника и соответственно легкого расхождения остистых отростков позвонков выбранного сегмента. Эта нога больного, согнутая также и в коленном суставе, опирается на край кушетки. Стопа ее, если это удобно для пациента, может быть размещена в подколенной ямке нижележащей ноги. Нижележащее плечо и плечевой сустав больного выведены вперед относительно его корпуса, а вышележащий плечевой сустав несколько ротирован назад. Вышележащее плечо больного располагается на его реберной дуге, параллельно корпусу, локтевой сустав ориентирован назад, а предплечье установлено поперек корпуса.

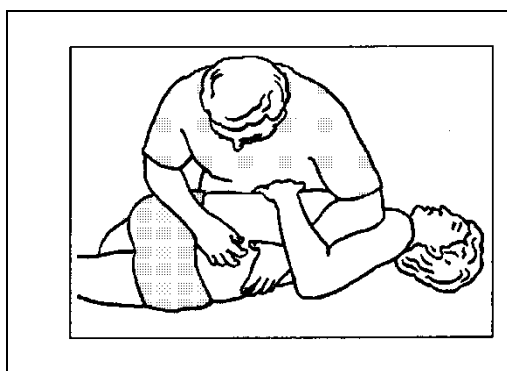


Рисунок 108. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного лежа на боку (восьмёрка люмбальная).

Врач стоит лицом к больному на уровне воздействия. Одну свою руку он проводит между плечом и корпусом больного таким образом, чтобы предплечье в своей верхней трети опиралось на соответствующую половину грудной клетки больного. Врач будет использовать эту область для опоры при проведении дальнейшей ротации кзади вышележащего плечевого сустава больного и всей верхней части его корпуса. Свою другую руку он помещает предплечьем поперек вышележащих тазобедренного сустава и ягодицы больного. Кисти обеих рук приложены к позвонкам выбранного сегмента следующим образом: кисть одной руки лежит полностью на нижележащей половине поясницы, а ее большой палец крепко упирается в остистый отросток верхнего позвонка выбранного сегмента с той его стороны, которая отдалена от кушетки; в это время кисть другой руки приложена к нижнему позвонку сегмента, причем большой, указательный и средний пальцы щепотью удерживают остистый отросток этого позвонка. Заняв исходное положение, врач налегает корпусом на свои предплечья, усиливая ротацию таза

пациента и его грудной клетки в противоположных направлениях. Он до тех пор вращает от себя верхнюю половину корпуса пациента, пока не ощутит, как максимально прилагаемое им усилие сконцентрировалось на уровне выбранного сегмента (связочное «замыкание» как бы спускается вниз, к наружному региону позвоночника). Ощувив состояние преднапряжения (на выдохе больного), врач проводит манипуляционный толчок, который состоит из коротких разнонаправленных движений обоих предплечий, усиленных его весом. Движение предплечья подкрепляется также одновременным усилением давления в противоположных направлениях пальцами обеих кистей на верхний и нижний позвонки выбранного сегмента (верхний позвонок смещается к кушетке, а нижний — вверх, на врача). Результатом толчка является форсированная противоротация таза и туловища больного с точкой вращения в выбранном сегменте, что ведет к освобождению его сочленения на вышерасположенной стороне позвоночника.

9) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с боковым сгибанием и противоудержанием, в положении больного лежа на боку (рис. 109). Используется при показаниях, соответствующих показаниям неспецифической манипуляции с применением ротации. Известно, что сегментарная гипомобильность (функциональная блокада) может возникнуть в нескольких возможных направлениях движения между соседними позвонками. Другими словами, ограничение вращения часто комбинируется с ограниченным же боковым наклоном. Если в такой ситуации преобладает снижение возможности бокового наклона, то описываемый прием более целесообразен. Занимая исходное положение, пациент ложится на бок на кушетку. Та его сторона, движение в которую планируется восстановить, обращена вверх, к врачу. Вышележащая нога пациента согнута в тазобедренном и коленном суставах, чтобы при легком сгибании поясничного отдела позвоночника получить небольшое расхождение остистых отростков позвонков выбранного сегмента; кроме того, придаваемое положение стабилизирует нижнюю часть тела больного на кушетке. Пациент скрещивает руки на груди так, чтобы кистями он обхватывал свои же плечи. Врач стоит лицом к больному примерно возле его талии. Одной своей рукой, ближайшей к голове больного, врач подхватывает пациента снизу под нижележащее плечо так, чтобы оно опиралось на предплечье врача (ближе к локтю). Тенар кисти своей другой руки он плотно устанавливает на нижний позвонок выбранного сегмента. При этом возвышение тенара располагается против вышележащей боковой поверхности остистого отростка этого позвонка. Предплечье этой руки ориентировано строго вертикально.

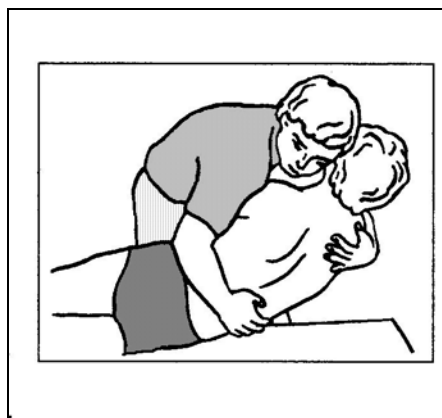


Рисунок 109. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с боковым сгибанием и противоудержанием, в положении больного лежа на боку.

Заняв исходное положение, врач с помощью предплечья одной руки приподнимает верхнюю часть корпуса больного до тех пор, пока угол пассивного бокового наклона не будет нацелен на выбранный для воздействия сегмент. Одновременно тенаром другой руки врач наращивает давление на остистый отросток нижнего позвонка сегмента, отжимая его к кушетке. Почувствовав состояние преднапряжения (на выдохе пациента), он проводит манипуляционный толчок. Толчок состоит в коротком и резком давлении тенаром вертикально вниз, синхронно коротко сгибается предплечье руки, создающей боковое сгибание корпуса больного.

10) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с боковым сгибанием и противоудержанием в положении больного сидя (рис. 110). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, скрестив ладони на плечах. Врач стоит вплотную к пациенту с той его стороны, в которую он планирует увеличить сегментарное боковое сгибание. Одной своей рукой, ближней к передней поверхности тела больного, он обхватывает его плечевой пояс. Соответствующей подмышечной впадиной он налегает сверху на одноименный плечевой сустав пациента; предплечье врача лежит поперек передней грудной стенки больного, а кисть захватывает верхнюю часть торса под противоположной подмышечной ямкой больного. Другую руку врач прикладывает к позвоночнику больного, при этом большой палец этой кисти плотно упирается подушечкой в боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента со стороны, ближней к врачу. Заняв исходное положение, врач сначала несколько наклоняет корпус больного кпереди, чтобы добиться небольшого расхождения остистых отростков позвонков, образующих выбранный для воздействия сегмент.

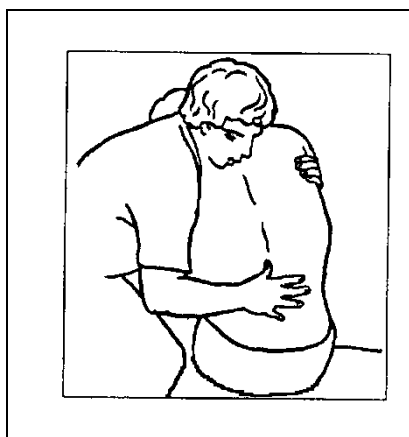


Рисунок 110. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с боковым сгибанием и противоудержанием в положении больного сидя.

Вслед за этим использует как рычаг одну свою руку: он налегает подмышечной впадиной на одноименное плечо больного, опуская его вниз, одновременно поднимает свои предплечье и кисть, смещая вверх противоположное плечо пациента. Результатом является боковое сгибание корпуса пациента к врачу, который добивается, чтобы угол этого сгибания пришелся точно на выбранный для воздействия сегмент. Другой своей рукой врач одновременно наращивает давление на нижний позвонок сегмента. Ощувив состояние преднапряжения, он (на выдохе больного) проводит манипуляционный толчок, состоящий в коротком форсированном сгибании корпуса больного в

направлении на врача, который синхронно толкает от себя большим пальцем остистый отросток нижнего позвонка сегмента.

11) Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного сидя, вариант I (рис. 111 - 1). Используется при показаниях, аналогичных показаниям прицельной манипуляции с применением бокового сгибания, но в основном этот прием находит применение в тех случаях, если сегментарная гипомобильность выражается прежде всего в ограничении ротации. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, руки скрещены перед грудью, каждая кисть обхватывает противоположное плечо. Врач стоит вплотную к больному с той его стороны, в которую он предполагает увеличить сегментарное движение. Он пропускает одну руку под одноименной подмышечной впадиной больного, охватывая поперек его грудную клетку, и захватывает кистью этой руки противоположное плечо больного. Другую руку врач устанавливает на нижний позвонок выбранного для воздействия сегмента, причем подушечкой большого пальца упирается в отдаленную от него боковую поверхность остистого отростка этого позвонка.

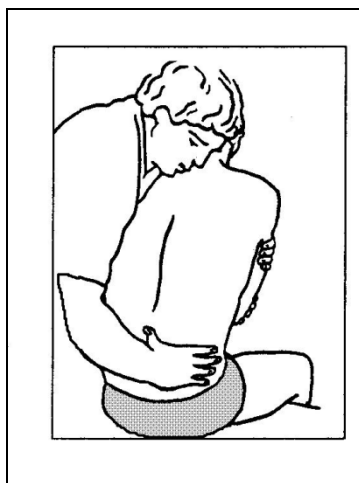


Рисунок 111 - 1. Иммобилизация (замыкание) и прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного сидя, вариант 1.

Остальные пальцы кисти лежат на соответствующей половине поясницы, параллельно реберной дуге. Заняв исходное положение, врач прежде всего несколько наклоняет вперед корпус больного, чтобы вызвать легкое расхождение остистых отростков двух соседних позвонков, образующих выбранный для воздействия сегмент. Далее, используя одну руку, он поворачивает на себя верхнюю половину торса больного до тех пор, пока не почувствует концентрацию прилагаемого усилия как раз над приложенным к позвоночнику большим пальцем другой руки. Выполнив таким образом ротацию торса пациента до ощущения преднапряжения в сегменте, врач проводит (на выдохе больного) манипуляционный толчок. Он состоит в резком и кратковременном усилении вышеописанной ротации с синхронным увеличением давления подушечкой большого пальца на остистый отросток нижнего позвонка сегмента в направлении противоротации (то есть в сторону врача). При проведении приема таз пациента не должен смещаться относительно кушетки. Чтобы предотвратить это нежелательное соскальзывание, нужно усадить пациента на кушетку верхом или воспользоваться помощью ассистента для удержания коленей больного. В заключение важно подчеркнуть, что пассивная ротация

корпуса больного представляет собой фактически «чистое» движение: не допускаются значительный наклон туловища кпереди и боковые наклоны. Такое требование обусловлено тем, что «замыкание» не участвующих в приеме сегментов обеспечивается натяжением связочного аппарата позвоночника.

12) Иммобилизация (замыкание) прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного сидя, вариант II (рис. 111 - 2). Используется при показаниях, аналогичных показаниям предыдущего приема.



Рисунок 111 - 2. Иммобилизация (замыкание) прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с ротацией и противоудержанием в положении больного сидя, вариант 2.

Однако описываемая техника данного приема основана на «замыкании» не участвующих в манипуляции сегментов за счет их суставных поверхностей. Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку, сцепив руки под затылком. Для более надежной фиксации таза он может сидеть верхом либо его колени удерживает ассистент. Врач стоит сзади пациента вплотную к нему. Он пропускает одну свою руку под одноименной подмышечной впадиной больного и захватывает кистью этой руки противоположное плечо пациента. Другой рукой врач фиксирует нижний позвонок выбранного сегмента, причем большой палец этой кисти подушечкой упирается в боковую поверхность остистого отростка этого позвонка на одноименной с ним стороне. Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту грузно осесть на кушетку, согнувшись в поясничном отделе позвоночника. Поддерживая такой выраженный передний наклон, врач использует одну свою руку как рычаг, добиваясь глубоких и разнонаправленных бокового сгибания и ротации туловища пациента (боковое сгибание проводится в направлении от правой руки врача, а ротация — в сторону этой руки). При этом нужно нацелить проводимые им движения на уровень выбранного для воздействия сегмента. Ощувив концентрацию прилагаемого усилия как раз над фиксирующим нижний позвонок сегмента большим пальцем другой руки, врач с увеличением ротации синхронно усиливает давление этим пальцем против боковой поверхности остистого отростка позвонка. Почувствовав, что достигнуто состояние преднапряжения в сегменте, врач выполняет (на глубине выдоха больного) манипуляционный толчок. Толчок состоит в кратковременном форсированном увеличении ротации туловища больного с одновременным энергичным противодавлением большим пальцем на остистый отросток нижнего позвонка сегмента.

5. Приемы манипуляции на крестцово-подвздошных сочленениях. Между костями крестца и таза также существуют суставы (сочленения). Правда, в этих сочленениях практически отсутствуют движения (в норме), но сильные травмы и удары могут сместить образующие сустав кости. Тогда возникает необходимость в физическом воздействии мануальных терапевтов с целью смещения костей в физиологически правильное положение.

1) Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с ротацией в положении больного лежа на боку (восьмёрка тазовая, рис. 112). Используется при функциональных блокадах крестцово-подвздошного сочленения. Возникающие на этом фоне боли могут быть острыми и хроническими, локализоваться в области суставной щели или распространяться на ягодицу, пах, нижнюю конечность (вплоть до голеностопного сустава). При пальпации можно выявить ирритационные зоны в области соответствующего крестцово-подвздошного сустава, а также прощупать напряженные мышцы. Например, часто наблюдаются спазм и болезненное укорочение подвздошно-поясничной мышцы, грушевидной мышцы, мышц задней поверхности бедра и др.

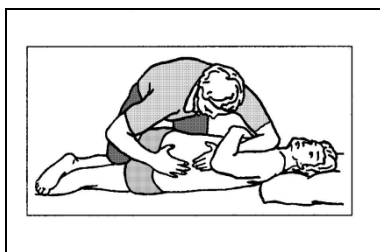


Рисунок 112. Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с ротацией в положении больного лежа на боку (восьмёрка для таза).

Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку на бок больной стороной (с пораженным крестцово-подвздошным сочленением) вниз, к кушетке, а здоровой — вверх. Под голову и шею больного подложена подушка. Нижележащая нога пациента выпрямлена вдоль кушетки, а вышележащая согнута в коленном и тазобедренном суставах, носок ее покоится на голени нижележащей ноги, чуть ниже ее подколенной ямки. Нижележащие плечевой сустав и плечо больного выведены кпереди, а вышележащая рука согнута в локтевом суставе, причем плечо лежит вдоль грудной клетки, а предплечье — поперек, пальцы — на животе. Врач стоит сбоку от пациента, лицом к нему, примерно возле таза. Одну свою руку он плотно прижимает ладонью к крестцу больного так, чтобы край этой ладони располагался как раз вдоль суставной щели пораженного крестцово-подвздошного сочленения. Пальцы этой ладони ориентированы в краниальном направлении (к голове больного). Сама ладонь находится в положении полного тыльного сгибания, а предплечье почти перпендикулярно поверхности таза больного. Другой своей рукой врач опирается с помощью предплечья на переднюю поверхность плечевого сустава пациента, а также на большую грудную мышцу, если плечо болезненно. Допустимо в ряде случаев пользоваться для опоры не только своим предплечьем, но и всей ладонью. Одну свою ногу (ближнюю к тазу пациента) он сгибает в коленном суставе и осторожно устанавливает поверх согнутой в коленном суставе и выступающей за пределы кушетки вышележащей ноги больного.

Заняв исходное положение, врач прежде всего проверяет устойчивость своего собственного положения и убеждается в том, что в ходе приема больной не упадет с кушетки. Затем он как бы «зависает» над больным и, используя вес своего тела, проводит пассивную ротацию корпуса пациента в направлении от себя. Степень этой ротации должна быть такой, чтобы обеспечить вовлечение и пояснично-крестцового перехода. При этом больной должен повернуть голову в направлении ротации корпуса. Нарастив ротацию корпуса больного, врач одновременно усиливает давление ладонью, помещенной плашмя на крестец, а также увеличивает давление своим коленом на колено пациента, стабилизируя его таз. Ощувив достижение состояния преднапряжения в крестцово-подвздошном сочленении, врач (в конце выдоха больного) проводит манипуляционный толчок, который состоит в энергичном коротком движении ладонью, лежащей поверх крестца больного, в направлении к его передней брюшной стенке и несколько вверх. Одновременно он форсирует давление своим коленом на колено больного, коротко ротируя его таз в направлении на себя. Следует еще раз подчеркнуть необходимость достаточной ротации корпуса пациента до «замыкания» сочленения между позвонками L.5 — S.1, так как в противном случае именно на этот сегмент будет приходиться основное воздействие.

2) Манипуляция с сильным изгибом поясничного отдела позвоночника при помощи голени ног. Смотрите рисунок 113.



Рисунок 113. Манипуляция с сильным изгибом поясничного отдела позвоночника при помощи голени ног (методика автомобильной ручки).

Врач поднимает согнутые в коленях и в тазобедренных суставах ноги пациента. Возникает система длинных рычагов. Происходит сильное растяжение межпозвоночных дисков, расположенных внизу туловища пациента. Одновременно с верхней стороны диски сильно сжимаются, что относится к нежелательным явлениям при лечении остеохондроза. Данный способ лечения применяется при наличии болей у пациента только с какой-то одной стороны (справа или слева). Пациент при проведении данной манипуляции ложится на «больную» сторону.

3) Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с разгибанием и ротацией в положении больного лежа на животе. Смотрите рисунок 114. Используется при показаниях, совпадающих с показаниями предыдущего приема. В то же время технически этот прием позволяет восстановить подвижность в крестцово-подвздошном сочленении, ограниченную преимущественно в противоположном направлении. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вниз. Врач стоит сбоку от него, на стороне, противоположной предполагаемому воздействию, примерно возле талии больного. Врач предлагает пациенту несколько приподняться над уровнем кушетки с помощью обеих рук. В это время он устанавливает свою согнутую в коленном суставе

ногу (ближнюю к голове больного) на кушетку. При этом пациент может удобно опереться своей одноименной подмышечной впадиной и соответствующей половиной грудной клетки на бедро этой ноги врача. Практически одновременно врач одной своей рукой (одноименной с ногой, опирающейся коленом на кушетку) обхватывает спереди отдаленный от него плечевой сустав пациента. При этом предплечье врача поддерживает плечевой сустав и подмышечную впадину пациента, а его кисть захватывает соответствующую лопаточную область пациента. Пациент своей рукой, отдаленной от врача, захватывает локтевой сустав его руки.

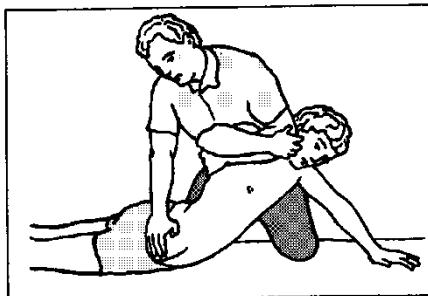


Рисунок 114. Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с разгибанием и ротацией в положении больного лежа на животе.

Другую свою руку врач устанавливает строго вертикально над тазом больного. Причем кисть этой руки приложена основанием ладони к заднее - верхней ости подвздошной кости, расположенной с противоположной стороны от врача. Заняв исходное положение, врач сначала добивается достаточного разгибания в поясничном отделе позвоночника. Степень этого разгибания определяется по «замыканию» суставных поверхностей всех поясничных и пояснично-крестцового сегментов. Для успешного проведения приема достижение такого «замыкания» является абсолютно необходимым условием. Далее врач наращивает давление своей другой рукой на крыло подвздошной кости пациента. В ряде случаев для усиления воздействия можно использовать дополнительные боковой наклон и ротацию корпуса пациента. При этом для достижения бокового наклона врачу достаточно переместить таз пациента ближе к себе, а для получения ротации он должен увеличить тягу своей рукой против плечевого сустава и подмышечной впадины больного. Ощувив достижение состояния преднапряжения в крестцово-подвздошном сочленении, врач (на выдохе больного) проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком энергичном давлении выпрямленной в локтевом суставе рукой врача на задне - верхнюю ость подвздошной кости. Толчок проводится в вертикальном направлении в плоскости суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения.

7. Как оценить врачу эффективность проведенного им лечения патологии позвоночника? Если проведено 5 – 10 сеансов мануальной терапии, то по какими симптомами врач может утверждать о полном излечении пациента с остеохондрозом, радикулитом, грыжей диска? О полном излечении больного говорят следующие симптомы: прекращение болей у пациента при наклонах во все стороны и при вращении головой и корпусом, отсутствие спазмированных мышц при пальпации, симметричное расположение туловища, суставов и групп мышц в положении стоя, равномерное удаление пальцев от крестца и друг от друга при применении диагностического метода «свободно бегущих пальцев», отсутствие симптома ложного укорочения ноги (левой или правой) по причине напряжённого состояния из-за боли групп мышц туловища с

одной стороны, ликвидация участков онемения (анестезии) кожи на руках и на нижней конечности.

§ 71. Клиническая классификация и лечение грыж межпозвоночных дисков.

Самым трудным и ответственным делом для мануального терапевта является лечение грыж межпозвоночных дисков. Главная проблема для врачей состоит в том, что в 9 % случаев эта патология не излечивается ни иглотерапией, ни методами мануальной терапии, ни другими известными медицине консервативными методами лечения. Тогда остаётся надеяться только на оперативное лечение. Предвидеть конечный результат лечения у мануального терапевта практически невозможно. Встречаются даже парадоксальные результаты, когда при крупной (10 миллиметров) и старой грыже, с плохими «рентгенологическими данными» происходит полное излечение, а маленькая (4 миллиметра) и «свежая» грыжа (обычно – задняя или форамиальная) не вправляется и за 10 манипуляций.

1. Физиология и патология. В норме существует физиологическое выпячивание (микроскопическая протрузия) диска (*disci intervertebralis*), которое заключается в том, что наружный край фиброзного кольца под действием осевой нагрузки в положении стоя и сидя выступает за линию заднего края диска в сторону позвоночного канала, хорошо определяется на миелограммах (выпячивание, как правило, не превышает 1 миллиметр). При ходьбе и стоянии, особенно при переносе тяжестей, хрящ диска на 1 миллиметр выступает за линию от края диска. Физиологическое выпячивание диска усиливается на стороне сгибания позвоночника, исчезает или уменьшается в обратной от сгибания стороне. Если человек поднимает тяжесть более 50 килограмм, то наружный край фиброзного кольца под действием осевой нагрузки выпячивается в виде овала на 2 миллиметра, все межпозвоночные диски становятся меньше по высоте, а рост человека уменьшается на 5 миллиметров. Причиной возникновения грыжи межпозвоночного диска в здоровом межпозвоночном диске может быть травма позвоночника (в 18% случаев) в виде поднятия тяжестей, ревматизм, полиартриты, длительное хроническое инфекционное заболевание (тонзиллит, остеомиелит и другие), отравление (токсическое поражение организма) и другое. В 82% случаев грыжа межпозвоночного диска является осложнением дегенеративно-дистрофических процессов, которые развиваются при остеохондрозе. Причиной воспаления (дегенеративно-дистрофического изменения) межпозвоночного диска является вирус, ревматизм и аллергическое поражение. Приблизительно в 70% случаев при помощи анамнеза удастся установить ***вирусную причину остеохондроза, а позже - возникновения грыжевого выпячивания.*** Первые симптомы остеохондроза появляются после гриппа (ОРЗ, назофарингита, герпеса и т. д.), которым пациент переболел за неделю (или за месяц) до начала болей в позвоночнике. Внутри межпозвоночного диска возникает воспалительный процесс вирусного генеза. Опухания и отек межпозвоночного диска приводит к увеличению его в размере, давление воспаленных хрящевых тканей внутри объема межпозвоночного диска возрастает в 2 – 2,5 раза. По этой причине хрящевые ткани диска выходит за «границы» тела позвонка в виде выпячиваний. Дегенерация дисков приводит к нарушению функций межпозвоночного диска, где диски играют роль «амортизирующих прокладок» при ходьбе, наклонах, изгибах. Дегенерация ткани может приводить к осложнениям в виде раздавливания диска, к «его тотальному выбуханию в окружающую среду», к протрузии фрагментов межпозвоночного хряща.

2. Классификация межпозвоночных грыж Существует классификация грыж трёх видов: по размеру (от 3 до 18 миллиметров), по виду тканей, которые составляют грыжу (пульпозная, хрящевая и костная), и по направлению выхода грыжи по отношению к центру тела позвонка (передняя, задняя, боковая).

1) Классификация по размеру межпозвоночной грыжи: выпячивание диска или протрузия (1 - 3 мм), которая осложняется выпадением диска или пролапс (3 - 6 мм), а последняя переходит в грыжу (6 – 15 мм). Патологическая (чрезмерная) протрузия межпозвоночного диска называется **пролапсом** и отличается от физиологической протрузии тем, что имеет размеры не 1 миллиметр, а от 3 до 6 миллиметров. Полное разрушение хряща или его разламывание по диаметру приводит к возникновению **хрящевой или пульпозной грыжи** размером 6 – 15 миллиметров. Возникает сильное выпячивание фиброзного кольца, что приводит к сужению позвоночного канала, сдавливается спинной мозг. Самым грозным осложнением дегенеративных изменений межпозвоночного диска являются грыжи (выпячивания, протрузии) хрящей и пульпозного вещества. Основными причинами грыж дисков являются остеохондроз, который ликвидирует эластичность хряща и предрасполагает ткани хряща к образованию глубоких трещин (по радиусу межпозвоночного диска). Здоровые хрящи способны «расколоть» вдоль по диаметру только сильные травмы позвоночника, а дегенеративные диски могут «трескаться» от незначительного усилия (при вставании с постели, при сгибании). Выпячивание диска проявляет себя клинически, если оно превышает 3 миллиметра. Со временем выступающая в позвоночный канал часть диска подвергается фиброзной перестройке, которая может завершиться сморщиванием ткани или появлением фиброно-хрящевых разрастаний по краю позвонка, позже — оссификацией части диска.

2) Классификация грыж по виду тканей, составляющие грыжевой мешок: пульпозная грыжа (включает в себя и грыжу Шморля), хрящевая и костная (остеофиты). **Смотрите рисунок 115 – 1, 2, 3, 4.**

Первым этапом в развитии грыжи диска после 4 лет болезни является патологическое состояние, при котором фрагменты пульпозного ядра выдавливаются через трещину в фиброзном кольце. Грыжевой мешок, состоящий исключительно из пульпозного вещества, выпадает в позвоночный канал или в другое место паравертебрального пространства только при одном условии: при наличии глубокой трещины, распространяющийся по радиусу внутри гиалиновой хрящевой пластинки, возникающей (как правило) при переносе тяжестей более 30 килограммов. **Смотрите рисунок 115 – 1.** В 84 % у пациентов образуются пульпозные грыжи. Если целостность наружного кольца межпозвоночного диска сохранена, то грыжа пульпозного вещества диска никогда не сможет образоваться. Исключение составляют грыжи, направленные внутрь тела соседнего для диска позвонка (грыжи Шморля). **Смотрите рисунок 115 – 2.**

Вторым этапом в развитии грыжи диска является патологическое состояние, при котором в состав грыжевого мешка входят и периферические фрагменты поврежденного (воспаленного, дегенеративного, потерявшего эластичность) межпозвоночного хряща. Эта патология является осложнением травмы позвоночника с последующим вирусным разрушением эластической структуры хряща. После 7 – 10 лет непрерывного воспалительного процесса (чаще вирусной этиологии) межпозвоночный хрящ теряет эластичность и разрушается под действием тяжести собственного тела. Куски фрагментов диска, расположенных по его краю, выдавливаются наружу с образованием

хрящевых грыж. **Смотрите рисунок 115 – 3.** У пациентов возникают хрящевые грыжи в 15 % случаев, а хрящевые грыжи во много раз хуже лечатся (вправляются) методами мануальной терапии, чем пульпозные.

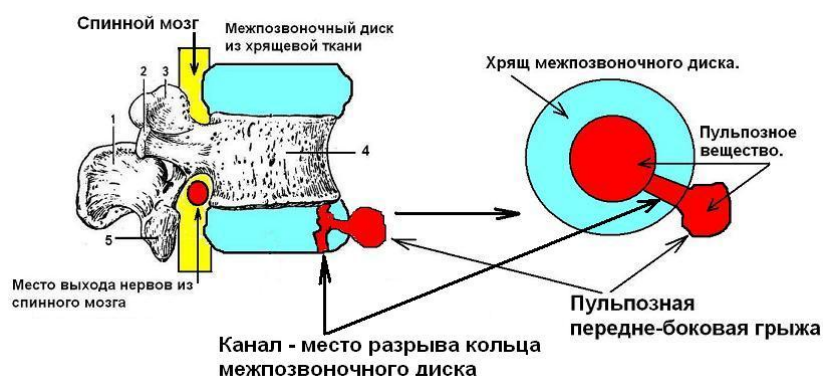


Рисунок 115 – 1. Грыжа из пульпозного вещества межпозвоночного диска.

Обозначения: 1 – остистый отросток, 2 – поперечный отросток, 3 – верхний суставной отросток, к которому прикрепляется верхний позвонок, 4 – тело позвонка, 5 – нижний суставной отросток, к которому прикрепляется нижний позвонок.

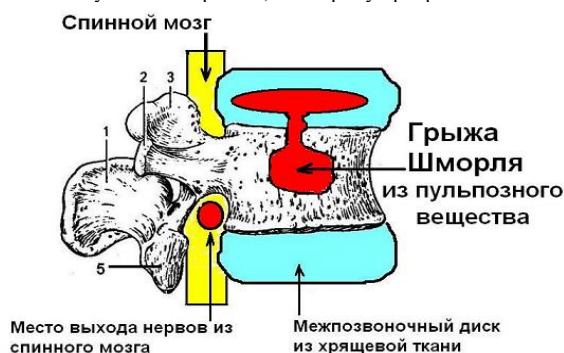


Рисунок 115 – 2. Грыжа Шморля.

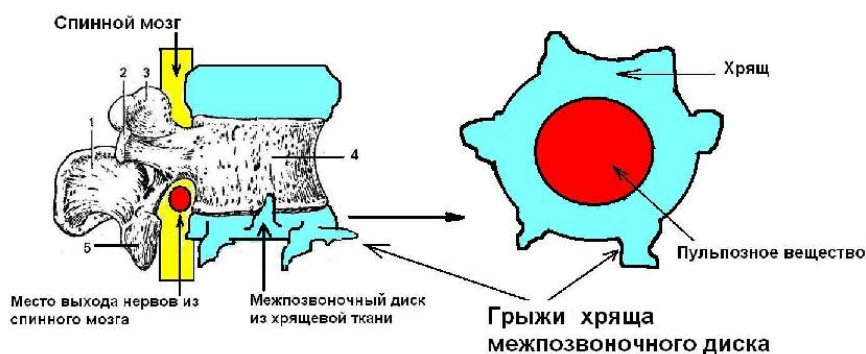


Рисунок 115 – 3. Грыжа из хряща межпозвоночного диска.

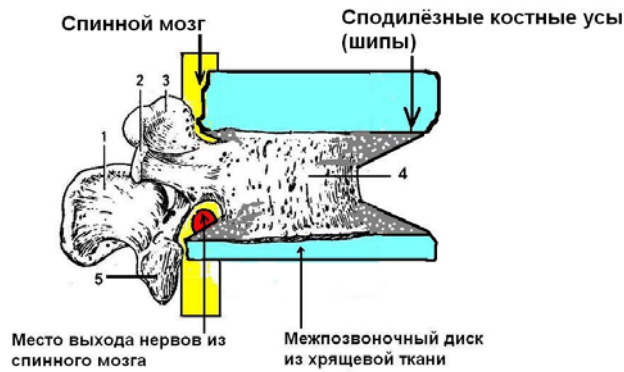


Рисунок 115 – 4. Спондилёзный остеофит (грыжа костная).

Третий этап. После дегенеративных изменений в составе хрящевой ткани, начинается процесс ухудшения обмена веществ в костной ткани тела позвонка (спондилёз) после 15 – 20 лет болезни. Спондилёз – это заболевание, вызванное остеопорозом (размягчением костной ткани тел позвонков). При патологически выраженном спондилёзе возникает сдавливание корешков нервов и спинного мозга костными усами тела позвонка (остеофитами). Спондилёз определяется на рентгенограмме выраженной талией тела позвонков, когда верхняя и нижняя круговая площадка тела позвонка выступает во все стороны по кругу до 5 – 10 миллиметров. Очень редко костные остеофиты (костные усы) достигают размеров больше 7 миллиметров, сдавливают корешок нерва, сужают спинномозговой канал и сдавливают спинной мозг или (чаще всего) его нижний отдел в виде конского хвоста, что проявляется сильными болями в позвоночнике и ногах. Эту патологическую форму разрастания краевых остеофитов можно расценивать как костную грыжу. **Смотрите рисунок 115 – 4.** В 1 % случаев у пожилых пациентов (70 – 90 лет) возникает костная грыжа и компрессия нервов или спинного мозга крупными краевыми остеофитами, а при этой патологии мануальная терапия противопоказана, так как абсолютно неэффективна. При этой патологии эффективно только оперативное лечение.

3) Классификация по направлению выхода межпозвоночной грыжи по отношению к центру тела позвонка: передняя, задняя, левосторонняя, правосторонняя, форамиальная (выход грыжи в место расположения отверстия, из которого выходят корешки нерва), **медианная** (когда круглый хрящ диска расколот точно по радиусу, выходные ворота пульпозной грыжи направлены от центра круговой площадки тела позвонка к периферии). Задние грыжи опасны тем, что проникают в спинномозговой канал и сжимают нервные пути спинного мозга. Левосторонние и правосторонние грыжи часто называют **латеральными грыжами**. По направлению выпадения секвестра грыжи также подразделяются на **переднебоковые и заднебоковые (или переднелатеральными и заднелатеральными)**. **Медианные грыжи (срединные, направленные от центра, от середины тела позвонка ровно вперёд или назад)**. Те задние грыжи, которые проходят почти точно по средней линии, пересекающей центр тела позвонка, называют **срединными или медианными грыжами**. Заднебоковые грыжи располагаются рядом с медианными грыжами и называются **парамедианными**.

1) Задние медианные грыжи являются во много раз более коварные для пациента, нежели передние, так как задние грыжи проникают в расположение спинномозгового канала, компрессируют спинной мозг или конский хвост, и нарушают иннервацию конечности и внутренние органы. Срединные (медианные) грыжи часто имеют большие размеры, нередко прободают заднюю продольную связку, изредка могут

проникать и через твердую мозговую оболочку в субарахноидальное пространство. Возможно перемещение свободного секвестра в восходящем или нисходящем направлении. Медианные грыжи сдавливают спинной мозг на шейном и грудном уровнях и конский хвост на поясничном и являются причиной парапареза и тазовых нарушений. Типичные медианные грыжи на уровне двух нижних поясничных дисков вызывают компрессию соответственно корешков L.5 или S.1 в местах их выхода из дурального мешка. Крупные парамедианные грыжи являются причиной поражения одноименного и нижерасположенного корешков нервов. Задние грыжи поясничного отдела позвоночника приводят к сдавлению нижней части спинного мозга – конского хвоста, что проявляется острейшими болями типа люмбаго и ишиаса, параличом стоп, анестезией промежности и нарушением функций органов таза (мочевого пузыря, половых органов, прямой кишки).

2) Чисто **боковые грыжи** выходят прямо в отверстие, из которого выходят нервы из позвоночника (**фораминальные, форамиальные грыжи**, образуются от латинского слова «foramen» – «отверстие») и ущемляют заключенный в нем корешок нерва. Изредка могут сдавливать крупную переднюю корешковую артерию, что приводит к радикуломиелоишемии вплоть до инфаркта спинного мозга. **Очень часто врачи безуспешно и долгое время лечат артрит тазобедренного сустава при наличии маленькой (не более 4 миллиметров) грыжи межпозвоночного диска, которая даёт единственный симптом – боль в левом или в правом тазобедренном суставе.**

3) Специальной проблемой дегенеративных поражений межпозвоночных дисков являются **грыжи тел позвонков (грыжи Шморля)**, которые возникают вследствие внедрения элементов пульпозного ядра в губчатую ткань площадок тел позвонков через дефекты в гиалиновых пластинках в результате их конституциональной неполноценности, дегенерации, под воздействием микротравматизации. Что касается мануальной терапии, то она для лечения грыж Шморля не применяется, так как **абсолютно не эффективна**. Предшествует возникновению грыжи Шморля хронический остеохондроз или травма тела позвонка, произошедшая более 5 месяцев тому назад. Внутри пораженного позвоночника образуется полость, заполненная пульпозным веществом. Поэтому, тела позвонков, пораженные грыжей Шморля, могут разрушаться и деформируются от незначительных усилий. Грыжи Шморля формируются и проявляются клинически в юношеском возрасте, представляя собой один из признаков спондилодисплазии (типа болезни Шейермана — Мау). Часто диагностируются множественные грыжи Шморля, кифозирование грудного или уплощение поясничного отдела позвоночника.

Во-первых, очень редко осложнением грыжи Шморля является перелом тела позвонка после значительной травмы (при падении) или при поднятии тяжести (более 70 килограмм).

Во-вторых, часто осложнением грыжи Шморля может быть клиновидная деформация тела позвонка и снижение высоты тела позвонка в 2 – 3 раза.

В-третьих, грыжи Шморля снижают толщину межпозвоночного диска в 3-5 раз по причине того, что пульпозное вещество покидает центр диска и «уходит» внутрь тела позвонка. Диск полностью теряет свою эластичность и амортизационную способность. По этой причине грыжи Шморля усиливают во много раз компрессию тканей хрящевой ткани по периметру межпозвоночного диска. Отсутствие эластичности диска повышает уровень их травматизации, и на этом фоне возникают хронические остеохондрозы.

4) **Классификация грыжи с учётом поражения определённого отдела позвоночника: грыжи шейного отдела позвоночника, грудного отдела и поясничного отдела.** Клинические симптомы грыжи зависят от того, в каком отделе позвоночника она возникла. В шейном отделе позвоночника частота грыж составляет всего 4% на 100 пациентов, заболевших грыжей диска, в грудном отделе – 31%, в поясничном отделе – 65%. Необходимо помнить, что межпозвоночные диски отсутствуют между верхними шейными позвонками (C.0 – C.3), поэтому там никогда грыжевого выпячивания не бывает.

a. В шейном отделе позвоночника (C.4 – Th.1) грыжи возникают очень редко (в 4 % случаев). Однако, если грыжа все-таки возникла в нижних отделах шеи, то возникают

клинические симптомы в большом количестве и разнообразии. Может возникнуть редкий симптом в виде **потери равновесия**, который обязательно проявляется при внезапном изменении положения головы, особенно при перемене позы из положения лежа в положение стоя, что напоминает вестибулярную атаксию. **Ходьба** при патологии этого отдела может быть изменена по типу недифференцированной атаксии и представлена в форме внезапных отступлений в сторону от линии ходьбы. Пациента «заносит» то вправо, то влево и он часто падает или вынужден останавливаться и ожидать момента снижения головокружения. При ухудшении осязания кожи подошвы (гипестезии) пациенты жалуются на чувство «проваливания» при ходьбе. При усилении осязания кожи подошвы (гиперестезии) пациенты жалуются на чувство «пружинящего подкидывания вверх» при ходьбе. При грыжах в шейном отделе позвоночника может возникать симптом **нарушения слуха**, который выражается в появлении симптомов патологии звукопроводения. Согласно статистике снижение слуха в 20% случаев обусловлено наличием функциональных блокад краниовертебрального перехода. Кроме того, эта патология может сопровождаться **снижением остроты зрения (миопией)**. «Удельный вес» обсуждаемых патологий с возрастом увеличивается. Клиническая картина усугубляется стойкими нарушениями тактильной чувствительности на больших поверхностях кожи руки.

б. При грыжах **грудного отдела позвоночника** возникают сильные боли в сердечной мышце. Таким больным ставят ошибочный диагноз инфаркта, ишемической болезни сердца и так далее. Однако ЭКГ и другие обследования сердца никакой патологии не выявляют. Пациент жалуется на боли в сердце, а врачи после долгого обследования ставят диагноз: «Здоров». Часто при грыжах грудного отдела позвоночника возникает клиника множественных миозитов и межреберных невралгий. Глубокий вдох увеличивает расстояние между грудными позвонками, и при наличии воспалительного процесса в диске возникает боль. Этот симптом говорит о наличии остеохондроза (а не радикулита) в грудном отделе позвоночника.

в. При грыжах **поясничного отдела позвоночника** возникает не поддающийся медикаментозному лечению запор, после зажатия грыжей n. pudendus у женщин внезапно возникает стойкая и длительная фригидность, а у мужчин – не поддающаяся никакому лечению (кроме мануальной терапии) импотенция. При наличии мелких грыж в L.3 – L.4 возникают парестезии в виде чувства сильного жжения в области пятки или подошвы. Очень частым симптомом грыжи в поясничном отделе позвоночника является учащённое мочеиспускание. Клиническая картина усугубляется стойкими нарушениями проводимости нервных импульсов по нервам, что приводит к стойким парезам и параличам некоторых групп мышц ног.

3. Общие принципы лечения грыж. Манипуляции мануального терапевта направлены на насильственное вправление грыжи назад, внутрь межпозвоночного диска. Применяются те же приемы, которые уже описаны в выше расположенных параграфах. При незначительной травме дегенеративно изменённого вещества межпозвоночного диска возникают радиальные трещины, через которые вытекает под давлением пульпозное (как студень, клей) вещество диска. Пульпозная, полужидкая, центральная масса диска является тем веществом грыжи, которая выходит за её пределы и сдавливает нервную ткань, вызывая всю известную при этой патологии симптоматику. Вытяжение вдоль центральной оси тела и сгибание, искривление оси позвоночника приводят к возникновению внутри грыжевого диска отрицательного давления, «вакуума». Благодаря возникновению «вакуума» внутри межпозвоночного диска при его вытяжении происходит втягивание внутрь полужидкого вещества с последующим полным

излечением. Грыжа как бы всасывается внутрь растянутой и герметически закрытой сумки, окружающей межпозвоночный диск. Тактика лечения зависит от стадии болезни. Существуют две стадии развития остеохондроза: **воспалительная стадия** остеохондроза в сочетании с грыжами (когда давление тканей внутри диска чрезмерно высокое) и **атрофическая, остеохондрозная стадия** остеохондроза в сочетании с грыжами (когда давление тканей внутри диска чрезмерно снижено, отрицательное). Мануальная терапия противопоказана при воспалительной стадии и показана при атрофической стадии. При воспалительной стадии остеохондроза «с грыжей» всегда возникают очень сильные боли и все пациенты вынуждены просить срочную медицинскую помощь. Около 82% пациентов с грыжами межпозвоночных хрящей обращаются в поликлиники и госпиталю, когда у них протекает острая, воспалительная стадия болезни. Какова должна быть тактика у невропатолога, терапевта, иглотерапевта и мануального терапевта при лечении больных с протрузией в **период острого воспаления межпозвоночного диска?** Золотое правило при лечении грыж при помощи мануальной терапии можно сформулировать следующим образом. **Прежде чем начать лечение грыжи воспаленного и отекишего межпозвоночного диска методом мануальной терапии, сначала необходимо снять отек диска и корешков нерва иглотерапией, медикаментозными методами (мочегонными и противовоспалительными лекарственными средствами), фитотерапией и голоданием. Если развился воспалительный процесс, то внутри диска будет существовать повышенное давление воспаленных тканей, что в свою очередь никогда не даст возможность «втянуть» грыжу назад в границы межпозвоночного диска при помощи мануальной терапии.** Необходимо обязательно помнить, что существует универсальное противопоказание к проведению лечения мануальной терапией протрузии диска: нельзя проводить лечение этим методом при наличии воспаления и отека мягких тканей межпозвоночного сустава (фиброзного кольца, межпозвоночного диска). Невозможно «вправить» грыжу в пространство межпозвоночного диска, где под действием отёка существует мощное давление. Обратимся к наглядному примеру: человек ударил по пальцу молотком, после чего его палец воспалился, отек, опух и стал в 2 раза толще. Аналогичные процессы опухания и утолщения происходят и внутри воспаленного межпозвоночного диска. Если диск воспаленный и отекиший, то хрящевая ткань диска находится под внутренним давлением, а это значит, что вправить полужидкую, пульпозную, студневидную массу грыжи практически невозможно. При наличии опухшего и отекишего диска «вправить грыжу назад», в расположение фиброзного кольца никогда и никому не удастся. Прежде чем начать лечение этой болезни мануальной терапией сначала необходимо снять отек диска иглотерапией, медикаментозными методами (мочегонными и противовоспалительными лекарственными средствами), фитотерапией и голоданием больного с предельным уменьшением потребления воды. Сначала надо «уменьшить диск в размере», предельно «сморщить» его, и только тогда внутри него появится «вакантное место» для приема дополнительной массы хряща в виде грыжевого мешка.

4. Медикаментозное противовоспалительное лечение при грыжевом выпячивании не отличается от медикаментозного лечения остеохондрозов, о чём читайте в § 64. «Общие принципы лечения остеохондрозов».

5. Прогноз лечения грыжи межпозвоночного диска. При лечении методом мануальной терапии пациентов с грыжей межпозвоночного диска бывают следующие результаты: полное излечение, частичное вправление грыжи, неудачное применение лечения.

Особенности лечения грыжевых выпячиваний межпозвоночных дисков состоят в следующем:

1) Эффективность чисто медикаментозного лечения в поликлиниках и стационарах низкая, не более 19 %. Набор медицинских препаратов при лечении грыж межпозвоночного диска не отличается разнообразием: диклофенак, терафлекс, витамины, анальгетики. Применение мануальной терапии с инъекциями кортикостероидов (в непосредственной близости к грыжевому мешку) увеличивает эффективность лечения в разы. Значительное улучшение здоровья от лечения у мануального терапевта происходит у 91 % больных, и чаще всего оно бывает на 0,5 – 1,5 года. Всем пациентам с грыжами в 9 % случаев показано оперативное лечение. Иногда встречаются случаи, когда резкий подъем с кровати или падение пациента на улице приводит к рецидиву грыжи, и состояние здоровья «откатывается к исходным позициям», к симптомам, которые беспокоили пациента до лечения. Тогда врачу надо все начинать сначала. После 3 - 5 сеансов неудачного вправления грыжи, лечение прекращается и больному рекомендуется оперативное лечение.

2) Случай, когда грыжа не излечивается методами мануальной терапии. Если «возраст» грыжи не больше 3 месяцев, то, как правило, мануальная терапия приводила к излечению. Если «возраст» грыжи был более 5 лет, то результат лечения, как правило, будет отрицательный. Из собственной практики каждый мануальный терапевт может привести статистику «побед» над грыжей и «поражений». Примерно в 22% случаев грыжу можно вправить только частично, можно только уменьшить ее размеры на 1/3 или 2/3, но не удастся ликвидировать ее полностью. Так же бывают объективные обстоятельства, которые не дают возможности уменьшить грыжу в размере, поэтому симптомы болезни остаются без улучшения. Таким пациентам может помочь только оперативное лечение грыжи.

3) Спонтанно рецидивирующие (выскакивающие) грыжи. В 6% случаев в хряще образуется очень широкая трещина (грыжевые ворота), и пульпозное вещество выбрасывается из пространства межпозвоночного диска при малейшем увеличении нагрузки на диск. Пациенту достаточно встать или нагнуться, и грыжа из полужидкого пульпозного вещества снова выходит из своих «грыжевых ворот». Мануалисты называют такие грыжи «спонтанно рецидивирующие». Клиническая симптоматика при «спонтанно рецидивирующих» грыжах однотипна. На столе у мануального терапевта происходит достаточно легкое вправление грыжи. После «щелчка» пациент не ощущает никаких симптомов болезни, до тех пор, пока пребывает в лежачем положении. Но стоит ему встать или сесть, как возникает нагрузка на позвоночник под тяжестью собственного тела пациента, и грыжа опять выходит. Все симптомы болезни возвращаются. Можно сто раз вправлять грыжу и она сто раз будет «выскакивать на глазах у врача» при вставании пациента. При наличии *спонтанно рецидивирующих* грыжах врач должен отказать пациенту в дальнейшем лечении, объяснив безысходность его положения. В этом случае пациенту можно надеяться только на оперативное лечение.

4) Практически не вправляющиеся грыжи. Часто у пациента грыжа существует 10 и 20 лет. За это длительное время ткани грыжевого мешка прочно срастаются с окружающей межпозвоночный диск тканью (например, с тканью придурального пространства при наличии задней грыжи). Пульпозное вещество грыжи становится плотным, теряет свою текучесть. Поэтому очень часто застарелые грыжи практически не поддаются вправлению. Если к мануальному терапевту обращается пациент по поводу

лечения грыжи межпозвоночного диска и из анамнеза оказывается, что грыжа беспокоит пациента более 10 лет, то вероятность положительного результата в этом случае очень низкая. Отсутствие положительного эффекта после нескольких сеансов убеждает врача в существовании «практически не вправляющейся грыжи». К сожалению, врач должен отказать пациенту в дальнейшем лечении, объяснив безысходность его положения. В этом случае пациенту можно надеяться только на оперативное лечение.

2) Осложнение дискогенных грыж шейных, грудных и поясничных позвонков в виде компрессионной миелопатии. Достаточно часто длительное лечение у иглотерапевта, невропатолога, мануального терапевта, физиотерапевта не приводит к выздоровлению пациента, если он на протяжении ряда лет болен дискогенным остеохондрозом, осложненным компрессионной миелопатией. Миелопатия (от греческих слов *myelos* – спинной мозг, *pathos* – страдание) – термин, который применяется для обозначения хронических поражений спинного мозга в виде компрессии, имеющих наружную локализацию (патологический процесс находится вне спинного мозга), сопровождающуюся хроническим нарушением кровоснабжения (дисциркуляторным процессом) нервной ткани спинного мозга с последующим их отмиранием. На компьютерной томографии часто определяется уменьшение диаметра отверстия, где проходит спинной мозг. Существует две главные причины компрессионной миелопатии: **во-первых**, давление на спинной мозг может осуществляться фрагментом межпозвоночного диска в виде грыжи, **а, во-вторых**, давление на спинной мозг может осуществляться костным выступом какого-то тела позвонка, измененного спондилезом. В обоих случаях сильно страдает кровоснабжение нервных тканей спинного мозга. Самая «коварная» миелопатия – это спондилезная миелопатия. Спондилез – это дегенеративное размягчение и деформация кости тел позвонка. Тело позвонка приобретает патологические разрастания типа остеофитов в месте соприкосновения с вышележащим и нижележащим межпозвоночным диском. Кость тела позвонка удлиняется по горизонтали (у стоящего человека). На рентгенограмме тело позвонка приобретает «глубокую талию». Компрессия спинного мозга твердыми костными разрастаниями (спондилезными остеофитами) не поддается лечению: ни лекарственному, ни мануальной терапией, ни иглотерапией. Иглотерапевт и мануальный терапевт не должен обнадеживать больного успешным излечением после курса иглотерапии и мануальной терапии при наличии выраженной компрессионной дисциркуляторной миелопатии. **Длительная компрессия спинного мозга мягкой тканью грыжи межпозвоночного диска (в шейном, грудном и поясничных отделах) в большинстве случаев не излечивается. Даже после вправления грыжи или после оперативного удаления грыжевого мешка невозможно восстановить деятельность омертвевших участков спинного мозга, которые не получали кровь, кислород и питательные вещества на протяжении нескольких лет. Ведь хорошо известно, что при отсутствии кровообращения нервные клетки гибнут уже через 5 – 10 минут.**

2) Рекомендуется остановить лечение на уровне «улучшения». Особенность лечения этой патологии состоит в том, что очень часто лечение останавливается на уровне «значительного улучшения здоровья пациента» после 3 – 6 сеансов мануальной терапии, когда уменьшается интенсивность боли в позвоночнике, когда больной испытывает при ходьбе только незначительный дискомфорт и так далее. Как правило, благородное стремление врача к 100% -ному излечению, к достижению идеального здоровья у

пациента с грыжей межпозвоночного диска, приводят к печальному и трагическому результату – к рецидиву болезни, к потере тех положительных результатов, которых врач с большим трудом достиг до этого.

При наличии задней грыжи, сросшейся с окружающей тканью придурального пространства, грыжевой мешок вправляется не сразу целиком, а «по частям». За первый сеанс «всасывается к центру межпозвоночного пространства» 20% пульпозного вещества, и пациент отмечает уменьшение интенсивности болей на 20%. За второй сеанс вправляется еще 30 % объема грыжи, за третий еще 20% и так далее. Каждый день пациент отмечает, что симптомы сдавливания спинного мозга и боли снижаются, состояние улучшается. В 22% случаев грыжа межпозвоночного диска только уменьшает свой размер в 1,2 – 2 раза, но полностью не вправляется, несмотря на все старания врача. Рациональным финалом (для врача и пациента) будет остановиться на достигнутом улучшении, даже если какие-то незначительные симптомы еще и продолжают тревожить пациента.

3) Особенность лечения этой патологии состоит в том, что **сила манипуляций**, которую прилагает врач для вправления диска, более мощная, чем при лечении остеохондрозов. Втянуть назад, в пределы нормального межпозвоночного диска грыжевой мешок размером более 10 миллиметров – это очень тяжёлый физический труд.

Одновременно с необходимостью в применении огромной силы, врач должен помнить, что при этой патологии значительно чаще, чем при лечении банального остеохондроза, возникает ухудшение состояния здоровья пациента после лечения у мануального терапевта, то есть возникает резкое усиление болей. Причина усиления болей после лечения у мануального терапевта состоит в том, что *при случайно возникшим при манипуляции увеличении внутреннего давления, произойдёт увеличение размера грыжевого мешка, что сопровождается резким ухудшением самочувствия пациента, усилением боли в позвоночнике во много раз.*

Очень редко (только в 15% случаев) грыжевой мешок вправляется мануалистом сразу, весь целиком и даже в первый же сеанс. Тогда в «одночасье» пациент ощущает себя полностью здоровым и работоспособным, после нескольких лет безуспешной борьбы с недугом. **Врач должен придерживаться непреложного правила:** если во время сеанса мануальной терапии (неважно, первого или десятого по счету) произошло полное вправление грыжи, и это привело к полному клиническому выздоровлению, то дальнейшие сеансы мануальной терапии могут привести только к ухудшению, а не к улучшению течения болезни. Во избежание ухудшения и рецидива болезни, сразу после силового вправления грыжи мануалист должен немедленно прекратить дальнейшее лечение! Повторное лечение мануальным терапевтом уже здорового пациента (в платной клинике это делается ради получения денег), как правило, приводит к рецидиву болезни. Клинические симптомы, указывающие на то, что грыжа уже вправлена и в дальнейших сеансах (кроме иглотерапии и витаминотерапии) пациент не нуждается, являются: прекращение болей в позвоночнике, отсутствие иррадиации боли, отсутствие анестезии и гипестезии кожи, распространение ощущения тепла на конечность и другие. Недопустимо, когда мануальный терапевт, зная (по проявлению клинических симптомов), что произошло втяжение грыжи в пространство диска, продолжает свои сеансы ради получения денег за сеансы.

4) Медикоменты. Особенность лечения этой патологии состоит в том, что мануальный терапевт чаще применяет медикаменты для внутреннего и внутримышечного введения (против интенсивной боли, кортикостероиды и другие) для снятия отёка межпозвоночного диска и в целях снятия болей после неудачного вправления диска. Можно перечислить следующие консервативные методы лечения в стадию ремиссии у больных, недавно излеченных от дискозного радикулита:

- а) миорелаксанты (препараты для расслабления скелетной мускулатуры) устраняют болезненный мышечный спазм и в некоторой степени улучшают кровообращение, что дает возможность немного уменьшить боль;
- б) мази, растирки (димаксид, фастум-гель), которые дают противоотечный и противовоспалительный эффект;
- в) классический массаж, рефлексотерапия (мною применяется точечный массаж и сужок терапия), тракция, лечебная физкультура.

5) КОРСЕТ. Особенность лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника состоит в том, что пациенту приписывается постоянное ношение корсета с целью уменьшения нагрузки на больной, рыхлый межпозвоночный хрящ при стоянии и хождении. До полного выздоровления «больного» межпозвоночного диска должен пройти месяц, пока «грыжевой мешок прирастет» к хрящевым тканям, окружающим его внутри межпозвоночного диска. После удачного проведения манипуляции пациент должен предоставить покой позвоночнику на длительное время. Грыжа должна «привыкнуть и прирасти к новому месту своего пребывания». Вот почему самая правильная тактика – это мануальная терапия в квартире у пациента, где он может сразу после манипуляции лечь в постель и полностью разгрузить позвоночник. После окончания лечения у мануального терапевта необходимо обеспечить покой позвоночнику, необходим недельный постельный режим. Корсет или широкий ремень (штангиста), расположенный между ребрами и тазом, уменьшает нагрузку от веса тела на позвонки поясничного отдела в 3 – 4 раза. Корсет для постоянного ношения нужно рекомендовать тем пациентам, которые имеют слабый, растянутый травмой связочный аппарат позвоночника, не способный удерживать позвонки в нормальном физиологическом положении даже при слабой физической нагрузке. У таких пациентов при поднятии тяжести более 10 килограммов происходят «привычный выход грыжи», сопровождающиеся прострелами и сильными болями.

При грыжах поясничного отдела позвоночника рекомендуется обязательное ношение стабилизирующего корсета, который защищает межпозвоночный диск от рецидива грыжи, так как уменьшает нагрузку веса тела на нижние отделы позвоночника в 3 – 4 раза. Если после «вправления» поясничного позвонка больному надо ехать домой в общественном транспорте, то пациенту в кабинете врача обязательно надевают корсет, который защищает межпозвоночный диск от рецидива грыжи и значительно уменьшает нагрузку на позвоночник при ходьбе. Самодельный корсет легко можно сделать из простыни и книги. Талию пациента сильно перетягивают простыней с закрученной в нее небольшой книгой, которую располагают сзади с целью сохранения широкой полосы у простыни для обертывания талии. Живот покрывается двумя широкими полосами простыни и сильно перетягивается. При этом повышается давления внутри брюшной полости, а это противодействует компрессии дисков при стоянии и ходьбе. При ходьбе вес туловища удерживается не только телами позвонков и межпозвоночными дисками (в

том числе и большими дисками), но и повышенным внутрибрюшным давлением, и опорой на простыню, которая располагается ниже 12 ребра туловища и выше тазовых костей. Корсет предотвращает «сползание позвонков на старое место», является хорошей профилактикой рецидива болезни.

б) **В период ремиссии** исключаются физические нагрузки, резкие движения, наклоны вперед. После окончания курса лечения необходимо проводить поддерживающие процедуры: на протяжении первого года один раз в 3 — 4 месяца, в дальнейшем один раз в полугодие. Пациент должен получать витамины, микродозы йода, микроэлементы с повышенной дозой кальция и фосфора, сложные органические вещества, составляющие химическую основу хрящевой ткани (глюкуроновая кислота, хондроитин, глюкозамин).

8. Хирургическое лечение грыж. Существует два типа операций при грыже диска, а остальные, как бы их ни называли, являются лишь производными от них. Это дискотомия и ламинэктомия. *Дискотомия* — достаточно простая и менее травматичная операция: хирург находит поврежденный диск и отсекает грыжу. Это хорошо отработанная операция, при удачном ее выполнении уже через неделю можно приступать к восстановительным процедурам. *Ламинэктомия* — более сложная операция, во время которой удаляют часть костной ткани позвонка и расширяют суженное межпозвоночное отверстие или спинномозговой канал. Несомненно, во время удаления костных фрагментов позвонка окружающие ткани травмируются достаточно сильно, и послеоперационный период ламинэктомии потребует гораздо больше восстановительных мероприятий. **Послеоперационное восстановление организма** — это классический массаж, точечный массаж, иглотерапия, криотерапия и лечебная гимнастика.

§ 72. Мануальная терапия для новорождённых.

Как это не покажется странным для педиатров, но у новорождённого ребёнка имеются прямые показания для лечения мануальной терапией. Конечно, применение мануальной терапии к только что родившемуся ребёнку требует большой осторожности и нежности. Хороший врач-мануалист должен чувствовать норму физического воздействия к грудному ребёнку. Слишком слабое и чрезмерно деликатное воздействие на малыша не вылечит болезнь, будет бесполезным. Слишком грубое воздействие принесёт только вред здоровью ребёнка, сделает его инвалидом на всю жизнь. Поэтому при мануальном воздействии на грудного ребёнка все действия должны носить вид медленных и аккуратных действий. На протяжении 9 месяцев ребёнок находится внутри матери и, как правило, в положении вниз головой. После 6 месяцев беременности ребёнок полностью формируются в анатомическом отношении. Остальные 3 месяца до родов ребёнок находится в положении вниз головой, а любые сотрясения, прыжки или падения матери с небольшой высоты воспринимаются ребёнком как удары в область головы и шеи. Поэтому можно утверждать, что во внутриутробном состоянии ребёнок часто получает ушибы шейного отдела позвоночника, что может привести к развитию остеохондроза даже у новорождённого.

1. Компрессионное воздействие родов на позвоночник ребенка. За 9 месяцев беременности у женщины увеличивается количество мышечных волокон матки и влагалища почти в 3 раза. Плод «покрывается» мышечным слоем матки в 3 – 4 сантиметра, потом идёт слой околоплодных вод толщиной в 2 - 3 сантиметра. Плод

пребывает в состоянии «свободного плавания в водной среде» до момента стремительного отхождения вод перед родами. Огромная толщина мышечного слоя матки необходима для создания мощного давления на плод во время родов. Во время схваток толстая мышечная стенка матки сжимает позвоночник новорождённого в направлении от таза к голове. Роды создают прямое травматическое воздействие на позвоночник ребёнка. Сила сжатия плода при родах довольно сильное, до 5 килограммов на каждый сантиметр поверхности тела ребёнка и в поперечном и в продольном направлении. Во время родов плод часто испытывает запредельное сжатие нежных хрящевых межпозвоночных дисков. Последствия чрезмерного сжатия позвоночника в продольном направлении – это остеохондроз, который может не купироваться до 2 лет. Если проследить тот трудный путь, который преодолевает ребёнок во время родов, то можно только удивляться, как позвоночник новорождённого выдерживает такие нагрузки вдоль по оси позвоночника. **Смотрите рисунок 116.**

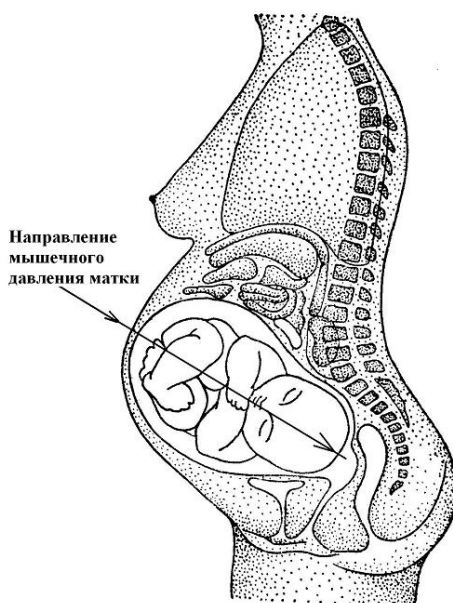


Рисунок 116. Направление давления мощных мышц матки на позвоночник ребёнка – от ягодиц к голове.

Мощные мышечные волокна матки сжимают плод с такой силой, что он (в прямом смысле этого слова) **выдавливается** через узкие половые пути женщины. Под действием давления матки на позвоночник макушка черепа ребёнка раздвигает и раскрывает мышечный сфинктер, которым является шейка матки. Далее головка плода испытывает чудовищное давление толстых мышц влагалища. Голова ребёнка довольно сильно сжимается по окружности, особенно у первородящих женщин и у пожилых (с возрастом более 35 лет), у которых эластичность мышечных тканей снижена. Если бы не естественная жировая смазка головы и туловища новорождённого, то продвижение его «по туннелю женских половых органов» было бы невозможным делом из-за сильного трения и сопротивления. По причине сдавливания черепа ребёнка родовыми путями матери на голове новорождённого часто возникает кефалогематома – кровоизлияние под надкостницу кости черепа. Самому сильному давлению по оси подвергается шейный отдел, так как он является самым «незащищённым» местом, «самым слабым звеном» во всём позвоночнике. Основное клиническое проявление сильного сжатия межпозвоночных дисков вдоль по оси позвоночника сразу после рождения – это

интенсивный плач от боли. Только что родившиеся дети всегда плачут. А плачет ребёнок, потому что у него болит позвоночник. Это не «нормальная рефлекторная реакция» только что родившегося ребёнка, это не норма, а патология. У большинства детей клинические и патолого-анатомические проявления остеохондрозов (боли), возникшие сразу после родов, полностью проходят через 2 месяца. Но у 36 % детей различные проявления остеохондроза продолжают их тревожить до 1 – 2 лет. Из анатомии периферической нервной системы хорошо известно, что 90 % соматических нервов и 80 % вегетативной нервной системы выходят из спинного мозга. При остеохондрозе происходит сдавливание нервов, выходящих из спинного мозга, которые иннервируют лёгкие, сердце, желчный пузырь и печень, желудок, кишечник, мочевого пузыря. У грудного ребёнка возникают следующие симптомы остеохондроза:

1) Внезапные острые боли. У грудных детей довольно часто и внезапно возникает болевой приступ в позвоночнике и ребёнок (до этого тихо спавший или играющий лёжа на спине) на протяжении нескольких часов плачет «навзрыд», синееет от натуги, дёргает ногами и руками, кричит без остановки, интенсивно, громко. В половине случаев источник внезапной боли у грудного ребёнка является остеохондроз, а в другой половине случаев – внезапное образование большого количества газов в кишечнике от попадания туда с пищей патологической микрофлоры. Источник резкой боли в 70 % случаях является шейный отдел позвоночника, а в 20 % случаях – поясничный отдел, в 10% случаев – перерастянутые связки крестцово-подвздошного сочленения. Когда ребёнок начинает рыдать от боли, матери тут же берут его на руки, и начинают интенсивно качать, крепко прижимать к туловищу. Качается во все стороны головка ребёнка, свисая с руки матери назад и вытягивая под действием своего веса шейные позвонки. Под действием сжатия руками матери прогибается грудной и поясничный отделы позвоночника ребёнка. Фактически матери делают ребёнку мануальную терапию: сгибают и вытягивают шею, прогибают позвоночник. Так матери проводят вполне неосознанно вытяжение позвоночника, «вправление» позвонков, происходит «самоизлечение», боли прекращаются и ребёнок мирно засыпает.

2) Мануальная терапия при патологии шейного отдела у ребёнка. Мануальная терапия проводится рядом простых приёмов. Сначала проводится массаж шейных мышц, их растяжение, изометрическая миорелаксация. После этого, лежащему на животе ребёнку (голова ребёнка повернута на бок вправо или влево) врач ложит одну руку на голову, а другую на обе лопатки или противоположное взгляду плечо. Рука, которая находится на голове, начинает вращать (катить) голову в сторону затылка, усиливая поворот головы до определённого предела. Часто возникает хруст и щелчки в шейных суставах ребёнка, после чего наступает выздоровление - боли в шее перестают беспокоить ребёнка. **Смотри рисунок 117.**



1



2

Рисунок 117 – 1, 2. Приёмы мануальной терапии для воздействия на шейный отдел новорождённого.

3) **Радикулярная патология ЖКТ.** В период движения головки по родовым путям позвоночник ребёнка сильно изгибается в грудно – поясничном отделе. Угол позвоночника ребёнка при сильном давлении матки на его тело, особенно на ягодицы и голову, изгибается спиной назад под углом до 90 градусов. От этого отдела спинного мозга иннервируется печень, желчный пузырь, и кишечник. Важными симптомами остеохондроза у новорождённого ребёнка являются патологические симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. От сдавливания нервов, отходящих от позвоночника и иннервирующих желудок, возникает частое срыгивание пищи. Кроме того, возникает процесс избыточного газообразования у ребёнка с остеохондрозом поясничного отдела по причине возникновения ухудшения иннервации и замедления перистальтики кишечника. Кал «дольше положенного» остаётся в кишечнике, а поэтому возникает брожение и возникновение большего количества газов. Важным показателем патологической иннервации желчного пузыря по причине остеохондроза грудного отдела позвоночника, проявляющимся судорожным его спазмом, являются **поносы с калом тёмно-зеленого цвета**. Характерно, что сразу после первого сеанса нежной мануальной терапии кал ребёнка приобретает нормальный жёлтый цвет.

4) **Мануальная терапия** для лечения остеохондрозов грудного и поясничного отделов новорождённого можно проводить следующими простыми приёмами. **Смотрите рисунок 118 – 1, 2.** Сначала проводится массаж мышц спины с целью их расслабления.



1



2

Рисунок 118 – 1, 2. Два метода мануальной терапии грудного отдела у новорождённого.

Врач изгибает ребёнка, лежащего на животе, в поясничном и грудном отделе. Часто возникает хруст и щелчки в межпозвоночных суставах ребёнка, после чего наступает выздоровление.

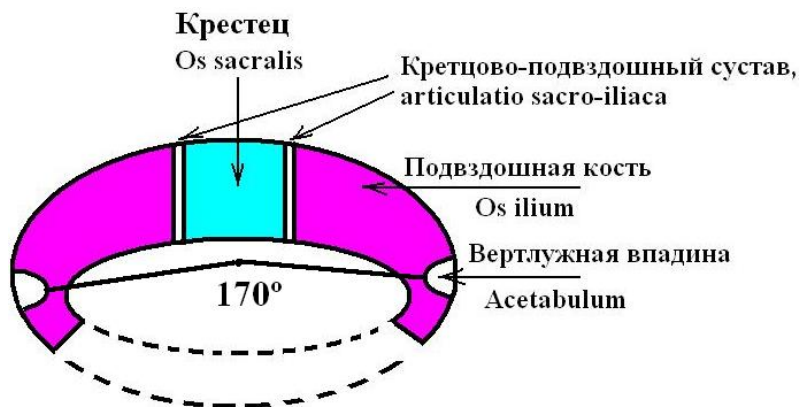
3. Симптомы травматизации тела ребёнка от поперечного, кольцевидного сжатия родовыми органами матери. Во время прохождения по родовым путям (вдоль шейки матки и влагалища) младенец испытывает дополнительное круговое и поперечное давление.

1) «Первопроходцем» во время родов является теменная часть головы. От действия сжимающих по окружности мышц возникает кровоизлияние под надкостницу костей головы, которое располагается на самой верхней части головы. Это так называемые **кефалогематомы**. Кефалогематома — это кровоизлияние между надкостницей и наружной поверхностью черепных костей. Наиболее частая локализация — теменная кость, реже затылочная. Симптомы патологии следующие. У ребенка после рождения на голове определяется флюктуирующая опухоль, отграниченная краями той или иной кости черепа. Обычно процесс односторонний (правая теменная кость или левая). В течение 1-й недели после родов опухоль имеет тенденцию к увеличению. Полная резорбция гематомы наступает через 6—8 недель. Лечение не требуется. Пунктировать не осложненную кефалогематому не рекомендуется. При инфицировании производят разрез, применяют антибиотики.

2) Если давление в родовых путях матери по окружности было чрезмерным, то у новорождённого возникают смещения костей черепа относительно друг друга и **внутричерепные кровоизлияния**. Патогенез внутричерепных кровоизлияний. Кровоизлияние возникает при рождении под влиянием ряда факторов — недостатка витамина К, повышенной ломкости сосудов мозга, легкой смещаемости костей черепа, внутриутробной асфиксии. Различают кровоизлияния: 1) эпидуральные, 2) субдуральные, 3) субарахноидальные, 4) кровоизлияния в вещество мозга, 5) внутримозговые. Клинические проявления зависят от величины и локализации кровоизлияния. При небольших кровоизлияниях отмечаются вялость и сонливость при рождении; нарушены сосание и глотание. При субарахноидальных кровоизлияниях ведущим симптомом являются частые приступы асфиксии. Характерна заторможенность ребёнка. Ребенок лежит с открытыми глазами, не активен и безучастен, аппетит отсутствует, тихо плачет. Отмечаются судорожные подергивания мышц лица или конечностей, а также тонические судороги.

3) Прямым доказательством очень сильного сжатия тела ребёнка в родовых путях матери является **перелом одной или двух ключиц** у младенца. Это довольно частая патология для новорождённых. На месте перелома обычно отмечается небольшая гематома. При пальпации определяется крепитация. Смещение двух осколков костей, как правило, отсутствует, так как этому препятствует плотная и прочная надкостница, которая покрывает все трубчатые кости новорождённого. Активные движения рукой не нарушены. Часто перелом выявляется лишь в стадии образования костной мозоли. Лечение. При распознавании перелома фиксирующая повязка.

4) Врожденный вывих бедра. Причина возникновения. Самым грозным для новорождённого является ещё одна патология, которая возникает по причине поперечного сдавления таза ребёнка в родовых путях матери – это врождённый вывих бедра. Однако такое название патологии в корне не правильное. Это не генетически врождённая патология, не врождённая. Это приобретённая патология для ребёнка в узких родовых путях, во влагалище матери. Нормальный таз новорождённого имеет форму овала. Нормальный таз у новорождённого в боковом, поперечном размере (от одного края крыловидной кости до другого) в 2 раза длиннее, чем передне - задний размер, то есть от крестца до надлонной поверхности живота. Направление вертлужных впадин относительно друг друга в нормальном тазе ребёнка находится почти на одной линии, то есть - равны почти 180 градусов. **Смотрите рисунок 119 – 1, 2.** Если измерять размеры таза у ребёнка с врожденным вывихом бедра, то поперечный размер таза будет почти равен продольному размеру. У ребёнка с «врожденным» вывихом бедра форма таза приближается к правильной окружности, в которой вертлужные впадины находятся не сбоку, а направлены кпереди. **Смотрите рисунок 119 - 3.** Проходя через родовые пути матери, которые имеют вид правильной окружности, таз младенца деформировался благодаря сильному растяжению связок крестцово-подвздошного сустава. Для ребёнка это довольно серьёзная травма, которая иногда может сопровождаться сильными болями, но в большинстве случаев протекает бессимптомно. Вместо овальной формы таз приобретает вид окружности. Направление вертлужных впадин относительно друг друга в патологически зауженном тазе ребёнка находится почти под углом 90°, то есть – этот угол стал в 2 раза меньшим, чем у нормальной тазовой кости. Это влечёт за собой частичное вхождение головки бедренной кости в вертлужную впадину, что ортопеды расценивают как подвывих бедра.



Тазовая кость, Os coxae
Схематический вид сверху в направлении с головы к ногам

Рисунок 119 – 1. Овальная конфигурация нормальных тазовых костей (вид сверху).

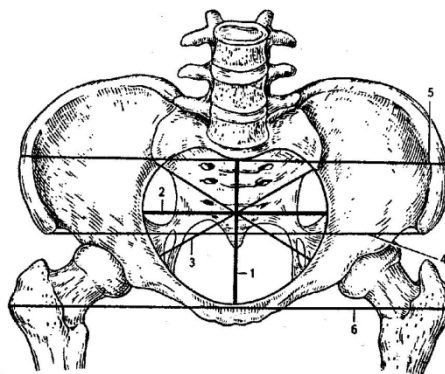


Рисунок 119 – 2. Овальная конфигурация нормальных тазовых костей (вид сверху).

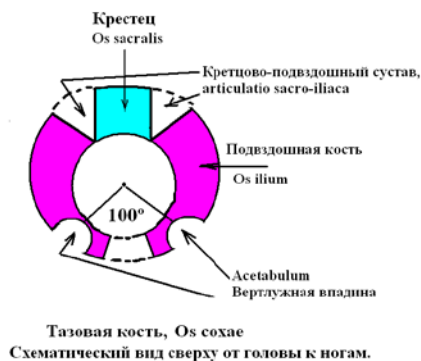


Рисунок 119 - 3. Круглая конфигурация тазовых костей (при виде сверху) у младенца с «врожденным» вывихом бедра.

Первым клиническим симптомом приобретённого во время родов подвывиха бедра является ограничение отведения бёдер поднятых вверх у лежащего на спине ребёнка. Детские ортопеды при исследовании детей в поликлиниках придают большое значение ограничению объёма отведения бёдер. Конечно, направленная вперёд вертлужная впадина своими краями не даёт возможности развести ноги ребёнка в полном объёме. Поэтому этот симптом закономерен при данной патологии. Сильные мышцы ягодицы тянут бедро назад, и почти вытаскивают головку бедра из вертлужной впадины, так как они вытягиваются от патологического перемещения бедра вперёд. Дальнейшее неправильное стояние головки бедра в вертлужной впадине приводит к перерастяжению связок спереди тазобедренного сустава. Вместе со связками вытягиваются и рвутся мелкие сосуды и нервы, возникает дисплазия головки бедра (размягчение кости головки, возникает её неправильная форма). Дисплазия к 10 годам приводит к анкилозу (обездвиживанию) костей в тазобедренном суставе ребёнка. Ребёнок превращается в инвалида на всю жизнь.

4. Лечение врождённого вывиха бедра мануальной терапией. Как известно, лечение врожденного вывиха бедра в поликлиниках является длительным – до 3 – 5 месяцев родители ребёнка держат малыша в специальных ортопедических аппаратах, которые фиксируют ноги ребёнка в раздвинутом в разные стороны состоянии. Ребёнка с таким аппаратом трудно одевать для прогулки по улице, особенно зимой. За ребёнком трудно ухаживать. Аппарат снижает двигательную активность и тормозит физическое развитие малыша. Однако при помощи мануальной терапии можно излечить ребёнка от врождённого вывиха бедра практически в одну секунду. Для этого врачу-мануалисту или ортопеду необходимо силой поставить крыловидные кости ребёнка в правильное состояние, сблизив их с крестцом. Существует множество прекрасных методов для лечения врожденного вывиха бедра. Обратим внимание на два из них. [Смотрите рисунок 120 – 1, 2.](#)



1



2

Рисунок 120 – 1, 2. Два метода мануальной терапии по лечению растяжения связочного аппарата крестцово-подвздошного сочленения у новорождённого.

Первый метод. Сначала проводится массаж мышц спины с целью их расслабления. Как выяснено из предыдущих рассуждений, причина врождённого вывиха бедра заключается в патологическом сближении крыловидных костей друг с другом. Лечение подразумевает противоположные действия тем, которые виновны в возникшей болезни. Для этого надо крыловидные кости привести к крестцу, то есть вылечить растяжение задних связок внутри крестцово-крыловидного сустава. Делается это следующим образом. Ребёнок ложится на живот. Одна рука врача упирается в крестец ребёнка, а другая тянет крыловидную кость за её гребень вверх. Часто возникает хруст и щелчки в крестцово-крыловидном сочленении ребёнка, после чего наступает выздоровление.

Второй метод. На крестец лежащего на животе ребёнка врач нажимает сверху двумя руками. Полукольцо таза лежащего ребёнка (на переднем подвздошном гребне) упирается в горизонтальную поверхность кушетки. При нажатии сверху на крестец ребёнка происходит сближение двух костей таза (крестца и крыловидной кости) между собой. Часто возникает хруст и щелчки в крестцово-крыловидном сочленении ребёнка, после чего наступает выздоровление.

Рассказано о применении мануальной терапии для нескольких, самых распространённых болезней, возникших у новорождённого после родов. Однако ортопедических и терапевтических послеродовых патологий значительно больше. Много осложнений возникает при щипцовом родовспоможении. При ягодичном предлежании плода роды, как правило, протекают с осложнениями у новорождённого в виде усиления болей в позвоночнике (особенно от остеохондрозов в шейном отделе), возникают вывихи конечностей, деформации грудной клетки и многое другое. В настоящее время в детских поликлиниках России и Белоруссии отсутствуют детские мануальные терапевты, и это очень плохо. Хочется надеяться, что в ближайшее десятилетие отношение к детской ортопедии и мануальной терапии в корне изменится.

§ 73. Показания и противопоказания к проведению мануальной терапии.

Как при любом методе лечения и для мануальной терапии существуют показания к применению и противопоказания. При остеохондрозе и грыже межпозвоночного диска, как ни при каких других заболеваниях, широко применяется мануальная терапия. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatiyu).

1. Абсолютные показания для проведения мануальной терапии. Показаниями к применению мануальной медицины являются заболевания, связанные с вертеброгенным фактором, и функциональная блокада, то есть ограничение подвижности суставов неорганического (функционального) происхождения и пределах нормальной физиологической функции суставов.

- 1) дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилоартроз и др.) с развитием функциональных блоков в позвоночных двигательных сегментах;
- 2) спондилогенные (дискогенные) ирритативно-рефлекторные синдромы с локальной болью (дискалгия) на уровне позвонков шейных (цервикалгия), грудных (торакалгия) и поясничных (люмбалгия);
- 3) спондилогенные ирритативно-рефлекторные мышечно-дистонические синдромы (передней лестничной мышцы, мышц грудной стенки, грушевидной мышцы и др.);
- 4) спондилогенные ирритативно-вегетативно-трофические синдромы (плечелопаточный периартроз, подвздошно-крестцовый артроз, коксартроз, и др.);
- 5) спондилогенные ирритативно-рефлекторно-сосудистые синдромы на верхних и нижних конечностях (с явлениями акропарестезий, термическими парестезиями, синдромом «беспокойных ног», псевдоартериит и др.);
- 6) люмбаго;
- 7) миофасциальные боли с наличием триггерных зон.

Чтобы избежать врачу судебнo-юридических «неприятностей», каждый мануальный терапевт должен хорошо знать правила по применению данного метода лечения.

1) Важно обратить внимание на следующее правило: при радикулитах мануальная терапия абсолютно не эффективна, а при остеохондрозах и грыжах межпозвоночного хряща является самым эффективным методом из всех существующих!!! Действительно, если у пациента радикулит, и воспалены корешки нервов, выходящих из спинного мозга, то невозможно вылечить эту патологию, воздействуя мануальной терапией, то есть – воздействуя методом чрезмерного смещения позвонков и растяжением здоровых тканей межпозвоночного диска!!! Однако, нужно помнить, что в 13% случаев встречается ситуация, когда пациент *одновременно болен и остеохондрозом, и радикулитом!!!*

2) Необходимо обязательно отметить, что существует одно универсальное противопоказание к проведению лечения мануальной терапией: нельзя проводить лечение остеохондроза этим методом при наличии **сильного воспаления и отека мягких тканей межпозвоночного сустава (фиброзного кольца, межпозвоночного**

диска). При наличии сильного воспаления диска – надо сначала снять воспалительный процесс, а потом проводить мануальное лечение.

3) **Противопоказанием** для применения мануальной терапии является наличие опухоли позвоночника, **злокачественные новообразования** любой локализации (лёгких, печени, кожи и т. д.).

4) Врождённые заболевания позвоночника и спинного мозга: ювенильный остеохондроз, сколиоз выше третьей степени; выраженная нестабильность позвоночного двигательного сегмента (III—IV стадии) с явлениями спондилистеза, врождённый дефект позвонков spina bifida.

5) **Дисковые миелопатии** возникают вследствие медленного увеличения остеофитов (шипов), вырастающих от верхней и нижней «площадке» тела позвонков, соединяющихся с верхним и нижним диском. Если возникает преимущественно заднее направление роста «костных шипов» от тел позвонков, то есть – рост шипов в сторону спинного мозга, то возникает хроническая компрессия поперечника спинного мозга, сопровождающаяся полной или частичной окклюзией (сжатием) артерий, снабжающих кровью нервные ткани спинного мозга. Длительная ишемия участков спинного мозга ведёт к деструкции нервных тканей и к прекращению функции проведения биотоков от мышц конечностей к головному мозгу и назад. Возникают стойкие парезы, которые невозможно излечить мануальной терапией.

6) Острые и подострые воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек (миелит – воспаление поперечника спинного мозга вирусной или микробной этиологии, гнойный эпидурит – воспаление твёрдой мозговой оболочки, окружающей ЦНС, арахноидит – воспаление паутинной оболочки, обволакивающей ЦНС и т.п.); острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты, дискогенная, посттравматическая, атеросклеротическая, токсическая миелопатия). Например, **миелит**, также как и остеохондроз, начинается с клинического симптома в области позвоночника. Могут возникнуть также вторичные миелиты, возникающие как осложнение кори, тифа, дизентерии, скарлатины, травматические миелиты вследствие травмы позвоночника и спинного мозга и инфицирования гематомы. Отличительными клиническими признаками миелита (в отличие от остеохондроза) являются высокая температура (39 ° по Цельсию), озноб, и что очень характерно – с каждым днём всё ярче проявляется парезы и параличи, сначала вялые, а потом спастические параплегии (парезы обеих ног или обеих рук), медленное ухудшение всех видов чувствительности кожи конечностей, расстройство функциональной деятельности тазовых органов: задержка, а потом недержание мочи, запор с последующими профузными поносами. При **гнойном эпидурите** также возникают боли в позвоночнике, но появляется высокая температура, симптомы компрессии гнойником поперечника спинного мозга с последующими гиперестезиями, парезами и параличами.

7) Полиартриты третьей-четвертой степени мелких суставов, в том числе и рёберно-позвоночных суставов; свежие травматические поражения позвоночника.

8) Острые и хронические инфекционные заболевания позвонков, которые вначале проявляются такими же болями, как и остеохондроз, например, остеомиелит позвоночника, туберкулезный спондилит, анкилозирующий спондилоартрит (болезнь

Бехтерева), рентгенографическое обследование является решающим фактором в диагностике этих заболеваний.

9) Заболевания внутренних органов, требующие срочного оперативного или терапевтического вмешательства: пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые нарушения мозгового и венечного кровообращения (инсульты, инфаркты, эмболии артериальные окклюзии), туберкулёз лёгких, острые вирусные и микробные инфекции (грипп, менингит, энцефалит), психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный синдром, старческий маразм) и др. Очень редко боли в пояснице (и в животе одновременно) вызывает атеросклероз почечных артерий.

10) К абсолютным противопоказаниям для применения мануальной терапии для лечения остеохондрозов являются **свежие травмы позвоночника** с повреждением мягких тканей (мышц, связок, межпозвоночных дисков) и с переломом каких-то частей позвонка (тела, дужек, поперечных отростков, остистых отростков). Из собственного опыта могу сказать, что некоторые пациенты предпочитают скрывать травмы, если они получены в состоянии сильного алкогольного опьянения, если они не хотят начинать неприятный разговор о семейных скандалах или по другим причинам. Применение врачом-мануалистом вытяжения и давления на разорванные связки и осколки костей может вызвать болевой шок и смещение острых фрагментов костей, что приводит к печальным последствиям. Однако вправление вывихов и подвывихов позвонков осуществляют травматологи под наркозом (местным или общим) сразу после получения травмы, а способы вправления вывихов фактически относятся к методам мануальной терапии. Ручное сопоставление отломков костей, которые осуществляют травматологи под наркозом сразу после получения травмы, также относятся к методам мануальной терапии.

Относительным противопоказанием для применения мануальной терапии – это **поздние травмы позвоночника** с давностью повреждений более 3 месяцев. Очень часто при сборе анамнеза пациент просто забывает о травме, полученной более трёх месяцев тому назад, так как считает её полностью зажившей, а следовательно, по его мнению травма не имеет большого значения для предстоящего лечебного процесса. Часто оно так и есть. Но иногда при воздействии мануалиста на неокрепшие связки в зоне бывшего их разрыва возникает острая боль, а нежная костная мозоль может дать трещину и сместиться. Вот почему при физическом воздействии врача – мануалиста на пациента, получившего в недавнем прошлом травму, процедура должна проводиться с очень большой осторожностью. Более того, некоторые переломы костей позвоночника могут произойти не по причине травмы, а из-за сильного напряжения крупной мышцы. Например, очень редко, но у спортсменов и у физически развитых мужчин возникают переломы остистых и поперечных отростков позвонка по причине чрезмерного мышечного сокращения при тяжёлой физической работе. Пациенты не обращаются к травматологу за лечением, так как расценивают переломы остистых и поперечных отростков позвонка как боль в мышцах из-за физической нагрузки, а рентгенологи определяют у них более серьёзную патологию. С жалобами на боли в спине такие пациенты могут обратиться к мануальному терапевту или иглотерапевту. При поверхностном обследовании доктор мануальный терапевт или иглотерапевт может ошибочно поставить диагноз «люмбаго, остеохондроз, радикулит» и начать лечение. Чтобы избежать грубых ошибок, врачи данных специальностей должны не жалеть времени на сбор анамнеза и при возникновении сомнения направлять больного на рентгенограмму соответствующего участка позвоночника.

2. Относительные показания:

1) выраженный болевой синдром (выше III степени);

2) спондилогенный корешковый синдром с симптомами выпадения функции (парез, гипорефлексия, анестезия поверхности кожи на конечностях и т.п.);

- 3) выраженные спондилогенные нейродистрофические синдромы («плечо—кисть» и др.);
выраженный спондилогенный заднешейный симпатический синдром («шейная мигрень»),
цервико-краниалгия и др.;
- 4) висцерально-рефлекторные мышечные и болевые синдромы, особенно сопровождающиеся функциональными блоками позвоночных сегментов.

§ 74. Дифференциальная диагностика радикулитов и остеохондрозов от похожих на них болезней.

В этом параграфе автор даёт подробное описание клинических симптомов болезней, которые вызывают боли в позвоночнике и часто ошибочно определяются как радикулиты и остеохондрозы. Существует большое количество болезней, которые протекают с главным симптомом для диагностики остеохондроза и радикулита – с симптомом боли в области позвоночника. Поэтому автор предлагает описание клинических симптомов схожих болезней. Чтобы избежать грубых ошибок в диагностике и лечении автор предлагает внимательно прочитать нижеизложенный материал.

1. Травматические повреждения позвоночника, осложнённые невралгиями и невритами. Достаточно часто пациент приходит на приём к иглотерапевту или мануальному терапевту после неудачного падения или удара о дверь. Пациент не придаёт значение травме, забывает о ней, или просто не хочет рассказывать врачу, что недавно был в сильной стадии алкогольного опьянения, или был избит двумя неизвестными мужчинами. Однако, сокрытие анамнеза болезни может таить для врача большую опасность. Врач может начать лечить пациента без рентгенологического обследования, а у этого больного человека имеется перелом тела позвонка, перелом остистого отростка или другая патология, которая является прямым противопоказанием для лечения. Иглотерапевт и мануальный терапевт должен хорошо знать клинические симптомы переломов костей позвоночника, вывихов, подвывихов. Повреждения позвоночника (в частности, переломы) относятся к тяжелым травмам, которые приводят к длительной нетрудоспособности, а нередко и к стойкой инвалидности. Повреждения позвоночника классифицируются по характеру повреждения и анатомической локализации. Различают следующие повреждения позвоночника: ушибы; дисторсии; подвывихи и вывихи; переломовывихи; переломы. По анатомической локализации различают: переломы тел позвонков; переломы дужек; переломы суставных отростков; переломы остистых отростков; переломы поперечных отростков. Переломы тел позвонков могут быть клиновидными (компрессионные), поперечными, вертикальными и оскольчатыми. Нередко наблюдаются переломы нескольких позвонков — множественные и комбинированные, т. е. в сочетании с переломами дужек, суставных и поперечных отростков. Следует различать переломы позвоночника без нарушения целостности спинного мозга и с нарушением целостности спинного мозга и его корешков. Наличие типичного механизма травмы позволяет заподозрить перелом позвоночника. Тщательное обследование больного начинается с выяснения механизма травмы и жалоб пострадавшего. Больные жалуются на боли в позвоночнике, усиливающиеся при движениях, при поворачивании на живот и при поднимании ног.

1) Наиболее благоприятно протекают **ушибы** позвоночника. Основными симптомами ушиба являются местная разлитая припухлость, кровоизлияние, незначительное ограничение движений позвоночника и болезненность при пальпации. В отличие от перелома деформация и болезненность при динамической нагрузке на позвоночник отсутствуют. Для уточнения диагноза и исключения перелома необходимо произвести рентгенограмму. Лечение ушиба позвоночника сводится к применению покоя, массажа и тепловых процедур.

2) Подвывихи и вывихи позвонков возникают под влиянием большой силы и нередко сопровождаются разрывом связочного аппарата. Механизм вывиха заключается в форсированной ротации с одновременным сгибанием вперёд и отклонением в сторону (например, при ударе головой о дно водоема при нырянии). Подвывихи и вывихи встречаются в наиболее подвижном отделе позвоночника — шейном, реже — в поясничном. Форма суставных площадок суставных отростков шейных позвонков, скошенных по направлению сверху спереди — кзади и вниз, допускает при разрыве сумки вывих и соскальзывание вперед или назад периферического отдела шейной части позвоночника. В грудном и поясничном отделах позвоночника вывих сопровождается переломом суставных отростков и встречается редко. Односторонние вывихи чаще всего наблюдаются на уровне III, IV и V шейных позвонков, реже в области I и II шейных позвонков. Вывих атланта нередко сочетается с переломом зуба II позвонка, что представляет большую опасность для жизни больного, так как может произойти повреждение продолговатого мозга. При вывихах атланта рентгенограмма производится через открытый рот для выявления перелома зуба осевого позвонка. Симптомом односторонних вывихов шейных позвонков является асимметричное положение головы. Подбородок отклонен в здоровую сторону, а затылок — и сторону повреждения; мышцы шеи напряжены, (больной жалуется на резкие боли и поддерживает голову обеими руками. Активные движения отсутствуют, пассивные резко ограничены и возможны в сторону, противоположную вывиху. При осторожной пальпации задней стенки глотки через рот определяется костный выступ смещенного позвонка. Вывихи нередко сопровождаются сдавленной корешков. Наиболее часто наблюдаются подвывихи шейных позвонков, при этом чаще страдают III, IV и V шейные позвонки, реже II и VI. Симптомы подвывиха шейных позвонков аналогичны симптомам вывиха. Подбородок повернут в здоровую сторону, а затылок — в сторону повреждения. Мышцы шеи напряжены и фиксируют голову в вынужденном положении, шея на стороне повреждения удлинена, активные движения отсутствуют. Больной страдает от сильных болей и поддерживает голову обеими руками. Пассивные движения резко ограничены и болезненны. Отмечаются корешковые расстройства. Диагноз уточняется после рентгенографии. При этом снимки следует производить в трех проекциях (переднезадней и двух боковых при выпрямленной и согнутой шее). Вывихи и подвывихи шейных позвонков могут сопровождаться повреждением спинного мозга, кровоизлиянием в вещество спинного мозга, тетраплегиями. При локализации повреждения на уровне I — II шейных позвонков повреждается продолговатый мозг, и больные обычно погибают.

Лечение подвывихов и вывихов шейных позвонков заключается во вправлении и последующей фиксации. Вправление производится или одномоментно, или постепенным вытяжением после введения в область поврежденного сустава 25—30 мл 0,5% раствора новокаина. После вправления накладывают гипсовый корсет с фиксацией головы или больного укладывают на вытяжение петлей Глиссона. При подвывихах и вывихах в шейном отделе, не осложненных повреждением спинного мозга, прогноз благоприятен; как правило, функция полностью восстанавливается, и больные возвращаются к труду. Прогноз при вывихах, сопровождающихся повреждением спинного мозга, неблагоприятен. Больные погибают или остаются инвалидами на протяжении всей оставшейся жизни.

3) Переломы тел позвонков. Как уже отмечалось выше, переломы тел позвонков, в частности компрессионные, занимают первое место среди всех видов повреждений позвоночника. Наиболее часто переломы тел позвонков возникают в I и II поясничных, XI и XII грудных и VI—VII шейных. Степень компрессии (клиновидность) позвонка может быть легкой, умеренной и резкой. Нередко при резком сгибании позвоночника в результате давления вышележащего позвонка на нижележащий отламывается верхне-передний край позвонка, и тогда на рентгенограмме, помимо клиновидной деформации, определяется дополнительный фрагмент в области верхне-переднего края позвонка. Значительно реже наблюдаются переломы с фрагментами в задней части позвонка. При смещении задний фрагмент может вызвать сдавление спинного мозга. Компрессионные переломы тел позвонков сопровождаются повреждениями межпозвоночных дисков. Для правильной диагностики перелома тела позвонка большое значение имеют выявление механизма и тщательное обследование больного. Наиболее трудна диагностика компрессионных переломов шейных позвонков. Больные обычно остаются на ногах, но жалуются на боли в шейном отделе позвоночника. Движения в шейном отделе позвоночника, ротация, переднее и заднее сгибание шеи ограничены. Деформация позвоночника не наблюдается, искривление позвоночника отсутствует. Пальпация остистых отростков болезненна на уровне поврежденного позвонка. Имеется болезненность осевой динамической нагрузки на уровне перелома. Нередко наблюдаются корешковые расстройства в виде гиперестезии. При компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков больные жалуются на боли в области перелома. Движения позвоночника ограничены и болезненны. Больные с трудом поворачиваются на живот и поднимают ноги в лежачем положении. При осмотре отмечается напряжение мышц спины. На уровне перелома выявляется угловой кифоз за счет выпячивания кзади остистого отростка поврежденного или вышележащего позвонка. Угловой кифоз более отчетливо выражен в грудном отделе, в поясничном наблюдается сглаживание физиологического лордоза. При пальпации определяются выступающий остистый отросток и резкая болезненность нижележащего, т. е. поврежденного, позвонка. Между этими двумя остистыми отростками отмечается диастаз вследствие повреждения связки. Болезненны поколачивания по остистым отросткам и осевая динамическая нагрузка на позвоночник. Нередко компрессионные переломы сопровождаются корешковыми расстройствами, что проявляется в гипер- или гипестезии сегментов, лежащих ниже поврежденного позвонка. Следует обращать внимание на состояние тазовых органов, так как иногда наблюдается задержка мочеиспускания и дефекации, которая проходит в течение нескольких дней, если отсутствует повреждение спинного мозга. Для уточнения диагноза и для выяснения характера перелома необходимы хорошие рентгеновские снимки в двух, а иногда и в трех проекциях, например при переломах суставных отростков, а также при переломах верхних шейных и верхних грудных позвонков. Компрессионный перелом точно определяется только на рентгенограмме, в боковой проекции. На рентгенограмме в переднезадней проекции определить компрессионный перелом можно, сравнивая высоту отдельных позвонков. В норме высота каждого нижележащего позвонка больше, чем предыдущего, при компрессионном переломе высота тела сломанного позвонка меньше, чем предыдущего, часто отмечается некоторое усиление теней в средней его части. Если существует боковое смещение, то оно хорошо определяется на рентгенограмме в прямой проекции. Однако это не всегда достаточно убедительно. Профильная рентгенограмма дает право безошибочно ставить диагноз компрессионного перелома, если тело пострадавшего позвонка принимает клиновидную форму с широким основанием, направленным кзади.

4) Переломы остистых отростков встречаются редко и возникают либо от непосредственного приложения силы на позвоночник сзади, либо от чрезмерного мышечного сокращения. Диагноз ставится на основании резкой болезненности при пальпации поврежденного отростка, а также его подвижности. При переломах остистых отростков рекомендуются пребывание в постели в течение 3—4 недели, массаж, лечебная физкультура, УВЧ,

5) Переломы поперечных отростков возникают либо от чрезмерного сокращения мышц, либо (значительно чаще) в результате непосредственного приложения силы. Постоянными симптомами следует считать строго локализованную паравертебральную болезненность при боковых движениях в сторону, противоположную повреждению, — симптом Пайра. Следует заметить, что симптом Пайра держится до 2—3 недели после перелома. В положении на спине больной не может поднять ногу на стороне повреждения (симптом «прилипшей» пятки). Пассивная гиперэкстензия ноги в тазобедренном суставе вызывает резкую боль на месте перелома вследствие растягивания подвздошно-поясничной мышцы. Нередко наблюдаются корешковые явления, проявляющиеся гипер- или гипостезией. Диагноз уточняется после рентгенографии в переднезаднем направлении. При переломах поперечных отростков необходимо выдержать больного в постели в течение 3 недели с одновременным применением лечебной физкультуры, массажа, светолечения. При поступлении больного необходимо сделать новокаиновую блокаду в область поврежденных отростков.

2. Атеросклероз. Сведения об этой патологии автор включает в эту книгу по той причине, что некоторые локальные проявления атеросклероза по клиническим проявлениям напоминает ту или иную патологию позвоночника. Например, склеротический процесс дуги аорты приводит к сильному сужению просвета сосудов, которые несут кровь к мозгу, к двум сонным артериям и двум вертебральным артериям. Пациент со склерозом дуги аорты чувствует слабость, головокружение, ухудшение зрения, «туман» перед глазами, затруднение умственной деятельности. Точно такие же симптомы бывают у людей с патологией шейного отдела позвоночника, например, с подвывихом шейных позвонков, которые по причине смещения друг относительно друга пережимают вертебральные артерии и ухудшают кровоснабжение мозга. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотеραπεвт и мануальный терапевт должен знать симптомы склероза некоторых сосудов. Атеросклероз — хроническое заболевание, при котором происходит системное поражение артерий, выражающееся в отложении липидов и солей кальция в: внутренней стенке и в развитии соединительной ткани с последующим уплотнением и сужением просвета сосудов. Вследствие нарушения кровотока в органах развиваются дистрофические, некроботические и склеротические процессы. **Необходимо заострить внимание врачей на тот факт, что склерозирование происходит не всех сосудов человеческого организма равномерно, а у каждого человека отдельных его органов и тканей: у одного - сосудов мозга, аорты, у другого - почечных артерий, у третьего - брюшных артерий, артерий ног, у четвертого - артерий внутреннего уха и так далее. Склероз сосудов у большинства пациентов протекает «не тотально, а локально».** А так как ухудшение кровообращения любой живой ткани всегда сопровождается ухудшением функции, то возникают выраженные локальные клинические симптомы. Атеросклероз является одной из наиболее частых болезней современности. Распространенность атеросклероза неодинакова. Заболеваемость весьма высока в странах Европы, Северной Америки, в то время как в Азии, Африке, Латинской Америке атеросклероз встречается значительно реже. В крупных городах частота атеросклероза выше, чем в сельских местностях. Мужчины болеют чаще, чем женщины, причем у последних атеросклероз развивается в среднем на 10 лет позже, чем у мужчин. Эти различия являются следствием различного образа жизни, характера питания, рода занятий, генетических особенностей, нервно-гормональных факторов и др. За последние годы, по данным ВОЗ, значительно увеличилась смертность от ишемической болезни сердца, основной причиной развития которой является атеросклероз. Все это свидетельствует о важности и актуальности проблемы атеросклероза.

1) Патологоанатомическая картина. Морфологические изменения при атеросклерозе развиваются в крупных артериях эластического типа. Наиболее часто атеросклероз локализуется в аорте, особенно в брюшном ее отделе, коронарных и мозговых сосудах, почечных артериях, крупных артериях нижних конечностей. Основным морфологическим субстратом атеросклероза является образование в интиме сосудов бляшек. Макроскопически отмечаются утолщение и неровность интимы, наличие бляшек разной величины и формы. Атеросклеротические бляшки могут подвергаться распаду с образованием изъязвлений и отложением на них нитей фибрина. Содержимое

изъязвившихся бляшек может быть источником эмболии. Нередко наблюдаются кровоизлияния в бляшки. Вторично в бляшках откладываются соли кальция.

2) Общая клиническая картина. В клиническом течении атеросклероза выделяют два периода: начальный (доклинический) и период клинических проявлений. Последний разделяют на три стадии: ишемическую, тромбонекротическую и склеротическую. Первая стадия характеризуется недостаточным кровоснабжением органов и тканей с обратимыми дистрофическими изменениями в них и небольшими функциональными нарушениями. Во II стадии вследствие выраженного нарушения кровоснабжения, а не редко развития тромбообразования формируются очаги дегенерации и некроза. В III стадии в пораженных органах в результате дегенеративно-некротических изменений происходит развитие рубцовой соединительной ткани. Каждая стадия может проявляться соответствующей клинической симптоматикой. Между стадиями имеются различные переходы. Клиника атеросклероза определяется преимущественной локализацией процесса, стадией заболевания, наличием факторов, отягощающих течение (артериальная гипертония, тромбозы).

3) Атеросклероз аорты. Наиболее частой локализацией атеросклероза в артериальной системе являются аорта и отходящие от нее крупные стволы. Клиническая симптоматика появляется по мере вовлечения в процесс крупных ветвей аорты, нарушающих функцию соответствующих органов и систем. Одним из характерных признаков атеросклероза восходящей части аорты или дуги является симптоматическая гипертония вследствие поражения депрессорной рефлекторной зоны, а также снижение эластичности аорты. Атеросклеротическая гипертония характеризуется значительным повышением систолического давления при нормальном или нередко сниженном диастолическом давлении. При сужении устьев левой сонной и безымянной артерии наблюдается симптоматика, связанная с нарушением кровоснабжения головного мозга и верхних конечностей (синдром дуги аорты). При этом отмечаются головная боль, головокружение, шум в ушах. При переходе из горизонтального положения в вертикальное или при резких поворотах головы могут возникать обморочные состояния. Нередко при физической нагрузке отмечаются слабость, парестезии и болевые ощущения в верхних конечностях. Пульс на лучевой артерии пораженной стороны ослабевает. Одновременно с этим может выявляться разница в величине артериального давления на пораженной и здоровой руках. При аускультации определяется акцент II тона над аортой, иногда II тон приобретает металлический оттенок. Часто выслушивается систолический шум различной интенсивности. Вследствие поражения аортальных (чаще) или митрального (редко) клапанов может возникать аускультативная симптоматика соответствующего порока сердца. Одним из осложнений атеросклероза аорты является развитие **аневризмы** вследствие гибели эластических и мышечных волокон. Клиническая симптоматика аневризмы аорты зависит от ее величины и локализации. При аневризме восходящего отдела аорты частым симптомом являются аорталгии — длительные, ноющие и давящие боли, постепенно возникающие и затихающие. Аневризма дуги аорты может вызвать сужение отходящих от нее сонной, безымянной и подключичной артерий, паралич левой голосовой связки, проявляющийся охриплостью, сдавление бронха с развитием ателектаза, смещение гортани при систоле сердца. Аневризма нисходящей грудной аорты проявляется признаками сдавления пищевода, болями в груди, спине. При разрыве внутренней и средней оболочек аорты поступающая в месте надрыва кровь расслаивает внутренние и наружные слои (расслаивающая аневризма). Клинически расслаивающая аневризма проявляется внезапными сильными болями за грудиной, в спине, подложечной области (в зависимости от локализации), одышкой, возбуждением. Если больной остается жив, в последующем наблюдается повышение температуры тела, лейкоцитоз, анемия. Рентгенологически при атеросклерозе аорты обычно отмечается ее расширение и удлинение. Характерным признаком является наличие в стенке отложений кальция в виде краевой каемки. При рентгенокимографии аорты зубцы становятся мелкими, неровными, более плоскими.

4) Атеросклероз мезентериальных сосудов наиболее часто проявляется болями в верхней половине живота, возникающими обычно в поздние часы после еды. Наиболее часто атеросклеротический процесс локализуется в брюшном отделе аорты. Симптоматика атеросклероза брюшной аорты определяется выраженностью и локализацией атеросклеротического процесса, поражением ветвей брюшной аорты, наличием тромбоза. При распаде атеросклеротических бляшек отторгающиеся атероматозные массы могут закрывать просвет артериальных ветвей (мезентериальные сосуды, артерии почек и нижних конечностей) с развитием соответствующей симптоматики. В случае локализации атеросклеротических бляшек в области бифуркации аорты или в подвздошных артериях отмечается синдром перемежающейся хромоты, ослабление пульсации на бедренных и подколенных артериях. Длительность болей варьирует от нескольких минут до 1 часа. Они нередко сопровождаются вздутием живота, запорами, отрыжкой. В отличие от болей при язвенной болезни они менее продолжительные, не проходят после приема гидрокарбоната натрия, могут купироваться после применения нитроглицерина. Объективно отмечаются вздутие живота, ослабление или отсутствие перистальтики, небольшое напряжение мышц брюшной стенки, умеренная болезненность при пальпации в верхней половине живота. Подобный симптомокомплекс при атеросклеротическом поражении мезентериальных артерий проявляется сильными болями в животе (брюшная жаба), а иногда проявляется иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов**. Возникает вследствие несоответствия между потребностью в кровоснабжении органов пищеварения и количеством притекающей к ним крови. Одним из осложнений атеросклероза мезентериальных сосудов является внезапное развитие в них тромбоза. Появляются постоянные резкие разлитые или блуждающие боли в животе, чаще в области пупка, тошнота, многократная рвота желчью, задержка стула и газов. В рвотных массах и кале может содержаться примесь крови. Общее состояние больных при этом значительно нарушено, нередко развивается коллаптоидное состояние, умеренно повышается температура тела. При объективном исследовании обращает на себя внимание несоответствие между интенсивностью болевого синдрома и слабовыраженной симптоматикой со стороны живота (участие живота в акте дыхания, отсутствие мышечной защиты, умеренная болезненность при пальпации). Тромбоз мезентериальных сосудов заканчивается нередко гангреной кишечника с появлением симптомов перитонита.

5) Атеросклероз почечных артерий. Основным клиническим признаком является симптоматическая артериальная гипертония. При выраженном стенозе или полной окклюзии почечной артерии гипертония характеризуется стабильностью и высокими цифрами артериального давления. При возникновении тромбоза почечных артерий появляются боли в животе и **пояснице** а иногда проявляется иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов**. Они возникают внезапно и длятся от нескольких часов до нескольких дней. Могут наблюдаться диспепсические явления в виде тошноты и рвоты. В моче нередко обнаруживаются белок, эритроциты, причем гематурия иногда может быть значительной. Артериальное давление при тромбозе почечных артерий повышается. У больных гипертонией до развития тромбоза артериальное давление возрастает.

6) Атеросклероз сосудов нижних конечностей или облитерирующий артериит ног. Основным симптомом является боль в ногах или в одной ноге, возникающая, как правило, при ходьбе. Боль носит приступообразный характер и локализуется чаще всего в икроножных мышцах, стопе, реже бедре. Больные вынуждены останавливаться, после чего боль стихает (перемежающаяся хромота). Другим симптомом являются зябкость конечностей, парестезии. При осмотре пораженная конечность холоднее, наблюдаются изменение окраски кожи (бледность с мраморным оттенком), сухость и истончение ее. В более поздних стадиях выявляются трофические язвы на пальцах ног, пятках, признаки сухой или влажной гангрены.

3. Артериит. Артериит – воспаление стенки артерии. Причина заболевания – вирусное, микробное, травматическое, лекарственное или аллергическое воспаление отдельных участков крупных артерий. Воспалённый участок артерии покрывается изнутри толстым «налётом» холестерина и тромбоцитов. Возникает фиброзное утолщение стенок данного сосуда, поэтому уменьшается кровоснабжение органов и тканей (их ишемия). Часто клиника данных заболеваний аналогична клинике поражения периферического нерва, а дисфункция периферических нервов хорошо лечится иглотерапией. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Артериит характеризуется воспалительным поражением аорты и магистральных сосудов и проявляется главным образом ишемией различных органов и тканей. **Этиология и патогенез.** В развитии аорто-артериита могут играть роль различные инфекции, лекарственные препараты и другие ксенобиотики, в ответ на применение которых в стенках аорты и крупных сосудов возникает неспецифический иммунный воспалительный процесс. У большинства больных выявляется положительная трансформация лимфоцитов с антигеном риккетсии Провачека, причем положительная реакция наблюдается только в присутствии антигена пораженной ткани аорты. **Патологоанатомическая картина.** При неспецифическом артериите обычно поражаются отдельные сегменты грудного и брюшного отделов аорты, проксимальные отделы отходящих от аорты артерий, а также подключичные, сонные, легочная артерии, поражающиеся на всем протяжении. Морфологически в стенках аорты отмечаются утолщение и воспалительно-деструктивные изменения. В медию наблюдается продуктивное воспаление с клеточной инфильтрацией и разрушением эластических волокон, в адвентиции — фиброз и утолщение, в интимае — реактивная гипертрофия, бугристость, утолщение, отложение фибрина с последующим стенозированием отдельных сегментов аорты и устьев магистральных артерий. В дальнейшем развивается склероз и гиалиноз, а в молодом возрасте — кальциноз. Возможно образование аневризм. **Клиническая картина.** Клиника заболевания определяется остротой и локализацией патологического процесса. Неспецифический артериит развивается в основном у женщин молодого возраста. При поражении общих сонных и подключичных артерий отмечаются слабость в руках, головокружение, обморочные состояния, иногда ухудшение зрения на стороне поражения. При обследовании выявляется ослабление или отсутствие пульса на лучевой, локтевой, плечевой и сонной артериях. Может выслушиваться систолический шум в области шеи и надключичной области. Выявляется асимметрия артериального давления на верхних конечностях. Поражение устьев коронарных артерий проявляется признаками стенокардии, возможно развитие инфаркта миокарда. При локализации патологического процесса в устьях почечных артерий основным синдромом является артериальная гипертония, часто резистентная к гипотензивной терапии. Стенозирование бифуркации аорты и подвздошных артерий проявляется синдромом перемежающейся хромоты. Реже при аорто-артериите наблюдается синдром абдоминальной ишемии с иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов.** В острой фазе заболевания могут наблюдаться повышение температуры тела, слабость, повышенная утомляемость, изменения в крови в виде увеличения СОЭ и повышения числа лейкоцитов. **Диагноз и дифференциальная диагностика.** Диагностика аорто-артериита базируется на клинической картине заболевания (признаки ишемии органов и тканей у лиц молодого возраста, разница артериального давления на верхних конечностях, артериальная гипертония, отсутствие или ослабление пульса, наличие систолического шума). Диагноз подтверждается при ангиографическом исследовании. Аорто-артериит необходимо дифференцировать от атеросклеротического поражения сосудов, облитерирующего тромбангиита.

4. Инсульт спинальный — острое нарушение кровообращения в спинном мозге. Как правило, наблюдаются инфаркты спинного мозга; кровоизлияния (гематомиелия) очень редки. **Как известно, если к нервным клеткам кровью не приносит кислород 3 минуты, они начинают отмирать. При инфаркте, где возникает полная закупорка сосуда разросшимися фиброзными тканями, располагающимися внутри артерии, к отдельным участкам спинного мозга кровь перестает полностью поступать «на протяжении всей оставшейся жизни».** Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что несмотря на длительное лечение врач (этих специальностей) никогда не достигнет полного излечения и даже никогда не сможет улучшить мышечную деятельность конечностей или восстановить функции внутренних органов. **Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему он не в состоянии, и направить его к невропатологу. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии.** Причиной инсульта может быть окклюзия экстраспинальных сосудов, от которых берут начало корешково-медуллярные артерии, или непосредственное поражение интрамедуллярных сосудов, однако их атеросклероз даже у пожилых больных наблюдается не более чем в 3 % случаев. Нередко нарушение кровотока связано с патологией аорты (атеросклеротический стеноз, аневризма, коарктация, осложненная аортография). Другие причины: инфаркт миокарда с падением системного артериального давления, сдавление корешково-медуллярных артерий на почве вертебрального остеохондроза, опухоли позвоночника и спинного мозга. В подавляющем большинстве случаев поражается система передней спинальной артерии, кровоснабжающей передние 2/3 спинного мозга, а по длиннику чаще страдает либо шейное утолщение, либо весь нижний отдел спинного мозга с нижегрудного уровня. Изредка наблюдается ишемия в зоне задних спинальных артерий на шейном уровне, проявляющаяся грубой сензитивной атаксией в руках. Развитие инсульта нередко предшествует боль в спине, вслед за которой возникают вялый паралич и нарушение поверхностной чувствительности ниже уровня поражения, а также тазовые расстройства. При более ограниченных зонах ишемии может остро сформироваться синдром Броуна — Секара. В случае ишемии в области смежного кровоснабжения передней и задней спинальных артерий клиническая картина напоминает боковой амиотрофический склероз. Возникновение нарушения могут быстро регрессировать, но нередко остается стойкий спинальный дефект. Параклинические данные существенно не помогают диагностике спинального инсульта. Дифференциальный диагноз проводят с миелитом (лихорадка, увеличенная СОЭ), эпидуритом (лихорадка, увеличенная СОЭ, нейтрофилез, блок на миелограмме) и метастатической опухолью позвоночника (анемия, увеличенная СОЭ, обнаружение висцеральной карциномы). Прогноз зависит от массивности зоны размягчения и сопутствующих заболеваний (поражение аорты, метастаз). **Как правило, после инфаркта спинного мозга восстановить утраченные функции мышц и внутренних органов при помощи иглотерапии и мануальной терапии не удаётся.** В редких случаях благодаря длительному лекарственному лечению и массажу удается добиться частичного восстановления движений, чувствительности и ликвидации тазовых нарушений.

5. Вертебральные и краниовертебральные врождённые аномалии — дефекты развития шейного отдела позвоночника и базальных отделов черепа. Часто вертебральные врождённые аномалии имеют симптомы, похожие на радикулит и остеохондроз. Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что, несмотря на длительное лечение, врач этих специальностей никогда не достигнет полного излечения и даже никогда не сможет улучшить мышечную деятельность конечностей и восстановить функции внутренних органов. **Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему он не в состоянии, и направить его к терапевту или хирургу. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии.** Чаще всего наблюдаются: синостоз (слияние соседних позвонков), базилярная импрессия (вдавнение краев большого затылочного отверстия в область задней черепной ямки), платибазия (уплощение основания черепа) и ассимилиция атланта (срастание атланта с черепом). Нарушение строения костной ткани и нормальных взаимоотношений между позвоночником и черепом нередко приводит к хронической дислокации ствола мозга и верхних отделов спинного мозга, а также корешков и питающих спинной мозг и ствол сосудов. До известного возраста эта патология может не проявляться. Однако в дальнейшем даже в зрелом возрасте могут впервые выявиться органические симптомы — поражение продолговатого мозга, мозжечка и верхних отделов спинного мозга, а также окклюзионная гидроцефалия.

Синдром Клиппеля — Вейля — синостоз шейных позвонков, которому могут сопутствовать окципитализация атланта, расщепление дужек позвонков и т. д. Клиническая картина: резкое укорочение шеи, кифосколиоз, ограничение подвижности головы; неврологические расстройства — пирамидные и стволовые симптомы; тазовые нарушения очень редки.

Синдром Арнольда—Киари обычно развивается на фоне костных аномалий — уменьшения размеров задней черепной ямки, коарктации затылочного отверстия, платибазии, базилярного вдавления. Костным аномалиям сопутствует смещение миндалик мозжечка в верхние отделы позвоночного канала. Клинические симптомы: головная боль, мозжечковые и стволовые расстройства, спастический тетрапарез, «нистагм, бьющий вниз», крайне редки застойные диски зрительных нервов, может наблюдаться атрофия половины языка, паралич голосовых связок, стридор. Дифференциальный диагноз — с опухолями задней черепной ямки, краниоспинальными опухолями (в частности, менингиомой большого затылочного отверстия), спино-церебеллярными дегенерациями. Оптимальное параклиническое исследование — компьютерная томография. Высокоинформативна и позитивная миелография, обнаруживающая блок на уровне кранио-verteбрального перехода. Аномалия Арнольда — Киари незаслуженно считается раритетной патологией. Следует помнить, что костные аномалии могут отсутствовать.

Переमेживающая хромота нейрогенная (каудагенная) — обусловлена дисфункцией конского хвоста, служит **врожденный стеноз поясничного отдела позвоночного канала**, либо сужение его по причине других заболеваний позвоночника (ахондроплазия, болезнь Педжета). Вне ходьбы признаков поражения конского хвоста не выявляется, за исключением снижения или выпадения ахилловых рефлексов. С началом ходьбы постепенно нарастают боли (а иногда и парестезии), возникающие в пояснице и распространяющиеся на ноги, либо, наоборот, имеющие восходящий характер. Болям и парестезиям могут сопутствовать прогрессирующие по мере ходьбы слабость в ногах, особенно часто отмечается степпаж. Изредка возникают императивные позывы к мочеиспусканию. Прекращение ходьбы обычно приводит к исчезновению всех описанных нарушений. Однако некоторые больные избавляются от болей только согнувшись вперед; в части случаев боли заставляют больного садиться или даже ложиться на тротуар. При возобновлении ходьбы вновь через некоторое время появляются боли и парестезии. По мере развития болезни участки пути, которые может преодолеть больной, все более сокращаются, и некоторые больные не рискуют выходить на улицу. От перемеживающей хромоты, обусловленной окклюзией аорты и магистральных сосудов ног, каудогенная хромота отличается как сохранностью пульсации артерий нижних конечностей, так и деталями клинической картины: отсутствием приуроченности болей только к краям, возникновением во время ходьбы парестезии и парезов. **Тем не менее подавляющая часть подобных больных, как правило, ошибочно, длительно и конечно безуспешно лечится от «облитерирующего эндартериита ног».** Решающее значение имеет миелография, обнаруживающая блокаду поясничного канала на нескольких уровнях. Каудогенная хромота возникает и у больных, страдающих дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, которая чаще всего хорошо лечится с полным восстановлением двигательных функций. Если грыжу не сможет вправить мануальный терапевт, то широкая декомпрессивная ламинэктомия приводит обычно к выздоровлению.

6. МИЕЛИТ (ПЕРВИЧНЫЙ) — воспалительное заболевание спинного мозга инфекционного (вирусного) происхождения. Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что **инфекционное воспаление спинного мозга имеет те же симптомы, что и остеохондроз и радикулит. Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему он не в состоянии, и направить его к терапевту или инфекционисту. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Вторичные миелиты, возникающие как осложнения общеинфекционных заболеваний — кори, тифа, дизентерии, скарлатины и т. д.; травматические миелиты на почве травмы, ранения позвоночника, иногда и спинного мозга; токсические миелиты при тяжелых отравлениях.**

При патологоанатомическом исследовании участки спинного мозга в местах поражения дряблы, более мягкой консистенции, поперечном разрезе серое вещество трудно отличимо от белого. Н пораженным оказывается весь поперечник спинного мозга. При микроскопическом исследовании в веществе спинного мозга отмечаются сосудисто-воспалительные изменения в виде периваскулярной инфильтрации лимфоидными и плазматическими клетками, гиперемия сосудов, стазы в них и периваскулярные кровоизлияния, а также гемorragии диапедезного и сливного характера, чаще в сером веществе. Эти изменения локализуются в одном или нескольких сегментах спинного мозга, захватывая весь его поперечник. Нервные клетки в очагах поражения изменены, в них отмечаются тигролиз и атрофии, миелиновые оболочки распадаются с разрушением осевых цилиндров, причем наблюдается восходящее и нисходящее поражение проводников. Очаги воспаления могут быть и в нескольких местах по длине спинного мозга. В случаях некротического миелита виден лишь небольшой ободок мозгового вещества, центральная часть спинного мозга заполнена детритом. В прилежащих к очагу участках нервной ткани наблюдаются отек, скопление зернистых шаров, периваскулярные кровоизлияния. При всех видах миелита в процесс вовлекаются мягкие и твердая мозговые оболочки, эпидуральная клетчатка, корешки, реже периферические нервы, в связи с чем более правильно говорить о менинго-радикуломиелите. Заболевание развивается остро после 2—3-дневного продромального периода **с повышением температуры и озноба (!!!)**. Отмечаются боль и парестезии на туловище и конечностях. Постепенно развиваются парезы и параличи. В зависимости от локализации процесса наблюдаются тетра- и параплегии. Грудной отдел спинного мозга поражается чаще. В процесс вовлекается весь поперечник спинного мозга. Наиболее типичной картиной миелита является нижняя параплегия с выпадением чувствительности по проводниковому типу с опоясывающими болями. При остром развитии болезни параплегия может быть вялой с выпадением сухожильных рефлексов, в последующем вялый паралич может перейти в спастический. При подостром течении болезни параплегия может быть сразу спастической. Клинические проявления параличей изменяются при локализации процесса в шейном или пояснично-крестцовом отделе спинного мозга. Иногда наблюдается синдром Броун-Секара. Обязательной составной частью миелита являются расстройства тазовых органов в виде задержки мочи и кала или в виде слабости сфинктеров. Быстро возникают пролежни. Поражение спинного мозга может быть и многоочаговым на шейном, грудном и поясничном участке спинного мозга одновременно. **Некротический миелит обычно развивается остро и при воздействии на нервные ткани спинного мозга вируса герпеса.** В клинической картине болезни ведущее место занимают амiotрофическая параплегия, сначала спастическая, затем вялая, расстройства функции тазовых органов. Расстройства чувствительности в начале болезни могут иметь диссоциированный характер, затем сплошной, причем изменения чувствительности по своей выраженности отстают от двигательных нарушений.

7. ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА встречаются реже опухолей головного мозга и составляют 18% всех новообразований центральной нервной системы. Многие раковые опухоли и их метастазы поражают позвоночник и первичными симптомами их являются симптомы радикулита и остеохондроза. **Если врач — иглотерапевт начнет лечение онкологического больного, то вреда ему не принесёт, но никогда и не вылечит, никогда не облегчит состояние. В то же время мануальный терапевт во время лечения может ухудшить состояние здоровья пациента. Лечение ракового больного может вызвать много необоснованных претензий, а в силу низких медицинских знаний пациент может утверждать, что раковая опухоль возникла из-за «неправильного» лечения врача.**

В-первых, надо объяснить пациенту, что за время лечения (на протяжении 10 дней) раковая опухоль не может возникнуть и увеличится до размеров куриного яйца. Для этого необходимо 5 – 10 лет.

В-вторых, перед началом лечения пожилого человека необходимо сделать рентгенологическое обследование в первую очередь позвоночника, от которого исходят боли, а также лёгких и головного мозга, где чаще всего возникает метастазирование.

В-третьих, раковая опухоль является абсолютным противопоказанием для лечения иглотерапией и мануальной терапией, и это правило врач должен соблюдать.

Чтобы избежать судебных разбирательств, жалоб пациентов и его родственников врач - иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии и проявлять известную бдительность и осторожность. Различают интрамедуллярные опухоли спинного мозга, возникающие из элементов самого мозга (эпендимомы, астроцитомы, реже олигодендроглиомы, глиобластомы и медуллобластомы), и экстрамедуллярные опухоли, растущие из образований, окружающих мозг (менингиомы, невриномы, ангиомы). Экстрамедуллярные опухоли встречаются чаще интрамедуллярных (более 80%) и делятся на экстрадуральные и субдуральные. Опухоли позвоночника, приводящие к компрессии корешков и вещества мозга, чаще метастатические (рак предстательной железы, молочной железы, матки и ее придатков, гипернефрома и др.), реже наблюдаются доброкачественные опухоли (остеомы, гемангиомы, хондромы, гигантоклеточные опухоли) и различные гранулемы. С практической точки зрения (возможность радикального излечения при своевременной диагностике) большее значение имеют экстрамедуллярные опухоли — менингиомы и невриномы, которые чаще локализуются в грудном отделе и в области корешков конского хвоста. Симптоматология опухолей спинного мозга складывается из корешковых, сегментарных и проводниковых расстройств. Нужно помнить, что раковые поражения спинного мозга и костей позвоночника могут протекать очень длительное время без болей. Корешковые боли в позвоночнике могут возникнуть на самой последней стадии развития, когда опухоль достигает огромных размеров и становится неоперабельной.

Корешковые расстройства составляют I стадию симптомов экстрамедуллярных опухолей и типичны для невриноом, растущих преимущественно из шванновской оболочки задних корешков. Локализация корешковых болей зависит от уровня поражения позвоночника: в шейном отделе, грудном, поясничном или крестцовым. **Боли при опухолях в области позвоночника абсолютно схожи с теми, которые возникают при проявлении радикулита и остеохондроза, поэтому очень большая вероятность врачебной ошибки в этом случае.** Боли носят соответственно опоясывающий, стягивающий или простреливающий характер, они нередко усиливаются в горизонтальном и несколько уменьшаются в вертикальном положении (симптом положения Раздольского). Могут наблюдаться парестезии, гипестезии.

Сегментарные расстройства проявляются двигательными нарушениями в виде атрофических парезов и параличей, чувствительными и сосудисто-вегетативными нарушениями в связи с поражением соответствующих передних, задних и боковых рогов спинного мозга. На уровне пораженных сегментов выпадают сухожильные рефлексы. Сегментарные нарушения более типичны для интрамедуллярных опухолей и являются первыми симптомами при них.

Проводниковые расстройства характеризуются двигательными нарушениями в виде **центральных парезов и параличей** ниже места локализации опухоли, а также чувствительными расстройствами и при двухстороннем поражении тазовыми нарушениями. Для экстрамедуллярных опухолей типичен синдром половинного сдавления спинного мозга (синдром Броун-Секара), который составляет II стадию этих опухолей. В дальнейшем может развиваться картина поперечного сдавления спинного мозга, характеризующаяся пара- и тетраплегией с наличием патологических знаков, повышением тонуса, сухожильных рефлексов, защитных рефлексов и других явлений спинального автоматизма ниже уровня поражения. Верхняя граница опухоли соответствует уровню расстройства чувствительности (только в случае полного анатомического перерыва мозга). Следует помнить, что граница расстройства чувствительности на определенных этапах еще не достигает своего истинного уровня в связи с неполным перерывом проводников чувствительности. При экстрамедуллярных поражениях она постепенно повышается, при интрамедуллярных опухолях — спускается сверху вниз в силу закона эксцентричного расположения длинных путей в спинном мозге (закон Ауэрбах — Флатау). Корешковые, и сегментарные проводниковые симптомы являются следствием прямого давления, раздражения или разрушения опухолью соответствующих образований, результатом нарушения нормальной циркуляции цереброспинальной жидкости в субарахноидальном пространстве спинного мозга с образованием иногда ликворного столба над очагом опухоли и сдавленной им спинного мозга, а также расстройством кровообращения по системе корешковых артерий и передней спинальной артерии. Этим объясняются допускаемые иногда ошибки в определении уровня опухоли при оценке неврологических симптомов. Важным проявлением опухоли спинного мозга считают изменения состава цереброспинальной жидкости. Рост опухоли приводит к развитию частичной или полной блокады субарахноидального пространства спинного мозга. В ее выявлении играют роль ликвородинамические пробы, заключающиеся в искусственном подъеме ликворного давления выше опухоли при сжатии кровяных и лимфатических сосудов шеи (проба Квекенштедта). Отсутствие или недостаточное распространение повышенного давления свидетельствует о нарушении проходимости ликворного пространства спинного мозга. При проведении ликвородинамических проб могут быть выявлены симптом ликворного толчка Раздольского (усиление болей в зоне сдавленного корешка) и проводниковая парестезия, что более характерно для невриноом. После люмбальной пункции может развиваться синдром вклинения (резкое усугубление проводниковых расстройств вплоть до развития синдрома полной поперечной компрессии продолговатого мозга), что патогномонично для экстрамедуллярных опухолей, особенно невриноом. Для полного блока характерно также резкое падение после взятия небольшого количества цереброспинальной жидкости. Блок субарахноидального пространства и, следовательно, уровень опухоли хорошо выявляются: миелографии с помощью введения контрастных веществ. Характер изменение состава жидкости в виде белково-клеточной диссоциации, которая может иногда достигать больших величин (40 г/л и более), в частности, при локализации блока в области конского хвоста. Выраженный гиперальбуминоз встречается более чем в 90 % случаев. Количество клеток обычно не повышено. Цереброспинальная жидкость может быть ксантохромной за счет выхода эритроцитов из сдавленных сосудов с их последующим гемолизом. При рентгенографии позвоночника иногда удается обнаружить симптом Элсберга — Дайка: корни дуг позвонков принимают неправильную форму, а расстояние между ними увеличивается. Важнейшее топико-диагностическое значение имеет обнаружение расширенного межпозвоночного отверстия при опухолях типа «песочных часов». В случае опухоли самого позвоночника устанавливают соответствующие изменения, характерные для опухолей костей — остеом, сарком, метастазов рака и т. д. Характерные изменения имеются при гемангиомах позвоночника. Следует особо подчеркнуть, что рентгенологические изменения при метастатических опухолях могут отставать от клинических симптомов, особенно корешковых болей, и выявляться на более поздних стадиях.

8. ПОЛИНЕВРОПАТИИ (ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ) – это множественное поражение нервных стволов. Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что токсические поражения нервных стволов имеют те же симптомы, что и при заболевании пациента остеохондрозом и радикулитом. Однако лечение этой патологии обязательно необходимо проводить с учётом главной причины возникновения данного заболевания. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-

иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Клиническая картина в типичных случаях полиневропатии складывается из дефектов чувствительности (в частности, парестезии) и вялых парезов, начинающихся с дистальных отделов конечностей и приводящих к ступням (англ. *steppere* — трудовая лошадь), утраты сухожильных рефлексов (раньше и чаще ахилловых). Нередки атрофии кистей и стоп, реже наблюдаются трофические расстройства и нарушения вегетативно иннервации. Краниальные нервы обычно не страдают. На ЭМГ обнаруживаются изменения денервационного характера, снижена скорость проведения по периферическим нервам. Полирадикулоневропатии характеризуются более быстрым течением, преимущественным поражением проксимальных отделов конечностей, моторные нарушения преобладают над чувствительными при форме Гийена — Барре в процессе нередко вовлекаются черепные нервы. Слабость рук может преобладать над слабостью ног. Редукция скорости проведения по нервам выражена меньше. Повышено содержание белка в цереброспинальной жидкости. Наиболее часта диабетическая полиневропатия (около 30 % всех случаев), алкогольная (30 %) и острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре (15 %).

1) Диабетическая полиневропатия на том или ином этапе возникает почти у 90 % больных диабетом тяжёлой формы. Частота невропатий приходится в очевидной связи с длительностью диабета. Немалую роль играют, очевидно, и другие не известные пока факторы. Нередко невропатия протекает без симптомов, не причиняя каких-либо страданий больному, и только выявление арефлексии (обычно выпадают ахилловы рефлексы) указывает на вовлечение в процесс нервных стволов. В рамках диабетической невропатии выделяют дистальные симметричные полиневропатии (смешанные, преимущественно сенсорные, преимущественно моторные, преимущественно вегетативные), симметричные проксимальные моторные полиневропатии, локальные и множественные невропатии (асимметричная проксимальная моторная невропатия; мононевропатии черепных нервов, например, глазодвигательных; мононевропатии межреберных нервов, туннельные невропатии). Значительные трудности встречает правильное распознавание симптомокомплекса, складывающегося из интенсивных болей и массивного исхудания бедра; указанный симптомокомплекс в определенной степени напоминает невралгическую амиотрофию, и лишь обнаружение гипергликемии позволяет отказать от предположения о злокачественной опухоли таза, сдавливающей поясничное сплетение. Очень характерны для тяжелых стадий диабета поражение вегетативных волокон, что приводит к дисфункции мочевого пузыря, регуляции артериального давления (ортостатическая гипотензия), нарушениям зрачковой иннервации. Указанные вегетативные нарушения лежат и в основе безболевых инфарктов сердца у диабетиков.

2) Алкогольная полиневропатия. Поражения периферической нервной системы возникает от токсического воздействия спирта на отдельные нервные стволы организма: на седалищный нерв, на плечевое сплетение, на ульнарный нерв и так далее. Типичен паралич лучевого нерва с развитием «свисающей кисти» («паралич субботней ночи», «паралич садовых скамеек» — большой глубоко засыпает, закинув руки за спинку скамейки), развивающийся остро после очередного приема значительных доз алкоголя. Иногда наблюдается картина плечевой плексопатии с полным параличом руки и анестезией, а в стадии восстановления — с болевым синдромом. Решающим во всех этих случаях фактором является ишемия от сдавления. Алкогольная полиневропатия чаще и более грубо поражает нижние конечности. Обычно в начальных стадиях имеется болевой синдром в стопах и икроножных мышцах, чувство онемения в стопах и кистях. Постепенно развивается снижение чувствительности по дистальному типу в виде «перчаток» и «носок», иногда с более грубым поражением волокон глубокой чувствительности. В этих случаях рано выпадают сухожильные рефлексы, развивается сенситивная атаксия и картина «псевдотабеса»; в отличие от спинной сухотки характерна болезненность при сдавлении икроножных мышц. Иногда отмечаются симптомы поражения по типу смешанной полиневропатии с присоединением дистальных атрофических парезов. Алкогольная полиневропатия может иметь рецидивирующее течение. Иногда в цереброспинальной жидкости наблюдается умеренно выраженная белково-клеточная диссоциация. Мышечные боли, болезненность и отечность имеют самую различную локализацию, могут вовлекаться многочисленные скелетные мышцы. В тяжелых случаях наблюдаются распространенные некрозы мышечных волокон, миоглобинурия, поражение почек и гиперкалиемия. Наблюдаются болезненные крампи. Активность креатинкиназы в плазме часто повышена; существует также подострая безболевая миопатия, проходящая при воздержании от алкоголя. Алкогольная миопатия может носить острый, подострый и хронический характер. Так как алкоголики одновременно ещё и курят, то у них часто возникает **табачно-алкогольная амблиопия** — атрофия зрительных нервов с резким снижением зрения по типу ретробульбарного неврита.

3) Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре — аутоаллергия к нервным клеткам, которая опасна для человека тем, что быстро разрушает нервные ткани организма и приводит к смерти. Но начинается демиелинизирующая полирадикулоневропатия клиническими симптомами, похожими на множественные радикулиты и остеохондрозы. При этой патологии антитела фактически «пожирают» собственные нервные клетки. В развитии процесса имеют значение гуморальные и клеточные иммунные механизмы. Экспериментально путем повторных введений животным эмульсий периферических нервных стволов воспроизведен «аллергический неврит», который по клиническим и морфологическим проявлениям сходен с острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатией человека. В сыворотке больных обнаруживаются антитела к миелину периферических нервов. В острой фазе болезни увеличивается концентрация иммуноглобулинов IgM и IgA. Установлено, что скопление иммунных комплексов по ходу миелиновых оболочек периферических нервов и корешков может вести к распаду миелина, который является мишенью для иммунологической атаки. Существует определенную фазность течения процесса. Сначала отмечается отек и расширение эндоневрального интерстиция, растворение базальной мембраны, деформация леммоцитов. Затем наступает внедрение моноцитов в миелиновое волокно с последующей воспалительной реакцией. При тяжелых формах наряду с выраженным распадом миелина возникает дегенерация аксона. В этих случаях полного восстановления двигательных функций не наступает. **Клиническая картина.** Развитию неврологических симптомов у 30—60 % больных предшествуют инфекции, а также самые различные заболевания. Чаще заболевают молодые люди. **Ведущий симптом болезни — вялые параличи, развивающиеся без лихорадки, им иногда предшествуют парестезии и боль, которые часто расцениваются как боли по причине остеохондроза или радикулита.** Парезы чаще всего начинаются с ног, иногда по типу восходящего паралича. Нарастание парезов и параличей занимает срок от нескольких дней до 1 мес. Часто вовлекаются черепные нервы: лицевые (*diplegia facialis*), реже блуждающий, языкоглоточный и подъязычный. В 25—30 % случаев отмечается крайне тяжелое течение полирадикулоневропатии с поражением респираторной и бульварной мускулатуры, что требует применения ИВЛ. Расстройства чувствительности представлены обычно неглубокими гипалгезиями по типу перчаток и носков. Выražены спонтанные боли, симптомы натяжения, болезненна пальпация мышц, нервных стволов. В ряде случаев нарушается мышечно-суставное чувство, изредка могут наблюдаться и тазовые нарушения. Сухожильные рефлексы снижаются, а затем исчезают. В цереброспинальной жидкости в большинстве случаев белково-клеточная диссоциация повышение обнаруживается обычно лишь к 10-му дню болезни, гиперальбуминоз может достигать 3—5 г/л, что очень часто ведет к предположению об опухоли спинного мозга. Резкое снижение скорости проведения по нервам выявляется лишь через 7—14 дней болезни. Восстановление движений начинается на 3-й неделе болезни, а в тяжелых случаях — на 2-м месяце и продолжается без рецидивов в течении 2—6 месяцев, но иногда затягивается до 1—2 лет. Дифференциальный диагноз проводят с острым глиомиелитом, энцефаломиелитами различной этиологии. Остаточные явления отмечаются у 7—22 % больных, перенесших тяжелую форму.

4) Полиневропатии при гематогенном распространении инфекции вируса опоясывающего лишая. В редких случаях спустя 3 недели после появления *herpes zoster* может возникать острая полирадикулоневропатия по типу синдрома Гийена — Барре. В цереброспинальной

жидкости отмечается небольшое увеличение содержания белка, лимфоцитарный плеоцитоз. Морфологически обнаруживается сегментарная демиелинизация в сочетании с аксональной. Диагноз при типичных формах, протекающих с сегментарными герпетическими высыпаниями, не представляет трудностей. При отсутствии высыпаний ограниченные гиперпатии с признаками моторного дефицита необходимо дифференцировать от полирадикулоневропатий при сахарном диабете, при редких формах генерализованной вирусной инфекции с острыми воспалительными демиелинизирующими полирадикулоневропатиями.

Далее располагаются рисунки из «АТЛАСА». Атлас смотри в папке «Атлас акупунктурных точек. doc».

[Для просмотра «АТЛАСА ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ» нажмите на клавиатуре клавишу «CTRL», потом наведите курсор на эту строку и щёлкните левой клавишей мышки.](#)

На обратной стороне обложки книги напечатать:



Автор книги Молостов В.Д. со студенческой скамьи был страстно увлечен восточной медициной. После окончания Минского медицинского института молодой перспективный врач получил возможность пройти стажировку по восточным методам лечения в Китае, а также у лучших отечественных специалистов. Многолетние научные исследования и успешная практическая деятельность В. Д. Молостова нашли отражение в данной книге. Опубликовал 15 монографий по медицине (неврология, акупунктура, акупрессура, мануальная терапия) и 3 по философии. Основное направление научных исследований в иглотерапии — решение проблемы функциональной деятельности акупунктурных точек и систематизация энергетических методов лечения. Основная тема социологических исследований - поиск объективных законов старения человеческой цивилизации, расчеты длительности ее существования, определение космической роли общества.

Основная тема философских исследований доктора Молостова В. Д. является процесс старения и длительность существования нашей земной, человеческой цивилизации. Общество, цивилизация – это тоже живой организм, тоже биологический объект, но значительно большего размера, чем человек. Наша земная цивилизация будет существовать долго, но, в конце концов, она вынуждена будет погибнуть от собственной старости. Нет ничего вечного в этом мире. Не вечно будет существовать Разум. Разум приведет к возникновению науки и техники, а чрезмерный научно-технический прогресс общества через миллионы лет приведет человечество к гибели по причине предельно сильного распыления человечества по бесконечным просторам Вселенной, что вызовет процесс комической асоциализации общества. *Все, кого заинтересовали проблемы, поднятые автором этой увлекательной книги, могут связаться с ним по телефону: Республика Беларусь, Минск, (код 8-10-375-17) 270-70-75. E-mail: molostov_valery@tut.by. Некоторые параграфы книги и информацию об авторе можно прочитать в Internet по адресу: www.molostovvd.narod.ru.*

Вариант № 2. ТЕКСТ НА ЗАДНЕЙ ОБЛОЖКЕ КНИГИ.

Автор книги Молостов В.Д. со студенческой скамьи был страстно увлечен восточной медициной. После окончания Минского Медицинского Института молодой перспективный врач получил возможность пройти стажировку по восточным методам лечения в Китае, а также у лучших отечественных специалистов. Врачебный опыт указывал на высокую эффективность лечения остеохондрозов при сочетании иглотерапии и мануальной терапии. В. Д. Молостов стал широко применять другой метод немедикаментозного лечения – мануальную терапию. Многолетние научные исследования и успешная практическая деятельность В. Д. Молостова нашли отражение в данной книге. Изучив ее, читатель приобретает достаточные знания по применению акупунктурного метода лечения, по точечному массажу, познает лёгкие приёмы мануальной терапии, которые легко выполняются в домашних условиях, и сможет избавиться от многих болезней.

Все, кого заинтересовали проблемы, поднятые автором этой увлекательной книги, могут связаться с ним по телефону: Республика Беларусь, Минск, (код 8--10-375-017) 270-70-75. E-mail: molostov_valery@tut.by. Некоторые параграфы книги и информацию об авторе можно прочитать в Internet по адресу: www.molostovvd.narod.ru

Таблица 21. Перечисление точек ушной раковины, УТ. Международная номенклатура.

<p>1. Анестезия зубов (№ 1) верхней челюсти. 2. Нёбо 3. Дно ротовой полости 4. Язык 5. Челюсть верхняя 6. Челюсть нижняя 7. Анестезия зубов (№ 2) нижней челюсти. 8. Глаз (орган) 9. Внутреннее ухо 10. Миндалины 11. Скула (щека) 12. Вершина трагуса 13. Надпочечники 14. Нос наружный 15. Горло 16. Нос внутренний 17. Жажда 18. Голод 19. Гипертония 20. Наружное ухо 21. Сердце № 1 (сосуды) 22. Гормоны (гипофиз) 23. Половые железы 24. Глаза (зрение) № 1 и 2 25. Мозг головной 26. Зубная боль 27. Горло и зубы 28. Гипофиз 29. Затылок 30. Слюнные железы 31. Купирующая астму (№ 1) 32. Тестикулярная (точка яичка) 33. Лоб 34. Кора головного мозга 35. Висок 36. Вершина черепа 37. Позвонки шейные 38. Копчик 39. Позвонки грудные 40. Позвонки поясничные 41. Шея 42. Грудь 43. Живот 44. Грудные железы 45. Щитовидная железа 46. Пальцы стопы 47. Пятка 48. Лодыжка 49. Колено 50. Бедро 51. Вегетатика (либидо), точка секса № 1. 52. Ишиас 53. Ягодица 54. Люмбалгия 55. Шэнь-мэнь (точка мозга и анестезирующая точка)</p>	<p>56. Шейка матки 57. Тазобедренный сустав 58. Матка (точка секса № 2). 59. Гипотензивная точка 60. Астма (№ 2, смотри 31) 61. Печени № 1 (расстройства) 62. Пальцы кисти 63. Ключица 64. Плечевой сустав 65. Плечо 66. Локоть 67. Запястье 68. Аппендикс (№ 1) 69. Аппендикс (№ 2) 70. Аппендикс (№ 3) 71. Крапивница 72. Край раковины уха (геликса, точки №1 — 6). 73. Миндалины (№ 1) 74. Миндалины (№ 2) 75. Миндалины (№ 3) 76. Печень «ян» (№ 2, смотри 61) 77. Печень «ян» (№ 3) 78. Геликса вершина (смотри 72) 79. Копулятивные органы 80. Мочеточник 81. Прямая кишка 82. Диафрагма 83. Солнечное сплетение, точка нулевая или «зероу» 84. Рот 85. Пищевод 86. Желудка (кардия) 87. Желудок 88. Дуоденум (двенадцатиперстная кишка) 89. Тонкий кишечник 90. Аппендикс (№ 4, смотри 68, 69, 70) 91. Толстый кишечник 92. Мочевой пузырь 93. Простата 94. Уретра 95. Почки 96. Панкреас (поджелудочная железа) и желчный пузырь 97. Печень 98. Селезенка 99. Асцит 100. Сердце № 2 (смотри 21) 101. Легкие 102. Бронхи 103. Трахея 104. «Три обогревателя» 105. Кровопускание и гипотензивное действие 106. Низ спины 107. Верх спины 108. Середина спины 109. Низ живота 110. Верх живота</p>
--	--

Таблица 22. Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания.

Заболевание органа	Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания
Заболевания периферической нервной системы	кунь-лунь (V.60); сюань-чжун (VB ₃₉)
Заболевания вегетативной нервной системы (преимущественно)	фэн-чи (VB.20); тянь-чжу (V.10); жань-гу (R.2)

симпатического отдела)	
Заболевания мышц	ян-лин-цюань (VB.34)
Заболевания костей	да-чжу (V.11)
Боль в верхней половине тела	хэ-гу (GI.4)
Боль в нижней половине тела	цзу-сань-ли (E.36)
Боль в суставах верхней конечности	вай-гуань (TR.5)
Боль в суставах нижней конечности	цзу-линг-ци(VB.41)
Спинальные нарушения	сюань-чжун (VB.39)
Боль в верхней конечности	вай-гуань (TR.5) с противоположной стороны
Боль в нижней конечности	ся-цзюй-сюй (E.39) — также с противоположной стороны
Гипофиз в целом	бай-хуэй (T.20); фэн-фу (T.16)
Передняя доля гипофиза	гуань-мин (VB.37); ци-сюе (R.13) в сочетании с сань-инь-цзяо (RP.6); хэ-гу (GI.4); чжи-ши (V.52)
Задняя доля гипофиза	кунь-лунь(V.60); шэнь-дао (T.11)
Щитовидная железа	фу-лю (R.7)
Паращитовидная железа	тай-чун (F.3); нэй-гуань (MC.6)
Надпочечная железа	фу-лю(R.7); чжи-ши (V.52)
Поджелудочная железа	тай-си (R.3); тай-бай (RP.3); сань-инь-цзяо (RP.6)
Яичники	сань-инь-цзяо (RP.6), фу-лю (R7)
Яички	мин-мэнь (T.4)
Заболевания мочеполовой системы	ба-ляо (V.31 – V.34)
Заболевания органов дыхания	тань-чжун (J.17); фэй-шу (V.13)
Заболевания вен	ян-фу (VB.38); ба-ляо (V.31 – V.34)
Заболевания артерий	чжун-чун (MC.9); тай-юань (P.9)
Анемия	гао-хуан (V.43)
Заболевания органов пищеварения	чжун-вань (J.12)
Заболевания толстого кишечника	да-чан-шу (V.25) - поперечно-ободочную, шэнь-шу (V.23) - восходящую; ци-хай-шу (V.24) - нисходящую
Диафрагма	гэ-шу (V.17)
Общая противоспастическая точка (воздействие на гладкую мускулатуру)	тай-чун (F.13)
Заболевания уха	хэ-гу (GI.4)
Кожные болезни	ле-цюе (P.7); вэй-чжун (V.40)
Болезни сердца	да-лин (MC.7); гэ-шу (V.17)

ТАБЛИЦА 23.

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ.

Существует три вида канально – цифровой классификации акупунктурных точек: немецкая, английская и французская. Словесные обозначения точек (нецифровые) могут быть только на китайском, японском или вьетнамском языках: точка R.18 звучит на китайском языке как «ши-гуань», что переводится как «каменная граница», точка GI.14 – би-нао, что переводится «мышца руки». Иногда в этой книге и очень часто в других научных изданиях по акупунктуре обозначение многих точек даётся не по канально-цифровой классификации (P.3, PR.7, TR.9 и так далее), а на основании звучания названия точки на китайском языке (вань-гу, да-чжу, хэ-гу и так далее). Особенно часто словестно-китайское (нецифровое) обозначение точек используется в переводной китайской литературе. Алфавитный список словесного обозначения наиболее часто употребляемых практическими врачами акупунктурных точек на китайском языке даёт возможность лучше ориентироваться в читаемом тексте по акупунктуре.

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК

словесного обозначения канальных точек на китайском языке.

Используется французская канально – цифровая классификация акупунктурных точек, где **буквенные обозначения каналов имеют следующую аббревиатуру:** P — канал легких, GI — канал толстого кишечника, E — канал желудка, RP — канал селезенки, C — канал сердца, IG — канал тонкого кишечника, V — канал мочевого пузыря, R — канал почек, MC — канал перикарда, TR — канал трех полостей тела (САНЬ-ЦЗЯО), VB — канал желчного пузыря, F — канал печени, J — передний срединный канал, ЖЭНЬ-МАЙ, Т — задний срединный канал, ДУ-МАЙ.

№№ точки и канала	Название точки	№№ точки и канала	Название точки
V.30	бай-хуань-шу	IG.12	бин-фэн
T.20	бай-хуэй	E.19	бу-жун
V.53	бао-хуан	R.22	бу-лан
E.31	би-гуань	VB.13	бэнь-шэнь
GI.14	би-нао		
TR.5	вай-гуань	GI.7	вэнь-лю
E.26	вай-лин	V.50	вэй-цан
VB.36	вай-цю	V.40	вэй-чжун
GI.4	вань-гу	V.21	вэй-шу
VB.12	вань-гу	V.39	вэй-ян
VB.28	вэй-дао		
V.18	гань-шу	J.4	гуань-юань
V.43	гао-хуан(-шу)	E.29	гуй-лай
VB.37	гуан-мин	RP.4	гуань-сунь
E.22	гуань-мэнь	V.46	гэ-гуань
TR.1	гуань-чун	V.17	гэ-шу
V.26	гуань-юань-шу		
RP.21	да-бао	T.14	да-чжуй
RP.2	да-ду	R.4	да-чжун
F.1	да-дунь	VB.26	дай-май
E.5	да-ин	V.19	дань-шу
MC.9	да-лин	VB.42	ди-у-хуэй
R.12	да-хэ	E.4	ди-цан
RP.15	да-хэн	RP.8	ди-цзи
E.27	да-цзюй	E.35	ду-би
V.25	да-чан-шу	V.16	ду-шу
V.11	да-чжу	T.27	дуй-дуань
TR.2	е-мэнь		

R.2	жань-гу	E.17	жу-чжун
VB.24	жи-юе	E.9	жэнь-ин
E.18	жу-гэнь	T.26	жэнь-чжун
V.45	и-си	R.19	инь-ду
TR.17	и-фэн	RP.9	инь-лин-цюань
V.49	и-шэ		инь-лянь
GI.20	ин-сян	F.11	инь-мэнь
E.16	ин-чуан	V.37	инь-си
RP.9	инь-бао	C.6	инь-цзяо
F.1	инь-бай	T.28	инь-цзяо
R.10	инь-гу	J.7	инь-ши
		E.33	
E.14	ку-фан	V.60	кунь-лунь
P.6	кун-цзуй		
MC.8	лао-гун	V.8	ло-цюе
P.7	ле-цюе	RP.7	лоу-гу
F.5	ли-гоу	TR.19	лу-си
E.45	ли-дуй	E.21	лян-мэнь
C.4	лин-дао	E.34	лян-цю
R.24	лин-сюй	J.23	лянь-цюань
T.10	лин-тай		
T.4	мин-мэнь	V.3	мэй-чун
VB.16	му-чуан		
VB.19	нао-кун	IG.10	нао-шу
T.17	нао-ху	MC.6	нэй-гуань
TR.13	нао-хуэй	E.44	нэй-тин
V.28	пан-гуан-шу	V.61	пу-шэнь
V.20	пи-шу	GI.6	пянь-ли
V.42	по-ху		
RP.6	сань-инь-цзяо	.21	сюань-цзи
GI.3	сань-цзянь	VB.39	сюань-чжун
V.22	сань-цзяо-шу	T.5	сюань-шу
TR.8	сань-ян-ло	RP.10	сюе-хай
M.C4	си-мэнь	RP.19	сюн-сян
V.B33	си-ян-гуань	P.4	ся-бай
F.2	син-цзянь	J.10	ся-вань

T.22	синь-хуэй	E.7	ся-гуань
V.15	синь-шу	GI.8	ся-лянь
T.25	су-ляо	V.34	ся-ляо
E.2	сы-бай	VB.43	ся-си
TR.9	сы-ду	E.39	ся-цзюй-сюй
R.14	сы-мань	E.43	сянь-гу
TR.23	сы-чжу-кун	TR.12	сяо-лэ
VB.6	сюань-ли	V.27	сяо-чан-шу
VB.5	сюань-лу	IG.8	сяо-хай
RP.3	тай-бай	IG.17	тянь-жун
E.23	тай-и	TR.15	тянь-ляо
R.3	тай-си	RP.18	тянь-си
F.3	тай-чун	J.22	тянь-ту
P.9	тан-юань	P.3	тянь-фу
J.17	тань-чжун	MC.1	тянь-хуэй
T.13	тао-дао	TR.10	тянь-цзин
IG.19	тин-гун	IG.11	тянь-цзун
VB.2	тин-хуэй	MC.2	тянь-цзоань
E.8	тоу-вэй	MC.1	тянь-чи
VB.15	тоу-лин-ци	V.10	тянь-чжу
VB.11	тоу-цяо-инь	VB.9	тянь-чун
V.66	тун-гу	IG.1	тянь-чуан
C.5	тун-ли	E.25	тянь-шу
V.7	туи-тянь	TR.10	тянь-ю
VB.1	тун-цзы-ляо	E.38	тяо-коу
GI.17	тянь-дин		
E.15	у-и	VB.27	у-шу
V.5	у-чу		
RP.16	фу-ай	RP.13	фу-шэ
VB.10	фу-бай	V.59	фу-ян
R.7	фу-лю	V.13	фэй-шу
V.38	фу-си	V.58	фэй-ян
GI.18	фу-ту	E.40	фэн-лун
E.32	фу-ту	V.12	фэн-мэнь
R.20	фу-тун-гу	T.16	фэн-фу
V.41	фу-фэнь	VB.20	фэн-чи
RP.14	фу-цзе	VB.31	фэн-ци

VB.4	хань-янь	J.1	хуэй-инь
T. 19	хоу-дин	TR.7	хуэй-цзун
IG.3	хоу-си	V.35	хуэй-ян
J.20	хуа-гай	GI.4	хэ-гу
E.24	хуа-жоу-мэнь	GI.19	хэ-ляо
V.51	хуан-мэнь	TR.22	хэ-ляо
R.16	хуан-шу	V.55	хэ-ян
VB.30	хуань-гяо	R.11	хэн-гу
V.47	хунь-мэнь		
E.41	цзе-си	GI.15	цзянь-юй
F.12	цзи-май	R.8	цзяо-синь
RP.11	цзи-мэнь	TR.20	цзяо-сунь
C.1	цзи-цоань	F.7	ци-гуань
IG.2	цзи-чжу	TR.18	ци-май
T.6	цзи-чжун	F.14	ци-мэнь
V.64	цзин-гу	R.13	ци-сюе
VB.25	цзин-мэнь	J.6	ци-хай
P.8	цзин-цой	V.24	ци-хай-шу
V.63	цзинь-мэнь	E.13	ци-ху
T.8	цзинь-со	E.30	ци-чун
VB.41	цзу-лин-ци	E.11	ци-шэ
E.36	цзу-сань-ли	J.8	ци-янь
V.66	цзу-тун-гу	C.2	цин-лин
F.10	цзу-у-ли	TR.11	цин-лэн-юань
VB.44	цзу-цяо-инь	V.1	цин-мин
VB.33	цзу-ян-гуань	V.2	цуань-чжу
J.19	цзя-гун	V.32	цы-ляо
J.15	цзю-вэй	VB.40	цю-сюй
V.14	цзюе-инь-шу	IG.18	цюань-ляо
GI.16	цзюй-гу	VB.7	цюй-бинь
E.3	цзюй-ляо	J.2	цюй-гу
VB.29	цзюй-ляо	MC.3	цюй-цзэ
J.14	цзюй-цюе	F.8	цюй-цюань
E.6	цзя-чэ	V.4	цюй-ча
IG.14	цзинь-най-шу	GI.11	цюй-чи
J.11	цзянь-ли	IG.13	цюй-юапъ
TR.14	цзянь-ляо	ЕЛ 2	цюе-пэнь
VB.21	цзянь-цзин	T.18	цян-цзянь
IG.15	цзянь-чжун-шу	IG.2	цян-гу
IG.9	цзянь-чжэнь	T.21	цян-дин

MC.5	цзянь-ши		
T.1	чан-цяи	F.4	чжун-фэн
F.13	чжан-мэнь	J.3	чжун-цзи
R.6	чжао-хай	R.15	чжун-чжу
V.54	чжи-бянь	TR.3	чжун-чжу
TR.6	чжи-гоу	MC.9	чжун-чун
V.67	чжи-инь	T.7	чжун-шу
IG.7	чжи-чжэн	VB.17	чжэн-ин
V.52	чжи-ши	VB.23	чжэ-цзинь
T.9	чжи-ян	P.5	чи-цзе
RP.20	чжоу-жун	RP.12	чун-мэнь
GI.12	чжоу-ляо	E.42	цун-ян
R.6	чжу-бинь	V.6	чэн-гуан
J.12	чжун-вань	VB.18	чэн-лин
VB.32	чжун-ду	E.20	чэн-мань
F.6	чжун-ду	V.36	чэн-фу

V.29	чжун-люй-шу	V.56	чэн-цзинь
V.33	чжун-ляо	J.24	чэн-цзян
J.16	чжун-тин	E.1	чэн-ци
P.1	чжун-фу	V.57	чэн-шань
J.13	шан-вань	GI.13	шоу-у-ли
VB.3	шан-гуань	V.65	шу-гу
GI.9	шан-лянь	R.27	шу-фу
V.31	шан-ляо	VB.8	шуай-гу
T.23	шан-син	E.28	шуй-дао
E.37	шан-цзюй-сюй	E.10	шуй-ту
RP.5	шан-цю	J.9	шуй-фэнь
R.17	шан-цюй	R.5	шуй-цюань
GI.1	шан-ян	T.11	шэнь-дао

J.17	шань-чжун	V.62	шэнь-май
C.8	шао-фу	C.7	шэнь-мэнь
C.3	шао-хай	V.44	шэнь-тан
IG.1	шао-цзэ	T.24	шэнь-тин
C.9	шао-чун	R.23	шэнь-фэн
P.11	шао-шан	R.25	шэнь-цан
R.18	ши-гуань	J.8	шэнь-цюе
RP.17	ши-доу	T.12	шэнь-чжу
J.5	ши-мэнь	V.23	шлмь-шу
GI.10	шоу-сань-ли		
TR.21	эр-мэнь	GI.2	эр-цзянь
R.21	ю-мэнь	R.26	юй-чжун
VB.22	юань-е	V.9	юй-чжэнь
J.18	юй-гаи	R.1	юн-цюань
P.10	юй-цзи	P.2	юнь-мэнь
T. 15	я-мэнь	VB.34	ян-лин-цюауь
VB.14	ям бай	VB.38	ян-фу
V.48	ям ган	VB.35	ян-цзяо
IG.5	мн-гу	TR.4	ян-чи
IG.6	ян-лао	T.2	яо-шу
GI.5	ян-си	T.3	яо-ян-гуань

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК

словесного обозначения внеканальных (ВТ) и новых (НТ) точек на китайском языке.

Цифровая аббревиатура акупунктурных точек даётся в данной таблице по общепризнанной у иглотерапевтов Международной классификации, но буквенная аббревиатура точки обозначаются на русском языке: новая точка – НТ, внеканальная точка - ВТ. **Обозначение общей локализации точки:** г — голова и шея, п — передняя область туловища (грудь и живот), з — задняя область туловища, р — рука, н — нога.

№№ точки и канала	Название точки	№№ точки и канала	Название точки
НТ.27-г	ань-мянь 1	НТ.28-г	ань-мянь 2

BT.107-р	ба-се	BT.163-н	бай-чун-во
BT.107-р	ба-сие	BT.98-р	бай-мэнь
BT.137-н	ба-фэн	BTЛ6-г	би-лю
BT.53-з	ба-хуа	HT.12-г	би-тун
BT.62-з	ба-шу	BT.115-р	би-чжун
BT.61-з	ба-чжуй-ся	HT.12-г	би-чуан
BT.30-г	бай-лао	HT.93-н	бинь-шан
BT.52-з	бай-чжун-фэнь	BT.26-г	бянь-тяо (-ти)
HT.46-з	вай-дин-чуань	HT.80-н	вань-ли
BT.109-р	вай-лао-гун	BT.47-п	вэй-бао
HT.11-г	вай-мин	BT.62-з	вэй-гуань-ся-шу
BT.43-п	вай-сы-мань	HT.48-з	вэй-жэ-сюе
BT.151-н	вай-хуай-цзянь	BT.110-р	вэй-лин
BT.22-г	вай-цзинь-цзинь	HT.37-п	вэй-лэ
HT.11-г	вай-цин-мин	HT.100-н	вэй-шан
HT.101-н	вай-чжи-ли	HT.55-з	вэй-шу
BT.22-г	вай-юй-е		
HT.49-з	гань-жэ-сюе	HT.68-р	гун-чжун
HT.88-н	гань-янь-дань	HT.83-н	гэнь-цзин
BT100-р	да-гу-кун	HT.45-з	дин-чуань
BT.161-н	да-лунь	BT.51-з	дин-чуань
HT.90-н	да-цзянь	HT.93-н	дин-шан
BT.152-н	дан-нан-сюе	BT.113-р	дин-шу
BT.19-г	ди-хэ		
BT.125-р	е-лин		
HT.30-г	жун-хоу		
BT13-г	и-мин	BT.166-н	инь-вэй 1
HT.23-г	и-мин-ся	BT.167-н	инь-вэй 2
BT.45-п	и-цзин	BT.168-н	инь-вэй 3

BT.103-р	и-шань-мэнь	HT.104-н	инь-кан
BT.62-з	и-шу	BT.60-з	инь-коу
HT.66-р	ин-ся	BT.3-г	инь-тан

НТ.71-р	ин-ся	НТ.103-н	инь-шан
ВТ.157-н	куань-гу	НТ.54-з	куй-ян-сюе
ВТ.142-н	лань-вэй-сюе	НТ.62-р	ло-лин-у
НТ.81-н	ли-вай	ВТ.27-г	ло-цзин
ВТ.130-н	ли-нэй-тин	НТ.42-з	ло-цзин-чжуй-пан
НТ.82-н	ли-шан	ВТ.108-р	ло-чжэнь
ВТ.171-н	лин-бао	НТ.65-р	ло-шан
НТ.92-н	лин-ся	НТ13-г	лун-сюе
ВТ.153-н	лин-хоу	НТ.91-н	лун-чжун
ВТ.154-н	лин-хоу-ся	ВТ.34-п	лун-хань
НТ.38-п	лин-яо	ВТ.58-з	лян-янь
НТ.83-н	ло-ди	ВТ.160-н	ляо-ляо
НТ.98-н	май-бу	ВТ.91-р	му-чжи-цзэ-хэн-вэнь
НТ.56-з	мин-мэнь-цзя-цзи	ВТ.36-п	мэй-хуа
ВТ.93-р	мин-янь	ВТ.6-г	мэй-чжун
ВТ.87-р	му-чжи-ян		
ВТ.131-н	му-чжи-ли-хэн-вэнь		
ВТ.136-н	му-чжи-хэн-ли-сань-мао		
НТ.78-н	нао-цин	НТ.67-р	ню-шан-сюе
НТ.73-р	нао-шан	НТ.61-р	нюэ-мэнь
ВТ.146-н	нэй-хуай-цзянь	ВТ.138-н	ной-си
ВТ.97-р	нэй-ян-чи		
ВТ.24-г	пан-лянь-цюань	НТ.59-з	пан-чиан
НТ.32-г	пан-лянь-цюань	ВТ.66-з	пи-гэнь
НТ.76-н	пан-гу	НТ.51-з	пи-жэ-сюе
ВТ.96-р	пан-лао-гун	ВТ.82-з	пинь-сюе-лин
ВТ.17-г	сань-сяо	НТ.43-з	сюе-дянь
НТ.73-р	сань-цзяо-цзи	ВТ.69-з	сюе-фу
ВТ.39-п	сань-цзяо-цзю	ВТ.67-з	сюе-чоу
ВТ.123-р	сань-чи	ВТ.120-р	ся-вэнь-ло
ВТ.99-р	сань-шан	ВТ.18-г	ся-ди-цан
ВТ.104-р	сань-шань-мэнь	ВТ.141-н	ся-кунь-лунь
ВТ.155-н	си-вай	НТ.99-н	ся-у-ли
ВТ.144-н	си-ся	НТ.33-г	ся-фу-ту
НТ.64-р	си-шан	НТ.78-н	ся-цзе-си
ВТ.145-н	си-янь	ВТ.71-з	ся-цзи-шу
НТ.29-г	син-фэнь	НТ.2-г	ся-цин-мин

НТ.96-н	синь-фу-ту	ВТ.80-з	ся-чжуй
ВТ.29-г ВТ.55-з ВТ.169-н ВТ.94-р НТ.94-н ВТ.1-г	синь-ши синь-шу сы-лянь сы-фэнь сы-цянь сы-шэнь-цун	НТ.8-г ВТ.102-р ВТ.105-р ВТ.135-р ВТ.88-з ВТ.108-р	ся-чэн-ци сяо-гу-кун сяо-чжи-цзэ сяо-чи-ян сяо-чи-ян сян-цянь
ВТ.140-н НТ.70-р ВТ.9-г ВТ.33-п ВТ.37-п НТ.39-п НТ.14-г НТ.16-г	тай-инь-цзяо тая-цзянь тай-ян тань-чуан ти-вэй ти-то (-сюе) тин-лин тин-минь	НТ.13-г ВТ.50-п НТ.15-г ВТ.5-г ВТ.83-з ВТ.126-р НТ.24-г НТ.57-з	тин-сюе тин-тоу тин-цзун тоу-гуан-мин тунь-чжун тянь-лин тянь-тин тяо-юе
ВТ.170-н ВТ.89-р ВТ.28-г	у-лин фэн-гуань фэн-янь	ВТ.55-з ВТ.92-р	у-мин-ся фэн-янь
ВТ.18-г ВТ.129-р НТ.18-г НТ.19-г НТ.105-н НТ.20-г НТ.21-г ВТ.72-з	хай-сяо хоу-е хоу-тин-гун хоу-тин-сюе хоу-сюе-хай хоу-тин-хуэй хоу-цзун хоу-ци-мэнь	НТ.107-н ВТ.85-з ВТ.85-з ВТ.84-з ВТ.23-г ВТ.156-н ВТ.40-п	хоу-ян-гуань хуа-то-цзя-цзи хуа-цзи хуань-чжун хун-инь хэ-дин хэн-вэнь

ВТ.65-з	цзе-гу	ВТ.57-з	цзюй-цзюе-шу
НТ.47-з	цзе-жэ-сюе	ВТ.15-г	цзя-би
ВТ.65-з	цзе-си	НТ.35-г	цзя-ли
НТ106-н	цзе-цзянь	НТ.35-г	цзя-нэй
НТ.36-п	цзи-синь	ВТ.85-з	цзя-цзи
НТ.95-н	цзи-ся	ВТ.18-г	цзя-чэн-цзян
ВТ.69-з	цзи-цзюй-пи-куай	НТ.3-г	цзян-мин
ВТ.111-р	цзин-лин	НТ.4-г	цзянь-мин 1
НТ.79-н	цзин-ся	НТ.5-г	цзянь-мин 2
НТ.34-г	цзин-чжун	НТ.6-г	цзянь-мин 3
ВТ.42-п	цзин-чжун	НТ.7-г	цзянь-мин 4
ВТ.20-г	цзинь-цзинь	НТ.53-з	цзянь-мин 5
ВТ.35-п	цзо-и	НТ.72-р	цзянь-мин
ВТ.164-н	цзу-ло	НТ.93-н	цзянь-си
ВТ.162н	цзу-мин	ВТ.127-р	цзянь-шу
ВТ.133-н	цзу-синь	НТ.73-р	цзянь-юй-ся
ВТ.143-н	цзу-чжун-пин	ВТ.150-н	цзяо-и
НТ.78-н	цзу-ся-чуй-дянь	НТ.3-г	цзянь-ян
НТ.91-н	цзун-лун	НТ.99-н	цзяо-лин
ВТ.49-п	цзы-гун	ВТ.46-п	ци-мэнь

ВТ.116-р	цзэ-ся	НТ.44-з	ди-цзин-чжуй-пан
ВТ.117-р	цзэ-цянь	ВТ.41-п	ци-чжун
НТ.32-г	дзэн-ин	ВТ.59-з	ци-чуань
НТ.9-г	цзэн-мин 1	ВТ.56-з	цу-чэ
НТ.10-г	цзэн-мин 2	ВТ.119-р	цунь-пин
НТ89-н	дзю-вай-фань 1	ВТ.39-п	цы-сы-бянь
НТ.84-н	цзю-вай-фань 2	ВТ.106-р	цюань-цзянь
ВТ.90-р	дзю-дянь-фэн	ВТ.8-г	цзой-хоу
НТ.85-н	дзю-нэй-фань	ВТ.139-н	цюань-шэнь-цзу
ВТ.78-з	цзю-ци	ВТ.122-р	цзю-ян-вэй
ВТ.44-п	цзюе-инь	НТ.31-г	цян-инь
НТ.69-р	цзюй-би	НТ.97-н	цян-фэнь-ши
НТ.69-р	цзюй-бэй	ВТ.132-н	цян-хоу-инь-чжу
ВТ.54-з	цзюй-цзюе	НТ.110-н	цян-цзинь
		НТ.25-г	цян-чжэн (-сюе)

ВТ.48-п	чан-и	НТ.45-з	чжи-чуань
ВТ.68-з	чан-фэн	НТ.64-з	чжо-юй
НТ.28-г	чжень-цзин	НТ.124-р	чжоу-шу
НТ.101-н	чжи-ли	НТ.58-з	чжу-гу
ВТ. 11-г	чжи-лун 1	ВТ.70-з	чжу-чжан
НТ.16-г	чжи-лун 2	НТ.50-з	чжун-гуан
НТ.18-г	чжи-лун 3	ВТ.101-р	чжун-куй
НТ.38-п	чжи-се	ВТ.76-з	чжун-кун
НТ.19-г	чжи-лун-синь-хао	ВТ.118-р	чжун-цюань
НТ.23-г	чжи-лун-синь-эр-хао	ВТ.121-р	чи-жао
НТ.22-г	чжи-лун-синь-сы-хао	ВТ.32-п	чи-сюе
НТ.30-г	чжи-лун-синь-у-хао	НТ.22-г	чи-цзянь
НТ.65-р	чжи-лун-синь-лю-хао	ВТ.51-з	чуань-си
НТ.21-г	чжи-лун-синь-ци-хао	ВТ.159-н	чуань-ту
НТ.15-г	чжи-лун-синь-ба-хао	ВТ.31-г	чун-гу
НТ.75-н	чжи-пин	НТ.40-п	чун-цзянь
ВТ.115-р	чжи-тань 1	ВТ.165-н	чэн-гу
НТ.93-н	чжи-тань 2	ВТ.149-н	чэн-мин
НТ.30-г	чжи-гун-сюе	НТ.86-н	чэн-цзинь
НТ.64-р	чжи-хун	НТ.77-н	чэнь-пин
ВТ.147-н	чжи-чжуань-цзинь		
ВТ.4-г	шан-гэнь	ВТ.95-р	шоу-чжун-пин
ВТ.14-г	шан-ин-сян	ВТ.38-п	ши-гуань
ВТ.11-г	шан-лун	НТ.3-г	ши-лин
ВТ.21-г	шан-лянь-цюань	ВТ.134-н	ши-мянь
НТ.8-г	шан-мин	ВТ.86-р	ши-сюань
НТ.87-н	шан-си	ВТ.37-п	ши-цан
НТ.109-н	шан-фэн-ши	ВТ.75-з	ши-чи-чжуй-ся
НТ.63-р	шан-хоу-си	ВТ.63-з	шу-бянь
НТ.100-н	шан-хэ-ян	НТ.41-п	шу-си
НТ.1-г	шан-цин-мин	НТ.36-п	шуй-шан
НТ.17-г	шан-эр-гэнь	НТ.52-з	шэнь-жэ-сюе
ВТ.148-н	шао-ян-вай	ВТ.158-н	шэнь-си
НТ.108-н	шан-ян-гуань	НТ.56-з	шэнь-ци
ВТ.112-р	шоу-цзин-мэнь		
ВТ.2-г	э-чжун	ВТ.10-г	эр-цзянь
ВТ.114-р	эр-бай	ВТ.55-з	эр-чжуй-ся
ВТ.12-г	эр-вэй-цзин-май		
ВТ.35-п	юй	ВТ.81-з	юй-тянь
ВТ.7-г	юй-вэй	ВТ.128-р	юй-цянь

ВТ.20-г	юй-е	ВТ.5-г	юй-шан
НТ.8-г	й-ся	ВТ.6-г	юй-яо
ВТ.25-г	я-сюе	ВТ.77-з	яо-ГЭНЬ
НТ.60-р	я-тун	ВТ.73-з	яо-и
НТ.74-р	яо-сан-чэн	ВТ.79-з	яо-чи
НТ.26-г	янь-чи	ВТ.74-з	яо-янь

Литература по иглотерапии.

- Классические китайские источники и монографии современных китайских авторов (в виде полных и частичных переводов книг с китайского языка): Лао Цзы, Дао Дэ Цзин, Хуань Ди Нэй Цзи Су, Вэнь Лин Шу, Ян Цзин Чжоу, Чжэнь Цзю Да Чэн, Бинь Хоу Мо Сюе, Чжуд-ши (перевод с тибетского).
Лекции по чжэнь-цзю. Вэй Жу-шу, Пекин, 1957.
Добавочные точки в акупунктуре и прижигании. Кэ Чуань-хао, Шанхай, 1959.
Практическое пособие по акупунктуре и прижиганию. Тзин-ауа, Шанхай, 1972.
Сборник материалов по современной акупунктуре и прижиганию. Хэн Дан-ан, Пекин, 1958.
- Трактат Наньцзин ("Трудные вопросы классической китайской медицины", 250 год до нашей эры), подготовил материал Дубровин Д.А., АСТА ПРЕСС, Ленинград, 1991.
«Иглоукальвание». Под общей редакцией Хоанг Бао Тяу и Ла Куанг Ниеп, перевод с вьетнамского языка П. И. Алешина, Москва, "Медицина", 1988.
Чжу Лянь. «Руководство по современной иглотерапии и прогревания точек». Санкт-Петербург, "Комета", 1992.
Алексеев А.И. «Очерки о китайской народной медицине». Киев, Госмедиздат, 1979.
Бунятян А.А. и др. «Иглоукальвание в хирургической клинике». "Хирургия" №12, 1975.
Вогралик В.Г., Вязьменский Э.С. «Очерки китайской народной медицины». М. 1961.
Вогралик В. Г., Вогралик М.В. «Пунктурная рефлексотерапия». Горький, 1988.
Лувсан Гаваа. «Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии». Москва, Наука, 1986.
Лувсан Гаваа. «Очерки методов восточной рефлексотерапии». Новосибирск, Наука, 1980.
Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. «Руководство по рефлексотерапии». Киев, Вища школа, 1984.
И.З. Самосюк, С.А. Войтаник, т. д. Попова, Б.В. Гавата. «Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника». Киев, "Здоровья", 1992.
Табеева Д.М. «Руководство по иглотерапии». М., Медицина, 1980.
Касьян Н.А. «Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника». М., Медицина, 1985.
«Трактаты об иглотерапии и прижигании». Перевод с бурятского, М., Наука, 1987.
Manaka Y. «Practice of Acupuncture». Yokosuka, 1972.
Mann F. «Acupuncture». The ancient Chinese art of healing. Heinemann, 1978.
Nogier P. «Treatise of auriculotherapy». Mondonville, 1972.
Pasch E. «Methodik der Entspannungs und Atmungstherapie». Leipzig, 1970.
Matsumoto T, Levy B., Ambruso V. «Clinical evolution of acupuncture». Am. Surg., 1974.
Mlezack R. «Acupuncture and the pain action». Hamburg, 1976.
Nakatani Y. «Ryodoraku acupuncture». Tokyo, Japan, 1977.
Bossy J. «Bases neurobiologiques des reflexotherapies». Paris, Masson, 1983.
The international journal. Acupuncture electro-therapeutics research. (Oxford - New York - Frankfurt).
Journal. Akupunktur. Theories und praxis. (Germany, 1989 – 2000).
Journal. American Journal of Chinese medicine. (USA, 1998 – 2001).
Journal. The Chinese medical Journal. (China, 1978 – 1999).
Journal. The Journal of Kyoto Pain Control Institute. (Japan, 1999 – 2001).
Journal. Revue de la Society International d' Acupuncture. (France, 1995 – 1998).
European Journal of Chinese Medicine (1989 – 1998).
Internet - Medicine - Acupuncture.

Литература по мануальной терапии.

- Ахабадзе А. Ф., Арутюнов В. Я. Практическое пособие для медицинских сестер, косметичек-массажистов. СПб.: Гиппократ, 1993.
Барвинченко А. А. Атлас мануальной терапии. М.: Воениздат, 1990.
Барвинченко А. А. Атлас мануальной медицины. М.: Воениздат, 1992.
Беляя Н. А. Руководство по лечебному массажу. М.: Медицина, 1974.
Беляя Н. А., Петров И. Б. Лечебный массаж оздоровительный. М.: Око, 1994.
Бирюков А. А. Спортивный массаж (пособие для тренеров, спортивных врачей и массажистов). М.: ФиС, 1972.
Бирюков А. А. Массаж: Учебник для институтов физической культуры. М.: ФиС, 1988.
Бирюков А. А. Массаж в борьбе с недугами. М.: Советский спорт, 1991.
Бирюков А. А. Массаж — спутник здоровья. М.: Просвещение, 1992.
Бирюков А. А. Учитесь делать массаж. М.: Азбука, 1995.
Бирюков А. А. Массаж для всех. М.: Аппадия, 1996.
Бирюков А. А. Массаж и самомассаж. Ростов-на-Дону, 1999.
Бирюков А. А., Васильева В. Е. Спортивный массаж: Учебник для институтов физической культуры. М.: ФиС, 1981.
Бобырь А. И., Никитин В. В. Дефанотерапия нарушений осанки и сколиоза. Уфа, 1999.
Васичкин В. И. Справочник по массажу. Л.: Медицина, 1991.
Васичкин В. И. Лечебный и гигиенический массаж. Минск, 1995.
Васичкин В. И. Все о массаже. 1000 советов. М.: АСТ-Пресс, 1999.
Вербов А. Ф. Основы лечебного массажа. М.: Медгиз, 1947.
Вербов А. Ф. Основы лечебного массажа. М.: Медицина, 1991.
Вольнский Ю. Д. Исцеляющие руки. Практическая энциклопедия массажа. М.: Пластик информ, 1992.
Глезер О., Долыхо А. В. Сегментарный массаж, М., 1990.
Голдблат Ю. В. Точечный и линейный массаж в неврологии. Л.: Медицина, 1989.
Дембо А. Г. Спортивная медицина и лечебная физическая культура. М.: ФиС, 1973.
Дембо А. Г. Спортивная медицина и лечебная физическая культура. М., ФиС, 1979.
Дубровский В. И. Применение сегментарного массажа при травмах и заболеваниях у спортсменов. Методические рекомендации. М., 1976.
Дубровский В. И. Методическое пособие по массажу и мануальной терапии (для слушателей курсов). Сорока, 1981.
Дубровский В. И. Основы сегментарно-рефлекторного массажа. М.: ФиС, 1982.
Дубровский В. И. Применение мазей, гелей, кремов при травмах и заболеваниях у спортсменов. Методические рекомендации. М., 1986.
Дубровский В. И. Все виды массажа. М.: Молодая гвардия, 1992.
Дубровский В. И. Все о массаже. М.: ФиС, 1993.
Дубровский В. И. Спортивный массаж. М.: ШАГ, 1994.
Дубровский В. И. Лечебный массаж. М.: Медицина, 1995.
Дубровский В. И., Дубровская Н. М. Практическое пособие по массажу. М.: ШАГ, 1993.
Доктор Евдокименко. Остеохондроз — мифы и реальность. М.: Оникс 21 век, 2001.
Егоров Ю. Здоровье — своими руками. М.: Летавр, 1995.
Еремущикин М. А. История массажа. М.: 1996.
Зоде-Файхтеншлагер Ф., Вайгльхофер М. Исцеляющие ноги. М.—СПб.: Питер, 1994.
Исаев Ю. А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике. Киев, 1993.
Киров Г. А., Назаренко Г. Ф. Массаж. Книга для самостоятельного овладения массажем. М., 1992.

- Киров Г. А.* Массаж для всех. М.: Эльф-М, 1994.
- Кодзаев Ю. К.* Радикулит. СПб.: Невский проспект, 2001.
- Козлов В. И.* Анатомия человека. М.: ФиС, 1978.
- Красикова И. С.* Энциклопедия массажа. СПб.: Респекс, 1996.
- Красновский А. А.* Самоисцеление. М.: Панорама, 1993.
- Кругляков С. В.* 100 приемов мануальной терапии. М.: Советский спорт, 1997.
- Кузнецов В. Ф.* Справочник по вертеброневрологии. Клиника, диагностика. Минск: Беларусь, 2000.
- Куничев Л. А.* Лечебный массаж (справочник для средних медицинских работников). Л.: Меридиан, 1979.
- Куничев Л. А.* Лечебный массаж. Практическое руководство. Киев, 1984.
- Левит К., Захсе И., Янда В.* Мануальная медицина. М.: Медицина, 1993.
- Лейбольд Г.* Рефлексотерапия зон стопы. Техника массажа и рекомендации по применению терапии рефлексных зон стопы. М.: Кристина и К", 1993.
- Пак Чжэ Ву.* Су джок терапия. М.: Су джок академия, 1998.
- Пак Чжэ Ву.* Су джок для всех. М.: Су джок академия, 2001.
- Покровский В. И.* Краткая медицинская энциклопедия. Т. 1,2. М.: Крон-Пресс, 1994.
- Попелянский Я. Ю.* Вертеброгенные заболевания нервной системы. Йошкар-Ола, 1983.
- Прохоров А. М.* Советский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1985.
- Рыжов Ю. Н.* Позвоночник — стержень здоровья. Киев, 1999.
- Ситель А. Б.* Мануальная медицина. М.: Медицина, 1993.
- Скоромец А. А., Клименко А. В.* Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника. Кемерово: Народная медицина, 1993
- Сыромятникова И. С.* Искусство грима. М.: Высшая школа, 1992. *Тюрин А. М.* Массаж. Традиционный и нетрадиционный. СПб.: Питер. 1995.