



**«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. По моему мнению, лечение всех болезней должно проходить три этапа: **немедикаментозное лечение → медикаментозное → хирургическое лечение**. 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](http://www.molostovvd.narod.ru) , E-mail: [molostov\\_valery@tut.by](mailto:molostov_valery@tut.by)*

**Научно-популярное издание.**

**Валерий Дмитриевич Молостов.**

**«Иглоотерапия и мануальная терапия».**

ББК.53.58, М 75

УДК 615 814 (076)

ISBN 5-222-01296-4

© Молостов В.Д.

## 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. Китайская классификация акупунктурных точек.

§ 2. Акупунктурные точки поглощают электроны.

§ 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 (остеопатию). 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 (остеопатия), 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 алергизацию 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». Иглоотерапией 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 ° C). 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). Иглоотерапевты 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. Китайская классификация акупунктурных точек.

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

**1. Практика чжэнь-цзю терапии (укалывание - прогревание) до 1303 года непрерывно дополнялась религиозной философией.** Практика иглотерапии возникла в Тибете 6000 лет назад, а горные районы Тибета всегда были частью Китая. Этот метод лечения быстро распространился по территории Китая, а позднее стал практиковаться во Вьетнаме, в Корее (600 год до нашей эры), и только в 7 веке нашей эры появился в Японии. В средние века всё пресвященное население Китая (в том числе и врачи) испытывали сильное влияние религии (буддизма) и древних разновидностей философии (даосизма, конфуцианства и так далее). Так как до 1303 года не существовало методов научного исследования в медицине, то все объяснения возникновения болезней и лечения древние врачи объясняли исходя из утопических и фантастических представлений древних религий и философий.

**а) Буддизм** – это мировая религия, которая проповедует мировую гармонию и цикличность событий в биологической жизни и в космосе. Буддизм – религия, основанная Гаутамай 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. Философскую сущность буддизма можно описать четырьмя правилами:

**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 к 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 — праджней. 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 (Дхаммачаккхаваттана). 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.

b) 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. Если человек покорно подчиняется течению событий, и безропотно идёт по своей дороге - ДАО, то его здоровье всегда будет хорошее, а его жизнь – максимально счастливая. Если человек отклоняется от предначертанной свыше судьбы (от прямой дороге ДАО), то человек заболевает, и на него обрушиваются многочисленные несчастья. 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.

c) 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, MC, за элементом Земля – меридианы RP и E, за элементом Металл – меридианы P и GI, за элементом Вода – меридианы R и V.

d) 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), 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 круговорот 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. 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.

Большинство серьёзных 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 гения российской науки Ломоносова (1500 – 1700 годы) отличие холодного тела от тёплого (горячего пара, воды, камня) физики объясняли различным содержанием в его составе особого вещества «флюида». Вещество, которое генерирует тепло во всех телах Вселенной, учёные называли «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. После 1850 года 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 «меридиан на поверхности кожи» 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 продолжают 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 Р, перикарда МС, сердца С, желудка Е, 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 движении электронов от туловища к пальцам рук и ног, то мы исследуем половину процесса циркуляции энергии по 6 центробежным меридианам (из 12 стандартных меридианов). Тогда электрическая энергия тела должна была бы накапливаться у человека на пальцах рук и ног. Однако, по теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) существуют ещё 6 центростремительных меридианов, 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 6 центробежных и 6 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. 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 670 акупунктурными точками ( $= 309 + 309 + 52$ ) с обеих сторон тела человека.**

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 что-то знали об электричестве и о движении статического электричества (балластного) электричества внутри человеческого организма, которые не до конца осознали даже 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.

**7. Акупунктурные точки вне меридианов.** История возникновения **внемеридиональных** (внеканальных – ВК, внемеридиональных – ВМ) точек следующая. В период 2000 год до нашей эры по 1303 год н. э. иглотерапевты обнаружили все 309 акупунктурных точек, которые располагались на 12 стандартных меридианах. После составления полного списка меридиональных точек к 1303 году иглотерапевты продолжали выявлять «неучтенные» точки, обладающие выраженным терапевтическим эффектом, которые учёные называли **внемеридианальными (ВМ)**, подчеркивая, что они расположены вне меридианов. Количество внемеридиональных точек увеличивалось до 423 в 1950 году. 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 для поиска точек после 1950 года 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 ( $309 + 52$  точки срединных меридианов  $= 361$ ), ушных (153),

внемеридианальных-внеканальных (423) и новых (797). С одной стороны тела человека количество акупунктурных точек составляет 1734 (= 361 + 153 + 423 + 797). Всего точек акупунктуры на всем человеческом теле справа и слева 3468 акупунктурных точек. Среди них имеются непарные (одиночные) точки типа инь-тан (ВМ.3), а внемеридианальная 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. Интересно отметить, что у всех рас людей (у негров, монголоидов, европейцев и краснокожих американских индейцев) количество и место расположения акупунктурных точек одинаково. Кроме того, у всех теплокровных животных (обезьян, коров, овец, верблюдов, кур, голубей и так далее) точно такое же количество акупунктурных точек – 3468.

Терапевтические наблюдения показывают, что 80% энергии, выделяемой генераторами биотоков человеческого организма, утилизируется 361 акупунктурными точками стандартных меридианов (12 парных меридианов с двух сторон тела и двумя срединными). Следовательно, 361 от 1734 точек (40% от общего количества акупунктурных точек с одной половины тела) поглощают 80% статических электронов, а 1373 ушных, внемеридианных и новых точек (60% от общего количества) поглощают остальные 20 % электронов. Почему можно утверждать о высокой поглотительной способности точек 12 стандартных меридианов?

**Во-первых**, как показывает клинико-терапевтический опыт врачей, меридиональные точки по своему иглотерапевтическому эффекту в 2 - 3 раза превосходят ушные, внемеридиональные и новые точки. Этот факт косвенным образом указывает на то, что «энергоемкость» стандартных 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 поглощают 80% балластной электроэнергии организма, остальные 20% ее поглощаются ушными, внемеридианными и новыми точками.

**8. 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, мочевого 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 10% 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 электропоглощательной деятельности 18 БАТ меридианов сердца в процентах 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 бывшего расположения органа 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) Органы получают электрические команды в виде биотоков из центра головного мозга, через спинной мозг и волокна периферической нервной системы (соматические и вегетативные).

а) Огромный интерес у иглотерапевтов и физиологов вызывают исследования возможного изменения меридиональной структуры тела при пересечении периферической нервной системы (крупных нервов), или спинного, или головного мозга (инсульт, травма). Например, какие изменения произойдут с меридианами, если к ним прекратится поступление биоимпульсов из-за **разрыва спинного мозга** в шейном отделе позвоночника? При этой патологии ко всем внутренним органам перестанут поступать биоимпульсы, а следовательно, акупунктурным точкам нечего будет поглощать из-за отсутствия поступления к ним электронов.

б) Огромный интерес для иглотерапевтов и физиологов представляет 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.

с) 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 электропоглощительная 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.

d) Без сомнения, **место анатомического 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.

## **§ 2. 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 иглотерапевтам и физиологам. 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 биоэлектрофизики 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 объема 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 объем 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 объема 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 усилием 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 предвещает 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, холодовое 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 холодовых 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 «вкусowymi 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 опекулярной 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 органах 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.**

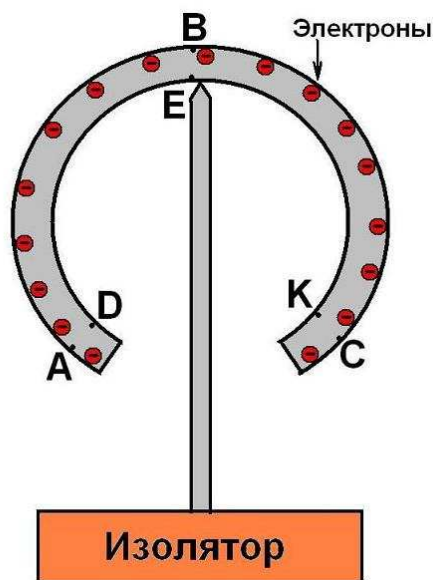


Рисунок 1 - 1. Полый металлический шар.

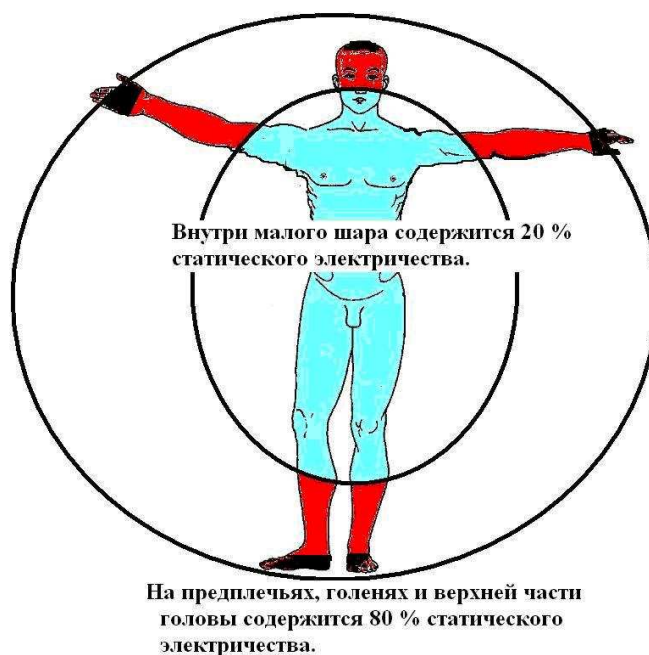
При помощи эбонитовой палочки заряжаем статическим электричеством металлический шар изнутри, прикасаясь к точкам D, E и K. Сразу после подзарядки при помощи прибора измеряем электрический потенциал в этих точках. К большому изумлению учащихся, прибор показывает отсутствие электрического потенциала на 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 перетекать на наружную поверхность тела.** Интересно отметить, что любые попытки направить хотя бы часть электрического потенциала с наружной поверхности шара (от точек A, B, C) 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, покроет «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 большого 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 приведенные 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 (J.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 **T.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 диагностики снимет, например, с акупунктурной точки **J.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 «застревших» 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) застревает 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 «застывших 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 «застывших 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 не понятна 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 электроны 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 «огивают» 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 ( $\text{Na}^+$ ) и хлора ( $\text{Cl}^-$ ), балластное электричество по межклеточному пространству и сосудам (в крови содержится огромное количество растворенной соли  $\text{NaCl}$ ) быстро достигает кожных покровов. Вот для чего организму нужно содержать раствор поваренной соли ( $\text{NaCl}$ ) 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 невостребованной 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 большого 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° C). 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 протекает 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.

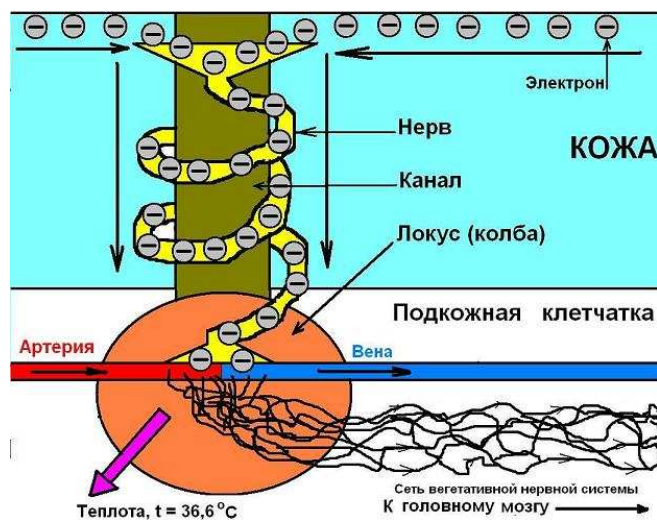
**8. Гистологическое строение биологически активных (БАТ), акупунктурных точек.** Акупунктурная точка представляет собой маленький участок кожи и подкожной клетчатки от 1 до 3 мм, на поверхности которого приборы показывают резкое увеличение электропроводности, а точнее – увеличение электропоглощения.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

Г. Келлер (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 (осознательные 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 микрорайонах БАТ многочисленные нервные клетки и их разветвления. Новатниц и Полиатзек (1969) на конференции в Рожомберке 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 спиралевидные сосудистые сетки, окруженные безмиелиновыми волокнами холинергического 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 холинергическими арборизациями и аксонами, связанными с дермисом 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 общебиологической 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 ( $2\text{O}_2$ ), или две молекулы углекислого газа ( $\text{CO}_2$ ), вместе с двумя ионами водорода ( $2\text{H}^+$ ). 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 ( $\text{H}^+$ ) и углерод ( $\text{C}^-$ ). Углерод соединяется с внутриклеточным кислородом, превращается в углекислый газ ( $\text{CO}_2$ ) и уносится плазмой крови к альвеолам легких. А миллионы положительных ионов водорода ( $\text{H}^+$ ) поглощают два электрона с поверхности кожных покровов и превращаются в отрицательные ионы водорода ( $\text{H}^-$ ). 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 ( $\text{H}^+$ ), поглощает один электрон и становится нейтральным водородом ( $\text{H}$ ), а также поглощает еще один электрон, и становится отрицательным ионом ( $\text{H}^-$ ). Благодаря поглощению двух ионов водорода молекулой гемоглобина, акупунктурная точка теряет 4 электрона. Каждый эритроцит несет внутри себя до 10000 молекул гемоглобина. Количество эритроцитов в  $1\text{ мм}^3$  крови не меньше 5 миллионов, и в сумме  $1\text{ мм}^3$  крови может связать 200 миллиардов электронов. Кожные покровы омывают 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 кофактором 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 убинон (коэнзим Q) и белки, содержащие негеметовое железо.

Дальнейшая судьба ионов водорода, соединенных с молекулой гемоглобина, следующая. Эритроциты током крови «доносят» отрицательный ион водорода ( $\text{H}^-$ ) до легких, где он на поверхности альвеол соединяется с кислородом атмосферы ( $\text{O}_2$ ) с образованием двух молекул воды ( $2\text{H}_2\text{O}$ ), 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  $2\text{CO}_2$  и  $2\text{H}^-$ ) 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 аннигиляции», 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 ( $\text{см}^2$ ), 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 магнитиков 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 двигаются 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 «всевидащими», 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.

### § 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 чёрная (болезненная) «улетает» в космос, а белая (здоровая) энергия ЧИ насыщает организм. *(Непонятно, как организм контролирует количество энергии ЧИ, которую он отдает космосу, и количество энергии ЧИ, которую он получает из космоса).* Если организм ощущает недостаток энергии ЧИ, то энергия может, благодаря лечению, пополняться, медленно «всасываясь» в тело из космического пространства через металлические иглы, вставленные в акупунктурные точки. *(Непонятен механизм поступления энергии из космоса по металлической игле внутрь тела человека. Что это за разновидность энергии: магнитная, электрическая, электромагнитная, гравитационная или какая-то другая?)* 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. *(Непонятно, как ветер или влага может проникнуть внутрь человеческого тела через кожу?)*

Такие мистические и чрезмерно абстрактные объяснения причины лечебного действия акупунктуры удовлетворяют необразованного обывателя, но не удовлетворяют серьезных учёных. Почему иглотерапия лечит? Существует огромное количество теорий и гипотез, которые 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 других. Можно перечислить много фамилий отечественных и зарубежных ученых, разрабатывающих те или иные аспекты рефлекторной теории в иглотерапии. В основе рефлекторных теорий заложена идея о тесной связи кожи с головным мозгом, и ответом головного мозга на укол иглы (через периферическую нервную систему), что приводит к излечению организма от болезни.

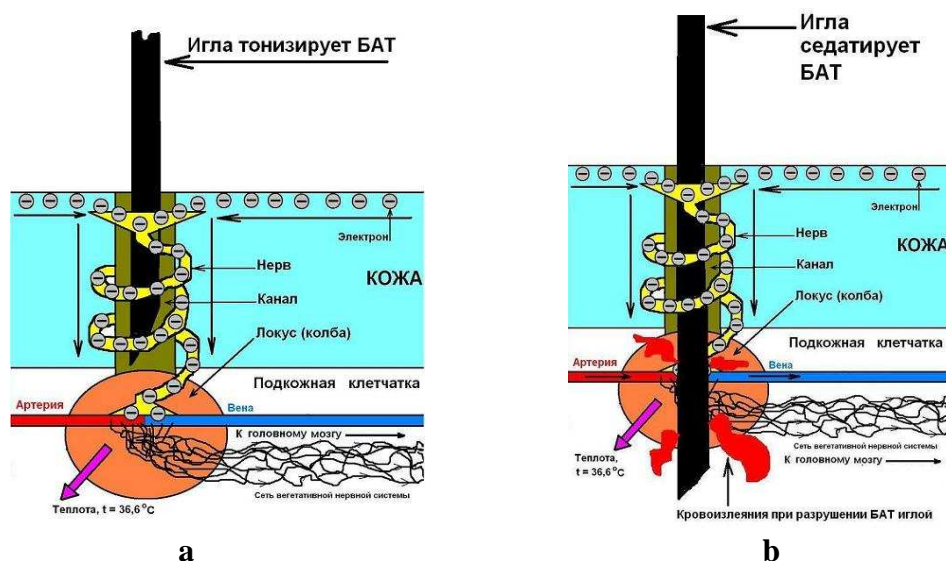
**2. Биохимические теории** объясняют воздействие иглотерапевтических методов лечения через изменение биохимического состава тканей при воздействии иглы на БАТ и их прогревании (прижигании). Это всевозможные нейрогуморальные и нейромедиаторные теории. Так, теория «нейрогормонов» объясняет возникновение лечебного эффекта при иглотерапии благодаря разрушительному воздействию иглы на тысячи клеток кожи и подкожной клетчатки. Выделившаяся в окружающие ткани белковая плазма разрушенных клеток и гистамин 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. **Непонятно, по какой причине металлическая игла начинает излучать электрические и электромагнитные импульсы?** 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 краткое описание сотен других электрофизических гипотез.

**4. Электрофизическая теория поглощения электронов акупунктурными точками.** Автор этой книги убеждён, что прежде, чем начинать исследовать причину лечебного действия введения иглы в акупунктурную точку, необходимо изучить функциональную деятельность этих точек на поверхности кожи. Для чего природа создала на поверхности кожи акупунктурные точки? В первых параграфах книги автор даёт ответ на этот вопрос: акупунктурные точки поглощают электроны, которые вырабатываются внутри живого организма. Поглощение электронов БАТ сопровождается выделением тепла, вот почему температура всех теплокровных животных (в том числе и людей) составляет 36,6 градусов Цельсия.

После длительного периода исследований автор выдвигает свою электрофизическую гипотезу излечения болезней через воздействия на точки акупунктуры. 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 перетекает 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 глубже 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 окружён 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 глубже 15 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 клюющего 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). В ответ на уничтожение иглой акупунктурной точки (седатации), ЦНС останавливает поглотительную деятельность рядом расположенных БАТ в радиусе 10 – 20 сантиметров от точки воздействия. В ответ на потенцирование иглой акупунктурной точки (тонизации), ЦНС 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 магистральям соматических нервов и тонкой сети нервов вегетативной системы. От ЦНС может поступить ответная команда снизить активность сотен акупунктурных точек на поверхности кожи в 30 – 50 квадратных сантиметров ( $\text{см}^2$ ), 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 чжэнь-цзю терапии 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 воздействия на точки акупунктуры.

## **Глава 2. Топография акупунктурных точек.**

В этой главе автор дает локализацию 45% всех точек акупунктуры, указывает на анатомическое место расположения точки и описывает её терапевтический эффект от воздействия иглы на точку. 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) ушные, новые и внеканальные. В этой книге описывается топография акупунктурных точек 12 стандартных меридианов 309 (с одной стороны тела) вместе с 52 точками 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 65 аурикулярных точек (точек на ушах), а их общее количество на одном ухе 153.

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 пузыря - 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 (Р.11).

«Направление энергии» в меридиане — центробежное. «Получает энергию» меридиан в точке входа чжун-фу (Р.1) от меридиана печени через точку выхода ци-мэнь (F.14) и передает ее меридиану толстой кишки через точку ле-цзюе (Р.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 корректировать 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:



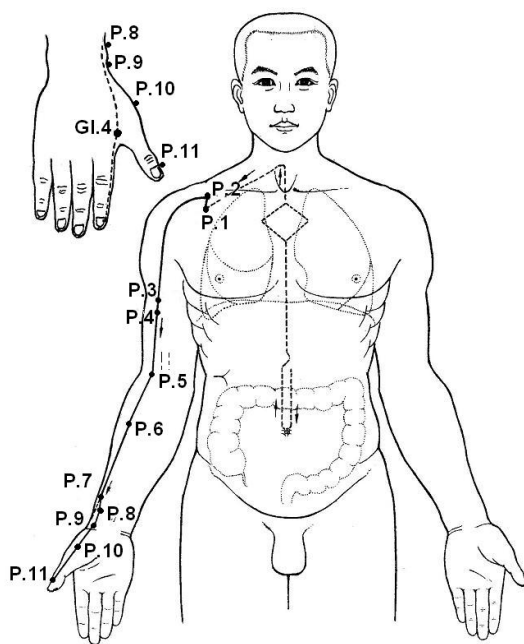
заболевания органов дыхания, боль в области лопатки, плеча и плечевого сустава, невроты, головокружение.

**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-цзюе (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-цзюй (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 легких, 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 I 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 GI.20, 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 легких. Использование его точек афферентно 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.

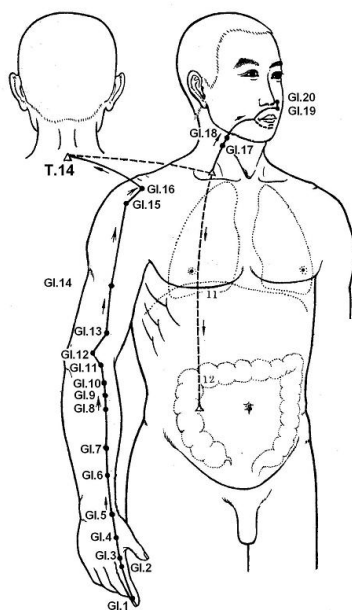
**GI.5.** Ян-си (поток ян, точка у-шу-дерево) — в «анатомической табакерке» (между сухожилиями короткого и длинного разгибателей большого пальца) на лучезапястном суставе. Топографическая анатомия: ветви лучевой артерии, поверхностные ветви лучевого нерва. Глубина укола 10 мм. Показания: головная боль,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

**GI.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.

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

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



**Рисунок 4. Топография акупунктурных точек меридиана толстого кишечника. (II: GI; Dd; Li).**

**GI.10.** Шоу-сань-ли (рука три расстояния) — у заднего края длинного лучевого разгибателя и переднего края короткого лучевого разгибателя кисти, ниже точки цюй-чи (GI.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.

**GI.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.

**GI.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.

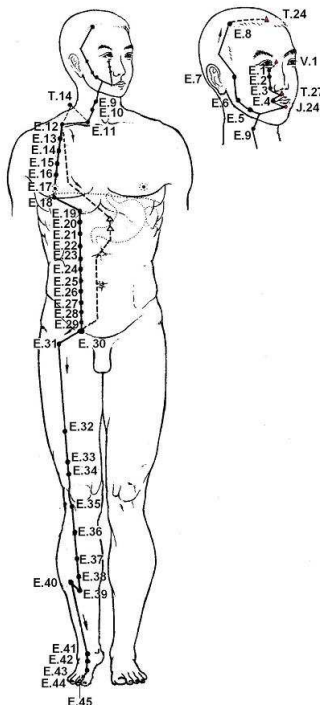
**GI.19.** Хэ-ляо (маленькая ямка) — 15 мм ниже крыла носа (в собачьей ямке), на одном уровне с точкой жэнь-чжун T.26. Топографическая анатомия: ветви наружной челюстной артерии, наружной челюстной вены и нижнеглазничного нерва (отходящего от второй ветви тройничного нерва). Глубина укола 10 мм. Показания: 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 GI.19.

## **§ 6. Топография акупунктурных точек меридиана желудка. (III: E: M: 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 вверх, 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 цичун (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 плюсневыми 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 (Е.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).**

**Е.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.

**Е.2.** Сы-бай (четырежды свет) — ниже точки чэн-ци (Е.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.

**Е.3.** Цзюй-ляо (большая ямка) — на одной вертикальной линии с точкой сы-бай (Е.2) и на горизонтальной линии с точкой жэнь-чжун Т.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.

**Е.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 - глашатай 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-паховый 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 впереди 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 большеберцовой 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, тонирующая 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 пальцевый 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 кнаружи 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.**

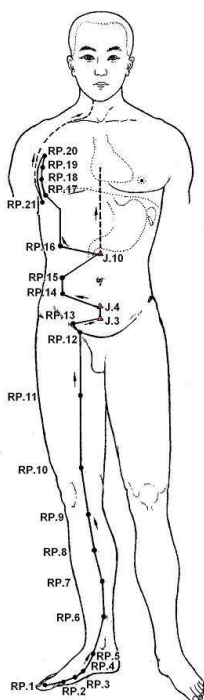
**RP.1.** Инь-бай (тайный свет, вход энергии в меридиан, точка у-шу-дерево) — расположена кнутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия и тыльный пальцевой нерв стопы. Глубина укола 3 мм. Показания: коллапс, острый энтероколит, вздутие живота, 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, метроррагии, 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, метроррагия, 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.

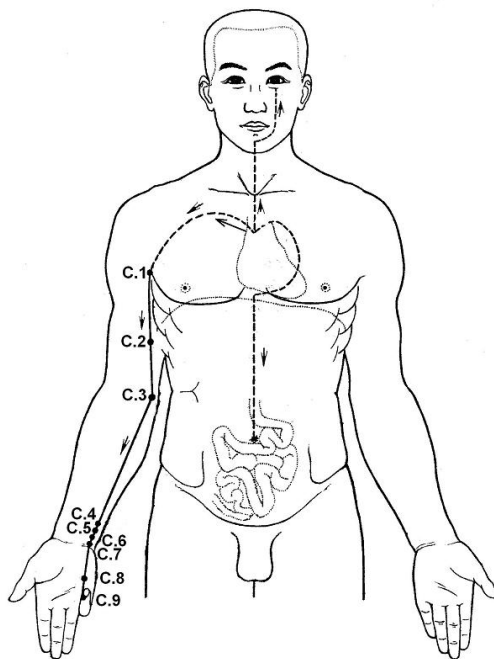
**RP.21.** Да-бао (большой изобретатель, точка выхода энергии из меридиана) — на средней подмышечной линии в шестом межреберье. Топографическая анатомия: латеральная грудная артерия, латеральные кожные ветви межреберного нерва, длинный грудной нерв. Глубина укола 10 мм. Показания: межреберная невралгия,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

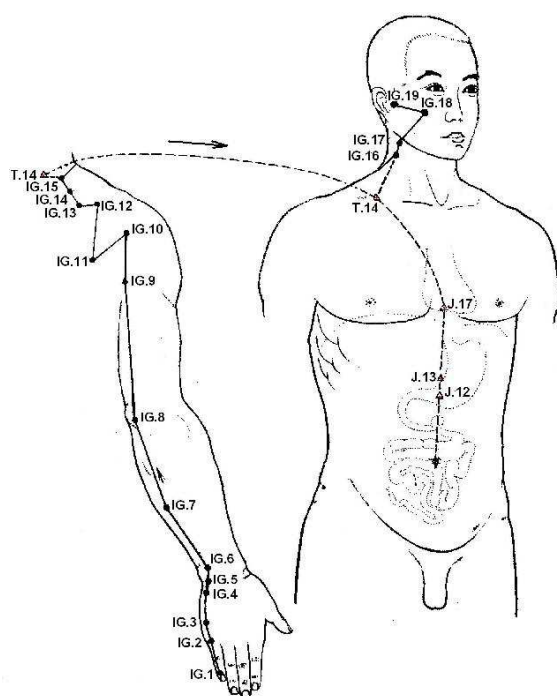
## **§ 9. Топография акупунктурных точек меридиана тонкого кишечника. (VI; IG; DU; Si).**

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, хорея, 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 пальцевой 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) - впереди от пястно-фалангового сустава V пальца, на конце поперечной кожной складки во впадине. Топографическая анатомия: тыльная пальцевая артерия, отходящая от локтевой артерии, и тыльный пальцевой 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) — сзади 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 мышелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке. Топографическая анатомия: ветви локтевой артерии, медиальные кожные нервы 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, неврастения, 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 хронические 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 внутри 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.

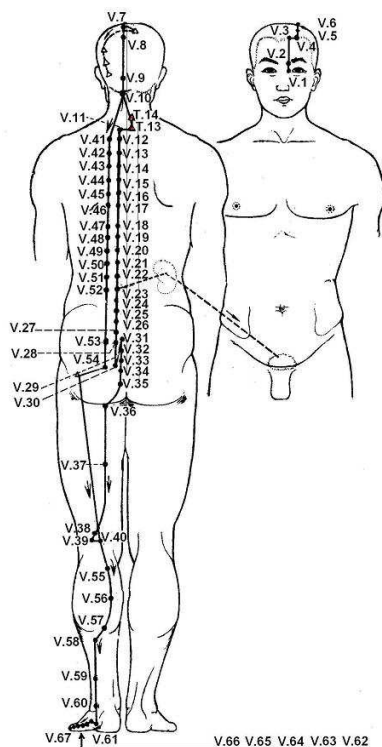
**V.3.** Мэй-чун (стремительная бровь) — над началом брови, на горизонтальной линии с точкой ян-бай (BV.14). Топографическая анатомия: та же. Показания: те же.

**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 цян-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, гипертония.

**V.10.** Тянь-чжу (небесная колонна) — на уровне точки я-мэнь (Т.15) впадине у наружного края трапецевидной 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) — кнаружи 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) — кнаружи 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) — кнаружи 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) — кнаружи 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, анкилостомияз 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, неврастения, 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 мышцами. Топографическая анатомия: нижняя прямокишечная 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, кнаружи 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 кнаружи 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) — кнаружи 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) - кнаружи 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 плюсне - 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 плюсневыми костями, на 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.

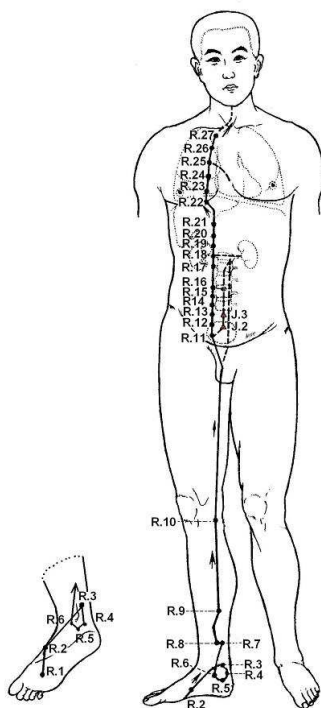
**R.5.** Шуй-цюань (водный источник) - на медиальной поверхности середины пяточной кости. Топографическая анатомия: пяточные ветви большеберцового нерва и медиальные кожные ветви голени. Глубина укола 12 мм. Показания: аменорея, гипоменорея, полиурия.

**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-суюе (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-цзюй (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-сзюй (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 сомнение) — 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.

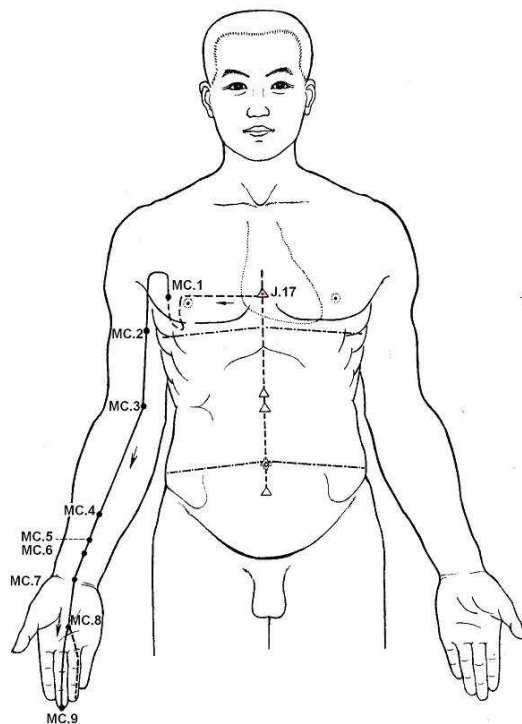
## **§ 12. Топография акупунктурных точек меридиана перикарда. (IX; MC; KS; Cx).**

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 (MC.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 MC.4 — MC.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.**

**MC.1.** Тянь-чи (небесный пруд, точка входа энергии в меридиан, точка – глашатая, точка – пересечения меридианов MC-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.

**MC.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.

**MC.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-дерево) — на кончике концевой фаланги среднего пальца, отступя от ногтевого ложа на 3 мм. Топографическая анатомия: анастомоз собственной ладонной пальцевой артерии, собственный ладонный пальцевой 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 трапецевидной 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 печки, 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 системы 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 удастся 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 воли и интеллекта удастся 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».



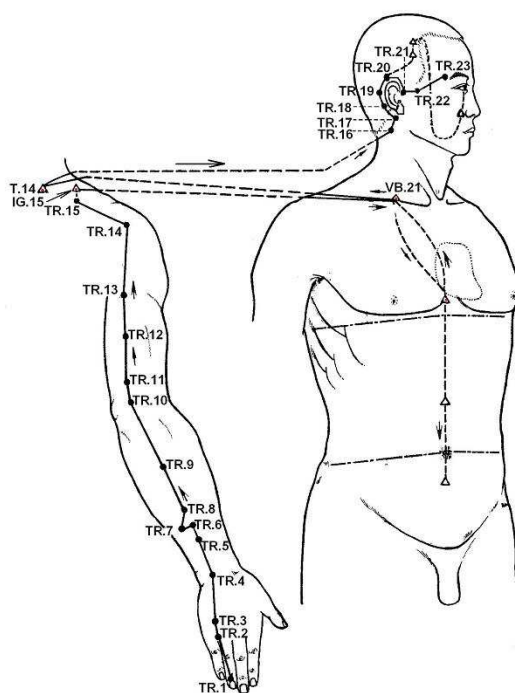
**ТН.2.** Е-мэнь (ворота жидкости, точка у-шу-металл) — во впадине между пястно-фаланговыми суставами IV и V пальцев (у локтевого края основной фаланги IV пальца). Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 3 мм. Показания: головная боль, головокружение, снижение слуха, шум в ушах, гингивит, глазные 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 пальцевый 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: хорея, 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.** Нao-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 поднимании 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.

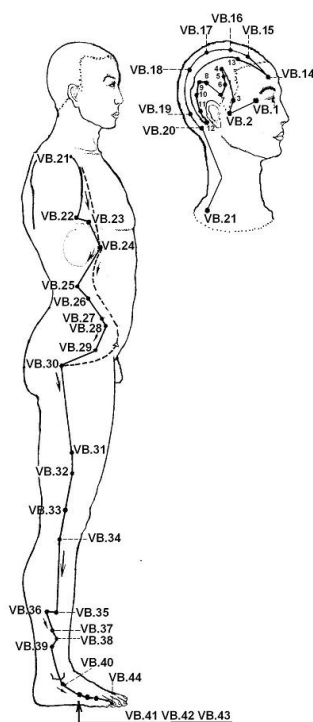
**TR.22.** Хэ-ляо (височная ямка, точка пересечения TR-VB-IG) — у передне-верхнего края основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости; в этой области пальпируется поверхностная височная артерия. Топографическая анатомия: та же. Глубина укола 10 - 20 мм. Показания: головная боль, неврит лицевого нерва и 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 продельывает 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 трапецевидную 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 плюсневыми 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.**



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

**VB.1.** Тун-цзы-ляо (кость глазной впадины, точка входа энергии в меридиан, точка пересечения TR-VB-IG) — расположена на 6 мм кнаружи 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) — книзу от козелка и кпереди 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.

**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 цянь-цзянь (Т.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 (Т.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 затылочный 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 при креплении 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 – глашатай меридиана) — в четвертом межреберье, кнаружи 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 - глашатай) — 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 – глашатай 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-подчревной 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 мыщелка бедренной кости, но впереди 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, хорея, 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, неврастения.

**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».

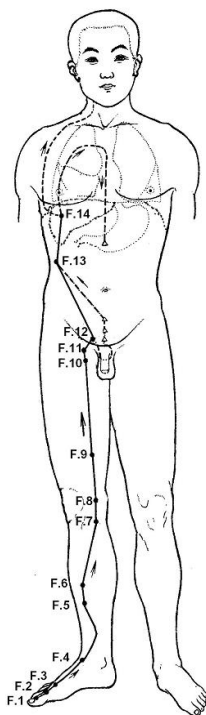
## **§ 15. Топография акупунктурных точек меридиана печени. (XII; F; Le; Liv).**

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 в 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.**

**Ф.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.

**Ф.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.



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

**Ф.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.

**Ф.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.

**Ф.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 мыщелка 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 надмыщелка 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 запирательный 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 – глашатай 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 глашатай 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 - меридианов (Р, RP, С, 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 mv + RP - 65 mv + C - 75 mv + R - 65 mv + MC - 75 mv + F - 65 mv) : 6 инь - меридианов = 70 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  $70 \pm 15$  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 меридианов. 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, Т, 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, Т.1), откуда одна ветвь направляется к почке, а другая ветвь идет вверх по заднесрединной линии, дает ответвления к мозгу и оканчивается точкой инь-цзяо (Т.28), расположенной на десне под верхней губой. Как «чудесный сосуд» он включает ло-пункт, который одновременно является точкой входа чан-цян (Т.1), и точку выхода инь-цзяо (Т.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 укола 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.

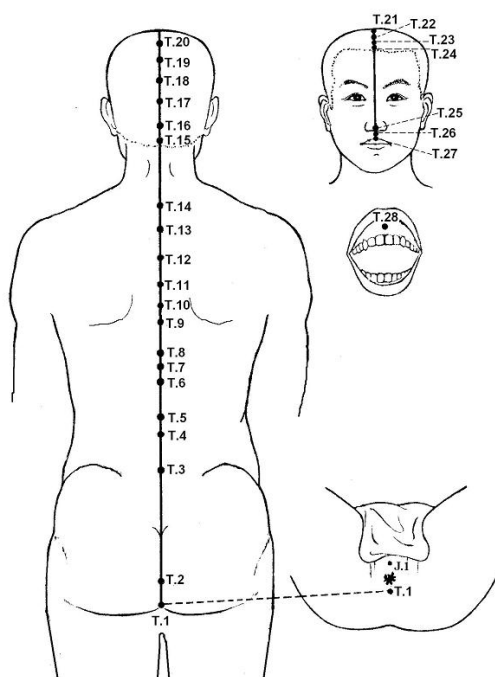


**Т.6.** Цзи-чжун (середина позвоночного столба) — между остистыми отростками D.11 —D.12 (Th.11 — Th.12) позвонков. Топографическая анатомия: ветви межреберных артерий и грудных нервов. Глубина укола 12 мм. Показания: эпилепсия, заболевания кишок, в том числе выпадение прямой кишки у детей.

**Т.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.

**Т.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.

**Т.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.



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

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

**Т.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.

**Т.12.** Шэнь-чжу (позвоночник, точка пересечения с меридианами Т-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 Т-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, неврастения, мигрень, реактивные психозы, лихорадочные заболевания.

**Т.14.** Да-чжуй (большой позвонок, точка пересечения с меридианами Т-GI-E-IG-TR-VB-V) — между остистыми отростками С.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 Т-V, точка выхода энергии из моря «костно-мозгового») — на границе волосистой части головы между С.1 и С.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 Т-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-Е) — 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.

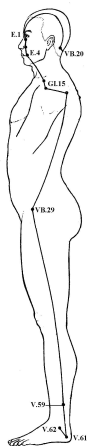
**Т.26.** Жэнь-чжун (середина человека) — под верхушкой носа, в верхней трети вертикальной борозды верхней губы. Топографическая анатомия: артерия верхней губы, вторая ветвь тройничного нерва и щечная ветвь лицевого нерва. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: скорая помощь при потере сознания; эпилепсия, 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-Ј) — посредине 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.**

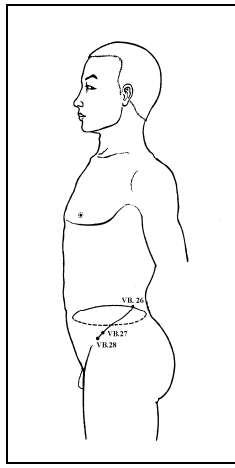
Траектория его начинается под наружной лодыжкой в точке V.62, идет по голени и бедру между меридианами желчного пузыря в желудке, пересекает в подвздошной области меридиан желчного пузыря, идет вверх на плечевой сустав, шею, лицо и голову, где заканчивается в точке VB.20 фэн-чи. **Смотрите рисунок 16.** По J. Bischko, 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-вэн-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. Bischko, 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 вай-гуань (на руке) связана с ЧМ № 3 через точку TR.13; других анастомозов нет (TR.5 вай-гуань является лопунктом 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 мочевого пузыря — почки, желчный пузырь — печень, желудок — селезенка. По J. Bischko, 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 вай-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 астенения и экзема.

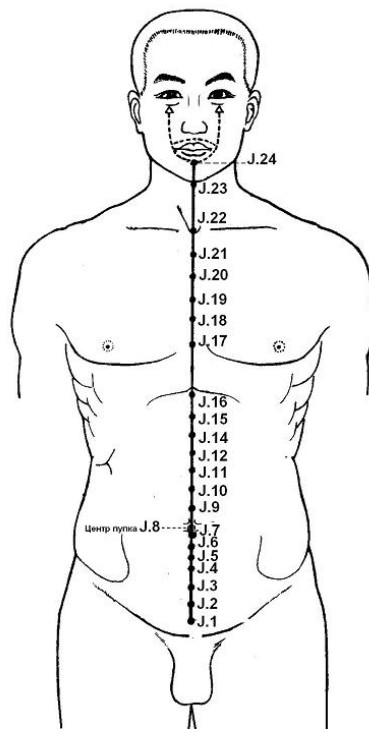
## 5. Внутренний, передний, срединный, чудесный меридиан, жэнь-май, J, ЧМ № 5. (XIV; J; JM; CV).

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-цзюе (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 (Т 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 неврозы с расстройством 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-цзюе (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 E, точка пересечения с меридианами J-P-E-RP-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-цзюе (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-RP) - 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.

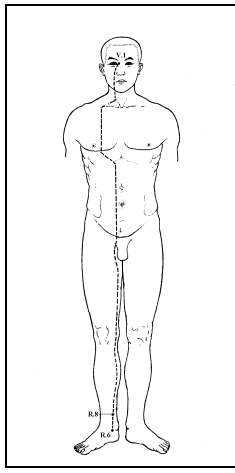
**J.22.** Тянь-ту (небесная тропа) — в центре яремной вырезки грудины, между грудино-ключично-сосцевидными мышцами. Топографическая анатомия: нижняя щитовидная артерия, кожные ветви шейных нервов. В глубине — трахея, за грудиной — плече-головной ствол и дуга аорты. Глубину укола не больше 10 мм; при 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.

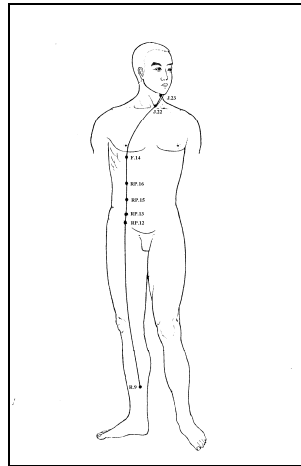
**J.24.** Чэн-цзян (центр подбородка, точка пересечения с меридианами J-GI-E) — в центре подбородочно-губной борозды. Топографическая анатомия: нижняя губная артерия, подбородочный нерв от третьей ветви тройничного нерва. Глубина укола 6 - 10 мм. Показания: неврит лицевого нерва, птоз, отек лица, диабет,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

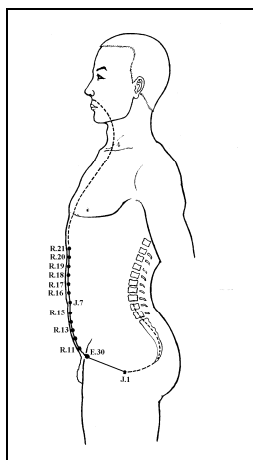
- 1) от MC.1 тянь-чи через точку R.23 шэнь-фэн к точке VC.17 тань-чжун, от которой энергия подводится к другим точкам переднесрединного меридиана;
- 2) от J.17 (VC.17) тань-чжуй энергия идет по анастомозам в виде кругов к точке J.13 (VC.13) шань-вань, от J.13 (VC.13) шань-вань — к J.12 (VC.12) чжун-вань,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



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

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. Bischko, 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 климактерическом периоде (внутренних половых органов, мочевого пузыря, недержание мочи или затрудненное мочеиспускание), расстройство функций органов пищеварительного тракта (метеоризм, запор, понос), заболевания печени, сердечно-сосудистой системы.

## § 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 носцеvidного 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 E.9 и шуй-ту E.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-суюе. 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 Т. 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 Т.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 Т. 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 определяют 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 цунь 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 цунь 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 ВВ.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 острого 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 распирания, иррадиирующее вдоль позвоночника.

### 3. Внеканальные точки на руках.

**ВТ. 86.** Ши-сюань. Локализация: на кончиках всех пальцев (включая точки чжун-чун МС.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 — снаружи 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-цян. 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 снаружи 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 «устава посередине линии, проведенной между точками юнь-мэнь Р.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-цян. 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 заднего 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.** Цян-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.** Нью-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 голених, 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 E.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 E.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 E.32 и би-гуань E.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 E.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: паннус, 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-сую (лун-сую). 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-сую 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-сую (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 ц. 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-сую) 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 Е.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 Е.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.** Ню-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 МС.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.** Цюй-би (цюй-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. цюй-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. цюй-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 плюсневыми 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-тань<sub>4</sub>). 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-цян. 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-цян 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-сую-хай. Локализация: на внутренней стороне бедра на 1,5 цуня кзади от точки сую-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-сую-хай НТ.105. Направление введения иглы и Показания: см. хоу-сую-хай НТ.105.

**НТ.107.** Хоу-ян-гуань. Локализация: на задней стороне бедра на 1 цунь кзади от точки цзюань-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 цзю-ян-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).**

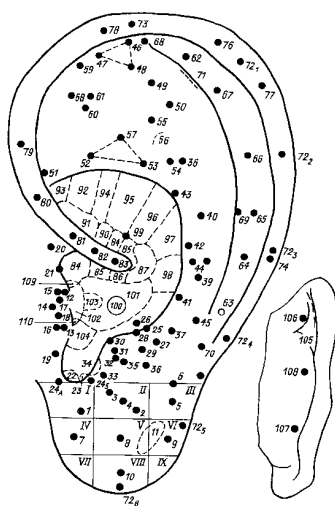
**1. История развития аурикуло-акупунктуры.** Этот метод терапии возник в глубокой древности и был популярен во многих странах. Так, например, в Аравии, Монголии, на Корсике народные врачи использовали прижигание области завитка и козелка ушной раковины при лечении ишиаса и других болезней. Особенно 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 получил 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 клинико-физиологические исследования подвели теоретическую базу и, что особенно важно, подтвердили фактическую реальность и практическую значимость этого лечебного метода.

**2. Общие показания к применению аурикуло-акупунктуры.** Так как уши являются показателем состояния меридиана почек (R), то китайские иглотерапевты считают, что акупунктурные точки на ушах влияют на состояние энергетического наполнения меридиана почек. 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 органных 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 карпоральной иглотерапии.*

**3. Принцип определения ушных акупунктурных точек, которые наиболее эффективны при лечении данного пациента.** В области аурикулярной точки, корреспондирующей болезнь, 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).**

**4. 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 В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>. Кроме того, длительный эффект может быть обеспечен за счет введения в аурикулярные точки микроигл и игл-кнопки с оставлением их на продолжительные сроки.

**5. Абревиатура.** 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 именуются 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 распираания 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 аналгезии 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 мочевого 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, холецистопатия, 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. Иглоукалывание 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 ухоглоанестезии 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.

### **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 акупунктуре (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 избытии приводятся в китайской и отечественной литературе.

Древнекитайская философия под словом «здоровье» понимает гармоничное распределение энергии ЧИ по 12 парным (слева и справа) 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.

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.

**1. Суточное движение 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 100% состоит из положительно заряженных протонов (р +). Тело человека имеет отрицательный электрический заряд, так как его поверхность насыщена электронами (е -), которые непрерывно вырабатываются биологическими генераторами электричества. Положительный электрический заряд Солнца постоянно притягивает отрицательные заряды, расположенные на поверхности 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 Земля совершает суточное вращение вокруг своей оси за 24 часа. Проведём наблюдение с большого расстояния (со стороны северного полюса Земли) за вращающимся и неподвижно стоящем человеком. Человек стоит на экваторе и вращается вместе с Землей. **Утром** человек во время работы вытягивает руки к Солнцу, и заряды его тела концентрируются в меридианах рук. Поэтому утром наибольшее количество электронов поглощают ручные меридианы. **В полдень** Солнце располагается над головой, и заряды концентрируются в голове и руках. Одновременно недостаток электронов будет существовать в ножных меридианах. **Вечером** Солнце светит в спину и на ноги, где концентрируется наибольшая концентрация статических электронов. **Ночью** ноги направлены в сторону Солнца, следовательно, электроны будут концентрироваться в ногах, и ножные меридианы будут осуществлять самую большую работу по поглощению электронов. Одновременно с этим в голове и руках количество статического электричества будет низким. Притяжение солнечного электрического поля осуществляет суточное вращение статических электронов (энергии) внутри человеческого тела. Так физика может объяснить возникновение суточного цикла движения электрической энергии.



**3. Причина перемещения энергии по меридианам.** Электроны по проводнику, каким является человеческое тело, могут двигаться от одной части тела (от одного меридиана) к другой, если в одном создается избыток электронов, то в другом - их недостаток. По традиционным воззрениям, энергия ЧИ может двигаться от меридиана легкого Р к меридиану толстого кишечника GI 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, 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 чередования избытка и недостатка электронов (энергии ЧИ). Итак, каждые 2 часа происходит естественное нарушение энергетического баланса (равновесия) в одном из 12 меридианов. В одном меридиане возникает избыток энергии, в другом, рядом расположенном - 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, современная физика 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. Изменение потоков электронов внутри человеческого тела и длительного пребывания электронов на коже - плохо изучено. 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. 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 С. 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 С.1. Таковой является «траектория» внутреннего меридиана «Великий инь», принадлежащего меридиану сердца С. Далее биотоки проходят тонкой струей по точкам меридиана сердца от С.1 до С.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. Дальше биотоки проходят тонкой струей по точкам «ручного» меридиана тонкого кишечника от IG.1 до IG.19 (последняя расположена около уха).

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

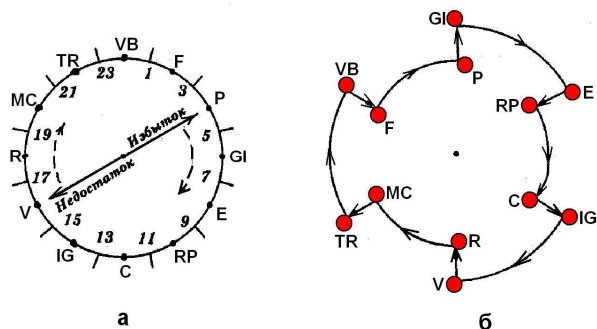


Рисунок 24. Суточный цикл движения энергии по 12 стандартным меридианам.

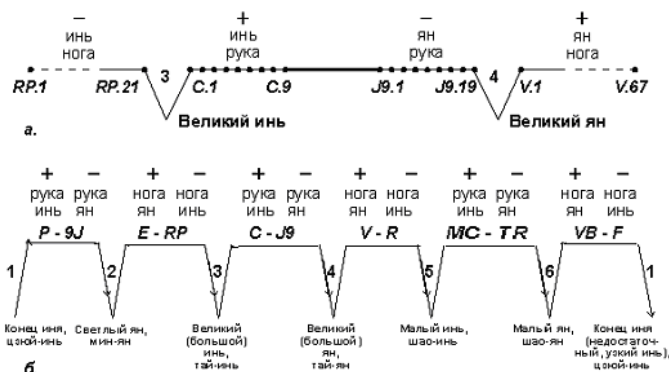


Рисунок 25. Последовательность соединения меридианов в суточном цикле.

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 Е, 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 Е и из-за недостатка энергии в меридиане перикарда МС 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.**

Кроме суточного (24-х часового) в теории китайской иглотерапии существует годовой цикл движения энергии (12-и месячный цикл).

**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. 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» из акупунктурных точек (цзинь-ло). Кроме того, они дополнили понятие «элементы природы» медицинским содержанием. **Смотрите рисунок 26 и таблицу 2.** 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 двигается по кругу от одного «элемента» к другому, например, 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.

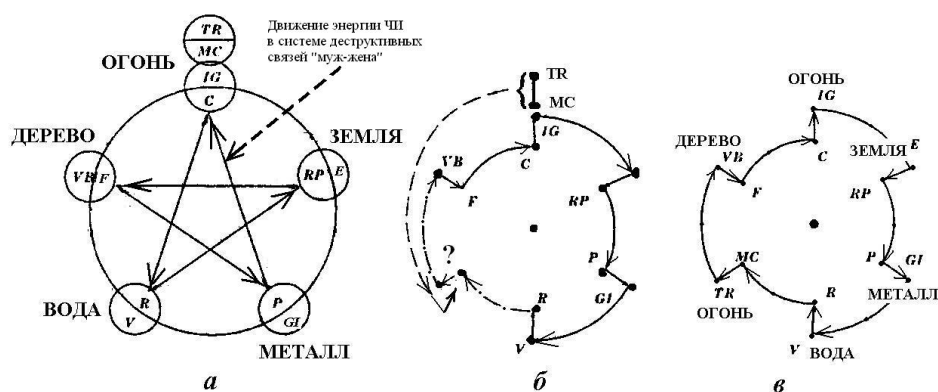


Рисунок 26. Годовой цикл движения энергии по 12 меридианам.

Годовой цикл движения энергии ЧИ.

Таблица 2.

Времена года	Зима				Весна		Лето			Осень		
Элемент	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	скorpion
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

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 электропоглощительных 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.

**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.

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).



**Смотрите рисунок 26.** 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»—Р.11, точка-«огонь»—Р.10, точка-«земля» — Р.9, точка-«металл»—Р.8 и точка-«вода»—Р.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 («дерево») - 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: мочевой пузырь подавляет тонкий кишечник, тонкий кишечник угнетает толстый кишечник, толстый кишечник— желчный пузырь, желчный пузырь — желудок, желудок —мочевой пузырь. Меридианы TR и MC также участвуют в деструктивных связях, так как их включают соответственно на место IG и C 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 C, 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 ← C (или MC) ← P ← 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 (C) 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 (электрического потенциала) от меридиана, который угнетается, то взаимоотношения меридианами почек R и сердца 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 центробежные? 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, а при годовом цикле избыток энергии проходит по этим же каналам за 12 месяцев. К двум естественным дисбалансам энергии может присоединиться дисбаланс, вызванный болезнью. Если возникает острое заболевание, то дисбаланс энергии у нескольких меридианов удерживается на протяжении 3 - 10 дней. Если возникает хроническое заболевание, то дисбаланс в определенных меридианах удерживается в течение многих лет (до тех пор пока проявляются симптомы хронической болезни). Смысл иглотерапевтического лечения состоит в ликвидации патогенного дисбаланса энергии, но при этом должен сохраняться кругооборот естественного 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 процесс «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. Электрическая сущность этих действий описана в первых параграфах этой книги.

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 объема меридиана и акупунктурной точки, на которую воздействует игла. Смотрите § 3.**

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. **Смотрите § 3.** 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 объема 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. Глеющую 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 горячем 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 электропоглолительную способность в несколько раз.

5. Слабое **магнитное поле** стимулирует, а сильное магнитное поле подавляет погллотительную 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 электропоглолительным 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 электропоглолительную 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 блокированы (и частично ликвидированы) электрическим разрядом, деятельность сердца и центральной нервной системы должна прекратиться по следующей причине. Как сказано выше, ретикулоэндотелиальная формация (РЭФ) мозга и атриовентрикулярный узел сердца (АВУ) являются генераторами тока в организме. **Читайте § 2.** 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 погллотителей 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 АВУ. 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 исключительно 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 на меридиан. 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. Маленькие металлические шарики прикрепляются лейкопластырем в месте расположения акупунктурной точки на 10 и более дней. «Цубо» обладает слабо выраженным тонизирующим действием на БАТ. Обыкновенный массаж обладает слабым тонизирующим действием на акупунктурные точки. **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, околосуставных, 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.

**1) Нежное воздействие иглы на БАТ** повышает ее электропоглотительную деятельность. Точка тонизируется, если глубина подкожного введения иглы в место расположения акупунктурной точки не превышает 7 мм. **Смотрите § 3.** 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.

**2) Грубое воздействие иглы с целью частичного или полного разрушения акупунктурной точки** называется седатацией точки. При этом ее электропоглотительная активность значительно снижается. **Смотрите § 3.** Точка может седатироваться сильно и слабо (в иглотерапии это называется «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), игла прогревается сигаретой на протяжении 3 минут.

**3) 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.

4) 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 и даже на 1 акупунктурную точку. В Японии распространен метод лечения «одной иглой», когда воздействуют на одну «самую важную в данный момент» акупунктурную точку. Эта точка рассчитывается компьютером, который обрабатывает информацию об энергетическом состоянии всех 12 стандартных меридианов. После выявления компьютером меридиана, который имеет критический избыток или недостаток энергии, компьютер указывает самую нужную точку этого меридиана, которую надо или сильно тонизировать (при недостатке энергии в меридиане), или седатировать (при избытке энергии). К большому сожалению, эффективность лечения методом «одной иглы» очень низкая. Наивысшая эффективность лечения у китайских иглотерапевтов при применении 6 – 8 иглодок на 6 – 8 точек акупунктуры, и с использованием энергетического способа воздействия на меридиан.

5) 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) седатируют точки. В целях более сильного седатирующего эффекта железные и стальные иглы рекомендуется намагничивать. Для этого необходимо хранить стальные иглы в стеклянных пробирках со спиртом, а рядом оставлять на длительное время 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 (или магниты бытовых электроприборов).

6) 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. При седатации после извлечения иглы «отверстие в коже» не придают пальцем. По-видимому, эти действия имеют чисто символическое значение.

7) 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 противоположно движению энергии по меридиану.

8) Дыхание человека также учитывается иглотерапевтами. При тонизации иглу вводят на выдохе, а выводят на вдохе. При седатации – вводят на вдохе, а выводят на выдохе.

9) При седатации должно быть быстрое введение иглы и медленное выведение. При тонизации надо медленно вводить и быстро выводить иглу из тканей.

10) 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.

11) Сильное прогревание иглы, введенной в акупунктурную точку, также приводит к полному разрушению БАТ (выраженное седативное действие на БАТ).

12) Микроиглы оставляются в активной точке на протяжении нескольких суток и даже недель (выраженный седативный эффект).

13) 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. 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 центр 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.

14) Манипуляция типа **«выдергивания волос»**. Поверхностное введение и быстрое извлечение иглы. Воздействует тонизирующим образом на точки и меридианы. Применяются при лечении легочных заболеваний и лихорадок.

15) 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.

16) 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.

17) 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.

18) 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.

19) 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.

20) При заболеваниях связок, костей, суставов, межпозвоночных дисков и надкостницы (эпикондилит, плече – лопаточный периартрит и др.) рекомендуется воздействовать иглой непосредственно на надкостницу.

21) 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).

22) 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 терапиями.

23) 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 электропоглотительная 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 электропоглощающую 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 после физических нагрузок**. Утилизация 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 электропоглощающей способности БАТ. Мышечная работа, обливание холодной водой, массаж и др. способствуют интенсификации кровоснабжения кожи. Функциональное состояние кожи отвечает за интенсивность поглощения электротоков акупунктурными точками. Можно даже предположить, что старение человека напрямую связано со склерозом капилляров в коже, окружающих БАТ. Склероз капилляров сопровождается ухудшением их проницаемости для молекул крови, которые поглощают электроны в акупунктурных точках.

### § 23. Специфические точки меридианов

Иглотерапевтический метод лечения используется в странах Востока более 3000 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 электропоглощающую 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 седатирующую точку понижает электропоглощающую 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 меридиана 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) «тремя полостями тела». В «трех полостях тела» и «в океане энергии» расположен генератор (источник) энергии ЧИ. От генератора энергии к 12 каналам энергия поступает через точки-источники. Точки-источники как водопроводный кран, регулирует поступление энергии ЧИ 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

передаётся 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 рисунок 27 и таблицу 4.](#)

**Стандартные точки меридианов** **Таблица 3**

Меридиан	Обозначение	Точка входа энергии	Тонизирующая точка	Седативная точка	Точка-пособник = источник	Ло-пункт	Точка сочувствия	Точка-глашатай	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

	$C \leftarrow IG$	IG. 7
Вода	$V \rightarrow R$	V. 58
	$V \leftarrow R$	R. 4
Огонь	$MC \rightarrow TR$	MC. 6
	$MC \leftarrow TR$	TR. 5
Дерево	$VB \rightarrow F$	VB. 37
	$VB \leftarrow F$	F. 5

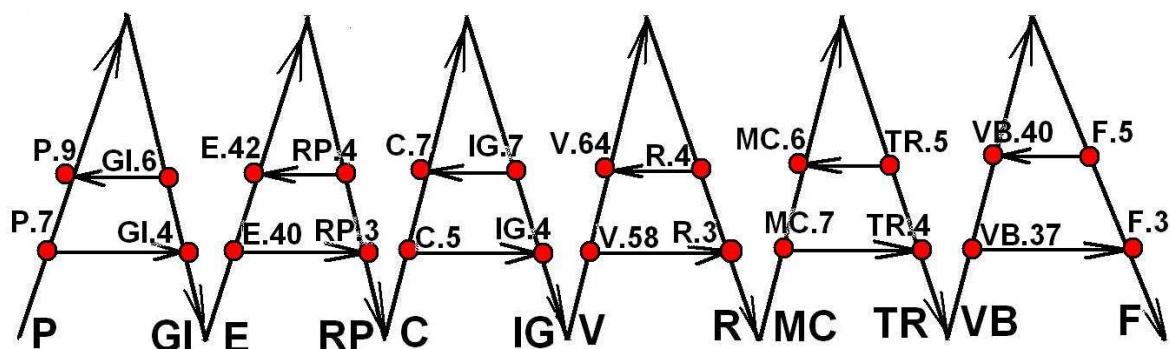


Рисунок 27. Ло – пункты.

Точки пересечения

Таблица 5

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	GI.20	GI,E,J	VB.3	VB,TR,F,GI
T.22	T,TR,VB	E.4	E,GI	VB.4	VB,TR,E
T.24	T,GI,E	E.7	VB,E	VB.6	VB.V
T.25	T,E	E.8	VB,E	VB.7	VB.V
T.27	T,J	RP.12	RP,F	VB.8	VB.V
J.2	J,F	RP.13	RP,F	VB.10	VB.V
				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		

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-поспособник (источник) GI.4, которая располагается между 1 и 2 пястными костями. Расстояние между P.7 и GI.4 у взрослого мужчины около 6 см. Если воздействовать на ло-пункт меридиана толстого кишечника GI.6, то энергия уйдет назад, к меридиану легких через его точку-источник P.9. 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 (при поднятыми вверх руками) 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: 6 ло – каналов передают энергию по направлению движения суточного и годового цикла (по часовой стрелки) и 6 ло – каналов передают энергию против направления движения энергии (против направления движения часовой стрелки).

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 терапии) , 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 Е.40 является началом ло-канала на голени, который продолжается около 20 см и кончается на стопе точкой пособием 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 TR . 8 – седатируем справа Инь – точка MC . 5 – седатируем справа Инь – точка RP . 6 – тонизируем слева Ян – точка VB . 39 – тонизируем слева
MC . 5, рука	Избыток энергии в в одном из ручных инь – меридианах справа: MC, P, C	Инь – точка MC . 5 – седатируем справа Ян – точка TR . 8 – седатируем справа Ян – точка VB . 39 – тонизируем слева Инь – точка RP . 6 – тонизируем слева
VB . 39, нога	Избыток энергии в в одном из ножных ян – меридианах справа: VB, E, V	Ян – точка VB . 39 – седатируем справа Инь – точка RP . 6 – седатируем справа Инь – точка MC . 5 – тонизируем слева Ян – точка TR . 8 – тонизируем слева
RP . 6, нога	Избыток энергии в в одном из ножных инь – меридианах справа: RP, R, F	Инь – точка RP . 6 – седатируем справа Ян – точка VB . 39 – седатируем справа Ян – точка TR . 8 – тонизируем слева Инь – точка 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 (Е «мать» → RP → С «сын»). Для меридиана селезенки RP «матерью» является меридиан Е, так как этот меридиан отдает энергию для RP, а «сыном» — меридиан С, 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 Е, 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 (– Е). Поэтому для установления энергетического равновесия необходимо повышать энергию в меридиане желудка воздействуем на тонизирующую точку меридиана Е.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)					
“Мать” тонизируют 5 минут.	Меридиан «М» седатируется М тон→М→М сед.	“Сын” седатируют 20 минут.	“Мать” тонизируют 5 минут.	Меридиан «М» тонизируется М сед→М→Мтон.	“Сын” тонизируют 5 минут.
F.8	P	GI.2	F.2	P	GI.11
P.9	GI	E.45	P.5	GI	E.41
GI.11	E	RP.5	GI.2	E	RP.2
E.41	RP	C.7	E.45	RP	C.9
RP.2	C	IG.8	RP.5	C	IG.3
C.9	IG	V.65	C.7	IG	V.67
IG.3	V	R.2	IG.8	V	R.7
V.67	R	MC.7	V.65	R	MC.9
R.7	MC	TR.10	R.2	MC	TR.3
MC.9	TR	VB.38	MC.7	TR	VB.43
TR.3	VB	F.2	TR.10	VB	F.8
VB.43	F	P.5	VB.38	F	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)					
“Мать” тонизируют 5 минут.	Меридиан «М» седатируется М тон→М→М сед	“Сын” седатируют 20 минут.	“Мать” седатируют 20 минут	Меридиан «М» тонизируется М сед→М→Мтон	“Сын” тонизируют 5 минут
TR.3	VB	F.2	TR.10	VB	F.8
VB.43	F	C.7	VB.38	F	C.9
F.8	C	IG.8	F.2	C	IG.3
C.9	IG	E.45	C.7	IG	E.41
IG.3	E	RP.5	IG.8	E	RP.2
E.41	RP	P.5	E.45	RP	P.9
RP.2	P	GI.2	RP.5	P	GI.11
P.9	GI	V.65	P.5	GI	V.67
GI.11	V	R.2	GI.2	V	R.7
V.67	R	MC.7	V.65	R	MC.9
R.7	MC	TR.10	R.2	MC	TR.3
MC.9	TR	VB.38	MC.7	TR	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

впередистоящего меридиана селезенки. Поэтому меридиан - потребитель энергии, названный «сыном» (С), а седатируют для снижения в нем энергии тем, что укалывают его седатирующую точку С.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:** ( $E \rightarrow RP \rightarrow C^+$ ). В том случае, если меридиан селезенки имеет недостаток энергии ( - RP), действия будут противоположны. Меридиан находится в паре в элементе «Земля» с меридианом желудка Е, поэтому в последнем автоматически возникнет избыток энергии (+ Е). Тогда меридиан «мать» (Е) необходимо седатировать тем, что укалывают его седатирующую точку Е.45, воздействуя на нее на протяжении 20 минут. Благодаря указанному воздействию избыток энергии из меридиана желудка Е 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 (Е — RP — С) необходимо чтобы у меридиана сердца С (потребителя энергии), то есть «сына», должен быть недостаток энергии ( - С). Меридиан сердца может получить энергию только от впередистоящего меридиана селезенки RP. Следовательно, меридиан сердца необходимо тонизировать, заставляя повышать свою энергию, отбирая ее у впередистоящего меридиана селезенки. Для этого необходимо воздействовать на тонизирующую точку меридиана С.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 Элементам движется по следующей траектории: дерево — огонь — земля — металл — вода. От элемента «вода» энергия возвращается к элементу «дерево». Таким образом, энергия ЧИ движется 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: Р.11 - дерево, Р.10 - огонь, Р.9 - земля, Р.8 - металл, Р.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».

**Правило «у-шу – элемента» для точек у-шу. Таблица 8.**

Элемент	Последовательность расположения меридианов в годовом цикле	Седатируют меридиан по закону «мать-сын»  М тон → М сед → М сед.			Тонизируют меридиан по закону «мать-сын»  М сед → М тон → М тон.		
		Если тонизируют точку у-шу,	и одновременно седатируют точку у-шу,	то седатируется меридиан:	Если седатируют точку у-шу,	и одновременно тонизируют точку у-шу	то тонизируется меридиан:
Дерево	TR → VB → F	VB.34	VB.38	VB	VB.34	VB.38	VB
	VB → F → C	F.1	F.2	F	F.1	F.2	F
Огонь	F → C → IG	C.9	C.8	C	C.9	C.8	C
	C → IG → E	IG.8	IG.1	IG	IG.8	IG.1	IG
Земля	IG → E → RP	E.36	E.45	E	E.36	E.45	E
	E → RP → P	RP.3	RP.5	RP	RP.3	RP.5	RP
Металл	RP → P → GI	P.5	P.9	P	P.5	P.9	P
	P → GI → V	GI.2	GI.11	G	GI.2	GI.11	G
Вода	GI → V → R	V.66	V.65	V	V.66	V.65	V
	V → R → MC	R.10	R.2	R	R.10	R.2	R
Огонь	R → MC → TR	MC.3	MC.8	MC	MC.3	MC.8	MC
	MC → TR → VB	TR.10	TR.6	TR	TR.10	TR.6	TR
Годовой цикл движение энергии ЧИ по меридианам: → (VB → F) → (C → IG) → (E → RP) → (P → GI) → (V → R) → (MC → TR) →							

**Правило «элемент в элементе» для точек у-шу. Таблица 9.**

Элемент (в скобках)	Последовательность расположения меридианов в годовом цикле	Седатируют меридиан по закону «мать-сын»  М тон → М сед → М сед.			Тонизируют меридиан по закону «мать-сын»  М сед → М тон → М тон.		
		Если тонизируют точку у-шу,	и одновремен но седатируют точку у-шу,	то седатируе тся меридиан:	Если седатируют точку у-шу,	и одновремен но тонизируют точку у-шу	то тонизируетс я меридиан:
Дерево	TR → (VB → F)	TR.10	F.1	VB	TR.10	F.1	VB
	(VB → F) → C	VB.38	C.8	F	VB.38	C.8	F
Огонь	F → (C → IG)	F.1	IG.8	C	F.1	IG.8	C
	(C → IG) → E	C.8	E.45	IG	C.8	E.45	IG
Земля	IG → (E → RP)	IG.8	RP.3	E	IG.8	RP.3	E
	(E → RP) → P	E.45	P.8	RP	E.45	P.8	RP
Металл	RP → (P → GI)	RP.3	GI.2	P	RP.3	GI.2	P
	(P → GI) → V	P.8	V.65	G	P.8	V.65	G
Вода	GI → (V → R)	GI.2	R.10	V	GI.2	R.10	V
	(V → R) → MC	V.65	MC.8	R	V.65	MC.8	R
Огонь	R → (MC → TR)	R.10	TR.10	MC	R.10	TR.10	MC
	(MC → TR) → VB	MC.8	VB.38	TR	MC.8	VB.38	TR
Годовой цикл движение энергии ЧИ по меридианам: → (VB → F) → (C → IG) → (E → RP) → (P → GI) → (V → R) → (MC → TR) →							

**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.** [Смотрите таблицу 9.](#) 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) → Р (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.**

## § 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 Р 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»**

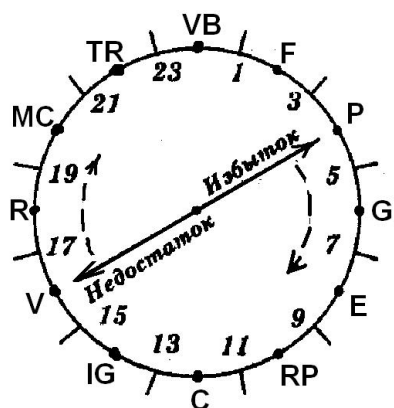
Седатируется меридиан  «жена», годовой цикл	VB	F	C	J9	E	RP	P	J9	V	R	MC	TR
Для этого тонизируется меридиан  “муж” (5 мин.)	9J.11	P.9	R.7	V.67	VB.4 3	F.8	C.9 или MC.9	J9.3 или TR.3	E.41	RP.2	R.7	V.67

Тонизируется меридиан  “жена”, годовой цикл	VB	F	C	J9	E	RP	P	J9	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.1 0	VB.3 8	F.2
Тонизируются точки	V.67	R.7	MC.9	TR.3	VB.4 3	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.4 3	F.8
Седатируются точки	V.65	R.1	MC.7	TR.1 0	VB.3 8	F.2	P.5	9J.2	E.45	RP.5	C.7	J9.8

Например, для меридиана легких Р энергетическим антагонистом является меридиан мочевого пузыря V. Если меридиан легких Р 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 Р. Поэтому надо воздействовать на точку возбуждения меридиана мочевого пузыря V.67. Если меридиан легких Р 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 Р надо седатировать точку седатации Р.5 при избытке энергии в меридиане, или надо тонизировать точку тонизации Р.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 Р и толстого кишечника GI). Если воздействовать на ло-пункт меридиана легких Р.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 Р.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 Р нужно седатировать ло - пункт Р.7 и тонизировать точку - пособник GI.4. Для увеличения энергии в меридиане легких необходимо тонизировать его точку - пособник Р.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 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 Т 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 движется 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 Т.13 - меридианы Т, 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 акупунктуры (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». Спастись 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 поясицы.

Чудесные меридианы (ЧМ).

Таблица 13.

Группа меридианов	Чудесные меридианы	Классические точки				Акупунктурные точки, составляющие чудесный меридиан
		Точка ключ	Точка связующая	Точка щель	Группа ой по - проект	
Ян	Задний срединный, T, ЧМ № 1, Ду-май, море в сех ян-меридианов, накапливает энергию от 6 ян-меридианов	J9.3	V.62		T.1	T.1 - T.28
	Наружный локтевой Ян-цзяо-май, ЧМ № 2, ускоритель ян-меридианов, присоединяет энергию от меридианов CI + E	V.62	J9.3	V.59		V.62, V.61, V.59, VB.29, IC.10, GL.15, GL.16, E.4, E.3, E.1, VB.20 (в основном также V.1, T.16)
	Наружный поддерживающий, ЧМ № 3, Ян-эй-май, хранитель ян-меридианов, присоединяет энергию от меридианов IC + V	TR.5	VB.41			V.63, VB.35, IC.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 (вместо VB.11 в основном VB.15)
	Опоясывающий, ЧМ № 4, Дай-май, сосуд пояса, присоединяет энергию от меридианов TR + VB	VB.41	TR.5	VB.35		VB.26, VB.27, VB.28
Инь	Передний срединный, J, ЧМ № 5, Жэнь-май, ускоритель инь-меридианов, накапливает энергию от 6 инь-меридианов	P.7	R.6		J.15	J.1 - J.24
	Внутренний локтевой, ЧМ № 6, Инь-цзяо-май, ускоритель инь-меридианов, присоединяет энергию от меридианов P + RP	R.6	P.7	R.8		R.6-8, V.1
	Внутренний поддерживающий, ЧМ № 7, Инь-эй-май, хранитель инь-меридианов, присоединяет 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 всеми авторами)
	Подвешивающийся, ЧМ № 8, Чун-май, море 12 меридианов, присоединяет 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 Ј. 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 – Ј. 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,) - Ј.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 + Ј) при помощи точек пересечения Т.12, Т.13, Т.4, Т.22, Ј.3, Ј.7, Ј.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 Ј) 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 (Р, 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-цзяо-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): распирание и вздутие живота, 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.