

§ 31. Генератор энергии.

Современная физиология указывает на семь главных генераторов биотоков (источников электроэнергии) в человеческом организме: ретикулоэндотелиальная формация мозга, сердечные «водители ритма» и генераторы пяти органов чувств. В восточной медицине источники энергии (биотоков) представлены философско-абстрактными анатомическими образованиями: «полостями тела» или «океаном и 4 морями» энергии.

1. Теория «трех обогревателей тела». При анатомическом рассмотрении тела человека можно выделить три крупных полости, которые заполнены соответствующими органами: полость черепа (содержит мозг), грудная полость (содержит легкие, перикард и сердце) и брюшная полость (содержит все остальные органы). По классическим воззрениям акупунктуры (чжэнь-цзю терапии), генераторами энергии являются внутренние органы грудной и брюшной полости, абстрактно называемые в своей совокупности «тремя полостями тела», или «тремя обогревателями тела». По мнению древних медиков, совокупность внутренних органов является источником жизненных сил ЧИ (ЦИ). **Верхняя полость** (шан-цзяо) включает внутренние органы, размещающиеся внутри грудной клетки — легкие и сердце. По традиционным воззрениям верхний генератор энергии дает энергию четырем меридианам: легких Р, сердца С, перикарда МС и трем обогревателям ТР. Регулятором деятельности органов верхней полости является точка переднего срединного меридиана J.17. **Средняя полость** туловища (чжан-цзяо) располагается в промежутке от диафрагмы до пупка, где размещаются органы: желудок, печень, желчный пузырь, тонкий кишечник. Срединный генератор энергии вырабатывает энергию ЧИ для следующей четверки меридианов соответствующих вышеперечисленным органам: Е, F, VB, IG. Регулятор деятельности средней полости—точка J.12.

Четыре моря энергии.

Таблица 14.

Группа	№	Название моря	Объединенные «морем» три меридиана	Точка входа энергии в 3 меридиана	Точка выхода энергии из 3 меридианов
Инь	1	Энергии	P, RP, C	J.17 – одновременно это точка океана энергии	E.9
	2	Крови	R, MC, F	VB.17	E.37, E.39
Ян	3	Пищевое	GI, E, IG	E.30	E.36
	4	Костно-мозговое	V, TR, VB	T.19, T.20	T.15, T.16

Точки у-шу.

Таблица 15.

Инь-меридиан	Точка-колодец (источник)	Точка-ручей (родник)	Точка-речушка	Точка-река	Точка-море
	Дерево	Огонь	Земля	Металл	Вода
P	P.11	P.10	P.9	P.8	P.5
RP	RP.1	RP.2	RP.3	RP.5	RP.9
C	C.9	C.8	C.7	C.4	C.3
R	R.1	R.2	R.3	R.7	R.10
MC	MC.9	MC.8	MC.7	MC.5	MC.3
F	F.1	F.2	F.3	F.4	F.8
Ян-меридиан	Точка-колодец (источник)	Точка-ручей (родник)	Точка-речушка	Точка-река	Точка-море
	Дерево	Огонь	Земля	Металл	Вода

GI	GI.5	GI.11	GI.1	GI.2	GI.3
E	E.41	E.36	E.45	E.44	E.43
IG	IG.5	IG.8	IG.1	IG.2	IG.3
V	V.60	V.40	V.67	V.66	V.65
TR	TR.6	TR.10	TR.1	TR.2	TR.3
VB	VB.38	VB.34	VB.44	VB.43	VB.41

Взаимоотношения точек у-шу в системе суточного цикла энергии. Таблица 16.

Энергетическая система	Метод	Направление передачи энергии
1+2	1. Большой инь, Тай-инь	RP.1, 2, 3, 5, 9 → J.12 → P.11, 10, 9, 8, 5 Обратное направление движения энергии: №4 → №1
	2. Малый ян, Мин-ян	GI.5, 11, 1, 2, 3 → E.1 → E.41, 36, 45, 44, 43 Нормальное направление энергии: №2 → №3
3+4	3. Средний Инь, Шао-инь	R.1, 2, 3, 7, 10 → J.23 → C.9, 8, 7, 4, 3 Обратное направление движения энергии №8 → №5
	4. Большой Ян, Тай-ян	IG.5, 8, 1, 2, 3 → V.1 → V.60, 40, 67, 66, 65 Нормальное направление энергии №6 → №7
5+6	5. Малый (узкий) Инь, Цзюй-инь	F.1, 2, 3, 4, 8 → J.18 → MC.9, 8, 7, 5, 3 Обратное направление движения энергии №12 → №9
	6. Средний Ян, Шао-ян	TR.6, 10, 1, 2, 3 → TR.22 → VB.38, 34, 44, 43, 41 Нормальное направление энергии: №10 → №11

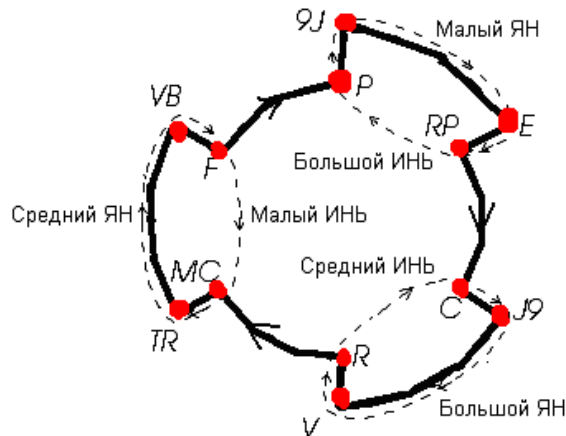


Рисунок 28. Циркуляция энергии в суточном цикле между точками у-шу.

Нижняя полость (я-цзяо) занимает пространство ниже пупка, где располагаются (на срезе в полулежачем положении) селезенка и поджелудочная железа, мочевого пузыря, почки, толстый кишечник. Нижний генератор энергии дает энергию ЧИ следующей четверки меридианов: RP, V, R и GI. Регулирует деятельность нижней полости точка J.7.

От генератора энергии в виде «трех полостей» энергия направляется к 12 основным каналам. В эту замкнутую систему она поступает через 12 точек-источников (пособников). Локализуются все точки-источники около кистей рук и стоп ног. **Смотрите таблицу 3.** Следовательно, должны существовать внутренние меридианы, которые передают энергию из «трех полостей тела» на конечности. Однако, о таких образованиях классическая чжэнь-цзю терапия не упоминает.

Существует и канал «трех полостей туловища», который расположен на внутренней стороне руки. Точки этого меридиана должны были бы иметь огромное значение, так как они воздействуют на выработку всей энергии в организме. При избытке энергии точками этого меридиана можно было бы

блокировать процесс энерговыделения, при недостатке — стимулировать. Однако, иглотерапевтическая практика показывает, что при воздействии на акупунктурные точки меридиана «трех обогревателей» никаких общеэнергетических сдвигов не происходит. Он «ведет себя» как обыкновенный меридиан, а в большинстве случаев его отличает низкая терапевтическая активность точек. В практическом плане учение акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) о генераторе энергии «трех полостей тела» оторвано от представления о терапевтической роли точек меридиана с одноименным названием. Название меридиана не связано с названием генератора энергии, нет никакого единства между ними.

2. Теория «четырёх морей энергии». Теория, утверждающая о том, что «три полости тела» являются местом выработки «жизненных сил ЧИ (ЦИ)», была выдвинута около 300 г. до н. э. («Трактат о внутреннем»). По-видимому, она не удовлетворяла иглотерапевтов прошлого и поэтому в 500 г. н. э. была разработана другая теория о генераторах энергии, которая получила название «Четыре моря энергии» (Сы-хай-чи). По этой теории человек является «океаном» энергии, который состоит из четырех «морей» энергии. Точка «океан энергии» — J.17. Она используется для общего пополнения космической энергией при истощении организма. **См. табл. 14.**

«**Море энергии**» генерирует «жизненные силы ЧИ» для умственной и физической деятельности человека. «Море» объединяет (снабжает энергией) меридианы легких Р, поджелудочной железы — селезенки RP и сердца С. «**Море крови**» вырабатывает энергию для осуществления внутриклеточного обмена веществ в организме. Это «море» объединяет три меридиана: почек R, перикарда MC и печени F. «**Море пищевое**» генерирует энергию для переваривания пищи в желудочно-кишечном тракте и для поступления питательных веществ из него в кровяное русло. «Море» объединяет в себе три меридиана: толстого кишечника GI, желудка E и тонкого кишечника IG. «**Море костно - мозговое**» вырабатывает энергию для выделения продуктов распада из организма (мочи, кала, пота). Оно дает энергию трем меридианам: мочевого пузыря V, трех полостей тела TR и желчного пузыря VB. Каждое «море» выделяет энергию на поверхность тела не прямо внутрь принадлежащих ему каналов, а в незначительном удалении от них. Поэтому для каждого «моря» определена точка входа энергии от него сразу в 3 стандартные меридиана. Для отработанной энергии определена точка выхода, через которую энергия опять поступает к «морю» из 3 меридианов. Обращение древних авторов к водным категориям (канал, колодец, река, море, океан) не случайно. Дело в том, что они пытались подстроить свою систему взглядов к давно существующим в иглотерапии представлениям о движении энергии по каналам, озерам (бассейнам), по точкам-колодцам, ручьям, речушкам, рекам и точкам-морям. Они создали единую «**водно-морскую**» теорию энергетического строения организма, начиная от выработки энергии и кончая функциональной деятельностью точек.

Сравнение точек с водными структурами началось на заре развития иглотерапии. Позже оно выделилось в учение о «пяти точках шу», или «у-шу». Через точки «у - шу» происходит передача энергии от «моря энергии» в наружные 12 меридианов, а потом — к их внутренним меридианам и назад к «морю энергии»: «море энергии» - точка — колодец, точка — родник (ручей), точка — речушка (маленькая река), точка — река (большая река), точка — море — внутренний меридиан — опять «море энергии». В точке - колодец возникает поток энергии, точка — река передает энергию к трем стандартным меридианам, а точка — море передает энергию внутренним меридианам, которые питают энергией соответствующие внутренние органы. В составе каждого из 12 каналов существуют точки, которые определенным образом распространяют энергию по всему меридиану. Функциональная деятельность точек у-шу характеризуется следующим образом («Трактат Нань-цзин»): « - там, где в теле берутся жизненные силы ЦИ, там образуется колодец-цзин; там, где ЦИ сочится, - возникает ручей-жизнь; там, где ЦИ течет, образуется речушка-шу; там, где ЦИ движется, подобно потоку, - образуется река-цин; там, где ЦИ входит в наружные меридианы и дальше внутрь организма к внутренним органам чжан-фу, - образуется точка-«море» (объединение, устье, хэ, хай)». Пять точек у-шу сумме играют роль ускорителей, регуляторов скорости движения энергии по меридиану. По классическим представлениям, на инь-каналах (Р, RP, С, R, MC, F) точки-колодцы соответствуют точкам-«дерево», на ян-каналах (GI, E, IG, V, TR, VB) - точкам-«металл». Точки-ручьи на инь-каналах соответствуют точкам-«огонь», на ян-каналах — точкам-«вода». Точки-речушки на инь-каналах соответствуют точкам-«земля», на ян-каналах - точкам-«дерево», точки-реки на инь-каналах соответствуют точкам-«металл», на ян-каналах — точкам-«огонь». Точки-моря на инь-каналах соответствуют точкам-«вода», на ян-каналах - точкам-«земля». **Смотрите таблицу 15.**

Практическое применение каждой точки у-шу основано на следующих клинических симптомах. **Точки-колодцы** соответствуют мышцам, плоти, поверхностному, тонкому и используются, при недостатке энергии в меридиане. Точки-колодцы инь-каналов берут у больных с жалобами на чувство

распираания и давления под сердцем. Точки-колодцы тонизируют при недостатке энергии и не используют при избытке. Для усиления воздействия берут точку-колодец и точку-родник (ручей). **Точки-ручьи** на инь-меридианах укалывают при наличии температуры, так как они соответствуют «огню», поэтому управляют жаром в теле. **Точки-речушки** (быстрина) укалывают при общем чувстве тяжести, при болях в связках, мышцах, суставах. **Точки-реки** укалывают при одышке, кашле (на инь-меридианах), высокой температуре и ознобе (на ян-меридианах). **Точки-моря** уменьшают энергию меридианов, так как способствуют направлению ее во внутренние меридианы (в том числе и к ЧМ). Точки не рекомендовано брать при недостатке энергии в меридиане. Применение точек у-шу в комплексе дает хороший результат при большом избытке энергии в меридиане. **Смотрите таблицу 16 и рисунок 28.** Если врач произвел воздействие на точки у-шу по методике «большой инь + малый ян», то часть энергии будет совершать бесконечные круговороты по точкам акупунктуры 4 меридианов: RP—P—GI—E. В таком случае энергия будет утилизироваться в двух замкнутых кривых: по вновь образованному циклу из 4 меридианов и внутри русла 12 каналов суточного цикла. Следовательно, в работе по утилизации энергии будет задействовано 16 меридианов. Можно задействовать еще 2 системы по 4 меридиана: «средний инь + большой ян» и «малый инь + средний ян». Тогда одновременно будут поглощать биотоки в трех малых и одном большом цикле сразу 24 меридиана. Однако, такое возможно только теоретически. Практически приходится ликвидировать избыток энергии в одном меридиане, который вызывается болезнью, поэтому применяется один из трех описанных методов.

Кроме этих точек существуют так называемые нижние точки-моря (точки нижние хэ): E.36, E.37, E.39, VB.34, V.40, V.39. Они используются для снятия синдрома избытка энергии в меридианах через соответствующие им органы: желудок, желчный пузырь и мочевого пузырь. По традиционным воззрениям, эти точки рассеивают энергию от этих органов в три внутренних канала: большой, средний и малый ян. Точки седатируют, укол должен быть глубоким.

§32. Агрессивные факторы внешней среды.

Согласно традиционной китайской медицине, все болезни вызывают дисгармонию энергии в 12 парных меридианах. В свою очередь, причиной всех болезней является воздействие на организм 5 агрессивных (климатических) факторов: жары, холода, влажности, сухости и ветра. Согласно древнекитайской философии болезнетворные агрессивные факторы проникают в организм через отверстия (или окна) в теле человека, которыми служат акупунктурные точки открытых поверхностей тела : кистей рук, стоп и головы. Холод (простуда) и влажность проникают через стопы ног, жар и сухость – через голову, а ветер – через руки. Соответственно этому должно осуществляться лечение патогенных факторов: лечение холода и влажности - через тонизацию акупунктурных точек на ногах, жара и сухости – седатацией точек на голове, ветра – гармонизацией точек на руках. Древним медикам неизвестны были патогенные вирусы и бактерии, склеротическое перерождение сосудов, болезни крови, гормональные и онкологические заболевания. Примитивные представления об этиопатогенезе болезней нашли отражение и в иглотерапевтической диагностике.

Патогенные климатические факторы.

Таблица 17.

Болезнь, вызванная патогеном	Огонь	Земля	Металл	Вода	Дерево
	IG - C, TR - MC	E – RP	GI - P	V - R	VB - F
	Жара (зной)	Влажность (сырость)	Сухость	Холод	Ветер
P (Pathogen ян) – указывает на избыток или недостаток энергии в ян -меридиане: IG, TR, E, GI, V, VB.					
p (pathogen инь) – указывает на избыток или недостаток энергии в инь -меридиане: C, MC, RP, P, R, F.					

Острые вирусные и бактериальные инфекции (грипп, ОРЗ, пневмония, пищевые отравления, дизентерия, тиф, энцефалиты и сотни других инфекционных болезней). Острые хирургические заболевания (аппендицит, перитонит, флегмона, рожистое воспаление и другие). Острая стадия терапевтических заболеваний , сопровождающиеся высокой температурой тела (ревматизм, подагра, цистит, гепатит, гастроэнтерит, панкреатит,).	(Pathogen +) = (IG+) избыток энергии в меридианах IG и TR элемента ОГОНЬ.			(pathogen -) = (R-) недостаток энергии в меридиане R элемента ВОДА.	
Хронические болезни (инфекционные и неинфекционные)					
Невралгия тройничного нерва		p + (RP+)		P – (V-)	
Ишиас		p+		P-	
Неврит лицевого нерва		p+		P-	
Радикулит, остеохондроз		p+		P-	
Плече-лопаточный периартрит, сахарный диабет		P+			p- (F-)
Артриты, миозиты, болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит				P+ (V+)	p- (F-)
Межреберная невралгия				P+ (V+)	p- (F-)
Бронхиальная астма, бронхит, ларингит, ринит		p- (RP-)			P+ (VB+)
Гипертония, гипотония				P- (V-)	p+ (F+)
Гепатит, холецистит			p- (P-)		P+ (VB+)
Гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, колит, энтерит	P- (GI-)		p+ (P+)		
Гинекологические заболевания		P- (E-)		p+ (R+)	
Ревматизм				p+ (R+)	P- (VB-)
Цистит		p- (RP-)		P+ (V+)	
Экзема, псориаз, дерматит			P+ (GI+)	p- (R-)	
Стенокардия	p- (C-)		P+ (GI+)		
Неврастения, шизофрения	p- (C-)		p- (P-)		
Маниакально - депрессивный психоз	p- (C-)		p- (P-)		
Истерия, эпилепсия	p+ (C+)		p- (P-)		

Например, классический иглотерапевтический диагноз **радикулита** звучит так: поражение системы меридианов мочевого пузыря и почек, полнота мышечно-сухожильного меридиана цзю-тай-ян (связанного с меридианом мочевого пузыря), пустота основного меридиана мочевого пузыря, полнота основного меридиана почек, болезнь вызвана патологической энергией холода и сырости. **Бронхиальная астма** имеет такое традиционное заключение: поражение меридианов легких и толстой кишки, полнота меридиана легких и пустота меридиана толстой кишки вследствие патогенного воздействия ветра и сырости. Все болезни в иглотерапии имеют свою причину возникновения. **Смотрите таблицу 17.** Как правило, болезнь вызывает сразу два фактора: сырость-холод, жара-влажность, ветер-холод и т. д. Из пяти патогенных факторов главными являются **холод и жара (зной)**. Эти два физических антагониста являются в иглотерапии и энергетическими антагонистами. Остальные три патогенных фактора (сырость, ветер и сухость) усиливают воздействие холода или жары и являются дополнительными. По традиционному воззрению патогенный климатический фактор воздействует на два свой элемент, состоящим из двух меридианов, чрезмерно повышая или понижая энергию в одном из них. Таким образом патогенный фактор способствует неравномерному распределению энергии в

системе 12 стандартных меридианов, так как смещает ее в какую-то сторону внутри замкнутого суточного (или годового) цикла. Дисбаланс энергии в системе вызывает болезнь. Лечение должно ликвидировать энергетический дисбаланс.

1. Правило воздействия климатических патогенного факторов ЖАРЫ и ХОЛОДА. «Холод» уменьшает общее количество энергии внутри элемента ВОДА (образуется синдром инь), а «жара» повышает общее количество энергии внутри элемента ОГОНЬ (образуется синдром ян).

«Жара» увеличивает общее количество энергии внутри каналов элемента ОГОНЬ GI, TR, и уменьшает её в меридианах С и МС. По этой причине возникают следующие клинические симптомы: повышение температуры тела, покраснение лица, быстрый пульс, судороги, бред, интенсивно работают все внутренние органы. Длительность течения синдрома «жара» истощает функциональные возможности внутренних органов. Механизм, который приводит к насыщению энергией 12 меридианов, состоит в блокировании путей ее накопления, препятствует освобождению энергии и ее нейтрализации. На практике для предотвращения патогенной деятельности фактора «жары» рекомендуется стимулировать работу накопителей энергии (чудесных меридианов) и воздействовать на точки выхода энергии из меридианов назад к «морям энергии».

«Холод» воздействует на элемент ВОДА, уменьшает количество энергии внутри канала почек R и увеличивает энергию в меридиане мочевого пузыря V. Процесс изъятия из организма энергии «холодом» сопровождается такими клиническими симптомами, как общая слабость, вялость, апатия, сонливость, бледное лицо, медленный пульс, недостаточность и ослабление работы внутренних органов. Дефицит энергии и понятие «холод» в иглотерапии имеют одинаковое значение. «Холод» может трансформироваться в «жару» и, наоборот, «жара» в «холод».

На практике диагностика по патогенному фактору всех **острых заболеваний**, протекающих с высокой температурой, достаточно стандартна, так как все они вызваны патогенном ЖАРЫ – ХОЛОДА, возникают по причине избытка энергии в двух меридианах элемента ОГОНЬ (GI, TR) и недостатка энергии в меридиане R элемента ВОДА. При наличии болезней с высокой температурой упрощается акупунктурная диагностика и подбор рецептуры. **Лечение болезней, возникшей от патогенного фактора ЖАРА сводится к уменьшению энергии внутри элемента ОГОНЬ (GI, TR). Лечение болезней, возникшей от патогенного фактора ХОЛОД сводится к увеличению энергии в элементе ВОДА в меридиане почек R.**

Акупунктурная диагностика по патогенному фактору хронических заболеваний не имеет закономерностей и подвержено стандартизации, которая приводится в **таблице 17**.

2. Смертельный дисбаланс энергии ЧИ. Китайская нетрадиционная медицина утверждает, что самые тяжёлые болезни, которые (как правило) приводят к гибели пациента, возникают от воздействия на организм человека всех пяти патогенных факторов одновременно: жары, влажности, сухости, холода и ветра. Например, человек может находиться длительное время в комнате, где на него воздействовала **сильная жара и чрезмерная сухость воздуха**. После выхода на улицу в зимнее время года на человека интенсивно воздействует **влажность, холод и ветер**. От воздействия на организм сразу пяти климатических неблагоприятных факторов одновременно происходит тотальный дисбаланс энергии, опасный для жизни. Возникают болезни, которые приводят к длительной потере сознания (шок, кома, чрезмерно высокая температура, лихорадка, интоксикация). Болезни, угрожающие жизни пациента, современная медицина лечит в реанимационных палатах. Но тысячелетия назад не существовало реанимационных методик, и в Китае больных людей в предсмертной агонии лечили иглотерапевты своими методами. При наличии грубых энергетических патологий почти останавливалась циркуляция энергии по 12 стандартным меридианам, и человек начинал медленно умирать. Агония с потерей сознания может продлиться несколько суток, после чего следует смерть человека. Китайские иглотерапевты по пульсу определяли энергетику больного человека, находящегося в агональном состоянии. Смертельно опасный дисбаланс энергии может быть четырёх видов:

1) Чрезмерное **повышение энергии ЧИ** во всех 12 меридианах одновременно, протекает с высокой температурой тела более 41 ° C (чума, холера, молниеносное развитие менингита, энцефалита, тяжёлое воспаление лёгких, «тепловой удар» и так далее). Причина возникновения «смертельного энергетического изобилия» состоит в том, что патогенные факторы (ЖАРА и другие) вырабатывает большое количество энергии внутри генераторов энергии («моря энергии», «моря крови», «моря пищевого» или «костно — мозгового моря») к 12 меридианам. Поэтому на практике для предотвращения патогенной деятельности фактора ЖАРЫ рекомендуется воздействовать на точки входа и выхода энергии соответствующих «морей энергии» или вообще «океана энергии». «Океан

энергии» восполняет энергией 12 стандартных меридианов через точку выхода энергии J.17. Одновременно лечение данного энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии возможно через понижение энергии ЧИ у всех 12 стандартных меридианов и одновременно в чудесных меридианах.

2) Чрезмерное **снижение энергии ЧИ** во всех 12 меридианов одновременно сопровождается снижением температуры тела до 35 ° С (длительный голод, длительная жажда и обезвоживание организма, потеря большого количества крови, инсульт, инфаркт, онкологическое заболевание, травма, огнестрельное ранение, переохлаждение и так далее). Причина возникновения всеобщего энергетического дефицита состоит в том, что патогенные факторы (ХОЛОД и другие) блокируют поступление энергии от генераторов («моря энергии», «моря крови», «моря пищевого» или «костно — мозгового моря») к 12 меридианам. Поэтому на практике для предотвращения смерти человека рекомендуется воздействовать на точки входа и выхода энергии соответствующих «морей энергии» или вообще «океана энергии». Одновременно лечение данного энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии возможно через повышение энергии ЧИ у всех 12 меридианов одновременно.

3) **Дисбаланс энергии ЧИ** между всеми инь (C, MC, RP, P, R, F) и ян (IG, TR, E, GI, V, VB) меридианами одновременно. Например, может быть чрезмерно повышена энергия ЧИ у инь — меридианов. При этом пациент будет чувствовать внутреннюю жару и наружный холод (озноб, холодный пот). Возможен противоположный вариант расположения энергии ЧИ в инь и ян меридианах, когда у ян- меридианов количество энергии будет повышена, тогда пациент будет чувствовать внутренний холод и наружную жару (жар, интенсивное потение).

Древние китайские врачи наделяли следующими ранними симптомами смертельный дисбаланс энергии в инь и ян меридианах:

а. Недостаток энергии в инь-меридианах (дефицит инь) представлен следующей симптоматикой: липкая и влажная кожа, укороченное и быстрое дыхание, покраснение лица, жажда с предпочтением холодных напитков, горячие ладони и подошвы, непереносимость тепла, беспокойство, раздражительность, субфебрильная лихорадка, красный сухой язык, быстрый и слабый пульс.

б. Избыток энергии в инь-меридианах (избыток инь): шумное дыхание, грубый голос, раздражительность, чувство переполнения в груди, распирающее в животе, запоры, шершавый язык с желтым налетом, глубокий редкий пульс.

в. Недостаток энергии в ян-меридианах (дефицит ян): профузный холодный пот (как капельки воды), слабое дыхание, бледность, отсутствие жажды, предпочтение теплым напиткам, похолодание тела и конечностей, непереносимость холода, апатия, бледный и влажный язык, редкий и напряженный пульс.

г. Избыток энергии в ян - меридианах (избыток ян): отсутствие пота, боли во всем теле, покраснение лица и тела, лихорадка, озноб, жажда с предпочтением холодных напитков, запоры, скудное количество желтой мочи, красный язык с сухим желтым налетом, быстрый пульс.

Лечение данного энергетического дисбаланса при помощи иглотерапии состоит в повышении энергии у всех 6 меридианов с недостатком энергии ЧИ, и понижении энергии у всех 6 меридианов с избытком энергии ЧИ. Дополнительно при дисбалансе энергии типа инь-ян используют следующие принципы лечения. **Во-первых**, прижигание (цзю) обязательно при преобладании синдрома «холода», и противопоказано при синдроме «жары». **Во-вторых**, для ликвидации дисбаланса энергии типа инь-ян необходимо использовать общие инь-ян ло-пункты. Благодаря воздействию на эти ло-пункты, происходит ликвидация инь-ян дисбаланса. Ранее упоминалось, что общими ян ло-пунктами являются точки TR.5 и T.1, а общими инь ло-пунктами — точки MC.6, P.7, J.1. **В-третьих**, по традиционному воззрению, осуществляет прямое воздействие на все цзан-органы точка F.13, а на все фу-органы—точка J.12. Поэтому при дисбалансе энергии во всех инь-меридианах воздействуют на точку F.13, а при дисбалансе энергии в ян-меридианах — на точку J.12. **В-четвертых**, при избытке энергии во всех фу-органах (ян-меридианах) воздействуют на нижние хэ (моря). К ним относятся: для желудка — E.36, толстого кишечника—E.37, тонкого кишечника—E.39, желчного пузыря — VB.34, мочевого пузыря — V.40, трех полостей тела — V.39.

4) **Дисбаланс энергии ЧИ в виде её чрезмерной концентрации в верхней или нижней половине тела (туловища).** Например, при чрезмерном избытке энергии в верхней половине тела определяется избыток энергии у всех ручных меридианов (C, MC, P, GI, IG, TR,) и сильный недостаток энергии в нижних отделах ножных меридианов (RP, R, F, E, V, VB). То есть верхняя половина ножного меридиана будет перенасыщена энергией, а нижняя — находится в чрезмерном дефиците энергии ЧИ. По традиционным представлениям китайских медиков верхние цзан-органы (легкие, сердце, перикард)

опускают ЧИ вниз, а нижние (почки, печень, селезенка) поднимают ее вверх. Если болезнь возникла от избытка энергии, и она локализовалась в верхней половине туловища, на голове или верхних конечностях, диагностируется патологическое поднятие энергии. Возникают симптомы: сильные головные боли, онемение кожи рук и головы, тошнота, рвота, кашель, одышка, боли в сердце и в лёгких. Если болезнь от избытка энергии поразила нижнюю часть туловища или ноги, то говорят об опускании энергии ЧИ. Возникают симптомы: боли внизу живота, у женщин возникают обильные выделения из влагалища, онемение кожи ног, движение в суставах ног затруднены и болезненны.

А. Из всех цзан - органов самым верхним являются легкие, самым нижним — почки. Поэтому при необходимости в направлении энергии вниз седатируют меридиан легких Р. Если он имеет недостаток энергии, то седатируют меридиан сердца С. Для этого выбирают любой из описанных методов. При необходимости поднять энергию ЧИ вверх седатируют меридиан почек R. Если он имеет недостаток энергии, то седатируют меридиан селезенки RP. Выравнивание баланса энергии в верхней и нижней половинах тела происходит по следующему правилу: надо опустить энергию — дави сверху вниз (седатируют меридиан лёгких), надо поднять энергию — дави снизу вверх (седатируют меридиан почек).

Б. Кроме того, имеется способ воздействия на «окна в небо». Точки «окна в небо» применяются при невозможности энергии ЧИ подняться вверх вследствие ее блокады, извращенного тока ЧИ вниз или при общей недостаточности ЧИ. Различают две группы этих точек: большие окна (E.9, GI.18, TR.16, V.10, F.3) и малые окна (T.22, IG.17, E.16, MC.1).

В. При недостаточном поднятия вверх энергии ЧИ используют T.20, J.6, J.4, E.36. Метод поднятия энергии не применяется у больных с дефицитом энергии в нижней части тела и с избытком в верхней его части.

Г. Примеры опускания поднявшейся ЧИ и подавления гиперактивности ян-ножных-меридианов: для опускания ЧИ желудка используются точки: J.17, J.12, MC.6, E.36; для сдерживания и опускания ЧИ печени — VB.20, F.3, R.1. Метод опускания энергии не применяется при дефиците энергии в верхней части тела в сочетании с избытком в нижней его части.

§ 33. Традиционное учение об органах и меридианах.

Без знания клинико-анатомических характеристик цзан-фу органов и их меридианов поставить правильный иглотерапевтический диагноз невозможно. Поясним, что под термином «орган» в традиционной китайской медицине понимается целая медико-философская функциональная система, которая управляет специфическими реакциями по обмену веществ в организме, обладает специфическими общеэнергетическими функциями, контролирует мышление и эмоции. Свойства, которыми обладает орган, автоматически переносятся на его меридиан. Орган и меридиан – едины. Например, заболевает сердце и тотчас возникает дисбаланс энергии в меридиане сердца. Если избыток энергии переполняет меридиан сердца, то это обязательно отразится ухудшением деятельности сердца (органа). По классическим представлениям легкие управляют энергией ЧИ и дыханием. Этой же функцией наделяется и меридиан легкого. Нет такого рода функциональной деятельности, которой обладал бы орган и не имел меридиан и – наоборот. Поэтому, перечисляя свойство органов, одновременно характеризуем и деятельность их меридианов.

Существует два основных типа органов: цзан и фу. **Цзан-органы** это – в основном плотные паренхиматозные органы: печень, сердце и перикард, селезенка, почки и легкие. Цзан-органы образуют инь -меридианы перечисленных названий. Главной функцией этих органов является переработка и хранение питательных веществ, жизненной энергии ЧИ, крови и жидкостей тела.

Фу-органы полые: толстый кишечник, тонкий кишечник, желудок, желчный пузырь, мочевой пузырь и три полости тела (сань-цзяо). Фу-органы образуют ян-меридианы соответствующих названий. Главной функцией органов является переваривание и всасывание пищи, а также удаление различных шлаков из организма.

Цзан и фу-органы объединены в пары и вместе составляют единый Элемент системы У-СИН. Легкие (орган цзан) соединены с толстым кишечником (орган фу), печень—с желчным пузырем, почки—с мочевым пузырем, селезенка (и поджелудочная железа) – с желудком, сердце — с тонким кишечником, перикард — с тремя полостями тела. Такое объединение цзан-фу-органов анатомически и физиологически оправдано.

1. Легкие Р имеют следующие главные функции:

А. Управление энергией ЧИ и дыханием. В легких происходит смешивание ЧИ, приходящей с вдыхаемым воздухом (кислород), и ЧИ, идущей изнутри организма (углекислый газ). При этом человек вдыхает «чистую ЧИ» и удаляет «загрязненную ЧИ». Дыхательная функция легких существенно влияет на активность всего организма и каждого органа в отдельности. Легкие контролируют рассеивание, распределение энергии ЧИ по всему организму для всех других органов и систем.

Б. Состояние ЧИ легких напрямую влияет на речевой аппарат человека.

В. Осуществляет контроль за состоянием кожи и волос. Заболевания этих тканей наступают при дисфункции энергии в меридиане легких.

Г. Потовые железы являются составными элементами кожи. Благодаря контролю за количеством выделенного пота, легкие влияют на водный обмен. Например, в жару 30 градусов по Цельсию с потом выделяется 65% воды, а почками только 35%. Зимой с потом выделяется всего 5% воды, а почками - 95%.

Д. Меридиан легких осуществляет контроль за «опусканием энергии ЧИ вниз».

Вывод для практической деятельности. Диагностика. *Слизистая носа* отражает энергетическое состояние меридиана легких. Свободное, редкое и очень глубокое дыхание с большим объемом вдыхаемого воздуха указывает на гармонию энергии в меридиане легких. Затрудненное дыхание, частое, чихание и хронический насморк указывают на избыток энергии в меридиане легких. Ногти в виде "часового стекла" указывают на множественную патологию легочных альвеол.

Лечение. Так как меридиан легких является энергетическим антагонистом меридиана толстого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане толстого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан легких можно лечить все перечисленные болезни меридиана толстого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни легких, бронхов, гортани, голосовых связок, носа, гайморовых пазух, обонятельную функцию носа, патологию кожи, волос (а точнее - функциональную деятельность волосяных луковиц), анемию (сниженное количество кислорода в крови, зависящее от проницаемости легочных альвеол). Меридиан легких влияет на работу потовых желез, а следовательно, может влиять на количество выделяемого пота и температуру тела.

2. Толстый кишечник GI. Главная функция — выделительная. Толстый кишечник осуществляет «прием» пищи из тонкого кишечника, всасывает жидкость из кишечника в кровь, формирует консистенцию кала, выделяет кал из прямой кишки. Патология проявляется запорами и поносами.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. *Нос (его длина)* — зеркало энергетического состояния толстого кишечника. Человек с длинным носом имеет наследственный недостаток энергии в меридиане толстого кишечника, а с коротким носом (курносый) – избыток энергии.

Лечение. Так как меридиан толстого кишечника является энергетическим антагонистом меридиана легких, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане легких повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан толстого кишечника можно лечить все перечисленные болезни меридиана легких. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни толстого кишечника (метеоризм, поносы, запоры), сигмовидной и прямой кишки (исключая анус, который контролируется меридианом почек).

3. Желудок Е. Главная функция – переваривание, всасывание пищи и продвижение ее в тонкий кишечник. Питательные вещества из него поступают в кровяное русло, являются питательной средой организма, а за функцию питательной ценности крови отвечает меридиан селезенки - поджелудочной железы. Если в желудке пища плохо переваривается, то и к селезенке и к поджелудочной железе поступит недостаточное количество питательных веществ, поэтому эти органы работают совместно, и являются главными органами пищеварения. ЧИ желудка опускается с пищей вниз. Патологическое «поднятие» пищи сопровождается тошнотой, рвотой, срыгиванием.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. *Губы (их форма)* — зеркало энергетического состояния желудка. Толстые губы говорят об наследственном избытке энергии в меридиане желудка. Тонкие губы говорят указывают на наследственный недостаток энергии в меридиане. Если губы имеют мелкие трещины по краям (заеды), то также можно утверждать о недостатке энергии в меридиане желудка. **Лечение.** Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана селезенки, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане селезенки

повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан желудка можно лечить все болезни меридиана селезенки и поджелудочной железы. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана желудка лечат болезни желудка.

4. Селезенка и поджелудочная железа RP (учитывается их суммарная деятельность) имеют следующие главные функции:

А. Управление транспортировкой по руслу крови и усвоением органами питательных веществ и воды. По представлению древних китайских медиков, пища является материалом для получения энергии ЧИ и крови, а расщепляется пища на составные части в селезенке и поджелудочной железе. Поэтому эти органы являются главными цзан - органами при получении энергии и крови. Кроме того, селезенка выполняет важную функцию в водном обмене: удаляет избыток жидкостей из тканей и каналов в кровяное русло (а дальше через почки и мочевой пузырь вода удаляется из организма). Поддерживает, с одной стороны, достаточную «влажность» кожи и органов (контролирует величину отеков у воспаленной ткани), а с другой — не допускает впитывания избытка влажности (не допускает «сырости»). Эту функцию выполняет ЧИ селезенки, которая имеет свойство подниматься вверх. Если же она застаивается или опускается вниз, то появляются головокружение (от голодания клеток мозга), выпадение прямой кишки, опущение внутренних органов.

Б. Влияние на эмоциональную и интеллектуальную сферы психической деятельности: регулирование интеллектуально - мыслительного напряжения, памяти, накапливание знаний, способности к обучению, склонность к научно-теоретической деятельности.

В. Управление эластичностью сосудов, проявляет антисклеротические свойства. Селезенка «препятствует выходу крови из сосудистого русла». Поэтому, если ЧИ селезенки ослаблена, могут быть различные геморрагические проявления, маточные кровотечения, пурпура, мелена и т. д.

Г. Управление мышцами. Селезенка доставляет в мышцы питательные вещества и воду, от этого увеличивается мышечная сила.

Д. Селезенка «открывается в рот и проявляется на губах». Так как основной функцией селезенки является транспортировка и усвоение органами пищи, то ощущение вкуса пищи является прямым показателем состояния селезенки. Например, при задержке патогенной «сырости» появляется «жирный» привкус во рту и снижаются вкусовые ощущения.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Губы (их влажность и цвет) отражают энергетическое состояние меридиана селезенки - поджелудочной железы. Дефицит энергии ЧИ в селезенке приводит к бледности губ. Если края губ опущены вниз, то это означает, что по наследству передалась плохая функциональная деятельность селезенки. Дефицит энергии ЧИ в поджелудочной железе приводит к сухости губ. Постоянная жажда и запах ацетона изо рта точно указывают на патологию поджелудочной железы.

Лечение. Так как меридиан селезенки - поджелудочной железы является энергетическим антагонистом меридиана желудка, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желудка повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому, через воздействие на меридиан селезенки - поджелудочной можно лечить все перечисленные болезни меридиана желудка. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни селезенки, поджелудочной железы, опухание тканей (воспалительного и травматического генеза), опущение внутренних органов (опущение почек), патологические изменения биохимического состава крови (количество белковых фракций и глюкозы), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), геморрагические проявления (пурпура, мелена, маточные кровотечения), болезни мышц, патология вкуса.

5. Сердце С имеет следующие главные функции:

А. Управляет кровью и сосудами (артериями), обеспечивает кровообращение, которое осуществляется при совместной деятельности сердца и сосудов. Работа сердца зависит от энергии ЧИ, и если ее вырабатывается достаточно, то кровоток активный. (Меридиан сердца контролирует состояние крупных сосудов, а меридиан перикарда контролирует состояние самых мелких кровеносных сосудов - капилляров). Меридиан сердца управляет тонусом артерий, а меридиан печени – тонусом вен.

Б. Сердце является хранилищем души. Психика, по теории традиционной китайской медицины, связана со всеми цзан-фу-органами, но главным образом – с сердцем. Материальной основой для функционирования психики является количество крови, поступающее к мозгу, а «уровень омываемости» кровью органа осуществляется сердцем.

В. Сердце «открывается в язык и проявляется на лице». Язык имеет внутреннюю связь с каналом сердца, поэтому по его состоянию можно судить о функционировании сердца. При дефиците крови в сердце язык бледнеет, а при «возгорании огня» (температуре, избытке энергии) кончик языка краснеет, и на его поверхности появляются язвочки. При расстройствах кровообращения изменяется в первую очередь цвет лица. Оно может краснеть, бледнеть, становиться серым, желтым и т. д.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Язык (его цвет) – зеркало энергетического состояния меридиана сердца. Красный язык (и лицо) говорит об избытке энергии в меридиане сердца, бледный язык (и лицо) – о недостатке.

Лечение. Так как меридиан сердца является энергетическим антагонистом меридиана тонкого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане тонкого кишечника повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан сердца можно лечить болезни меридиана тонкого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни сердца, болезни крупных артерий, психические болезни, болезни языка, миндалин, зева.

6. Тонкий кишечник IG своим верхним отделом соединен с желудком, а нижним — с толстым кишечником. Главными функциями являются дальнейшее переваривание и всасывание пищи, поступающей из желудка. Твердую пищу он разделяет на «чистую» (всасываемую в кровь) и «мутную» (кал), которую передает в толстый кишечник. Тонкий кишечник всасывает воду лучше, чем желудок, поэтому в желудке всасывается 20% поступающей с пищей воды, а в тонкой кишке – 50%, а в толстой кишке – оставшаяся часть. Если вода будет плохо всасываться в тонком кишечнике, то возникает понос, удаление воды из организма, а это вызывает обезвоживание организма и прекращение выделения воды почками. Теория У-СИН утверждает, что тонкий кишечник контролирует поступление воды в кровь, а почки – из крови в мочевой пузырь. При нарушении работы тонкого кишечника появляются не только расстройства пищеварения, но и мочеиспускания, которое проявляется в увеличении или в уменьшении выделяемой мочевым пузырем мочи.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Язык (налет и трещины на самом кончике языка) — зеркало энергетического состояния тонкого кишечника. Налет на языке указывает на недостаток энергии в меридиане, трещины – на избыток.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана сердца, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане сердца повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан тонкого кишечника можно лечить все болезни меридиана сердца. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана тонкого кишечника лечатся болезни самого тонкого кишечника, двенадцатиперстной кишки, функциональная патология сфинктера Одди, выпускающего соки поджелудочной железы и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (например, дискинезия желчного пузыря).

7. Мочевой пузырь V имеет главную функцию временного хранения и удаления мочи из организма.

Вывод для практической деятельности. Диагностика. Уши – зеркало энергетического состояния мочевого пузыря. Человек с большими по размеру ушами имеет наследственный недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря и избыток в меридиане почек. Человек с мелкими по размеру ушами имеет наследственный избыток энергии в меридиане мочевого пузыря и недостаток в меридиане почек. Китайские врачи утверждают, что чем большего размера у человека уши, тем выше энергетический потенциал в меридиане почек, тем человек умнее.

Лечение. Так как меридиан мочевого пузыря является энергетическим антагонистом меридиана почек, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане почек повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан мочевого пузыря можно лечить все болезни меридиана почек. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся все болезни мочевого пузыря (кроме его сфинктера, который контролируется меридианом почек).

8. Почки R имеют следующие главные функции:

А. Хранение эссенции, управление ростом и развитием организма. Эссенция — это материальная основа организма и его функции. Она состоит из двух частей: врожденной (данной родителями по наследству) и приобретенной (образуется из питательных веществ в процессе роста организма). Истощение обоих видов эссенции почек является основной причиной старения и смерти. Энергия почек

участвует в процессе роста, созревания и воспроизводства человека. Поэтому традиционная китайская медицина уделяет почкам особое внимание.

Б. Влияние на половую сферу человека. Почки контролируют детородную функцию, протекание менструации у женщин, влияют на фригидность и потенцию.

В. Регулирование водного обмена. Вода сначала поступает в желудок, передается в селезенку и легкие, далее рассеивается в крови по всему организму. Вода «опускается вниз» и попадает в почки, где с помощью ян-ЧИ почек делится на два потока: «чистый» и мутный». «Чистая» жидкость снова поднимается в легкие, а «мутная» направляется в мочевой пузырь и удаляется.

Г. Почки играют роль хранилища чистой (очищенной) энергии, которая является материальной основой роста, развития и размножения человека. По-видимому, удаление почками мочевины, аммиачных соединений и других продуктов распада трактовалось древними китайскими врачами как получение организмом «чистой энергии».

Д. Почки находятся ниже всех органов - цзан. Поэтому почкам (а точнее - её энергии) отдается преимущество при поднятии энергии ЧИ вверх.

Е. Управление костями. Китайские иглотерапевты все заболевания костей (в том числе и переломы) лечат методом повышения энергии в меридиане почек. Зубы являются костными производными, и их состояние также указывает на силу ЧИ почек. Из эссенции почек образуются костный и головной мозг.

Ж. Питание волос зависит от достаточного кровоснабжения их «чистой» кровью. Облысение и ломкость волос указывают на недостаточную силу ЧИ почек. Меридиан почек контролирует качество волос в биохимическом отношении, а меридиан легких ответственен за быстроту роста волос, а точнее - за функцию волосяных луковиц, которые относятся к составным частям кожи.

З. Регулирование «нижних отверстий тела»: мочеиспускательного канала, наружных и внутренних половых органов и ануса. Ослабление ЧИ почек нарушает их «открытие и закрытие» (недержание мочи, поносы, поллюции и т. д.).

И. По китайской концепции меридиан почек держит под контролем такие черты характера, как решительность, волю и половую активность. Из "эссенции" почек образуется головной мозг, поэтому органические заболевания нервных клеток ЦНС надо лечить воздействием на энергию меридиана почек, а функциональные болезни - воздействием на меридиан сердца.

К. Почки открываются в ухо. Способность ушей слышать зависит от первичной энергии ЧИ почек, поэтому внутреннее и наружное ухо тесно связаны с энергетическим уровнем меридиана почек. Все заболевания ушей надо лечить изменением энергии в меридиане почек. Например, шум в ушах указывает на наличие чрезмерно высокой энергии в меридиане почек. Кроме того, все воздействия на ухо (аурикулярная иглотерапия) изменяют количество энергии в меридиане почек, увеличивая ее или уменьшая.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния почек. Если ушная раковина имеет морщинистую и дряблую кожу (особенно на мочке уха), с большим количеством седых волос на козелке (у мужчин), то человек имеет недостаток энергии в меридиане почек. Если ушная раковина имеет очень гладкую и чистую кожу, мочка уха как подушечка упругая, налита кровью, то человек имеет избыток энергии в меридиане почек.

Лечение. Так как меридиан почек является энергетическим антагонистом меридиана мочевого пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане мочевого пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни почек, надпочечника, костей, костного мозга, биохимические изменения нервных клеток головного мозга (функциональные изменения лечат воздействием на меридиан сердца), биохимические изменения волос, патологию зубов, все гинекологические заболевания, мужскую импотенцию, поллюции, болезнь ушей и слухового аппарата, патологию органа равновесия, расположенного во внутреннем ухе (головокружение, тошнота). Воздействием на меридиан можно вылечить функциональную патологию "трех сфинктеров": мочеиспускательного канала (энурез или затрудненное мочеиспускание), влагалища (выпадение влагалища), ануса (выпадение прямой кишки, затрудненный акт дефекации). Воздействием на точки меридиана почек лечатся все заболевания ушей.

9. Перикард МС является мембраной, окружающей сердце, и относится к вспомогательным органам. Главной его функцией является защита сердца. Когда патогенный фактор «направляется» к сердцу, то первым поражается перикард.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Лицо (кожа лица) – зеркало энергетического состояния меридиана перикарда. Красное лицо (особенно щеки) говорит об избытке энергии в меридиане перикарда. Бледное лицо (щеки) указывает на недостаток энергии в меридиане перикарда. Человек, умеющий "краснеть от стыда" имеет врожденный избыток энергии в меридиане перикарда.

Лечение. Так как меридиан перикарда является энергетическим антагонистом меридиана трех обогревателей, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане трех обогревателей повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить все перечисленные болезни меридиана трех обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана перикарда (седатацией) лечат болезни спазма капилляров (артериальной их части) – болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, мигрень и другие.

10. Три полости тела TR (тройной обогреватель, сань-цзяо). Это меридиан общего энергетического снабжения всех 12 меридианов, меридиан «энергетической подкачки». В верхней полости трех обогревателей расположены сердце и легкие, которые и обеспечиваются энергией, в средней – селезенка и желудок, в нижней полости – почки, кишечник и мочевого пузырь. Теория акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) утверждает, что тройной обогреватель обеспечивает энергией все перечисленные органы.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Размеры глаз – зеркало энергетического состояния меридиана трех обогревателей. Крупные глаза, "вылезавшие" из орбит (как при базедовой болезни), говорят об избытке энергии в меридиане. Мелкие глаза, посаженные внутрь глазницы, говорят о недостатке энергии в меридиане трех полостей тела.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана перикарда, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане перикарда повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить болезни меридиана перикарда. Воздействием на энергетический потенциал меридиана трех обогревателей лечатся болезни всех внутренних органов грудной и брюшной полостей. При этом излечение органов характеризуется комплексностью. Точки TR.1 – TR.5 (кисть руки) воздействуют на верхнюю часть тройного обогревателя (ШАН–ЦЗЯО), где расположены легкие, сердце, перикард. Точки TR.6 – TR.15 (плечо и предплечье) воздействуют на среднюю часть тройного обогревателя (ЧЖУН–ЦЗЯО), где расположены желудок, тонкий кишечник, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа, печень. Точки TR.16 – TR.23 (шея и голова) воздействуют на нижнюю часть тройного обогревателя (СЯ–ЦЗЯО), где расположены почка, мочевой пузырь, толстый кишечник (сигмовидная и прямая кишка).

11. Желчный пузырь VB имеет главные функции: накопление желчи и периодическое выделение ее в кишечник. При этом его ЧИ опускается вниз по кишечнику.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Глаза (цвет белочной оболочки) — зеркало энергетического состояния меридиана желчного пузыря. Желтый цвет белочной оболочки говорит об избытке энергии в меридиане, белый – о норме, голубой цвет – о недостатке.

Лечение. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана печени, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане печени повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на данный меридиан можно лечить все болезни меридиана печени. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни желчного пузыря.

12. Печень F имеет следующие главные функции:

А. Хранение крови. В клетках печени синтезируются многие молекулы для красных и белых кровяных телец. Печень хранит кровь и регулирует тем самым объем кровотока, изменяя его соответственно потребностям организма. Печень синтезирует многие белковые фракции крови, «энергоемкие» вещества, витамины, поэтому она влияет на функции всех внутренних органов и тканей. Так как печень контролирует не только количество циркулирующей крови в организме человека, но и

тонус вен, то такие болезни, как варикозное расширение вен и геморрой, появляется при недостатке энергии в меридиане печени.

Б. Поддержание свободного тока ЧИ. Печень ответственна за постоянную и гармоничную циркуляцию энергии ЧИ и активность цзан-фу-органов, включая и саму себя.

В. Управление эмоциональной сферой. Расстройства функции (дефицит энергии) печени могут проявляться такими симптомами, как озлобленность, депрессия и слезливость, апатия при застое (недостатке) ЧИ печени. Беспокойство и бессонница возникают при ее гиперактивности (избытке). При плохой работе печени человек отличается вспыльчивостью и гневливостью.

Г. Участие в пищеварении: секретирует желчь, управляет функциями желудка и селезенки, которые играют главную роль в обеспечении организма питательной ЧИ.

Д. Контроль за сухожилиями. Печень питает все сухожилия организма и поддерживает их нормальную физиологическую активность. Вены также состоят из гладкой мускулатуры.

Е. По внешнему виду ногтей можно судить о состоянии энергии инь в крови и печени. При дефиците энергии и крови ногти становятся мягкими и ломкими.

Ж. Зеркалом состояния печени являются глаза. Печень является самым главным среди всех органов, влияющих на зрение. Дефицит инь крови в печени приводит к сухости глаз и снижению зрения. При синдроме жара в печени появляются покраснение, опухание и болезненность в глазах. Желтуха вызывает иктеричность (пожелтение) склер.

Вывод для практической деятельности.

Диагностика. Глаза — зеркало энергетического состояния меридиана печени. Патология зрения в виде дальновзоркости, сухость, болезненность, покраснение, опухание век указывает на недостаток энергии в меридиане почек. Близорукость говорит об избытке энергии в меридиане печени. При недостатки энергии в меридиане печени на ногтях возникают белые точки, ногти становятся мягкие и ломкие. При избытке энергии – на коже появляются красные точки (звездочки).

Лечение. Так как меридиан печени является энергетическим антагонистом меридиана желчного пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желчного пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни печени, глаз, сухожилий, вен, патологические изменения биохимического и гистологического состава крови (синтез белковых фракций крови, лейкоцитов, эритроцитов, лимфоцитов), свертываемости (синтез тромбоцитов), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), излечиваются психические болезни типа апатии, депрессии, бессонницы, налаживается синтез желчи, которая осуществляет переваривание жира.

13. Информация к размышлению. Описание функциональной деятельности органов цзан - фу дано в сокращенной форме. Необходимо отметить, что диапазон действия точек акупунктуры меридианов, значительно шире и охватывает не только «свой» орган, но и многие другие. Например, меридиан мочевого пузыря имеет 67 точек, и из них только 8 активно воздействуют на функцию мочевого пузыря. Остальные 59 точек имеют специфическое воздействие на другие органы и системы.

§ 34. Иглотерапевтическая диагностика.

По теории акупунктуры причина всех болезней состоит в нарушении энергетической гармонии между меридианами. в иглотерапии существуют только энергетические причины болезней, которые выражаются в избытке энергии ЧИ в одном месте или ее недостатке в другом. Если установлено место избытка (меридиан с избытком), то, используя законы акупунктуры, не составляет труда найти меридианы с недостатком энергии. И наоборот, если удалось диагностировать недостаток энергии в каком-то меридиане, то легко определить меридианы с избытком. Иглотерапевтическая (акупунктурная) диагностика — это процесс определения дисбаланса энергии в одном из 12 меридианов. У здорового человека вся его внутренняя энергетика сбалансирована. Энергия во всех 12 меридианах одинакова. Энергетическую гармонию нарушает каждые 2 часа процесс естественного избытка энергии, который своевременно переходит от одного меридиана к другому по законам движения энергии в суточном и годовом циклах. Например, у всех людей на планете, находящихся в данный момент в одном и том же часовом поясе, утром с 7 до 9 часов существует избыток энергии в меридиане желудка Е и недостаток – в меридиане перикарда МС. Если одновременно измерения производятся в определенное время года, например, в январе, то в дисбалансе будут находиться еще два

меридиана: избыток будет определяться в меридиане почек R, а недостаток в меридиане мочевого пузыря V.

У здорового человека существует энергетический дисбаланс в шести меридианах.

1) Естественный дисбаланс энергии в одном из 12 стандартных меридианов, вызванный заполнением избытком энергии ЧИ каждого меридиана по очереди на протяжении суток по закону **суточного** движения энергии.

2) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию антагонистических отношений в дневном цикле движения энергии. Дисбаланс определяется по правилу «**полночь — полдень**».

3) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию антагонистических взаимоотношений в **годовом цикле** движения энергии. Дисбаланс определяется по правилу «**муж-жена**».

4) Естественный энергетический дисбаланс возникнет благодаря существованию противоположного знака энергии в годовом цикле движения энергии внутри **элемента** (дерево, огонь, вода, металл, земля).

5 и 6) Два естественных энергетических дисбаланса возникнут у двух соседних меридианов, что определяется по правилу «**мать - сын**» по годовому и суточному циклу (например, в суточном цикле $P^- \rightarrow GI^+ \rightarrow E^-$, а в годовом цикле $P^- \rightarrow GI^+ \rightarrow V^-$).

Иная энергетическая ситуация возникает при заболевании человека: возникает дисбаланс энергии сначала в одном из 12 стандартных меридианов, который деформирует энергетический дисбаланс во всех остальных 12 стандартных меридианах. Самым трудным в практической иглотерапии является выявление «**больного**» меридиана, который может иметь вид меридиана с огромным избытком энергии, или с огромным недостатком энергии ЧИ. Восточная медицина имеет более 100 способов его определения. Это методы акупунктурной диагностики по языку, зубам, ушам (аурикулодиагностика), по ауре, ирису (иридиагностика), по точке сю-вэй, «окнам» тела, чакрам, позвоночнику, ногтям, по пульсу (пульсовая диагностика), методом брюшной пальпации и т. д. Развитие радиоэлектроники позволяет разнообразить электротехнические методы диагностики больного меридиана (реодараку, по Фолю и т. д.). После того, как определен больной меридиан, есть возможность рассчитать дисбаланс энергии еще в 5 меридианах.

Опишем некоторые методы диагностирования больного меридиана.

1. Иглотерапевтическая диагностика по пульсу — самый древний и самый сложный метод. Техника проведения следующая. Врач тремя пальцами (2, 3, 4) и двумя руками прощупывает и исследует пульс на обеих руках пациента на лучевой артерии в области запястья. Древними китайскими врачами выявлено около 30 характеристик пульса: поверхностный, глубокий, редкий, частый, гладкий, шероховатый, пустой, избыточный, длинный, короткий, увеличенный, напряженный, мягкий, струнообразный, крепкий, липнувший, тонкий, скрытый и т.д. Наружные меридианы органов - фу (ян) исследуются при легком надавливании пальцев на артерию, а внутренние меридианы - чжан (инь) органов — достаточно глубоким, сильным надавливанием. Для установления правильного иглотерапевтического диагноза необходимо учитывать целый комплекс знаний различных характеристик пульса. Хорошо овладеть этой методикой врач может после длительной практики в течение 10 - 20 лет.

2. Иглотерапевтическая диагностика по языку относится к дополнительным методам исследования. Самостоятельно языковой метод не определяет «**больного**» меридиана. **Темно-красный и влажный язык**, по традиционным представлениям, указывает на избыток энергии в меридианах группы ян. **Бледно-розовый и сухой язык** указывает на избыток энергии в группе меридианов инь. Язык с зеленым налетом показывает опасную стадию болезни. Если налет на языке белый и тонкий, то поражены поверхностные ткани организма. Язык с желтым налетом свидетельствует о синдроме жара в теле. Сухой язык с желтизной и пупырышками указывает, что синдром жара привел к истощению инь-соков, и т. д. Более полная информация о языковом методе в иглотерапевтической диагностике содержится в соответствующей медицинской литературе.

Язык делится на 3 области: кончик, тело и корень. Кончик языка отражает состояние легких P и сердца C, центральная часть тела языка — селезенки RP и желудка E, боковые области тела языка — печени F и желчного пузыря VB, а корень языка — почек R и мочевого пузыря V.

Цвет языка очень хорошо определяет тяжесть болезни, вид заболевания (инфекционное, терапевтическое, хирургическое) и даже заболевший орган.

- Тёмно-красный цвет языка указывает на существование у пациента опасной для жизни болезни: пневмонии, острой инфекции, почечной патологии, отравление сильным ядом. Чёрный налёт указывает на наличие кровотечений в область слизистой полости рта, на лейкозы, на раковую опухоль в области головы и шеи, язвенную болезнь желудка, геморрагическую лихорадку при сочетании с изжогой (гиперацидный гастрит).
- Красный и ярко-красный цвет языка – ишемия, интоксикация, температура тела выше 39 градусов по Цельсию. Ярко-красный язык бывает при раке желудка, колите. Покраснение только сосочков языка указывает на патологию печени (на правой стороне языка), органов малого таза (на передней части языка). Лакированный, блестящий и красный язык (когда место расположения сосочков языка не определяется, они атрофированы) возникает при раке желудка, колитах, повышенной температуре тела до 40 градусов.
- Розовый цвет языка – говорит о нормальном состоянии здоровья у пациента.
- Бледно-розовый цвет языка (почти белый язык, белый налёт на языке) – истощение организма, анемия, большая потеря крови, налёт белого цвета возникает при грибковом заболевании слизистых (молочница) и при анацидном гастрите. При длительном бессознательном или сонном состоянии говорит наличие белых отпечатков зубов белого цвета на языке.
- Оранжевый и жёлтый цвет языка говорит о патологии желчного пузыря и печени.
- Зелёный налёт на поверхности языка – инфекционная болезнь носоглотки, трахеи или желудка (гиперацидный гастрит), наличии изжоги и рвоты.
- Голубая поперечная полоса на поверхности языка появляется при длительном голодании организма, при ацидозе, неправильном минеральном и белковом обмене веществ (патология усвоения меди, цинка, калия), при наличии крупных отёков на ногах и в брюшной полости (при заболеваниях почек и сердца). Синий оттенок розового языка возникает при заболеваниях сердца (врождённые пороки, ранения).
- Фиолетовый цвет языка, синюшный язык – предвестник близкой смерти.

Точки – глашатаи (болевые)

Таблица 18

Меридиан	Точка- глашатай	Локализация точек
P	P.1	Ниже наружного края ключицы на 2 цуня
GI	E.25	На уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня
E	J.12	Выше пупка на 4 цуня
RP	F.13	Перед свободным концом 11-го ребра
C	J.14	Выше пупка на 6 цуней
IG	J.4	Выше лобка на 2 цуня
V	J.3	Выше лобка на 1 цунь
R	VB.25	У свободного конца 12-го ребра
MC	MC.1	В 4 -ом межреберье и от передней срединной линии латеральнее на 5 цуней
TR	J. 5	Ниже пупка на 2 цуня
VB	VB.23	В четвертом межреберье кнаружи от передней срединной линии на 6 цуня
F	F.14	На месте пересечения среднечлвчичной линии с реберной дугой

3. **Иглотерапевтическая диагностика при помощи точек-глашатаев** проводится следующим образом. Все 12 стандартных меридианов имеют болевую точку на передней поверхности туловища. При дисбалансе энергии в меридиане надавливание на ее точку - глашатай наиболее болезненно. Болевая реакция имеет место при избытке энергии в меридиане. Зная меридиан с избытком, можно найти меридианы с недостатком. Очень болезненная точка-глашатай укажет на «больной» меридиан. Локализация болевых точек указана в таблице. **Смотрите таблицу 18.**

4. **Иглотерапевтическая диагностика методом измерения теплочувствительности** начальных и конечных точек меридианов. Впервые предложена японским врачом К. Акабане. Как

известно, на пальцах рук начинаются ян-меридианы (GI, IG, TR) и заканчиваются инь-меридианы (P, C, MC). На пальцах ног начинаются инь-меридианы (F, RP, R) и заканчиваются ян-меридианы (VB, E, V). Если какой-то меридиан имеет избыток энергии, то прогревание обычной сигаретой его начальной или конечной точки внезапно сменяется ощущением жжения. При этом пациенты от неожиданности часто даже вскрикивают. Так как известно, к какому меридиану принадлежит прогреваемая точка, то легко устанавливается меридиан с дисбалансом энергии. Локализация точек указана в таблице. **Смотрите таблицу 19-а.** Иглотерапевтическая теплодиагностика по Акабане является наиболее простым и самым точным методом определения энергетического состояния всех 12 меридианов, ведь одновременно можно выявить разницу энергонасыщенности одного и того же меридиана с левой и правой стороны тела.

Таблица 19 - а.

Локализация начальных и конечных точек меридианов для термической диагностики по К. Акабане.

Меридиан	Точка начала или конца меридиана	Локализация точек	Задержка реакции слева, секунды	Задержка реакции справа, секунды
P	P.11	У лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм		
GI	GI.1	На лучевой стороне 2-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа		
E	E.45	Кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		
RP	RP.1	Внутри от ногтевого ложа 1-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		
C	C.9	От ногтевого ложа 5-го пальца руки, 3 мм в лучевую сторону		
IG	IG.1	От ногтевого ложа 5-го пальца руки, 3 мм в локтевую сторону		
V	V.67	Кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца ноги на 3 мм		
R	R.1	На подошвенной поверхности стопы между 2-3 плюсневными костями		
MC	MC.9	На кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм		
TR	TR.1	Локтевая сторона 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа		
VB	VB.44	Наружная сторона 4-го пальца ноги, на 3 мм книзу от ногтевого ложа		
F	F.1	Наружная сторона 1-го пальца ноги, на 3 мм от ногтевого ложа		

На практике теплодиагностика проводится следующим образом. Закуривается обыкновенная табачная сигарета. Ее преимущество перед толстой полынной сигаретой состоит в том, что она имеет значительно меньшую тлеющую площадь. Тепло тонкой табачной сигареты можно точно направить на данную акупунктурную точку на пальце, не затрагивая других, расположенных рядом.

Освобожденную от толстого слоя пепла тлеющую поверхность сигареты подносят на расстояние двух миллиметров у мужчин (или 3 миллиметров у женщин и детей) от места расположения акупунктурной точки, указанной в таблице. Обычно прогревают сначала точку слева, потом ту же точку справа. На часах с секундной стрелкой засекают время, которое прошло от начала прогревания точки до возникновения у пациента сильного болевого ощущения. Если этот временной интервал равен 1 - 2 секундам, то это указывает на избыток энергии в меридиане, к которому принадлежит прогреваемая точка. Если интервал равен 30 - 40 секундам, то существует недостаток энергии в меридиане. Таким образом, измеряется теплочувствительность всех 12 стандартных меридианов с левой и правой стороны тела. Получается энергограмма, состоящая из 24 -х результатов исследования. На основании полученных данных можно точно определить меридиан с выраженным избытком или недостатком энергии с правой и левой стороны.. Уравнивание энергии в 12 меридианах с правой и с левой сторон приводит к излечению болезни, которая вызвала данный энергетический дисбаланс.

Обычно у постели больного проводится сокращенный вариант исследования по Акабане. При этом сравнивают уровень чувствительности к теплу сигареты специфических точек, принадлежащих 4 меридианам, вероятность дисбаланса энергии внутри которых наиболее высока. Например, при радикулитах избыток или недостаток энергии в 95 % случаях бывает в меридиане мочевого пузыря V, почек R, желудка E и желчного пузыря VB. Тогда только у этих 4 – х меридианов диагностируют избыток и недостаток энергии при помощи тепла сигареты.

5. Диагностика электрического состояния меридианов или электротехническая диагностика избытка и недостатка 12 стандартных меридианов по методу Накатани. В 60-х годах японские врачи начали диагностику электрического состояния 12 стандартных меридианов при помощи чувствительных электротехнических приборов. Они назвали этот метод RYO-DO-RAKU (риодораку).

Таблица 19 - в.

Локализация точек-пособников для электротехнической диагностики по методу Накатани.

Меридиан	Точка - пособник	Локализация точек
P	P. 9	у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти, на нижней складке лучезапястного сустава
GI	GI. 4	между I и II пястными костями, ближе к лучевому краю II пястной кости
E	E. 42	на самом высоком месте свода стопы, между суставами II — III клиновидных и II — III плюсневых костей
RP	RP. 3	сзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы
C	C. 7	у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями
IG	IG. 4	на локтевой стороне кисти во впадине между основанием V пястной и трехгранной костей
V	V. 64	спереди и снизу от основания V плюсневой кости, на граница тыльной и подошвенной поверхностей во впадине
R	R.3	между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием
MC	MC.7	в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья
TR	TR. 4	на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев (в этом месте прощупывается впадина)
VB	VB. 40	у нижнего края латеральной лодыжки, во впадине сзади и сверху от кубовидной кости
F	F. 3	в самом узком месте между I и II плюсневыми костями

С 1965 по 2005 годы многие предприятия Японии, Китая, Германии, США, Франции, России начали промышленное изготовление различной степени чувствительности электротехнических приборов, которые показывали электрическое состояние меридианов в виде недостатка или избытка энергии в данном меридиане. Наиболее распространённым электрическим прибором по определению избытка или недостатка энергии в 12 стандартных меридианов является прибор японского инженера Накатани. Накатани предположил, что **наиболее объективно электрическое состояние меридиана указывают точки-пособники (источники):** P.9, GI.4, E.42, RP.3, C.7, IG.4, V.64, R.4, MC.7, TR.4, VB.40, F.3. Как показала практика, точки-пособники действительно достаточно точно указывали на электрическое состояние стандартных меридианов. Прибор Накатани указывает на избыток энергии ЧИ в меридиане цифрами от плюс 1 (+1) до плюс 100 (+100), а недостаток энергии от минус 1 (— 1) до минус 100 (— 100). В зависимости от способа измерения приборы Накатани бывают цифровые (с электронным табло) и стрелочные (с электромеханическим табло). Локализация точек - пособников на теле человека дана в таблице. **Смотрите таблицу 19 - в.**

При измерении врач получает сведения об электрическом состоянии в 12 стандартных меридианах справа и 12 меридианов слева, то есть врач получает 24 измерения.

Тактика иглотерапевтического лечения с учётом электрического состояния меридианов должна быть следующая. Всегда воздействуют в первую очередь на меридианы с самым большим цифровым

избытком или недостатком энергии (± 90 до ± 100). Например, при измерении по методу Накатани все меридианы имели электрический потенциал в пределах $\pm 20 - 40$, а меридиан почек R справа имел избыток энергии до плюс 95. Следовательно, главную опасность для здоровья человека в данный момент представляет избыток энергии в меридиане почек R справа, а поэтому на него надо оказывать воздействие в первую очередь. Ценность электротехнической диагностики состоит в том, что он указывает уровень дисбаланса энергии в «больном» меридиане в цифрах, кроме того, определяет, где находится «больной» меридиан – справа или слева.

6. Иглотерапевтическая диагностика по методу распространения боли вдоль «траектории меридиана». Диагностику «больного» меридиана по Акабана и Накатани желательно подкреплять клиническими исследованиями. Например, если при радикулите (остеохондрозе) иррадиация боли у пациента проходит по **передней** поверхности ноги – то это говорит об избытке энергии в меридиане желудка E (так как именно по передней поверхности ноги проходит траектория этого меридиана!). При наличии иррадиации боли по **наружной** поверхности ноги можно ставить диагноз избытка энергии в меридиане желчного пузыря VB. Если иррадиация боли у пациента проходит по **задней** поверхности ноги, это говорит об избытке энергии в меридиане мочевого пузыря V. Если иррадиация боли у пациента проходит по **внутренней** поверхности ноги, это говорит об избытке энергии в меридиане почек R. Для точного определения «больного меридиана» китайскими врачами рекомендуется сочетать данные 2–3-х методов иглотерапевтической диагностики. **Но иррадиация болей – является самым главным показателем избытка энергии в соответствующем меридиане!**

Очень часто пациенты указывают на распространение боли точно по направлению расположения какого-то меридиана на поверхности тела. Поэтому для диагностики «больного меридиана» врачу надо обязательно спросить пациента о траектории распространения болевого импульса. При невралгиях черепно-мозговых нервов пациенты жалуются на распространение болевых импульсов точно по меридиану мочевого пузыря V, или по меридиану желчного пузыря VB, или - желудка E, которые начинаются на голове. При невралгиях и туннельных невропатиях крупных нервов руки или ноги пациент также точно укажет прохождение болевых импульсов по ходу распространения «больного меридиана», направления распространения «электрического удара». Подобных примеров можно привести десятки. Вот почему направление иррадиации болей по поверхности тела является важной информацией для установки иглотерапевтического диагноза.

7. Иглотерапевтическая диагностика может осуществляться на основании клинического диагноза. Например, при заболевании легкого ставится диагноз дисбаланса энергии в меридиане легкого P, при заболевании желудка – дисбаланс энергии в меридиане желудка E, при заболевании сердца – в меридиане сердца C и т. д. Клиническим методом можно поставить иглотерапевтический диагноз при заболеваниях толстого и тонкого кишечника, селезенки, поджелудочной железы, мочевого пузыря, почки, желчного пузыря, печени. Выше было упомянуто, что при заболевании кожи и волос диагностируется дисфункция меридиана легких, многие психические болезни возникают от дисбаланса энергии в меридиане сердца, сухожилия заболевают при дисфункции меридиана печени, мышцы – меридиана селезенки, ухудшение зрения – меридиана печени, болезни костей – меридиана почек и т. д.

Однако имеется много болезней, которым очень трудно найти соответствующий «контролирующий» меридиан. Например, ревматизм, гипертоническая болезнь, алкоголизм, наркомания, табакокурение, заикание, варикозное расширение вен, геморрой, тиреотоксикоз и зоб, энцефалиты, полиомиелит, болезни крови, наследственные болезни, фантомные боли и т. д.

В этом случае для определения «больного» меридиана необходимо применить медицинское мышление и интеллект врача. Приведем несколько примеров.

А. Гипертоническая болезнь есть ни что иное, как повышенное давление крови на стенки артерий. Для снижения давления необходимо уменьшить объем циркулирующей крови в организме. Кровь состоит на 98 % из воды. Если объем крови в сосудах взрослого человека достигает 4 литра, то достаточно изъять из кровяного русла 0,2 литра воды, и кровяное давление нормализуется. Почему организм не может сам излечиться? По-видимому, какие-то механизмы мешают «отобрать» у крови 0,2 литра воды и выделить ее через почки. Известно, что удерживать воду в растворе могут соли (осмотическое давление) и белки (онкотическое давление). Белки крови синтезируются только печенью. Соли, всасывающиеся через желудочно-кишечный тракт, также проходят фильтрацию вместе с питательными веществами через печень. Следовательно, «виновницей» высокого давления в артериальных сосудах является печень, которая имеет повышенную функциональную деятельность.

Тогда при гипертонической болезни надо ставить иглотерапевтический диагноз: избыток энергии в меридиане печени.

Б. Ревматизм порождается реакцией антиген-антитело. Хронические ангины и скрытые инфекции годами разрушают клетки организма, а их протоплазма постоянно поступает в русло крови как чужеродный продукт (антиген). На собственные белки организм вырабатывает антитела. Реакция «антиген — антитело» внутри капилляров порождает активную фазу ревматизма. Чтобы излечить ревматизм, нужно ликвидировать хронический очаг инфекции и воспрепятствовать выработке аутоантител. Очаг инфекции ликвидируют антибиотики. Остановить выработку антител может иглотерапия. Антитела вырабатываются костным мозгом, а контролируют деятельность костного мозга, согласно традиционным представлениям — почки. В таком случае почки при этой болезни проявляют свою гиперфункцию. Следовательно, при ревматизме правильным иглотерапевтическим диагнозом будет: избыток энергии в меридиане почек.

Рассуждая клинически грамотно, можно найти «больной» меридиан для всех без исключения болезней.

8. Диагностика больного меридиана по времени его проявления. Обострение многих болезней (иногда на протяжении десятков лет) происходит в определенное время суток или в определенное время года. Если врачу удастся выяснить постоянное время возникновения болезни, то он может очень точно поставить иглотерапевтический (акупунктурный) диагноз.

1) Иглотерапевтическая диагностика с применением законов суточного цикла движения энергии по 12 меридианам. В определенное время суток начинается обострение следующих болезней: астмы — в 3 часа ночи (P +), мигрени — в 24 часа (VB +), энуреза — в 5 часов утра (R-), зуда кожи — в 6 часов утра (GI -) и так далее. Зная время, когда болезнь ежедневно и максимально сильно проявляет себя, можно точно определить больной меридиан, используя таблицу суточного цикла движения энергии в 12 стандартных меридианах. Например, у пациента ежедневно возникают приступы головной боли в 14 часов дня. Следовательно, врач может не использовать других способов акупунктурной диагностики, а на основании законов суточного цикла движения энергии он может установить, что его болезнь вызвана избытком энергии в меридиане тонкого кишечника (IG +) и недостатком энергии в меридиане печени (F -). Если известно время ежедневного обострения болезни, то эта ценная информация даёт возможность определить больной меридиан. Этот метод является более точным, нежели анамнестический или метод прогревания акупунктурных точек по Акабане. Поэтому, если возникает противоречие между несколькими методами диагностики больного меридиана, то предпочтение надо отдавать методу определения энергетического состояния пациента по времени ежедневного обострения патологического процесса.

2) Иглотерапевтическая диагностика с применением законов годового цикла движения энергии по 12 меридианам. Реже хроническое заболевание периодически обостряется в определенный месяц года. Например, хронический панкреатит обостряется в сентябре. По таблице годового цикла движения энергии в 12 стандартных меридианах в сентябре существует недостаток энергии в меридиане желудка (E -) и избыток энергии в меридиане поджелудочной железы (RP +). Экзема чаще всего обостряется в октябре. Следовательно, эта болезнь возникает по причине избытка энергии в меридиане легких (P +) и недостатка в меридиане толстого кишечника (GI -). Радикулит чаще всего поражает людей в декабре. Следовательно, эта болезнь у данного пациента протекает с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря (V +) и недостатком в меридиане почек (R -). Таким образом, для точного определения иглотерапевтического диагноза достаточно знать время периодического обострения болезни на протяжении нескольких суток или нескольких лет. Далее по соответствующим таблицам дневного и годового движения энергии по 12 стандартным каналам легко определяется больной меридиан.

3) Иглотерапевтическая диагностика по времени прерывания ночного сна. Избыток энергии в одном из 12 стандартных меридианов может быть диагностирован благодаря прерыванию ночного сна у пациента. Прерывание ночного сна происходит от возбуждения ЦНС по причине избытка энергии в определённой группе меридианов. (Смотрите таблицу суточного движения энергии по 12 меридианам). Например, пациент может пожаловаться врачу, что уже десятилетие каждую ночь он просыпается в 3 часа ночи, не спит до 5 часов утра, а потом опять засыпает. Если посмотреть в таблицу суточного цикла движения энергии ЧИ, то видно, что с 3 до 5 часов утра возникает естественный избыток энергии в

меридиане лёгкого (Р). Следовательно, данному пациенту можно ставить иглотерапевтический диагноз в виде избытка энергии в меридиане лёгкого (Р). Следовательно, чтобы у данного пациента вылечить бессонницу надо снизить энергию в меридиане лёгких. Если пациент почти каждый день просыпается в 1 – 3 часа ночи, то у него ярко выражено проявление избытка энергии в меридиане печени (F), с 5 – 7 часов утра – толстого кишечника (GI). Используя данный анамнестический факт, можно точно поставить иглотерапевтический диагноз данному пациенту.

4) Иглотерапевтическая диагностика по времени ощущения сильной сонливости в дневное время суток. Сильный недостаток энергии в каком-то из 12 меридианов проявляется возникновением ощущения сильной сонливости, физической и умственной слабости в дневное время суток на протяжении 1 – 2 часов. На основании ощущения сильной сонливости в дневное время суток можно достаточно точно поставить диагноз дефицита энергии в соответствующем меридиане. Сонливость пациента с 7 до 9 часов утра указывает на сильный недостаток энергии в меридиане перикарда MC, с 9 до 11 – в меридиане трёх обогревателей TR, с 11 до 13 часов – в меридиане желчного пузыря VB, с 13 до 15 – в меридиане печени F, с 15 до 17 – в меридиане лёгких и так далее. (Смотрите таблицу суточного движения энергии по 12 меридианам). Поэтому благодаря детальному сбору анамнестических данных можно точно поставить иглотерапевтический диагноз, то есть можно точно определить меридиан с сильным недостатком энергии. Во время сильного недостатка энергии в любом из 12 меридианов мужчины испытывают ослабление эрекции, а женщины становятся фригидными. Сильный недостаток энергии может выпадать на ночное время суток, когда пациент спит. Например, пациент может иметь большой недостаток энергии в меридиане почек R. И тогда пациент будет испытывать очень глубокий сон с 5 до 7 часов утра. В это время у детей, болеющих энурезом (и одновременно имеющих недостаток энергии в меридиане почек), будет происходить акт непроизвольного мочеиспускания. Чтобы вылечить энурез у данного пациента, надо ликвидировать дефицит (недостаток) энергии в меридиане почек.

9. Диагностирование больного меридиана по болевым точкам на конечностях и голове. Очень часто поставить точный иглотерапевтический диагноз помогает определение болезненных точек на руках, ногах и голове. Например, у больного пояснично-крестцовый радикулит, который, как известно, может протекать с избытком энергии в меридианах мочевого пузыря V, желудка E и желчного пузыря VB. Кроме того, больной жалуется на боли в передней части бедра и в паху, а при надавливании на акупунктурные точки E.38, 39, 40, расположенные на голени, ощущает сильную болезненность. Следовательно, у этого больного радикулит протекает с избытком энергии в меридиане желудка E. Сразу после определения болезненных точек надо седатировать - вводить в эпицентр боли иглу на 25 минут и периодически подвергать ее быстрому подкручиванию или воздействовать на нее слабым электрическим током.

Другой пример. У больной диагностирована мигрень. Одновременно предъявляются жалобы на существование болезненных точек в области волосистой части головы. На волосистой части головы проходят траектории меридианов мочевого пузыря V и желчного пузыря VB. При обследовании методом надавливания на болевые точки головы было установлено, что чрезмерно болезненными являются акупунктурные точки над левой теменной костью VB.8, 9, 10. Следовательно, можно безошибочно ставить диагноз, что мигрень левой части головы вызвана избытком энергии левого меридиана желчного пузыря VB. Таким образом, можно точно ставить иглотерапевтический диагноз при всех болезнях. Определение болезненных точек полезно не только для диагностики, но и для успешного иглотерапевтического лечения. Сразу после определения болевые точки седатируются.

К сожалению, этот метод не применим при наличии недостатка энергии в каком-то меридиане. При недостатке энергии в меридиане надавливание на его акупунктурные точки не вызывает болевого симптома. Пациент наоборот может утверждать, что, несмотря на сильное нажатие пальцем на мягкие ткани, он не ощущает сильной боли. Однако, необходимо подчеркнуть, что поиск болезненных точек меридиана с гиперизбытком энергии иногда приводит к ошибочным результатам, так как локальная болезненность мягких тканей может иметь место при сотнях заболеваний мышц, связок, фасций, суставов: при миозитах, при ушибах, при варикозном расширении вен, подкожных гнойничках, при травматическом растяжении связок, эпикондилите, при костном воспалительном процессе (остеомиелите), при туннельной невропатии и при других патологиях.

Особенно часто при надавливании на мягкие ткани иглотерапевты сталкиваются с **туннельными невропатиями**, о которых иглотерапевты имеют смутное представление. Поэтому не лишним будет рассказать в данной книге об этой широко распространенной патологии. Этиология и

патогенез туннельных невропатий состоит в следующем. Крупные нервные стволы всегда защищены толстым слоем мышц. Для иннервации кожи и поверхностных мышц от центрального нервного ствола отходят многочисленные тоненькие веточки, которые при «движении» к периферии вынуждены проникать сквозь толщу мышц, связок, околосуставных сумок и (что очень важно) через прочные мышечные фасции, которые покрывают каждую мышцу как каркас со всех сторон. На поверхности мышечных фасций существуют тоненькие отверстия для нервных веточек. Достаточно часто нервный ствол воспаляется и опухает, увеличивая при этом свой диаметр по причине проникновения в нерв вирусов, токсинов, при локальной травматизации и т. д. Нервный ствол увеличил свой диаметр по причине воспалительного отека, а диаметр фасциального отверстия остается прежним. Для утолщенного нерва он стал недостаточного, меньшего размера. Тогда нерв сильно пережимается в месте прохождения через фасциальное отверстие. Сжатие нерва в фасциальном отверстии может произойти при воспалении окружающей его мышцы. Например, непосредственно перед отверстием в мышечной фасции, через которое проникает нерв, возникает воспалительный процесс с обязательным отеком и увеличением объема прилегающей мышечной или соединительной ткани с какой-то одной стороны. Тогда происходит смещение по горизонтали нервной веточки. Отверстие в фасции остается неподвижным, а выходящая или входящая часть нерва смещается в сторону. Поэтому внутри отверстия фасции происходит сильное сдавливание нерва. Возникает компрессионная невропатия или туннельная невропатия. Основным клиническим симптомом компрессионной невропатии является точечная боль в месте сжатия нерва над отверстием соответствующей мышечной фасции. Боль усиливается при нажатии в район компрессии нерва. Возможна иррадиация боли в другие места по ходу нерва. Например, при радикулите, когда происходит сдавливание корешка крупного ствола внутри отверстия фасции мышцы, окружающей позвоночник, пациент ощущает боли при надавливании на мышцы около позвоночника, а также существует явление иррадиации болей, боли усиливаются при надавливании и перкуссии (постукивании) по ходу седалищного нерва—на ягодице, на задней части бедра, в области подколенной ямки. Этот эффект назван симптомом Тинеля и он характерен для всех туннельных невропатий. Незначительное натяжение при перкуссии зажатого в отверстии нерва вызывает острую болезненность по всей его длине. Любой периферический нерв может сдавливаться мышечной фасцией, мышцей, связкой, внутри костного отверстия, межпозвоночным диском, а поэтому надавливание на отдельные участки тела или точки его поверхности будут сильно болезненны. Нерв попадает в узкий туннель из тканей, где испытывает сильное давление. Перечислим некоторые виды туннельных невропатий: инъекционная невропатия, туннельная невропатия седалищного нерва или синдром грушевидной мышцы (боли возникают при надавливании на ягодицу), невропатия надлопаточного нерва (в окололопаточной области), невропатия подмышечного нерва, (боли в локте), невропатия межреберных нервов или межреберная невралгия, туннельная невропатия общего малоберцового нерва (боль при надавливании в области коленного сустава) и десятки других. Клинически невропатии проявляются как болезненные точки акупунктуры на ногах, спине, животе, груди, руках, но они ни в коей мере не указывают на существование какого-то меридиана с избытком энергии. Невропатии имеют совершенно другую причину возникновения и их методы лечения иные.

Многие ученые-медики утверждают, что радикулиты, остеохондрозы, лицевой неврит, невралгия тройничного нерва и другие болезни периферической нервной системы относятся к разновидностям туннельных невропатий, так как возникают от сдавливания нерва внутри отверстия в костной ткани (в местах выхода из черепной коробки), в отверстиях, образованных двумя соседними позвонками или в отверстии плотной мышечной фасции. Сейчас кратко опишем клиническую картину некоторых туннельных невропатий, которые проявляют себя очень болезненными точками на спине, груди, животе, на голове, ногах и руках, и которые прекрасно лечатся внутримышечным введением точно в болевую точку раствора гормона надпочечника. Как правило, для излечения необходимо сделать в течение 8 дней до 4 инъекций, но бывают случаи излечения от одной такой процедуры.

В практическом плане представляет определенную трудность введение раствора гидрокортизона, преднизолона, кортизона ацетата или дексаметазона точно в место компрессии нерва с диаметром сечения в 1 мм, если этот нерв находится под толстым слоем мышц на глубине более 3 сантиметров. Для уточнения глубинной локализации места компрессии нерва применяются следующие методы. Сначала месторасположение болевой точки определяется простым нажатием пальца (пальпацией) или постукиванием (перкуссией). Еще более точно на болевую точку укажет электротехнический прибор для поиска акупунктурных точек. Очень часто площадь акупунктурной точки непосредственно над сильно болезненным участком увеличивается с 1 мм в диаметре до 10 мм. Далее ставится задача по определению глубины залегания зажатого участка нерва. Для этого пользуются длинной и тонкой

акупунктурной иглой. Иглу медленно вводят на соответствующую глубину до болевой точки, при необходимости меняется несколько раз угол наклона иглы. При соприкосновении иглы с воспаленными тканями вокруг передавленного нерва возникает острая болезненность. У людей, страдающих ожирением, поиск места ущемления нерва на груди и животе таким способом опасен, так как есть вероятность проникновения иглы в грудную или брюшную полость с поражением внутренних органов. При этом возникает такая же острая боль, как и при соприкосновении иглы с участком асептического воспаления вокруг сдавленного нерва. Поэтому необходима предельная осторожность при проведении этой операции. После того, как тонкая иглотерапевтическая игла определила глубину расположения зажатого нерва, параллельно ей проводится инъекционная игла, и раствор гормона надпочечника вливается точно внутрь воспалительного очага.

10. Иглотерапевтическая диагностика анамнестическим методом. При помощи расспроса (анамнеза) можно почерпнуть от пациента такую информацию, которая точно укажет, какой меридиан «болен», а поэтому находится в энергетическом избытке или недостатке. Этот метод наиболее простой, и он широко применяется отечественными и зарубежными иглотерапевтами. После тысячелетнего усовершенствования метода китайскими врачами выделены наиболее характерные симптомы избытка и недостатка энергии в каждом из меридианов. Метод отличается большой точностью диагностики. Он начал применяться около 2000 лет назад и с успехом используется до сих пор.

Во время сбора анамнеза врач - иглотерапевт познает психологию пациента. Один пациент может иметь абсолютно нормальную психику, а другой может иметь пограничное состояние между нормой и патологией: страдать легким неврозом, алкоголизмом или наркоманией, иметь признаки акцентуированной личности, находиться в состоянии стресса и т. д. Не исключена возможность, что к иглотерапевту обратятся за помощью пациенты с выраженными психическими отклонениями: больные шизофренией, маниакально - депрессивным психозом, олигофренией, паранойей или истерическим психозом. Вполне понятно, что всем больным с грубой психиатрической патологией следует под благовидным предлогом отказать в лечении. В то же время пациент с нормальной психикой или с пограничным состоянием во время общения может дать точную информацию о больном меридиане. Теория чжэнь – цзю терапия утверждает, что непосредственным влиянием на психику обладают только 6 инь – меридианов (P, RP, C, R, MC, F), а 6 ян – меридианов (GI, E, IG, V, TR, VB) играют второстепенную роль, так как они усиливают или понижают воздействие на психику инь – меридианов. Наиболее тесно взаимодействуют меридианы, которые состоят в паре, то есть внутри одного и того же элемента ($P \leftrightarrow GI$, $E \leftrightarrow RP$ и так далее).

Инь - меридианы оказывают следующее воздействие на психику. Меридиан легких P контролирует быстроту мышления и речи, меридиан селезенки – поджелудочной железы RP – влияет на уровень интеллекта и на память, меридиан сердца C руководит сердцем как генератором эмоций, определяет интенсивность (силу) возникающих эмоций в сознании данного человека, меридиан почек R отвечает за «выносливость» организма и за его способность к длительному умственному и физическому труду, меридиан перикарда MC распоряжается длительностью воздействия данной эмоции на человеческое сознание, меридиан печени F контролирует силу воли у человека. Итак, три меридиана оказывают влияние на мышление (P, RP, R) и три – на эмоции (чувства) – C, MC, F.

А. Меридиан легкого P.

Избыток энергии: повышение температуры тела, потливость, горячая на ощупь ладонь, звонкий кашель с болью, обилие мокроты, астма, прилив крови к голове, боль в области плеча; язык красный с желтоватым налетом; пульс поверхностный.

Характер воздействия энергии меридиана легких на психические процессы.

- а) Древнекитайские характеристики: человек любит острые блюда, любимый цвет — белый, предпочитает сухой климат, дисбаланс энергии в меридиане вызывает грусть и тоску.
- б) Меридиан контролирует следующие биохимические и энергетические процессы в головном мозге: интенсивность окислительных процессов внутри нервных волокон мозга, проникновение кислорода из крови (от молекул гемоглобина) через капилляры в нервные ткани.
- в) Главный симптом воздействия энергии меридиана легких на психические процессы: быстрота и четкость мышления, а следовательно, быстрота речи, ораторский дар. При нормальном количестве энергии в меридиане легких (P^0) пациент имеет следующие симптомы психической деятельности : холод переносит лучше, чем жару, хороший сон, высокая деловая и речевая активность, остроумие, четкость мышления диагностируется по быстроте речи и природным ораторским данным, хорошая

сопротивляемость организма склеротическим процессам, долгожительство, склонность к систематизации и разработке новых идей. Эти люди – романтики, бескорыстны, имеют твердые принципы и убеждения, общительны, склонны к похуданию.

- г) При избытке энергии в меридиане легких (Р +) возникает главный симптом психической деятельности в виде очень быстрого мышления, быстрой речи и повышенной необходимости в общении. При гиперизбытке энергии в меридиане бросается в глаза симптом «малопродуктивной суетливости». Такие люди болтливы, бездумны, «ветренны», не серьезны, берутся сразу за множество дел и ни одно не доводят до конца. Если к врачу обращается пациент, который быстро и много говорит, часто перебивает врача дополнительными подробностями о своей болезни, быстро переключает разговор на другие темы, задает десятки вопросов и вообще подавляет своей речевой активностью, то можно безошибочно ставить диагноз о наличии у него избытка энергии в меридиане легких.

Недостаток энергии: озноб, холодный пот, насморк, хриплый кашель, нет мокроты, сухость в горле и во рту, головокружение, боль в области ключицы и грудной клетки, чувство онемения и похолодания верхних конечностей, кожный зуд, бессонница, меняющийся цвет лица; язык темно-красный; пульс слабый, быстрый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии (Р -) меридиана легких на психические процессы: медленное мышление, сбивчивая речь, неуверенность в себе, мягкий характер. Такие люди «излишне много» молчат. Если к врачу обращается пациент, который предпочитает молчать, на вопросы отвечает неохотно и очень кратко, речь медленная, сбивчивая, с частыми повторениями, то можно безошибочно ставить иглотерапевтический диагноз о недостатке энергии в меридиане легких. Сопутствующие симптомы: вялость, усталость, забывчивость, медленный рост и созревание организма, бессонница, любовь к теплой погоде, грусть, тоска, они склонны к полноте, любят одиночество, избегают присутствия в шумных компаниях, склонны к наркомании и алкоголизму.

Моментальная диагностика. Слизистая носа отражает энергетическое состояние меридиана легких. Свободное, редкое и очень глубокое дыхание с большим объемом вдыхаемого воздуха указывает на гармонию энергии в меридиане легких. Затрудненное и частое дыхание, чихание и хронический насморк указывают на гиперизбыток энергии в меридиане легких. Ногти в виде "часового стекла" указывает на множественную патологию легочных альвеол и на хронический недостаток энергии в меридиане лёгких.

Б. Меридиан толстой кишки GI.

Избыток энергии: запор, боль и вздутие живота, головная боль, боль плеча, предплечья, пальцев рук, тело горячее, сухость во рту, состояние ухудшается в тепле, напряжение мышц шеи; язык красный, налет толстый, желтый; пульс глубокий.

Недостаток энергии: понос, урчание в животе, расстройство функции кишечника, головокружение, чувство слабости в руках, тело холодное, сыпь и зуд кожи, небольшой кашель, покраснение задней стенки глотки, состояние улучшается в тепле; язык бледного цвета, налет тонкий; пульс нежный.

Характер воздействия энергии меридиана толстой кишки на психические процессы: избыток энергии в меридиане толстой кишки усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане легких, и наоборот, недостаток энергии в меридиане толстой кишки усиливает симптомы избытка энергии в меридиане легких.

Моментальная диагностика. Нос (его длина) — зеркало энергетического состояния толстого кишечника. Человек с длинным носом имеет наследственный недостаток энергии в меридиане, а с коротким носом (курносый) – избыток энергии.

В. Меридиан желудка Е.

Избыток энергии: возбуждение, высокая температура тела, сухой рот, жажда, вздутие живота, запор, изжога, повышенный аппетит, боль желудка спазматического характера, повышенная кислотность желудочного сока, трещины слизистой оболочки губ, боль и судороги мышц по ходу меридиана; язык имеет красное тело, налет желтый; пульс сильный.

Недостаток энергии: урчание в животе, понос, рвота после еды, отрыжка кислым, потеря аппетита, замедленное пищеварение, чувство переполнения желудка, пониженная кислотность желудочного сока, вялость, депрессивное состояние, частая зевота, слабость в ногах, набухание слизистой оболочки горла,

боль мышц живота, онемение мышц бедра спереди, скорбный взгляд; язык с белым налетом; пульс слабый.

Характер воздействия энергии меридиана желудка на психические процессы: избыток энергии в меридиане желудка усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы, и наоборот, недостаток энергии в меридиане желудка усиливает симптомы избытка в меридиане селезенки - поджелудочной железы.

Моментальная диагностика. Губы (их форма) — зеркало энергетического состояния желудка. Толстые губы говорят о наследственном избытке энергии в меридиане желудка. Тонкие губы говорят о наследственном недостатке энергии в меридиане. Если губы имеют мелкие трещины по краям (заеды), то также можно утверждать о недостатке энергии в меридиане желудка.

Г. Меридиан селезенки — поджелудочной железы RP.

Избыток энергии: неустойчивый аппетит, разжевывание любой пищи всегда сопровождается жирным привкусом во рту и снижением вкусовых ощущений, чувство переполнения в животе, запор, боль и ощущение тяжести в области подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, пищевая интоксикация, боль в суставах ног, ограниченное движение 1-го пальца стопы, тяжелый сон; язык имеет желтый налет, скользкий; пульс быстрый.

Характер воздействия энергии меридиана селезенки на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: человек любит сладкие блюда, любимый цвет — желтый, любимый климат — влажный, дисбаланс энергии в меридиане вызывает размышление.

б) Меридиан контролирует процесс поступления питательных веществ из кровяного русла внутрь клеток.

в) Главные симптомы воздействия энергии меридиана селезенки – поджелудочной железы на психические процессы: регулирование интеллектуально - мыслительного напряжения, памяти, накапливание знаний, способности к обучению, склонность к научно-теоретической деятельности. Описанные симптомы характерны для пациента с нормальным, гармоничным количеством энергии в меридиане (RP⁰). Сопутствующие симптомы: поведение интеллигентного человека с приятными манерами, врожденное стремление к новым знаниям и к научной систематизации знаний, глубокий сон, любит сладости, позднее засыпание (совы), плавная речь, энергичны, жизнерадостны, при хорошем питании не поправляются благодаря интенсивному обмену веществ.

г) Главными симптомами избытка энергии меридиана селезенки – поджелудочной железы (RP+) являются: “застывание” мышления на какой-то философской проблеме, что выражается в появлении навязчивых состояний, сверхценных или бредовых идей (ревности, ущерба, воздействия и т.д.) на фоне высокого интеллектуального развития и прекрасной, тренированной памяти, а также объяснение происходящих бытовых событий на основе систематизированных философских концепций. Бросается в глаза научная “зацикленность и закомплексованность”, которую в народе называют “горем от ума”. Если к врачу обращается пациент с высшим образованием, его речь полна научных терминов, он высказывает свою научно – систематизированную версию болезни на основе религиозных, мистических, псевдофилософских или собственных измышлений, склонный к длительному мудрствованию и к научным спорам о сущности бытия, анализирующий историю и текущие политические события во время предъявления жалоб на свою болезнь, то, несомненно, этот больной имеет избыток энергии в меридиане селезенки.

Недостаток энергии: плохое пищеварение, чувство усталости после еды, газы в желудке, большое количество испражнений, боль в эпигастрии, рвота, слабость и онемение ног, венозный застой в ногах, кожные расстройства, сонливость в течение дня, плохая память, страсть к сладостям; язык бледный, налет беловатый; пульс слабый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана селезенки - поджелудочной железы (RP-) на психические процессы: отрицательное отношение ко всем научным сложностям, стремление к простой бытовой информации (художественные книги, кино, общение), плохая память на научную информацию и хорошая на бытовые темы. Если к врачу обратился пациент, который избегает интеллектуальных сложностей, философии и математики, предпочитает общение на прозаично - бытовые темы о вкусной пище, лучших курортах, об одежде и недорогих, но практичных товарах, то такому человеку можно безошибочно ставить диагноз недостатка энергии в меридиане селезенки. При этом тест на философское обсуждение «вечных проблем» резко отрицателен. Чаще всего недостаток энергии этого меридиана можно диагностировать у женщин. Сопутствующие симптомы: дневная

сонливость, страсть к сладостям, депрессия, неврастения, умственная инертность, усталость, трудность в концентрации внимания, быстрое засыпание (жаворонок), склонность к полноте.

Моментальная диагностика. *Губы (их цвет и влажность)* отражают энергетическое состояние меридиана селезенки - поджелудочной железы. **Красные** губы указывают на избыток энергии в меридиане селезенки. Дефицит энергии ЧИ в селезенке приводит к **бледности** губ. **Влажные губы** указывают на избыток энергии в меридиане поджелудочной железы. Дефицит энергии ЧИ в поджелудочной железе приводит к **сухости губ**. Постоянная жажда и запах "ацетона" изо рта точно указывают на патологию (дефицит энергии) поджелудочной железы.

Д. Меридиан сердца С.

Избыток энергии: боль в области сердца, левого плеча и предплечья, гиперемизированное лицо, повышенная возбудимость, ощущение тяжести в конечностях и груди, иногда повышена температура тела, сухость во рту, мало мочи при мочеиспускании. Люди худощавы, физически крепки, с хорошим цветом кожи, легко возбудимы, часто болеют ОРЗ. Язык имеет красное тело, налет желтоватый; пульс быстрый, сильный.

Характер воздействия энергии меридиана сердца на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит горькую пищу, любимый цвет —красный, любимый климат – теплый, дисбаланс энергии в меридиане вызывает немотивированную радость или грусть.

б) Меридиан контролирует процесс регуляции энергонаполнения всего объема коры головного мозга благодаря изменению электропроводимости в подкорке и стволовой части мозга.

в) Главный симптом воздействия энергии меридиана сердца на психические процессы состоит в руководстве главными элементами эмоциональной сферы человека в виде положительных (радостных) и отрицательных (тоскливых, грустных) чувств. Меридиан управляет силой восприятия эмоций. При грубом нарушении энергетики меридиана возникает маниакально – депрессивный синдром, чередование блаженного, эйфорического состояния с чрезмерной тоской и грустью. Меридиан сердца контролирует деятельность сердца по генерации эмоций определенного уровня интенсивности, руководит силой чувства. Он тесно связан с меридианом перикарда, который в свою очередь руководит длительностью (временем) протекания положительных и отрицательных эмоций, то есть является регулятором для переключения одних эмоций на другие (положительных на отрицательные или на другие положительные и т. д.). При нормальном количестве энергии в меридиане сердца (С⁰) человек не испытывает ни чрезмерной радости, ни чрезмерной тоски. В норме эмоции соответствуют объективным условиям существования. Плохое состояние дел у человека вызывает ухудшение настроения. Удачи и праздники поднимают настроение. Патологическое состояние высшей нервной системы увеличивает силу эмоциональных переживаний. На незначительные неудачи человек может реагировать глубочайшей депрессией, доводящей его до самоубийства (депрессивный психоз). Одновременно с этим, значительный успех может недооцениваться и вызывать тоску и неудовлетворенность, а слабый и едва заметный успех по другому и малозначительному поводу вызывает бурю восторгов (экзальтацию) и приступ бешеного веселья.

г) Главным симптомом воздействия избытка энергии в меридиане сердца (С +) на психические процессы является неадекватно бурная ответная реакция депрессии на незначительные потери и неудачи или реакция безумного веселья (экзальтации, восторженности) на слабые достижения и успехи. Пациент «гиперболизирует» эмоции. Если к врачу обращается пациент, которого повергло в «шоковое» состояние с бессонницей и потерей аппетита незначительное проявление аллергической реакции на цитрусовые или какое – то другое незначительное событие, то можно не сомневаться, что перед вами больной с избытком энергии в меридиане сердца. Кроме преувеличения «плохого и хорошего» и импульсивности влечений, этому состоянию меридиана соответствуют симптомы мании величия, чрезмерного эгоизма, стремление к власти и богатству, жадность, коварство и хитрость.

Недостаток энергии: сердцебиение, одышка при физической нагрузке, бледное лицо, чувство подавленности, тоска, страх, онемение внутренней поверхности плеча, головокружение от недостаточности кровообращения (коллапсы, обмороки). Люди нерешительны, подвержены страхам и волнениям, имеют слабое здоровье, худые, плохо контактные, кожа бледно-синюшная, имеют тяжелые сновидения, забывчивы; язык имеет бледное тело, налет беловатый; пульс нежный.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана сердца на психические процессы: эмоциональная тупость (безразличие и равнодушие ко всему и ко всем) и проявление всевозможных страхов (фобий). Это может быть страх заражения болезнью, боязнь открытых и закрытых пространств,

высоты, вера во всевозможные приметы и т. д. Этот контингент больных хорошо поддается внушению. Например, типичной болезнью с недостатком энергии в меридиане сердца является алкоголизм. В эмоциональном отношении алкоголик – это человек, абсолютно равнодушный ко всем окружающим, полностью равнодушен к своей судьбе и здоровью, потерявший возможность в полную меру чувствовать веселье или горе, но одновременно с этим он хорошо внушаем (мнителен) и подвержен всяческим "неконкретным" страхам. Поэтому алкоголизм удачно лечится стрессовой психотерапией. Бесчувственность и отсутствие сострадания у людей с недостатком энергии в меридиане сердца способствует превращению их в жестоких преступников. Сопутствующие симптомы недостатка энергии в меридиане сердца: вялость, низкая активность, нерешительность, невротические заболевания, тяжелые сновидения, забывчивость, утомляемость, психический дискомфорт, навязчивые мысли, ипохондрия, склонность к полноте.

Моментальная диагностика. Язык (его цвет) – зеркало энергетического состояния меридиана сердца. Красный язык (и лицо) говорит об избытке энергии в меридиане сердца, бледный язык (и лицо) – о недостатке.

Е. Меридиан тонкой кишки IG.

Избыток энергии: боль в области шеи, затылка, висков, звон в ушах, боль в области пупка, нижней части живота, запор, боль задней поверхности плеча и предплечья, моча красного цвета, жажда, афтоз; кончик языка красный; пульс быстрый.

Недостаток энергии: отечность в области нижней челюсти и шеи, шум в ушах, снижение слуха, уменьшение массы тела, тошнота, рвота, понос, слабость и ощущение холода в руках, боли в животе уменьшаются при нажатии на него; язык имеет белый налет; пульс медленный.

Характер воздействия энергии меридиана тонкого кишечника на психические процессы: избыток энергии в меридиане тонкого кишечника усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане сердца, и наоборот.

Моментальная диагностика. Язык (налет и трещины на самом кончике языка) — зеркало энергетического состояния тонкого кишечника. Налет на языке указывает на недостаток энергии в меридиане, трещины на кончике языка – на избыток.

Ж. Меридиан мочевого пузыря V.

Избыток энергии: чувство жара в половом члене, моча мутная, частое мочеиспускание, болезненные спазматические явления со стороны мочеполовых органов, боль и судороги мышц спины, боль в позвоночнике, боль и судороги мышц ног, головная боль в лобной и затылочной областях во время испражнений, избыточное слезотечение, боль в глазах, кровотечение из носа; язык имеет красное тело, налет желтоватый; пульс быстрый.

Недостаток энергии: редкое и обильное мочеиспускание, отечность и припухлость в области половых органов, гипотония мышц затылка и позвоночника, тугоподвижность бедра, ощущение тяжести и слабости в ногах, слабость мышц спины, головокружение, малоподвижность мизинца ног, геморрой, недержание мочи; язык блестящий, имеет влажный налет; пульс нежный.

Характер воздействия энергии меридиана мочевого пузыря на психические процессы: избыток энергии в меридиане мочевого пузыря усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане почек, и наоборот.

Моментальная диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния мочевого пузыря. Человек с большими по размеру ушами имеет наследственный недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря и избыток в меридиане почек. Человек с мелкими по размеру ушами имеет наследственный избыток энергии в меридиане мочевого пузыря и недостаток в меридиане почек. Китайские врачи утверждают, что чем большего размера у человека уши, тем выше энергетический потенциал в меридиане почек, тем человек умнее.

З. Меридиан почек R.

Избыток энергии: яркие сновидения, редкое мочеиспускание, много мочи, моча темно-красного цвета, сухость во рту, тошнота, ощущение тяжести и жара в ногах, стопа теплая, боль в области крестца, поясницы, внутренней части бедра, необычайный прилив энергии, чувство внутреннего волнения, повышенная сексуальная потенция; язык без налета, тело красное; пульс глубокий, быстрый.

Характер воздействия энергии меридиана почек на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит соленую пищу, любимый цвет – черный, лучше чувствует себя при холодной погоде, дисбаланс энергии в меридиане вызывает страх.

б) Меридиан контролирует качество электропроводимости нервных волокон центральной и периферической нервной системы.

в) Главный симптом воздействия энергии меридиана почек на психические процессы: управление умственной, мышечной и сексуальной активностью (выносливостью). Человек с нормальным количеством энергии в меридиане (R^0) обладает хорошей умственной работоспособностью и трудолюбием. При сочетании в одном человеке нормальной активности меридиана почек (трудоиспособности) с активностью меридиана селезенки - поджелудочной железы (интеллекта и памяти) возникают гениальные личности.

г) Главный симптом воздействия избытка энергии меридиана почек (R^+) на психические процессы – это злоупотребление врожденной выносливостью (умственной, физической и сексуальной). Люди с избытком энергии в этом меридиане становятся фанатично трудолюбивыми учеными, бизнесменами, фермерами, спортсменами и т.д. Типичная черта характера – трудолюбивый, “алкоголик” к работе, к спортивным тренировкам, к учебе. Кроме того, из этого типа людей по причине повышенной сексуальной потенции выходят неисправимые донжуаны, проститутки, сексуальные извращенцы. Сопутствующие симптомы: повышенная половая активность, поллюции, склонность к половым извращениям, к похуданию, чувство внутреннего волнения, лучше себя чувствуют при холодной погоде, чрезмерно высокий иммунитет, целеустремленные, упрямые, необычайно выносливы, долго не устают при физической (в том числе и половой) и умственной работе.

Недостаток энергии: учащенное мочеиспускание, обильное потоотделение, ощущение холода в ногах, стопа холодная, чувство онемения и слабости в ногах, общая слабость, снижение сексуальной потенции, ощущение холодного живота, озноб, недержание мочи; язык имеет белый налет; пульс слабый, тонкий.

Главные симптомы воздействия недостатка энергии меридиана почек (R^-) на психические процессы: низкая выносливость (умственная, физическая и сексуальная), такие люди чрезвычайно ленивые. Они быстро устают при выполнении умственной работы или при физических нагрузках. Мужчины часто жалуются на стойкую импотенцию в возрасте после 30 лет. Женщины к этому возрасту жалуются на фригидность, которая не мешает им в жизни, но раздражает их пылких супругов. Сопутствующие симптомы: вялость, раздражительность, ощущение мелькания мошек перед глазами по причине постоянно низкого давления крови, бессонница, нетерпеливость, пугливость, неуверенность в себе, часто болевают неврастением, лучше себя чувствуют при теплой погоде, тяга к одиночеству.

Моментальная диагностика. Уши — зеркало энергетического состояния почек. Если ушная раковина имеет морщинистую и дряблую кожу (особенно на мочке уха), с большим количеством седых волос на козелке (у мужчин), то человек имеет **недостаток** энергии в меридиане почек. Дряблая мочка уха бывает у старых людей. Если ушная раковина имеет очень гладкую и чистую кожу, мочка уха как подушечка упругая, налита кровью, то человек имеет **избыток** энергии в меридиане почек. Упругая и гладкая мочка уха бывает у молодых людей. Состояние ушей определяет энергетику меридиана почек и уровень старения организма. Почки очищают кровь от токсинов (аммиака, мочевины, ядов), благодаря этому хорошая работа почек предохраняет организм от преждевременного старения.

II. Меридиан перикарда MC.

Избыток энергии: раздраженность, боль в грудной клетке, нарушение функции сердечно-сосудистой системы, головная боль с ощущением приливов, боль в руках, неглубокий сон, покраснение склер глаз, запоры, стеснительность, гневливость; язык имеет красное тело и желтый налет; пульс быстрый, сильный.

Характер воздействия энергии меридиана перикарда на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: любит горькую пищу, любимый цвет —красный, любимый климат – теплый, дисбаланс энергии в меридиане вызывает немотивированную радость или грусть.

б) Меридиан контролирует равномерность капиллярного кровоснабжения нервных тканей мозга путем сокращения и расширения капилляров.

в) Главный симптом воздействия меридиана перикарда **на психические процессы:** регулирует длительность (время) протекания данной эмоции (чувства). Любая эмоция может доминировать в человеческом мозге либо только минуту, либо несколько дней, недель или даже месяцев. На процесс постоянной смены эмоций влияют события повседневной жизни и внутренняя предрасположенность организма к сохранению данной эмоции, то есть предрасположенность к «застреванию» данной эмоции в мозге на длительное время. Именно за эту функцию несет ответственность меридиан перикарда, тесно связанный с меридианом сердца, который в свою очередь выполняет функцию

«генератора силы эмоций». Если у пациента определяется **нормальное количество энергии** в меридиане (МС⁰), то последовательность смены эмоций соответствует тем условиям жизни и положению в обществе, той сформировавшейся на данное время обстановке, в которой реально находится пациент. На незначительную жизненную неудачу человек в норме реагирует небольшим огорчением (например, на протяжении 5 минут), а большая жизненная удача может поддерживать приподнятое настроение на протяжении недели.

- г) Главный симптом воздействия **избытка энергии** меридиана перикарда (МС+) на психические процессы состоит в неадекватно длительном присутствии эмоции в сознании человека. Например, при избытке энергии в меридиане перикарда может возникать маниакальное состояние, которое не покидает человека на протяжении месяца. При избытке энергии в меридиане перикарда происходит «застревание» эмоции злости, обиды, зависти, радости, любви на длительное время. Такие люди могут быть злопамятны, длительное время плохо относятся к одному человеку и могут быть постоянно снисходительными к другому. Они типичные «однолюбы» и, полюбив однажды, «застревают» на этом чувстве к особе противоположного пола на всю жизнь.

Недостаток энергии: депрессия, страх, утомляемость, учащенное сердцебиение, головокружение, одышка, боязнь высоты, слабость рук, боль в животе, желтушность склер, понос, тяжелый и глубокий сон с большим количеством сновидений; язык имеет бледное тело, налет беловатый; пульс нежный.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана перикарда (МС —) на психические процессы состоит в лабильности эмоций (неустойчивости, быстрой смене). Основная характеристика человека с недостатком энергии в меридиане перикарда — непостоянность, нестабильность эмоций. Кстати, одним из основных симптомов невроза является неустойчивость чувств: после смеха пациент начинает плакать, недавняя дружба по малозначительной причине сменяется враждой и ненавистью, ненависть внезапно сменяется раскаянием и любовью. Создается впечатление, что человек не знает, чего он хочет, запутался в своих чувствах, усматривается явная странность в поведении.

Моментальная диагностика. Лицо (кожа лица) — зеркало энергетического состояния меридиана перикарда. Красное лицо (особенно щеки) говорит о наличии избытка энергии в меридиане перикарда. Бледное лицо (щеки) указывает на наличии недостатка энергии в меридиане перикарда. Человек, умеющий "краснеть от стыда", имеет врожденный избыток энергии в меридиане перикарда.

К. Меридиан трех полостей тела TR.

Избыток энергии: боль в руках, в лопатках, в шее, звон в ушах, покраснение и потливость лица, непереносимость жары, жар в теле, отсутствие аппетита, редкое и обильное мочеиспускание, бессонница, раздражительность, отрыжка; язык с желтым налетом, имеет красное тело; пульс быстрый.

Недостаток энергии: онемение и слабость в руках и шее, бледное лицо, холодный живот, поверхностное дыхание, озноб, непереносимость холода, недержание мочи, мало мочи и частое мочеиспускание, метеоризм, отрыжка, психическая и физическая усталость, грусть, вялость, ослабление слуха; язык с белым налетом, скользкий; пульс глубокий, тонкий.

Характер воздействия энергии меридиана трех обогревателей на психические процессы состоит в том, что избыток энергии в этом меридиане усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане перикарда и, наоборот, недостаток энергии потенцирует психологические симптомы избытка энергии в меридиане перикарда.

Моментальная диагностика. Размеры глаз - зеркало энергетического состояния меридиана трех обогревателей. Крупные глаза, "вылезавшие" из орбит (как при базедовой болезни), говорят об избытке энергии в меридиане трех обогревателей. (Многие точки меридиана трех обогревателей воздействуют на железы внутренней секреции, в том числе и на щитовидную железу, которая при гиперфункции приводит к экзофтальму). Мелкие глаза, посаженные внутрь глазницы, говорят о недостатке энергии в меридиане трех полостей тела.

Л. Меридиан желчного пузыря VB.

Избыток энергии: чувство полноты в желудке, горечь во рту, тошнота, припухлость щек, шеи, подбородка, частые заболевания горла, бессонница, головная боль, боль и судороги в области бедра и голени, горячая стопа, гиперемия глаз, снижение слуха; язык с «шипами», имеет красное тело; пульс напряженный, быстрый.

Недостаток энергии: головокружение, отечность, боязливость, бледный цвет кожи, расстройство кишечника, фригидность, быстрая утомляемость, ухудшение зрения, депрессия, чувство страха; язык с белым налетом, скользкий; пульс тонкий, слабый.

Характер воздействия энергии меридиана желчного пузыря на психические процессы: избыток энергии в меридиане желчного пузыря усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане печени, и наоборот.

Моментальная диагностика. Глаза (цвет белочной оболочки) — зеркало энергетического состояния меридиана желчного пузыря. Желтый цвет белочной оболочки говорит об избытке энергии в меридиане, белый – о норме, голубой цвет – о недостатке.

М. Меридиан печени F.

Избыток энергии: головная боль, желтушность кожи, боль в пояснице, животе, половых органах, затрудненное и болезненное мочеиспускание, жажда, судороги, нарушение менструального цикла, чувство гнева, раздражительность, возбудимость, импульсивность, кислый привкус во рту, нарушение сна, общий эмоциональный дискомфорт; язык со скользким налетом; пульс напряженный, сильный, редкий.

Характер воздействия энергии меридиана печени на психические процессы:

а) Древнекитайские характеристики: пациент с избытком энергии в меридиане сердца любит кислую пищу, любимый цвет — зеленый, лучше чувствует себя при ветреной погоде, дисбаланс энергии в меридиане вызывает гнев.

б) Меридиан контролирует количество синтезируемых печенью и железами внутренней секреции веществ (витаминов, гормонов, углеводов, белков, гамма - глобулинов, которые убивают вирусы и микробы внутри организма и т. д.). Синтезированные органические вещества из печени поступают в кровь, проникают через стенки капилляров, некоторые из них проникают внутрь клеток. Одновременно он контролирует мощность биотоков, поступающих в нервные ткани головного мозга от сгорания этих энергоемких веществ.

в) Главный симптом воздействия меридиана печени на психические процессы – это проявление волевых качеств. Меридиан печени руководит силой воли. Избыток энергии в меридиане характеризуется сверхсильным проявлением воли, нормальное количество энергии дает ее проявление в разумных пределах, а недостаток энергии приводит к безволию.

г) Главный симптом воздействия **избытка энергии** меридиана печени (F+) на психические процессы – чрезмерное напряжение воли, сильное проявление волевых качеств. Возникает «избыточная целеустремленность», достижение цели любыми средствами. Если такой человек что-то решил, запланировал, то он обязательно дело доведет до конца. Это люди с избыточным стремлением к порядку и чистоте. В обыденной жизни они отличаются необычайным упрямством, что неизбежно приводит к частым конфликтам. В конфликтных ситуациях у людей с избытком энергии в меридиане печени возникает выраженная агрессивность и жестокость, поэтому из них выходят чрезмерно жестокие преступники. Больные эпилепсией с годами приобретают озлобленность, характерную для избытка энергии в этом меридиане. Если к врачу обратился пациент, который требует провести именно то лечение, которое, по его мнению, является самым правильным, и все убеждения в ошибочности этого мнения безрезультатны, то можно не сомневаться, что перед врачом типичный представитель личности с избытком энергии в меридиане печени. Сопутствующие симптомы: раздражительность, агрессивность, гневливость, повышенная возбудимость, вспыльчивость, беспокойство, бессонница, общий эмоциональный дискомфорт, импульсивность, вредный характер, грубость, бесцеремонность, склонность к похуданию, уголовным преступлениям, садизму и самоубийству (суициду), жестокость, высокая судорожная готовность, эпилепсия, судороги мышц центрального происхождения.

Недостаток энергии: головокружение, бледный цвет кожи, расстройства кишечника, импотенция и фригидность, боль в бедре и малом тазу, судороги мышц ног, быстрая утомляемость, ухудшение зрения, ночная слепота, депрессия, чувство страха, бессонница, много сновидений; язык со скользким налетом, тело его красное; пульс напряженный, быстрый.

Главный симптом воздействия недостатка энергии меридиана печени (F –) на психические процессы – полное безволие. Поэтому при наличии у молодого человека большого количества плохих друзей он быстро становится алкоголиком, наркоманом, преступником, а безвольные девушки – проститутками. Люди с дефицитом энергии в меридиане предпочитают иметь волевых друзей, супругов и жен. Это неделовые люди, так как они не настойчивы, стеснительны, подвержены

постоянным сомнениям, нерешительные, не имеют твердых убеждений, хорошо поддаются на уговоры, и главное - очень ленивые. Если к врачу обратился пациент, который ведет себя очень робко, со всеми доводами врача соглашается, точно исполняет назначения врача, очень внушаем, то нет сомнения что у этого пациента существует недостаток энергии в меридиане печени. Сопутствующие симптомы: быстрая утомляемость (астения), нежелание мыслить и исполнять физическую работу, лень, вялость, обмороки, слезливость, головокружение, импотенция, фригидность, меланхоличность, ипохондрия, постоянная неудовлетворенность жизнью (занудливость), склонность к полноте, наркомании, алкоголизму, равнодушие к окружающему, апатия, чувственная тупость, отсутствие сопереживания, стремление к спокойствию и одиночеству, самочувствие улучшается при теплой погоде, непереносимость холода.

Моментальная диагностика. Глаза — зеркало энергетического состояния меридиана печени. Патология зрения в виде дальнозоркости, сухость, болезненность, покраснение, опухание век указывает на недостаток энергии в меридиане почек. Близорукость говорит об избытке энергии в меридиане печени. При недостатке энергии в меридиане печени на ногтях возникают белые точки, ногти становятся мягкие и ломкие. При избытке энергии – на коже появляются красные точки (звездочки). При **близорукости** из ретикулоэндотелиальной формации поступает избыток энергии по тончайшим нервным ветвям к мышцам, растягивающим хрусталик (линзу). Линза хрусталика сильно растягивается, становится длинной, но тонкой. Вследствие этого изображение предмета проектируется за пределами сетчатки глаза, что и является главной причиной плохого зрения. Поэтому студенту в очках, страдающему близорукостью, можно безошибочно ставить диагноз избытка энергии в меридиане печени.

Совершенно противоположный механизм плохого зрения у старика, страдающего **дальнозоркостью**. В этом случае к мышце, растягивающей хрусталик, вообще не поступают импульсы. Линза хрусталика превращается в шарик, который переламливает свет под большим углом. Тогда изображение предмета проектируется перед сетчаткой глаза, что и является главной причиной плохого зрения. Снижение выработки электрической энергии в мозге происходит к старости. Поэтому старику в очках, страдающему дальнозоркостью, можно безошибочно ставить диагноз недостатка энергии в меридиане печени.

Н. Пояснение к анамнестическому методу иглотерапевтической диагностики. Приведенные выше клинические симптомы отражают идеальную ситуацию, когда из-за возникновения какого-то абстрактного заболевания возникает повышение или уменьшения энергии в данном меридиане. Описаны чисто энергетические симптомы без накладывания на общую анамнестическую картину симптомов, которые появляются при заболевании больного органа.

Во-первых, как правило, человек имеет не одну, а несколько болезней. Например. У пациента имеются клинические диагнозы: острый бронхит, гипертоническая болезнь 2 степени, подострый гастрит, простатит. Методом сбора анамнеза пациент подтвердит, что у него существуют все симптомы избытка энергии в меридиане лёгких (Р+): повышение температуры тела, потливость, горячая на ощупь ладонь, звонкий кашель с болью, обилие мокроты, астма, прилив крови к голове, боль в области плеча. Но кроме этих жалоб пациент назовёт и многие другие, связанные с болезнью других его органов. Гипертоническая болезнь даст симптом головной боли, гастрит добавит симптом боли в желудке, простатит проявится тянущей болью в малом тазу. Поэтому в процессе расспроса пациента возникает намного больше симптомов, чем требуется для установки иглотерапевтической диагноза. Причина избытка симптомов заключается в том, что при использовании иглотерапевтической диагностики анамнестическим методом симптомы заболевания органов тесно переплетаются с симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане. Возникает наложение друг на друга клинических (органических) и энергетических симптомов, возникает трудность дифференциации, трудность разделения друг от друга симптомов энергетического дисбаланса меридиана от клинических симптомов проявления болезней.

Во-вторых, путаницу в симптоматику вносит даже болезнь одноимённого с меридианом органа (лёгкого для меридиана лёгкого, печени для меридиана печени и так далее). Симптомы заболевания одноимённого с меридианом органа накладываются, сплетаются с симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане, вызывая сплетение клинических и энергетических симптомов. Симптомы заболевания легких (например бронхиальной астмы) накладываются на энергетические симптомы избытка энергии в меридиане лёгких, а симптомы заболевания толстой кишки (колит) сплетаются с энергетическими симптомами избытка или недостатка энергии в меридиане толстого кишечника,

симптомы заболевания почек (пиелонефрит) накладываются на энергетическими симптомами избытка энергии в меридиане почек и так далее. Требуются глубокие клинические знания и знания акупунктурной диагностики, чтобы дифференцировать (отделить друг от друга) клинические симптомы от энергетических симптомов заболевания.

11. Определение избытка и недостатка энергии других меридианов. После того, как указанными методами будет определен «больной» меридиан, легко определить энергетическое состояние других меридианов. Эта информация полезна врачу – иглотерапевту в том отношении, что она расширяет «лечебный диапазон» и в 6 раз увеличивает количество акупунктурных точек, необходимых для лечения данной болезни при помощи энергетического метода лечения. [Смотрите таблицу 20.](#)

Сопутствующие «больные» меридианы

Таблица 20

№	Больной меридиан	Сопутствующие «больные» меридианы				
		Спаренный в элементе	По закону «муж-жена»	По закону «полдень-полночь»	По закону «мать-сын»	
		Годовой цикл	Годовой цикл	Суточный цикл	Суточный цикл	Годовой цикл
1	Избыток P+	GI –	C –, MC –	V –	F +, GI –	RP +, GI –
	Недостаток P–	GI +	C +, MC +	V +	F –, GI +	RP –, GI +
2	GI +	P –	IG –, TR –	R –	P –, E +	P –, V +
	GI –	P +	IG +, TR +	R +	P +, E –	P +, V –
3	E +	RP–	VB –	MC –	GI +, RP–	IG +, RP–
	E –	RP +	VB +	MC +	GI –, RP +	IG –, RP +
4	RP +	E –	F –	TR –	E –, C +	E –, P +
	RP–	E +	F +	TR +	E +, C –	E +, P –
5	C +	IG –	R –	VB –	RP +, IG –	F +, GI –
	C –	IG +	R +	VB +	RP –, IG +	F –, GI +
6	IG +	C –	V –	F –	C –, V +	C –, E +
	IG –	C +	V +	F +	C +, V –	C +, E –
7	V +	R –	E –	P –	IG +, R–	GI +, R–
	V –	R +	E +	P +	IG –, R +	GI –, R +
8	R +	V –	RP–	GI –	V –, MC +	V –, MC +
	R –	V +	RP +	GI +	V +, MC –	V +, MC –
9	MC +	TR –	R –	E –	R +, TR –	R +, TR –
	MC –	TR +	R +	E +	R –, TR +	R –, TR +
10	TR +	MC –	V– V +	RP–	MC –, VB +	MC –, VB +
	TR –	MC +		RP +	MC +, VB –	MC +, VB –
11	VB +	F –	GI–	C –	TR +, F –	TR +, F –
	VB –	F +	GI +	C +	TR –, F +	TR –, F +
12	F +	VB –	P –	IG –	VB –, P +	VB –, C +
	F –	VB +	P +	IG +	VB +, P –	VB +, C –

Например, у пациента определен избыток энергии в меридиане сердца. Следовательно, пользуясь правилами движения энергии в суточном и годовом цикле, можно рассчитать энергетическое состояние других 6 меридианов.

А) Меридиан сердца находится в элементе «Огонь» в паре с меридианом тонкого кишечника. По закону взаимоотношения меридианов внутри элемента, при избытке энергии в меридиане сердца (+С), обязательно возникнет недостаток энергии в меридиане тонкого кишечника (- GI). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане тонкого кишечника. **Б)** С учетом антагонистических взаимоотношений в годовом цикле движения энергии (правило «звезды», закон «муж – жена») избыток энергии в меридиане сердца вызывает недостаток энергии в меридиане легких (- Р). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане легких.

В) По правилу движения энергии в суточном цикле существует временной антагонист для каждого меридиана. Избыток энергии в меридиане сердца наблюдается с 11 до 13 часов дня. В это время недостаток энергии по закону «полдень – полночь» возникает у меридиана желчного пузыря (- VB). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые повышают энергию в меридиане желчного пузыря.

Г) Закон “мать – сын” применяется как в суточном, так и в годовом цикле движения энергии. На основании этого закона при избытке энергии в меридиане сердца в суточном цикле возникает избыток энергии в меридиане поджелудочной железы – селезенки (+ RP) и недостаток в меридиане тонкого кишечника (- IG), а в годовом цикле возникает избыток энергии в меридиане печени (+ F) и недостаток в том же меридиане тонкого кишечника (- IG). Следовательно, болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить точками акупунктуры, которые понижают энергию в меридиане поджелудочной железы - селезенки и в меридиане печени, а также точками, которые повышают энергию в меридиане тонкой кишки.

Теперь сделаем вывод. При избытке энергии в меридиане сердца врач-иглотерапевт может использовать энергетическое лечение по избытку энергии в меридианах сердца (+ С), селезенки – поджелудочной железы (+ RP) и печени (+ F), а также по недостатку энергии в меридианах тонкого кишечника (- IG), легких (- Р) и желчного пузыря (- VB). Болезнь с избытком энергии в меридиане сердца можно лечить, используя энергетические методы шести меридианов. Аналогичная ситуация возникает при изучении энергетических связей любого другого меридиана. Ниже представлена таблица 20 с перечнем шести энергетически связанных меридианов для каждого из 12 стандартных меридианов. Зная энергетическое значение 6 меридианов можно найти значения остальных 6 меридианов. При этом достаточно помнить, что в элементе (Огонь, Дерево, Металл и т. д.) меридианы имеют противоположные энергетические знаки. В нашем примере меридиан селезенки RP имеет избыток, следовательно, его пара в элементе Земля (меридиан желудка E) будет иметь недостаток энергии. Меридиан легких Р имеет недостаток, следовательно, его пара в элементе Металл (меридиан толстого кишечника IG) будет иметь избыток энергии и т.д.

12. Анализ показаний иглотерапевтической диагностики. Описанные методы диагностики при дисбалансе энергии в одном из 12 стандартных меридианов применимы лишь в том случае, если организм пациента имеет только одну болезнь. Но на практике часто случается, что пациент одновременно имеет 2, 4 и более болезней. Какие изменения в энергограмме могут быть при наличии множественной патологии?

1) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с избытком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут находиться в состоянии энергетического избытка сразу 3 – 7 меридианов. Например, у пациента имеется бронхиальная астма (Р+), язвенная болезнь желудка (Е+) и холицистит (VB+). Энергограмма (по методу Акабана) покажет, что существует избыток энергии в трех меридианах: в меридиане легких, желудка и желчного пузыря. **Тактика иглотерапевтического лечения** в этом случае должна быть следующая. Сначала 7 – 10 сеансами снижается энергетика одного меридиана, и лучше всего такого, дисбаланс энергии которого наиболее сильно тревожит больного. Потом делается перерыв на 10 дней. Далее снижается избыток энергии второго и третьего меридианов.

2) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с недостатком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут находиться в состоянии энергетического недостатка сразу 3 – 7 меридианов. Например, у пациента имеется стенокардия (С -), диабет (RP -) и зоб

(TR -). Энергограмма покажет, что существует недостаток энергии в трех меридианах: сердца, поджелудочной железы и трех обогревателей. **Тактика иглотерапевтического лечения** описана выше, только с воздействием на повышение энергии в соответствующих меридианах.

3) Вариант энергограммы с чрезмерным повышением количества энергии в одном меридиане (при наличии двух и более болезней с избытком энергии в одном и том же меридиане). Иногда определяется чрезмерно высокая насыщенность энергией одного меридиана. Такие показания возникают тогда, когда пациент болен несколькими болезнями, которые повышают энергетику в одном и том же меридиане. Например, пациент болен астмой (P+), бронхитом (P+) и пневмонией (P+). Все эти заболевания увеличивают энергию только в одном меридиане – в меридиане легких. Поэтому любой способ иглотерапевтической диагностики покажет чрезмерный избыток энергии в одном меридиане – меридиане легких.

4) Вариант энергограммы с чрезмерным снижением количества энергии в одном меридиане (при наличии двух и более болезней с недостатком энергии в одном и том же меридиане). Иногда определяется почти полное отсутствие энергии в одном меридиане. Такие показания возникают тогда, когда пациент болен несколькими болезнями, которые понижают энергетику в одном и том же меридиане. Например, женщина больна фригидностью (R-), бесплодием (R-), нарушением менструального цикла (R-), пиелонефритом (R-), ломкостью волос (R-). Все эти заболевания уменьшают энергию только в одном меридиане – в меридиане почек. Поэтому любой способ иглотерапевтической диагностики даст чрезмерный недостаток энергии в одном меридиане – меридиане почек.

5) Вариант энергограммы с наличием нескольких меридианов с избытком энергии и нескольких меридианов с недостатком энергии. Если пациент болен несколькими болезнями, то у него могут быть в энергетическом избытке сразу 3 – 7 меридианов, и в недостатке такое же количество меридианов. Например, у пациента имеется бронхиальная астма (P+), язвенная болезнь желудка (E+), стенокардия (C -) и снижение функциональной деятельности щитовидной железы (TR -). Энергограмма покажет, что существует избыток энергии в двух меридианах (легких и желудка) и недостаток энергии также в двух меридианах (сердца и трех полостей тела). **Тактика иглотерапевтического лечения** в этом случае должна быть следующая. Лечатся сначала те болезни, которые наиболее опасны для жизни пациента и наиболее сильно его тревожат. Для лечения необходимо будет провести 4 курса по 7 – 10 сеансов. У меридианов легких и желудка снижается энергия, а у меридианов сердца и трех полостей тела – повышается.

6) Вариант энергограммы с нормальной величиной энергии в меридиане, но при наличии двух заболеваний в одном и том же органе, различных по энергетическому состоянию. Такие показания энергограммы возникают тогда, когда пациент имеет два заболевания, одно из которых увеличивает величину энергии в меридиане, а другое – снижает величину энергии в том же меридиане. Например, у пациента имеется панкреатит, который всегда протекает с избытком энергии в меридиане поджелудочной железы (RP +), и диабет, который всегда протекает с недостатком энергии в том же меридиане (RP -). Энергограмма не выявит изменения в меридиане RP, покажет норму, а пациент будет страдать двумя болезнями. **Тактика иглотерапевтического лечения (энергетическим методом)** в этом случае не определена.

§ 35. Эмпирическая акупунктура.

Подбор акупунктурных точек для лечения (а поэтому и вся чжэнь-цзю терапия) делится на эмпирическую и энергетическую.

1. Эмпирическая акупунктура, или безмеридиональная иглотерапия, является самым древним способом применения иглы в лечении болезней. Этот способ возник 4 тыс. лет назад в Тибете. Позже им пользовались в Вавилоне и Древнем Египте. Так, по свидетельству президента Английского общества акупунктуры Ф. Майна, в Лондонском музее хранится египетский папирус с обозначением 50 точек для иглоукалывания, датированный 1550 г. до нашей эры. Меридиональная теория акупунктуры появилась значительно позже (около 300 г. до нашей эры) и в прошлом имела совсем небольшое число сторонников.

Эмпирическая (опытная) иглотерапия классифицирует акупунктурные точки по меридианам, но не признает движения энергии ЧИ внутри человека, не пользуется построением рецептуры на основе законов «мать-сын», «полдень-полночь» и т. д. безмеридиональная иглотерапия также систематизирует акупунктурные точки по их расположению на частях тела: голове, туловище, конечностях. В

эмпирической акупунктуре нет понятий о специфических точках на 12 жизненных каналах, срединных меридианах, 8 чудесных меридианах, 4 «морях» энергии и т. д. Иглотерапевты - практики руководствуются исключительно клинической информацией о свойствах точек акупунктуры. Даже в настоящее время большинство иглотерапевтов Китая являются «эмпириками» и полностью игнорируют философские и медицинские каноны «систематизированной» иглотерапии типа учения о функциях 12 меридианов, Пяти Элементах, чудесных меридианах, не проводят иглотерапевтической диагностики и т.п. Наглядным примером может служить «Руководство по современной акупунктуре» китайского автора Чжу Лянь. В нем вообще не упоминается о движении энергии ЧИ в человеческом организме. Современные иглотерапевты - эмпирики главной своей задачей считают познание терапевтических свойств акупунктурных точек. Этим занимаются целые институты по иглотерапии в Китае. Чжу Лянь называет следующие результаты исследований: при укалывании в точку E.36 перистальтика желудка замедляется, улучшается перевариваемость пищи; укол в GI.10 усиливает перистальтику желудка; при укалывании в точки V.18, V.19, V.20, V.21, E.16, J.12, J.13, J.15, GI.4, MC.6 содержание пепсина и свободной соляной кислоты в желудочном соке снижается; при воздействии на E.36 и чэн-тан (ВТ) количество выделяемой желчи увеличивается в 2—3 раза; при укалывании в GI.4, GI.11, MC.7, дань-юй и чань-юй количество выделяемой желчи уменьшается; введение иглы в J.3, J.4, E.36, V.23, V.24, V.57 увеличивает диурез и снижает содержание белка в моче, уменьшаются отеки; укалывание в T.16, C.3, J.4, J.15, V.23 изменяет электрокардиограмму в виде увеличения зубца Р, лучше работают предсердия; воздействие на сочетание точек GI.4 и E.36 резко уменьшает количество эозинофилов в крови и т. д.

За тысячелетнюю историю существования чжэнь-цзю достаточно хорошо изучен терапевтический эффект от воздействия на все акупунктурные точки. Во всех учебниках и руководствах вместе с описанием местонахождения точки дается короткое перечисление ее терапевтического действия. Эта информация собиралась столетиями кропотливой работы иглотерапевтов. После сеанса лечения в течение нескольких дней проводился тщательный анамнез, отмечались характерные изменения в состоянии здоровья, делались анализы и т. д. Так постепенно накапливалась информация о терапевтических особенностях каждой точки. Однако, описание клинических свойств акупунктурных точек не несет в себе никакой «энергетической» информации. Клинические особенности акупунктурной точки — это информация, которую надо отнести к чисто эмпирической акупунктуре.

В наше время многие иглотерапевты не признают меридионального учения. Они остаются приверженцами старого, чисто эмпирического подхода к воздействию на акупунктурные точки. По статистике, количество врачей - иглотерапевтов, признающих только эмпирический метод, вероятно, во много раз больше, чем врачей-систематиков. Этому есть объективные причины. До сих пор наука не доказала реальности существования меридианов. Многие древние концепции в теории чжэнь-цзю имеют явно антинаучный характер, если их рассматривать с позиции современной науки. Некоторые положения философско-теоретической основы иглотерапии до конца не разработаны; они основаны на метафизических, абстрактных понятиях, которые не находят практического применения и воспринимаются как плод вымыслов и фантазий древних ученых. Далёк от научных представлений механизм получения электрической энергии (энергии ЧИ) в организме человека у средневековых иглотерапевтов, которые указывали на источник этой энергии в животе (три обогревателя тела) или внутри меридианов (четыре моря энергии). Поэтому многие иглотерапевты скептически относятся к учению о меридианах. Примером чисто эмпирического подхода к лечению болезней послужит перечисление акупунктурных точек специфического действия. В практике акупунктуры придается большое внимание использованию точек специфического действия, которые позволяют целенаправленно изменять (нормализовать) ту или иную функцию организма или воздействовать на тот или иной орган. Такое специфическое воздействие отдельных точек подтверждено практикой и широко используется в иглотерапии.

Таблица 22. Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания. Таблица находится в конце книги.

2. Энергетический метод лечения. В то же время подбор точек акупунктуры на основании правил меридионального учения часто приводит к исключительно хорошим результатам. Эффективность лечения врача-теоретика не уступает эффективности лечения врача-эмпирика. Несмотря на недостатки, меридиональное учение имеет большую практическую ценность. Например, врач-эмпирик сталкивается с большими трудностями в своей практической деятельности. На поверхности левой (равно как и правой) половины человеческого тела насчитывается около 1734 акупунктурных точек. Каждая из них может быть применена при 5 – 15 болезнях и синдромах. При

одном заболевании, например при радикулитах, можно использовать около 400 точек. Одновременно с этим существует неопределенность в том, какие точки седатировать, а какие тонизировать, все точки брать во время сеанса на руке или на ноге и т. д. Обычно иглотерапевты - эмпирики применяют самые простые сочетания точек типа «передние - задние», «справа - слева», «верхние - нижние». Кроме того, если учесть, что сочетание 2 - 4 точек изменяет характер воздействия (по сравнению с действием на одну точку), то подбор точек у иглотерапевта - эмпирика является очень сложным процессом.

Подбор же точек у иглотерапевта - теоретика подчиняется соответствующим правилам. В теории акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) определен тип воздействия на иглу, последовательность выбора точек, систематизирован процесс лечения от начала до конца. В этом отношении преимущество меридиональной теории бесспорно. Ведущие иглотерапевты многих стран пользуются при лечении одной и той же болезни и энергетическими правилами, и просто проверенными практикой сочетаниями точек. Даже в одном сеансе часто бывают совмещены энергетические и эмпирические способы подбора точек. По-видимому, двойственный подход к методам лечения наиболее рационален.

Но меридиональная иглотерапия имеет большой недостаток, выражающийся в ограниченном количестве используемых точек. В состав 12 меридианов с правой и левой стороны тела входит 650 (12 парных меридианов с двух сторон тела и 2 срединных) точки. Для энергетического лечения активно используются немногим более 200 акупунктурных точек и 20 БАТ (из 52) обоих срединных меридианов (Т и Ј). Следовательно, при энергетическом лечении иглотерапевты - теоретики не используют 522 точки стандартных меридианов, 32 точки срединных меридианов, около 22 точек «новых», 340 точек внемеридиональных и 340 аурикулярных. Всего около 1450 акупунктурных точек не используются для влияния на энергетическое состояние меридианов или используются очень редко. И действительно, при помощи «новых» точек, внемеридиональных и аурикулярных, нельзя повлиять на энергетический потенциал организма, потому что нет правил энергетического лечения с включением этих точек в рецептуру. Даже среди меридиональных точек широко используется в энергетическом лечении не более 30%. В то же время эмпирическая акупунктура установила терапевтическое действие всех 3468 точек и практически может применить любую из них. В этом выражается большое преимущество эмпирической акупунктуры.

Итак, к разновидностям чисто эмпирической акупунктуры относятся: аурикулярная иглотерапия (воздействие на точки уха), краниопунктура (введение длинной иглы под кожу головы), воздействие игольчатым молоточком, надавливание точек пальцем или палочкой (акупрессура, шиацу) и корейский метод лечения иглоукалыванием в кисти и стопы СУ – ДЖОК. Естественно, что все эти методы оказывают влияние на энергетику 12 стандартных меридианов, увеличивают энергию в одном меридиане и уменьшают в другом, что, в конечном счете, также приводит к выздоровлению больного. Но из-за несовершенства теоретической базы акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) эти методы лечения не включены в «законы по продвижению энергии от одного меридиана в другой» и по этой причине предвидеть, предугадать изменение энергии в меридианах не представляется возможным. Эмпирические методы лечения основаны на клинических наблюдениях за здоровьем пациента при длительном практическом применении сочетания соответствующих точек, которые при определенном заболевании дают только положительный эффект, всегда приводят к выздоровлению.

2. Корейский метод СУ-ДЖОК. Большим своеобразием отличается чисто эмпирический метод акупунктуры по иглоукалыванию рефлекторных зон на кистях и стопах СУ - ДЖОК. Этот метод возник в Корее около 500 лет тому назад, и долгое время относился к малораспространенному варианту иглотерапевтического лечения, которым пользовались народные врачи. В настоящее время су-джок стал достаточно популярным методом лечения и ведущим специалистом в этой области считается южнокорейский врач Пак Чжэ Ву. Одним из главных удобств этого метода является то, что для лечения не надо снимать одежду, а достаточно предоставить врачу стопу или кисть. Метод су - джок в свою очередь классифицируется на два подвида по способу подбора точек акупунктуры для лечения: органо - топографический и меридианно - акупунктурный.

а. Органо-топографический су - джок основан на убеждении корейских народных врачей в том, что все части тела и внутренние органы человека представлены на стопе и на кисти определёнными рефлексогенными зонами. Похожее расположение всех органов и частей тела на ухе дает аурикулоакупунктура. По атласу активных зон су-джок голова представлена рефлексогенными зонами 1 пальца, руки – 2 и 5 пальцами, ноги – 3 и 4 пальцами, туловище и внутренние органы всей остальной поверхностью стопы или кисти. Точно так же ушная раковина разделена на органо-топографические зоны, где голова связана с мочкой уха, руки – с ладьевидной ямкой, ноги – с верхней ножкой

противозавитка, туловище и внутренние органы – со всей остальной поверхностью ушной раковины. Принцип лечения, основанный на органо-топографической структуризации (копировании) человеческого тела на стопах, кистях и ушах, состоит в специфической иннервации всей зоны (а не отдельной акупунктурной точки), воздействующей на определенную часть тела или орган. Можно долго спорить об истинности и правильности теоретической базы органо-топографического принципа лечения. Современный уровень знаний не дает ответа на вопрос, почему можно снять боль или улучшить работу внутреннего органа, воздействуя иглой на соответствующие зоны уха, стопы или кисти. Но так как на практике это удается, то остается только применять опробованные столетиями приемы.

б. Меридианно - акупунктурный су – джок предложен профессором Пак Чжэ Ву несколько десятилетий назад. При этом утверждается, что все 12 стандартных меридианов и 2 срединных «отпечатались» на кисти и стопе человека в определенном порядке. Ручные меридианы создали свои миниатюрные копии на 2 и 5 пальцах, заняв дополнительно небольшое пространство на тыле и ладони (подошве) кисти и стопы. Ножные меридианы расположились на коже 3 и 4 пальцев также с переходом на кисть и стопу. Су – джоковский меридиан легких имеет 13 акупунктурных точек (а в корпоральной иглотерапии этот меридиан включает 11 точек), меридиан толстого кишечника – 22 (а не 20), желудка – 45 (45), поджелудочной железы – селезенки – 22 (21), сердца 15 (9), тонкого кишечника – 14 (19), мочевого пузыря – 39 (67), почек – 38 (27), перикарда – 15 (9), трех обогревателей – 12 (23), желчного пузыря – 32 (44), печени – 16 (14), переднесрединный – 33 (24), заднесрединный – 27 (28). Су – джоковские меридианы отличаются от корпоральных не только количеством точек, но и отсутствием специфических точек : ло – пунктов, тонизирующих, седатирующих, точек - пособников и т. д. ***Следовательно, энергетическое лечение на базе су – джоковских меридианов невозможно! Терапевтические характеристики каждой точки на су – джоковском меридиане тоже нигде и никем не описаны.***

Кроме того (что самое важное) 85% от общего количества акупунктурных точек, расположенных на су – джоковских меридианах не определяются самыми чувствительными электротехническими аппаратами. Если меридианы введены в эмпирический метод су – джок с целью классификации точек, то нельзя классифицировать и обозначать те предполагаемые точки акупунктуры, которых не существует на поверхности человеческого тела. К большому сожалению, я вынужден огорчить горячих поклонников су - джока тем, что укажу на серьезное противоречие научно – теоретической концепции этого метода. Порочность меридианно – акупунктурного су - джок состоит в том, что при практическом определении точек (БАТ) самыми чувствительными электротехническими приборами, **более 85% обозначенных на схемах профессора Пак Чжэ Ву акупунктурных точек на кистях рук и стопах ног не определяются, потому что их там нет, они там реально не существуют (!!!).** По теории на 14 су-джоковских меридианах (расположенных на пальцах рук и ног) должно содержаться соответственно 343 акупунктурные точки на стопе и 343 на кисти, а в сумме 686 (100%). Однако, на практике при очень скрупулезном измерении электроприбором можно определить максимум 15% от общего количества (то есть 88 акупунктурных точек на пальцах рук и ног). Например, по теории су – джок меридиан мочевого пузыря на кисти содержит 39 акупунктурных точек, но при движении по линии меридиана щупом высокочувствительного прибора выявляется только 8 точек. На меридиане печени из 16 определяется только 5 точек. Такая же оторванность теории от практики присутствует при исследовании других меридианов. Теперь обратите внимание, что в китайской корпоральной чжэнь – цзю терапии наличие всех обозначенных точек всегда подтверждается электротехническим прибором. Прибор точно определит локализацию всех 67 точек на меридиане мочевого пузыря, всех 14 точек меридиана печени и т. д. Для точек су-джок такого подтверждения нет. На основании выявленного противоречия необходимо подвергнуть сомнению практическую целесообразность существования меридианно – акупунктурного су - джок. Меридиональная классификация точек на стопах и кистях не может быть применена для обозначения и описания топографии, локализации, местонахождения точек акупунктуры, так как никакими электротехническими приборами 85% точек на пальцах рук и ног не определяются. Это означает фактическое отсутствие этих точек. Возникает мнение о надуманности и практической нецелесообразности меридиональной системы профессора Пак Чжэ Ву в су - джок.

ВЫВОД № 1. Из вышесказанного необходимо сделать вывод о том, что при лечении методом су – джок иглу нельзя вводить в указанные профессором Пак Чжэ Ву **акупунктурные точки**, так как они по объективным причинам отсутствуют. Кроме того, в корпоральной иглотерапии «терапевтический ответ» каждой точки хорошо известен (читайте описание терапевтического действия P.1, GI.4, RP.6, V.10, F.14 и так далее), а в су-джок – нет такой информации.

ВЫВОД № 2. В су-джок терапии врач воздействует не на акупунктурные точки, а на органо-топографические центры, то есть на рефлекторные (рефлексогенные) зоны. Поэтому, несмотря на положительный терапевтический эффект при лечении больных методом су – джок, его надо классифицировать как рефлексотерапевтический, а не как акупунктурный. **Су-джок - это метод воздействия на органо-топографические центры стопы и кисти рук, а не на их акупунктурные точки, это не иглотерапия (не акупунктура), а рефлексотерапия.**

Глава 4. Частная иглотерапия

В этой главе даны практические рекомендации по лечению многих заболеваний. Болезни автор классифицирует по принадлежности к меридиану и его энергетическому потенциалу (избытку или недостатку). Перечисляются все методы энергетического лечения болезней, основанные на законах и правилах типа «мать-сын», «муж-жена», «полдень-полночь» и т. д. Дается информация по эмпирическому лечению болезней, почерпнутая из китайских и вьетнамских источников или из монографий отечественных ученых.

Необходимо подчеркнуть, что достоверность принадлежности болезни к определенному энергетическому состоянию меридиана не абсолютна. Например, поясничный радикулит в 70% случаев имеет диагноз избытка энергии в меридиане мочевого пузыря (V+), а в 30% – избыток энергии в меридиане почек (R+), желудка (E +) и желчного пузыря (VB+). Несмотря на это, радикулиты отнесены к болезням избытка меридиана мочевого пузыря. Гипертоническая болезнь только в 60% случаев диагностируется как болезнь от избытка энергии в меридиане печени (F+). Есть болезни, достоверность принадлежности которых к определенному энергетическому состоянию меридиана так сильно колеблется, что не превышает 10% для одного из меридианов.

Необходимо напомнить, что автор в своей книге использует французскую классификацию обозначения точек акупунктуры.

1. Одновременное применение иглотерапии и других методов. Древние китайские врачи перед началом лечения иглотерапией китайских императоров применяли недельный или месячный подготовительный период. Они корректировали диету (усиливали или уменьшали калорийность потребляемой пищи), назначали физические нагрузки и голодание, проводили специальные методики очищения организма от шлаков, давали настои трав и так далее. К большому сожалению, современные иглотерапевты в целях экономии времени не применяют подготовительный период перед иглотерапевтическим лечением.

Кроме того, многие высококвалифицированные иглотерапевты одновременно с иглотерапевтическим лечением применяют другие методы, совмещая его с мануальной терапией, с точечным массажем, фитотерапией, психотерапией, с гипнозом, лечением диетическим питанием и так далее. Европейские врачи совместно с врачами Восточной Азии повысили эффективность чжэнь-цзю терапии, применяя её одновременно с другими методами лечения.

1) Фитотерапия и иглотерапия. С самого своего возникновения чжэнь-цзю терапия была тесно связана с другим народным методом лечения – лечением травами (фитотерапией). В восточной народной медицине почти всегда лечение болезни проводится одновременно травами, диетой и иглотерапией. К большому сожалению, китайская, вьетнамская, корейская и японская фитотерапия применяет такие виды тропических трав и растений, которые отсутствуют в Европе. В то же время, в Европе произрастают большое количество растений, которые по терапевтическому действию похожи на тропические растения Восточной Азии. Кроме того, европейцы активно используют иглотерапию уже почти 100 лет, поэтому имеют уже свои собственные эффективные методы параллельного лечения болезней иглотерапией и фитотерапией, которые значительно отличаются от китайских методов. Европейские медики в настоящее время обогащают древний китайский метод лечения новейшими научными исследованиями, которые по значимости представляют даже большую ценность, чем исследования древних китайских и японских ученых. Несмотря на то, что иглотерапия возникла в странах Восточной Азии, ее практическое использование и усовершенствование происходит во всех странах мира.

2) Игло-терапия и сон. Игло-терапия наиболее эффективна при домашнем лечении. Древние иглотерапевты лечили китайских императоров в их спальне, осуществляя сеансы не только днем, но и ночью, если ночное воздействие на меридиан дает максимальный эффект. Современные народные врачи Восточной Азии для лечения больных обязательно приходят домой. Это объясняется тем, что сразу после иглотерапевтического сеанса больной хочет спать. Это нормальная реакция, которая

говорит о положительных регенераторных процессах внутри организма пациента. Поэтому в целях повышения эффективности лечения больным надо рекомендовать один час сна сразу после процедуры.

Кроме того, если иглотерапевт лечит болезнь позвоночника (радикулит, остеохондроз, ишиас), то сразу после иглотерапевтического лечения возникает эффект расслабления мышц и связок позвоночника. Сразу после сеанса иглотерапии больному радикулитом на протяжении 1-2 часов показан постельный режим в целях уменьшения «весовой нагрузки» на позвоночник. Нахождение больного в вертикальном положении усиливает нагрузку на позвоночник из-за собственного веса. Поэтому идеальное условие для лечения радикулитов является постельный режим и проведение процедур в 9 -11 часов вечера, так как сразу после лечения больной засыпает до утра.

При лечении иглотерапией ночной сон у пациента должен быть не менее 10 часов. Длительный сон значительно улучшает замену старых, воспаленных тканей на новые здоровые ткани. При длительном сне отдыхает центральная нервная система, и это усиливает иммунитет и синтез белков в печени, необходимых для регенерации тканей.

3) Иглоотерапия, остеопатия, точечный массаж (шиацу), психотерапия, гипноз. Европейская школа практической иглотерапии доказала, что эффективность лечения радикулитов и остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), надо применять мануальную терапию (osteопатию). При одновременном применении психотерапии или гипноза с иглотерапией ускоряется излечение психических пограничных состояний (астено - невротических синдромов, психопатий, фобий, нейроциркуляторных дистоний, энуреза, неврозов и других патологий). Такое же сочетание методик полезно при энурезе, психастении, неврозах, заикании. Реже иглотерапию сочетают только с гипнозом (при фобии, неврогенных болях в сердце, эпилепсии).

2. Иглоотерапия и методы очищения организма от шлаков. Перед началом иглотерапевтического лечения китайских императоров врачи обязательно проводили предварительную подготовку, которая состояла из приема растительных лекарств на протяжении более десяти дней, соблюдении определенной диеты или назначали лечение голодом, назначали дозированные физические упражнения. После курса лечения какого-то заболевания врачом - иглотерапевтом также назначался определенный режим питания, полезные рекомендации и лечение травами на протяжении больше 20 дней. При анализе мероприятий древних китайских врачей современные европейские ученые выявили, что все эти мероприятия направлены для выведения шлаков и не до конца окисленных молекул из организма. В рецептуру китайских врачей входили травы и растения, которые не произрастают в Европе и Америке. Поэтому европейские и американские иглотерапевты разработали методы выведения шлаков из организма произрастающими в их местности растениями. Одновременно они разработали и ввели в практику лечения «совершенно европейские» методы удаления шлаков из организма: длительный бег, потение в сауне, голодание или диетическое питание, очищение организма от шлаков экстрактами европейских растений, витаминами, пищевыми добавками, раздельным питанием.

Современная медицина установила, что старение организма ускоряет скопление каловых масс в кишечнике, которое вызывается плохой перистальтикой, запорами, редкими актами дефекации. Через кишечник органические молекулы каловых масс всасываются в кровь и начинают играть роль токсических веществ для организма. Постоянное отравление организма токсинами в виде органических молекул кала приводит к быстрому старению в первую очередь нервных клеток. Поэтому самым простым и самым естественным методом очищения организма от шлаков является частый акт дефекации, который не дает застаиваться калу в кишечнике. Человек должен опорожнять кишечник 2 раза в сутки. Кроме того человек должен один раз в сутки (желательно перед сном) очищать прямую кишку от каловых масс при помощи клизмы с теплой водой, к которой добавлены адсорбенты для кишечных газов (активированный уголь или другие вещества).

1) Очищение всего организма длительной физической нагрузкой. Наука геронтология давно доказала, что человек, постоянно занимающийся умеренным физическим трудом, имеет длительную продолжительность жизни, по сравнению с человеком, не имеющим никаких физических нагрузок и занимающимся исключительно умственным трудом. Очень мало долгожителей среди городского населения, но много среди жителей сельской местности, где лучше экология, где больше физического труда, где есть обычаи не злоупотреблять алкоголем и курением табака. Главное преимущество

сельских жителей состоит в том, что они постоянно занимаются интенсивным физическим трудом «в атмосфере» кристально чистого, не загазованного воздуха.

Имеется два механизма полезного воздействия физических нагрузок на организм.

Во-первых, при физической нагрузке из печени выделяется большое количество полезных веществ (витаминов, микроэлементов, гамма-глобулинов, альбуминов), которые до этого находились в печени на временном хранении, как вещи на складе. После приёма пищи все витамины и микроэлементы депонируются (накапливаются) в печени. Но в этих веществах нуждается не только печень, но и мозг, сердце, лёгкие, стенки сосудов, железы внутренней секреции, мышцы, кожа и другие органы. В организме возникает дисгармония: в печени возникает чрезмерный избыток витаминов и микроэлементов, а другие ткани испытывают голод и дефицит этих веществ. Только при сильной физической нагрузке (до пота) из печени в русло крови выделяется около 1 литра плазмы вместе с витаминами и микроэлементами. Из селезёнки при физической нагрузке выделяются эритроциты, из костного мозга – лейкоциты. Полезные вещества разносятся кровью по всему организму, «орошая» и питая все клетки. **Таким образом, благодаря сильным физическим нагрузкам происходит насыщение всех клеток организма жизненно необходимыми, очень полезными веществами.** Гамма-глобулины и лейкоциты являются носителями иммунитета, концентрация которых при физической работе увеличивается в межклеточном пространстве в десятки раз. Следовательно, в момент длительных физических усилий в организме происходит массовое уничтожение патогенных вирусов и микробов. **Поэтому можно утверждать, что интенсивная физическая работа в десятки раз усиливает иммунитет организма.**

Во-вторых, при физической нагрузке усиливается окисление и химическое разложение (до воды и углекислого газа) шлаков и вредных для организма продуктов распада. Как доказали исследования физиологов и биохимиков при интенсивном физическом труде мышцы поглощают огромное количество кислорода для окисления шлаков (не до конца окисленных молекул), благодаря чему разлагают их на углекислый газ и воду. Мышцы при своей работе играют роль естественного поглотителя кислорода и химического уничтожения шлаков в нашем организме. При интенсивной физической нагрузке происходит уничтожение шлаков, накопившихся за долгие годы в мышцах тела, в том числе и в сердечной мышце. Шлаки удаляются из русла крови, где они накапливаются, и где долгое время циркулируют в составе плазмы крови. При длительной работе мышц выделяется в кровь «экссудат из органов и тканей» вместе со шлаками и кислотами (молочной, яблочной, муравьиной). Так физические нагрузки способствуют изъятию шлаков из тканей. Далее шлаки с током крови приносятся в мышечные клетки, где вступают в химические соединения с кислородом, то есть – «сгорают». Вот почему полезны динамические виды физических нагрузок (бег, быстрое движение руками, вращение туловищем), требующие больше энергии, большего количества реакций окисления, а не статические нагрузки (перенос тяжестей, поднятие тяжестей). Когда организм под действием физической нагрузки начинает очищаться, наступает триада симптомов: выделение пота, покраснение кожи, увеличение глубины дыхания. Чтобы вызвать эти симптомы, необходима довольно продолжительная физическая нагрузка (более часа).

Главная причина усиления обмена веществ при интенсивном и динамическом физическом труде – усиление окислительных процессов. Сравните такие статистические данные: во время сна насыщенность гемоглобина крови кислородом составляет всего 30 %, во время неподвижного сидения – 40 %, во время быстрой ходьбы – 60 %, после 20 минут физических упражнений на балконе с гантелями – 80 %, а после 1 часа непрерывного бега по стадиону и 30 минут интенсивных упражнений с легкими гантелями – 100 %. Из сказанного можно сделать однозначный вывод о том, что окислительные процессы в организме без спортивных физических упражнений в лучшем случае достигнут только 50 % своей интенсивности.

При сочетании обильного питания и неподвижного образа жизни в организме накапливается большое количество не до конца окисленных кислородом органических молекул (шлаков). Большинство жителей планеты ведут почти неподвижный образ жизни и постоянно находятся в помещении (особенно зимой), где концентрация кислорода снижена в 2 – 3 раза. Такой образ жизни не меняется десятилетиями. В возрасте 40 лет у людей, которые только сидят, ходят и едят, начинаются необратимые процессы старения. Если человек периодически не очищает свой организм интенсивными физическими нагрузками, он умирает в возрасте 50 лет от инфаркта или инсульта. Самостоятельные занятия спортивными упражнениями относятся к активному методу очищения организма. Длительный бег по стадиону (лучше по лесу) и физические нагрузки должны быть длительностью не менее двух

часов и каждый день. Необходима такая интенсивность физической нагрузки, чтобы человек чувствовал сильное разогревание организма, покраснение кожи всей поверхности тела, выделение пота (вместе со шлаками и вредными химическими веществами) на протяжении часа. Как показывают наблюдения медиков, пациенты редко доводят интенсивность физической нагрузки до выделения обильного пота и покраснения кожи. Как правило, физические нагрузки ограничиваются только бегом на протяжении 15 – 20 минут. Древние китайские и японские врачи 2 – 3 тысячи лет тому назад часто использовали лечение многих болезней изнуряющей физической нагрузкой до потоотделения. Перед процедурой пациент выпивал потогонный чай, содержащий в своем составе травы с ценными химическими веществами (аспирином, сердечными гликозидами, витаминами).

Врачи часто встречаются с фактами мышечной адинамии (с отсутствием активного расширения капилляров благодаря физическим нагрузкам), и одновременно в несколько раз чаще пациенты применяют чрезмерно сильное тепловое воздействие на организм при помощи бани (метод пассивного воздействия на капилляры). Всем больным людям полезно улучшение капиллярного кровообращения. Улучшить кровообращение всех тканей организма можно двумя способами: длительным бегом и интенсивными физическими нагрузками, а также прогреванием организма в бане, сауне, теплом душе, теплой ванне.

К сожалению, все перечисленные методы можно применить не при всех болезнях. Например, при сильном болевом синдроме (радикулит, миозит, невралгия) бег не возможен, а прогревание в сауне часто приводит к обострению процесса. Но, если человек болен психастенией, псориазом или энурезом, то улучшить капиллярное кровообращение при помощи физических нагрузок будет очень полезным делом. Сильное расширение капилляров происходит также при потреблении 75 – 100 граммов водки. Однако, алкоголь снижает активность окислительных процессов в 3 - 5 раз, поэтому алкоголь не может рекомендоваться как полезное для человека вещество.

2) **Очищение организма при помощи массажа.** Усилить обмен веществ внутри мышечных тканей можно при помощи физических нагрузок и при помощи массажа всех мышц тела. Однако, на практике редко массируются все мышцы тела, а чаще делается только массаж мышц спины. Это объясняется тем, что спина содержит 50 % всех мышц. Но главная ценность массажа спины состоит в том, что из позвоночника к внутренним органам грудной и брюшной полости отходит большое количество нервных стволов. Массаж мышц спины улучшает работу этих нервов, что ведет к усилению обмена веществ внутренних органов. В то же время массаж относится к пассивным методам очищения организма от шлаков. Его эффективность по сравнению с длительным бегом составляет около 20 %.

3) **Очищение всего организма кратковременным перегреванием или кратковременным охлаждением.** Как правило, ленивые (как правило это богатые) люди не имеют силы воли заниматься спортивными упражнениями на протяжении 2 часов в день. Тогда они применяют пассивные методы очищения организма: голодание, прогревание в сауне, массаж мышц квалифицированным массажистом, обливание холодной водой, клизмы, потребление витаминов, биостимуляторов, специальных веществ для очищения отдельных органов (кишечника, почек, печени, суставов). Современная цивилизация изобрела прекрасный метод пассивного очищения организма при помощи кратковременного сильного перегревания тела в сауне, где температура воздуха достигает более 200 градусов по Цельсию, а так же принятие горячих ванн, душа. Перегревание тела может произойти при воздействии солнечных лучей на пляже. Механизм очищения организма от шлаков при повышении общей температуры тела состоит в том, что внутри разогретых тканей ускоряются обменные процессы. При нагревании тела расширяются мельчайшие капилляры, благодаря этому кислород из кровяного русла достигает самых недоступных участков внутренних органов, где происходит интенсивное окисление не только нормальных питательных веществ, но и патологически измененных молекул (шлаков).

Однако надо констатировать тот факт, что современные европейцы злоупотребляют тепловыми процедурами в саунах. Перегревание тела в саунах и банях относится к методу пассивного воздействия на процесс расширения капилляров. Интересно отметить, что в банях, саунах (парилках) и ваннах количество кислорода снижено в 3 – 6 раз. Следовательно, все окислительные процессы, уничтожающие шлаки через их биохимическое разрушение, в этих помещениях отсутствуют. Кроме того, при сильном нагревании тела в бане начинается процесс интенсивного всасывания в кровь через слизистую кишечника токсических продуктов: кала, кишечных газов, мочи. Эти токсины ускоряют процесс старения нервных клеток. **Вот почему баню надо посещать только после очищения**

кишечника (в основном прямой кишки) от кала. Для этого перед посещением сауны рекомендуется голодание минимум 1 день, прием слабительных и адсорбентов для кишечных газов (активированного угля), две – три клизмы с периодом между процедурами в 2 часа.

Усилить обменные процессы и удалить из организма шлаки можно не только воздействием высокой температуры, но и низкой. К криогенным методам интенсификации обмена веществ относится: обливание холодной водой, зимнее купание в реке, обтирание снегом тела. В период охлаждения возникает процесс резкого сужения сосудов и снижение интенсивности обменных процессов. Но после прохождения процедуры, человек надевает теплые вещи, после чего возникают компенсаторные процессы повышения температуры тела. Эти процессы также ведут к удалению шлаков из организма.

4) Очищение всего организма медикаментозным методом. Современная фармакология имеет в своем арсенале большое количество химических веществ сложного органического состава, которые помогают выводить из организма продукты распада, очищают организм от шлаков. К этим веществам относятся гормоны, витамины, ферменты, пищевые добавки, экстракты из растений (препараты женьшеня, аралии маньчжурской, многих тропических кустарников и трав). Одним из современных методов усиления обмена веществ является потребление натуральных пищевых добавок с содержанием витаминов и тропических растений (например, фирмы «Herbolife», биологические активные добавки к пище компании «Nature's Sunshine Products, Inc»). Все упомянутые методы относятся к пассивным методам очищения организма, и их эффективность уступает активному физическому методу удаления шлаков в 5 – 10 раз.

5) Очищение кишечника. Европейские (славянские) методы пассивного очищения от шлаков отдельных органов включают в себя пять главных методов: очищение кишечника (ускоренный метод применяют перед началом лечения любого заболевания), суставов, почек, печени и желчного пузыря. Продолжительность мероприятия полного курса по очищению кишечника длится 5 - 6 недель. Очищение лучше проводить вечером перед сном. В первую неделю процедуру делают ежедневно, во вторую – через день, в третью – через 2 дня, в четвертую – через 3 дня и в пятую и шестую – 1 раз в неделю. Очищение делается так: охлаждается 2 литра кипяченой воды, туда добавляется лимонный сок из половины небольшого лимона. Эту жидкость вливают в кружку Эсмарха. Для исключения неприятных ощущений при введении трубки в анус конец трубки окунуть в растительное масло. Во время клизмы необходимо занять положение тела с упором на локти и колени, живот расслаблен, вдох делать ртом. Если сразу 2 литра не войдут, процедуру повторяют 2 - 3 раза с небольшим перерывом.

Описанным способом можно очистить желудочно-кишечный тракт от бактерий- паразитов. Таким же способом борются со вздутием живота (метеоризмом). В нашем желудочно-кишечном тракте находятся бактерии-паразиты. Особенно благоприятная среда для их размножения это клетчатка и пища с повышенным содержанием углеводов. Углеводная пища является прекрасным материалом для брожения.

Один из способов избавления от бактерий - паразитов описан в книге В. Г. Васильевой «Резервы здоровья». За час до завтрака или через 2 часа после ужина надо съесть один зубчик чеснока, тщательно пережевывая. Ничем не запивать, не заедать. В области желудочно-кишечного тракта возможны болевые ощущения. Необходимо потерпеть, так как действующие вещества чеснока убивают бактерий - паразитов, которые гнездятся на слизистой желудочно-кишечного тракта, вследствие чего обнажается пораженная слизистая. Через некоторое время боли успокаиваются. Процедуру выполнять от 5 до 14 дней. Сигналом для окончания ее проведения является полное исчезновение болезненных ощущений после чеснока, отсутствие вздутия живота после еды.

6) Очищение суставов. Многие люди, особенно немолодые, испытывают неприятные, ноющие или болевые ощущения в суставах, когда происходит перемена погоды. Диагноз заболевания – артрит, полиартрит. Избавит от этого чувства метод очищение синовиальной жидкости, заполняющей полость суставов. Во избежание аллергии и других последствий очищение суставов проводят после очищения кишечника. Для очищения суставов от шлаков приготавливают специальное питье: в 500 г воды, добавляют 5 г лаврового листа и кипятят 5 мин, сливают в термос и настаивают 2 часа. Далее отцеживают жидкость, которую нужно постепенно выпить в течение 12 часов вне зависимости от еды. Такую процедуру необходимо выполнять 3 дня подряд. Питание при этом обычное. Через неделю

раствор пьют еще 3 дня. Когда произойдет дефекация, необходимо кишечник промыть при помощи клизмы. Процедуру очищения суставов необходимо провести 4 раза за год, а в дальнейшем проводят профилактическую очистку суставов 1 раз в год. Противопоказания проведения очищения суставов: острые заболевания суставов, надкостницы, инфекционные заболевания, лихорадочные состояния.

7) Очищение печени и желчного пузыря. Печень очищают несколькими способами.

- **Очищение печени и желчного пузыря яблочным соком и оливковым маслом.** Необходимо 7 л свежеприготовленного яблочного сока, желательно не очень кислого. В очень кислый сок можно перед употреблением добавить немного сахара. Яблочный сок очищает и нейтрализует организм. Необходимо так же 120 г оливкового масла. Все очищение будет занимать 2,5 дня. Лучше его начинать в пятницу, чтобы закончить в воскресенье днем. Во время очищения ничего есть нельзя, воду пить можно. Первый день: в 8 часов утра выпить 240 г яблочного сока (1 стакан), далее в 10, 12, 14, 16, 18, 20 часов выпивать по 480 г (2 стакана) того же сока. В течение дня может быть обильная дефекация. Это нормальная реакция организма. На второй день так же принимать яблочный сок. Если вы ни разу не имели стула, то в конце каждого дня можно принять немного слабительных трав, в исключительных случаях необходимо сделать клизму из теплой воды. Эту диету на яблочном соке надо выдержать 2 дня. На третий день в 8 часов утра нужно выпить 480 г (2 стакана) яблочного сока. Через полчаса после этого – выпить 120 г чистого неразбавленного оливкового масла. Сразу после приема оливкового масла следует принять один стакан разбавленного яблочного сока. Если вы почувствуете слабость после приема оливкового масла, то можете лечь и отдохнуть. Обычно эта процедура дает результат через час или два. Наблюдайте за экскрементами. Там вы можете заметить зеленые камешки размером от булавочной головки до птичьего яйца. Иногда эти камешки растворяются, выходят в виде зеленой жижи. Яблочная и масляная кислоты, смешиваясь, создают среду, способствующую размягчению камней и превращению их массы в зеленую жижу. Такое очищение проводят 1 раз в полгода. Если печень и желчный пузырь здоровы, то (для профилактики) очищение проводят 1 раз в год.
- **Очищение печени и желчного пузыря соком лимона (300 г) и оливковым маслом (300 г).** Утром первого и второго дней делают клизму из теплой воды, и весь день пьют яблочный сок. Второй способ очищения предполагает питье яблочного сока в неограниченном количестве. На третий день утром также делают клизму, и весь день до 19 часов пьют яблочный сок. В 19 часов, как утверждают наши биоритмологи, происходит биологическое расслабление печени, все протоки готовы и способны выбрасывать шлаки. В 19 часов необходимо лечь в постель, положить теплую грелку на область печени и начать постепенно принимать сок лимона и оливковое масло. Это делается так: влить в стакан 60 мл лимонного сока, а сверху осторожно прилить 60 мл оливкового или подсолнечного масла. Этот коктейль пьют в два приема: сначала выпивается масло, так как оно находится наверху, а потом - сок. Благодаря этому «не срабатывает» рвотный рефлекс, который бывает от оливкового масла. Такой коктейль пьют с интервалом в 15 минут и выпивают весь лимонный сок и оливковое масло. После приема желательно сразу с постели не вставать, а полежать так, чтобы печень не была придавленной. Через 1-2 часа можно встать. Позывы на дефекацию могут появиться через 5 - 15 часов. В экскрементах можно увидеть много зеленых ярких камней, темные, серо-черные пробки, черную или зеленую желчь. Это доказывает, что произошло очищение печени и желчного пузыря от камней и слизи. После дефекации необходимо промыть кишечник – сделать клизму из теплой воды. Через 12 часов клизму повторяют. При больной печени и больном желчном пузыре очистку проводят 1 раз в квартал, при здоровой печени и здоровом желчном пузыре – 1 раз в год для профилактики. Противопоказания проведения очищения печени: острые заболевания печени, поджелудочной железы, лихорадочные состояния, нарушения ритма сердца после инфаркта миокарда, состояние после инсульта.

8) Очищение почек. Это очищение необходимо проводить, когда наступит сезон арбузов. Очищение проводится 7 дней. В это время кроме арбузов и черного хлеба ничего есть нельзя. Арбуз и черный хлеб можно есть без ограничений. Для более активного очищения почек необходимо также использовать их биоритмы. Наиболее расслабленное состояние почек, расширение протока наблюдается с 2 до 3 часов ночи. В это время камни и песок могут выходить сами, в это же время чаще бывают почечные колики. Последние 2 - 3 дня очищения для более активного прохождения процесса необходимо с двух до трех часов ночи принимать теплую ванну, теплой струей воды поддерживать

приятную телу температуру. В начале процедуры нужно съесть арбуз, что вызовет в дальнейшем мочеиспускание. В эти часы можно получить необходимый эффект очищения – выход из почек песка или камней. При запущенной почечно - каменной болезни такую процедуру можно продлить до двух-трех недель. В конце каждой недели 2 дня принимают процедуры в теплой ванне. Для профилактики почки очищают 1 раз в год. Противопоказания проведения очищения почек: острые заболевания мочевыделительных органов, общее истощение организма, выраженные изменения сердца, печени, лихорадочные состояния, психические заболевания.

3. Иглоотерапия и диета. Главный принцип лечения иглоотерапией состоит в мобилизации собственных сил организма для борьбы с болезнью. Для того, чтобы у пациента высвободились внутренние силы для борьбы с болезнью, необходим длительный сон, достаточное (в количественном и качественном отношении) питание, ежедневная лечебная физкультура. Плохое питание сильно снижает сопротивляемость организма к неблагоприятным патологическим факторам. Плохо, если пациент потребляет недостаточное количество жиров, белков и углеводов. Также плохо, если пациент переедает, а накопившиеся в его организме органические вещества не «сжигаются физической работой», а с годами накапливаются и вследствие вялого окисления превращаются во вредные для организма шлаки.

1) Очищение всего организма голоданием. Как правило, ленивые люди не имеют силы воли, а занятые люди не имеют свободного времени для занятий спортивными упражнениями каждый день на протяжении часа. Тогда они применяют пассивные методы очищения организма, в том числе и голодание. Существует огромное количество разновидностей этого метода: абсолютное голодание на протяжении недели (человек пьет только соки и минеральную воду), относительное голодание на протяжении месяца или всей жизни (человек потребляет очень малое количество пищи, постоянно ощущает чувство голода). Голодание может иметь вид избирательного отказа от потребления определенных продуктов питания (сладкого, белого хлеба, картошки, жирного мяса, соленых продуктов). Самым эффективным методом очищения организма является полное и кратковременное (не больше 10 – 20 дней) голодание. При этом человек не должен сокращать своей физической активности. В период голодания организму не хватает полезных веществ из русла крови, поэтому начинается процесс переваривания шлаков и вредных веществ, накопившихся в мышцах, печени, мозге, почках, кишечнике. Голод способствует медленному очищению организма от шлаков.

2) Раздельное питание. Наука проникает во все области бытовой жизни людей и даже в процесс питания. В настоящее время большинство иглоотерапевтов в Европе предлагают своим пациентам придерживаться раздельной системы питания. Известный диетолог профессор Г. Шелтон выдвинул идею, суть которой состоит в том, что питание должно быть или продуктами, которые требуют для своего качественного усвоения наличия кислой среды в желудочно-кишечном тракте, или продуктами, которые требуют для переваривания наличия щелочной среды. Одновременно употреблять «кислотные и щелочные» продукты ни в коем случае нельзя. Этот принцип в научной литературе закрепился как принцип раздельного питания. Все продукты питания биохимики разделили на три группы, и рекомендуются потреблять пищу во время завтрака, обеда и ужина исключительно только те продукты, которые принадлежат исключительно одной «пищевой группе».

Первой группе продуктов требуется для полноценного переваривания кислая среда, которая находится у человека в желудке (желудочный сок). К этой пищевой группе относится белковая пища: мясо, рыба, икра, яйца, творог, сыр, молоко и другие.

Вторая группа продуктов требуют для полноценного переваривания щелочную среду. Щелочная среда возникает в начале тонкого кишечника (в двенадцатиперстной кишке) при выливании в нее соков желчного пузыря и поджелудочной железы. В щелочной среде хорошо переваривается пища, содержащая углеводы: сахар, мед, муку (хлеб, булочки), картофель (имеет большое содержание крахмала) и сладкие фрукты.

Третья группа продуктов имеют «универсальные свойства». Они требуют для переваривания нейтральную среду, однако, хорошо перевариваются и в кислой, и в щелочной среде. Нейтральная среда образуется в толстом кишечнике. К этой пищевой группе относятся жиры, требующие растворения в желчи при наличии нейтральной среды: свиное сало, подсолнечное масло, сливочное масло, маргарин, жир бараний, говяжий, свиной и другие продукты. Сюда можно отнести все овощи, травы.

Нельзя совмещать продукты первой и второй групп, которые требуют для переваривания или кислую, или щелочную среду. Продукты третьей группы можно совмещать и с продуктами первой и со второй группой. **В этом состоит центральная идея раздельного голодания.**

А теперь ответим на вопрос: полезно ли для организма человека раздельное голодание? Диетологам хорошо известно, что в организме человека одновременно содержится равное количество пищеварительных соков для переваривания продуктов из первой (требуют кислую среду) и второй группы (требуют щелочную среду). Перед обедом в 14.00 в желудочно-кишечном тракте взрослого мужчины может выделяться пищеварительных соков для переваривания 100 граммов сухой пищи группы № 1 и для переваривания 100 граммов сухой пищи группы № 2. Теория и практика раздельного питания требует потребления во время обеда продуктов только одной какой-то группы (№1 или №2). Подчиняясь этому правилу, взрослый мужчина насытился лишь после того, когда съел, например, 200 граммов продуктов группы № 1 в сухом виде (требуют только кислую среду), на переваривание которой в организме не хватило пищеварительных соков.

Какой можно сделать отсюда вывод? Принцип раздельно питания вреден для организма по трём причинам. **Во-первых**, после обеда остаётся не востребуемые пищеварительные соки для переваривания продуктов группы №2 (, требующую щелочную среду). **Во-вторых**, мужчина съел 200 граммов сухих продуктов группы № 1 (требующих для переваривания кислую среду), а в организме было пищеварительных соков для переваривания только 100 граммов этих продуктов. Следовательно, 100 граммов веществ группы № 1 осталось в кишечнике не переваренные, они начнут процесс гниения, что вызовет поносы и отравления организма. **В-третьих**, если потреблять только продукты одной группы № 1(например, только мясную пищу), то в организме будет огромный дефицит других полезных веществ, получаемых от продуктов группы № 2. Самое полезное питание – это разнообразное питание, заключающееся в том, что одновременно в ЖКТ должны поступать продукты питания сразу трёх групп.

ВЫВОД. При раздельном питании пищеварительные соки одной группы (в нашем примере - группы №2) остаются не востребуемые, а другая группа пищеварительных соков (№1) будет отсутствовать в достаточном количестве, что сильно ухудшит качество переваривание пищи. Раздельное питание вредно для человека!!!

4. Иглотерапия против старения организма. Древние восточные врачи за тысячи лет активного использования чжэнь-цзю терапии выявили десятки акупунктурных точек, которые способствуют увеличению длительности жизни человека. В японской медицинской литературе описан случай длительной жизни крестьянина Маммэ, который умер в возрасте 242 года (1634 – 1876 годы). Сохранилась информация, что Маммэ потреблял простую пищу, каждый день работал на крестьянском поле и для профилактики старения активно использовал чжэнь-цзю терапию: каждую неделю прогревал на своем теле точку цзю-сань-ли (Е.36), укалывал до крови точку гунь-сунь (RP.4), производил сильное давление перед сном на точку синь-цзянь (F.2), укреплял сердце частым воздействием на точку шэнь-мэнь (С.7) и так далее.

Современные достижения иглотерапии делают возможным в сочетании с правильным образом жизни значительно увеличить продолжительность жизни пациента. При этом энергетическое лечение иглотерапии должно быть направлено на увеличение энергии в меридиане легкого и селезенки. Особое внимание надо уделить воздействию на следующие точки. Точка Е.36 улучшает обмен веществ во всем организме и ее следует тонизировать прогреванием (ключущим цзю). Точка RP.4 воздействует на ретикулоэндотелиальную формацию, и ее надо седатировать иглой. Точка RP.3 тонизируется, так как она воздействует на интенсивность синтеза ферментов в организме (амилазы, мальтазы и других), точка RP.1 заведует синтезом белковых ферментов. Очень важной точкой для воздействия является RP.2, которая увеличивает интенсивность синтеза нуклеопротеидов (ДНК, РНК). Расширяет коронарные сосуды сердца точка MC.7, а улучшает работу миокарда – С.6. Усиливается работа половых желез при воздействии на точки TR.1 и RP.11, щитовидной железы – TR.2.

Смерть человека от старости наступает по причине старения нервной системы, которая контролирует интенсивность обмена веществ во всем организме (в органах брюшной и грудной полостях, в эндокринных железах, в мышцах, костях и сосудах). Геронтология утверждает, что чисто по генетическим причинам одни люди «закодированы» умереть от старости в возрасте 100 лет, другим «дано природой» прожить только 50 лет. Так же известны случаи, когда полное старение всего организма и естественная смерть человека происходит в возрасте 10 лет. Поэтому количество прожитых лет не является показателем старости человека. Если для одного человека сорокалетний возраст указывает на то, что данный человек очень старый и умрет естественной смертью через 10 лет, то для другого индивидуума 40 лет – это только что окончившаяся юность. Древние китайские врачи описали несколько простых тестов, которые дают возможность определить «уровень старости организма».

1) Тест равновесия. При старении мозжечка, кортиевого органа и ЦНС в целом страдает способность к балансированию и равновесию. Тогда человек не может долго стоять на одной ноге. Если человек смог простоять на одной ноге (не прыгая и не перемещая ее вправо или влево с целью сохранения равновесия) более 50 секунд, то это указывает, что данный человек имеет молодые нервные клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил только 20% своей жизни. Если человек простоял на одной ноге только 30 секунд, то он прожил почти 50% своей жизни. Если пациент простоял на одной ноге только 20 секунд, то можно смело утверждать, что его органы и ткани очень старые и жить ему осталось недолго (не более 15 лет). Если пациент простоял на одной ноге менее 10 секунд, то этот человек скоро умрет от старости.

2) Тест на быстроту реакции. У старого человека быстрота реакции снижена. Причина низкой скорости «ответных реакций» состоит в том, что «старая» нервная клетка проводит биопотенциалы (электричество) от головного мозга к мышцам медленнее, чем «молодая», а поэтому у пожилых людей ответная реакция мышц запаздывает. Тест проводится следующим образом. Врач поднимает линейку длиной 50 сантиметров за ее конец на высоту 1 метра от пола и располагает линейку строго перпендикулярно. Разжатая кисть испытуемого располагается в начале висящей горизонтально линейки, то есть на уровне, где на линейке отмечено «0 сантиметров». Линейка повисает между 1 и 2 пальцами кисти. Врач отпускает линейку, и она начинает падать под действием силы гравитационного притяжения. Пациенту ставится задача как можно быстрее схватить падающую линейку первым и вторым пальцами. Если падение линейки остановлено пациентом на уровне 10 сантиметров или раньше, то это указывает, что данный человек имеет молодые нервные клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил около 20% своей жизни. Если падение линейки остановлено на уровне 25 сантиметров, то можно утверждать, что пациент прожил почти 50% своей жизни. Если падение линейки остановлено на уровне 45 сантиметров или линейка не поймана, а упала на пол, то можно смело утверждать, что органы и ткани пациента очень старые и жить человеку осталось недолго (не более 10 лет).

3) Тест «на старость» связочного аппарата позвоночника и всего организма в целом. Связки скрепляют между собой кости позвонков и кости конечностей в области суставов. Связки между соседними позвонками у молодых людей достаточно хорошо растягиваются, а поэтому в юности люди могут сильно наклоняться вперед и назад. «Старые» связки закостеневают, не растягиваются, а поэтому пожилой человек имеет предельный угол наклона в 2 – 3 раза меньший, чем в юном возрасте. Если пациент стоит на прямых ногах и может наклониться вперед и вниз так, что касается запястьем пола, то это указывает, что данный человек имеет молодые, хорошо растягивающиеся связки, а также имеет молодые нервные клетки, органы и ткани. В этом случае можно утверждать, что он прожил около 20% своей жизни. Если при наклоне вперед пациент без усилия достаёт пола только кончиками пальцев, то можно утверждать, что пациент прожил почти 50% своей жизни. Если при наклоне вперед пациент достает только голень выше голеностопного сустава на 10 – 20 сантиметров, то можно смело утверждать, что органы и ткани пациента очень старые и жить ему осталось недолго (не более 15 лет). Если при наклоне вперед пациент достал только колени, а ниже наклониться не в силах, то этот человек скоро умрет от старости. (Конечно, эти утверждения справедливы при условии, если пациент не болен радикулитом поясничного отдела позвоночника).

§ 36. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане легких

Общая информация по лечению. Так как меридиан легких является энергетическим антагонистом меридиана толстого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане толстого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан легких можно лечить все болезни меридиана толстого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни легких, бронхов, гортани, голосовых связок, носа, гайморовых пазух, обонятельной функции носа, патология кожи, волос (а точнее – функциональная деятельность волосяных луковиц), анемия (сниженное количество кислорода в крови, зависящее от проницаемости легочных альвеол). Меридиан легких влияет на работу потовых желез, а следовательно, может влиять на количество выделяемого пота, водный обмен и температуру тела. Например, в жару в 30 градусов по Цельсию с потом выделяется 65% воды, а почками только 35%. Зимой с потом выделяется всего 5% воды, а почками - 95%. При любой болезни снизить температуру тела можно путем уменьшения энергетического потенциала в меридиане легких.

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане легких: бронхит (80%), пневмония (80%), кашель (90%), ОРЗ (80%), ринит (70%), бронхиальная астма (80%), ларингит (70%), гайморит (30%) заикание (30%), непроходимость евстахиевой трубы (50%) и т. д. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом ускоренного мышления и патологически ускоренного поступления биоимпульсов «от центра к периферии»: испуг, заикание, астма, невроз с ажитированным состоянием, эйфория и т. д.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане легких можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (F + и GI -) в суточном цикле и (RP + и GI -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (C -, MC -) по закону “муж -жена” и (V-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане легких Р применены следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан легких находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 3 до 5 часов ночи и в октябре.

2. Воздействие на **седатирующую точку меридиана и точку-пособник**.

P.5 (сед) - локтевой сгиб, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

P.9 (сед) – у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти на нижней складке лучезапястного сустава.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана легких.

P.7 (сед) - у лучевого края лучевой кости на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

4. Успокаиваем **седатирующую точку и точку сочувствия** меридиана.

P.5 (сед) - смотрите пункт 2.

V.13 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и **точка-глашатай** меридиана легких.

V.13 (сед) - см. п. 4.

P.1 (сед) под наружным краем ключицы, вниз 2 цуня, и кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

6. Седатируется **ло - пункт** и тонизируется **точка-пособник** спаренного меридиана (правило «большой укол»).

P.7 (сед) - см. п. 3.

GI.4 (тон) - между 1 - 2-й пястными костями, ближе к лучевому краю 2-й пястной кости.

7. Седатируют **точку - щель**.

P.6 (сед) выше лучезапястной складки на 7 цуней, у внутреннего края плечелучевой мышцы.

8. Седатируются **точки входа и выхода** энергии.

P.1 (сед) - см. п.5.

P.7 (сед) - см. п.3.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста (**правило «полдень-полночь»**).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

P.5 (седатировать) - смотрите пункт 2.

10. Тонизируем возбуждающую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

MC.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

Или: C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

11. В суточном (- F—P—GI -) и годовом (- RP—P—GI -) циклах тонизируют соседний впередистоящий меридиан и седатируют соседний позадистоящий меридиан **по правилу «мать-сын»** (F.8 + GI.2 – суточный цикл, RP.2 + GI.2 - годовой).

GI.2 (сед) — на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсны - фалангового сустава.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

P.5 (тон) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Р.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

РР.3 (сед) - кзади от головки 1 плюсневой кости.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

РР.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь ло-пункты седатируем:

Р.7 (сед) - см. п. 3.

МС.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2ц, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

J.1 (сед) - у мужчин — между мошонкой и задним проходом, у женщин — между спайкой больших половых губ и задним проходом.

14. Воздействие на 5 точек у-шу: воздействуют на точку-речушку Р.9, точку-реку Р.8 и точку-море Р.5.

Р.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Р.8 (сед) - на 1ц выше лучезапястной складки, у лучевого сгибателя кисти.

Р.5 (сед) - см. п. 2.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян» в суточном цикле:

(РР-).1, 2, 3, 5, 9, - J.12 (седатируют) – (Р+).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь)

(GI-).5, 11, 1, 2, 3, - E.1 (седатируют) – (E+).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян)

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

РР.1 (тон) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

РР.2 (тон) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсневой – фалангового сустава.

РР.3 (тон) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

РР.5 (тон) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вернушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

РР.9 (тон) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

Р.11 (сед) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

Р.10 (сед) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

Р.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Р.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

Р.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (тон) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (тон) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (сед) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (сед) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (сед) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

Е.44 (сед) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.
Е.43 (сед) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Точки пересечения седатируют. Меридиан легких входит в следующие точки пересечения: J.10, J.12, P.1, V.11.

J.10 (сед) - выше пупка на 2 цуня,

J.12 (сед) - выше пупка на 4 цуня,

V.11 (сед) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1-2-го грудного позвонка.

P.1 (сед.) - см. п.5.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между всеми чудесными меридианами. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане легких происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 6 (ЧМ№5 → ЧМ№6). Освобождение энергии из ЧМ № 6 осуществляется следующим образом: точка-ключ R.6 седатируется вместе с точками основы ЧМ (R.6, 8, V.1); точка - связующая P.7 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт J.15 и точку щель R.8. Локализация точек ЧМ № 6 следующая.

P.7 (тон, точка - связующая) – над лучевой костью, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

R.6 (сед, точка-ключ и точка основы) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

R.8 (сед, точка-щель и точка основы) – у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

J.15 (сед, групповой ло - пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

V.1 (сед, точка основы) – от внутреннего угла глаза внутрь на 3 мм.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан легких получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – располагается на переднесрединной линии на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан легких получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы P, RP, C и тонизируют точку выхода энергии—Е.9.

J.17 (сед) – см. выше п.18.

Е.9 (тон) - у переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща.

19. Специфические точки воздействия: на вегетативную систему V.10, Т.14, точка лечения 100 хронических болезней – V.43, антиспастическое воздействие на гладкую мускулатуру, в том числе и на бронхи – F.2.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Бронхит и кашель. Иглотерапией лечат бронхит вирусной этиологии без повышенной температуры тела (36,6⁰ С). Значительно хуже эффективность лечения при бронхите с субфебрильной температурой (37⁰С). Полностью отсутствует эффективность лечения при высокой температуре. Бронхит микробной этиологии (пневмококковый, стафилококковый и др.) лечится терапевтами с обязательным применением антибиотиков по американской технологии – введение больших доз различных по спектру действия антибиотиков на протяжении 3 суток, так как более длительное введение антибиотиков всегда вызывает дисбактериоз кишечника. При тяжелом течении бронхита одновременно с иглотерапией

рекомендуется назначать фитотерапию: отхаркивающие вещества (разжижающие мокроту, увеличивающие ее выделение внутри бронхов, уменьшающие саднение и сухость внутри бронхов), противокашлевые лекарства на ночь (днем улучшает отторжение мокроты от стенок бронхов кашель), улучшающие иммунитет препараты. В настоящее время фармакология пока не синтезировала высокоэффективные «вирусные антибиотики», убивающие вирусы, которые, как известно, размножаются внутриклеточно. Рекомендуются отхаркивающие: терпингидрат, трава багульника болотного, душицы, алтея, истода, термопсиса, чабреца, цвет липы, бузины черной, плод аниса, малины, микродозы йода. Бронхит (острый и хронический) лечится воздействием на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): «У взрослых применяется второй вариант тормозного метода, у детей – первый вариант возбуждающего метода. Рекомендуется использовать точки VB.20, V.10, IG.14, V.11 - 18, V.41, V.43, V.46, J.14, F.2, E.36, GI.11, TR.5, C.3, GI.4, P.7, VB.6. Если повышается температура тела, то производится укалывание в F.2. Все это целесообразно сочетать с прижиганием над точкой E.36. Лечение проводится 1 - 2 раза в день. К устранению одышки, кашля и улучшению отхаркивания ведет прижигание или точечный массаж точек GI.4 или P.7». Локализация некоторых точек:

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, во впадине у места прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц;

IG.14 - у верхнего края лопатки на уровне 2-го грудного позвонка;

V.11 по V.18 - кнаружи на 1,5 цуня, между остистыми отростками грудных позвонков 1 - 2, 2 - 3, 3 - 4, 5 - 6, 7 - 8, 9 - 10 и т. д.;

V.41 - кнаружи на 3 цуня, от промежутка 2 - 3-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня, от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

J.14 - выше пупка на 6 цуней,

C.3 - на складке локтевого сгиба у локтевого ее края, впереди от медиального мыщелка плечевой кости.

- При бронхите седатируют следующие **внемеридиональные точки**: 14, 15, 16, 17, 23, 30, 32, 33, 51, 53, 56, 57, 59, 60, 61, 97, 98, 137. Локализация некоторых из них:

BT.30 - на 2 цуня выше и на 1 цунь кнаружи от промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

BT.32 - на 1 цунь латеральнее центра рукоятки грудины;

BT.33 - на 6 цуней латеральнее передней срединной линии, на уровне 3 - 4-го межреберья;

BT.51 - на 1 цунь, латеральнее промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

BT.60 - нижние углы лопаток.

Используются «новые» точки: 12, 42, 44, 45, 46, 47, 50. Точки седатируются:

HT.45 - на 0,5 цуня латеральнее промежутка между остистыми отростками C7 - Th1;

HT.46 - на 1 цунь латеральнее нижнего края остистого отростка 5-го грудного позвонка.

- Пекинский институт иглотерапии указывает на самые эффективные отдаленные точки, **снижающие температуру**: P.6, E.43, 44, V.18, 19, 39, 40, MC.9, TR.1, 3, VB.16, T.4, 13, 16. При гриппе: TR.4, 5, T.10. Хриплый голос: P.6, GI.19, R.1. Носовое кровотечение: GI.2, C.6, IG.3, V.4-10, 60, 66, MC.4, 8, VB.39, T.12-27. Икота: P.8, E.13, IG.2, V.14, MC.4, VB.44.
- Используются **аурикулярные точки**: 101 - легкие, 102 - бронхи, 31 - бронхолитическая, 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 15 - гортань, 45 - щитовидная железа, 83 - солнечное сплетение.
- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии указывает на высокую специфичность воздействия точек: на трахею – P.9, на бронхи – P.10, на плевру – P.8. При гриппе эффективны следующие **отдаленные** от места поражения (от легких) точки акупунктуры: TR.4, 5, T.10. Боль и саднение в горле при фарингите и ларингите в 90% случаев снимается при воздействии на три точки «**золотого треугольника**»: **P.11 + GI.11 + GI.4**.

2. Бронхиальная астма. Основным симптом астмы – одышка в состоянии покоя, а при физической нагрузки одышка усиливается до катастрофической нехватки воздуха организму. Однако симптом одышки возникает при многих заболеваниях: пневмонии, пороках сердца, анемии, миастении и даже при некоторых невритах.

Например, при **неврите диафрагмального нерва** также возникает сильная одышка, икота, но в отличие от астмы невриту сопутствуют симптомы болей в подреберье и в шеи.

В случае вовлечение в воспалительный процесс вегетативных пучков **блуждающего нерва** возникает сильная одышка (более 50 дыханий в минуту), застойные отёки лёгких, очень медленное сердцебиение (брадикардия до 30 – 40 ударов в минуту), сначала спазм, потом атония пищевода и Ж.КТ. Одновременно возникают боли в ушах, нарушение глотание и речи, атония и провисание мышц мягкого нёба, что отсутствует при бронхиальной астме.

Лечение бронхиальной астмы иглорефлексотерапией условно разделяется на два этапа. Сначала снимают приступ (астматический криз), а после этого начинается симптоматическое лечение. Сеансы лечения лучше проводить через день. Обычно проводятся два курса по 15 сеансов.

1) Купирование астматического приступа. Приступ бронхиальной астмы удастся купировать сильной стимуляцией (вращением иглы, прогреванием и т. д.) акупунктурных точек : GI.4 + IG.17 + T.14, P.7 + TR.5 + RP.6. Точки седатируются. Часто удается ликвидировать приступ бронхиальной астмы длительной и сильной стимуляцией новой точки HT.51 (докторская точка), которая расположена на 0,5 цуня латеральнее от остистого отростка 6 грудного позвонка. Иглу проводят из этой точки подкожно и вниз на 6 см (параллельно остистым отросткам). Сильная стимуляция иглы (вращение) производится на протяжении 10 минут. Дополнительно воздействуют на точки GI.4 и GI.11. Эти лечебные действия полностью снимают приступ астмы. Другая высокоэффективная новая точка HT.45 (угнетатель одышки) располагается латеральнее на 0,5 цуня от межостистого промежутка 1 – 2 позвонка (т.е. от точки T.14). От точки HT.45 также проводят подкожно длинную иглу на 6 см параллельно остистым отросткам. Дополнительно подвергаются сильной стимуляции точки J.17 и J.22. Приступ астмы купируется через 10 минут.

Краниоакупунктура (скальпотерапия, церебральная акупунктура). Приступ астмы купируется при помощи проведения иглы под кожей волосистой части головы (скальпа) на 4 см в месте расположения «зоны грудной клетки», зоны № 2. Топография зоны: латерально от срединной линии на 0,5 цуня на лобной кости, ниже и выше передней границы волосистой части головы по 2 см. Игла периодически подвергается сильной стимуляции (вращению) на протяжении 10 минут после чего приступ удушья ликвидируется.

2) Вьетнамский метод лечения бронхиальной астмы. Бронхиальная астма лечится путем воздействия на следующие точки акупунктуры (Хоанг Бао Тяу, Вьетнам): «Точка P.1 служит для восстановления проходимости и регулирования энергии в легких. Точка J.22 позволяет ликвидировать мокроту и восстановить проходимость энергии в легких. Аурикулярная точка AT.31, регулирующая дыхание, используется специально для лечения астмы. Воздействуя на точку GI.11, ликвидируют болезненную энергию, а точки E.40 и E.36 помогают ликвидировать мокроту и опустить устремившуюся вверх энергию. Во время ремиссии воздействуют также на точку V.13 в сочетании с точками J.22 и P.1 с целью восстановления проходимости энергии легких. Используют также точку V.20 в сочетании с точками E.36 и E.40 для стимуляции функциональной деятельности селезенки, уменьшения мокроты и ликвидации «влажности». Точка V.23 в сочетании с P.1 служит для устранения явления, когда устремившиеся вспять жидкости организма рождают мокроту, а также для согревания почек, содействуя аккумуляции ими энергии». Опишем локализацию некоторых точек:

J.22 - в центре яремной вырезки грудины;

E.40 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуней, от наружного края большеберцовой кости на 1,5 цуня;

E.36 - у гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня;

V.13 - кнаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 3 - 4-го грудных позвонков;

V.20 - кнаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 9 - 10-го грудных позвонков;

V.23 - кнаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 2 - 3-го поясничных позвонков.

- Специфическим антиастматическим действием обладают следующие акупунктурные точки (Мачерет Е.Л.): P.1,2,3,5,7,8, GI.4,8,9,10,18, E.10,11,12,13,14,15, IG.17, R.1,3, VB.19,40,43, T.10,11, J.21,23. Китайские иглотерапевты утверждают, что сильным специфическим воздействием на трахею обладает точка P.9, на бронхи - P.10, а F.2 расслабляет гладкую мускулатуру бронхов.
- При бронхиальной астме используются те же внемеридиональные и новые точки, которые применяются при лечении бронхитов.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Аурикулярные точки:** 60 - астма, 123 - бронхоэктатическая, 31 - бронхолитическая, 34 - кора головного мозга, 82 - диафрагма, 83 - солнечное сплетение, 29 - затылок, 13 - надпочечник, 28 - подкорка, 98 - селезенка, 95 - почка, 22 - железы внутренней секреции, 103 - трахея, 51 - симпатическая система, 102 - бронхи, 55 - шэнь—мэнь, 42 - грудная клетка, 101 - легкое, 91 - толстая кишка, 97 - печень, 15 - гортань, 27 - горло. Хороший лечебный эффект вызывает лечение иглами-кнопками, которые ставятся на 5 дней на аурикулярные точки 31, 51, 60.
- **Шиацу (японская акупрессура).** Для лечения бронхиальной астмы применяется шиацу. При классическом японском шиацу воздействие на точки акупунктуры производится при положении больного лежа на полу. Врач нажимает на точки подушечками двух больших пальцев, перекладывая на них вес всего тела. Воздействие производится только сверху вниз и без массажного растирания точек. Длительность воздействия на точку в течение 3 секунд с периодическими повторениями 20 раз. Часто давление на точки производится через легкую одежду (рубашку, майку, плавки и т. д.).

Купирование астматического приступа. Если у больного, обратившегося к врачу за помощью, начался приступ удушья, то сначала необходимо снять приступ. Для этого производится сильное давление на точки VB.21 (центр надостной ямки, над лопаткой) в положении больного сидя на полу или лежа на боку и на своей руке, положенной под голову как подушка. В положении больного лежа на животе производится давление на точку на голове VB.20 (у нижнего края затылочной кости, во впадине между сосцевидным отростком и валиком трапецевидной мышцы), на точку меридиана мочевого пузыря, расположенную на спине между лопатками, V.13 (кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 и 4 грудных позвонков), которую лучше прогревать сигаретой (утюжащее цзю). Одновременно нажимаются точки на конечностях: P.7, RP.6, F.2. Точка GI.4 тонизируется теплом сигареты (клюющее цзю).

Подготовительный этап. Каждый сеанс начинается с дыхательной гимнастики на морском берегу. Ежедневно увеличивается длина пробега по морскому пляжу. Ежедневно больной делает 20 беговых стартов. В конце дистанции пациент делает 100 глубоких вдохов и надолго задерживает дыхание. Одновременно врач помогает увеличивать объем грудной клетки у больного астмой. Для этого больного переводят в положение сидя на полу и во время каждого вдоха врач приподнимает его за руки вверх 20 раз. Кроме того, расширение объема грудной клетки производится поднятием больного за плечи 20 раз. В последнее десятилетие в Японии возникло множество санаториев на берегу моря, где врачи лечат больных астмой, инфарктом миокарда, псориазом и другими болезнями методом длительного бега, лечебной физкультурой, шиацу и рациональным питанием с включением микроэлементов, витаминов, аминокислот, пищевых добавок из продуктов моря.

Ежедневное лечение астмы. При лечении астмы акупрессурой сеансы проводятся ежедневно. Полный курс состоит из 15 сеансов. Для излечения необходимо 2 – 3 курса. Каждый сеанс включает до 10 точек, которые надавливают 20 – 30 раз. В ежедневную рецептуру обязательно вводят точки на груди и спине, которые считаются главными в лечении астмы. Это в основном точки по меридиану селезенки RP и мочевого пузыря V. Далее по важности следуют точки на кисти и предплечье, где проходит меридиан легкого P. На ноге сильной седатации (давлению пальцами) подвергаются точки меридиана селезенки RP и печени F.

- **Насильственное расширение спазмированных бронхов.** Этот метод применяют народные целители по славянской акупрессуре. Больной астмой делает глубокий вдох и надолго задерживает выдох. После этого врач быстро и сильно сжимает руками грудную клетку. (Возможно осложнение типа переломов ребер). Давление производится ладонями рук при положении больного лежа. При положении больного лежа на спине или на животе сдавливание может производиться двумя руками слева и справа или двумя руками сверху в положении больного на боку. За сеанс проводится столько давлений, сколько лет пациенту. Механизм насильственного расширения бронхов состоит в следующем. Бронхи наполняются воздухом при вдохе. Короткое и сильное сжатие способствует уменьшению объема грудной клетки. Так как количество воздуха в легких при этом не уменьшается (пациент задерживает выдох), то происходит сильное повышение давления воздуха внутри бронхиального «дерева». В свою очередь высокое давление воздуха производит насильственное расширение спазмированных бронхов при бронхиальной астме. Перерастяжение насильственно – физическим путем спазмированных бронхов ведет к заметному улучшению дыхания у больного астмой. Этот метод успешно заменяет барокамеру, внутри которой также повышают давление воздуха для того, чтобы оно растянуло спазмированные участки бронхов.
- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией для лечения астмы желательно применять травы. Применяются отхаркивающие средства (см. п. «Бронхит»), десенсибилизирующие,

спазмолитические и успокоительные. Народные целители в Белоруссии успешно используют для лечения астмы баню (парную с «сухим паром»), наливая на горячие камни водные (а иногда и спиртовые) растворы и экстракты трав для испарения и ингаляции (вдыхания) - эвкалипт, багульник, можжевельник, душица, чабрец. Температура воздуха в парной при лечении достигает более 200 °С. Одновременно втирают в грудную клетку слабо раздражающие кожу вещества, делают массаж. Особое внимание при лечении астмы уделяется методу голодания. Хорошо себя зарекомендовали сборы трав следующего состава.

А. На 1 литр воды добавляется: трава донника лекарственного – 10 граммов, трава тимьяна – 10 г, плоды фенхеля – 10 г, листья мяты перечной – 10 г, листья подорожника – 10 г, корень алтея – 10 г, корень солодки – 10 г, листья мать-и-мачехи – 20 г. Отвар обладает спазмолитическим действием, секретолитическим, антисептическим, антиаллергическим и седативным. Отвар пьют натошак по 200 граммов в горячем виде 3 раза в день.

Б. Антиспастическим и секретолитическим действием обладает сбор трав: корень солодки – 10 г, трава тимьяна – 40 граммов на литр воды. Настой пьют теплым по 150 г 4 раза в день.

В. Аналогичным свойством обладает другой сбор : трава тимьяна – 10 г, листья мать - и - мачехи - 10 г, трава фиалки трехцветной – 10 г, корень девясила – 10 г, плоды аниса – 10 г. Настой пьют теплым по 150 г 4 раза в день.

Г. Плоды аниса – 10 г, плоды фенхеля – 10 г, трава тимьяна – 10 г, корень солодки – 10 г, сосновые почки – 10 г. Настой пьют теплым, по 150 г 4 раза в день.

• **Метод электрического снижения активности нервного центра в продолговатом мозге, который регулирует тонус мелких бронхов в легких.** Хорошо известно, что бронхиальная астма возникает по причине спазма мелких бронхов в легких. Спазм мелких бронхов, в свою очередь, происходит по причине производства в дыхательном центре продолговатого мозга патологического сверхмощного электрического потенциала. Эти импульсы из продолговатого мозга идут по спинному мозгу и периферическим нервам, по двум блуждающим нервам и тонкой сети вегетативной нервной системы внутрь легкого к мелким бронхам. Гладкая мускулатура бронхов сокращается под воздействием сверхсильных биотоков, что является единственной и главной причиной возникновения бронхиальной астмы. Поэтому бронхиальная астма относится не к болезням легкого, а к болезням центральной нервной системы. Надо лечить не следствие, а причину болезни, то есть надо снизить активность центра регуляции тонуса бронхов в мозге. Для этого автор предлагает следующую простую методику. Пациент ложится на живот. Ему вводят две иглы на глубину 2 см в правую и левую акупунктурные точки на основании черепа VB.20. Все нервные пути с командами о патологическом спазме бронхов проходят через основание черепа (спинной мозг, блуждающий нерв, нервные ветки шейного ганглия). Лечебный эффект связан сначала с сильным перераздражением этих нервных путей электрическим током. После этого наступает парализующий эффект. В этот период уменьшается избыточный поток биоимпульсов к бронхам. Интенсивность спазма бронхов также уменьшается. Этот способ лечения позволяет инактивировать нервный центр, руководящий силой спазма бронхов в продолговатом мозге, и за 5 сеансов значительно снизить интенсивность астматических приступов. **Технический аспект лечения.** К двум иглам, введенным на 3 сантиметра в правую и левую точки VB.20, подключается электрический прибор с плюсовым и минусовым контактом, на которые подается постоянный электроток от батарейки «Крона» 10 вольт с периодическим автоматическим отключением тока через каждые 2 секунды (пиковое напряжение). Сеанс лечения рекомендуется проводить на протяжении 1 - 2 минут.

§ 37. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане легких.

Болезни, вызывающие недостаток энергии в меридиане легких: эмфизема легких (50%), плеврит (60), гайморит (30), синусит (30), псориаз (60), экзема (60), нейродермит (50), кожный зуд (70), крапивница (40), нарушение обоняния (40%) и т. д. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом замедленного мышления

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане легких можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (F- и GI +) в суточном цикле и (RP - и GI +) в годовом цикле. Кроме того можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (C+, MC +) по закону “муж- жена” и (V +) по закону “полдень- полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане легких применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 15 до 17 часов и в ноябре.

2. Воздействие **на тонизирующую точку** меридиана Р.9 и **точку - пособник** (служит та же точка Р.9):

Р.9 (тон) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

3. Седатируется **ло - пункт** спаренного меридиана GI.6.

GI.6 (сед) - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, над тыльной поверхностью лучевой кости.

4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

V.13 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от остистых отростков 3 - 4-го грудных позвонков.

5. Седатируется **ло - пункт** спаренного меридиана и тонизируется **точка-пособник** (правило «большой укол»).

GI.6 (сед) - см. п. 3.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка **входа и выхода энергии**.

Р.1(тон) - под наружным краем ключицы вниз на 2 цуня, и кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

Р.7 (тон) - на 1,5 цуня выше лучезапястной складки, у лучевого края лучевой кости, сразу за шиловидным отростком.

7. Успокаивают седатирующую точку меридиана-антагониста по **правилу «полдень-полночь»**.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

МС.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

Или: С.7 (сед) - у сухожилия локтевого сгибателя кисти на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

9. В суточном (...F—P—GI...) и годовом (...RP—P—GI...) циклах седатируют соседний впередистоящий меридиан и тонизируют соседний позадистоящий меридиан **по правилу «мать-сын»** (F.2 + GI.11 - суточный, RP.5 + GI.11 - годовой).

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба, на середине между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом суставе.

RP.5 (сед) - впереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершушкой лодыжки и ладьевидной костью.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант **«у-шу элемента»**.

Р.9 (сед) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Р.5 (тон) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант **«элемент в элементе»**.

RP.3 (сед) - кзади от головки 1-й плюсневой кости.

GI.2 (тон) - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируют точку-колодец Р.11, точку-родник Р.10, точку-речушку Р.9; не воздействуют на точку-реку Р.8 и точку-море Р.5.

Р.11 (тон) - у лучевого края ногтевого ложа большого пальца, кнаружи от него на 3 мм.

Р.10 (тон) - у основания 1-й пястной кости, у лучевой ее стороны.

Р.9 (тон) - см. п. 2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан легких получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшить поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – располагается на переднесрединной линии на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан легких получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и седатируют точку выхода энергии – E.9.

J.17 (тон) – см. выше.

E.9 (сед) - у переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Экзема. Экзема лечится методом воздействия на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): «Чжень-цзю терапия часто оказывает неожиданно положительный результат, который зависит от распространения процесса и его тяжести. При папулезной форме экземы обычно применяется утужающее цзю (прогревание над пораженной поверхностью). При сильном зуде можно цзю проводить несколько раз в день и научить самих больных этой процедуре. В стадии пузырьков, эрозий или корок кроме цзю над пораженной поверхностью можно проводить и чжэнь (иглотерапию) тормозным методом поочередно в точках: T.12, V.40, 41, 43, 17, 25, GI.4, 11, 10, VB.34, 41, RP.10, 6, E.36, C.5, 7». Локализация некоторых точек следующая:

T.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го грудных позвонков.

V.40 - в центре подколенной ямки;

V.41 - на 3 цуня от промежутка 2 - 3-го грудных позвонков;

V.43 - на 3 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков;

V.17 - на 1,5 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

V.25 - на 1,5 цуня кнаружи от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

GI.10 - ниже точки GI.11 на 2 цуня;

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба, на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе;

VB.34 - во впадине у передне - нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня;

RP.10 - у верхнего края медиального мыщелка бедренной кости, выше верхнего края надколенника на 1 цунь;

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием лучевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

• **Внемеридиональные точки:** 10, 40, 51, 52, 103, 104, 148, 163. Точки тонизируются.

BT.10 на голове на уровне вершины ушной раковины, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед.

BT.51 на 1 цунь латеральнее точки T.14.

BT.103 на тыле кисти у межпальцевого промежутка между 1 - 2-м пальцами.

BT.104 на тыле кисти у межпальцевого промежутка 3 - 4-го пальцев.

BT.148 выше верхнего края медиальной лодыжки на 1 цунь.

• **Аурикулярные точки:** 95 - почка, 55 - анальгезия ЦНС, 45 - щитовидная железа, 28 - гипофиз, 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 71 - крапивница, 82 – диафрагма и аллергия, 101 - легкие.

• **Фитотерапия.** В России широко используются ванны для уменьшения зуда и очищения кожи. Сбор трав имеет следующий состав на 100 литров воды. Сначала готовится отвар: череда трехраздельная – 100 грамм, ромашка аптечная – 100 г, валериана лекарственная – 50 г, шалфей лекарственный – 150 г. Отвар выливают в ванну.

В моей практике были случаи возникновения экземы по причине соприкосновения кожных покровов с бельем, на котором остались микродозы стирального порошка. Если белье плохо прополаскивается после стирки, то после сушки оно всегда содержит на своей поверхности некоторую концентрацию стирального порошка. При физической нагрузке тело потеет, в капли пота растворяется стиральный порошок из прилегающего к телу белья. После этого стиральный порошок впитывается в кожу и вызывает обострение кожного заболевания.

2. Нейродермит. Нейродермит лечится иглоукалыванием следующих точек акупунктуры (Хоанг Бао Тяу, Вьетнам): «Точка GI.11 служит для «рассеивания ветра». Сказано: чтобы ликвидировать «ветер», нужно сначала вылечить «кровь», поэтому воздействуют на точку RP.10 уколами тонизирующего действия с целью «подкрепления» крови, активации ее функции; уколы рассеивающего действия в эту точку «охлаждают кровь», ликвидируют болезненные факторы. Чтобы усилить оздоровительное воздействие на кровь, подключают дополнительную точку RP.6, а для более интенсивной ликвидации «влажности» — точку RP.9». Локализация некоторых точек уже дана выше. Внемеридиональные и аурикулярные точки берутся те же, как и при лечении экземы. Точки тонизируются.

3. Псориаз, или чешуйчатый лишай. В настоящее время этот вид кожной болезни приобрел широкое распространение. Врачи предполагают, что рост заболеваемости объясняется в первую очередь повышением количества стрессовых ситуаций в современном обществе, волнений, переживаний. Этиология болезни не выяснена. Существуют следующие теории возникновения псориаза: аллергическая, вирусная, нейрогенная, эндокринная, обменная и наследственная. Псориаз протекает с периодическими обострениями осенью и весной. Клиническое течение псориаза подразделяется на прогрессивную, стационарную (наивысшая площадь поражения кожи) и регрессивную стадии.

А. Диета. При всех кожных заболеваниях (особенно часто при заболевании псориазом), для каждого больного без исключения, можно найти вещества, которые попадают с пищей в организм и способствуют обострению болезни. Поэтому при лечении большое внимание надо уделять диетическому питанию. Противопоказаны острые блюда с перцем, чесноком, луком. Больному необходимо полностью прекратить потребления крепленых вин, где питьевой спирт окрашивается красителем. Особенно часто дают обострения кожных болезней крепкие спиртные напитки (40 ° и выше). Водка и коньяк опасны тем, что, попадая в желудок, они играют роль прекрасного растворителя для многих аллергенов, накопившихся от деятельности микробов внутри слизистой желудка. Например, водка растворяет жиры в 8 раз, а углеводы – в 3 раза лучше, чем вода. После растворения в водке вредные для организма вещества быстро всасываются из желудка в кровь, не подвергаясь перевариванию (т.е. дроблению молекул на части). Поэтому очень часто очередной прием алкоголя является главной причиной обострения экземы, псориаза, нейродермита.

Провоцируют обострение кожных болезней аллергены, содержащиеся в сильно пережаренной пище, в пищевых добавках в виде синтетических ароматических веществ (в жевательных резинках, сиропах, шоколаде, в маргаринах с синтетическими жировыми добавками и так далее). Обострение кожных болезней может вызвать попадание в организм с пищей очень многих веществ-аллергенов, которые весьма трудно установить клиническими (биохимическими) методами. **Вот почему, самым эффективным средством лечения псориаза, экземы, нейродермита и других кожных болезней является дозированное голодание, непродолжительное полное голодание и различные способы очищения кишечника и желудка.** На время лечения рекомендуется потребление натуральных, экологически чистых продуктов, ограничивая массу потребления пищи до 200 – 300 граммов в сутки.

Б. Необычайно важную роль в лечении кожных болезней играют **витамины группы В, витамин С и некоторые микроэлементы** – сера, цинк, медь и молибден. Специфическим действием на кожу обладают пивные дрожжи, которые содержат дермототропные вещества и избыток витаминов группы В. Например, можно быстро вылечить хроническую пиодермию кожи лица пивными дрожжами и витамином С в сочетании с ежедневным облучением ультрафиолетовыми лучами.

В. Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить кожные болезни следующими точками акупунктуры:

- **избыточное потение** (гипергидроз) сильной седацией точек – P.10, GI.4,13 (потение по ночам), V.9,40, R.7, MC.3,8, VB.30, F.2,10,
- **кожный зуд** – GI.2,3,10,11, C.8, V.13,35,40,65, F.5,10,11, RP.10,VB.30, J.1.
- Выработана определенная **методика воздействия** (Чжу Лянь, Китай) на псориазные бляшки, то есть на пораженный псориазом участок кожи площадью от 1 до 10 квадратных сантиметров. Протирают ваткой со спиртом границу здоровой и пораженной псориазом кожи и производят быстрое одномоментное обкалывание иглой 4 – 10 раз по периметру псориазной бляшки. Потом делают быстрый укол в центр бляшки, а дальше начинают воздействовать методом прогревания

точек. Методом ключющего цзю воздействуют на укол в центре псориазической бляшки, а методом утюжащего цзю – на всю поверхность бляшки и особенно медленно двигают сигарету вдоль границы здоровой и пораженной кожи. Для иглотерапевтического лечения применяются те же корпоральные, внемеридиональные, новые и аурикулярные точки, которые используются при лечении экземы, нейродермита и других кожных болезней. Отличительной чертой лечения этой болезни является воздействие сильной седацией иглами только на точки головы с целью успокоения больного, а на все точки туловища, рук и ног воздействуют теплом сигареты методом прогревания точек (утюжающее и ключющее цзю). Методом ключющего цзю воздействуют на общеукрепляющие точки (P.7, GI.4,11,E.36, RP.6, C.7, R.3, F.3 и другие). Также прогревают точки, усиливающие функцию желез внутренней секреции: TR.2, E.10,11, RP.20, C.7, J.22 – щитовидная железа, V.48, 49 – надпочечники, TR.3,20, T.2 – гипофиз, T.14 – вегетативно-эндокринные функции организма. Направленным воздействием на кожу обладают точки: GI.2,10(!),11,RP.10,C.8,V.11(!),13,35,40 (!),65,VB.30 (!), F.5,8,10,11, J.1.

- **Фитотерапия.** Сразу после сигаретного прогревания псориазической бляшки ее обрабатывают специальными мазями или водными растворами таким образом, чтобы вещество не попало на проколотую иглой кожу. Китайские мази имеют очень сложный состав трав и не доступны для приобретения в России и Белоруссии. Однако, существуют высокоэффективные отечественные мази и растворы.

а. Из череды трехраздельной *ex tempore* готовят спиртовой экстракт или мазь на вазелиновой и ланолиновой основе, содержащую 2,5% густого экстракта растения. Экстракт череды назначают внутрь по 20 капель 3 раза в день за час до еды в течение 3 недель. Одновременно пораженные участки кожи смазывают на ночь мазью, содержащей экстракт растения на протяжении 4 недель.

б. Псориазические бляшки обрабатывают мазями промышленно -фармацевтического изготовления: карофиленовая (содержит календулу), госсипол (с хлопчатником), сангвиритрин (с маклеей).

в. В последнее десятилетие получил широкое распространение метод фотохимиотерапии, основанный на наружном или пероральном приеме фурукумаринов (бероксан, метоксален, псорален, оксарален, пувален, аммифурин, псоберан) с одновременным ультрафиолетовым облучением. Имеющийся клинический опыт фотохимиотерапии свидетельствует о высокой эффективности этого метода лечения.

Методика М.В. Голюка. Псориазические бляшки обрабатывают двумя мазями М.В. Голюка, которые имеют почти одинаковый состав. Первая готовится следующим образом. К 100 граммам медицинского солидола добавляют детского крема с витамином Е в количестве 3 миллилитров, цветочный мед - 30 гр (чайная ложка), свежий яичный белок из одного яйца, питьевая сода - 3 грамма. Полученная масса тщательно размешивается. Вторая мазь по составу аналогична первой, но еще добавляется 10 граммов густого экстракта чистотела. Начинается лечение с обработки псориазических бляшек мазью № 1 на ночь. Одновременно пьют 3 раза в день по 30 капель настойку аралии перед едой, облучаются ультрафиолетовой лампой, полезно недельное голодание. Курс лечения продолжается 20 дней, до момента полного отторжения чешуек от псориазической бляшки. Кожа на месте поражения становится красной, возникает зуд. После этого используется мазь № 2 с одновременным потреблением элеутерококка 3 раза в день по 30 капель перед едой. В зависимости от площади пораженной кожи лечение длится от 30 до 90 дней. Во время лечения мазь снимают по утрам чистой сухой салфеткой, разрешается мыться не чаще одного раза в неделю витаминными шампунями.

Соблюдается **диета:** потребляется растительная пища, исключаются яйца, шоколад, цитрусовые, жареное мясо и другие блюда. При стирке необходимо хорошо полоскать нижнее белье, чтобы на нем не оставалось следов стирального порошка. Сон должен быть длительностью 10 часов в сутки. Ежедневный бег по стадиону (с целью усиленного окисления кислородом эндогенных токсинов) не менее 1 часа в сутки. Категорически запрещается потребление спиртных напитков, так как спирт растворяет в желудке содержимое пищи и этот «экстракт» быстро всасывается в кровь.

§ 38. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане толстого кишечника.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана легких, то при его седации (торможении) энергия в меридиане легких повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан толстого кишечника можно лечить все перечисленные болезни меридиана легких. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни толстого кишечника (метеоризм, поносы, запоры), сигмовидной и прямой кишки (исключая анус, который контролируется меридианом почек).

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане толстого кишечника: запор (80%), боли мягких тканей рук (60%), плечевой плексит (25%), миозит мышц рук и плеча (30%) и т. д. Избыток энергии в меридиане толстого кишечника воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане легких.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане толстого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (Р- и Е +) в суточном цикле и (Р- и V +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (IG -, TR-) по закону “муж-жена” и (R-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане толстого кишечника применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 5 до 7 часов утра и в ноябре.

2. Успокаивающее воздействие на **седативные точки** меридиана GI.2 или GI.3 и **точку-пособник** GI.4.

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от головки.

GI.4 (сед) - между 1 - 2-й пястными костями.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана.

GI.6 (сед) - над тыльной поверхностью лучевой кости, выше лучезапястного сустава на 3 цуня,

4. Успокаиваем **седативную точку и точку сочувствия** GI.

GI.2, 3 (сед) - см. п. 2.

V.25 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничного позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия и **точка-глашатай меридиана**.

V.25 (сед) - см. п. 4.

E.25 (сед) - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня,

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (**правило «большой укол»**).

GI.6 (сед) - см. п. 3.

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

7. Седатируется **точка-щель**.

GI.7 (сед) - над тыльной поверхностью лучевой кости, на середине расстояния от лучезапястного сустава до локтевого сгиба.

8. Седатируется точка **входа и выхода энергии** в меридиане.

GI.1 - на лучевой стороне 2-го пальца, на 3 мм кнаружи от ногтевого ложа.

GI.20 - у верхнего края боковой борозды крыла носа.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста (**правило «полдень-полночь»**).

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1,5 цуня.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава.

10. Тонизируем **возбуждающую точку** меридиана-антагониста определенного по деструктивным связям в системе У-СИН (правило «муж-жена»).

TR.3 (тон) - между 4 - 5-й пястными костями, кзади от головки 4-й пястной кости.

Или: IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

11. В суточном (- P—GI—E -) и годовом (- P—GI—V -) циклах тонизируем соседний вперёдистоящий меридиан и седатируем позадистоящий меридиан **по правилу «мать-сын»**. В суточном цикле берут точки P.9 и E.45, в годовом цикле P.9 и V.65.

P.9 (тон) - ладонная сторона запястья, у ее лучевого края.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

V.65 (сед) - кзади от головки 5 плюсневой кости.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

GI.11 (сед) - у наружного края локтевого сгиба.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца дистальнее пястно-фалангового сустава.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

P.8 (тон) — у лучевого края сгибателя кисти на 1 ц выше лучезапястной складки.

V.65 (сед) - на наружной поверхности 5-го пальца стопы, кпереди от плюсне- фалангового сустава.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

12. Общие ян - ло - пункты седатируют:

TR.5 (сед) - у лучезапястного края общего разгибателя пальцев, выше лучезапястного сустава на 2 цуня.

T.1 (сед) - на середине расстояния между копчиком и наружным сфинктером заднего прохода.

14. Воздействие на 5 точек у-шу. Не берут точку-колодец GI.5 и точку-родник GI.11. Седатируют точку-речушку GI.1, точку-реку GI.2 и точку-море GI.3.

GI.1 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, кнаружи от ногтевого ложа на 3 мм.

GI.2, 3 (сед) - см. п.2.

15. Точки у-шу в системе «большой инь - малый ян»:

(RP+).1, 2, 3, 5, 9, - J.12 – (P-).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь).

(GI+).5, 11, 1, 2, 3 - E.1 – (E-).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

RP.1 (сед) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (сед) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсне – фалангового сустава.

RP.3 (сед) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (сед) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

P.11 (тон) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

P.10 (тон) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (сед) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (сед) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (сед) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (тон) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (тон) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 (тон) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.

E.43 (тон) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Точки пересечения седатируют. Меридиан толстого кишечника входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.24, J.3, J.13, J.24, GI.12, VB.13.

Локализация некоторых точек пересечения следующая:

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков;

T.24 - выше надпереносья на 3 цуня;

J.3 - выше пупка на 1 цунь;

J.24 - в центре подбородочно-губной борозды;

GI.20 - у верхнего края боковой борозды крыла носа;

IG.12 - соответствующей середине верхнего края ости лопатки.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане толстого кишечника происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 2. Освобождение энергии из ЧМ № 2 осуществляется следующим образом: точка-ключ V.62 седатируется вместе с точками основы ЧМ (V.62, 61, 59 VB.29 IG.10 GI.15, 16 E.4, 3, 1, VB.20) точка - связующая IG.3 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт T.1 и точку- щель V.59. Локализация точек ЧМ № 2 следующая.

V.62 (сед, точка - ключ, входит в состав основы) – под латеральной лодыжкой, на границе подошвенной и тыльной поверхностей.

IG.3 (тон, точка - связующая) – на конце ладонной складки. Кзади от головки 5 пястной кости.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

V.59 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.61 (сед, точка основы) – на латеральной поверхности пяточной кости.

VB.29 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

GI.15 (сед, точка основы) – над плечевым суставом во впадине, которая образуется при поднятии руки.

E.1 (сед, точка основы) – на середине нижнего края орбиты глаза.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан толстого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан толстого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии — E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (тон) - у гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Привычный запор. Привычный запор лечится воздействием на следующие точки акупунктуры (Чжу Лянь, Китай): « - при привычных запорах лечение ведется по второму варианту возбуждающего метода и прижиганием точек V.23, 24, 25, 57, E.25, 23, 26, 36, J.4, RP.6, TR.6 - ». Локализация точек следующая:

V.23 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков;

V.25 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков;

V.57 - на месте соединения обеих головок икроножной мышцы и перехода их в пяточное сухожилие;

E.23 - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, выше пупка на 3 цуня;

E.26 - ниже пупка на 1 цунь, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня;

J.4 - выше лобка на 2 цуня;

TR.6 - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между лучевой и локтевой костями.

- **Внемериональные точки** применяются при запорах и колитах: 36, 38, 39, 41, 42, 48, 65, 66, 67, 80 и др. **Новые точки:** 38, 51 и др. Точки седатируются.

BT.36 - состоит из 4 точек, первые две находятся выше и ниже на 0,5 цуня, от J.12 (выше пупка на 4 ц), другие две находятся выше и ниже на 0,5 цуня, от R.19 (на 0,5 цуня, от J.12 кнаружи).

BT.39 на 1 цунь латеральнее пупка.

BT.41 на 1,5 цуня латеральнее J.6 (ниже пупка на 1,5 ц).

BT.42 на 3 цуня латеральнее J.6.

BT.65 под остистым отростком 12-го грудного позвонка.

BT.66 на 3,5 цуня в сторону от остистого отростка 1-го поясничного позвонка.

3) Аурикулярные точки: 87 – желудок, 91 – толстая кишка, 51 – симпатическая нервная система, 119 – анус, 55 – анальгезия ЦНС, 109 и 110 – живот, 117 – запор.

- **Специфические точки воздействия** на толстый кишечник, при запорах седатируются, а при поносах – тонизируются (данные китайских иглотерапевтов):

J.12 – (заболевания всех органов пищеварения) – выше пупка на 4 цуня.

V.23 – (воздействие на восходящую кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 – 3 поясничных позвонков.

V.24 – (воздействие на нисходящую кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 – 4 поясничных позвонков.

V.25 – (воздействие на поперечную ободочную кишку) – кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 – 5 поясничных позвонков.

E.36 – (лечение запоров и поносов) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости 30 мм, ниже надколенника на 3 цуня.

E.41 – (лечение запоров и поносов) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

R.4 – (лечение запоров и поносов) – кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости во впадине.

VB.34 – (лечение запоров и поносов) – во впадине у передне – нижнего края головки малоберцовой кости.

V.38 – (лечение запоров и поносов) – наружный край подколенной ямки, выше ее середины на 1 цунь.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Народные целители** при запорах часто применяют очистительные клизмы, после чего делается глубокий массаж кишечника через брюшную стенку по направлению справа налево. Далее проводится точечный массаж, который желательно делать утром и сразу после сна. При запорах кал останавливает свое движение по направлению к анусу в сигмовидной кишке по причине патологического спазма мышц кишки на участке 10 – 15 см, и как следствие этого возникает отсутствие перистальтики на данном участке кишечника. При запорах каловое уплотнение всегда можно пальпировать в левой точке E.28, которая располагается кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, и ниже пупка на 3 цуня. Пациент ложится на спину. Врач надавливает тремя пальцами обеих рук на брюшную стенку и проводит медленные растирающие движения в течении 3 минут. Начинается активная перистальтика кишечника и акт дефекации. Затем следует выпить стакан слегка соленой воды. При такой ежедневной утренней процедуре функция сигмовидной кишки должна нормализоваться.

- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией и акупрессурой рекомендуется проводить лечение травами примерно на протяжении одного месяца. В целях усиления перистальтики толстого кишечника рекомендуется принимать растворы следующих растений (слабительные): экстракт коры крушины, корня ревеня, листа сенны, масла касторового или миндального, морской капусты, плоды жостера. Часто применяются следующие сборы.

а. На литр воды коры крушины – 10 г, плоды фенхеля – 20 г, плоды жостера слабительного – 30 г, корень солодки – 30 г. Отвар принимают вечером в теплом виде по 250 г.

б. Листья сенны – 30 г, кора крушины – 25 г, плоды жостера слабительного – 25 г, плоды аниса – 10 г, корень солодки – 10 г. Отвар принимают по 250 г на ночь.

- **Геронтология.** Существует гипотеза о влиянии функции кишечника на длительность жизни человека (Мечников). По этой гипотезе, причина старения организма состоит в том, что из кишечника поступают в кровь токсические продукты распада от разлагающихся под действием бактерий каловых масс. Разнообразные продукты бактериального распада постоянно всасываются

из толстого кишечника в кровь. Среди них есть и очень токсические вещества, которые током крови приносятся к мозгу и другим внутренним органам. Постоянное воздействие токсинов кишечника на организм является главной причиной его старения и смерти. Чем дольше кал остается в кишечнике, тем большее его количество трансформируется бактериями кишечника в токсические продукты, которые «загрязняют и зашлаковывают» кровь, приводят к быстрому старению клеток мозга, печени, желез внутренней секреции и всего организма в целом. Запоры толстого кишечника задерживают продвижение кала к месту его выброса из организма на недели, а следовательно, способствуют ускорению темпов старения организма.

§ 39. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане толстого кишечника.

Болезни, вызывающие недостаток энергии в меридиане толстого кишечника: понос (70%), колит (60%), неврит лучевого нерва (40%), ганглионит крылонебного узла (25%), кишечная колика (45%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане толстого кишечника воздействует на психическую сферу человека том, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане легких.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане толстого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (P+ и E -) в суточном цикле и (P+ и V -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (IG +, TR+) по закону «муж - жена» и (R+) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане толстого кишечника применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 17 до 19 часов и в октябре.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник**.

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.

GI.4 (тон) - между 1 - 2-й пястными костями.

3. Седатируется **ло- пункт** спаренного меридиана.

P.7 у лучевого края лучевой кости, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.

GI.11 (тон) - см. п. 2.

V.25 (тон) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 – 5-го поясничных позвонков.

5. Седатируется ло - пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник GI (**правило «большой укол»**).

P.7 (сед) - см.п.3.

GI.4 (тон) - между 1-2-й пястными костями, ближе к лучевому краю 2-й пястной кости.

6. Тонизируется точка **входа и выхода** энергии.

GI.1 (тон) - расположена на лучевой стороне 2-го пальца руки, снаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

GI.20 (тон) - у верхнего края боковой борозды крыла носа.

7. Успокаивают седативные точки меридиана-антагониста по **правилу «полдень-полночь»**.

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности между 2 - 3-й плюсневыми костями.

Или R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

GI.11 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седативная точка меридиана-антагониста для GI, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

Или : IG.8 (сед) – между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости.

9. В суточном (- P—GI—E -) и годовом циклах (- P—GI—V -) седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем позадиотстоящий (**по правилу «мать-сын»**): P.5 + E.41, P.5 + V.67.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

E .41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

V.67 (тон) - снаружи от ногтевого ложа V пальца стопы на 3 мм.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Применение точек «у-шу элемента».

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, дистальнее пястно-фалангового сустава.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

P.8 (сед) - ниже надколенника на 3 цуня, у гребешка большеберцовой кости.

V.65 (тон) - кзади от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

10. Применение точек у-шу: тонизируют точку-колодец GI.5 и точку-родник GI.11.

GI.5 - на лучезапястном суставе в «анатомической табакерке».

GI.11 - см. п.2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан толстого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан толстого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и седатизируют точку выхода энергии E.36.

E.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (сед) - у от гребешка большеберцовой кости, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Колит, понос. Воспаление слизистой оболочки толстого кишечника (колит) может быть микробного и функционального характера. Иглотерапией нельзя вылечить микробные колиты (дизентерию, стафилококковое пищевое отравление, грибковое поражение кишечника и т. д.). Однако, успешно лечатся функциональные колиты при переедании, при чрезмерном потреблении острых блюд с горчицей, перцем, чесноком, при поносах после испуга или волнении («медвежья болезнь» во время экзаменов). Колит лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При перепончатом колите чжэнь-цзю терапия очень эффективна. Она проводится по второму варианту тормозного метода, кроме случаев с острыми спазматическими болями, когда целесообразно применять первый вариант тормозного метода. Точками воздействия являются следующие: VB.20, V.22, V.42, J.10, TR.6, R.7, F.2, E.26, E.36, E.44.»

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, во впадине, у места прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

V.42 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

J.10 - выше пупка на 2 цуня.

E.25 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

E.26 - на 1 цунь ниже пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

- **Внемеридиональные точки** аналогичны указанным в параграфе 23 при лечении привычного запора, только точки тонизируют.

- **Аурикулярные точки:** 91 - толстая кишка, 89 - тонкая кишка, 88 - двенадцатиперстная кишка, 87 - желудок, 83 - солнечное сплетение, 51 - симпатическая нервная система, 55 - анальгезия ЦНС, 98 - селезенка.

- **Специфические точки воздействия** на толстый кишечник даны в предыдущем параграфе. Точки при запорах седатируются, а при поносах тонизируются (данные китайских иглотерапевтов). Поносы хорошо лечатся также точками: GI.2, 3, 8, 10, 11, E.20,21,25,37,38,43, RP.1,2,3,4,5,6,7,8,15, V.18,20,25,26,30,38,40,57,58, R.14,15,16,17,18,19,20, TR.18, F.5 T.1,4,5,6, J.8, 9, 10, 11, 12, 13, 22.

- **Японская акупрессура (шиацу).** При психогенном поносе рекомендуется воздействовать давлением пальцев на следующие точки:

VB.20 - точка находится на задней поверхности шеи, в проекции продолговатого мозга, который управляет всеми рефлексам ЦНС, в том числе и перистальтикой кишечника. Оказывает сильное влияние на всю вегетативную нервную систему.

V.13,14,15,16,17 - точки находятся между лопаткой и позвоночником (Th 3 – 7), способствуют снижению перистальтики кишок.

V.31,32,33,34 - расположены на 0,5 цуня латеральнее крестцовых позвонков (S 1 – 4), снижают перистальтику кишечника.

VB.29 - главная точка при лечении поноса расположена на боковой поверхности таза, выше большого вертела бедренной кости. Положение пациента при лечении лежа на боку. Одновременно ладонью руки нежно массируют нижнюю часть живота.

F.3 - расположена между 1 – 2 плюсневых костями на стопе, обладает сильным антиспастическим действием.

- **Фитотерапия.** Одновременно с иглотерапией рекомендуется лечение травами (вяжущие, обволакивающие, антисептики): пырей ползучий, грецкий орех, дуб черешчатый, богунник болотный, черника, голубика, подорожник, ромашка аптечная, тысячелистник. Российские фитотерапевты часто используют следующие сборы для лечения поносов.

а. На литр воды ягод черники – 20 граммов, листья мяты перечной – 20 г, корневище горца змеиного – 20 г, цветков ромашки аптечной – 30 г. Пьют горячий настой по 150 граммов 3 раза в день за час до еды.

б. На литр воды корневища лапчатки прямостоячей – 20 г, цветков бессмертника – 20 г, плоды тмина – 10 г, ягоды черники – 20 г, листьев шалфея – 30 г. Пьют теплый настой по 150 г 3 раза в день за час до еды.

в. На литр воды корневища лапчатки прямостоячей – 25 г, цветки бессмертника – 10 г, корневище кровохлебки – 25 г, травы пастушьей сумки – 50 граммов. Пьют теплый настой по 150 г 3 раза в день за час до еды.

§ 40. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желудка.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана селезенки, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане селезенки повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан желудка можно лечить все болезни меридиана селезенки и поджелудочной железы. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана желудка лечат болезни желудка.

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане желудка: гиперацидный гастрит (70%), язвенная болезнь желудка (70%), нейрогенный спазм пищевода (70%), изжога (80%), икота (75%), невралгия тройничного нерва (60%), невралгия языкоглоточного нерва (40%), невралгия подъязычного нерва (30%), невралгия бедренного нерва (50%) и др. Избыток энергии в меридиане желудка воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане селезенки.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане желудка можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (GI + и RP -) в суточном цикле и (IG + и RP -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (VB-) по закону “муж - жена” и (MC-) по закону “полдень - полночь”.

A. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане желудка применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 7 до 9 часов утра и в августе.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и точку -пособник.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

E.42 (сед) - см. п. 8.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

E.40 (сед) - на 8 цуней выше верхнего края латеральной лодыжки, на 1 цунь вперед от малоберцовой кости.

4. Успокаиваем седативную точку и точку сочувствия меридиана E.

Е.45 (сед) - см.п.2.

V.21 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия и точка – глашатай меридиана Е.

V.21 - см.п. 4.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

Е.40 (сед) - см.п.3.

RP.3 (тон) - кзади от головки 1-й плюсневой кости, на внутренней поверхности стопы.

7. Седатируется точка-щель.

Е.34 (сед) - выше надколенника на 2 цуня, между прямой и широкой мышцами бедра.

8. Седатируется точка выхода и входа энергии в меридиане Е.

Е.1 (сед) - на середине нижнего края орбиты глаза.

Е.42 (сед) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

МС.9 (тон) - на кончике фаланги 3-го пальца, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

Е.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

10. Тонизируем возбуждающую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (по правилу «муж-жена»).

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

11. В суточном (- GI—E—RP -) и годовом (- IG—E—RP -) циклах тонизируется соседний впереди стоящий меридиан и седатируется соседний позади стоящий по правилу «мать— сын». В суточном цикле берут точки GI.11 и RP.5, в годовом цикле—IG.3 и RP.5.

GI.11 (тон) — у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе).

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершущей лодыжки и бугром ладьевидной кости.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Применение точек «у-шу элемента».

Е.36 (сед) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 30 мм; ниже нижнего края надколенника на 3 цуня.

Е.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

IG.5 (сед) - на локтевой поверхности кисти, между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью запястья.

GI.1 (тон) - на лучевой стороне 2-го пальца кисти кнаружи от ногтевого ложа на 3 мм.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу. Не берут точку-колодец, родник и речушку. Седатируют точку-реку (Е.44) и точку-море (Е.43).

Е.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

Е.43 - между основаниями 2 - 3-й плюсневых костей.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян»:

(RP-).1, 2, 3, 5, 9 – **J.12** – (P+).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь).

(GI-).5, 11, 1, 2, 3 – **E.1** – (E+).41, 36, 45, 44, 43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у – шу меридианов.

RP.1 (тон) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (тон) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсне - фалангового сустава.

RP.3 (тон) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (тон) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

RP.9 (тон) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

P.11 (сед) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, кнаружи от него на 3 мм.

P.10 (сед) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.

P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).

GI.5 (тон) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

GI.1 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, кнаружи от локтевого ложа на 3 мм.

GI.2 (тон) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (тон) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.

E.41 (сед) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

E.36 (сед) – у вершины гребешка большеберцовой кости.

E.45 (сед) – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 (сед) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.

E.43 (сед) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Седатируют точки пересечения. Меридиан желудка входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.24, T.25, J.3, J.13, J.24, GI.20, V.1, IG.12, VB.4, E.7, E.8.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.25 - в центре вершины носа.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.23 - в центре подбородочно-губной борозды.

E.7 - кпереди и книзу суставного отростка нижней челюсти, во впадине.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане желудка происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 2. Освобождение энергии из ЧМ № 2 осуществляется следующим образом: точка-ключ V.62 седатируется вместе с точками основы ЧМ (V.62, 61, 59 VB.29 IG.10 GI.15, 16 E.4, 3, 1, VB.20); точка-связующая IG.3 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт T.1 и точку - щель V.59. Локализация точек ЧМ № 2 следующая.

V.62 (сед, точка – ключ, входит в состав основы) – под латеральной лодыжкой, на границе подошвенной и тыльной поверхностей.

IG.3 (тон, точка - связующая) – на конце ладонной складки, кзади от головки 5 пястной кости.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

V.59 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.61 (сед, точка основы) – на латеральной поверхности пяточной кости.

VB.29 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

GI.15 (сед, точка основы) – над плечевым суставом во впадине, которая образуется при поднятии руки.

E.1 (сед, точка основы) – на середине нижнего края орбиты глаза.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желудка получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желудка получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (тон) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гиперацидный гастрит. Гиперацидный гастрит лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При остром гастрите обычно применяется первый вариант тормозного метода в точках E.36 (с одной или обеих сторон) и J.12. Очень полезно первоначально ввести иглу в E.36, держать ее там около часа и только в том случае, если эффект окажется недостаточным, сделать прижигание или укол в точке J.12. Обычно уже после первого сеанса здоровье начинает восстанавливаться. В последующем для закрепления достигнутых результатов лечения целесообразно в течение 3 - 5 дней проводить чжэнь-цзю в точках: MC.5, V.18, V.21, V.20, V.22, V.50, V.25, J.13, J.14, E.19, MC.6. Лечение методом чжэнь-цзю хронического гастрита требует большой индивидуализации в зависимости от особенностей каждого больного, состояния секреторной и двигательной функций желудка и т. д. Здесь целесообразно сочетание основных точек, показанных для лечения гастрита вообще, с точками, рекомендуемыми при тех или иных нарушениях отдельных функций желудка. Основными точками, как и методом воздействия на них, являются те же, что и при остром гастрите. К ним могут быть добавлены: V.11, V.13, V.43, GI.11, TR.9, VB.34, E.34. Лечение обычно проводится недельными циклами с небольшими перерывами между ними. Для прекращения болей и рвоты лучше применять первый вариант тормозного метода».

E.36 - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

V.18 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

V.21 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

V.50 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

J.19 - выше пупка на 5 цуней.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

E.19 - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, выше пупка на 6 цуней.

MC.6 - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 2 цуня.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

V.13 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба.

TR.9 - ниже локтевого сгиба на 5 цуня, между локтевой и лучевой костями.

VB.34 - ниже надколенника на 2 цуня, во впадине у переднего края головки малоберцовой кости.

E.34 - выше надколенника на 2 цуня, между прямой и широкой мышцами бедра.

- Внемеридиональные точки: 2, 20, 31, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 48, 62, 68, 94, 105, 109, 139. Новые точки: 36, 37, 48, 54, 55.

ВТ.37 - выше пупка на 4 цуня кнаружи на 4 цуня,

ВТ.38 - выше пупка на 3 цуня кнаружи на 1 цунь,

ВТ.62 - на 1,5 цуня в сторону от острого отростка 8 - го грудного позвонка.

ВТ.68 - на 1 цунь латеральнее острого отростка 2-го поясничного позвонка.

ВТ.105 - на тыле кисти, над головкой 5-й плюсневой кости.

ВТ.139 - посредине задней поверхности пятки, в месте прикрепления ахиллового сухожилия.

НТ.36 - по средней линии на 1,5 цуня выше пупка.

НТ.37 - на 3 цуня выше пупка, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

- Аурикулярные точки: 87 - желудок, 55 - анальгезия ЦНС, 51 - симпатическая нервная система, 97 - печень, 98 - селезенка, 91 - толстая кишка, 29 - затылок (при тошноте и рвоте), 43 - живот (при гастрите), 86 - кардия желудка.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах):

- при тошноте и рвоте – Р.4, С.1, V.12, 14, 38, 57, 63, TR.1,6,19 !!
- боль в желудке – E.42, V.43 !!, MC.2,5,6,7, F.42,
- энтерит, колит – E.37,38, RP.5 - 9, F.1,
- понос – GI.2,3,8, E.36, V.38,57,58, TR.18,
- запор – E.36,41, R.4, VB.34, F.3, J.8 (прогревание).
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

2. Язвенная болезнь. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, как показывает опыт, хорошо поддается лечению чжэнь-цзю на фоне соблюдения строгого режима жизни и питания. Для этого, пользуясь вторым вариантом тормозного метода (во время более первый вариант), по очереди воздействуют на следующие точки: VB.20, V.11, V.43, V.17, V.19, V.20, V.21, V.22, V.25, V.23, J.13, F.13, J.14, J.12, J.10, J.11, R.20, E.25, J.8, E.26, GI.11, MC.6, TR.6, P.5, C.5, C.7, E.36, VB.39, R.7, F.2, E.44. При выборе точек чаще всего используют следующие сочетания: точки задней поверхности шеи и спины сочетаются с точками нижних конечностей или с точками поясницы, точки области поясницы—с точками верхней части живота, точки нижних конечностей—с точками живота или с точками верхних конечностей, точки верхней и нижней конечностей сочетаются крест-накрест и поочередно. Также сочетаются и чередуются чжэнь и цзю, например, укол в точке VB.20 сочетается с прижиганием V.25, укол в точке V.22 с прижиганием R.20, укол в точке E.36 с прижиганием J.8, прижигание в точке E.36 на правой ноге с уколом в TR.6 на левой руке. Полезно бывает проводить процедуры по 2 раза в день».

VB.20 у нижнего края затылочной кости, во впадине между местом прикрепления грудинно-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц.

V.25 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 4 - 5-го поясничных позвонков.

F.13 - перед свободным концом 11-го ребра, на 4 - й боковой линии живота.

J.10 - выше пупка на 2 цуня.

J.11 - выше пупка на 3 цуня.

R.20 - выше пупка 5 цуней, кнаружи от средней линии живота 0,5 цуня.

E.25 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

E.26 - на 1 цунь ниже пупка, кнаружи от средней линии живота на 2 цуня.

TR.6 - выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между лучевой и локтевой костями.

P.5 - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

C.7 - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

VB.39 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

R.7 - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, отступив от заднего края большеберцовой кости на 0,5 цуня.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

E.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

Внемеридиональные, «новые» точки и аурикулярные точки смотрите в разделе «Гиперацидный гастрит».

- **Скальпотерапия.** При наличии очень сильных болей в желудке во время обострения язвенной болезни существует способ ликвидации этих болей в течение одних суток. Для этого прибегают к краниоакупунктуре в зону желудка (зону № 4). Зона расположена по второй боковой линии головы (перпендикулярно от зрачка глаза вверх) и на 3 см выше передней (лобной) границы волосистой части головы. Игла проводится под кожей головы внутри зоны желудка и периодически стимулируется вращением на протяжении 15 минут. Уже в конце сеанса боли в желудке проходят.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Шиацу.** Устранение боли в желудке. Лечение проводится натощак за 1 час до еды. Перед сеансом лечения пациент медленными глотками выпивает 150 граммов воды.

- 1) Пациент лежит на спине. Врач надавливает подушечкой большого пальца на точку J.15, расположенную по срединной линии живота и на 1 цунь вниз от конца мечевидного отростка, массируя желудок. Затем массируются точки J.14 и J.13, расположенные от пупка вверх соответственно на 6 и на 5 цуней. Далее врач ладонью руки давит на точку J.14, положив одну руку на другую. Давление производится вниз и кверху и начинается медленный массаж желудка на протяжении 5 минут.

- 2) Затем воздействуют на F.14 справа и слева, расположенные на месте пересечения среднеключичной линии и реберной дугой.

- 3) Больной ложится на живот. Начинается процедура давления большими пальцами рук точек на спине V.16,17,18,19, расположенных на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками соответственно 6 – 7 грудных позвонков, 7 – 8, 10 – 11 и 11 – 12. На каждую точку делают 6 давлений. Повторяют эту процедуру 3 раза.

- 4) Больной ложится на спину. Проводится поглаживание и неглубокий массаж ладонью брюшной стенки в надчревной области на протяжении 4 минут.

- 5) Врач проводит массаж, закручивания и вытяжения указательного (2 – го) пальца руки. Рука ложится на стол. Надавливается большими пальцами руки ноготь и все точки на тыльной, ладонной и боковых поверхностях пальца. Расстояние между точками акупрессуры не превышает 0,5 см.

- По данным **Пекинского института** иглотерапии непосредственным влиянием на желудок обладают акупунктурные точки E.43,44,45. При язвенной болезни и гиперацидном гастрите точки седатируются.

E.45 – кнаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.

E.44 – между головками 2-3 плюсневых костей.

E.43 – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

Кроме этих главных точек дается список точек, которые имеют направленное воздействие на желудок, снижая его перистальтику, повышают секреторную способность, подавляя болевой и рвотный рефлекс. К таким точкам относятся: P.4, GI.7, E.19 – 42, RP3 – 14, V.12 – 53, R.4,21,22,23, MC.2,5,6,7, TR.1,19, VB.23,24,25, F.1,2,13,14, T.5,8,9, J.11 – 15,21.

- **Фитотерапия.** Существует необычайно большой ассортимент растительных лекарств, применяемых для лечения гастритов и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: рвотные, обезболивающие, кровоостанавливающие, обволакивающие и вяжущие, дезинфицирующие, повышающие или уменьшающие выделение желудочного сока, усиливающие или уменьшающие перистальтику желудка. Русские фитотерапевты рекомендуют следующую рецептуру для комплексного лечения несколькими травами.

- 1) В целях уменьшения болей и стимуляции регенераторных процессов заживления язв и нормализации кислотности желудочного сока рекомендуется отвар (на 1 литр воды) из следующего сбора трав: корень алтея – 20 граммов, корень солодки – 20 г, корень окопника лекарственного – 20 г, трава чистотела – 10 г. Отвар принимают в виде теплого чая по 3 стакана в день за час до еды на протяжении 4 недель.

- 2) Оказывает выраженное противовоспалительное и спазмолитическое действие на желудок, нормализует функцию кишечника отвар (на 1 литр воды) из плодов фенхеля – 20 г, корень алтея – 20 г, цветки ромашки – 20 г, корень солодки – 20 грамм. Отвар принимают по 250 г вечером и в виде горячего чая.
- 3) Противовоспалительное и спазмолитическое действие оказывает настой (на 1 литр воды), содержащий плод фенхеля – 20 г, цветки ромашки – 20, липовый цвет – 40 гр. Настой принимают по 3 стакана натощак на протяжении 4 недель.
- 4) Оказывает регенераторное, противовоспалительное, антиспастическое действие и применяется при длительно незаживающих язвах желудка отвар (на 1 литр воды), состоящий из травы золототысячника – 20 гр, травы зверобоя – 20 гр, цветков ромашки - 20, листьев мяты – 20, травы сушеницы болотной - 20. Отвар принимают теплым по 150 грамм за час до еды на протяжении 1,5 месяца.
- 5) В целях уменьшения болей и изжоги применяют настой (на 300 гр воды) из ромашки аптечной – 10 г, цветков календулы – 20 г, листьев мать -и- мачехи – 20 г. Настой принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день за час до еды и в течение 10 дней
- 6) С теми же целями применяется настой ромашки аптечной – 10, травы зверобоя – 20, листьев подорожника – 20 гр.
- 7) При язвенном кровотечении применяется отвар: на 300 гр воды берут ромашки аптечной – 10 г, корневища лапчатки – 20 г, травы зверобоя - 20 г. Отвар принимают по 1 столовой ложки 5 раз в день за час до еды.

3. Нейрогенный спазм пищевода. Нейрогенный спазм пищевода лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Лечение нервных спазмов пищевода методом чжэнь-цзю особенно эффективно. Обычно применяется первый вариант тормозного метода, вначале в точках: GI.10, V.10, VB.20, IG.15, VB.21, TR.15, V.18, V.19, V.20, V.22, V.23, J.15, J.13, J.22, R.17. Наиболее целесообразно начинать сеансы чжэнь-цзю во время приступа спазма пищевода».

GI.4 - между 1 - 2-й пястными костями.

MC.6 - выше запястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

J.15 - книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

J.13 - выше пупка на 5 цуней.

GI.10 - ниже наружного края складки локтевого сгиба на 2 цуня, у заднего края длинного лучевого разгибателя и переднего края короткого лучевого разгибателя кисти.

V.10 - на уровне промежутка 1 - 2-го шейных позвонков, во впадине, у наружного края трапециевидной мышцы.

GI.15 - между внутренним краем лопатки и первым грудным позвонком.

VB.21 - в центре надостной ямки.

J.22 - в центре яремной вырезки грудины.

R.17 - выше пупка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

- По данным **Пекинского института иглотерапии** непосредственным влиянием на пищевод обладает акупунктурная точка E.42, которая располагается на самом высоком месте свода стопы между клиновидной костью и между основаниями 2 - 3 плюсневых костей. Направленным воздействием на пищевод обладают следующие точки акупунктуры: RP.19, V.15, 19, 46, 47, 48.

- **Внемеридиональные и новые точки:** VT.26, 25, 24, 32, 33, 34, HT.31, 32, 34.

VT.24 - посредине расстояния между подъязычной костью и кивательной мышцей.

VT.26 - под нижним краем угла нижней челюсти, впереди от места пульсации сонной артерии.

VT.32 - на 1 цунь, латеральнее центра рукоятки грудины.

VT.33 - в третьем межреберье, кнаружи от передней средней линии на 6 цуней.

HT.31 - от передней срединной линии на уровне подъязычной кости латеральнее на 2 цуня,

- **Аурикулярные точки:** 85 - пищевод, 87 - желудок, 86 - кардиальный отдел желудка, 34 - кора головного мозга, 29 - затылок, 10 - миндалина, 12 - вершина козелка.

4. Невралгия тройничного нерва. Различают идиопатическую и вторичные формы тригеминальной невралгии. Этиология и патогенез идиопатической формы (neuralgia quinti major — болезнь Фозергиля) неизвестны. Допускают возможность дегенерации клеток ганглионарного узла, приводящей к патологической активности нейронов; давление на корешки нервов aberrантных или

склерозированных сосудов, усиленную ангиюляцию нервных корешков над пирамидой, обусловленную деминерализацией основания черепа у пожилых людей, пароксизмальную активность нейронов нисходящего корешка тройничного нерва; последний гипотетический вариант трактует заболевание как особую форму судорожной активности стволового уровня, обусловленную дегенерацией или сосудистыми изменениями в нисходящем корешке нерва. Вторичные формы невралгий могут иметь в своей основе широкий круг причин: зубной кариес, синусит, опухоль средней черепной ямки, рассеянный склероз, постгерпетическую невралгию. Идиопатическая форма возникает, как правило, у людей среднего возраста и чаще у женщин. Характерны короткие пароксизмы жесточайшей боли в зоне второй или третьей ветви, значительно реже — в зоне первой ветви (менее 5% всех случаев). Боль провоцируется прикосновением к коже лица, разговором, едой, дуновением ветра. Имеются особые «триггерные точки», раздражение которых неизменно провоцирует боль. Боли нередко сопутствует сокращение мышц лица (болезненный тик — *tic douloureux*). Необходимо рентгенологическое исследование костей черепа для исключения опухоли основания черепа или носоглотки, синусита (гайморита, фронтита). Похожая симптоматика при **синдроме Слудера** (при неврите крыло-нёбного узла). Реже боли на лице вызываются артритом нижнечелюстного сустава - **синдром Костена** - (артралгия челюстного сустава, отоодонтальный синдром) — интенсивная боль в области височно-нижнечелюстного сустава с иррадиацией в висок, глаз, ухо. Часто ошибочно диагностируется как невралгия второй ветви тройничного нерва или как психогенная боль. Возникает или усиливается при жевании, разговоре. **Пальпация сустава болезненна!!**. Причина развития болезни — артроз нижнечелюстного сустава. Лечение осуществляется стоматологами.

Лечение. Финлепсин — 3—5 таблеток в день, постепенно наращивая дозу; эффект достигается через 3—8 дней. Используются также и другие антиконвульсанты: дифенин, морфолеп, этосуксемид, триметин, клоназепам, вальпроат натрия. В части случаев лекарственное лечение через несколько лет утрачивает свое действие либо вовсе не наблюдается. В подобных случаях (встречающихся с момента внедрения тегретола несравненно реже, чем в прошлые годы) показаны алкоголизация ветвей тройничного нерва либо сложные интракраниальные операции с пересечением корешков нерва.

Невралгия тройничного нерва лечится **следующими точками акупунктуры** (Чжу Лянь): «Причиной невралгии тройничного нерва могут быть грипп, малярия, простуда, болезни уха, носа, зубов. Невралгия тройничного нерва возникает под влиянием факторов, создающих сдавливание нерва (например, периостатита) в области костных отверстий. Болезнь проявляется приступами резкой боли, которая держится несколько секунд или минут. При невралгиях чжэнь-цзю терапия весьма эффективна. Применяется первый вариант тормозного метода. При невралгии первой ветви основными точками являются: V.2, V.4, VB.14, TR.17, E.7, TR.23. При невралгии второй ветви лечебные точки E.2, VB.1, TR.17, E.6, E.3. При невралгии третьей ветви главные лечебные точки VB.2, E.6, E.5, TR.17, IG.17. При болях в височной области используют точки VB.7, VB.1, тай-ян. При тяжелых невралгиях тройничного нерва применяется Т-образная игла. Укол производится в точках E.7, IG.17, E.6. Иногда иглу оставляют в точках GI.4 и E.36 на несколько суток».

V.2 - в области начала брови.

V.4 - выше надпереносья на 3 цуня, кнаружи от срединной линии головы на 0,5 цуня.

VB.14 - выше брови на 1 цунь, на уровне зрачка глаза.

TR.17 - сзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

TR.23 - у наружного конца брови.

E.7 - спереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти, во впадине.

E.2 - на нижней орбите глаза, на 1 мм ниже E.1, над подглазничным отверстием.

E.3 - на 2 цуня, вниз от E.2.

E.6 - спереди иверху от наружного угла нижней челюсти на 1 цунь,

VB.1 - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.2 - у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

E.5 - на передней поверхности нижней челюсти, на 1 цунь спереди от угла челюсти.

IG.17 - ниже основания мочки уха на 12 мм.

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует воздействовать на БАТ при лечении невралгии тройничного нерва: V.1—8, 59(!), VB.1, 11, 14. При тиках мышц лица: P.5, E.5. При невралгии нервов лица: P.7, 8, IG.19, E.2 — 7, C.3.
- Предлагается пользоваться следующими правилами при лечении невралгии тройничного нерва (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Украина):

1. При очень сильных болевых ощущениях (во время и вне приступа) предлагается не воздействовать на местные точки (на голове). Рекомендуется брать только отдаленные точки: GI.4, GI.10, GI.11, P.7, E.36, TR.5, VB.39, VB.41, V.60, F.2, 3, VB.12, VB.20, VB.21.
 2. В межприступный период рекомендуется воздействовать на точки, входящие в зону иннервации (поочередно) только 1-й, 2-й или 3-й ветвей тройничного нерва на болевой стороне лица.
 3. Подкожно проведение длинной иглы от ВТ.6 (юй-яо, середина верхней брови) до VB.14 и далее вверх под кожей волосистой части головы (1-я ветвь нерва).
 4. Подкожное проведение иглы от Е.4 к Е.7 (2-я ветвь нерва).
 5. Подкожное проведение иглы от Е.4 к Е.6, или от J.24 к углу челюсти (3-я ветвь нерва).
 6. Иглоукалывание точек слизистой оболочки рта (Т.28, ВТ.20 и др.) часто дает хорошие результаты.
 7. При наличии болевых (курковых) зон на голове обкалывают их по периметру 4 - 5 иглами.
 8. На здоровой стороне головы тонизируют точки акупунктуры.
- **Внемеридиональные точки:** 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 133, 135, 137, 152. Новые точки: 25, 27, 103.
- ВТ.3 - в центре переносицы.
 ВТ.6 - посредине брови над зрачком.
 ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины расстояния между латеральным углом глаза и концом брови.
 ВТ.14 - на 0,5 цуня ниже внутреннего угла глаза.
 ВТ.15 - на боковой стороне носа, на границе между носовыми костями и хрящевой частью носа.
 ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.
 ВТ.20 - в полости рта под языком на двух венах нижней уздечки языка.
 ВТ.135 - на кончике 5-го пальца стопы.
 НТ.25 - на уровне нижнего края прикрепления мочки уха, под передним краем суставного отростка нижней челюсти.
 НТ.103 - на задней поверхности бедра, ниже ягодичной складки на 4 цуня.
- **Аурикулярные точки:** 33 - лоб, 5 - верхняя челюсть, 6 - нижняя челюсть, 51 - симпатическая нервная система, 55 - шэнь—мэнь, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 8 - глаз, 11 - щека.

§ 41. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желудка.

Болезни, которые вызывают недостаток энергии в меридиане желудка, следующие: анацидный гастрит (70%), паралич пищевода (70%), гингивит (30%), неврит лицевого нерва (80%), неврит языко-глоточного нерва (50%), неврит подъязычного нерва (40%), неврит бедренного нерва (50%), ганглионит верхнего шейного и звездчатого узлов (40%), неврит малоберцового нерва (50%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане желудка воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане желудка можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (GI - и RP +) в суточном цикле и (IG - и RP +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (VB+) по закону “муж-жена” и (MC+) по закону “полдень - полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане желудка применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 19 до 21 часа и в сентябре.
2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку – пособник**.
 Е.41(тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев.
 Е.42 (тон) - см. п.5.
3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.
 RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне - нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.
4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридиана.
 Е.41 (тон) - см. п.2.
 V.21 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана Е (**правило «большой укол»**).

RP.4 (сед) - см.п.4.

Е.42(тон) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

6. Тонизируется точка **входа и выхода энергии**.

Е.1 - на середине нижнего края орбиты глаза.

Е.42 - см. п.5.

7. Успокаивают седатирующую точку меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь»**.

MC.7 (сед) - на середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

Е.41(тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев.

8. Успокаиваем седатирующую точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

9. В суточном (- GI — Е — RP -) и годовом (- IG — Е — RP -) циклах седатируем соседний впереди стоящий меридиан и тонизируем соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**): GI.2 + RP.2, IG.8 + RP.2.

GI.2 (сед) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсневой - фалангового сустава.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант **«у-шу элемента»**.

Е.36 (сед) – кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 30 мм; ниже нижнего края надколенника на 3 цуня.

Е.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант **«элемент в элементе»**.

IG.8 (сед) - на локтевой поверхности кисти, между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью запястья.

RP.3 (тон) - кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

10. Применение точек у-шу: тонизируется точка-колодец (Е.41) и точка-родник (Е.36).

11. **Воздействие на генератор энергии № 1.** Меридиан желудка получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличится поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желудка получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Е.30 в меридианы GI, Е, IG и тонизируют точку выхода энергии Е.36.

Е.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

Е.36 (сед) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. **Анацидный гастрит.** Гастрит с отсутствием сока в желудке при попадании туда пищи называется анацидным гастритом. Принципы эмпирического лечения даны в разделе «Гиперацидный гастрит». На указанные там точки акупунктуры при эмпирическом лечении надо изменить способ воздействия – тонизировать перечисленные там точки акупунктуры.

2. **Неврит лицевого нерва (простудный неврит болезнь Белла)** в 80% случаях протекает как недостаток энергии в меридиане желудка. Многие невропатологи объясняют возникновение неврита лицевого нерва прекращением кровоснабжения по всей длине нерва. **Лишившись питания на длительное время, нерв отмирает, погибает, перестаёт проводить нервные импульсы к мышцам, а те перестают сокращаться.** Неврит, утверждают они – это ишемическая болезнь нерва, которая

возникает при сдавливании воспаленного и отёкшего нерва в месте выхода из черепной коробки (или в каком-то отверстии мышечной фасции), так как при этом одновременно пережимаются примыкающие к нерву артерии, а артерии доставляют питательные вещества и кислород нервным клеткам. Следовательно, неврит – это туннельная невропатия! Существует другая сосудистая теория возникновения неврита: закупорка сгустком крови (тромбом или эмболом) очень тонких сосудов, снабжающих нерв кровью. В этом случае также возникает ишемическая болезнь нерва. Подтверждает сосудистую теорию факт частого возникновения лицевого неврита у пациентов с гипертоническим кризом, когда вероятность возникновения тромбов в мелких артериях увеличивается многократно. Кроме того, невритом чаще болеют пожилые люди, у которых мелкие артерии уменьшают свой диаметр из-за склероза сосудов, и по причине возникновения многочисленных склеротических бляшек, которые могут полностью закрыть просвет мелкой артерии. **После закупорки артерии (снабжающей кровью нерв) на протяжении нескольких дней, нервные клетки нерва отмирают, и надеяться на выздоровление пациента не приходится.** При лекарственном лечении при неврите помогает внутривенное введение жидкостей (физиологического раствора, глюкозы с целью уменьшения свёртываемости и плотности крови), сосудорасширяющих и антикоагулянтов в растворе. С целью расширения сосудов и сразу после возникновения лицевого неврита хорошо помогает глубокий массаж мышц и артерий основания черепа (через шейные мышцы и мышцы нижней челюсти).

Лицевой неврит лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «При неврите лицевого нерва наступает паралич, или парез мимической мускулатуры, чаще на одной стороне. Мышцы парализованной стороны теряют тонус, теряют подвижность, отвисают. Через несколько лет наступает асимметрия лица. Нарушается естественная мимика при улыбке, так как парализованная половина губ остается неподвижной. Веки на пораженной стороне либо совсем не закрываются, либо закрываются неплотно, глаз слезится. Больной не в состоянии сдвинуть брови, задуть огонь, нормально пить воду. Искажается речь. Затруднено принятие пищи, которая застревает во рту на пораженной стороне. Чжэнь-цзю терапия при параличе лицевого нерва на больной стороне проводится по второму варианту возбуждающего метода, который иногда сочетается с методом торможения на здоровой стороне. Основные точки: TR.17, TR.21, VB.2, VB.3, VB.7, E.2, TR.23, E.6, VB.1, E.4, TR.22. При лечении паралича лицевого нерва часто проводится на больной стороне под кожей длинная игла на несколько сантиметров в горизонтальном или вертикальном направлении из точек E.4, E.6, E.2, что дает значительное улучшение.»

TR.17 - сзади от основания мочки уха.

TR.21 - впереди и сверху от козелка, у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

TR.22 - у передне - верхнего края основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости; в этой области пальпируется поверхностная височная артерия.

TR.23 - у наружного конца брови.

VB.1 - на 0,5 цуня кнаружи от наружного угла глаза.

VB.2 - книзу от козелка уха и впереди от межкозелковой вырезки, у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

VB.3 - на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

E.2 - под нижней орбитой глаза; соответствует подглазничному отверстию.

E.4 - кнаружи от угла рта на 0,5 цуня.

E.6 - впереди и сверху от угла нижней челюсти на 1 цунь, во впадине.

- Предлагается пользоваться следующими правилами при лечении неврита лицевого нерва (Е.Л. Мачерет, И.З. Самосюк):

1. Одновременно с местными точками (на голове) рекомендуется брать отдаленные точки: P.7, GI.11, E.36, TR.5, GI.4, VB.20, T.14, V.10, V.11, VB.21 и др.
2. Точки на больной стороне лица подвергаются сильной стимуляции: иглы прогревают, вращают, делают возвратно-поступательные движения иглы и т. д.
3. Иглы на пораженной половине лица располагаются в виде большого треугольника или ромба. Внутри него «строят» из 3-х игл малый треугольник, точки которого подвергаются очень сильной стимуляции.
4. На больной стороне лица точки тонизируют, а симметричные точки на здоровой стороне лица седатируют.

5. Перед извлечением игл больной выполняет активные мышечные движения, состоящие из упражнений по сморщиванию лба, подмигиванию, надуванию щеки, жевательным движениям и т. д.
 6. Сеансы проводят через день, 10 - 12 на курс. После перерыва проводят очередной курс лечения, общее количество которых может быть 3 - 4.
- Внемеридиональные и аурикулярные точки даны в разделе «Невралгия тройничного нерва». Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

3. Неврит подъязычного нерва. Лечение неврита подъязычного нерва (Чжу Лянь): «При одностороннем параличе подъязычного нерва кончик высунутого языка отклоняется в сторону паралича. Двусторонний паралич подъязычного нерва ведет к полной неподвижности языка, при этом речь становится дизартрической. Обычно применяется тормозной метод в точках: E.6, E.9, GI.4, GI.11, IG.19, V.10, VB.20, VB.21, TR.17, T.15, T.16, J.23, J.24».

Внемеридиональные и аурикулярные точки применяются в основном те же, что и при лечении невралгии лицевого нерва.

§ 42. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане селезенки.

Общая информация по лечению. Так как меридиан селезенки - поджелудочной железы является энергетическим антагонистом меридиана желудка, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желудка повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан селезенки - поджелудочной железы можно лечить все перечисленные болезни меридиана желудка. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни селезенки, поджелудочной железы, опухание тканей (воспалительного и травматического генеза), опущение внутренних органов (опущение почек), патологические изменения биохимического состава крови (количество белковых фракций и глюкозы), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), гипотония в виде недостатка энергии в меридиане, геморрагические проявления (пурпура, мелена, маточные кровотечения), болезни мышц, патология вкуса.

Болезни, которые вызывают возникновение избытка энергии в меридиане селезенки - поджелудочной железы, следующие: панкреатит (70%), миозиты (60%), ожирение (40%), гипотония (30%, водная этиология) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом «фанатизма и догматизма»: бредовые идеи, сверхценные идеи, ритуальные действия в повседневной жизни, изобретательство ненужных для практических целей машин, софистика, философская «жвачка», подчинение своей жизни религиозно – мистическим законам, фанатичная приверженность религиям и всевозможным философским течениям. Описанные пограничные состояния имеют отдаленное сходство с шизофренией.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане селезенки можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (E- и C+) в суточном цикле и (E - и P +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (F-) по закону «муж-жена» и (TR-) по закону «полдень-полночь».

A. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане селезенки применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 9 до 11 часов и в сентябре.

2. Успокаивающее воздействие **на седатирующую точку меридиана и точку - пособник.**

RP.5 (сед) - впереди и книзу от медиальной лодыжки.

RP.3 (сед) - сзади от головки 1-й плюсневой кости.

3. Седатируется **ло - пункт** меридиана.

RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне-нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.

4. Успокаивается **седатирующая точка и точка-сочувствия меридиана.**

RP.5 (сед) - см. п. 2.

V.20 (сед) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 - 12-го грудных позвонков.

5. Седатируются **точка-сочувствия и точка-глашатай меридиана RP.**

V.20 (сед) - см. п.4.

F.13 (сед) - перед свободным концом 11-го ребра, на 4-й боковой линии живота.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

RP.4 (сед) - см. п.3.

E.42 (тон) - на самом высоком месте свода стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

RP.1 - кнутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм.

RP.21 - на средней подмышечной линии в 6-м межреберье.

8. Седатируется точка-щель.

RP.8 - выше медиальной лодыжки на 8 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

9. Тонизируют возбуждающую точку меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

TR.3 (тон) - между головками 4 - 5-й пястных костей.

RP.5 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

11. В суточном (- E—RP—C -) и годовом (- E—RP—P -) циклах тонизируем соседний вперёдистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки E.41 и C.7, в годовом цикле — E.41 и P.5.

E.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

C.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

P.5 (сед) - в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

RP.3 (тон) - кзади от головки I плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

RP.5 (сед) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

E.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа II пальца стопы на 3 мм.

P.8 (сед) - на 1 цунь выше лучезапястной складки, у лучевого края сгибателя кисти.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло-пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

RP.5 (сед) - см.п.2.

RP.9 (сед) - ниже надколенника на 2 цуня, у задне- нижнего края медиального мыщелка большеберцовой кости.

15. Точки у-шу в системе «большой инь—малый ян».

(RP+).1, 2, 3, 5, 9 - J.12 – (P-).11, 10, 9, 8, 5 (большой инь).

(GI+).5, 11, 1, 2, 3 - E.1 – (E-).41, 3, 6, 4, 5, 44,43 (малый ян).

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

E.1 (сед) – на середине нижнего края орбиты глаза.

Далее берутся точки у - шу меридианов.

RP.1 (сед) – кнутри от ногтевого ложа 1 пальца стопы на 3 мм.

RP.2 (сед) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсны - фалангового сустава.
RP.3 (сед) – кзади от головки 1 плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.
RP.5 (сед) – спереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершущей лодыжки и бугром ладьевидной кости.
RP.9 (сед) – у заднего края медиального мыщелка большеберцовой кости.
P.11 (тон) – у лучевого края ногтевого ложа 1 пальца кисти, снаружи от него на 3 мм.
P.10 (тон) – у основания 1 пястной кости у лучевой стороны.
P.9 (сед) – на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.
P.8 (сед) – у лучевого края сгибателя кисти на 1 цунь выше лучезапястной складки.
P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча (бицепса).
GI.5 (сед) – в анатомической табакерке, лучезапястный сустав.
GI.11 (сед) – у наружного края локтевого сгиба.
GI.1 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, снаружи от локтевого ложа на 3 мм.
GI.2 (сед) – на лучевой стороне 2 пальца кисти, дистальнее пястно-фалангового сустава.
GI.3 (сед) – у лучевого края 2 пястной кости, кзади от ее головки.
E.41 (тон) – в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.
E.36 (тон) – у вершины гребешка большеберцовой кости.
E.45 (тон) – снаружи от ногтевого ложа 2 пальца стопы на 3 мм.
E.44 (тон) – между головками 2 и 3 плюсневых костей.
E.43 (тон) – между основаниями 2 и 3 плюсневых костей.

16. Седатируют точки пересечения. Меридиан селезенки входит в следующие точки пересечения: J.3, J.4, J.10, J.12, J.17, V.1, V.11, MC.1, E.14, P.6, P.1, RP.12, RP.13.

J.4 - выше лобка на 2 цуня,

J.10 - выше пупка на 2 цуня,

J.12 - выше пупка на 4 цуня,

V.1 - кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.11 - снаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

RP.13 - на 1 цунь, выше лобка, снаружи от средней линии живота на 4 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане селезенки происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 6. Освобождение энергии из ЧМ № 6 осуществляется следующим образом: точка-ключ R.6 седатируется вместе с точками основы ЧМ (R.6,8,V.1); точка-связующая P.7 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку щель R.8. Локализация точек ЧМ № 6 следующая.

P.7 (тон, точка - связующая) – над лучевой костью, на 1,5 цуня выше лучезапястной складки.

R.6 (сед, точка-ключ и точка основы) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

R.8 (сед, точка-щель и точка основы) – у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

J.15 (сед, групповой ло - пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

V.1 (сед, точка основы) – от внутреннего угла глаза внутрь на 3 мм.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан селезенки получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и тонизируют точку выхода энергии E.9.

J.17 (сед) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

E.9 (тон) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Миозиты и миалгии. Миозит – очаг асептического воспаления поперечно - полосатых мышц, вызванный воздействием холода и сквозняков на данный участок мышечной ткани. Клиническим проявлением миозитов являются миалгии – боли в мышцах в покое и движении. Миозит может протекать как самостоятельное заболевание и как сопутствующее заболевание одновременно с радикулитом или остеохондрозом. Миозитом могут поражаться любые мышцы: ног, рук, шеи и туловища. Но обычно миозит поражает мышцы спины и поясницы. Диагноз миозита на спине ставится следующим образом: пациент ложится на живот, врач производит нажатие на мышцы подушечками больших пальцев рук. Здоровые мышцы безболезненные при нажатии. Воспаленная мышца реагирует на нажатие очень сильной болью. Кроме того, пациент жалуется на постоянную тянущую боль в данной мышце в положении покоя. Часто пациент имеет миозит и радикулит (или остеохондроз) одновременно. Если миозит протекает одновременно с радикулитом или остеохондрозом, то боль вызывает и надавливание на позвоночник, и нажатие на воспаленные мышцы.

- **Китайский метод лечения.** Используют следующий метод лечения (Чжу Лянь, Китай): «При миозитах и миалгиях применяется тормозной метод воздействия. При этом в случае острого течения процесса пользуются первым вариантом этого метода, в случае хронического течения вторым вариантом. Обычно в зависимости от симптомов болезни используют следующие точки: V.10, VB.20, VB.21, VB.9, IG.16. При болях в области поясницы используются точки VB.30, V.54, V.40, T.4, T.2, V.52, T.3, V.25, V.27, V.31, V.32, а также другие точки в области плеч и лопаток».
- **Вьетнамский метод лечения** миозитов значительно отличается от китайского. При лечении пациент ложится на живот, и врач надавливает большим пальцем руки на область постоянной боли, указываемой больным. Чаще всего миозит поражает мышцы спины. Сначала находят центр боли. Для этого болезненная мышца исследуется глубоким давлением по всей ее площади, а точка самой сильной боли принимается за центр воспаления мышцы (центр миозита). Далее в самый центр боли на 30 минут в виде конуса ставится 5 – 10 игл, которые почти соприкасаются друг с другом в «миозитном воспалительном центре». Иглы, как правило, не подвергаются сильной стимуляции (вращением, воздействием тепла или тока). После снятия игл проводится сильное давление на центр боли с целью «выдавливания» экссудата из воспалительного центра, который покидает его по сделанным иглами отверстиям (каналам). *После иглотерапии рекомендуется прогревать центр воспаления мышцы сухим теплом (грелкой) на протяжении 5 дней по 30 минут 3 раза в день. Эффективность метода близка к 100%.* Курс лечения состоит из 1 сеанса.

Иногда сеанс повторяют через 10 дней, если полное излечение не было достигнуто, из-за того, что пациент не точно указал центр мышечной боли (не определил максимально болезненное место внутри мышцы). Повторение сеанса может быть вызвано еще и тем, если центр «миозитной боли» имеет вид не шарика диаметром в 1 сантиметр, а вытянутого овала (например, 0,5 × 3 сантиметра). Тогда первым сеансом вылечивают первую половину вытянутого очага, а вторым сеансом – вторую половину патологического очага. Так лечатся **глубокие миозиты**, расположенные от поверхности кожи на глубине 3 – 5 сантиметров. Их не возможно вылечить втиранием анагетических и коагуляционных мазей (со змеиным ядом и скипидаром), так как вещества мази при втирании в кожу проникают, «просачиваются» в мягкие мышечные ткани только на глубину 0, 5 сантиметров.

- **Медикаментозное лечение.** Миозиты **поверхностных мышц** успешно лечатся втиранием мазей на основе пчелиного и змеиного ядов: аписатрон, вирапин, випраксин, випросал, випратокс и других. Используются также другие мази, которые при втирании в кожу вызывают расширение капилляров, раздражающее и согревающее действие (масло терпентинное очищенное, линимент скипидаровый сложный, настойка стручкового перца или мазь эфкамон, спирт муравьиный и др.). Но если миозитом поражены **мышцы на глубине 3 – 5 сантиметров**, то втирание вышеперечисленных мазей не поможет.

2. Избыточный вес (ожирение). Лечение комплексное. Включает в себя дозированное голодание, изъятие из пищевого рациона сладкого, сдобы и белого хлеба, включение в рацион белковых продуктов

питания (мяса, яиц, молока), потребление повышенного количества жидкостей с обязательным включением длительных физических упражнений (4 часа в сутки), организм насыщается витаминами и микроэлементами. Иглотерапевтическое воздействие состоит в стимуляции деятельности щитовидной железы и угнетении деятельности поджелудочной железы. Больному ежедневно дают микродозы йода. Для стимуляции деятельности щитовидной железы тонизируют следующие точки акупунктуры (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк, Украина): TR.5, TR.9, TR.10, TR.22, E.36, E.34, RP.6, VB.5, VB.34, VB.2, TR.17, V.43, IG.25, E.13, E.44, P.2. Для подавления деятельности поджелудочной железы седатируют точки: VB.29, F.13, V.43, V.41, V.20, .23, V.17, V.26, V.28, V.29, V.31 - 34, V.36, RP.6, R.5, C.6, GI.4, T.26, T.25, J.24.

- Врачи **Пекинского института иглотерапии** в целях лечения ожирения воздействуют тонизирующим методом на акупунктурные точки, которые усиливают обмен веществ: R.6 – усиливает сжигание жировых веществ в организме, RP.3 – увеличивает синтез углеводородных ферментов (амилазы, мальтозы и др.), способствующих быстрому сжиганию веществ внутри клеток, RP.1 – увеличивает синтез белковых ферментов, RP.2 – увеличивает синтез нуклеопротеидов (ДНК, РНК), RP.4 – усиливает синтез жировых ферментов (липаза, эстераза), TR.3 – является точкой направленного воздействия на щитовидную железу, V.10 – точка направленного воздействия на вегетативную нервную систему, T.14 – воздействует на вегетативно-эндокринные процессы.
- **Внемеридиональные точки:** 20, 61, 62, 74, 158, 159. Новые точки: 51 и др.
- **Аурикулярные точки:** 17 - жажда, 18 - голод, 22 - железы внутренней секреции, 34 - кора головного мозга, 45 - щитовидная железа, 37 - шейный отдел позвоночника, 55 - шэнь—мэнь, 87 - желудок, 95 - почка, 96 - поджелудочная железа, 97 - печень. При лечении избыточного веса на аурикулярные точки ставятся иглы- кнопки длительностью на 5 – 7 дней. Седатацией иглами- кнопками подвергаются точки 18, 34, 87, 97.
- **Фитотерапия.** Для снижения аппетита и профилактики ожирения применяется отвар на 200 г воды кукурузных рылец 20 г, выпивать за час до еды. Стимулирует обмен веществ следующий сбор: плоды фенхеля (20 гр), цветки ромашки аптечной (15 г), липовый цвет (15 г), цветки бузины черной (20 г), листья мяты перечной (20 г) на литр воды. Применяют 3 стакана настоя в день, курс лечения 10 недель.
- Хорошие результаты лечения дает метод **психотерапии**. При этом врач внушает больному отвращение к еде, что резко снижает потребление пищи, больной начинает интенсивно терять вес.

§ 43. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане селезенки.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане селезенки: сахарный диабет (70%), потеря чувства вкуса (60%), склероз сосудов (70%), неврастения (70%), сонливость (60%), снижение памяти (70%) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом «заземленности» жизненных интересов: без полетов мысли в прошлое и будущее, без интереса к философским теориям и научным гипотезам, но с интересом в отношении практических ценностей жизни – денег и цен, одежды, еды и кулинарных знаний, доступных развлечений, положительное отношение к искусству и презрительное к философии и науке.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане селезенки можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (Е + и С-) в суточном цикле и (Е+ и Р-) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (F+) по закону “муж -жена” и (TR+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане селезенки применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 21 до 23 часов и в августе.
2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник**.
RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальнее плюсне - фалангового сустава.
RP.3 (тон) - см. п. 5.
3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.

Е.40 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 8 цуней и на 1 цунь впереди от малоберцовой кости.

4. Возбуждаем тонизирующую точку и точку сочувствия меридиана.

RP.2 (тон) - см. п. 2.

V.20 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 - 12-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло - пункт спаренного меридиана Е и тонизируется точка-пособник меридиана RP (правило «большой укол»).

Е.40 (сед) - см. п.3.

RP.3 (тон) - кзади от головки 1-й плюсневой кости на внутренней поверхности стопы.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

RP.1 (тон) - кнутри от ногтевого ложа большого пальца стопы на 3 мм.

RP.21 (тон) - на средней подмышечной линии в шестом межреберье.

7. Успокаивают седативную точку меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча на 1 цунь выше локтевого отростка.

RP.2 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаиваем седативную точку меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

9. В суточном (- Е—RP—С -) и годовом (- Е—RP—Р -) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки Е.45 и С.9, в годовом цикле—Е.45 и Р.9.

Е.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

С.9 (тон) - кнутри от ногтевого ложа 5-го пальца руки на 3 мм.

Р.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

RP.3 (сед) - на внутренней стороне 1-го пальца стопы дистальнее плюсне-фалангового сустава.

RP.5 (тон) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки.

■ Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

Е.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

Р.8 (тон) - на 1 цунь, выше лучезапястной складки у лучевого края сгибателя кисти.

10. Применение точек у-шу: тонизируются точка-колодец RP.1 и точка-родник RP.2

RP.1 - см. п. 6.

RP.2 - см. п. 2.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан селезенки получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и седатируют точку выхода энергии Е.9.

J.17 (тон) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

Е.9 (сед) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Сахарный диабет. Сахарный диабет лечится следующими точками акупунктуры (Чжу Лянь): «Китайская медицина богата лекарственными средствами, с успехом используемыми в качестве заменителей инсулина. Определенную пользу приносит и лечение методом чжэнь-цзю. Для этого применяется второй вариант тормозного метода с укалыванием и прижиганием в точках V.42, V.43, V.20, V.23, V.26, V.28, V.29, V.30 - 35, F.13, E.3, RP.6, R.5, C.6, V.36». Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить диабет тонизацией следующих БАТ: RP.16, V.20,29, TR.4, F.1,2.

- Внемеридиональные точки: 20, 61, 62, 74, 85, 158, 159.
- ВТ.20 - в полости рта под языком на двух венах нижней уздечки языка.
- ВТ.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.
- ВТ.62 - на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка 8-го грудного позвонка.
- ВТ.74 - на 3,8 цуней латеральнее нижнего края остистого отростка 4-го поясничного позвонка.
- ВТ.158 - на передней поверхности бедра, выше надколенника на 1,5 цуня, на брюшке прямой мышцы бедра.
- Новые точки: 51, 52.
- НТ.51 - на 0,5 цуня латеральнее нижнего края остистого отростка 6-го грудного позвонка.

- **Аурикулярные точки:** 22 - железы внутренней секреции, 28 - гипофиз, 51 - симпатическая нервная система, 96 - поджелудочная железа, 112 - панкреатит.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- **Фитотерапия.** Для улучшения выработки инсулина поджелудочной железой Российские фитотерапевты рекомендуют пить сок клубней свежего картофеля, сок из свежих листьев белокочанной капусты, из плодов малины и груши. Рекомендованы следующие настои:
 - Листья черники (20 грамм), корень одуванчика (20 г), листья крапивы двудомной (20 г) на литр воды. Настой принимают по 160 мл 3 раза в день перед едой в теплом виде.
 - Трава хвоща полевого (50 г), листья земляники (50 г), трава горца птичьего (100 г) на литр. Раствор выпивают по 2 стакана в день.

§ 44. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане сердца.

Общая информация по лечению. Так как меридиан сердца является энергетическим антагонистом меридиана тонкого кишечника, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане тонкого кишечника повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан сердца можно лечить все перечисленные болезни меридиана тонкого кишечника. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни сердца, болезни артерий, психические болезни, болезни языка, миндалин, зева, гайморитовых пазух.

Следующие болезни вызывают избыток энергии в меридиане сердца: тонзиллит (60%), пароксизмальная тахикардия (50%), истерия (50%), маниакальное состояние (80%), депрессия (80%), реактивные психозы (50%), глоссит (20%) и др. Как было сказано выше (в § 18) меридиан сердца контролирует силу положительных и отрицательных эмоций. При избытке энергии в меридиане сердца возникают необычайно сильные эмоциональные переживания, человек бурно радуется успеху и впадает в глубокую депрессию при неудаче. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с не резко выраженным маниакально-депрессивным синдромом.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане сердца можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (RP + и IG -) в суточном цикле и (F + и IG -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R-) по закону «муж-жена» и (VB -) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане сердца применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 11 до 13 часов и в июне.
 2. Воздействие на **седатирующую точку меридиана С.7 и точку - пособник С.7.**
С.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.
 3. Седатируется **ло - пункт меридиана.**
С.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.
 4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия меридиана.**
- С.7 (сед) - см. п. 2.

V.15 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.15 (сед) - см. п. 4.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

C.5 (сед) - см. п. 3.

IG.4 (тон) - на локтевой стороне кисти во впадине между основанием 5-й пястной и трехгранной костей.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

C.1 (сед) - на уровне подмышечной впадины, у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча.

C.9 (сед) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

8. Седатируется точка-щель.

C.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 0,5 цуня, между сухожилиями локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

VB.43 (тон) - в щели между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

C.7 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

11. В суточном (- RP—C—IG -) и годовом (- F—C—IG -) циклах тонизируется соседний впереди стоящий меридиан и седатируется соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки RP.5 и IG.3, в годовом – F.8 и IG.8.

RP.2 (тон) - на внутренней стороне большого пальца, дистальной плюсне - фалангового сустава.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

F.8 (сед) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

C.9 (тон) - кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны 5-го пальца кисти на 3 мм.

C.8 (сед) - на лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

F.1 (тон) - на 3 мм от ложа ногтя, на наружной стороне 1-го пальца стопы.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

Воздействие на точки у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

C.4 (сед) - выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

C.3 (сед) - кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

14. Точки у-шу в системе «средний инь—большой ян».

(R-).1, 2, 3, 7, 10 – J.23 – (C+).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG-).5, 8, 1, 2, 3 – V.1 – (V+).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (тон) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (тон) — на середине медиальной поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (тон) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (тон) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (сед) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (сед) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (сед) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (сед) – выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (сед) – медиальная часть локтевого сгиба, впереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (тон)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (тон)- между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (тон)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (тон)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (тон)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (сед)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (сед)- в центре подколенной ямки.

V.67 (сед)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (сед)- впереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (сед)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

15. Седатируются точки пересечения. Меридиан сердца входит в точку пересечения J.7, которая находится ниже пупка на 1 цунь.

16. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ № 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане сердца происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 7. Освобождение энергии из ЧМ № 7 осуществляется следующим образом: точка-ключ MC.6 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (R.9, RP.12,13,15,16, F.14, J.22,23); точка - связующая RP.4 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 7 следующая.

MC.6 (тон, точка-ключ) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка - связующая) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка - щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (сед, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

R.9 (сед, точка основы) – у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше медиальной лодыжки на 5 цуней.

RP.12 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, у нижнего края середины паховой связки.

RP.13 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1 цунь выше лобка.

RP.16 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1,5 цуня выше пупка.

F.14 (сед, точка основы) – на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

J.23 (сед, точка основы) – между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща.

17. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан сердца получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – на уровне 5 ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и тонизируют точку выхода энергии Е.9.

J.17 (сед) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

Е.9 (тон) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

19. Специфическое воздействие на кроветворение осуществляется точкой V.17, на артерии —Р.9, на коронарные сосуды сердца – МС.7, на миокард – С.6, на клапаны сердца – С.8,9.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Депрессивная фаза психоза. Для нее характерны следующие основные проявления: пониженное (тоскливое) настроение, речевая и двигательная заторможенность (Чжу Лянь): «При депрессивной фазе применяется второй вариант возбуждающего метода. Основные, наиболее часто используемые при акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) точки следующие: Т.20,Т.24,Т.16, V.10, V.11,Т.26, С.7, GI.11, V.60, RP.1, GI.4, МС.9, F.3, J.12, J.18, RP.6, V.62». Пекинский институт иглотерапии рекомендует включать в рецептуру и тонизировать при лечении тоски и депрессии следующие точки акупунктуры: Р.8,9,10, GI.4,11,13.14, Е.27,С.6, 9, IG.14, V.10,12,15,16,22,43, R.6 МС.5, TR.5, VB.6,21,23,39.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах):

- при депрессиях являются: С.9, МС.5, J.4,5.
- при страхах (фобиях): Т.12,13, J.14, GI.13,
- при неврозах: Р.3,9,11,GI.4, С.7.

2. Истерия (Хоанг Бао Тяу): «У больного время от времени возникают приступы бурного веселья, беспричинных слез, он может кричать, плясать, но по окончании приступа вновь ведет себя как нормальный человек. К симптомам истерии относится также слишком продолжительный сон. Больной может улежась спать в необычном месте, причем не отзываться на оклик. У некоторых больных наблюдаются явления паралича или, наоборот, повышенная подвижность. У других внезапно пропадает зрение, речь или слух, у иных появляется ощущение постороннего предмета в горле.

- **Лечение.** Точки МС.6 и С.7 используются как успокаивающее средство; воздействие на точку IG.3 рассеивает скопление энергии; точки Т.26, Т.20, F.3 служат для «раскрытия отверстий тела», ликвидации «жары», рассеивания «огня», точка Е.36 нормализует функцию желудка. Воздействие на эти точки производится с целью симптоматического лечения для регулирования циркуляции энергии на участках нарушения».
- Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить истерию, психозы, бессонницу следующими точками акупунктуры: Р.3,5,9,11, Е.27,RP.6,9,С.1 – 7, R.1,6,9,24,25, МС.4,6,7,8, TR.2,10,16, VB.12,37, F.2,10, Т.4(!),13,16,18,26,27,28, J.4,15.
- Внемеридиональные точки, новые точки и аурикулярные аналогичны тем, которые применяются для лечения неврастении.

§ 45. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане сердца.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане сердца: ишемическая болезнь сердца (70%), стенокардия (60%), невротические боли в сердце (70%), острая и хроническая сердечная

недостаточность (60%), фобии (80%), последствия инсульта (30%), параплегия (30%), детский церебральный паралич (40%), остаточные явления полиомиелита (30%) и т. д. Как было сказано выше (в параграфе 18) меридиан сердца контролирует силу положительных и отрицательных эмоций. При недостатке энергии в меридиане сердца сила эмоциональных переживаний снижена. В характере человека возникает эмоциональная тупость, черствость и безразличие. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с чувством страха к чему-то (фобии), с патологической бездушностью и бесчувственностью.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане сердца можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (RP- и IG+) в суточном цикле и (F - и IG +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R+) по закону «муж-жена» и (VB +) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане сердца применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 23 до 1 часа ночи и в июле.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

С.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

С.7 (тон) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.

IG.7 (сед) - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

4. Возбуждаем **тонизирующую точку и точку сочувствия** меридианов.

С.9 (тон) - смотрите. п.2.

V.15 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана IG и тонизируется точка-пособник меридиана С (**правило «большой укол»**).

IG.7 (сед) - см. п.3.

С.7 (тон) - см. п.2.

6. Тонизируется **точка входа и выхода энергии.**

С.1 (тон) - на уровне подмышечной впадины у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча.

С.9 (тон) - см. п. 2.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «**полночь-полдень**».

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

С.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности стопы между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы.

9. В суточном (- RP—С—IG -) и годовом (- F—С—IG -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки RP.5 и IG.3, в годовом—F.2 и IG.3.

RP.5 (сед) – кпереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершущей лодыжки и бугром ладьевидной кости.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

F.2 (сед) - между головками I — II плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «**у-шу элемента**».

С.9 (сед) - кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа с лучевой стороны 5-го пальца кисти.

С.8 (тон) - на лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

F.1 (сед) - на 3 мм от ложа ногтя, на наружной стороне 1-го пальца стопы.

IG.8 (тон) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец C.9 и точка-родник C.8.

C.9 (тон) - см. п. 2.

C.8 (тон) - между 4 - 5-й пястными костями, в широкой части промежутка.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан сердца получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – на уровне 5 ребра (уровень сосков).

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан селезенки получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и седатируют точку выхода энергии E.9.

J.17 (тон) - на уровне суставной вырезки 5-го ребра.

E.9 (сед) - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Стенокардия (Чжу Лянь): «Часто отличные результаты дает укалывание по первому варианту тормозного метода в левой точке GI.4, GI.11, VB.21. Если у больного приступы стенокардии начинаются на фоне гипертонии, то особенно показано воздействие в точках E.36 с обеих сторон. Это сопровождается снижением кровяного давления и устраняет боли в области сердца. В некоторых случаях при оставлении игл в точках E.36 целесообразно произвести укалывание или прижигание в левой точке GI.11. Это дает еще лучший эффект. Кроме того, при стенокардии используются точки T.16, V.10, VB.20, VB.9, IG.16, V.12, IG.15, IG.14, V.11, V.15, T.14, V.42, V.44, V.60, MC.6, MC.5, F.14, F.13.»

T.16 - между затылочной костью и 1-м шейным позвонком.

VB.20 - у нижнего края затылочной кости, между местами прикрепления кивательной и трапецевидной мышц.

IG.16 - у заднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между 1 - 2-м грудными позвонками.

V.42 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 3 - 4-го грудных позвонков.

V.44 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 5 - 6-го грудных позвонков.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня.

F.14 - на месте пересечения среднелучевой линии с реберной дугой.

- **Внемеридиональные точки:** 32, 33, 34, 35, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 85, 119.

BT.32 - на 1 цунь латеральнее центра рукоятки грудины.

BT.34 - нижний конец мечевидного отростка.

BT.55 - под остистым отростком 2-го грудного позвонка.

BT.56 - на 0,5 цун латеральнее нижнего края остистого отростка 3-го грудного позвонка.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.59 - на 2 цуня, в сторону от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

BT.60 - нижние углы лопаток.

- **Новые точки:** 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51.

HT.44 - на 0,5 цуня, латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка.

HT.49 - посредине латерального края лопатки.

HT.50 - на 0,5 цуня, латеральнее нижнего края остистого отростка 5-го грудного позвонка.

- **Аурикулярные точки:** 101 - сердце, 21 - сердце, 55 - шэнь—мэнь, 51 - симпатическая нервная система, 28 - гипофиз, 95 - почки.

- Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при стенокардии: P.4, GI.8,9, RP.4, C.1-9, R.3-4 (тахикардия), MC.1-9, VB.44, F.2, T.24.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».
- **Шиацу.** Лечение стенокардии и «укрепление сердца».

- 1) Сначала пациента кладут на спину. Накрывается салфеткой волосистая часть головы и врач производит давление на пять точек по срединной линии волосистой части головы (T.24, 23, 22, 21, 20), которые располагаются от границы волосистой части лба соответственно на 0,5, 1, 1,5, 3 и 4,5 цуня. На каждую точку производится сильное давление 5 – 10 раз подушечкой большого пальца.
- 2) Далее воздействуют на 6 точек меридиана сердца с левой и правой стороны, которые располагаются по внутренней поверхности плеча от подмышечной впадины до медиального мыщелка плечевой кости. Точка № 1 соответствует первой точке меридиана сердца C.1, которая располагается на уровне подмышечной впадины, у нижнего края большой грудной мышцы и внутреннего края двуглавой мышцы плеча. Точки № 2 – 6 располагаются на 2 см ниже и друг под другом.
- 3) Производится давление на 4 точки над большой грудной мышцей с левой и правой сторон: RP.19,20, P.1,2.

RP.19 – в 3 межреберье, снаружи от средней линии на 6 цуней,

RP.20 – во 2 межреберье, снаружи от средней линии на 6 цуней,

P.1 – на 3 см вниз от наружного края ключицы, от средней линии груди на 6 цуней,

P.2 – под ключицей, от средней линии груди на 6 цуней.

- 4) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков справа и слева: V.10 (от точки между 1 – 2 шейными позвонками снаружи на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10 и ниже друг друга на 1 см. Эти точки осуществляют воздействие на продолговатый мозг.
- 5) Пациент поворачивается на живот. Проводят воздействие с левой стороны на точку IG.11, которая располагается в центре лопаточной кости.
- 6) Производят давление на точки мочевого пузыря, расположенные в левой межлопаточной области: V.12,13,14,15,16,17, которые имеют локализацию снаружи от средней линии спины на 1,5 цуня, напротив остистых отростков соответственно 2,3,4,5,6,7 грудных позвонков.
- 7) Заключительной процедурой является десятикратное давление на область брюшной аорты, в точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка.

2. Невротические боли в сердце (Чжу Лянь): «Лечение проводится по второму варианту тормозного метода. Используют точки: T.20, V.10, VB.20, V.11, V.12, IG.14, R.25, F.13, P.4, C.3, C.7, MC.5, MC.6». Пекинский институт иглотерапии рекомендует лечить боли в сердце при стенокардии, миокардите, перикардите следующими акупунктурными точками: P.4, GI.8, E.19, RP.4, C.1,3,7, IG.1, V.14,15,16,17,44,45, R.2,3, MC.1 – 9, TR.6, F.2, T.11, J.14,15. Тахикардия снимается точками: P.4, C.3 – 9, R.4, MC.4, VB.19,44, F.5, T.24.

3. Страхи (фобии). Пекинский институт иглотерапии рекомендует при лечении фобий тонизировать следующие точки акупунктуры: GI.13,14, C.9, V.15,16, TR.19, J.14. К иглотерапевтическому лечению рекомендуется добавлять психотерапию или гипноз.

§ 46. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане тонкого кишечника.

Общая информация по лечению. Так как меридиан является энергетическим антагонистом меридиана сердца, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане сердца повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан тонкого кишечника можно лечить все болезни меридиана сердца. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана тонкого кишечника лечатся болезни самого тонкого кишечника, двенадцатиперстной кишки, функциональная патология сфинктера Одди, выпускающего соки поджелудочной железы и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (например, дискинезия желчного пузыря).

Следующие болезни вызывают избыток энергии в меридиане тонкого кишечника: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (70%), невралгия локтевого нерва (40%), писчий спазм (30%) и др. Избыток энергии в меридиане тонкого кишечника воздействует на психическую сферу человека тем, что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане сердца.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане тонкого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (С- и V +) в суточном цикле и (С- и E +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V -) по закону “муж-жена” и (F-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан мочевого пузыря (V- или V+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (V+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане тонкого кишечника применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 13 до 15 часов и в июле.

2. Успокаивающее воздействие на седатирующую точку меридиана и его точку - пособник.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

IG.4 (сед) - на локтевой стороне кисти во впадине между основанием 5-й пястной и трехгранной костями.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

IG.7 (сед) - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

IG.8 (сед) - см. п.2.

V.27 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го рудиментов крестцовых позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.27 (сед) - см. п. 4.

J.4 (сед) - выше лобка на 2 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

IG.7 (сед) - см. п. 3.

C.7 (тон) - на проксимальной лучезапястной складке.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

IG.1 (сед) - у ногтевого ложа 5-го пальца руки, локтевая его сторона, на 3 мм кнаружи.

IG.18 (сед) - во впадине под нижним краем тела скуловой кости, под наружным углом глаза.

8. Седатируется точка-щель.

IG.6 (сед) - на 1 цунь выше лучезапястного сустава, на тыльной поверхности локтевой кости, над ее головкой.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

IG.8 (сед) - см. п.2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

11. В суточном (- С — IG — V -) и годовом (- С — IG — E -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном цикле берут точки C.9 и V.65, в годовом — C.9 и E.45.

C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

V.65 (сед) - кзади от головки 5-й плюсневой кости.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

IG.1 (сед) - расположена у ногтевого ложа V пальца на 3 мм кнаружи.

IG.8 (тон) - между медиальным мыщелком плечевой кости и локтевым отростком.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

C.8 (тон) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на **5 точек у-шу**: седатируют точку- реку и точку- море.

IG.2 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава 5-го пальца, на конце поперечной кожной складки, во впадине.

IG.3 (сед) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян».

(R+).1, 2, 3, 7, 10 - J.23 – (C-).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG+).5, 8, 1, 2, 3 - V.1 – (V-).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (сед) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (сед) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (сед) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (сед) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня,

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (тон) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (тон) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (тон) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (тон) – выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (тон) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (сед)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (сед)- между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (сед)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (сед)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (сед)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (тон)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (тон)- в центре подколенной ямки.

V.67 (тон)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (тон)- кпереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (тон)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан тонкого кишечника входит в следующие точки пересечения: T.13, 14, 19, J.3, J.17, R.22, VB.1, TR.22, V.41.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.17 - на груди, уровень 5-го ребра.

R.22 - кнаружи от средней линии груди на 2 цуня, уровень 5-го ребра.

TR.22 - у наружного конца брови.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане тонкого кишечника происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 3. Освобождение энергии из ЧМ № 3 осуществляется следующим образом: точка-ключ TR.5 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15,16, VB.16-20, E.8, VB.13,14); точка - связующая VB.41 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт T.1 и точку - щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 3 следующая.

TR.5 (тон, точка – ключ) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка - связующая) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

V.63 (сед, точка основы) – во впадине кзади от основания 5 плюсневой кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

TR.15 (сед, точка основы) – над верхним краем ости лопатки.

VB. 21 (сед, точка основы) – над лопаткой, в центре надостной ямки.

T.15 (сед, точка основы) – между 1-2 шейными позвонками.

E. 8 (сед, точка основы) – в лобном углу волосистой части головы.

VB.14 (сед, точка основы) – над зрачком глаза, выше брови на 1 цунь.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и тонизируют точку выхода энергии—E.36.

E.30 (сед) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (тон) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки описано в параграфе 24.

2. Дискинезия желчных путей (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк). Задержка желчи в желчном пузыре происходит по той причине, что спазмируется отверстие сфинктера Одди, который расположен в начале тонкого кишечника (в двенадцатиперстной кишке). Рефлексотерапия при этих заболеваниях во многих случаях является вполне оправданной. Она способствует снятию спазмов желчных путей, сфинктера Одди и протоков, а следовательно, усилению оттока желчи, прохождению мелких камней и т. д. Все это приводит к уменьшению или прекращению боли, предотвращает приступы. Чаще других используются следующие точки: VB.25, 34, 38, 40, J.12, 13, 15, F.2, 3, 13, 14, E.36, MC.6, V.18 - 25, P.6, 5.

Используются следующие **внемеридиональные точки**: 36, 37, 38, 39, 40, 61, 62, 64, 65, 88, 152.

BT.36 - на 0,5 цуня выше и ниже точки R.19 (которая располагается выше пупка на 4 цуня, кнаружи на 0,5 цуня).

BT.37 — на 4 цуня кнаружи от точки J.12 (которая располагается выше пупка на 4 цуня).

BT.38 - на 1 цунь кнаружи от точки J.11 (которая расположена выше пупка на 3 цуня).

BT.39 - на 1 цунь кнаружи от пупка.

BT.40 - на 3,5 цуня кнаружи от пупка.

BT.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.

BT.63 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 10-го грудного позвонка.

BT.64 - на 2,5 цуня кнаружи от остистого отростка 10-го грудного позвонка.

BT.88 - на кончике 5-го пальца руки.

BT.152 - на наружной поверхности голени, на 1 цунь ниже точки VB.34 (которая расположена у передне-нижнего края головки малоберцовой кости).

Применяются **новые точки**: 36, 37, 38, 53, 54, 55.

HT.36 - по средней линии, на 1,5 цуня выше пупка.

HT.37 - на 3 цуня выше пупка, на 4 цуня в сторону от средней линии.

Используются **аурикулярные точки** (АТ): 55 - шэнь-мэнь, 88 - двенадцатиперстная кишка, 51 - симпатическая нервная система, 95 - почка, 76 и 77 - синдром ян-печени, 97 - печень, 110 - верхняя часть живота, 99 - асцит.

§ 47. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника.

Недостаток энергии в меридиане тонкого кишечника вызывают следующие болезни: дуоденит (70%), энтерит (50%), неврит локтевого нерва (30%) и т. д. Недостаток энергии в меридиане тонкого кишечника воздействует на психическую сферу человека благодаря тому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане сердца.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (С+ и V -) в суточном цикле и (С+ и E -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V +) по закону “муж-жена” и (F+) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан мочевого пузыря (V- или V+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (V-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане тонкого кишечника применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 1 до 3 часов ночи и в июне.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости, у локтевого ее края.

IG.4 (тон) - между 5-й пястной и трехгранной костями.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

С.5 (сед) - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия меридиана.

IG.3 (тон) - см. п. 2.

V.27 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го рудиментов крестцовых позвонков.

5. Седатируется ло-пункт меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (правило «большой укол»).

С.5 (сед) - см. п.3.

IG.4 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

IG.1 (тон) - у ногтевого ложа 5-го пальца, кнаружи на 3 мм в локтевую сторону.

IG.18 (тон) - под нижним краем тела скуловой кости, на уровне наружного угла глаза.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости, у локтевого ее края.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

V.65 (сед) – на наружной поверхности стопы, кзади от головки 5 плюсневой кости.

9. В суточном (- С—IG—V -) и годовом (- С—IG—Е -) циклах седатируются соседний впереди стоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки С.7 и V.67, в годовом – С.7 и Е.41.

С.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

Е.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

IG.1 (тон) - расположена у ногтевого ложа V пальца на 3 мм кнаружи.

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

С.8 (сед) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

Е.45 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм

9. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец IG.5 и точка-родник IG.8.

IG.5 (тон) - около шиловидного отростка локтевой кости.

IG.8 (тон) - между медиальным мыщелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости.

10. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличиться поток энергии из генератора «трех обогревателей» может благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан тонкого кишечника получает энергию от «моря пищевого». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.30 в меридианы GI, E, IG и седатируют точку выхода энергии — E.36.

E.30 (тон) - кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лобковой кости.

E.36 (сед) - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане тонкого кишечника встречаются очень редко, поэтому их иглотерапевтическое лечение опускаем.

§ 48. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря.

Общая информация по лечению. Так как меридиан мочевого пузыря является энергетическим антагонистом меридиана почек, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане почек повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить все болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся все болезни мочевого пузыря (кроме его сфинктера, который контролируется меридианом почек).

Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: остеохондрозы и радикулиты (70%), люмбаго (70%), ишиас (80%), межреберная невралгия (50%), слезотечение (30%), цистит (30%), затрудненное мочеиспускание (60%) и т. д. Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, т. к. усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане почек.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (IG + и R -) в суточном цикле и (GI + и R -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (Е-) по закону “муж-жена” и (Р-) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане мочевого пузыря применяют следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан мочевого пузыря находится в естественном избытке энергии одновременно в дневном и годовом цикле, то есть – с 15 до 17 часов и в декабре.

2. Успокаивающее воздействие на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник.

V.65 (сед) - кзади от головки 5-й плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

V.64 (сед) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

V.58 (сед) - на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

V.65 (сед) - см. п. 2.

V.28 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го крестцовых позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.28 (сед) - см. п. 4.

J.3 (сед) - выше лобка на 1 цунь.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

V.58 (сед) - см. п. 3.

R.3 (тон) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

7. Седатируются точка входа и выхода энергии.

V.1 (сед) - кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 цуня,

8. Седатируется точка-щель.

V.63 (сед) - кпереди и книзу от латеральной лодыжки у латерального края кубовидной кости, во впадине, кзади от основания 5-й плюсневой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

E.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

P.9 (тон) - у лучевого края нижней складки лучезапястного сустава.

V.65 (сед) - см. п. 2.

11. В суточном (- IG—V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах тонизируется соседний впереди стоящий меридиан и седатируется соседний позади стоящий меридиан (правило «мать-сын»). Для суточного цикла берутся точки IG.3 и R.2, для годового – GI.11 и R.2.

IG.3 (тон) - кзади от головки V пястной кости у локтевого ее края, на конце ладонной складки во впадине.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба (на середине расстояния между локтевой складкой и наружным мыщелком при согнутом локтевом суставе).

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

V.66 (тон) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

GI.2 (тон) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

R.10 (сед) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло-пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

V.66 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян».

(R-).1, 2, 3, 7, 10 - J.23 – (C+).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG-).5, 8, 1, 2, 3 - V.1 – (V+).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (тон) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (тон) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (тон) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (тон) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (сед) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (сед) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (сед) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (сед) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (сед) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (тон)- запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (тон)- между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (тон)- на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (тон)- дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (тон)- кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (сед)- на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (сед)- в центре подколенной ямки.

V.67 (сед)- кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (сед)- кпереди от плюсно - фалангового сустава.

V.65 (сед)- кзади от головки 5 плюсневой кости.

16 Седатируются точки пересечения. Меридиан мочевого пузыря входит в следующие точки пересечения: T.12, T.13, T.14, T.15, T.19, J.3, V.1, V.11, V.41, VB.6, VB.7, VB.8, VB.10, VB.11, VB.12.

T.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го грудных позвонков.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между 1 - 2-м грудными позвонками.

VB.7 - на месте перекрестка горизонтальной линии от верхнего края основания раковины уха и волосистой части области виска.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане мочевого пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 3. Освобождение энергии из ЧМ № 3 осуществляется следующим образом: точка-ключ TR.5 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15,16, VB.16-20, E.8,

VB.13,14); точка-связующая VB.41 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт Т.1 и точку-щель VB.35. Локализация точек следующая.

TR.5 (тон, точка – ключ) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка - связующая) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

Т.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом. VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

V.63 (сед, точка основы) – во впадине кзади от основания 5 плюсневой кости.

IG.10 (сед, точка основы) – над лопаткой во впадине, которая образуется при поднятии руки.

TR.15 (сед, точка основы) – над верхним краем ости лопатки.

VB. 21 (сед, точка основы) – над лопаткой, в центре надостной ямки.

Т.15 (сед, точка основы) – между 1-2 шейными позвонками.

Е. 8 (сед, точка основы) – в лобном углу волосистой части головы.

VB.14 (сед, точка основы) – над зрачком глаза, выше брови на 1 цунь.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тон) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней.

19. Терапевтическая деятельность специфических точек акупунктуры: ликвидируют болевой синдром (при сильной седатации) в верхней половине тела – GI.4, в нижней половине тела – E.36, в ногах – V.60, в руках – GI.5 (в анатомической табакерке), боль в крестцовом и поясничном отделе – V.61, в грудном отделе – GI.11, в шейном отделе позвоночника – IG.6, TR.1. Специфическое воздействие на костную систему и суставы осуществляет точка V.11, на костный мозг—VB.39, на процесс выпадения волос – V.40.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Основная патология, которая в 70% протекает с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря, являются остеохондрозы и радикулиты. Несмотря на то, что остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска, а радикулит – воспаление корешка нерва, выходящего из спинного мозга, и остеохондрозы, и радикулиты имеют почти одинаковую клиническую симптоматику. Дифференциальная диагностика радикулита и остеохондроза состоит в следующем. При остеохондрозе нажатие на остистый отросток вызывает сильную боль, так как при этом деформируется межпозвоночный диск, внутри которого располагается воспаленный участок. Зато при остеохондрозе нет сильной болезненности при нажатии паравerteбральных мышц. Радикулиты дают противоположную симптоматику: нет болезненности при нажатии на остистый отросток, но возникает резкая боль при сдавлении паравerteбральных мышц. Остеохондрозы и радикулиты классифицируются на шейные, грудные, поясничные и пояснично-крестцовые.

Интересно отметить, что у космонавтов, которые пребывают на борту космического корабля в невесомости год или больше, никогда не возникает остеохондрозов и радикулитов (в период пребывания в невесомости и внутри космического корабля). Это можно объяснить только тем, что в состоянии космической невесомости отсутствует гравитационная нагрузка на позвоночник. После приземления и при наличии гравитационного притяжения Земли эти космонавты очень часто болеют радикулитами и остеохондрозами. За время полета в невесомости их позвоночные диски отвыкли от нагрузок и от поднятия тяжестей, поэтому в условиях земного притяжения заболевания позвоночника их беспокоят очень часто. (Читайте карту заболеваний космонавтов Титова, Севастьянова и других космонавтов).

1. Методы иглотерапевтического лечения банальных (воспалительных) радикулитов и остеохондрозов. Остеохондрозы имеют клинику, вызванную смещением позвонков и одновременно клинику туннельных невропатий, а радикулит имеет клинику только туннельных невропатий. При остеохондрозах действенным методом лечения является мануальная терапия и акупрессура, а при радикулитах – мануальная терапия вредна, эффект наступает от акупрессуры, иглотерапии и снятия воспаления ствола нерва инъекциями гормонов надпочечника. При обеих патологиях прекрасный эффект дает иглотерапия только после снятия отека диска и снятия отека нерва. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (остеопатию).

1) **Аурикулярные точки**, применяющиеся для лечения радикулитов и остеохондрозов: 12 - козелок, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 37 - шейный отдел позвоночника, 39 - грудной отдел позвоночника, 40 - поясничный отдел позвоночника, 41 - шея, 51 - симпатическая нервная система, 53 - ягодица, 54 - люмбагия, 55 – шэнь- мэнь, 65 - плечо, 95 - почки, 121 - малый затылочный нерв. Рекомендуются брать за сеанс 2 - 3 аурикулярные точки. Полезно находить на ухе болевые точки и сразу вводить в них иглы. Это вызывает значительное уменьшение болей.

2) В подостром периоде иногда помогает сильная седатация точек в районе ощущения слабых болей. Болевые точки могут точно показать пальцем сами больные. Указанные точки обкалывают 3 – 4 иглами, а иглы подвергают сильной стимуляции (нагревают, вращают и т. д.) на протяжении 0,5 – 1 часа.

3) В некоторых случаях применяется методика «малого укола»: седатируют болевую точку на меридиане мочевого пузыря, далее воздействуют на точки, расположенные ниже и выше болевой.

4) Применяется методика симметричного воздействия на точки. При этом с больной стороны точки седатируют, а те же точки на здоровой стороне тонизируют.

5) Широко применяется перекрестный выбор точек: правая рука – левая нога, на спине – на животе, точки инь-меридиана сочетаются с точками ян-меридиана и т. д.

6) Применяется **способ блокировки канала** мочевого пузыря на различных уровнях. Для этого воздействуют на акупунктурные точки спины, находящиеся на горизонтальном уровне на двух ветвях меридиана мочевого пузыря правой и левой половины туловища, и на точку заднесрединного меридиана. Например, можно воздействовать на V.41 и V.11 справа, на V.41 и V.11 слева и T.14.

7) Очень часто седатация трёх акупунктурных точек T.26, IG.18 и V.60 снимает болевой синдром при радикулитах и остеохондрозах.

8) **Скальпотерапия.** При плохо поддающихся лечению радикулитах широко используется скальпотерапия (краниопунктура). Для этого длинную иглу от 7 до 10 см вводят в под кожу черепа и проводят ее в определенном направлении. При лечении пояснично-крестцовых радикулитов и люмбаго обычно воздействуют на моторно - чувствительную зону ног (№ 16). Траектория подкожного проведения иглы располагается над затылочной костью параллельно заднему срединному меридиану T, на удалении от него на 1 цунь. Игла вводится в волосистую область черепа в точку, находящуюся кнаружи от точки T.19 на 1 цунь. Игла проводится под кожей на длину 3 - 4 см и периодически стимулируется в течение 10 минут.

9) Через 4 дня после голодания и приема мочегонных средств диск уменьшается в размере, и сильные боли прекращаются. Только после снятия сильного болевого синдрома можно приступить к полномасштабному курсу **мануальной терапии и акупрессуры**. Остеохондрозы с наличием одной или нескольких крупных грыж межпозвоночного диска размером более 0,5 сантиметра лечатся иглотерапией и мануальной терапией. При дисковом радикулите часто усиливает боли массаж над болевыми зонами в паравертебральной области и на ягодице, противопоказана «жесткая» мануальная терапия, вредна баня с парной по причине набухания и последующего отека межпозвоночного диска, что также сопровождается усилением болей. Абсолютным противопоказанием является интенсивное вытяжение позвоночника механическими аппаратами при воспалении межпозвоночного диска. Оперативное лечение иногда приводит к усилению болей и инвалидности.

10) Общеобезболивающими точками при лечении патологии позвоночника являются: P.7,11, GI.1,4, E.36, V.60. Антиспастическим действием на гладкую мускулатуру (желтые связки позвоночника) оказывает точка F.2. При блуждающих болях: VB.38,41. Точка, которая ликвидирует ухудшение здоровья пациента в связи с изменением погоды – TR.5. Точка по профилактики 100 болезней – V.43.

2. Иглотерапия при шейном радикулите (шейная радикулопатия). Главные клинические симптомы — сильные боли при повороте головы, головные боли в затылочной области, иррадиация болей в обе руки. Надо обязательно обратить внимание на тот факт, что между шейными позвонками фактически отсутствует «межпозвонковые хрящи». Межпозвонковые диски (очень тонкие) начинаются с С.4 по С.7 и ниже. **Поэтому в шейном отделе позвоночника в 90% случаях бывают радикулиты (воспаление корешков нервов) и механические смещения позвонков (подвывихи), а не остеохондрозы (не воспаления межпозвоночных дисков).** Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteопатию).

1) При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии рекомендует применять следующие **местные акупунктурные точки** при лечении шейного радикулита: T.13, T.14, T.15, T.16, T.17, T.26, V.9, V.10, V.11, VB.19, VB.20, 19, 21, 10, 11, 12, TR.15, TR.16, IG.15, 18.

T.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

T.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

T.16 - между затылочной костью и 1-м шейным позвонком.

T.17 - на верхнем крае затылочного бугра.

V.9 - на 0,5 цуня кнаружи от верхнего края затылочного бугра.

V.10 - на 0,5 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонка.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

VB.19 - на 1,5 цуня кнаружи от затылочного бугра.

VB.20 - на 2 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонков.

VB.21 - в центре надостной ямки.

TR.15 - выше середины длины ости лопатки на 1 цунь.

TR.16 - кзади и книзу от сосцевидного отростка в местах прикрепления заднего края кивательной мышцы.

IG.15 - от промежутка 7-го шейного и 1-го грудного позвонков кнаружи на 2 цуня.

- **Внемеридианальные местные точки**, применяемые для лечения шейных радикулитов: 28, 29, 30, 31, 51, 52.

BT.28 - на середине расстояния между мочкой уха и 1-м шейным позвонком.

BT.29 - на 1,5 цуня в сторону от нижнего края остистого отростка 3-го шейного позвонка.

BT.30 - на 2 цуня, выше и на 1 цунь, кнаружи от 7-го шейного позвонка.

BT.31 - под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

- **Новые** местные точки: 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 42, 43, 44, 45, 46, 47.

HT.18 - на голове сзади уха, под концом выступающей хрящевой складки при отогнутом вниз ухе.

HT.20 - на 0,5 цуня выше середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

HT.21 - посредине расстояния от основания мочки уха до границы роста волос.

HT.22 - кнаружи от 1-го шейного края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

HT.23 - от передне-нижнего края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

HT.28 - кнаружи от 1-го шейного позвонка на 2,5 цуня.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

2) Отдаленные точки берут вначале лечения (без подключения местных точек) при наличии сильного болевого синдрома. В дальнейшем отдаленные точки сочетают с местными точками.

- При лечении шейных радикулитов отдаленные точки берутся в основном на голове, шее, груди и руках (меридианы Р и GI): P.1, 2, 7, GI.4, 10, 11, 17, 18, 20, T.10, 9, 8, VB.14, 15, 16, T.20, 24, 26, J.22, 23.

- Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении шейных радикулитов: P.9, 10, 11, GI.1, 5, 6, 11, E.24, 39, IG.2, 3, R.1, 2, TR.10, 15, VB.39. Для воздействия непосредственно на нервы шейного отдела позвоночника надо брать точки IG.6, TR.1.
- Внемеридианальные отдаленные точки на голове, шее и руках: VT.1, 3, 4, 6, 9, 16, 17, 19, VT.21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, VT.99, 100, 101, 120, 123, 126, 127, 129.

VT.1 – на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки T.20, «КОРОНА».

VT.3 - в центре переносицы.

VT.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

VT.21 - на 1 цунь выше точки J.23.

VT.22 - на 0,5 цуня вправо и влево от точки J.23.

VT.26 - под нижним краем угла нижней челюсти, кпереди от места пульсации сонной артерии.

VT.101 - на тыльной поверхности среднего пальца посредине кожной складки дистального межфалангового сустава.

VT.123 - на 1 цунь выше и ниже GI.11.

VT.125 - на 0,5 цуня, выше переднего края подмышечной складки.

- Новые отдаленные точки на шее: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 30, 31, 32, 34.

NT.20 - на 0,5 цуня выше точки TR.17.

NT.22 - на 0,5 цуня кпереди от точки VB.20.

NT.30 - на шее на 1,5 цуня ниже точки TR.17.

3. Иглоотерапия при грудном радикулите и остеохондрозе. Главными клиническими симптомами являются боли при движении в грудном отделе позвоночника, иррадиация болей в плечи и руки, боли в области сердца, боли при глубоком вдохе.

1) Для лечения применяются **местные** корпоральные точки на спине: T.6 - 14, V.11 - 22, V.41 - 50.

- Применяются местные **внемеридианальные** точки на спине: 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 85.

VT.54 - ниже верхне-внутреннего угла лопатки на 1 цунь.

VT.55 - под остистым отростком 2-го грудного позвонка.

VT.56 - кнаружи на 0,5 цуня от нижнего края остистого отростка 3-го грудного позвонка.

VT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

VT.58 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.

VT.59 - кнаружи на 2 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

VT.60 - нижний угол лопатки.

VT.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.

VT.62 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 8-го грудного позвонка.

- Применяются местные **«новые»** точки на спине: 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54.

NT.48 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 4-го грудного позвонка.

NT.49 - посредине латерального края лопатки.

NT.50 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 5-го грудного позвонка.

NT.51 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.

NT.52 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.

NT.53 - 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка 9-го грудного позвонка.

NT.54 - кнаружи на 5 цуней от остистого отростка 12-го грудного позвонка.

2) При лечении верхне-грудных радикулитов (Th.1 - Th.5) берутся **отдаленные точки** в основном на груди и руках: C.5 - 8, IG.2 - 8, E.12 - 18, RP.17 - 21, R.20 - 25, J.13 - 21.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.7 - у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

IG.5 - между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью.

IG.7 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

Е.13 - под ключицей, кнаружи от средней линии груди на 4 цуня.
Е.15 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.
Е.18 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.
РР.17 - в пятом межреберье кнаружи от средней линии на 6 цуней.
РР.20 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.
РР.21 - на средней подмышечной линии в шестом межреберье.
R.23 - в четвертом межреберье кнаружи от средней линии на 2 цуня.
R.25 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.
J.18 - середина тела грудины на уровне суставной вырезки 4-го ребра.
J.20 - место соединения рукоятки и тела грудины на уровне 2-го ребра.

- **Пекинский институт иглотерапии** предлагает считать следующие отдаленные точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении грудных радикулитов:

При болях в руках – Р.3 - 9, Е.19, IG.1, С.1,2,3, VB.40 – 43,41 (!!!). При болях в грудном отделе позвоночника, межреберная невралгия – Р.9, GI.11, Е.39, С.8,9, IG.16,17,МС.7,VB.43. F.3.

- Применяются отдаленные внемеридианальные точки, которые в основном расположены на груди и руках: ВТ.32, 33, 34, 35, 36, ВТ.108, 109, 111, 115, 116, 121, 128, 129.

ВТ.32 - на 1 цунь кнаружи от центра рукоятки грудины.

ВТ.35 - на 3 цуня кнаружи от точки Е.18.

ВТ.116 - на 2 цуня ниже точки Р.5.

ВТ.129 - у заднего края подмышечной складки.

- Применяются новые отдаленные точки на груди и руках: 31, 32, 65, 66 - 73.

НТ.32 - на 2 цуня, справа и слева от J.23.

НТ.66 - на задней поверхности предплечья на 3 цуня, ниже локтевого отростка, между костями предплечья.

НТ.70 - на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня, ниже акромиально-ключичного сочленения.

НТ.73 - в верхней части плеча в центре дельтовидной мышцы.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

4. Осложнение грудного остеохондроза в виде межреберной невралгии. В 80% случаев межреберная невралгия является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Однако, бывают межреберные невралгии не связанные с радикулитами. Причиной возникновения этих межреберных невралгий является следствие травмы грудной клетки, туннельная невропатия кожной веточки, поражение участка нерва вирусной инфекцией (herpes zoster и другие). Межреберная невралгия характеризуется болями постоянного характера, временами резко усиливающимися, в одной или нескольких межреберных областях. Иногда боли носят опоясывающий характер. При большой интенсивности они могут отражаться в область плеча и спины с одной стороны. При акупунктуры (чжэнь-цзю терапии) применяется первый вариант тормозного метода в точках V.12, 13, 14, 15, 17, 19, R.24, 25, 26, 22, F.2, TR.6. Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие точки акупунктуры при лечении межреберной невралгии: Р.8,9,11, Е.12,18,19,39, РР.17 – 21, С.1,2,8,9, МС.1,7, VB.2,3,4,25,43, F.2,3,. Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, которые рекомендовано применять при лечении грудных радикулитов. Часто бывает эффективно лечение точечным массажем, втиранием мазей на основе пчелиного и змеиного яда, периодическое и сильное прогревание места боли.

5. Иглолечение при пояснично-крестцовом радикулите и остеохондрозе. В 20% случаях воспаление диска L.4 – L.5 или L.5 – S.1 приводит к возникновению только люмбалгии (боли в области спины). В 80% случаях воспаление диска сопровождается одновременно люмбалгией и одновременно воспалением седалищного нерва (ишиаса), обусловленного сдавливанием опухшего и отекавшего нерва мышечной фасцией в месте ее выхода из позвоночника. Главными клиническими симптомами являются и боли в пояснице, и иррадиация боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки.

1) Для лечения применяются **местные точки стандартных меридианов** на спине: V.21 - 35, V.50 - 54, VB.25 - 30, T.1 - 6.

VB.25 - у свободного края 12-го ребра.

VB.26 - ниже свободного конца 11-го ребра, на уровне пупка.

VB.30 - на ягодице, кзади от тазобедренного сустава.

T.2 - над местом входа в крестцовый канал.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

- **Внемеридианальные** местные точки на пояснице: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85.

BT.67 - над остистым отростком 2-го поясничного позвонка.

BT.68 - кнаружи на 1 цунь, от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

BT.71 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

BT.73 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

BT.75 - под остистым отростком 5-го поясничного позвонка.

BT.77 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.

BT.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

BT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.82 - над остистым отростком 5-го крестцового позвонка.

BT.85 - по 17 точек справа и слева, на 0,5 цуня, кнаружи от нижнего края каждого грудного и поясничного позвонков.

- **«Новые»** местные точки на пояснице: 55, 56, 57, 58, 59.

HT.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

HT.58 - на 1 цунь ниже середины линии, проведенной от копчика к большому вертелу бедренной кости.

HT.59 - на ягодице, латеральнее точки T.1 на 1,5 цуня.

2) При лечении пояснично-крестцового радикулита применяются **отдаленные** точки, которые расположены в основном на животе и на ногах. При этом необходимо следовать правилу, что отдаленные точки на ногах для лечения поясничных радикулитов берутся на меридианах мочевого и желчного пузыря (V, VB), а для лечения крестцовых радикулитов - точки меридианов желудка, селезенки и почки (E, RP, R). При лечении поясничного радикулита наиболее часто применяются отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: J.5, 6, 7, 8, 9, VB.34 - 44, V.36 - 40, V.55 - 67.

J.5 - ниже пупка 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

J.7 - ниже пупка на 1 цунь,

VB.34 - ниже надколенника на 2 цуня, у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.36 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.41 - между основаниями 4 - 5-й плюсневых костей.

V.36 - в центре ягодичной складки.

V.37 - ниже середины ягодичной складки на 6 цуней.

V.39 - у наружного края подколенной ямки.

V.40 - в центре подколенной ямки.

V.55 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.60 - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.61 - на латеральной поверхности пяточной кости во впадине.

- При лечении крестцовых радикулитов наиболее часто применяются следующие отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: E.35 - 45, RP.6 - 15, R.11 - 17, R.3 - 10, J.1 - 3.

E.37 - на 3 цуня, ниже E.36.

E.39 - выше латеральной лодыжки на 7 цуня, между большеберцовой и малоберцовой костями.

E.43 - между 2 - 3-й плюсневыми костями в самом широком месте.

RP.7 - выше верхнего края медиальной лодыжки на 6 цуней, на 1 цунь, кзади от большеберцовой кости.

RP.14 - выше лобка на 3,5 цуня и на 4 цуня кнаружи от средней линии живота.

R.15 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.13 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.15 - выше лобка на 4 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.5 - на медиальной поверхности середины пяточной кости.

R.8 - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.9 - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, в месте перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

R.10 - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

- **Пекинский институт иглотерапии** предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении пояснично-крестцового радикулита: GI.4,7,10,11, E.43,44,45, V.60, 61, 63, R.6, VB.40, F.5.

- Для лечения пояснично-крестцовых радикулитов часто применяются отдаленные **внемеридианальные** точки на животе и ногах: **ВТ.** 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 132, 134, 139, 142, 144, 145, 146, 150, 152, 156, 161, 163, 164.

ВТ.39 - латеральнее пупка на 1 цунь.

ВТ.40 - на 3,5 цуня латеральнее пупка.

ВТ.41 - ниже пупка на 1,5 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

ВТ.42 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

ВТ.44 - ниже пупка на 2,5 цуня.

ВТ.48 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 2,5 цуня.

ВТ.50 - выше лобка на 0,5 цуня на средней линии живота.

ВТ.132 - на 0,5 цуня вперед и назад от точки на подошве стопы R.1.

ВТ.134 - на подошве в центре пятки.

ВТ.144 - под надколенником на связке надколенника.

ВТ.146 - на вершине медиальной лодыжки.

ВТ.150 - на 5 цуней выше центра медиальной лодыжки.

ВТ.156 - над серединой верхнего края надколенника.

- «**Новые**» отдаленные точки на животе и ногах, применяющиеся при лечении пояснично-крестцового радикулита: 77, 80, 82, 83, 85, 88, 91 - 110.

НТ.77 - на задней стороне пятки, между латеральной и медиальной лодыжками.

НТ.80 - на 0,5 цуня ниже точки E.36.

НТ.81 - на 1 цунь латеральнее точки E.36.

НТ.82 - на 1 цунь выше точки E.36.

НТ.91 - на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости.

НТ.94 - на бедре на 4,5 цуня выше середины верхнего края надколенника.

НТ.100 - на задней стороне бедра на 2 цуня, выше точки V.40.

НТ.105 - выше верхнего края медиального мыщелка бедренной кости на 1,5 цуня.

6. Осложнение пояснично-крестцового радикулита в виде ишиаса. В 80% случаях воспаление межпозвоночного диска сопровождается одновременно люмбалгией и одновременно воспалением седалищного нерва (ишиаса), обусловленного сдавливанием опухшего и отекавшего нерва мышечной фасцией в месте выхода из позвоночника. Главным клиническим симптомом ишиаса является иррадиация сильной боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки. Пациент при ходьбе хромает. В 15% случаях при ишиасе возникает не боль в мышцах голени и стопы, а слабость и снижение чувствительности кожи на ноге. Чжу Лянь предлагает воздействовать на следующие точки акупунктуры: «В 95% случаев ишиас является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Причиной ишиаса, кроме охлаждения, могут быть воспалительные процессы в области таза (особенно воспаление придатков), облитерирующий эндартериит и атероматоз в области бедренной артерии, сакроилиит, спондилартрит, различные инфекции и расстройства обмена веществ (например, сахарный диабет). Обычно боли при ишиасе начинаются от поясницы, распространяются на ягодичную область, заднюю поверхность бедра и голени; иногда боль распространяется по ходу малоберцового нерва. Эти боли особенно усиливаются ночью, имеют жгучий, колющий, сверлящий характер, отдают сверху вниз. При охлаждении и после ходьбы они усиливаются. При нарушении подвижности в пояснично-крестцовой области применяется введение игл по второму варианту метода торможения в точке VB.30. Обычно используют следующие точки: V.23, 24, 25, 27, точки ба-ляо (V.31 - 35), V.36, 37, 39, 40, 60, E.31, RP.6, VB.34».

Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие БАТ при болях в ногах и снижения чувствительности в стопах и голени: E.31 – 45, RP.3,6, V.38,62,67, R.10, VB.37,38,41,43, F.4,5,7.

Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, аналогичные тем, которые рекомендовано применять при лечении пояснично-крестцовых радикулитов.

Необходимо обратить внимание врачей на возможность наличия других причин ишиаса, кроме как радикулит, грыжа диска и остеохондроз: диабет, фуникулярный миелоз, опухоль конского хвоста. Например, в последнее десятилетие врачи во всём мире часто диагностируют диабет, который (как они полагают) стал болезнью века по причине большого количества стрессовых ситуаций, которые сопровождают современную жизнь. Чаше других нервных стволов при диабете воспаляются седалищный, бедренный, и локтевой нервы. Игло- и мануальная терапия при диабетическом ишиасе совершенно не эффективна.

Причина более крупных стволов нервов при диабете следующая. При диабете сначала появляется сверхвысокая концентрация глюкозы в крови. Током крови глюкоза разносится по всем тканям и органам, и в некоторых из них возникает процесс кристаллизации молекул глюкозы. Внутри крупных нервных стволов также могут возникать мелкие кристаллы из молекул глюкозы (похожие на кристаллы сахара-песка), которые вызывают давление на окружающие нервные клетки, что в свою очередь становится причиной сильных болей. Вот почему одним из методов успешного лечения невритов при диабете являются инъекции инсулина (5 – 15 ЕД, разведенных в 5 миллилитрах 0,5% раствора новокаина) непосредственно около нервного ствола, и обязательно в место, где надавливание на нерв вызывает наиболее сильную болезненность. При этом важно не повредить инъекционной иглой сам нерв, и в тоже время врачу нужно постараться ввести раствор инсулина как можно ближе к кристаллу, расположенного внутри нервного ствола.

§ 49. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря.

Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: паралич седалищного нерва (70%), ухудшение иннервации, чувство «бегание мурашек», парестезии на нижней конечности (80%), энурез (14%), поносы (34%) и другие. Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане почек.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря можно проводить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (IG - и R +) в суточном цикле и (GI - и R+) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (E +) по закону «муж - жена» и (P +) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане мочевого пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 3 до 5 часов ночи и в январе.

2. Воздействие на **тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы.

V.64 (тон) - впереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей, во впадине.

3. Седатируется **ло-пункт** спаренного меридиана.

R.4 (сед) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия.

4. Возбуждается **тонизирующая точка и точка-сочувствия меридиана.**

V.67 (тон) - см. п. 2.

V.28 (тон) - кнаружи 1,5 цуня, от промежутка 2-3-го крестцовых позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).

R.4 (сед) - см. п. 3.

V.64 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируются **точки выхода и входа энергии.**

V.1 (тон) - кнаружи от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (тон) - см. п. 2.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь».**

R.5 (сед) - в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

V.67 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

9. В суточном (- IG - V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем соседний позадистоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берут точки IG.8 и R.7, в годовом – GI.2 и R.7.

IG.8 (сед) - между медиальным мышцелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

R.7 (тон) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

GI.2 (тон) - на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

V.66 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (тон) - кзади и кнаружи от головки 5-го пальца плюсневой кости.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

GI.2 (сед) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальной пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

R.10 (тон) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мышцелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец V.60 и точка-родник V.40.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней.

T.20 (сед) – от надпереносья 7,5 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Заболевания с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря встречаются редко, поэтому ихписание опускается.

§ 50. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане почек.

Общая информация по лечению. Так как меридиан почек является энергетическим антагонистом меридиана мочевого пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане мочевого пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан почек можно лечить все болезни меридиана мочевого пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечатся болезни почек, надпочечника, костей, костного мозга, биохимические изменения нервных клеток головного мозга (функциональные изменения лечат воздействием на меридиан сердца), биохимические изменения волос, патологию зубов, все гинекологические заболевания, мужскую импотенцию, поллюции, болезнь ушей и слухового аппарата, патологию органа равновесия, расположенного во внутреннем ухе (головокружение, тошнота). Воздействием на меридиан можно вылечить функциональную патологию "трех сфинктеров": мочеиспускательного канала (энурез или затрудненное мочеиспускание), влагалища (выпадение влагалища, вагинизм), ануса (выпадение прямой кишки, затрудненный акт дефекации).

Избыток энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: бессонница (50%), гинекологические болезни (50%), мигрень у женщин (70%), ревматизм (40%), болезненные поллюции (50%), ночное недержание мочи (энурез, 80%), ишурия (40%), гипотонии и гипертонии, заболевания внутреннего уха (катаральные отиты, снижение слуха, шум в ушах, 80%), нарушение равновесия и головокружение, многие другие болезни. Гипотония и гипертония возникают при дисбалансе энергии в меридиане печени (белковая, онкотическая этиология), в меридиане почек (эндокринная и солевая, осмотическая этиология) и в меридиане перикарда, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология). При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом повышенной умственной и физической выносливости человека и злоупотреблением человеком этими качествами.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане почек можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (V – и MC+) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (RP-) по закону “муж - жена” и (GI -) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане почек применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 17 до 19 часов и в январе.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана (R.1, 2) и на ее точку-пособник (R.3) .

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности, между 2 - 3-й плюсневыми костями, в самой широкой части промежутка.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

R.3 (сед) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

3. Седатируется **ло-пункт** меридиана.

R.4 (сед) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости.

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия**.

R.1, 2 (сед) - см. п.2.

V.23 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.23 (сед) - см. п.4.

VB.25 (сед) - у свободного конца 12-го ребра.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «**большой укол**»).

R.4 (сед) - см. п.3.

V.64 (тон) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

7. Седатируются точки входа и выхода энергии.

R.1 (сед) - см. п. 2.

R.22 (сед) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

8. Седатируется точка-щель.

R.8 (сед) - выше медиальной лодыжки на 2 цуня, у заднего края большеберцовой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «**полдень-полночь**».

GI.11 (тон) - у наружного края локтевого сгиба.

R.1 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «**муж-жена**»).

RP.2 (тон) - на внутренней стороне 1-го пальца стопы, дистальнее плюсне-фалангового сустава.

11. В суточном (- V—R—MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (по правилу «**мать-сын**»). В суточном и годовом циклах берутся одинаковые точки V.67 и MC.7.

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

MC.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

R.10 (тон) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

R.2 (сед) – на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

V.65 (тон) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (сед) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло-пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

R.7 (сед) – выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнаружи от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

R.10 (сед) – кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян»:

(R+).1, 2, 3, 7, 10 – **J.23** – (C-).9, 8, 7, 4, 3 (Средний инь).

(IG+).5, 8, 1, 2, 3 – **V.1** – (V-).60, 40, 67, 66, 65 (Большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (сед) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (сед) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (сед) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (сед) – кзади на 1 цунь, от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (тон) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (тон) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (тон) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (тон) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (тон) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (сед) – запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (сед) – между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (сед) – на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (сед) – дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (сед) – кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (тон) – на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (тон) – в центре подколенной ямки.

V.67 (тон) – кнаружи от ногтевого ложа 5 пальца стопы на 3 мм.

V.66 (тон) – кпереди от плюсно – фалангового сустава.

V.65 (тон) – кзади от головки 5 плюсневой кости.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан почек входит в следующие точки пересечения: Т.1, J.3, J.4, R.22, P.6.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

R.22 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане почек происходит сброс «излишества» энергии в чудесный меридиан № 7. Освобождение энергии из ЧМ № 7 осуществляется следующим образом: точка-ключ МС.6 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (R.9, RP.12,13,15,16, F.14, J.22,23); точка - связующая RP.4 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 7 следующая.

МС.6 (тон, точка-ключ) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка – связующая) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка - щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (сед, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

R.9 (сед, точка основы) – у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше медиальной лодыжки на 5 цуней.

RP.12 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, у нижнего края середины паховой связки.

RP.13 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня и на 1 цунь выше лобка.

RP.16 (сед, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1,5 цуня выше пупка.

F.14 (сед, точка основы) – на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

J.23 (сед, точка основы) – между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан почек получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.7.

J.7 (сед) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, МС, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки Т.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

19. Усиливает диурез сочетание точек R.1 + R.2. Воздействие на эти точки в сочетании с VB.8 снимает похмельный синдром.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Бессонница (Чжу Лянь): «Согласно традиционным воззрениям, почки играют роль хранилища чистой энергии в организме. При избытке энергии в почке и в ее меридиане возникают бессонница, возбуждение, маниакальные и реактивные состояния. При бессоннице седатируют следующие точки акупунктуры: Т.20,Т.16, V.15, 19, 20, 25, 43, GI.11, E.36, 41, 44, С.7, МС.6, VB.39, R.1, E.8».

- Применяются следующие **внемеридиональные точки**, расположенные в основном на голове и на ногах: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 90, 122, 130, 132, 134, 135, 147, 166 -171.

ВТ.1 - на 1 цунь впереди, сзади и по бокам от точки Т.20 (от переноса вверх и назад на 7,5 цуня).

ВТ.2 - от переноса вверх на 1,5 цуня.

ВТ.3 - посередине между медиальными концами бровей.

ВТ.10 - на черепе под вершиной ушной раковины (соответствует верхнему углу складки, образованной при сгибании ушной раковины вперед).

ВТ.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.

ВТ.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, вперед и назад от точки R.1.

ВТ.133 - на 1 цунь, сзади от точки R.1, на подошве ноги.

ВТ.134 - на подошве в центре пятки.

ВТ.149 - на 3 цуня, выше от середины между пяточным сухожилием и вершиной медиальной лодыжки.

- Применяются следующие **аурикулярные точки**: 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 30 - лоб, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 87 - желудок, 100 - сердце.
- Пекинский институт иглотерапии утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах) при бессоннице являются: E.27, RP.6, R.6, MC.7, TR.5, 16, F.10, T.4, 24.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде **«погони за блуждающей болью»**.
- **Японская акупрессура (шиацу)**. Для лечения бессонницы японские врачи рекомендуют воздействовать давлением пальцев на следующие акупунктурные точки. Пациент ложится на бок и головой на твердую подушечку. Лечение проводится сначала слева, а потом справа.

- 1) Врач начинает сеанс пятикратным давлением средней силы большим пальцем на внемеридиональную точку ВТ.27, которая располагается на боковой поверхности шеи, на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.
- 2) Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.
- 3) Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: Т.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и Т.15), точка № 1 располагается на 1 см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 на 3 см ниже.
- 4) Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков: V.10 (снаружи от Т.15 на 1 цунь), а точки № 1, 2, 3, 4, 5, 6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

2. Звон и шум в ушах при неврите слухового нерва. Китайские иглотерапевты так описывают причину возникновения шума в ушах: *«Способность ушей слышать зависит от первичной энергии ЧИ почек, поэтому внутреннее и наружное ухо тесно связаны с энергетическим уровнем меридиана почек. Все заболевания ушей надо лечить изменением энергии в меридиане почек. Например, шум в ушах указывает на наличие чрезмерно высокой энергии в меридиане почек. Кроме того, все воздействия на ухо (аурикулярная иглотерапия) изменяют количество энергии в меридиане почек, увеличивая ее или уменьшая»*. (Чжу Лянь)

Звон в ушах всегда лечится хуже, чем шум в ушах. У молодых людей чаще всего звон и шум в ушах возникает при сильной интоксикации слухового нерва во время гриппа, пневмонии, гнойного отита, пищевого отравления, отравления лекарством отогенного действия (стрептомицин, гентамицин и т. д.), дифтерии. Как правило, интоксикационные невриты, сопровождающиеся ощущением шума в ушах, хорошо излечиваются иглотерапией, физиотерапией и фитотерапией. Очень плохо поддаются излечению травматические невриты, сопровождающиеся ощущением шума в ушах (при переломах основания мозга и так далее). У стариков шум в ушах возникает по причине склероза капилляров, кровоснабжающих внутреннее ухо. В этом случае эффект от лечения бывает временный, нестойкий.

Методика иглотерапевтического лечения сводится к седатации местных точек (на голове) и отдаленных точек (на руках, ногах, туловище). К местным точкам относятся TR.17 - 22, IG.19, VB.2, 3, 6, 20, T.7, 8, V.10. Отдаленные точки: VB.21, T.14, MC.6, 7, 9, C.7, RP.6, P.9, GI.3, 4, 11, IG.3, VB.39.

Применяется большое количество **внемеридиональных точек**: 9, 10, 11, 12, 13, 21, 24, 25, 28, 102, 110, 111.

BT.9 - на 1 цунь кзади от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

BT.10 - на черепе над вершиной ушной раковины (соответствует складке, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед).

BT.13 - ниже- передний край сосцевидного отростка.

BT.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца руки, посередине кожной складки дистального межфалангового сустава.

BT.110 - на тыле кисти между основаниями 2 - 3-й пястных костей.

BT.111 - на тыле кисти между основаниями 4 - 5-й пястных костей.

- Применяются **новые точки**: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 63, 66.

NT.13, 14, 15 - от сустава нижней челюсти (VB.2) на 0,3 цуня вверх, вниз и вперед.

NT.16 - перед мочкой уха в борозде.

NT.18 - за ушной раковиной (на уровне уголка уха, который получается при отогнутом вниз ухе).

NT.20 - на 0,5 цуня выше от середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

NT.21 - позади ушной раковины, посередине между основанием мочки уха и границей роста волос.

NT.63 - на локтевой стороне кисти, посередине расстояния от головки до основания 5-й пястной кости.

NT.65 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, между локтевой и лучевой костью, на тыльной поверхности предплечья.

NT.66 - на задней поверхности предплечья, на 3 цуня ниже локтевого отростка, между костями предплечья.

- Воздействуют на **аурикулярные точки** (AT): 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 25 - ствол мозга, 20 - наружное ухо, 9 - внутреннее ухо, 55 – шэнь-мэнь.

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует седатировать при шуме и звоне в ушах, при снижении слуха следующие точки акупунктуры: GI.1 – 7, IG.2 – 9, 16, 17, 19, V.8, 65, TR.2, 5, 7, 10, 16 – 21 (!), VB.2, 10, 11, 20, 43, 44, T.15.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

3. Головокружение вестибулярного генеза. Пекинский институт иглотерапии рекомендует при лечении головокружения тонизировать акупунктурные точки: P.3, 10, E.27, 41, C.3, 5, 6, IG.5 V.2, 5, 6, 8, 11, 18, 62, 65, TR.2, 23, VB.3, 4, 13, 16, 17, 21, 41, 43, T.15 – 24.

§ 51. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане почек.

Возникновение недостатка энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: быстрая утомляемость (90%), импотенция у мужчин, фригидность у женщин (70%), бесплодие (50%), нарушение менструального цикла (70%), энурез (85%), подагра (50%), гломерулонефрит (40%), пиелонефрит (30%), кариес зубов (50%), мочекаменная болезнь (30%), облысение (80%), ломкость (сечение) волос (70%) и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом пониженной умственной и физической выносливости человека - астении.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане почек можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (V+ и MC-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (RP +) по закону “муж-жена” и (GI+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане почек применяются следующие методы:

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 5 до 7 часов утра и в декабре.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.

R.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кзади от большеберцовой кости на 1 цунь.

R.3 (тон) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

3. Седатируется ло - пункт спаренного меридиана.

V.58 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуня, на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

R.7 (тон) - см. п. 2.

V.23 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го поясничных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана V и тонизируется точка-пособник меридиана R (**правило «большой укол»**).

V.58 (сед) - см. п. 3.

R.3 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка выхода и входа энергии.

R.1 (тон) - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.22 (тон) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу **«полночь-полдень»**.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

R.7 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

RP.5 (сед) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине между вершущей лодыжки и бугром ладьевидной кости.

9. В суточном (- V -R—MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки V.65 и MC.9, для годового – те же точки V.65 и MC.9.

V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

MC.9 (тон) – на кончике концевой фаланги среднего пальца кисти, отступя от ногтевого ложа вниз на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

R.2 (тон) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

V.65 (сед) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец R.1 и точка-родник R.2.

R.1 (тон) - см. п.9.

R.2 (тон) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан почек получает энергию от нижней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.7.

J.7 (тон) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (тон) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (сед) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Импотенция. При лечении импотенции тонизируют следующие основные точки (М.К. Усова, С.А. Морохов): Т.4, R.4, V.23, V.31, 34, J.6, 4, 3, VB.31, E.36, RP.6, RP.9, MC.8.

Т.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

R.4 - кнаружи от места прикрепления пяточного сухожилия.

VB.31 - на латеральной поверхности бедра, выше надколенника на 5 цуней,

R.9 - у задне -нижнего края медиального мышелка большеберцовой кости, ниже надколенника на 2 цуня,

MC.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

- Для лечения импотенции используют **внемеридиональные и новые точки**, расположенные в основном на животе и пояснице: VT.42, 43, 44, 45, 49, 50, 68, 69, 71, 72, 74, 79, 80, 81. NT.39, 40, 41, 56, 58, 59.

VT.42 - на 3 цуня, кнаружи от J.6, которая расположена на 1,5 цуня ниже пупка.

VT.43 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня. ,

VT.45 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 1 цунь.

VT.46 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 3 цуня.

VT.49 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 3 цуня.

VT.50 - выше лобка на 0,5 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

VT.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

VT.69 - на 4 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

VT.70 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

VT.74 - на 3,8 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

VT.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

VT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

NT.39 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

NT.41 - на паховой складке, на границе ее наружной и верхней трети.

- Эффективно лечение импотенции при воздействии на **аурикулярные точки**: 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 23 - яичник, 34 - кора головного мозга, 56 - полость таза, 58 - сексуальная точка, 93 - простата, 95 - почки, 79 - наружные половые органы.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить импотенцию (улучшая кровенаполнение полового члена) с обязательным включением в рецептуру точек акупунктуры: RP.14, R.2, 9, 14, 15, 16, 17, F.4,5, T.2, 3, 4, J.1 – 6. Стимулирует выделение половых гормонов тонизация следующих точек: GI.4, 10, E.24 – 30, RP.1 – 12, C.8, V.23, 28, 31, 32, 40, 52, R.1 – 19, MC.5, VB.27,28,41, F.1 – 11, T.2,3, J.1 – 6. Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при нарушении в гормональной сфере:

- при общих нарушениях гормонально-половой сферы тонизировать – E.24, RP.1, 2, 6(!), 8 (аспермия), при вегетативно - эндокринных дисфункциях седатировать – V.10, T.14.
- при болезненных месячных (седатировать) – RP.10, V.55,56, R.1 – 8, MC.5, VB.21,40, F.1,2 !!, 3-10.
- при бесплодии тонизировать – R.1,2, F.3,11!!.
- при импотенции тонизировать – V. 64, 65 (половые точки), R.9,10, T.4.
- при недостаточной деятельности гипофиза – TR.3 (тонизировать), щитовидной железы – TR.2 (тонизировать), яичников у женщин, яичек у мужчин – V.49, 50, E.30 (тонизировать).
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

Шиацу. Лечение импотенции. Импотенция у мужчин и фригидность у женщин лечится одинаковыми методами. Усилить половое влечение и тем самым способствовать гармоничным интимным отношениям помогут следующие приемы шиацу.

- 1) Пациент ложится на живот. Врач производит надавливание на область крестца в точках Т.2 (над копчиком, у места входа в крестцовый канал) и в точках № 1,2,3,4 располагающихся по направлению вверх по крестцу на удалении от Т.2 на 1, 2, 3, 4 сантиметра.
- 2) Пациент ложится на спину. Проводится воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач, положив одну руку на другую, давит ладонью на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка. Процедура производится с расчетом возбуждающего воздействия на солнечное сплетение. При этом не допускается сдавливание брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника.
- 3) Для улучшения работы печени используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится снаружи на 4 цуня от передне – срединной линии на уровне точки J.15 (конец мечевидного отростка грудины). Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.
- 4) Надавливание на точку живота J.4 (выше лобка на 2 цуня) и глубокий массаж органов малого таза. При этой процедуре мочевого пузыря должен быть пустым.
- 5) Через плавки проводят давление на точку J.1 (на промежности, между мошонкой и задним проходом). Благодаря этому приему делается опосредованный массаж простаты и корня полового члена, по которому идут сосуды, снабжающие кровью половой член. Массаж промежности делается длительностью не менее 5 минут.
- 6) Растирание верхней лобковой связки, расположенной у края лобковой кости увеличивает секреторную способность яичек. Японские врачи рекомендуют всем мужчинам проводить каждое утро сжатие яичек. Количество сжатий должно равняться возрасту мужчины. При этой процедуре из тканей яичек в кровь выделяется большое количество половых гормонов. Кроме того, мужчинам, страдающим импотенцией, даются следующие рекомендации: ежедневно заниматься длительным бегом по лесу не меньше 1 часа в день, после бега обливаться холодной водой или ежедневно проплывать в бассейне с морской водой не меньше 500 метров, ежедневно делать предельное раздвижение ног в разные стороны типа «шпагата» на 10 минут для улучшения кровообращения промежности, не переедать, не перегреваться в бане, длительность сна должна составлять не менее 8 часов в сутки, половой жизнью заниматься в неделю один день (с обязательным выбросом семени два раза в течение данного дня, то есть – из двух яичек). Все половые акты на протяжении недели (кроме «разгрузочного» одного дня) проводить без семяизвержения, так как ежедневное семяизвержение и ежедневная половая жизнь быстро приводит мужчину к истощению и временной импотенции.

Шиацу. Лечение фригидности у женщин включает акупрессу уже описанных точек и дополнительно некоторые другие приемы. Проводится обыкновенный массаж щитовидной железы, и одновременно назначаются микродозы йода. Пациентка ложится на спину, под шею подкладывается валик, голова запрокидывается назад. Железа полностью выходит наружу. Массажиром растирается и поглаживается. Надавливается точка на спине V.49, которая проецируется над надпочечниками, вырабатывающими половые гормоны. Надавливаются 4 точки на пояснице, располагающиеся на расстоянии 0,5 цуня, от задне – срединной линии напротив остистых отростков 2,3,4,5 поясничных позвонков. Надавливаются точки на ягодице. От точки V.30 (на 1,5 цуня от срединной линии, напротив 2 крестцового остистого отростка) берутся 4 точки снаружи и точно горизонтально на расстоянии 1 см друг от друга. Еще 4 точки берутся от V.30 по линии, направляющейся к большому вертелу бедра. Точки для воздействия акупрессуры на активизацию деятельности щитовидной железы: E.10,11, J.22. E.10 – снаружи от нижнего края щитовидного хряща, у переднего края кивательной мышцы. E.11 – на верхнем крае грудинного конца ключицы, между двумя сухожилиями кивательной мышцы. J.22 – в центре яремной вырезки грудины. V.49 – снаружи на 3 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 – 12 грудных позвонков.

2. Зубная боль. Кости и зубы контролируются меридианом почек. Для профилактики кариеса зубов рекомендуется методика по повышению энергии в меридиане почек, так как кариес возникает при дефиците энергии в меридиане. Удаление зубов производится после введения анестезирующего вещества в десну (новокаин, совкаин и др.). Однако, многие больные, алергизированные к этим медикаментам, не переносят их попадания в организм. В этом случае иглотерапия с успехом заменяет

анестезирующее вещество. Введение игл в соответствующие точки акупунктуры снимает зубную боль на 4 - 6 часов и даже дает возможность производить сверления и экстракцию зубов. При удалении зуба под акупунктурной анестезией больной чувствует лишь очень слабую, вполне терпимую боль. Для этого применяется сильная стимуляция точек на стороне больного зуба на голове (местные точки): E.3, 4, 5, 6, 7, IG.17, IG.18, 19, TR.17, 22, VB.2, 3, 11, 20, J.24, T.28, 27, 26, GI.19, 20. Аналгетическим действием обладают следующие отдаленные точки: P.11, GI.4, GI.7, GI.11, E.36, 44, MC.6, MC.8, V.60, R.3.

E.3 - на пересечении вертикальной линии, опущенной с середины длины нижнего края орбиты глаза и вертикальной линии, проведенной от носо-губной складки.

E.4 - на 0,5 цуня от наружного угла рта.

E.5 - на 1 цунь впереди от угла нижней челюсти.

E.6 - вверху от угла нижней челюсти на 1 цунь.

E.7 - впереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти.

IG.17 - ниже основания мочки уха на 1 цунь.

IG.18 - под нижним краем тела скуловой кости, уровень наружного угла глаза.

TR.17 - впереди от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

TR.22 - у передне-верхнего основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости.

VB.2 - у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

VB.3 - на пересечении передней границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

T.28 - по средней линии на слизистой оболочке в месте перехода десны в верхнюю губу.

P.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, снаружи от него на 3 мм.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

MC.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

- Анестезирующим эффектом при лечении зубной боли обладают многие **внемеридиональные и новые точки**: ВТ: 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 22, 95, 99, 101, 107, 116, 137, 138, 146, 151; НТ: 16, 18, 25, 30.

ВТ.9 - на 1 цунь впереди от середины расстояния между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.18 - на пересечении перпендикулярной линии от E.4 (от латерального угла рта на 0,5 цуня снаружи) и горизонтальной линии от J.24 (подбородочно-губная складка).

ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

ВТ.95 - на ладонной стороне 2-го пальца руки в центре пястно-фалангового сустава.

ВТ.101 - на тыльной поверхности 2-го пальца руки, посередине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.107 - восемь точек на тыле кистей в межпальцевых промежутках между головками пястных костей.

ВТ.116 - на внутренней стороне предплечья на 2 цуня, ниже точки P.5 (в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча).

ВТ.137 - восемь точек на тыле стоп напротив межпальцевых складок, между головками плюсневых костей.

ВТ.138 - посередине задней поверхности ахиллова сухожилия, на уровне прикрепления сухожилия к пяточной кости.

ВТ.146 - на вершине медиальной лодыжки.

ВТ.151 - на вершине латеральной лодыжки.

- Весьма эффективны **аурикулярные точки** при зубной боли: 1 - верхняя точка анальгезии при экстракции зубов, 7 - нижняя точка анальгезии, 5 - верхняя челюсть, 3 - дно ротовой полости, 11 - щека, 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 27, 26 - зубная боль. При подборе аурикулярных точек рекомендуется в первую очередь воздействовать на болевые, которые выявляются методом давления ручки акупунктурной иглы на одну из вышеперечисленных точек.

Пекинский институт иглотерапии считает самыми эффективными отдаленными точками (на руках и ногах) при зубной боли: P.7, GI.1, 2, 5, 6, 10, 11, 16, E.42, C.3, IG.5, R.7, MC.8, TR.5, F.2.

3. Неврастения (Чжу Лянь): «Неврастения является одной из распространенных форм невроза. Клинически она проявляется чередованием симптомов повышенной возбудимости и истощаемости. Ее

наиболее характерные симптомы: головная боль, головокружение, нарушение сна (кошмарные сновидения, бессонница, неглубокий сон), неустойчивость настроения, повышенная возбудимость, быстрая утомляемость, ослабление памяти, понижение работоспособности, половая слабость у мужчин, преждевременное семяизвержение, подавленное настроение. Наиболее часто лечение начинают с применения второго варианта тормозного метода. Первый курс лечения продолжается 1 - 2 недели, процедуры ежедневные. Чжэнь и цзю проводится 1 - 2 недели в следующих точках: V.11, V.43, E.36, GI.4, MC.6, RP.6, C.7, C.5, VB.39, T.14, V.13, T.4, T.3, V.25, V.22, V.23, V.28, J.4, IG.15, V.21, GI.11, TR.5, GI.3, E.44».

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

V.43 - кнаружи на 3 цуня от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1 цунь, между сухожилием локтевого сгибателя кисти и поверхностным сгибателем пальцев.

C.7 - на лучезапястной складке.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

V.22 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

TR.5 - выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

E.44 - между головками 2 - 3-й плюсневых костей.

GI.3 - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

• **Внемеридиональные точки:** 1, 13, 28, 53, 54, 55, 57, 64, 115, 118, 121, 125, 143, 166, 167, 168, 169, 170, 171. **Новые точки:** 27, 28, 29, 78.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от T.20.

BT.13 - на 1 цунь кзади от TR.17 (на середине между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти).

BT.28 - на 0,5 цуня выше середины линии, соединяющей нижний край точки уха и первый шейный позвонок.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.115 - на тыле запястья, между GI.5 (анатомическая табакерка) и TR.4 (лучезапястный сустав).

BT.121 - на тыле предплечья, на 6 цуней выше середины лучезапястного сустава.

BT.125 - на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке.

BT.143 - на 1 цунь ниже E.36.

BT.166 - на 1 цунь выше латерального края подколенной складки.

BT.167 - на 2 цуня выше латерального края подколенной складки.

BT.168, 169, 170, 171 – выше латерального края подколенной складки соответственно на 2, 3, 4, 5 цуней.

HT.29 - на верхушке сосцевидного отростка.

HT.78 - на 1,5 цуня, выше E.41 (в центре голеностопного сустава на сгибе стопы).

• **Аурикулярные точки:** 33 - лоб, 34 - кора головного мозга, 35 - висок, 36 - вершина черепа, 55 - шэнь-мэнь, 87 - желудок, 113 - возбуждение, 98 - селезенка.

4. Эпикондилиты. Кости контролируются меридианом почек. Частой болезнью у спортсменов и у людей, имеющих работу, связанную с тяжелым физическим трудом, являются эпикондилиты.

• **Клинические симптомы.** Эпикондилитом называется болезнь, вызванная чрезмерным сокращением мышц предплечья, которое вызывает отслойку надкостницы в месте прикрепления мышц на медиальном или латеральном мыщелке (epicondylus) плечевой кости. Клинически заболевание проявляется болями при физической нагрузке в области локтевого сустава. На самой вершине мыщелка, где прикрепляются сухожилия нескольких мышц предплечья, при надавливании пальцем врач определяет очень болезненную точку размером 0,5 × 0,5 сантиметра. В этом месте от сильного сокращения мышц произошла отслойка надкостницы, которая как тонкая пленка покрывает все кости по наружной поверхности, в том числе и на месте прикрепления к ним сухожилий мышц. При эпикондилите надкостница отслаивается от кости (от чрезмерного сокращения мышцы) на расстояние 0,5 миллиметра и полость заполняется экссудатом. По причине отслоения надкостницы возникают боли при физической нагрузке и надавливании пальцем не только в области локтевого сустава (не только эпикондилиты), но и в месте прикрепления дельтовидной мышцы на верхней трети боковой поверхности плечевой кости, на остистых

отростках позвоночника, на сосцевидном отростке в месте прикрепления кивательной мышцы, в местах прикрепления мышц на бедренной кости. Точечные боли при эпикондилитах и других патологиях, связанных с отслойкой надкостницы, необходимо дифференцировать от туннельных невропатий. Отличие этих заболеваний состоит в том, что точечные боли по причине отслойки надкостницы возникают там, где мышца прикрепляется к кости, а туннельная невропатия имеет точечные боли в месте расположения мышц, покрытых фасциями. Лечение всех патологий, вызванных отслойкой надкостницы от кости методом иглотерапии – абсолютно одинаковое.

- **Лечение эпикондилитов.** Данная патология хорошо лечится иглотерапией. Порядок лечения следующий. Врач точно определяет болезненную точку на латеральном или медиальном мыщелке плеча. Вводит 4 иглы точно в болевую область. Иглы обязательно должны проколоть надкостницу в области ее отслойки и вонзиться в кость на 0,3 миллиметра. Иглы держатся 5 минут. Далее иглы вытаскиваются, и в надкостнице образуется 4 отверстия. Затем врач прикладывает БАТку, смоченную спиртом к месту введение игл, и, сильно нажимая нижележащие мягкие ткани, выдавливает из полости под надкостницей экссудат. После выхода экссудата из полости в мягкие ткани, надкостница прилипает к кости. Далее возникает медленное приживание надкостницы к кости, которое у старых людей длится 40 дней, а у молодых – 15 дней. Все это время пациент должен вести физически пассивный образ жизни. Руку желательно повесить на косынку и не напрягать мышцы руки на протяжении месяца после иглотерапевтического лечения. Если больной будет продолжать делать физические упражнения данной рукой, то от напряжения мышц повторно произойдет отслойка надкостницы и лечения не наступит. Полезно прогревание места лечения сухим теплом (грелкой, УВЧ). Лечение отслойки надкостницы на других местах скелета лечится аналогичным образом.

5. Энурез. Сфинктер мочевого пузыря контролируется меридианом почек. «Метод чжэнь-цзю особенно эффективен при лечении ночного недержания мочи, чаще наблюдающегося у детей, реже у взрослых. При этом у детей применяется второй вариант возбуждающего метода, у взрослых – второй вариант тормозного метода. Укалывание производится в точках: V.23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, E.36, RP.6, T.1, 4, F.2». Чжу Лянь.

- Применяются **внемеридиональные точки** на пояснице и в области крестца: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84.
 - BT.66 - на 3,5 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го поясничного позвонка.
 - BT.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.
 - BT.70 - над остистым отростком 3-го поясничного позвонка.
 - BT.74 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.
 - BT.77 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.
 - BT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.
 - BT.81 - над остистым отростком 4-го крестцового позвонка.Применяются новые точки, расположенные в области поясницы и крестца: 55, 56, 57, 59.
 - HT.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.
 - HT.59 - на ягодице на 1,5 цуня кнаружи от точки T.1.
- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. По данным **Пекинского института иглотерапии** специфической точкой воздействия на гипофиз с целью увеличения выделения антидиуретического гормона является тонизация точки TR.3, для уменьшения выделения мочи ночью воздействуют на почки – седатируют R.2, снимают спазм мышц мочевого пузыря седатацией V.66 и 67, для **усиления спазма сфинктора мочевого канала необходимо тонизировать V.51 и 52**. Для лечения энуреза рекомендовано применять следующие точки акупунктуры : P.5, GI.8,9, E22,23, RP.9,10,11, C.8, V.22 – 35, R.1 – 17, VB.27,28, F.1 – 6, T.2 – 6.
- Применяются следующие **аурикулярные точки**: 22 - железы внутренней секреции, 28 - гипофиз , 34 - кора головного мозга, 79 - наружные половые органы, 80 - мочеиспускательный канал, 83 - солнечное сплетение, 92 - мочевой пузырь, 94 - мочеточник, 95 - почка.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде **«погони за блуждающей болью»**.

Шиацу. Лечение энуреза.

В начале сеанса рекомендуется произвести давление на 5 точек, расположенных вдоль поясничных позвонков. Это точки удалены на 0,5 цуня от остистых отростков 1,2,3,4,5 поясничных позвонков.

Производится давление на 3 точки крестца, расположенные между его остистыми отростками 1 – 2, 2 – 3, 3 – 4.

Делается массаж мочевого пузыря, а его спастическое состояние снимается дозированным давлением на точку J.3, расположенную в проекции мочевого пузыря.

Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

- **Комплексное лечение энуреза.** Главная причина возникновения ночного недержания мочи – это невроз, потеря контроля коры головного мозга над деятельностью подкорки, которая регулирует функции внутренних органов: легких, сердца, кишечника, мочевого пузыря и т. д. «Отключение» контроля за деятельностью мочевого пузыря (возникает непроизвольный спазм мышц мочевого пузыря и расслабление сфинктера) происходит по причине слишком глубокого сна у пациента. Как правило, больных энурезом детей матери поднимают в туалет ночью и наблюдают картину сверхглубокого торможения мозговых процессов: ребенок фактически не просыпается, на вопросы отвечает не по теме, засыпает на горшке, или, не помочившись, ложится опять в постель. Утром ребенок не помнит, как его очень долго будили, как он ходил в туалет и на какие вопросы отвечал. Такое глубокое запредельное торможение коры мозга по ночам является патологией. Именно эта патология и приводит к ночному бесконтрольному мочеиспусканию. Перед врачом стоит две главные задачи. **Во-первых**, необходимо сделать чутким сон и подчинить деятельность мочеиспускательного канала сознанию человека. **Во-вторых**, необходимо уменьшить процесс ночного мочевыделения почками и одновременно убрать спазм мочевого пузыря, чтобы увеличить его вместимость в 2 - 3 раза.

1) Чуткий сон. Ни в коем случае не стоит назначать снотворные препараты и транквилизаторы. «Углубление» сна не способствует излечению этой болезни. Для излечения от энуреза надо добиться положения, чтобы сон ребенка был поверхностным, чутким. Рекомендуется ребенку спать днем 3 часа. Ребенку на ночь ему дают выпить несколько глотков кофе или крепкого чая. При трудноизлечимом энуреза одновременно с возбуждающей иглотерапией и акупрессурой используют вещества, снижающие глубину сна – стимуляторы ЦНС и антидепрессанты, имизин, кофеин, фенамин, эфедрин, мелипрамин, амитриптилин и другие медикаменты. К иглотерапии надо одновременно добавить элементы психотерапевтического воздействия на сознание ребенка. Каждый ребенок боится иглотерапевтического лечения. Поэтому ему надо говорить о том, что если он будет глубоко спать и обмочит постельные принадлежности, то количество иголок на следующем сеансе увеличится.

Хорошие результаты достигаются при «чисто» психотерапевтическом лечении. При этом необходимо помнить, что мозг надо не успокаивать, а наоборот возбуждать и тонизировать, делая сон поверхностным. Как народное психотерапевтическое средство используется «зашептывание энуреза» бабками-шептухами. Бормотание непонятных слов старухи в полумраке и ее странные действия с хлебом, солью, деревянной палочкой, свечкой вызывают в душе ребенка страх, подозрительность, напряженность. В психиатрии описаны такие парадоксальные реакции у пациента, когда они абсолютно не воспринимают громкую речь и, наоборот, на них производит сильное действие тихая шепотная речь. Все больные энурезом дети, имеют неврозоподобный склад психического развития с парадоксальной реакцией на шепотную речь. Если ребенок сильно внушаем, очень впечатлителен, то действия бабки-шептухи сделают сон чутким и приведут к излечению.

2) Снижение ночного мочевыделения. Ребенку, больному энурезом, не рекомендуется пить много воды на протяжении всего дня и особенно ограничивать потребление воды перед сном (после 18 часов). Ночной диурез снижают в 2 - 5 раз гормоны гипофиза (адиурекрин и его синтетические аналоги, питуитрин, окситоцин). Поэтому в первые дни иглотерапевтического лечения не лишнем будет применение этих средств. Адиурекрин (сухой питуитрин) является порошком с содержанием антидиуретического гормона, полученного из задней доли гипофиза рогатого скота. Перед сном лекарство вдыхают носом, так как оно хорошо всасывается слизистой носа в кровь и далее поступает к почкам больного ребенка. На процедуру используется 0,025 грамма адиурекрина. Аналогичными

антидиуретическими свойствами обладает питуитрин, который представляет собой экстракт из задней доли гипофиза рогатого скота и содержит гормоны окситоцин и вазопрессин. Применяются растворы лекарства в ампулах, содержащих по 10 ЕД питуитрина. Закапывается в нос перед сном по 3 капли в каждую ноздрю (при отсутствии насморка).

3) В 70% причина энуреза у детей является невротическое развитие личности. Но в 30% случаев энурез развивается по причине остеохондроза и смещение позвонков L.4, L.5 в поясничном отделе. Такие энурезы очень хорошо лечатся мануальной терапией.

§ 52. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане перикарда.

Общая информация по лечению. Так как меридиан перикарда является энергетическим антагонистом меридиана трех обогревателей, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане трех обогревателей повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан трех обогревателей можно лечить болезни меридиана трех обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана перикарда (седатацией) лечат болезни спазма капилляров (артериальной их части) – болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, мигрень и другие.

Избыток энергии в меридиане перикарда вызывают следующие болезни: гипертония (50%), болезнь Рейно (70%), облитерирующий эндартериит ног (40%), акропарестезии (40%), синдром Меньера (40%), эритромегалия (40%), мигрени (50%), гипертонии психогенные (20%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца. Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом застревания эмоций на длительное время, когда не срабатывает механизм быстрого переключения эмоций.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R+ и TR-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R-) по закону “муж-жена” и (E-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 19 до 21 часа и в феврале.

2. Успокаивающее воздействие **на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник МС.7** (которая одновременно является седатирующей и точкой-пособником).

МС.7 (сед) - в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

3. Седатируется **ло - пункт меридиана.**

МС.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия.**

МС.7 (сед) - см. п. 2.

V.14 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

5. Седатируются **точка-сочувствия и точка-глашатай.**

V.14 (сед) - см. п.4.

МС.1 (сед) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней,

6. Седатируется **ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).**

МС.6 (сед) - см. п. 3.

TR.4 (тон) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев, во впадине.

7. Седатируется **точка входа и выхода энергии.**

МС.1 (сед) - см. п. 5.

МС.8 (сед) - в середине ладони, между 3 - 4 - й пястными костями.

8. Седатируется точка-щель.

МС.4 (сед) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

Е.41 (тон) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

МС.7 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

Р.7 (тон) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнутри от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

11. В суточном (- R — МС — TR -) и годовом (- R—МС—TR -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки R.7 и TR.10, для годового — те же точки R.7 и TR.10.

Р.7 (тон) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

МС.3 (тон) — у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

МС.8 (сед) — в середине ладони, между III и IV пястными костями.

▪ Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (сед) — на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

Р.10 (тон) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

12. Применение групповых ло — пунктов:

МС.5 (седатируем) — между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) — выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

РР.6 (тонизируем) — кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) — выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (Р.7, МС.6, J.1).

Р.7 (сед) - у лучевого края лучевой кости на 1,5 ц выше лучезапястной складки, сразу за шиловидным отростком лучевой кости.

МС.6 (сед) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 2 цуня.

J.1 (сед) - у мужчин между мошонкой и задним проходом, у женщин между спайкой больших половых губ и задним проходом.

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

МС.5 (сед) - выше лучезапястной складки на 3 цуня, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

МС.3 (сед) - в середине локтевого сгиба, у локтевого края двуглавой мышцы плеча.

15. Точки у-шу в системе «малый инь—средний ян».

(F-).1, 2, 3, 4, 8 — **J.18** — (МС+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR-).6, 10, 1, 2, 3 — **TR.22** — (VB+).38, 34, 44, 43, 33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) — середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тон) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тон) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тон) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (тон) – впереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тон) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (сед) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (сед) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

MC.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (сед) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (сед) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тон) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тон) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тон) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тон) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (сед) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (сед) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (сед) – на 4 пальце стопы, снаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (сед) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (сед) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

15. Седатируются точки пересечения. Меридиан перикарда входит в следующие точки пересечения: J.17 и MC.1.

16 Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане перикарда происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17, R.16-24); точка-связующая MC.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку-цель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MC.6 (тон, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка-ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка-щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (тон, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

E.30 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (сед, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан перикарда получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – на передне-срединной линии на груди, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Болезнь Рейно (Е.Л. Мачерет и И.З. Самосюк, Украина). Болезнь характеризуется приступами спазма сосудов, чаще всего кистей рук, реже стоп ног. В типичных случаях можно выделить три фазы приступа. Первая характеризуется собственно спазмом сосудов, это проявляется бледностью пальцев рук и их похолоданием. Вторая фаза проявляется цианотичной окраской кисти вследствие нарушения венозного оттока. В третьей фазе сосуды расширяются, кожа становится ярко-красной и исчезает боль, имевшая место в первых двух фазах. Рекомендуются лечить болезнь точками акупунктуры: MC.5, 6, 7, C.5, 7, P.7, 9, J.3, 9, J.4, 11, TR.5, 8, F.2, 3.

- Применяются следующие **внемеридиональные точки** на голове и кистях рук: 1, 3, 6, 10, 11, 12, 86, 87, 88, 89, 92, 96, 97, 100, 102, 107, 109, 110, 115, 116.

BT.1 - на 1 цунь, впереди, сзади и по бокам от T.20.

BT.20 - на задней поверхности ушной раковины на каждой из трех вен.

BT.86 - на кончиках всех 10 пальцев кисти.

BT.91 - на ладонной стороне 1-го пальца, посередине межфаланговой складки.

BT.95 - на ладонной стороне 3-го пальца в центре пястно-фалангового сустава.

BT.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца посередине кожной складки дистальнее межфалангового сустава.

BT.107 - восемь точек на тыле кистей между головками пястных костей.

BT.109 - на тыле кисти между 3 - 4-й пястными костями напротив ладонной точки MC.8.

Применяются следующие новые точки на кистях рук: 60, 61, 62, 63.

HT.60 - на ладони и на 0,5 цуня, проксимальнее от головок 3 - 4-й пястных костей.

HT.63 - на локтевой стороне кисти посередине расстояния между IG.3 и IG.4 (между головкой 5-й пястной кости и ее основанием).

- Применяются следующие **аурикулярные точки**: 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 67 - кисть, 95 - почки, 98 - селезенка.
- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует при болезни Рейно седатировать следующие местные точки: C.1 – 4, MC.8. При болях и судорогах в руках : P.6,8, GI.4,7,11,12,16, E.19, C.5,8,9, IG.1 – 14, MC.3,6, TR.3 – 13, VB.21.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

2. Мигрень. Мигрень возникает от спазма мелких артерий (капилляров) головного мозга. Деятельность капилляров контролирует меридиан перикарда. «Мигрень относится к группе ангионеврозов и характеризуется периодически возобновляющимися приступами головной боли, часто локализующимися в одной половине головы (справа или слева). Приступы мигрени обычно начинаются в молодом возрасте. Провоцирующими факторами могут быть переутомление, волнение, алкогольное опьянение, перегревание. У женщин приступ мигрени может возникнуть перед менструальным циклом. Приступ мигрени длится несколько часов, иногда несколько дней. Боль локализуется в определенном участке головы, лицо обычно бледнеет, конечности становятся холодными». (Чжу Лянь, Китай). Не рекомендуется брать много точек за одну процедуру. Головные боли вызываются спазмом сосудов коры больших полушарий, поэтому применяется тормозной метод воздействия на точки. На возникновение мигренозных головных болей оказывают большое влияние дисфункции желез, вырабатывающих половые гормоны. Приступ возникает в момент перенасыщения гормонами организма перед менструальным циклом у женщин или в период климакса. Как известно, меридиан почек оказывает сильное влияние на половые органы человека. Поэтому он с успехом используется для лечения мигрени у женщин. Чжу Лянь рекомендует воздействовать на следующие точки при мигренозных головных болях: E.8, VB.8,6, 20, 21, V.10, 15, T.16, 18, 20, 23, VB.1, 4, 5, 6, 14, E.6, 44, J.4, 12, 24, GI.4, 10, V.2, TR.22, RP.6.

- Внемеридиональные точки: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 27, 42, 43, 134, 135, 137, 140.

BT.5 - над бровью, на уровне зрачка глаза.

BT.6 - посредине брови, на уровне зрачка глаза.

BT.7 - на 3 мм снаружи от латерального угла глаза.

BT.9 - на 1 цунь назад от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

BT.27 - на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.

BT.42 - на 1,5 цуня ниже пупка и снаружи на 3 цуня.

BT.43 - выше лобка на 3 цуня и снаружи на 1,5 цуня.

- **Аурикулярные точки** см. в разделе «Бессонница».

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить мигрень седацией следующих отдаленных акупунктурных точек: P.7,10, GI.4,5,6,11, E.2,8,36,39,40,41,45, C.5,6, IG.1,7,9, V.1 – 10,19,60(!),62 – 67, MC.7,9, TR.1,2,12,18 (боль от венозного застоя), 19,22,23, VB.1 – 13, 19,20,21,37,41,43,44, T.4, 26 (боль от полнокровия мозга) 11 – 28.

- **Шиацу. Головная боль** (после длительной умственной работы, от физической усталости, жары, бессонницы, в период похмельного синдрома, мигрень). Часто по утрам отмечается тяжесть в голове, плохое настроение, несдержанность. По утрам такие симптомы особенно характерны для лиц, потреблявших большое количество алкоголя вечером предшествующего дня. Причиной этого является застой венозной крови в голове. Гнетущее состояние можно легко устранить, стимулируя приток свежей крови с помощью воздействия методом шиацу.

1) Сначала пациента укладывают на спину, голова на высокой подушке. Накрывается салфеткой волосистая часть головы и врач производит давление на пять точек по срединной линии волосистой части головы (T.24, 23, 22, 21, 20). Они располагаются соответственно на 0,5, 1, 1,5, 3 и 4,5 цуня от границы волосистой части лба. На каждую точку производится сильное давление 5 – 10 раз большим пальцем руки. Далее надавливают на 5 точек на голове (см. выше), которые расположены на линии, параллельной срединной, но снаружи от нее на 1 см. Это линия мочевого пузыря. Третья линия с 5 точками акупунктуры находится снаружи от срединной линии головы на 2 см и проходит параллельно двум первым.

2) При потреблении избыточного количества алкоголя ухудшается функция печени. Для улучшения ее работы используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки, на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится снаружи от J.15 (конец мечевидного отростка грудины) на 4 цуня. Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.

3) Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок и головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию

должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку дают 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом на правую.

5) Пациент лежит на боку. Воздействуют на 3 точки височной области головы. Они располагаются на линии, соединяющей орбиту глаза и ушную раковину. Каждую точку дают 10 раз, сначала слева, а потом справа.

6) Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков справа и слева: V.10 (от точки между 1 – 2 шейными позвонками кнаружи на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10 и ниже друг друга на 1 см. Эти точки осуществляют воздействие на продолговатый мозг.

Славянская акупунктура при лечении головных болей. Народные целители России утверждают, что почти все головные боли (кроме болей из-за повышенного кровяного давления, опухоли или травмы) возникают от накопления солей в местах прикрепления мышц к костям черепа. Особенно много солей скапливается на затылке (VB.11,19,V.9,T.17), где у человека в возрасте 40 лет и старше всегда можно найти твердые образования величиной с рисовое зерно. Раздавливание скопления солей ощущается под пальцем как бег пузырьков в разные стороны. Такие же образования находят на шее, когда их прижимают к шейным позвонкам. После описанных процедур ликвидации «скопления солей» головные боли проходят.

3. Облитерирующий эндартериит ног. Лечится следующими точками акупунктуры (Е.Л.Мачерет, И.З.Самосюк): «Метод рефлексотерапии является весьма эффективным в начальных стадиях. Используют тормозные методики. Выбирают точки в пояснично-крестцовой области и точки на нижних конечностях. К наиболее часто используемым точкам относятся следующие: T.4, V.31 - 35, E.36, VB.34, V.40, V.60, F.2, F.3, R.5, RP.4, RP.5, RP.6. При иглоукалывании в точки E.36 и VB.34 улучшается кровоснабжение мышц конечностей».

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

V.31 - соответствует первому заднему крестцовому отверстию.

V.32 - соответствует второму заднему крестцовому отверстию.

V.35 - у верхнего края копчика, кверху и кнаружи от T.1 на 0,5 цуня, между ягодичными мышцами.

V.40 - в центре подколенной ямки.

V.60 - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

E.36 - кнаружи от гребешков большеберцовой кости на 2 цуня, ниже надколенника на 3 цуня.

VB.34 - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже надколенника на 2 цуня.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

R.5 - на медиальной поверхности пяточной кости.

RP.4 - на внутренней поверхности стопы, на передне - нижнем крае основания 1-й плюсневой кости.

- Внемеридиональные точки: 130, 132, 133, 134, 137, 141, 142, 144, 146, 147, 151, 156, 157, 164. Новые точки: 93, 94, 97, 103.

BT.130 на подошве, в кожной складке между головками первых фаланг 1 - 2-го пальцев стопы.

BT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, проксимальнее и дистальнее R.1.

BT.134 - на подошве в центре пятки.

BT.141 - на 1 цунь ниже V.60.

BT.142 - на 2 цуня ниже E.36.

BT.151 - на вершине латеральной лодыжки.

BT.156 - под серединой верхнего края надколенника, в углублении при согнутой в коленном суставе ноге.

HT.94 - на бедре, выше середины верхнего края надколенника на 4,5 цуня.

HT.97 - на 2 цуня впереди от VB.31 (на латеральной поверхности бедра, выше надколенника 5 цуней, при вытянутых вдоль туловища руках кончик среднего пальца точно указывает эту точку).

HT.102 - на задней стороне бедра, на 2 цуня, выше V.37 (ниже ягодичной складки на 6 цуней).

- Аурикулярные точки: 22 - железы внутренней секреции, 55 – шэнь-мэнь, 46 - пальцы ног, 48 - голеностопный сустав, 49 - коленный сустав, 52 - седалищный нерв, 165 - нижние конечности.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

§ 53. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане перикарда: предрасположенность к обморочным состояниям (70%), гипотонии психогенные (70%), контрактура Дюпюитрена (60%), плечевые плекситы (30%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца. Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом быстрой смены эмоций, когда не срабатывает механизм длительного сохранения эмоции в сознании человека.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R- и TR+) в суточном цикле и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R +) по закону “муж-жена” и (E +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 7 до 9 часов утра и в марте.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

MC.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки.

MC.7 (тон) - в середине лучезапястного сустава.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

TR.5 (сед) - выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

MC.9 (тон) - см. п. 2.

V.14 (тон) - кнаружи на 1 цунь от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (правило «большой укол»).

TR.5 (сед) - см. п. 3.

MC.7 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

MC.1 (тон) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней.

MC.8 (тон) - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

E.45 (сед) - кнаружи от ногтевого ложа 2-го пальца стопы на 3 мм.

MC.9 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

R.1 (сед) - на подошвенной поверхности стопы между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы.

9. В суточном (- R—MC—TR -) и годовом (- R—MC—TR -) циклах седатируем соседний впереди стоящий меридиан и тонизируем соседний позади стоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном и в годовом циклах берутся точки R.2 и TR.3.

R.2 (сед) - на середине медиальной поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

TR.3 (тон) – между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

■ Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

MC.3 (сед) – у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (тон) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

MC.9 (тон) – см. п. 2.

MC.8 (тон) – см. п. 6.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан перикарда получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – переднесрединная линия на груди, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) – на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тон) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (сед) – кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане перикарда встречаются редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 54. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела.

Общая информация по лечению. Так как меридиан трех полостей тела является энергетическим антагонистом меридиана перикарда, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане перикарда повышается, а при тонизации – снижается. Поэтому через воздействие на меридиан перикарда можно лечить болезни меридиана трех обогревателей. Воздействием на энергетический потенциал меридиана трех обогревателей лечатся болезни всех внутренних органов грудной и брюшной полостей. При этом излечение органов при воздействии на этот меридиан характеризуется комплексностью. Точки TR.1 – TR.5 (кисть руки) воздействуют на верхнюю часть тройного обогревателя (ШАН–ЦЗЯО), где расположены легкие, сердце, перикард. Точки TR.6 – TR.15 (плечо и предплечье) воздействуют на среднюю часть тройного обогревателя (ЧЖУН–ЦЗЯО), где расположены желудок, тонкий кишечник, желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа, печень. Точки TR.16 – TR.23 (шея и голова) воздействуют на нижнюю часть тройного обогревателя (СЯ–ЦЗЯО), где расположены почка, мочевой пузырь, толстый кишечник (сигмовидная и прямая кишка).

Избыток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: эпилепсия (60%), синдром Паркинсона (40%) и т. д. Избыток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека, так как что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане перикарда.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (MC - и VB +) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V -) по закону «муж-жена» и (RP-) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 21 до 23 часов и в феврале.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и на его точку -пособник.

TR.10 (сед) – на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

TR.4 (сед) – на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

TR.5 (сед) - тыл предплечья, выше середины лучезапястного сустава на 2 цуня.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

TR.10 (сед) - см. п. 2.

V.22 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка остистых отростков 1 - 2-го поясничных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.22 (сед) - см. п. 4.

J.5 (сед) - ниже пупка на 2 цуня.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

TR.4 (сед) - см. п.2.

MC.7 (тон) - ладонная поверхность кисти, в середине лучезапястного сустава.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

TR.1 (сед) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.23 (сед) - у наружного конца брови.

8. Седатируется точка-щель.

TR.7 (сед) - в локтевую сторону на 0,5 цуня от точки TR.6, которая расположена выше лучезапястного сустава на 3 цуня, и между локтевой и лучевой костями.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

RP.2 (тон) - на внутренней стороне 1-го пальца дистальной плюсне-фалангового сустава.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

V.67 (тон) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 мм.

11. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном и годовом циклах берутся точки MC.9 и VB.38.

MC.9 (тон) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

TR.6 (сед) - между лучевой и локтевой костями, выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

MC.8 (тон) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (седатируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (седатируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (тонизируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (тонизируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

TR.2 (сед) - во впадине между пястно-фаланговыми суставами 4 - 5-го пальцев руки.

TR.3 (сед) - между 4 - 5-й пястными костями, кзади от головки 4-й пястной кости.

15. Точки у-шу в системе «малый инь—средний ян».

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (сед) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (сед) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (сед) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (сед) – впереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) – сзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (тон) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястными костями.

MC.7 (тон) – в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

MC.5 (тон) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (тон) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (сед) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (сед) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (сед) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (сед) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тон) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тон) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тон) – на 4 пальце стопы, снаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тон) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тон) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан трех полостей тела входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.22, J.22, J.3, J.12, R.22, VB.3, 4, 21, IG.12, 18, 19.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

R.22 - в пятом межреберье, от средней линии груди на 2 цуня.

IG.12 - середина верхнего края ости лопатки.

IG.19 - между козелком и суставным отростком нижней челюсти.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки

пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (Т.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане трех обогревателей происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка-ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт Т.1 и точку - щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

TR.5 (тон, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

Т.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

VB. 26 (сед, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.

VB. 27 (сед, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.

VB. 28 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан трех обогревателей получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тон) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

19. Специфические точки. Уменьшает чувствительность организма человека к изменению погоды точка TR.5, которую седатируют и подвергают сильной стимуляции на протяжении 30 минут (подкручивают или греют). После воздействия на точку у пациента ликвидируются головные боли, боли в суставах и в мышцах, вызванные перепадом атмосферного давления.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Эпилепсия (по Чжу Лянь). «Провоцирующим фактором является сильное эмоциональное возбуждение. Большие припадки у некоторых больных начинаются внезапной потерей сознания. Одновременно всю мускулатуру охватывают тонические судороги. При прикусывании языка изо рта выделяется кровавая слюна. Припадок длится несколько минут. После припадка наступает сон. Часто чжэнь-цзю терапия при эпилепсии бывает эффективна. У некоторых больных после лечения не наблюдалось припадков в течение нескольких лет. Рекомендовано лечить эпилепсию следующими основными точками акупунктуры: Т.12, 15, 14, 16, 20, 24, J.12, 14, 15, R.16 RP.1, P.11, V.6, 62, MC.5, 8, VB.21».

Т.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го поясничных позвонков.

Т.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

Т.20 - от надпереносья на 7,5 цуня вверх.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

R.1 - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

RP.1 - кнутри от ногтевого ложа 1-го пальца стопы на 3 мм.

P.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм.

V.61 - латеральная поверхность пяточной кости, во впадине.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня, на ладонной поверхности предплечья, между костями предплечья.

- Широко применяются внемеридиональные точки: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 31, 79, 86, 90, 130, 132. Используются новые точки: 17, 18, 19, 20.

BT.1 - на 1 цунь впереди, сзади и по бокам от точки T.20.

BT.3 - в центре переносицы.

BT.13 - нижний край сосцевидного отростка.

BT.31 - на задней средней линии, под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

BT.79 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.86 - на кончиках всех пальцев руки.

BT.90 - на ладонной стороне 3-го пальца руки, посередине складки между средней и дистальной фалангами.

BT.130 - на подошве, в кожной складке между проксимальными головками (основаниями) первых фаланг 1 - 2-го пальцев стопы.

BT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, проксимальнее и дистальнее R.1.

- Аурикулярные точки рекомендуется брать следующие (Х. Лу): 55 - шэнь-мэнь, 39 - затылок, 100 - сердце, 89 - желудок, 121 - малый затылочный нерв, 95 - почки, 34 - кора головного мозга, 25 - ствол мозга, 33 - лоб.

§ 55. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела.

Недостаток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: вестибулярное головокружение (40%), несахарный диабет (30%), снижение функции щитовидной железы (40%), климакс (30%), снижение лактации (20%), последствия инсульта (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека потому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане перикарда.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (MC+ и VB-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V +) по закону “муж-жена” и (RP +) по закону “полдень-полночь”.

A. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане трех полостей тела применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 9 до 11 часов и в феврале.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

TR.3 (тон) - между головками 4 - 5-го пястных костей.

TR.4 (тон) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, между костями предплечья.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

MC.6 (сед) - выше лучезапястной складки на 2 цуня, ладонная поверхность предплечья, между костями предплечья.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

TR.3 (тон) - см. п. 2.

V.22 (тон) - снаружи на 1,5 цуня от промежутка 1 - 2-го поясничных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (правило «большой укол»).

MC.6 (сед) - см. п.3.

TR.4 (тон) - см. п.2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

TR.1 (тон) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.23 (тон) - у наружного конца брови.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

RP.5 (сед) - впереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине.

TR.3 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

V.65 (сед) – на наружной поверхности стопы, кзади от головки 5 плюсневой кости.

9. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан от TR и тонизируется соседний впереди стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного и годового циклов берутся точки MC.7 и VB.43.

MC.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-ой плюсневых костей.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

TR.6 (тон) - между лучевой и локтевой костями, выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

MC.8 (сед) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (тон) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

TR.6 (тон) - тыл предплечья, выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между костями предплечья.

TR.10 (тон) - на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан трех обогревателей получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

T.20 (сед) – от надпереносья 7,5 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела встречаются очень редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 56. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря.

Общая информация по лечению. Так как меридиан желчного пузыря является энергетическим антагонистом меридиана печени, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане печени повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все перечисленные болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана лечат болезни желчного пузыря.

Избыток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: холециститы (70%), озлобленность и возбудимость (60%) и другие. Избыток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане печени.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (TR+ и F-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (GI-) по закону «муж-жена» и (C-) по закону «полдень-полночь».

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 23 часов до 1 часа ночи и в апреле.

2. Успокаивающее воздействие **на седативную точку меридиана и на его точку - пособник.**

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.40 (сед) - у нижнего края латеральной лодыжки.

3. **Седатируется ло- пункт меридиана.**

VB.37 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. **Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.**

VB.38 (сед) - см. п. 2.

V.19 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

5. **Седатируется точка-сочувствия (V.19) и точка-глашатай (VB.23 или VB.24).**

V.19 (сед) - см. п.4.

VB.23 (сед) - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

VB.24 (сед) - на 1 цунь, ниже пересечения реберной дуги и среднеключичной линии.

6. **Седатируется ло- пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).**

VB.37 (сед) - см. п. 3.

F.3 (тон) - в самом узком месте между 1 - 2-й плюсневыми костями.

7. **Седатируется точка входа и выхода энергии.**

VB.1 (сед) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (сед) - в самой узкой части (около основания) между 4 - 5-й плюсневыми костями.

8. **Седатируется точка-щель.**

VB.36 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

9. **Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».**

C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

VB.38 (сед) - см. п. 2.

10. **Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).**

GI.11 (тон) – у наружного края локтевого сгиба.

11. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах тонизируется соседний впереди стоящий меридиан и седатируется соседний позади стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного и годового циклов берутся точки TR.3 и F.2.

TR.3 (тон) - между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

F.2 (сед) - между головками I — II плюсневых костей. Топографическая анатомия: та же.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

VB.34 (тон) - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня.

VB.38 (сед) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (тон) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.1 (сед) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

12. **Применение групповых ло — пунктов:**

МС.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие ян-ло- пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

VB.43 (сед) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

VB.41 (сед) - см. п. 7.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян»

(F-).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR-).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB+).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тон) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тон) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тон) – между основаниями 2-3 плюсневыми костями.

F.4 (тон) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тон) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

МС.9 (сед) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

МС.8 (сед) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

МС.7 (сед) – в середине лучезапястного сустава.

МС.5 (сед) – выше запястья на 3 цуня.

МС.3 (сед) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тон) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тон) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тон) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тон) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тон) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (сед) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (сед) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (сед) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (сед) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (сед) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан желчного пузыря входит в следующие точки пересечения: T.1, T.13, T.14, T.19, T.22, J.3, 7, V.11, MC.1, R.22, E.7,8, TR.20, 22, 17, F.13, 14, VB.1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 21, 24.

T.13 - между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

T.19 - выше и назад от надпереносья на 9 цуней.

T.22 - выше и назад от надпереносья на 4,5 цуней.

J.7 - ниже пупка на 1 цунь.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между остистыми отростками 1 - 2-го грудных позвонков.

TR.17 - кзади от основания мочки уха между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

F.13 - перед свободным концом 1-го ребра на четвертой боковой линии живота.

VB.1 - см. п. 7.

VB.8 - над основанием раковины уха на 3 цуня, на месте шва теменной и височной костей.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане желчного пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка - ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло- пункт T.1 и точку- щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

TR.5 (тон, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (сед, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

T.1 (тон, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом.

VB.35 (сед, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

VB. 26 (сед, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.

VB. 27 (сед, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.

VB. 28 (сед, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желчного пузыря получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.17.

J.17 (сед) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно- мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (сед) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (сед) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (тон) – от надпереносья на 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

T.20 (тон) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с избытком энергии в меридиане желчного пузыря встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 57. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря.

Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: желче - каменная болезнь (70%), апатия, депрессия (20%), ипохондрический невроз (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане печени.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (TR- и F+) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (GI +) по закону “муж - жена” и (C+) по закону “полдень-полночь”.

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 11 до 13 часов и в мае.

2. Воздействие **на тонизирующую точку меридиана и точку - пособник.**

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

VB.40 (тон) - у нижнего края латеральной лодыжки.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

F.5 (сед) - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

VB.43 (тон) - см. п.2.

V.19 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник меридиана (**правило «большой укол»**).

F.5 (сед) - см. п. 3.

VB.40 (тон) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

VB.1 (тон) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (тон) - у основания 4 - 5-й плюсневых костей.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень — полночь».**

C.7 (сед) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (**правило «муж-жена»**).

GI.2 (сед) - на лучевой стороне 2-го пальца, дистальнее пястно-фалангового сустава.

GI.3 (сед) - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

9. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах седатируем соседний впереди стоящий меридиан и тонизируется соседний позади стоящий (**по правилу «мать-сын»**). В суточном цикле берутся точки TR.3 и F.2, в годовом берутся те же точки.

TR.10 (сед) - на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».

VB.34 (сед) - во впадине у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, ниже нижнего края надколенника на 2 цуня.

VB.38 (тон) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

- Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».

TR.10 (сед) – на задней поверхности плеча, на 1 ц выше локтевого отростка.

F.1 (тон) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

VB.38 (тон) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.34 (тон) - у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан желчного пузыря получает энергию от верхней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.17.

J.17 (тон) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии T.15 или T.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—T.19 или T.20.

T.15 (тон) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

T.16 (тон) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

T.19 (сед) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

T.20 (сед) – от надпереносья 7,5 цуней.

Б. Эмпирическая акупунктура.

Болезни с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

§ 58. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане печени.

Общая информация по лечению. Так как меридиан печени является энергетическим антагонистом меридиана желчного пузыря, то при его седатации (торможении) энергия в меридиане желчного пузыря повышается, а при тонизации - снижается. Поэтому через воздействие на меридиан печени можно лечить все болезни меридиана желчного пузыря. Кроме того, воздействием на энергетический потенциал меридиана печени лечатся болезни печени, глаз, сухожилий, вен, патологические изменения биохимического и гистологического состава крови (синтез белковых фракций крови, лейкоцитов, эритроцитов, лимфоцитов), свертываемости (синтез тромбоцитов), изменение удельного веса крови (жидкая или густая), излечиваются психические болезни типа апатии, депрессии, бессонницы, налаживается синтез желчи, которая осуществляет переваривание жира.

Избыток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипертоническая болезнь (60%), вегето - сосудистая дистония по гипертоническому типу (40%), гепатит (70%), алкоголизм, токсикомания, наркомания, табакокурение (80%), глаукома (70%), близорукость (90%), реактивные психозы (20%) и др. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом чрезмерного проявления воли, упорства, настойчивости, упрямства.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB – и P +) в суточном цикле и (VB- и C +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P-) по закону “муж - жена” и (IG-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P+).

А. Энергетическая акупунктура.

Для уменьшения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 1 до 3 часов ночи и в мае.

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана и на его точку-посленик.

F.2(сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

F.3(сед) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

F.5(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 5 цуней.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

F.2 (сед) - см. п. 2.

VB.18 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

VB.18 (сед) - см. п.4.

F.14(сед) - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

6. Седатируется ло-пункт и тонизируется точка-пособник спаренного меридиана (правило «большой укол»).

F.5 (сед) - см. п.3.

VB.40 (тон) - у нижнего края латеральной лодыжки во впадине кзади и кверху от кубовидной кости.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

F.1(сед) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив на 3 мм от ногтевого ложа.

F.14 (сед) - см. п.5.

8. Седатируется точка-щель.

F.6(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 7 цуней.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

IG.3 (тон) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края.

F.2 (сед) - см. п. 2.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

11. В суточном (- VB — F — P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах тонизируем соседний впереди стоящий меридиан и седатируем соседний позади стоящий (правило «мать-сын»). В суточном цикле берутся точки VB.43 и P.5, в годовом—VB.43 и C.7.

VB.43 (тон) - между головками 4 - 5-й плюсневых костей.

P.5 (сед) - в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

C.7 (сед) - у сухожилия лучевого сгибателя кисти, на ладонной поверхности кисти, во впадине между гороховидной и локтевой костями.

• **Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «у-шу элемента».**

F.1 (тон) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

F.2 (сед) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

• **Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». Вариант «элемент в элементе».**

VB.38 (тон) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (сед) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (тонизируем) – между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

TR.8 (тонизируем) – выше лучезапястного сустава на 4 ц между локтевой и лучевой костями.

RP.6 (седатируем) – кзади от большеберцовой кости, на 3 ц выше верхнего края медиальной лодыжки.

VB.39 (седатируем) – выше верхнего края латеральной лодыжки на 3 ц, у переднего края малоберцовой кости.

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (R.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на точки у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

F.4 (сед) - на тыльной поверхности стопы во впадине, кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян».

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь)

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (сед) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (сед) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (сед) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (сед) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (сед) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (сед) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (тон) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (тон) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

MC.7 (тон) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (тон) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (тон) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (сед) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (сед) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (сед) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (сед) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (сед) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тон) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тон) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тон) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тон) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тон) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан печени входит в следующие точки пересечения: J.2, J.3, J.4, J.17, MC.1, VB.3, 24, F.13, 14, RP.12, 13.

J.2 - в середине верхнего края лобковой кости.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.17 - на середине грудины, на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

MC.1 - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии на 5 цуней.

VB.3 - на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

F.14 - см. п.5.

RP.13 - выше лобка на 1 цунь, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские иглотерапевты придерживаются следующего правила извлечения избытка энергии из чудесного меридиана. Вначале необходимо воздействовать на 2 - 3 точки пересечения данного стандартного меридиана, имеющего избыток энергии более 5 – 8 дней, и на специфические точки пересечения для всех чудесных меридианов (T.27, V.1) в целях улучшения связей

между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т, J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ. При избытке энергии в меридиане печени происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17, R.16-24); точка - связующая MC.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт J.15 и точку - щель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MC.6 (тон, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (сед, точка- ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

R.6 (сед, точка-щель) – ниже медиальной лодыжки, на границе тыльной и подошвенной поверхности кожи стопы.

J.15 (тон, групповой ло-пункт) – книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь, .

E.30 (сед, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (сед, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

18. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан печени получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Уменьшается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря седатации точки J.12.

J.12 (сед) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (сед) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (сед) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (тон) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

19. Специфическое воздействие на все сухожилия тела осуществляет точка VB.34.

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гипертоническая болезнь лечится и по избытку энергии в меридиане **печени** (если диагностирована гипертония белковой, онкотической этиологии, что происходит в 50% случаев), и по избытку энергии в меридиане **почек** (если диагностирована гипертония эндокринной, сосудистой, солевой, осмотической этиологии, в 30% случаев), и по избытку энергии в меридиане **селезенки** (гипертония водной этиологии, в 10% случаев), и по избытку в меридиане **перикарда**, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология, например, склероз сосудов сердца, аорты, что происходит всего в 10% случаев). Китайский иглотерапевт Чжу Лянь предлагает применять следующие акупунктурные точки: «Эффект тем лучше, чем менее запущено заболевание. Применяется первый или второй вариант тормозного метода. Чаще всего используются следующие точки: IG.14, GI.4, 11, E.9, 11, 36, VB.30, 39, V.24, RP.6, 10, F.2, 13, J.15. При головной боли и болях в сердце к обычным сеансам укалывания 1 - 2 раза в день добавляется прижигание в точках GI.4, E.36, VB.39. Лечение ведут курсами по 2 - 3 недели с перерывами на 2 - 5 дней, всего до 3 месяцев. Если требуется дальнейшее лечение, то его проводят уже после большого перерыва».

IG.14 - у внутреннего края лопатки на уровне 1-го грудного позвонка.

GI.4 - между 1 - 2-й пястными костями.

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба.

E.9 - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

E.11 - на верхнем крае грудинного конца ключицы.

E.36 - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 1 цунь, ниже надколенника на 3 цуня.

VB.30 - на ягодице кзади от тазобедренного сустава.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

V.24 - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 3 - 4-го поясничных позвонков.

РР.6 - кзади от большеберцовой кости на 1,5 цуня, выше медиальной лодыжки на 3 цуня,
РР.10 - у верхнего края медиального мышечка бедренной кости.
F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.
F.13 - перед свободным концом 11-го ребра на четвертой боковой линии живота.
J.15 - книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует применять для лечения гипертонии следующие точки акупунктуры: Р.11, GI.15, E.9,36, C.7, V.19,24,25,26,40, MC.6,7,8, VB.20 (!),25,30(!), F.13,14.
- Используется большое количество **внемеридиональных точек**: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 21, 34, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 89, 90, 93, 108, 119, 121, 125, 130, 131, 132, 133, 140 и т. д.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки T.20.

BT.3 - в центре переносицы.

BT.4 - на носу, на середине расстояния между внутренними углами глаз.

BT.10 - на уровне вершины ушной раковины, на волосистой части головы.

BT.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.

BT.51 - на 1 цунь латеральнее точки T.14.

BT.52 - на 2,3 цуня латеральнее T.14.

BT.56 - на 0,5 цуня, кнаружи от остистого отростка 3-го грудного позвонка.

BT.54 - ниже на 1 цунь от верхне-внутреннего угла лопаток.

BT.60 - под нижними углами лопаток.

BT.89 - на ладонной стороне 2-го пальца руки посередине складки между проксимальной и средней фалангами.

BT.93 - на ладонной стороне 1-го пальца руки у наружного края межфаланговой складки.

BT.108 - на тыле кисти, на 0,5 цуня проксимальнее промежутка между 2 - 3-й головками пястных костей.

BT.130 - на подошве стопы, между основаниями первых фаланг 1 - 2-го пальцев.

BT.132 - две точки на подошве, вперед и назад на 0,5 цуня от точки R.1.

BT.138 - посередине задней поверхности пятки в месте прикрепления к ней ахиллова сухожилия.

BT.141 - на 1 цунь ниже V.60.

BT.146 - вершина медиальной лодыжки.

BT.149 - на 3 цуня выше точки R.3.

- Используются новые точки: 1, 2, 4, 11, 17, 18, 22, 23, 26, 27, 45, 47, 49, 60, 64, 72, 73, 74, 80, 81.

HT.11 - выше на 0,5 цуня от наружного угла глаза.

HT.17 - височная ямка.

HT.18 - за ушной раковиной, на уровне задней складки при отогнутом вниз ухе.

HT.45 - на 0,5 цуня кнаружи от T.14.

HT.46 - на 1,5 цуня кнаружи от T.14.

HT.49 - посередине латерального края лопатки.

HT.73 - на верхней части плеча в центре дельтавидной мышцы.

- Широко применяются аурикулярные точки: 13 - надпочечник, 19 - гипертония, 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 33 - лоб, 51 - симпатическая нервная система, 55 - шэнь-мэнь, 59 - точка снижения артериального давления, 87 - желудок, 97 - печень, 100 - сердце.
- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Шиаци. Лечение гипертонической болезни.** По утверждению японских врачей метод акупрессуры дает хорошие результаты при лечении гипертонической болезни. На курс лечения требуется 10 сеансов. Сеанс включает следующие основные приемы воздействия на точки.

1) Пациент ложится на спину. Под шею подкладывается небольшой валик, так как при лечении голова наклоняется то в левую, то в правую сторону. Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 - выше середины на 1 см, а точка № 4 - выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.

2) Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: T.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и T.15), точка № 1 располагается на 1 см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 – на 3 см ниже.

3) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков: V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.1, отстоят друг от друга на расстоянии 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.

4) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью руки давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.

5) Далее рекомендуется сделать хороший точечный массаж средних пальцев кистей рук и больших пальцев ног.

- **Славянская акупрессура при лечении гипертонии.** Специалисты по славянской акупрессуре при лечении гипертонии воздействуют приблизительно на те же точки, что и при шиатсу. Кроме того, обязательно назначают лечение голоданием и траволечение. Славянский вариант лечения голоданием при гипертонии – это потребление в очень небольших количествах пищи на протяжении 1 - 2 месяцев через каждые 3 часа. За сутки человек должен съесть не более 100 - 200 граммов сухой пищи с обязательным сокращением количества белков (мяса, яиц, сметаны, творога, рыбы) и увеличением доли овощных блюд (капуста, свекла, картофель, черный хлеб, рис, гречка, овес). Человек должен ограничить до разумного предела потребление воды. Утолять жажду можно только кипяченой водой, которая почти не содержит солей. В крови соли притягивают к себе молекулы воды и увеличивают осмотическое давление крови, а белки повышают онкотическое давление. При этом увеличивается общий объем крови и сохраняется высокое кровяное давление. Категорически запрещается соленое (минеральную воду в том числе), сладкое, алкоголь, курение. Одновременно рекомендуется заниматься физическим трудом или спортом не меньше 1 часа в день. На фоне голодания с большим успехом применяются лекарственные препараты из растений: из барвинка малого (девенкан, винкапан), спорыньи (дигидроэрготамин, дигидроэрготоксин). Хорошо снижает артериальное давление, уменьшает атеросклероз сосудов и ликвидирует головную боль следующий отвар: трава омелы белой (15 г), цветки боярышника (10 г), трава пустырника (10 г), кора эвкоммии (5 г) на литр воды. Рекомендуется выпивать ежедневно по 250 г отвара на протяжении 4 недель.

2. Табакокурение. При табакокурении действие чжэнь-цзю выражается в снятии чувства влечения к этой разновидности наркотика и даже вырабатывается отвращение к запаху табачного дыма. Для лиц, имеющих стаж курения табака не более 5 лет достаточно 1 сеанса. Лечение начинают с введения пациента до состояния абстиненции, для чего больной воздерживается от курения 1 - 4 суток. Воздержание приводит к возникновению абстинентного синдрома (синдрома отнятия): возникают эмоциональный дискомфорт, раздражительность, тошнота, головная боль, жажда, боль в печени и т. д. На высоте абстинентного синдрома начинают иглотерапевтическое лечение. Одновременно берут 3 - 4 корпоральные и 10 аурикулярных точек (по краю завитка точки номер 1 - 7, точки номер 8 и 9 под межкозелковой вырезкой и номер 10 - нулевая точка по Ножье, точка Зеро). Точка Зеро расположена в нижней части ножки завитка, на 3 мм вперед от АТ № 87 (желудок). Из корпоральных точек применяются в основном следующие (по Тимовски): C.2, 7, VB.13, 14, 8, TR.10, 12, V.11, 63, E.4, 12, 14, 16, P.10. Почти всегда во время сеанса пациент начинает ощущать вкус металла во рту. Современная медицина не в состоянии объяснить это явление. После первого же сеанса больной, как правило, уже не испытывает влечения к курению на всю оставшуюся жизнь. У курильщиков с «большим стажем» может появиться подсознательное желание к курению через 2 - 3 недели. В этом случае сеансы повторяют на другом ухе. Если и это не помогает, то проводится энергетическое лечение по ликвидации избытка энергии в меридиане печени в количестве 5 сеансов.

3. Алкоголизм. По статистическим данным наркологов России и Белоруссии, количество алкоголиков по сравнению с 1985 годом в период социально – экономического кризиса (1990 – 1998 гг.) увеличилось в 8 раз. Поэтому борьба с этим социально-медицинским злом приобретает государственное значение.

- **Причина возникновения алкоголизма.** Кибернетики хорошо знают, что информация из любого источника (например, магнитофонной ленты) может уничтожаться. Для этого надо «очистить» первоисточник информации от магнитных, световых или электрических потенциалов. Иными словами, надо сломать генератор информации и вся остальная система восприятия информации перестанет работать. Мозг является похожим кибернетическим аппаратом. Внутри него в средней части продолговатого мозга имеется центр влечения к наркотикам, который генерирует импульсы в кору головного мозга о потребности к данному виду наркотика в момент его отсутствия в организме, во время абстинентного периода, периода «отнятия» от наркотика. Человек ощущает непреодолимую потребность к наркотику, которую не в силах побороть. Как правило, он не выдерживает длительной борьбы со своим желанием, и каждый раз повторяет введение наркотика – водки, морфия, опия, гашиша, курит табак, принимает другие наркотики, к которым организм привык за несколько лет непрерывного потребления. Если «сломать» генератор импульсов влечения, поступающих в кору головного мозга, то наркоман перестанет чувствовать влечение к наркотику, а это и есть не что иное, как излечение человека от вредной привычки.
- Что является побуждающей причиной, которая включает в работу центр влечения в продолговатом мозге? Каков биохимический механизм физической зависимости человека от наркотика? Современная медицина объясняет возникновение непреодолимого влечения к наркотическим средствам следующим образом. Постоянное, ежедневное поступление наркотического средства (табачного дыма, водки, гашиша, опиума) в течение 3 – 10 лет внутрь организма человека (в кровь и далее во все внутренние органы), ведет к возникновению специфических механизмов биохимической дезактивации ядов для каждого вещества, специфических механизмов переработки, усвоению и химическому уничтожению их в печени. Печень играет роль фабрики по переработке питательных веществ, наркотиков и ядов. Усвоение наркотических веществ происходит на поверхности печеночной клетки и внутри нее. По кровеносным сосудам наркотик (молекула водки) поступает в печень и соприкасается с наружной поверхностью печеночной клетки. Там она сразу же соединяется с транспортным энзимом (ферментом), который исполняет функцию доставки, перетаскивания вещества из кровяного русла внутрь клетки через липоидно-белковую оболочку печеночной клетки. Внутри клетки начинается и завершается процесс химического уничтожения наркотика при помощи кислородного окисления и расщепления молекулы наркотика на простейшие составляющие – углекислый газ и воду. Этот процесс осуществляют окислительные энзимы (ферменты), которые никогда не покидают пределы клетки. Итак, постоянное, ежедневное поступление наркотического средства (табачного дыма, водки, гашиша, опиума) в течение 3 – 10 лет внутрь организма человека (в кровь), ведет к синтезу на поверхности печеночных клеток большого количества специфических транспортных ферментов (энзимов). Как только молекула алкоголя появляется в крови, начинается активная работа транспортных ферментов по переносу молекул внутрь клетки. Но если алкоголя (или другого вида наркотика) долго не появляется в русле крови, то транспортные ферменты отрываются от поверхности печеночных клеток и разносятся по организму с кровью «в поисках работы», в поисках молекул алкоголя в межклеточном пространстве. «Транспортные ферменты, эти вещества желания» током крови заносится в центр влечения (**в центр голода**), находящегося в продолговатом мозгу, центр активизируется и начинает генерировать импульсы в кору головного мозга. Импульсы воспринимаются человеком как «голод на данный наркотик», как влечение, как желание. При высокой концентрации «транспортных ферментов» в крови возникает непреодолимое желание у человека к повторному потреблению наркотика, начинается абстинентный синдром, «ломка».
- Необходимо обратить внимание на механизм возникновения высокой концентрации «веществ желания» при приеме наркотика после длительного воздержания. Если человек не потреблял водку (морфий, гашиш, не курит табак) на протяжении нескольких лет, а потом снова потребил наркотик, то печень выбрасывает в кровь очень большое количество «веществ желания». В этот момент появляется необычайная сильная тяга к наркотику. Бывший абстинент в такой момент выпивает большое количество водки, вводит огромные дозы морфия. От передозировки наркотика человек может погибнуть.
- **Принудительное лечение алкоголизма.** Медикаментозные методы лечения алкоголизма после 20 лет их широкого применения в бывшем СССР показали свою низкую эффективность (около 0,3%). Не оправдал себя и метод принудительного лечения алкоголиков в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП), где истинная эффективность лечения не превышала 0,5%. Однако, надо признать положительную роль ЛТП в деле «очищения общества» и в деле защиты семьи от

произвола пьяных садистов и хулиганов. Такая "санитарная" деятельность этих учреждений весьма полезна для общества и ее следует развивать в будущем. Но, если говорить не об изоляции деградированного и обезумевшего алкоголика от семьи и общества, а о чисто медицинском излечении больного от алкоголизма (то есть о дальнейшем трезвом образе жизни алкоголика после пребывания в ЛТП), то процент излечиваемости приближался к нулю. Практика показала, что лечение алкоголизма будет успешным только в том случае, если у больного возникнет истинное желание отказаться от этой вредной привычки. Алкоголик должен осознать себя больным человеком и только тогда современная медицина сможет ему помочь. Сначала наркологи и психотерапевты избавляют алкоголика от непреодолимого влечения (от абстинентного синдрома), а потом под действием времени возникает равнодушное отношение к алкоголю. Однако, признать себя больным может только тот, кто еще не погубил свой интеллект длительной алкогольной интоксикацией. Если за 10 – 15 лет чрезмерной интоксикации крепкими спиртными напитками человек полностью «убивает» свой интеллект, волю и реальную оценку своего положения в обществе, то излечение его невозможно. Он становится окончательно потерянным для общества и семьи, а единственным спасением здоровой части общества от «добровольного безумия» потерявшего человеческий облик алкоголика, является принудительное содержание его в ЛТП всю оставшуюся жизнь.

- **Метод стрессовой психотерапии при лечении алкоголизма (по Довженко).** Автор книги широко использует стрессовую психотерапию для лечения алкоголизма, табакокурения, энуреза, избыточного веса, заикания, фобий (страхов), псориаза, для введения пациента в гипнотическое состояние. Применяется в принципе достаточно простой метод воздействия слов на уровень подкорки пациента. Несмотря на простоту, этот метод дает хорошие результаты при лечении перечисленных выше заболеваний. В настоящее время самым эффективным методом лечения алкоголизма считается стрессовая психотерапия по методике Довженко. Но алкоголики стали бояться этого метода, так как являются свидетелями возникновения нарушений психической деятельности у своих друзей - собутыльников, прошедших лечение психотерапией (кодированием психики на трезвый образ жизни), но возобновивших пьянство. У алкоголиков, которые были «закодированны», но продолжают периодически пьянствовать, чаще всего возникают страхи (фобии), усиливается бред ревности, преследования, ущерба, удлиняется продолжительность запоев, быстро наступает неменяемое состояние с потерей памяти (амнезия), усиливается агрессивность и так далее. Эта информация взята из расспроса «закодированных» алкоголиков и нуждается в научно-статистической обработке. По-видимому, в этих изменениях психической деятельности виновато не лечение в виде стрессовой психотерапии, а более внимательное отношение больного к своему организму и психическим процессам в период вынужденной трезвости.
- **Техника проведения сеанса психотерапии.** Больной алкоголизмом не потребляет алкоголь 10 – 14 дней перед сеансом. Пациент садится на стул, врач становится напротив. Далее пациенту предлагают глубоко дышать через приоткрытый рот. Через минуту от насыщения кислородом крови у больного начинает кружиться голова. Далее врач «отключает» кору головного мозга воздействием на вестибулярный аппарат. Пациент не закрывает глаза, врач охватывает голову обоими руками, и начинает достаточно интенсивно наклонять ее вперед и назад или налево и направо. Через несколько минут быстрых кивков головы пациент теряет ориентировку в пространстве, начинается сильное головокружение, мыслительные процессы коры головного мозга приостанавливаются. В этот момент раздражения из внешнего мира, поступающие по 5 органам чувств (вкус, обоняние, осязание, слух, зрение) воспринимаются только подкоркой. В момент «отключения» сознания начинается самый ответственный этап стрессовой психотерапии. Начинается «словесное кодирование подкорки». Большими пальцами врач давит на брови (тактильное воздействие на подкорку) и открывает веки (зрительное воздействие на подкорку). Если зрачок узкий, то необходимо продолжать процедуру «укачивания». Если зрачок стал шире, то результат «кодирования» обязательно будет положительный, так как расширенный зрачок говорит о кратковременном «отключении» коры головного мозга, о частичной потере сознания. Врач смотрит прямо в глаза пациента и внезапно начинает очень громко и повелительно кричать (слуховое воздействие на подкорку), внушая страх или отвращение к алкоголю. Речь должна состоять из нескольких очень громких и повелительных фраз. Например: ***«Вы уже никогда не сможете пить водку и вино! С этой минуты она для вас превратилась в яд, который разрушает ваши органы. Водка и вино – это ваша смерть! Если алкоголь попадет в ваш организм, то вы умрете!»*** Как правило, пациент не помнит о том, что сказал врач. Но у больного закрепляются сказанные врачом слова в подсознании, и он начинает испытывать страх к потреблению алкоголя или отвращение к

спиртному. Врач закладывает словесный код в «подсознательную систему» пациента. Заканчивается сеанс стрессовой психотерапии орошением полости рта какой-нибудь неприятной жидкостью, например, хлорэтилом (воздействие на подкорку через вкусовые и обонятельные рецепторы). После стрессовой психотерапии больной находится несколько минут в заторможенном состоянии. Медленно отвечает на вопросы, плохо ориентируется в ситуации и пространстве. Однако, довольно быстро это состояние проходит. Очень часто «словесный код», введенный врачом пациенту в подкорку, успешно действует на протяжении десятков лет. Для других пациентов, которые обладают низкой внушаемостью, «кодирование» необходимо повторять через несколько лет. Примерно 20% пациентов «от рождения не гипнабельны» и абсолютно не поддаются словесному внушению, а поэтому у них будет отсутствовать положительный эффект.

- **Метод кратковременного снижения кровоснабжения мозга.** Техника «отключения» работы головного мозга при помощи воздействия на вестибулярный аппарат при помощи «укачивания» пациента может быть заменена кратковременным сдавливанием обеих сонных артерий (или быстрым и глубоким дыханием на протяжении 3 - 4 минут, при котором повышенная оксигенизация крови вызывает выраженное головокружение). В момент сжатия сонных артерий кровоснабжение мозга происходит только за счет двух вертебральных артерий, идущих вдоль шейных позвонков. Объем крови, поступающей к мозгу, уменьшается примерно в два раза. Для проведения этой методики врач усаживает пациента в кресло, а сам становится сзади него. Пациенту предлагается сделать 10 глубоких вдохов и выдохов. После этого врач обеими руками охватывает шею, четырьмя пальцами обеих рук нащупывает сонные артерии, которые располагаются параллельно дыхательному горлу, и пережимает их на 15 секунд. Как только пациент почувствовал сильное головокружение его зрачки немного расширяются. После начала полубморочного состояния сжатие сонной артерии прекращается и начинается сеанс стрессовой психотерапии.
- **Электрофизиологический метод лечения алкоголизма.** Как альтернативный метод лечения автор этой книги предлагает свой метод, подтвердивший свою высокую эффективность на протяжении пятилетнего практического применения. Это метод воздействия электрического тока на центр влечения (к алкоголю, наркотику, табакокурению), который расположен в продолговатом мозгу. После его применения полностью снимается влечение (зависимость, тяга, желание) ко всем видам наркотика. Алкоголь является одним из наркотических средств. За 1-3 сеанса возникает безразличие, равнодушие к водке, наркотику, табакокурению. Имеются всего два метода снятия чувства «голода» к наркотику.

Во-первых, можно ликвидировать или снизить концентрацию транспортных ферментов печени в крови. Для этого проводят диализ крови (применение искусственной почки), снижают концентрацию транспортных ферментов в крови при помощи внутривенной трансфузии кровезаменителей: полиглюкина, гемодеза и т. д. Больной не испытывает наркотический голод после диализного очищения крови около 2 суток. Потом концентрация транспортных ферментов печени снова возрастает, и очищение крови надо повторять. Однако, в том случае, если поступление наркотика не происходит на протяжении нескольких месяцев, то печень перестает вырабатывать «транспортные ферменты или вещества желаний» и их концентрация в крови снижается до нуля. Больной перестает испытывать страстное влечение к данному виду наркотика. Поэтому, если наркоман или алкоголик, который «перетерпит» ломку или поборет сильное желание выпить алкоголь, сможет стать здоровым человеком без медицинского вмешательства. К сожалению, наркоманы и алкоголики имеют очень слабую силу воли и до полного выздоровления они «не дотягивают».

Во-вторых, можно нарушить работу «генератора желаний», который находится в продолговатом мозгу, и стереть с его «дискеты» информацию о выработке «импульсов желаний». Для этого автор предлагает следующую простую методику. Алкоголик не должен потреблять спиртное до тех пор, пока не начнет ощущать непреодолимое, невыносимое желание выпить. Обычно воздержание продолжается 10 – 30 дней. Сеанс лечения должен быть платным, иначе больной без сожаления о материальной потере легко перечеркнет положительные плоды лечения. Пациент ложится на живот. Ему вводят две иглы в правую и левую акупунктурные точки № 28 на гребне противокоселка уха, которые называются «продолговатый мозг, или гипофиз, или точка мозга». Если ушные раковины очень чувствительны к электрическому току и больной ощущает сильную боль, то берут точки VB.20 или VB.12 на основании черепа с правой и левой стороны. Воображаемая линия соединения этих двух точек проходит точно через **центр голода** (центр наркотического влечения) в продолговатом мозгу. К двум иглам подключается электрический прибор с плюсовым и минусовым контактами, на которые подается прерывистый электроток от батарейки «Крона» 10 вольт с периодическим автоматическим

отключением тока через каждые 2 секунды (пиковое напряжение). Сеанс лечения рекомендуется проводить на протяжении 1 - 2 минут. Во время процедуры больной испытывает жжение в области введенных игл, головокружение, слабость, мелькание ярких пятен в глазах (фотопсии). Электроток проходит по основанию ушной раковины или по основанию черепа, наружному и внутреннему уху, по соединительной ткани, окружающей слуховой нерв, по мягкой мозговой оболочке, нервным тканям у основания коры головного мозга и по продолговатому мозгу. Характерным проявлением воздействия электрического тока на нижние отделы коры головного мозга является ощущение вкуса металла во рту и фотопсии – галлюцинаторные вспышки света. После процедуры алкоголик не испытывает ни малейшего желания к потреблению алкоголя. Иногда начинается обильное выделение пота. Если после этой процедуры пациент не начинает потреблять алкоголь по привычке (желание у него уже будет отсутствовать), то можно констатировать, что выздоровление от алкоголизма произошло. Однако, при рецидиве потребления алкоголя – влечение возвращается, так как печень начинает снова синтезировать «ферменты желания», да еще и в еще большем количестве. С током крови «вещества желания» попадают в центр голода (влечения) и он опять начинает функционировать.

4. Плечевой (плече - лопаточный) периартрит. Причина этого заболевания состоит в наличии микроразрывов в суставной сумке плечевого сустава при травме. Связочный аппарат контролируется меридианом печени. Главным симптомом заболевания является возникновение боли в плечевом суставе при поднимании руки. Часто объем движения ограничен до 10 градусов. По этиопатогенезу можно классифицировать плече - лопаточные периартриты на ложные и истинные. Причина **ложного периартрита** состоит в наличии воспалительного процесса не в самом плечевом суставе, а в шейном или грудном радикулите (остеохондрозе). При сдавливании нервов в области позвоночника усиливается тонус мышц, приводящих руку к туловищу (большой грудной, широкой мышцы спины и др.). Попытка поднять руку приводит к усилению болей и к спонтанному сокращению приводящих руку мышц. При остеохондрозном этиопатогенезе «плечевого периартрита» болевые точки обнаруживаются в паравертебральной области, но их нет непосредственно над плечевым суставом. Ложный «периартрит» лечится как остеохондроз позвоночника. Близок к клинике периартриту невриты нервов, иннервирующих лопатку и мышцы плечевого пояса. Например, неврит подкрыльцового нерва сопровождается болью в области плечевого сустава, пациент не может поднять руку до горизонтального уровня из-за усиления боли, присутствует атрофия и снижения чувствительности мышц плеча.

Совсем другая клиника при **истинном плече- лопаточном периартрите**. Причина этого заболевания состоит в наличии микроразрывов в суставной сумке плечевого сустава при травме. Связочный аппарат контролируется меридианом печени. Характер травмы типичный: пациент при физической работе удерживал большой груз на вытянутой руке или его руку кто-то дернул вперед. При этом нажатие на область позвоночного столба будет безболезненно, а при надавливании на мягкие ткани, расположенные над плечевым суставом, будет очень болезненным.

Истинный плечевой периартрит лечится следующими точками акупунктуры (Е.Л. Мачерет, И.З. Самосюк, Украина): сустав «обкалывают» со всех сторон, при этом используют как меридиональные (GI.15, GI.16, TR.14, TR.15, IG.9, IG.10, P.1, P.2 и др.), так и болевые точки на суставе. Воздействуют также на точки ниже и выше плечевого сустава. Тем самым осуществляется иглорефлексотерапия по методу «малого укола» с той лишь разницей, что в зону боли вводят 3 - 4 иглы. На противоположной стороне не рекомендуется тонизировать ло-пункты меридианов руки (GI.6, IG.7, TR.5, TR.8). Из отдаленных точек на больной стороне используют P.5, GI.2 и др., на противоположной стороне – VB.41, E.37, VB.39 и др. Локализация вышеперечисленных точек следующая:

GI.15 - над плечевым суставом, между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости. Точка соответствует впадине, образующейся при поднятии руки.

GI.16 - во впадине кнутри от ключично - лопаточного сочленения;

TR.14 - сзади и книзу от акромиального отростка лопатки, где при поднятии руки определяется ямка.

TR.15 - на середине между VB.21 (центр надостной ямки) и верхним краем ости лопатки.

GI.10 - выше задней подмышечной складки, задняя поверхность плечевого сустава.

P.5 – в локтевом сгибе, у лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

VB.41 – в самой узкой части промежутка между 4 - 5-й плюсневыми костями, где прощупывается впадина.

E.37 – на 3 цуня ниже E.36.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **внемеридиональные точки**: 123, 124, 126, 127, 128, 129. Точки седатируют.

ВТ.123 - Локализация: две точки, на 1 цунь выше и ниже GI.11.

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.

ВТ. 125. Е-лин. Локализация: на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке. Направление введения иглы: перпендикулярно на 1—1,5 цуня.

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

ВТ. 127. Цзянь-шу. Локализация: на передней поверхности плечевого «устава посередине линии, проведенной между точками юнь-мэнь P.2 и цзянь-юй GI.15. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

ВТ. 128. Юй-цзянь. Локализация: на 1 цунь медиальнее точки цзянь-юй GI. 15, посередине между точками цзянь-юй GI.15 и цзянь-шу ВТ. 127.

ВТ. 129 Хоу-е. Локализация: у заднего края подмышечной складки. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,3—0,5 цуня.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **новые точки**: 33, 34, 65, 66, 68, 72, 73, 74.

НТ.33. Локализация: на 0,5 цуня ниже точки GI.18 (которая находится в центре брюшка грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща).

НТ.65. Локализация: на задней поверхности предплечья на 3 цуня выше точки TR.5 (которая находится выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев).

НТ.68. Локализация: на 4,5 цунь ниже переднего конца подмышечной складки на 2,5 цуня ниже MC.2 (которая находится ниже уровня подмышечной впадины на 2 цуня, между головками двуглавой мышцы плеча).

НТ.69. Цзюй-би (цзюй-бэй). Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 3,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения, над передней подмышечной складкой (на 2 цуня ниже точки тай-цзянь НТ.70). Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1,5 цуня.

НТ.70. Тай-цзянь Локализация: на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня ниже акромиально-ключичного сочленения. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

НТ.71. Ин-ся. Локализация: на задней поверхности плеча на 4 цуня выше локтевого отростка. Направление введения иглы: перпендикулярно на 0,5—1 цуня.

НТ.72. Цзянь-мин. Локализация: на задней поверхности плеча на 0,5 цуня выше и кзади от точки би-нао GI.14. Направление введения иглы: косо вверх на 1—1,5 цуня.

НТ.73. в верхней части плеча, в центре дельтовидной мышцы.

- При лечении плече-лопаточного периартрита применяются также **аурикулярные точки**: 55 - анальгезия ЦНС, 37 - шейный отдел позвоночника, 65 - плечо, 63 - ключица, 51 - симпатическая система, 95 - почка, 41 - шея.

Славянская акупрессура. Плече - лопаточный периартрит хорошо лечится акупрессурой в сочетании с мануальной терапией. При славянском варианте лечения главное внимание уделяется давлению на болевые точки плечевого сустава. Сначала народные целители тщательно обследуют грудной и шейный отдел позвоночника, так как в 70 % случаев боли в плечевом суставе возникают по причине шейных и

грудных остеохондрозов. Если позвоночник здоровый, то определяют давлением болезненные точки над плечевым суставом, сразу находят около болезненных точек «скопление солей» и сильным нажатием 1 пальца руки «дробят эти соли», прижимая их к костям скелета. После такой процедуры проводят многократные давления пальцами точек на спине (V.11 – 17) и плечевом поясе (VB.21, TR.15,16, IG.15, P.1,2, E.12 и т.д.). Кроме того, во время каждого сеанса производят акупрессию на БАТ руки (GI.4,10,11, P.7, TR.5 и др.). **Далее народные целители силовыми методами вытягивают сморщенную сумку плечевого сустава.** Сидящий на стуле пациент кладёт локоть больной руки на плечо целителя, который стоит спереди пациента в слегка согнутом состоянии. Целитель охватывает двумя руками соответствующую лопатку пациента. Далее следует сильный рывок к себе, раздаётся характерный хруст рвущейся сморщенной синовиальной сумки плечевого сустава, возникает довольно сильная боль. Сразу после этого объём движений в плечевом суставе, поражённым плече - лопаточным периартритом, увеличивается на 30 – 40 %. После 4 сеансов, которые проводятся через 3 дня, объём движения в суставе восстанавливается, боли прекращаются. В конце лечения больному советуют прогреть сустав в бане (в парной) как «рассасывающая терапия».

§ 59. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане печени.

Недостаток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипотоническая болезнь (70%), конъюнктивит и блефарит (60%), неврит зрительного нерва (40%), дальнозоркость (80%), повышенная ломкость ногтей (80%) и т. д. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом абсолютного безволия.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB+ и P-) в суточном цикле и (VB+ и C-) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P +) по закону “муж - жена” и (IG +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P-).

А. Энергетическая акупунктура.

Для увеличения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом циклах одновременно, то есть – с 13 до 15 часов, в апреле.

2. Воздействие на тонизирующую точку меридиана и точку-пособник.

F.8 (тон) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости, кпереди от места прикрепления полуперепончатой мышцы, на уровне середины подколенной ямки.

F.3 (тон) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

VB.37 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

F.8 (тон) - см. п. 2.

V.18 (тон) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 9 - 10-го грудных позвонков.

5. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана и тонизируется точка-пособник (правило «большой укол»).

VB.37 (сед) - см. п.3.

F.3 (тон) - см. п.2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

F.1(тон) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

F.14 (тон) - на месте пересечения среднелоктевой линии с реберной дугой.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

IG.8 (сед) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости в локтевой бороздке.

F.8 (тон) - см. п. 2.

8. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

P.5 (сед) – в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча.

9. В суточном (- VB—F—P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах седатируется соседний впереди стоящий меридиан (от F) и тонизируется соседний позади стоящий (**правило «мать-сын»**). Для суточного цикла берутся точки VB.38 и P.9, для годового — VB.38 и C.9.

VB.38 (сед) - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

P.9 (тон) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

C.9 (тон) - на концевой фаланге 5-го пальца руки, кнутри от ногтевого ложа с лучевой стороны на 3 мм.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «у-шу элемента».**

F.1 (сед) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

F.2 (тон) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

• Применение точек у-шу в правиле «мать-сын». **Вариант «элемент в элементе».**

VB.38 (сед) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (тон) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

F.1(тон) - см. п.6.

F.2 (тон) - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан печени получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

J.12 (тон) – выше пупка на 4 цуня.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37 (или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тон) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тон) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (сед) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

Б. Эмпирическая акупунктура.

1. Гипотония лечится и по недостатку энергии в меридиане печени (гипотония белковой, онкотической этиологии), и по недостатку энергии в меридиане селезенки (гипотония водной этиологии), и по недостатку энергии в меридиане почек (гипотония эндокринной и солевой, осмотической этиологии) и в меридиане **перикарда**, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология).

• **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует применять для лечения гипотонии следующие точки акупунктуры: P.9,11, GI.1,18, RP.1, C.5, IG.14, R.7,TR.3, T.20, 25,26,27,28.

• **Шиацу.** Лечение гипотонии.

1) Производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок, головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку дают 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом – на правую.

2) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков: V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.10, отстоят друг от друга на 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.

3) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.

4) Производится давление на 4 точки над большой грудной мышцей с левой и правой стороны : RP.19, 20, P.1, 2.

RP.19 – в 3 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

RP.20 – во 2 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

P.1 – на 3 см вниз от наружного края ключицы, от средней линии груди на 6 цуней.

P.2 – под ключицей, от средней линии груди на 6 цуней.

5) Пациент поворачивается на живот. Врач проводит воздействие с левой стороны на точку IG.11, которая располагается в центре лопаточной кости.

6) Производят давление на точки меридиана мочевого пузыря, расположенные в левой межлопаточной области: V.12, 13, 14, 15, 16, 17, имеющие локализацию кнаружи от средней линии спины на 1,5 цуня, напротив остистых отростков соответственно 2, 3, 4, 5, 6, 7 грудных позвонков.

7) Рекомендуются усиленное питание с включением большого разнообразия белков для повышения онкотического давления крови, соленые и острые блюда, систематическое занятие спортом (не менее 1 часа в день). Необходимо подчеркнуть, что соли натрия, кальция, калия, магния повышают осмотическое давление в крови и удерживают молекулы воды внутри кровеносных сосудов. Поэтому больным гипотонией рекомендуется потреблять большое количество солей: пить минеральную воду, кушать соленые огурцы и помидоры и т. д.

Другие болезни с недостатком энергии в меридиане печени встречаются сравнительно редко, поэтому описание их эмпирического лечения опускается.

2. Геморрой. Геморрой является болезнью, вызванный воспалением чрезмерно расширенных венозных узлов прямой кишки, а точнее вен ануса. Вены контролируются меридианом печени, мышца ануса – меридианом почек. Иглотерапия может не только ликвидировать боль, но и значительно уменьшить размеры геморроидальных узлов. Украинские иглотерапевты Е.Л.Мачерет и И.З.Самосюк рекомендуют воздействовать на следующие точки акупунктуры: T.20 (уменьшает размеры венозных узлов), T.1,2,4, V.23 – 36,54,57,60, VB.39, RP.1,3,5,6, MC.4,5, P.7, R.7. Аурикулярные точки: прямая кишка (точка № 81), толстый кишечник (91), шэнь-мэнь (55), селезенки (98), анус (119), простата (93), надпочечник (13).

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Геморрой лечится следующими акупунктурными точками: RP.5, 6, V.40, R.7, T.4, 20.

- Эффективен метод манипуляции иглой в виде «погони за блуждающей болью».

- **Краниоакупунктура.** При очень сильных болях при геморрое прибегают к скальпотерапии в зону кишечника (зона № 5). Зона № 5 находится на лбу. Если от наружного угла глаза провести линию точно перпендикулярно вверх , то образуется третья боковая линия головы. На месте пересечения линии с передней (лобной) границей волосистой части головы находится начальная точка зоны кишечника, которая далее проходит вниз под кожей лба на 2 сантиметра. Игла вводится в начальную точку зоны на длину 2 см и периодически, но интенсивно, подкручивается на протяжении 10 минут. Благодаря этой процедуре боли полностью прекращаются на протяжении суток.

- **Тибетская медицина** советует лечить геморрой введением в анус на 2 минуты сосульки (цилиндрического кусочка льда) диаметром 1 см.

- **Народные целители** в Белоруссии лечат геморрой следующим образом. Перед началом сеанса лечения делается очистительная клизма, промежность моется с мылом. Курс лечения состоит из 6 - 10 сеансов, которые лучше проводить через день. Во время сеанса проводятся следующие процедуры.

1) Пальцевое вправление геморроидальных узлов проводится следующим образом. Врач надевает резиновый напальчник на правый указательный палец (или перчатку), обильно смазывает его вазелином и вводит в задний проход. Далее нащупываются поочередно наружные и внутренние расширенные венозные узлы, они прижимаются к костям малого таза, нежно массируются и вправляются (ликвидируются). Иногда вправление крупного узла длится 5 – 10 минут. После вправления всех узлов пациент не должен вставать, напрягаться, переворачиваться в постели на протяжении нескольких часов. Большинство узлов при щадящем режиме повторно не выпячиваются.

- 2) В том случае, если какой-то геморроидальный узел нагноился, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, добавляют сухой порошок кристаллического пенициллина (все содержимое флакона), перемешивают и растворяют в вазелине.
- 3) В том случае, если геморроидальные узлы очень болезненны, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, подмешивается порошок новокаина, или совкаина, или дикаина, или анестезина. Анестетик всасывается в слизистую ануса и боли прекращаются. С большим успехом используются ректальные свечи с местно анестезирующим веществом или красавкой: «Анузол», «Белластезин», «Павестезин», «Анестезол» и др.
- 4) В том случае, если венозные узлы кровоточат, то в вазелин добавляют порошок гемостатического средства: этамзилат (таблетку растирают чайной ложечкой в порошок), фибриноген, тромбин, хлористый кальций, викасол (витамин К) и т. д. Одновременно назначают для внутреннего потребления гемостатическую фитотерапию: настойку логохилуса, листа крапивы, тысячелистника, перца водяного, калины, арники, эскузан.
- 5) Для уменьшения размеров геморроидальных узлов внутрь и местно (в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник), используют вещества, осуществляющие спазм стенок вен (ангиопротекторы): трибенол (трибенозид, гливенол – повышают тонус стенок венозных сосудов), эсфлазид, анавенол, добезилат и многие другие. Одним из самых лучших венотонических средств является конский каштан. Его потребляют внутрь в виде горячего настоя. Из его плодов выпускаются препараты «Эсфлазид» и «Эскузан». Для ванн и компрессов на анальную область при геморрое используется настой из сбора: семя каштана конского – 30 г на литр воды, цветки ромашки аптечной – 30 г, листья шалфея – 20 г, кора дуба – 50 г. Для лечебных клизм рекомендуется настой семян льна.
- 6) Сразу после завершения курса лечения сам больной на протяжении 10 дней делает микроклизмы из вяжущих веществ, которые сокращают поверхность слизистой кишечника, и тем самым способствуют «сухости» слизистой ануса, натяжению слизистой и противостоят рецидиву, а выпадения венозного узла. Для этого применяются растения: кора дуба, цветы ромашки аптечной, тысячелистник, мать – и – мачеха, багульник болотный. Если у пациента наружный геморрой, то микроклизмы лучше заменить длинным марлевым тампоном, смоченным в растворе вяжущего вещества. Существуют ректальные свечи с содержанием вяжущего вещества («Нео-анузол» содержит танин и окись цинка).

На всю оставшуюся жизнь рекомендуется не поднимать тяжести и не тужиться при акте дефекации, так как при этом возрастает внутрибрюшное давление и это приводит к растяжению геморроидальных вен. Для того, чтобы акт дефекации проходил без усилий прибегают к клизмам с раствором крахмала или смазывают вазелином слизистую ануса, а чтобы он происходил как можно реже рекомендуется предельно сократить количество потребляемой пищи или начать лечение голодом. Рекомендуется избегать сидячей работы и длительного пребывания «сидя на корточках». Для улучшения циркуляции крови в полости малого таза и для укрепления вен рекомендуется ежедневный бег на длинную дистанцию. Неизбежен рецидив геморроя, если произошло заболевание кишечника с поносом: дизентерия, пищевое отравление, инфекционный колит.

3. Варикозное расширение вен. Болезнь вызывается асептическим воспалением (тромбофлебитом) чрезмерно расширенных венозных узлов на ногах. Тонус вен контролируется меридианом печени. При избытке энергии в меридиане вены спазмируются, при недостатке – становятся дряблыми и расширенными. Для увеличения тонуса вен необходимо увеличить энергетический потенциал меридиана печени. Полный тромбоз (закупорка) вен с присоединением гнойного воспаления приводит к осложнению в виде варикозной (пептической) язвы, которая чаще всего образуется на голени. Для лечения варикозного расширения вен Мачерет Е. Л. и Самосюк И. З. рекомендуют брать точки: R.6, RP.5, 6, F.8,3, V.40, 58, 31 –34, VB.38, 39, 30, E.32, T.4, J.3, 4, 6.

Фитотерапия. Одним из самых эффективных методов лечения расширенных вен на ногах является обертывание ног на всю ночь марлевыми прокладками (в основном те места, где имеется множество расширенных и болезненных вен), смоченными в 3 – 9% растворе **яблочного уксуса**. (Концентрация раствора уксуса должна находиться в зависимости от индивидуальной чувствительности кожи человека к уксусу). После 3 – 5 процедур лечение прекращают до очередного ухудшения состояния больного (ремиссия часто достигает нескольких лет). Буквально "на глазах" пропадают синие скопления вен, быстро вылечивается тромбофлебит.

Глава 5. Мануальная терапия при остеохондрозах.

По статистике 47% пациентов, которые обращаются за медицинской помощью к иглотерапевту, предъявляют жалобы на болезненные явления в области позвоночника. Из 47% всех пациентов с патологией позвоночника лечились по поводу остеохондроза 33%. Каждый третий больной лечится у иглотерапевта от остеохондроза. **Самым эффективным методом лечения остеохондрозов является мануальная терапия и массаж мягких тканей в непосредственной близости от остеохондроза.** Если иглотерапевт излечивает остеохондроз средней тяжести за 10 сеансов, то хороший мануальный терапевт (и одновременно - массажист) достигает тех же клинических результатов за 2 – 3 сеанса. Вот почему автор в свою книгу ввел главу о мануальной терапии и массажа. Мануальная терапия является вторым по частоте применения методом немедикаментозного лечения болезней, после иглотерапии. Очень часто иглорефлексотерапия и мануальная терапия применяются врачами в одном сеансе. При лечении остеохондрозов и радикулитов, как ни при каких других заболеваниях, широко применяется мануальная терапия. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatiyu).

§ 60. Хиропрактика, остеопатия и мануальная терапия.

Можно предположить, что первым специалистом по мануальной терапии был охотник. Травмы, ушибы, вывихи во время охоты, естественно, вынуждали к применению каких-либо лечебных мер. Костоправство при повреждениях опорно-двигательного аппарата применялось наряду с другими методами лечения. Приписывать особые заслуги в этой области какой-либо одной стране — нет оснований. Известно, что мануальная терапия использовалась уже в Древней Греции. Так, в философском трактате Платона «Государство» приведены данные о враче Герадике из Саламари, который применял физические упражнения и массаж при лечении различных болезней (Корн и др., 1980). Сам Гиппократ (V в. до н.э.) с помощью мануальной терапии успешно лечил заболевания позвоночника и внутренних органов. В своем труде о суставах он писал об ограниченной дислокации и подвывихах, что было близко понятиям хиропрактиков (Левит, 1978). Интересно мнение Гиппократа о том, что чрезвычайно важно состояние позвоночника, так как причина многих заболеваний связана с его патологией, и «сопоставляя сдвинутые позвонки, можно добиться излечения заболевания естественным путем». В мануальной терапии существуют сотни релаксирующих, ударных и тракционных методик. Мануальная терапия относится к одной из перспективных наук. Это наука будущего, так как весьма эффективна при лечении многих патологий, особенно при лечении патологий позвоночника.

1. Хиропрактики. За многие годы существования мануальной терапии она то признавалась панацеей, то полностью отвергалась научной медициной. Лишь с середины XIX столетия этот способ облегчения страданий людей стал развиваться вновь. В этой области произошло выделение двух специальностей на основании технических отличий и некоторых теоретических предпосылок: *хиропрактики* и *osteopatии*. Хотя системы хиропрактиков и остеопатов построены на тех предпосылках, что в основе любого патологического процесса лежит заболевание позвоночника (смещение позвонков, подвывихи и др.), которое всегда сопровождается ущемлением сосудов и нервов, проходящих через суженные и измененные межпозвоночные отверстия, отличия их в практическом отношении имели принципиальный характер. Хиропрактики (основатель D. D. Palme) отличаются быстротой выполнения манипуляций, грубой контактной, в том числе ударной, техникой и немалым количеством осложнений. Часто эту технику называют «методикой коротких рычагов», которая заключается в воздействии контактными приемами на отростки позвоночника. Хиропрактики твердо придерживаются теории «сублюкации» позвонков. Согласно этой теории корешки ущемляются в межпозвоночных отверстиях при подвывихах межпозвоночных суставов, а специфические физические воздействия нормализует нарушенные соотношения и устраняет сдавливание корешков. Хиропрактики преимущественно используют прием манипуляции.

2. Остеопатия. Остеопаты (основателем считается A. Stull), напротив, пользуются так называемой «техникой длинных рычагов», то есть оказывают воздействие на позвоночник через конечности и туловище пациента, хотя используют и отдельные сегменты. Они применяют мягкую мобилизацию и

технику легкого массажа. Остеопаты придают большое значение нарушениям функций. Они рассматривают изменения в позвоночнике как остеопатическую гиперподвижность — «расслабленность». В отличие от хиропрактиков, остеопаты пользуются достижениями официальной медицины. Они достигли значительных высот в диагностике, хотя и уступают хиропрактикам в техническом отношении.

Школы остеопатов и хиропрактиков существовали в основном в США. Представители этих школ не имели медицинского образования, и вся их деятельность основывалась на практике. В дальнейшем стало возможным обучиться обеим этим специальностям в университете, где курс обучения от 14 дней постепенно увеличился до четырех лет. В университете хиропрактики и остеопаты изучали все науки, предусмотренные для подготовки судебных медиков, кроме фармакологии. Долгие столетия они враждебно противостояли официальной медицине и скептически относились к врачам. Однако, несмотря на различия во взглядах на механизм возникновения болевого синдрома, хиропрактики и остеопаты со временем разработали тонкие методики мануальной терапии, доведя ее до подлинного искусства.

3. Костоправы. В России во все времена было развито лечение народными средствами. До середины XIX столетия лечение больных с травмами и ортопедическими заболеваниями находилось полностью в ведении народных лекарей (знахари, костоправы и др.), владевших приемами оказания лечебной помощи. К сожалению, в виде какого-либо официального направления костоправное дело не оформилось. Единичные энтузиасты-практики в разных регионах страны в разные периоды времени пользовались большой известностью, чем еще достаточно давно привлекали внимание общественности, лишь позже — органов здравоохранения.

4. Мануальная терапия — это составная часть массажа и лечебно-физкультурного комплекса (ЛФК), которая, имея свои приемы диагностики, лечения и меры профилактики, оформилась в отдельную область медицины. Мануальная терапия направлена на устранение болевого синдрома, восстановление функций позвоночника и костно-суставного аппарата при дегенеративно-дистрофических поражениях. В середине 50-х годов XX века представители официальной медицины, применявшие приемы остеопатии и хиропрактики в своей лечебной деятельности, основали свою, новую школу, членами которой могли быть только врачи. Для того чтобы отмежеваться от хиропрактиков и остеопатов, врачебному направлению было дано название «мануальная медицина». Название исходит от латинского слова **manus** = рука, а смысловой перевод специальности — лечение при помощи физического воздействия на пациента рук врача. Специалисты организовали несколько конгрессов, которые проводятся раз в три года. На третьем конгрессе было принято решение о создании в сентябре 1965 года в Лондоне Международного общества мануальной медицины. В настоящее время, несмотря на наличие международной федерации мануальной медицины (FIMM), в мире существуют многочисленные хиропрактические и остеопатические центры (США, Англия).

В бывшем Советском Союзе появлялись сообщения о манипуляциях на позвоночнике при острых вертеброгенных болях в связи с остеохондрозом (Ткаченко, 1973; Корн и др., 1980; Яровой, 1980; Кислица, 1982; Касьян, 1985; Гойденко, 1988 и др.). В 1992 году А. А. Барвинченко выпустил «Атлас мануальной медицины», в 1993 году вышла монография А. Б. Сителя «Мануальная медицина». Мануальную терапию стали применять в Москве, Киеве, Харькове, Сочи и других городах. В настоящее время мануальная медицина в международном масштабе стала врачебной дисциплиной и всеми признана. Утвердилось положение, что ею должны заниматься врачи, профессионально подготовленные по технике выполнения манипуляций руками. В 1989 году состоялся первый Всесоюзный симпозиум по мануальной терапии (г. Москва). В исполнение его решений в 1990 году была организована Всесоюзная ассоциация мануальной медицины (ВАММ), впоследствии — Российская федеративная ассоциация мануальной медицины (РФАММ), имеющая многочисленные региональные отделения.

§ 61. Причина возникновения остеохондрозов.

Эффективность лечения остеохондрозов у врача значительно повышается, если он знает причину возникновения этого заболевания и механизм ее развития в динамике. Этот параграф посвящен описанию причин возникновения радикулитов и остеохондрозов. Интересно отметить, что у

космонавтов, которые на протяжении многих месяцев находятся в состоянии невесомости, никогда не возникает ни остеохондрозов, ни радикулитов, ни грыж диска. Это можно объяснить только тем, что в состоянии космической невесомости отсутствует гравитационная нагрузка на позвоночник. После приземления и при наличии гравитационного притяжения Земли эти космонавты очень часто болеют радикулитами и остеохондрозами, так как за время полета в невесомости их позвоночные диски отвыкают от нагрузок. (Читайте карту заболеваний космонавтов Титова, Севастьянова, Терешковой Валентины и других космонавтов).

Животные (кошка, собака, лев, лошадь, слон) никогда не болеют остеохондрозами. Ветеринары объясняют этот факт тем, что животные передвигаются на четырех лапах, а при таком виде передвижения позвоночник у них находится в горизонтальном положении. **Вертикальное положение позвоночника у человека вызывает сильное давление на позвонки и на межпозвоночные диски**, для чего позвоночник природой совсем не приспособлен. Можно утверждать, что главной причиной возникновения остеохондрозов у человека является вертикальное положение позвоночника, ведь в положении стоя (бег, хождение или стояние) и сидя люди пребывают 70% времени всей своей жизни.

1. Причина возникновения остеохондрозов. Из анатомии позвоночника хорошо известно, что между позвонками расположены межпозвоночные диски, которых в человеческом позвоночнике насчитывается 24. Межпозвоночные диски имеют диаметр у крупного мужчины до 3 сантиметров (поясничные). Толщина (высота) диска 0,6 - 1 сантиметр. Диски состоят из хрящевой ткани по периферии (annulus fibrosus) и из полужидкой, тягучей (пульпозной) ткани в виде студня (nucleus pulposus) в центре. Межпозвоночные диски исполняют роль суставов для смещения позвонков относительно друг друга. Именно благодаря многочисленным межпозвоночным дискам туловище человека может наклоняться во все стороны и вращаться вокруг оси. Остеохондрозом (или спондилоартрозом) позвоночника называют **дегенеративно-дистрофические изменения** межпозвоночных дисков, которые как правило сопровождаются болями в позвоночнике, а также в конечностях и туловище. Одновременно уменьшается или полностью ликвидируется объём движения в межпозвоночных суставах. **Причина разрушения гиалиновых тканей межпозвоночного диска – поражение вируса.** Как показывают исследования ученых, причина возникновения остеохондрозов состоит в следующем. Приблизительно в 70% случаев остеохондроз возникает от внедрения в тело диска вируса. Первые симптомы остеохондроза появляются после гриппа, ОРЗ, назофарингита, герпеса и т. д., которым пациент переболел за неделю (или за месяц) до начала болей в позвоночнике. Как известно, вирусы из носоглотки проникают в капилляры слизистой оболочки, а оттуда попадают в кровь. Концентрация вирусов в крови быстро возрастает, и они миллиардами разносятся по всем органам и тканям, в том числе попадают и в межпозвоночные диски. Если несколько лет тому назад произошла микротравма межпозвоночного диска, то мелкие участки омертвевшей ткани внутри диска становятся хорошей питательной средой для размножения вирусов. Далее вирусы начинают разрушать здоровые клетки соединительной ткани диска. Возникает воспаление (дегенеративно-дистрофические изменения) межпозвоночного диска по причине разрушительного действия вируса в 70% случаев, а травмы, ревматизма и аллергического поражения в 30 % случаев. Внутри межпозвоночного диска возникает воспалительный процесс вирусного генеза. Межпозвоночные диски не содержат сосудов (и нервов), снабжаются питательными веществами благодаря диффузному пропитыванию плазмой крови всей толщи диска. Кровь в основном поступает от верхней и нижней пластин тел соседствующих позвонков. Хрящевая ткань диска набухает, отекает, увеличивается в размере. В диск перестают поступать питательные вещества и кислород, начинаются дегенеративно-дистрофические изменения тканей хряща межпозвоночного диска. Кроме того, вирусы из хрящевого диска могут током крови заноситься к рядом расположенным корешкам нерва. Тогда начинается радикулит, воспаление тела нерва, опухание, отекание, нервный ствол увеличивается в размере (по радиусу), а поэтому зажимаются в отверстиях мышечных фасций, то есть возникает туннельная невропатия. Поэтому при вирусной этиологии остеохондроза может одновременно появляться радикулит вирусного генеза. При наличии сильного иммунитета у человека в клетках костного мозга и печени вырабатываются специфические гамма-глобулины (антитела), которые быстро убивают вирусы внутри межпозвоночного диска. Клинические наблюдения указывают на положительную роль нагревания в бане всего тела, и межпозвоночного диска в частности. Нагревание межпозвоночных дисков в бане улучшает циркуляцию крови внутри хрящевых тканей диска. Но большим профилактическим эффектом обладает нагревание тела и расширение сосудов всего организма методом интенсивной физической работы на свежем воздухе (на улице, на стадионе, в лесу).

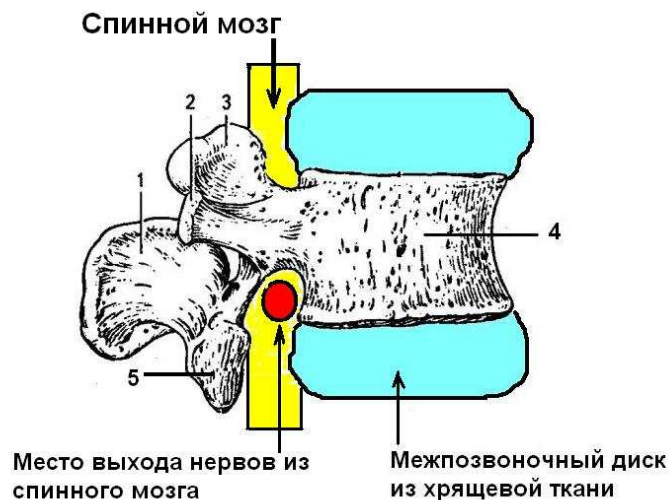


Рисунок 29. Поясничный позвонок. Обозначения: 1 – остистый отросток, 2 – поперечный отросток, 3 – верхний суставной отросток, к которому прикрепляется верхний позвонок, 4 – тело позвонка, 5 – нижний суставной отросток, к которому прикрепляется нижний позвонок.

Клинические исследования показывают, что лица, которые регулярно занимаются физкультурой на стадионе около дома (бегом, наклонами, вращением шеи, приседанием и так далее), болеют остеохондрозом в 5 раз реже, чем люди с неподвижным образом жизни. Для профилактики остеохондрозов и радикулитов очень важно хорошее кровоснабжение позвонков, так как вместе с кровью к дискам поступают антитела, которые интенсивно уничтожают вирусы внутри межпозвоночного диска. У молодых и сильных людей остеохондроз излечивается без лечения через несколько дней, так как молодые обладают сильным иммунитетом, который быстро уничтожает вирусы в хряще, и как следствие этого – ликвидируются все воспалительные процессы. При слабой иммунной системе вирусы в межпозвоночном диске не погибают, а размножаются, далее частично «съедают» хрящевую ткань диска, и человек заболевает остеохондрозом. Хрящи диска играют роль «амортизирующих прокладок» при ходьбе, наклонах, изгибах, поворотах, вращении позвоночника. Нарушение питания (трофики) дисков приводит к ликвидации пластической, амортизационной функции хрящевой ткани. Хрящ может треснуть по радиусу во многих местах с образованием «широких ворот, каналов», по которым выпадает пульпозное вещество за пределы позвоночника.

Термин «дегенеративные изменения, или обменно-дистрофические процессы» указывает в данном случае на то, что от действия патологического фактора (в виде вируса или травмы) начинается медленное разрушение гиалиновых структур диска, а это приводит к частичной или полной утрате обменных и трофических функций межпозвоночного диска. Так как межпозвоночные хрящевые диски не имеют сосудов и получают питательные вещества из крови путём их диффузии, через пропитывание плазмы через пористые ткани хряща, то при дегенерации хрящевой ткани количество «пор и капилляров» резко снижается, и от этого сильно страдает питание хрящевой ткани. **Остеохондроз — это асептическое (токсическое, травматическое) или септическое (вирусное) воспаление межпозвоночного диска, которое осложняется длительными обменно-дистрофическими изменениями хрящевой ткани. При остеохондрозе меняется биохимическая и гистологическая структура хрящевой ткани, а также ухудшаются физико-механические характеристики воспаленного межпозвоночного диска, что приводит к блокаде межпозвоночного сустава (то есть к отсутствию движения в суставе из-за чрезмерного отёка и опухания хрящевой ткани) и к возникновению болей.**

2. Механика возникновения острого остеохондроза при равномерном отёке диска. Смотрите рисунок 30 – 1, 2, 3. Итак, внутрь межпозвоночного диска попадают вирусы, токсины, антигены и антитела, он может травмироваться. Все эти причины вызывают воспаление, отёк и опухание, увеличение объёма диска. **В процессе равномерного увеличения всего объёма диска возникают две стадии остеохондроза:** стадия воспаления (разбухание, отёка диска) и стадия дистрофии (образования дегенеративной хрящевой ткани). Во время протекания обеих стадий могут возникнуть грыжи хрящевых дисков.

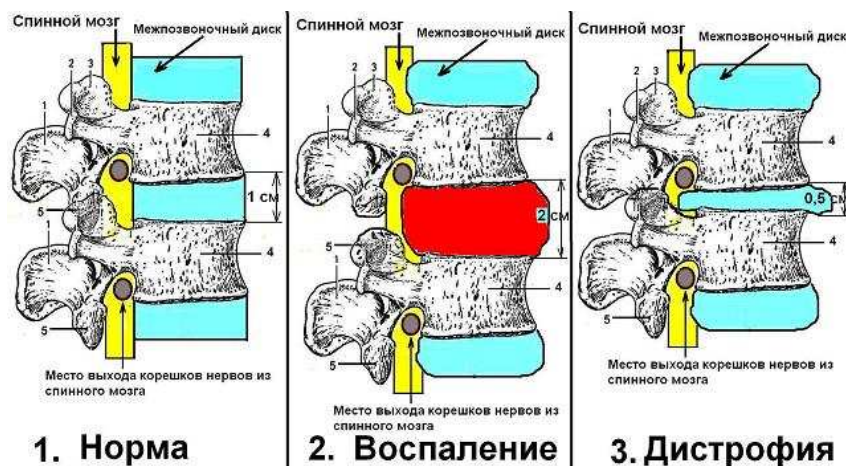


Рисунок 30 № 1, 2, 3. Схематическое изображение двух стадий остеохондроза: стадии воспаления и стадии дистрофии.

а) Первая стадия острого остеохондроза – стадия воспаления (разбухания, увеличение объёма диска). **Смотрите рисунок 30 – 2.** После поступления вируса (токсина, антигена) в какой-то межпозвоночный диск начинается воспалительный процесс и увеличивается объем диска. В 12% случаев диск может равномерно увеличиваться и становится толще по всему объёму цилиндра диска. Если в норме толщина диска от одной площадки кольца тела позвонка до соседней составляет 0,7 сантиметра, то при равномерном его воспалении толщина может увеличиться до 1,5 сантиметра. Возникает патологический процесс увеличения ширины диска, что вызывает боли от натяжения выходящих из спинного мозга периферических нервов и от вытяжения связок, окружающих диск. Возьмем пример из обыденной жизни. Если по пальцу сильно ударить молотком, то он воспалится, опухает и увеличивается в размере (становится толстым). Аналогичный процесс отёка тканей происходит в межпозвоночном диске. По причине тотального опухания диска, когда его объём увеличивается в 1,5 – 2 раза, возникают боли в позвоночнике. **Правда, надо внести поправку – сам межпозвоночный диск не имеет болевой иннервации, поэтому усиление болей связано с выпячиванием хрящевых тканей диска и увеличением давления на окружающие его связки, на корешки рядом расположенных нервов, и на твёрдую и мягкую оболочки спинного мозга (при заднем остеохондрозе и при задней грыже диска).** Именно окружающие диск мягкие ткани, а не сам диск, являются источниками болей при остеохондрозах. Итак, происходит увеличение объема воспаленного межпозвоночного диска, поэтому увеличивается расстояние между позвонками. Как следствие «воспалительного разбухания» межпозвоночного диска происходит увеличения расстояния между отверстиями, через которые корешки нервов покидают позвоночник. Конечно, корешки нерва по этой причине вытягиваются и на месте выхода из спинного мозга, и на месте проникновения в фасциальные отверстия паравerteбральных мышц, которые начинают болеть. В период острого воспаления межпозвоночного диска мануальная терапия противопоказана, так как все манипуляции мануальной терапии направлены на расширение пространства между позвонками, которые и без этого чрезмерно удалены друг от друга воспалённым и опухшим межпозвоночным диском. Кроме того, вирусы из хрящевого диска могут током крови заноситься к корешкам нерва, начинается их воспаление (радикулит), опухание, отекавание, они увеличиваются в размере (по радиусу), а поэтому они зажимаются в отверстиях мышечных фасций, возникает туннельная невропатия.

б) Вторая стадия острого остеохондроза – стадия дистрофии (или образование дегенеративной хрящевой ткани на месте межпозвоночного диска). **Смотрите рисунок 30 - 3.** Вторая стадия может проходить в двух направлениях: в направлении выздоровления (самоизлечения), и в направлении деструкции, дегенерации хрящевой ткани. **Во-первых,** у лиц с сильным иммунитетом может происходить процесс медленного выздоровления, воспаление межпозвоночного диска купируется, высота межпозвоночного диска снижается до нормы. В этот период происходит восстановление (регенерация) разрушенных патогенным процессом тканей, наступает самоизлечение от остеохондроза за счет использования собственных сил организма. Клинически это проявляется динамикой снижения боли в области позвонков, восстанавливается нормальный объём движения в позвоночнике. **Во-вторых,** у лиц с низким иммунитетом процесс разрушения хрящевых тканей вирусами может продолжаться несколько лет (5 - 10), что, в конце концов, приводит к потере эластических свойств хрящевых тканей диска. Под действием тяжести туловища (при стоянии и ходьбе) возникает процесс «расплющивания»

межпозвоночного диска. Высота диска становится в 2 – 3 раза меньше физиологической нормы и может равняться 0,3 сантиметра. Длительное воздействие вирусов или ревматоидного процесса на хрящ вызывает прекращение поступления крови к дискам, уменьшается поступление кислорода и питательных веществ. В это время возникают функциональные блокады, то есть уменьшается объём движения позвоночника при наклонах, вращении, сгибании. Если здоровый межпозвоночный диск давал возможность разворачивать два соседних позвонка на угол в 10 градусов, то «больной» диск полностью блокирует движение в суставе. Для увеличения объёма движения необходимо применить усилие в виде манипуляций «по разрушению блока», которые проводят мануальные терапевты. «Снятие блока» - это есть не что иное, как насильственное вращение тел позвонков, между которыми находится дегенеративно изменённая хрящевая ткань, что заканчивается специфическим хрустом. Эта процедура улучшает кровообращение внутри хряща и способствует быстрому восстановлению (регенерации) хрящевой ткани диска. *Но если на протяжении многих лет никаких лечебных процедур не проводить, то регрессивная дегенерация тканей диска приведёт к полной потере эластичности хряща и к изменению биохимической структуры хряща. Тогда при незначительной нагрузке на позвоночник у пациента возникает полный коллапс диска с необратимыми последствиями – с образованием множественных хрящевых грыж, выходящих за пределы позвоночника.*

в) Во время протекания обеих стадий остеохондроза может происходить процесс выпадения (пролапса) пульпозного ядра с образованием дискогенных грыж. **Смотрите рисунок 30 – 2+3.** Воспаление и деструкция хряща приводит к разрушению хряща диска. Во время третьей стадии возникает снижение высоты диска по причине «тотального грыжевого перерождения» диска. От статических и динамических нагрузок внутри диска возникают множественные трещины, через которые происходит выпадение (пролапс) пульпозного ядра, начинается стадия дискогенных грыж.

3. Механика возникновения острого остеохондроза при краевом отёке диска. Чаще всего (в 88%) хрящ межпозвоночного диска воспаляется и увеличивает свой размер только с одного какого-то края (спереди, сзади, справа, слева). Если смотреть на диск сбоку, то он приобретает клиновидную, треугольную форму. **Смотрите рисунок 31 – 1, 2, 3.** На стороне, где происходит воспаление, толщина диска увеличивается до 1,5 сантиметра, а на здоровой стороне – остаётся равной, например, 0,5 сантиметра.

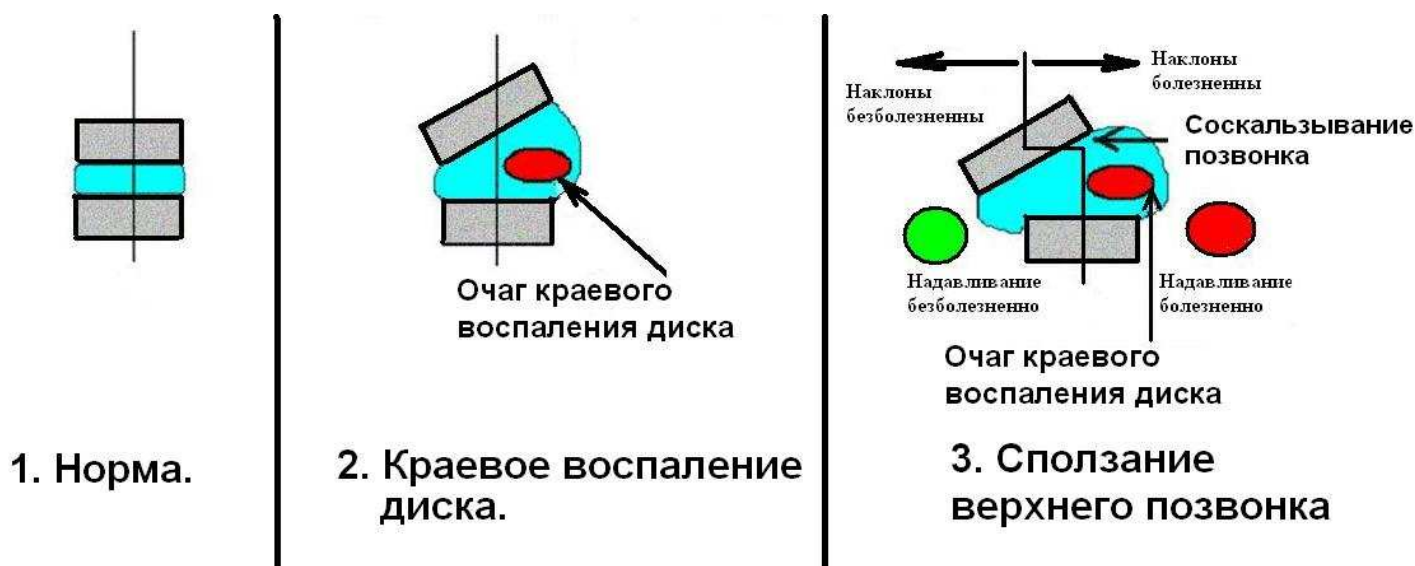


Рисунок 31 - № 1, 2, 3. Механизм сползания позвонка с вершины клиновидного диска.

а) **Искривление оси позвоночника в виде лестницы.** При воздействии даже незначительной продольной нагрузки на клиновидный диск (поднятие небольшой тяжести пациентом, его быстрое вставание со стула), возникает сползание позвонка в сторону и вниз (в положении пациента стоя). **Смотрите рисунок 31 - 3.** Чаще всего сползание по клиновидному диску направлено точно в левую или в правую сторону. В этом случае вышестоящий позвонок (относительно клиновидного диска) соскальзывает вниз как «с горки», и зажимает выходящий из спинного мозга периферический нерв, находящийся с противоположной стороны от очага воспаления. Поэтому попутно с левосторонним остеохондрозом возникает симптом острого правостороннего радикулита. **Острый остеохондроз (острое воспаление хряща) справа или слева от краевой пластины диска всегда приводит к**

возникновению «механического» радикулита с противоположной стороны от очага воспаления. Резкое сползание вышестоящего диска вниз и сжатие корешка нерва проявляется клинически «прострелом», сильной и внезапной болью в позвоночнике. Клинику острого остеохондроза читайте в учебниках по неврологии. В этой книге автор больше обращает внимание на механику процесса. Возникает два механических процесса: искривление оси позвоночника (с образованием ступеньки, лестницы) и вращение вышележащего позвонка вокруг своей оси. Кратко опишем постоянно встречающийся при остеохондрозе симптом лестницы (или симптом противоположных наклонов), клиника которого состоит в следующем. Вместе с вышестоящим позвонком смещаются вбок и изменяют «центровку» все вышестоящие позвонки. При боковом соскальзывании поясничных позвонков (вправо или влево) у больного возникает симптом искривления туловища пациента на угол от 5 до 20 градусов, что хорошо видно в положении пациента стоя (одежда пациента должна быть снята). **При правостороннем или левостороннем остром остеохондрозе возникает симптом «противоположных наклонов»: резкое усиление болей при наклоне шеи или туловища пациента (например) влево, и боли будут отсутствовать при наклоне вправо. Кроме того, наклон в болезненную сторону (влево) очень сильно ограничен в объёме из-за боли. Также может быть болезнен и ограничен объём движения при наклоне вперёд, но тогда будет отсутствовать боль при наклоне назад.** Этот симптом невропатологи выявляют у 88 % больных остеохондрозом. Симптом «противоположных наклонов» очень важен для врача, так как он точно указывает на локализацию воспалительного очага внутри межпозвоночного диска (справа, слева, впереди, сзади) и помогает мануальному терапевту подобрать самые эффективные способы лечения. **Необходимо запомнить – боль возникает на «патологической площадке осевой лестницы», на площадке центральной оси позвоночника, которую при наклоне сдавливает позвоночник. Одновременно боль отсутствует на противоположной стороне межпозвоночного диска, которая свисает с уступа «ступенчатой лестницы» центральной оси позвоночника. Смотрите рисунок 31 - 3.** Симптом «противоположных наклонов позвоночника» проявляет себя только в том случае, когда во всём позвоночнике, состоящем из 24 межпозвоночных дисков, имеется только один воспалённый (с какого-то края) диск. Но бывают случаи (в 12% от общего количества пациентов с остеохондрозом), когда воспален весь объём кольца межпозвоночного диска, или когда существует друг над другом 3 – 5 воспалённых (остеохондрозных) дисков с краевыми расположениями очага воспаления спереди, сзади, справа, слева. **Тогда будут болезненны наклоны позвоночника во все стороны и симптом «противоположных наклонов» будет отсутствовать.**

б) Другой классический синдром, который точно указывает на наличие воспалительного процесса внутри одного из 24 межпозвоночных дисков позвоночника – это **«симптом сдавливания позвоночника» или «симптом нагрузки».** Если на макушку головы (или на оба плеча), сидящего на полу пациента, врач будет давить сверху двумя руками точно в вертикальном направлении, то нагрузка на межпозвоночные диски резко увеличится, и все 24 диска незначительно деформируются, сожмутся. Если один из 24 дисков позвоночника воспалён или имеет грыжу, то пациент ощутит боль в данном отделе позвоночника. При наличии патологического межпозвоночного диска в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника, пациент будет жаловаться на резкое усиление боли в соответствующих местах шеи, грудном или поясничном отделе позвоночника. Так приблизительно можно определить уровень расположения воспаления межпозвоночного диска. Но данный способ определения уровня поражения позвоночника имеет крупный недостаток. При усилении деформации позвоночника, которое создаёт врач при проведении данного обследования, может возникнуть обострение процесса течения остеохондроза, дискового радикулита, может увеличиться размер грыжевого выпячивания. Ведь причина болей в позвоночнике является сжатие нерва и растяжение связочного аппарата позвоночника. А при проведении этого симптома компрессия на эти мягкие ткани ещё больше усиливается. Поэтому автор не рекомендует врачам проводить этот вид обследования позвоночника.

в) **Хронический краевой остеохондроз.** В 23% случаях правостороннее или левостороннее воспаление диска превращается в хронический остеохондроз, который может рецидивировать (обостряться) через каждые 3 – 5 месяцев. Периодические обострения болезни говорят о том, что у данного пациента иммунная система не в состоянии справиться с патогенным фактором, который медленно разрушает хрящ, что приводит к продолжению процесса деструкции хряща (сначала с одной стороны диска, потом с обеих сторон). Через 5 лет возникает ситуация, когда внутри одного и того же межпозвоночного диска существует половина здорового хряща (например, справа), а половина полностью разрушенного хряща

(например, слева). Клинику хронического остеохондроза можно прочитать в учебнике по неврологии. В этой книге автор больше обращает внимание на механику процесса, вызванного краевым отёком диска. Под действием веса собственного тела дегенеративная часть хряща (слева) вскоре проседает, уменьшает свою толщину до нескольких миллиметров, а здоровая половина хряща продолжает иметь высоту около 1 сантиметра. По этой причине могут возникать односторонние грыжи в межпозвоночном диске. Повторно образуется клиновидный диск (если его рассматривать сбоку), как и в описанном в этом параграфе случае с возникновением одностороннего острого остеохондроза. Возникает сползание позвонка в сторону и вниз, что является главной причиной боли. Клиника хронического краевого остеохондроза мало чем отличается от клиники острого краевого остеохондроза. **Но необходимо обратить внимание, что верхняя покатая сторона диска при хроническом остеохондрозе направлена в обратную сторону, нежели при остром остеохондрозе.** Позвонки соскальзывают сверху вниз, «с горки» клиновидного хряща в обратном направлении, нежели направление движения позвонка в момент возникновения острого периода остеохондроза. Вот почему для врача очень важно узнать из анамнеза пациента о том, что раньше у него болела одна сторона шеи или туловища (был острый остеохондроз), а через 7 лет заболела противоположная сторона (начался хронический остеохондроз). Факт смены стороны боли (справа налево или наоборот) даёт врачу информацию о том, что острая стадия остеохондроза перешла в хроническую. При хроническом остеохондрозе так же образуется «лестничный изгиб» центральной оси позвоночника с возникновением болей от смещения вниз вышестоящего позвонка (со всеми вытекающими отсюда последствиями). Главным отличительным симптомом является то, что **при сгибании туловища пациент (заболевший хроническим остеохондрозом) уже жалуется на боли в противоположной стороне (место боли сравнивается с острым остеохондрозом).** Если раньше боль при наклоне была слева, то сейчас боль будет справа. Кроме того, боль в позвоночнике при хроническом процессе не столь интенсивная, как раньше (снизилась «крутизна» клина у межпозвоночного диска). Как правило, хронический остеохондроз осложняется зажатием седалищного нерва с возникновением клиники ишиаса. Другая характерная особенность – в 63% случаев лечение хронического остеохондроза более длительная (чем острого) и в 16 % случаев лечение мануальной терапией этой патологии бывает вообще не эффективной. Причина плохой эффективности лечения хронического остеохондроза – это почти полное дегенеративное перерождение хряща, который не восстанавливается в цитологическом и биохимическом отношении, а следовательно компрессия нервов и боли продолжают. Поэтому врачи не должны быть чрезмерно самоуверенны при лечении хронических остеохондрозов, которые тревожат пациента более 15 лет.

г) Через 10 – 15 лет непрерывного деструктивного процесса в межпозвоночном диске происходит превращение краевого хронического остеохондроза (правостороннего или левостороннего) в **тотальный хронический остеохондроз**, то есть в полное дегенеративное перерождение всей хрящевой ткани диска. При этом деструктивный процесс от одной половины хряща распространяется на другую, а следовательно, охватывает весь объём диска. Клиновидность межпозвоночного диска ликвидируется, тела позвонков принимают физиологически правильное положение, однако возникают множественные грыжи диска, проявление которых и определяет клинику болезни. Клиника острого и хронического остеохондроза при равномерном отёке диска (при деструкции всего диска) читайте в начале этого параграфа.

д) **Вращение (торсия) позвоночника вокруг своей оси при возникновении клиновидного межпозвоночного диска.** Если воспаление диска, его отёк и разбухание происходит с его правого или левого бока (но не спереди или сзади), то одновременно происходит его соскальзывание вбок и вынужденное, насильственное вращение тела позвонка вокруг оси. Торсия позвонка имеет следующий механизм возникновения. Тело верхнего позвонка, расположенного над межпозвоночным диском треугольной формы, смещается в сторону. **Смотрите рисунок 31.** При этом мышцы, которые прикрепляются к остистому отростку этого позвонка, натягиваются и смещают остистый отросток назад, к центральной оси позвоночника. В этой чисто механической системе остистый отросток играет роль рычага, за который натянутые мышцы смещают его в сторону, к центру туловища. Тело позвонка делает невидимое глазом вращательное движение вокруг своей оси. По причине вращения позвонка вокруг оси на 2 - 3 градуса сильно натягиваются связки нервы и сосуды, выходящие из его *foramen intervertebrale*, и это усиливает болезненный симптом. Вполне понятно, что с возникновением поворота одного позвонка будут вращаться в ту же сторону все вышележащие позвонки.

ж) Возникновение мышечных спазмов при радикулитах. Радикулиты в 88% случаях возникают при механическом зажатии нервов «верхним, упавшим» позвонком или в при механическом зажатии нервов внутри фасциального отверстия. Скатывание «с горки» клиновидного диска позвонка сдавливает нерв, который располагается точно внизу под скользящим вниз позвонком. Верхний позвонок «сваливается сверху» и зажимает корешок нерва. Возникает острый, компрессионный радикулит с мышечными спазмами и болями. **Смотрите рисунок 31.** Нервы иннервируют все мышцы туловища и конечностей. По сжатому нерву начинает поступать избыточное количество биотоков к мышцам и они сильно сокращаются, спазмируются, что является единственной причиной возникновения **мышечных болей**. Не остеохондрозы, а вторичные радикулиты вызывают болезненные сокращения мышц на груди, на спине, на ногах, и даже внутренних органов – мочевого пузыря, кишечника, мочеоточника, крупных сосудов (возникает учащённое мочеиспускание, запор, импотенция у мужчин и так далее). Спазм мышц около позвоночника на протяжении нескольких лет приводит к возникновению приобретенных сколиозов. Мышцы живота также получают иннервацию от нервов, выходящих из спинного мозга. Если возникает «компрессионный радикулит» слева или справа, то при внимательном осмотре живота у лежащего на спине пациента можно заметить спазм одной части живота, от чего живот приобретает несимметричные формы.

4. Особенности остеохондроза в нижнем отделе позвоночника (зона L.5 – S.1) – это сползание (листе́з) позвонка L.5 вперёд. **Смотрите рисунок 32.** Как показывает статистика, причина возникновения люмбаго у 86 % пациентов является патологическое смещение вперёд оси позвоночника в нижнем отделе поясницы, в области L.5 – S.1. Причина состоит в особом анатомическом строении межпозвоночного сочленения между пятым поясничным позвонком L.5 и первым крестцовым позвонком S.1: хрящевой диск между этими позвонками (при рассмотрении его сбоку, слева или справа) имеет форму треугольника. Все остальные хрящевые межпозвоночные диски позвоночника имеют форму вытянутого прямоугольника. Такое анатомическое строение возникло в анатомии скелета людей из-за эволюционных особенностей человека. Более 20 миллионов лет назад предки человека (обезьяны) передвигались по поверхности Земли на четырёх конечностях, используя две ноги и две руки. Их позвоночник имел горизонтальное положение по отношению к поверхности Земли. Между ногами и позвоночником (у обезьян, собаки, коровы, слона) физиологический и анатомический угол составляет 90 градусов.

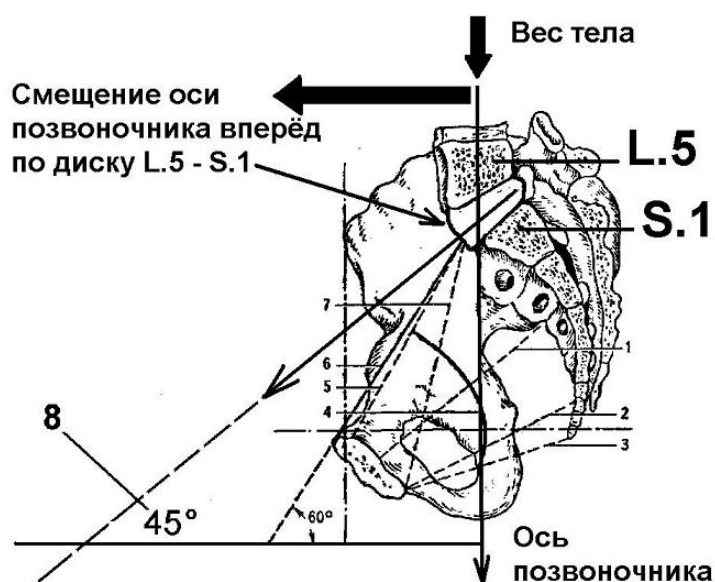


Рисунок 32. Расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 под углом 45 ° по отношению к горизонтальной линии (у стоящего человека). Обозначения: 1 и 5 – внутренние размеры малого таза, 2 и 3 – наружные размеры малого таза, 4 – вертикальная ось таза, 6 – анатомическая конъюгата, 7 – диагональная конъюгата, 8 – расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 под углом 45 ° по отношению к горизонтальной линии.

Поэтому у «обезьяньих» предков человека все межпозвоночные диски позвоночника имели форму правильного вытянутого прямоугольника (при наблюдении за позвоночником сбоку, справа или слева). У современных обезьян ветеринары никогда не диагностируют люмбаго, у них никогда не бывает болей в пояснице. Но приблизительно 10 – 15 миллионов лет назад предок человека (гоминид) выпрямился,

поставил позвоночник в горизонтальное положение, и стал «прямоходящим животным». Между осью ног и осью позвоночника у прямоходящего человека образовался анатомический угол в 180 градусов, а у предка человека обезьяны этот угол составлял 90°. При беге, быстром хождении и прыжках в длину ноги людей (по отношению к оси позвоночника) ещё больше отводятся назад за спину до угла 210 – 220 градусов. В связи с «прямохождением» людей форма позвоночника подверглась некоторым изменениям. В области перехода поясничного отдела в крестцовый возник треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1. Анатомическое строение позвоночника человека в связи с вертикальным расположением позвоночника, стало несовершенным. **По причине особого анатомического строения у людей (в отличии от животных) возникло наклонное расположение межпозвоночного диска L.5 – S.1 к горизонтальной линии на угол 45 градусов (при наблюдении за позвоночником сбоку).** Такое анатомическое строение позвоночника способствует сползанию позвонка L.5 вперёд и вниз. Поэтому можно утверждать об анатомической предрасположенности всех людей к заболеванию типа остеохондроза в зоне L.5 – S.1, который клинически проявляется как люмбаго. Однако, для возникновения патологического процесса соскальзывания (листеза) позвонка L.5, одного гравитационного притяжения не достаточно. Существуют мелкие вертикальные суставные отростки, которые удерживают позвонок L.5 от соскальзывания. У вертикально стоящего человека возникает дополнительный изгиб позвоночного столба назад к спине (по отношению к обезьяне) на 90° – 100°. Если учесть, что у бывших предков человека (у обезьяны) нормальный угол между осью ног и позвоночника составляет 90°, то можно утверждать, что прямохождение создало условия для возникновения особой патологии у человека в виде люмбалгий и люмбоишалгий. В механизме этих болезней дополнительным неблагоприятным фактором является гравитационное притяжение Земли. Вес туловища, рук и головы у взрослого человека составляет 70 % от веса всего тела. Если средний вес взрослого человека составляет 80 килограмм, то (при положении стоя) около 60 килограмм веса тела давит на треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1. А если человек в силу производственной необходимости ещё поднимает груз 60 килограмм, то нагрузка на треугольный межпозвоночный диск L.5 – S.1 удваивается (60 кг вес туловища + 60 килограмм вес груза = 120 килограмм). Здоровый межпозвоночный диск L.5 – S.1 (и здоровые межпозвоночные суставы) могут выдержать такую нагрузку. Если кости ослаблены остеопорозом, позвонок L.5 может не выдержать нагрузки. Тогда диск, хрящевые ткани которого разрушены внедрившимся в него вирусом, соскальзывает вниз по треугольному диску L.5 – S.1. Далее он вытягивается, раздавливается, проседает, раскалывается, выпирает из физиологического объёма диска в виде грыж, возникают другие его механические изменения. Человек получает болезнь в виде дискового радикулита. При этом крестец, соответственно, смещается назад (при наблюдении за позвоночником сбоку). Возникает соскальзывание назад крестца (задний листез крестца с одновременным передним листезом оси всего позвоночника), который в научной литературе ещё называется «ретролистезом крестца». Только при наличии дегенеративного разрушения суставных отростков у позвонка L.5 возникает его сползание (листез) вперёд и вниз. У лежащего на животе пациента возникает «лестница» по оси позвоночника, где первой ступенью служит крестец, а второй – весь остальной позвоночник. Это и является причиной возникновения болей типа люмбаго.

Возможно, через тысячелетия непрерывной эволюции скелета человека на планете с гравитационным притяжением, анатомическое строение позвоночника человека усовершенствуется, соприкасающиеся пластины тел позвонков L.5 и S.1 примут параллельное расположение по отношению друг к другу. Тогда патология в виде люмбаго у людей исчезнет. Но пока соприкасающиеся пластины тел позвонков L.5 и S.1 расположены под углом по отношению друг к другу, а вес туловища провоцирует скольжение их «с горки» при горизонтальном расположении позвоночника.

5. От теории к практике. Знание механизма образования заболевания даёт врачу ясность в использовании соответствующих методик исправления патологических механических изменений. Что бы вылечить пациента, у которого произошло сползание позвонка L.5 вперёд и вниз, необходимо убрать «лестницу» у оси позвоночника, сделать ось позвоночника прямой. **Смотрите рисунок 33.** Мануальный терапевт может быстро помочь больному с люмбаго. Внизу описываются два метода автора этой книги, которые очень эффективны при лечении люмбаго. Оба метода основаны на подъёме пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку вверх с одновременным давлением сверху - вниз на крестец. Рассмотрим как пример автор два метода лечения люмбаго.

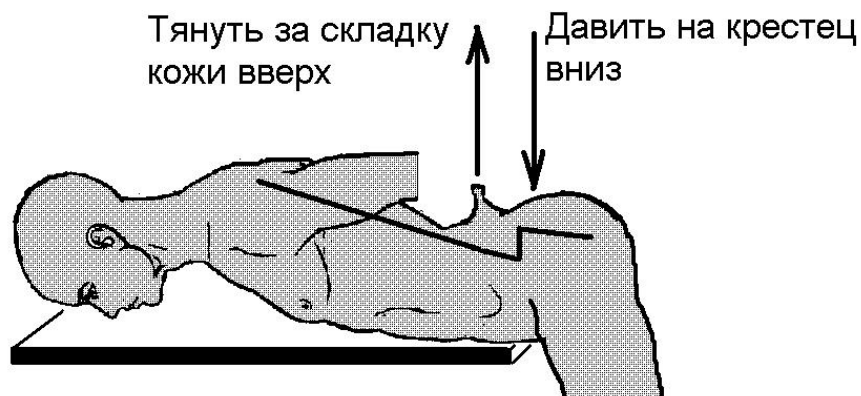


Рисунок 33. Позвоночник в зоне L.5 - S.1 искривляет свою ось в виде «лестницы». Манипуляция выравнивания оси позвоночника при помощи тракции позвонка L.5 за складку кожи и одновременного давления на крестец.

а) Манипуляция № 1 на сочленение L.5 - S.1. Подъём пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку одной рукой с одновременным давлением на крестец другой рукой. Смотрите рисунок 33.

Автор этой книги часто применяет свою собственную методику для лечения болей в области нижней части поясничного отдела позвоночника. Как обычно, перед любой манипуляцией проводятся методы расслабления мышц и связок поясничной области методами изометрической релаксации, иглотерапией, массажем, прогреванием мышц в сауне. Далее пациент ложится на живот и на стол. Край стола застилают одеялом (с целью уменьшения давления острой кромки доски на живот). Кромка стола должна располагаться около костей таза лежащего на столе человека. Ноги пациента не упираются в пол, а свисают, и под действием тяжести ног таз пациента так же немного свисает вниз. Врач становится сбоку от стола. Далее врач создаёт поперечную складку кожи точно над позвонком L.5 одной рукой и тянет за складку вверх. Одновременно другой рукой врач давит вниз на место расположения крестца. При удачном проведении манипуляции позвонок L.5 поднимается вверх и слышится громкий щелчок. Боли в пояснице сразу проходят, появляется тепло в ногах. Для фиксации правильного положения позвонка L.5 на область поясницы накладывается корсет.

б) Манипуляция № 2 на сочленение L.5 - S.1. Подъём пятого поясничного позвонка L.5 за кожную складку двумя руками с упором в крестец запястьями двух рук. Смотрите рисунок 33. Как обычно, перед любой манипуляцией проводятся методы расслабления мышц и связок поясничной области методами изометрической релаксации, иглотерапией, массажем, прогреванием мышц в сауне. Исходное положение пациента аналогично описанному выше – пациент ложится на живот и на стол. Ноги пациента не упираются в пол, а свисают, и под действием тяжести ног таз пациента так же немного свисает вниз. Врач становится сзади от лежащего на столе пациента. Далее врач создаёт поперечную складку кожи точно над позвонком L.5 двумя руками и тянет за складку вверх. При этом запястья двух рук располагаются на крестце пациента, и ими врач давит сверху-вниз на крестец. При удачном проведении манипуляции позвонок L.5 поднимается вверх и слышится громкий щелчок. Боли в пояснице сразу проходят, появляется тепло в ногах. Для фиксации правильного положения позвонка L.5 на область поясницы накладывается корсет.

§ 62. Причина возникновения радикулитов.

В отличие от остеохондрозов мануальная терапия не в состоянии вылечить другое заболевание позвоночника – радикулит, который по клиники мало чем отличается от остеохондроза. Для того, что бы объяснить, почему мануальная терапия бессильна при лечении радикулитов, необходимо знать механизм возникновения радикулитов. Знания механизма возникновения радикулитов также объясняет, почему радикулиты прекрасно лечатся точечным массажем. Для излечения радикулита надо интенсивно массажировать болезненные точки, где возникла туннельная невропатия.

1. Механическая причина возникновения радикулитов (радикулопатий). Радикулитом называется воспаление нерва (корешка – radiculus по-латыни), выходящего из спинного мозга. **Спинномозговые нервы, пп. spinales**, представляют собой парные метамерно расположенные нервные стволы, образованные слиянием двух корешков спинного мозга: *заднего*, radix dorsalis, (чувствительного) и

переднего, radix ventralis (двигательного). Оба корешка сближаются около межпозвоночного отверстия до выхода из него. На заднем корешке имеется утолщение — спинномозговой узел, ganglion spinale. Спинномозговой нерв покидает позвоночный канал через межпозвоночное отверстие, при выходе из которого он подразделяется на ряд ветвей: межрёберные нервы, нервы к внутренним органам, ветви для образования симпатических узлов (r. albus), тонкие веточки для иннервации твёрдой оболочки спинного мозга. **Смотрите рисунок 34 - 1.** Спинномозговые нервы выходят между двумя соседними суставами головок рёбер, а вирусное поражение нервов может осложняться воспалением этих мелких суставов. Поэтому давление пальца врача на паравертебральные мышцы вызывает очень сильную болезненность в позвоночнике, состоящей «из суммы болей» воспалённого нерва и воспалённого сустава.

Провоцирует возникновение радикулита внедрение вируса в тело нерва, а непосредственной причиной болей является механическое сдавливание нерва выпячивающимися тканями межпозвоночного диска или спазмированной мышцей, травматическое повреждение нервной ветки или воздействие на нее нейротоксинов, в результате чего диаметр нерва увеличивается. Одни штаммы нейротропных вирусов, для которых пищей служит слизистая оболочка носоглотки, кровь и нервная ткань, сначала поступают в огромном количестве в русло крови, а после этого вместе с артериальной кровью приносятся к нерву. Другие штаммы нейротропных вирусов, для которых пищей служит только нервная ткань, внедряются в маленький периферический нерв кожи при уколе, ссадине или укусе животного. После этого вирус ретроградно поражает (а иногда и полностью уничтожает) нервные клетки периферической системы, потом спинного мозга, потом головного мозга, что приводит человека к смерти. Ретроградное движение — это движение снизу вверх, а в данном случае — от периферии к центру, от нервного окончания на коже к спинному, а потом к головному мозгу. Внедрение вируса в нервную ткань приводит к опуханию нервного ствола с увеличением его диаметра. Нерв ущемляется в отверстиях мышечных фасций, возникает туннельная невропатия. В большом проценте случаев на внедрившийся вирус в тело нерва вырабатываются антитела в костном мозге и печени, антитела в виде гамма - глобулинов быстро уничтожают вирусы внутри нервного ствола и наступает выздоровление. Однако в небольшом проценте случаев внедрение нейротропного вируса приводит к опуханию, утолщению, а после и к полному уничтожению периферического нерва. При отсутствии иммунитета у пациента возникает крайне неблагоприятное течение распространения вируса по нервным тканям: вслед за периферическим нервом уничтожается спинной мозг, а потом головной мозг, что заканчивается смертью.

Не только проникновение внутрь нерва вируса увеличивают диаметр нерва, выходящего из позвоночника на периферию. Воспаление и опухание нерва может произойти от диабетической полиневропатии, алкогольной невропатии, по причине возникновения аллергического неврита (острая димиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена-Барре), миеломной (опухолевой) полиневропатии, полиневропатии при дифтерии, при поражении нерва вирусом опоясывающего лишая (herpes zoster), при ревматизме, при системной красной волчанке, при травме нерва. У лиц со слабым иммунитетом причиной отека и воспаления нерва могут быть вирусы, которые вызывают грипп, ОРЗ, назофарингит, колит, энтерит, гепатит.

Чаще всего (в 99 % случаев) вирус уничтожает не весь нерв целиком, а участок нерва длиной в 1 – 2 сантиметра. По этой причине вирус становится причиной возникновения лицевого неврита, невралгии тройничного нерва, межреберной невралгии, ишиаса и так далее. Подробнее о клинических проявлениях при поражении нервной системы человека различными штаммами нейротропных вирусов читайте ниже. Из анатомии периферической нервной системы хорошо известно, что как только корешок нерва выходит из спинного мозга и позвоночника (через foramen intervertebrale), он вынужден проникать через толщи паравертебральных и других мышц. Каждая мышца покрыта (как чулком) прочной, эластичной фасцией. В мышечных фасциях существуют специальные отверстия для проникновения нерва через толщу мышцы на периферию тела, к коже. Преодолевая длинный путь от спинного мозга к коже, нервный ствол проникает сквозь десятки мышц и через десятки мышечных фасций. Отверстие в мышечной фасции нельзя увеличить, растянуть, и если толщина нерва увеличивается, то нерв сильно сжимается в фасциальном отверстии. Например, если какой-то нерв имел диаметр 1 миллиметр, а после развития в нем воспалительного процесса (после внедрения вируса в тело нерва) нервный ствол приобрёл диаметр в 2 миллиметра. Из-за увеличения диаметра нерва происходит процесс его сжатия в первом же фасциальном отверстии паравертебральной мышцы, которое «встречает» его сразу после выхода нерва из позвоночника (m. erector spinae, m. longissimus, m. iliocostalis, m. transversospinalis и другие). Механизм возникновения болей при компрессии нерва костной тканью или внутри фасциального отверстия называется **туннельной невропатией**. Основным клиническим симптомом компрессионной (стронгуляционной, туннельной) невропатии является

интенсивная боль в месте нажатия пальца врача на месте проникновения нерва внутрь мышцы через фасциальное отверстие. Боль может возникнуть при вращении туловища или движении конечности, так как при этом происходит натяжение зажатого в фасциальном отверстии нерва. Так возникает патология, которая именуется в современной научной литературе **«туннельная невропатия корешков вертебральных (позвоночных) нервов»**, иначе **радикулитом или невропатией**. **Смотрите рисунок 34 -1, 2.** Итак, причиной возникновения радикулитов является **туннельная (или компрессионная) невропатия**. Если диаметр нерва при его воспалении увеличивается на 10% – 30%, то без сомнения сила сжатия нерва в отверстии тонкой фасции достаточно сильное. От сильного сжатия нервных клеток, которые служат в организме проводниками электричества, повреждается их тонкая изоляционная оболочка (шванновская оболочка) и происходит соприкосновение «оголенных проводов» нейронов. По этой причине случаются «иннервационные ошибки» в виде иррадиации боли, когда пациент с радикулитом ощущает боль в абсолютно «здоровых» местах на руке, ноге, пояснице и так далее. По причине «короткого замыкания» пережатых нервов мускулатура чрезмерно сокращается непосредственно над местом передавливания нерва. Например, спазмируется грушевидная мышца, которая пережимает седалищный нерв в месте его выхода из малого таза на бедро, возникает синдром грушевидной мышцы в виде боли в ягодице. Спазмируется лестничная мышца на шее с пережатием плечевого сплетения, от этого ощущается боль в плече.

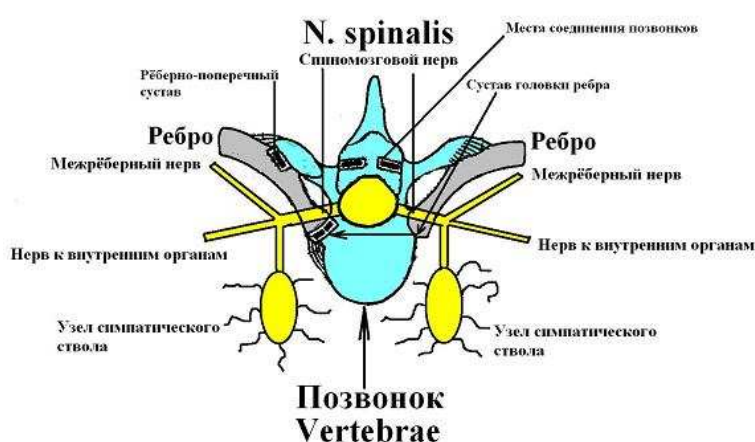


Рисунок 34 - 1. Взаимоотношение рёбер, нервов и позвонков.

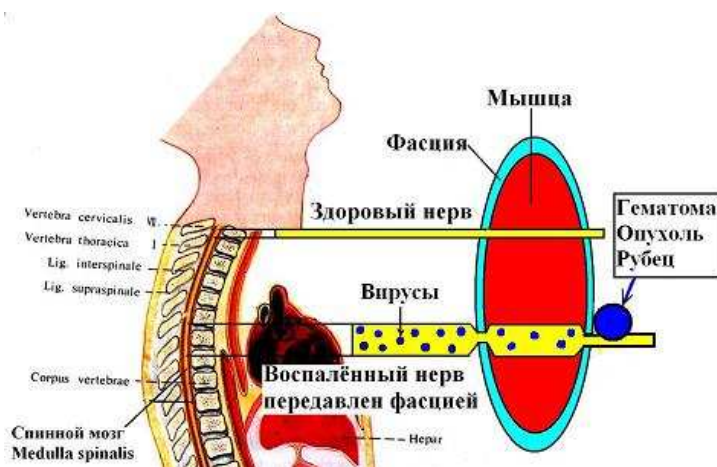


Рисунок 34 - 2. Причина возникновения радикулитов – туннельная невропатия воспалённых спинальных нервов (поражение нерва вирусом), гематома, опухоль, рубец.

По поверхности крупного нервного ствола всегда идут кровеносные сосуды (артерия и вена). При туннельной невропатии пережимаются и эти анатомические образования. Пережатые вены и артерии непосредственно около фасциального отверстия, пережимающей нерв, увеличиваются в размере в 3 - 5 раз. Именно их и пальпируют врачи, а многие медики ошибочно называют расширенные вены и артерии «скоплением солей». Получается замкнутый круг – отекший нерв зажат в фасциальном отверстии, а вены и артерии (пережатые у входа в фасциальное отверстие) расширяются и ещё сильнее давят на нервный ствол, еще сильнее затягивает «петлю на шее нерва». Таков механизм возникновения радикулитов. Причина возникновения остеохондрозов совершенно другая.

Туннельная (или компрессионная) невропатия периферического нерва, поражённого вирусом, диагностируется в **83 %** случаев. В **17 %** случаев причина туннельной невропатии являются опухоли (липомы, невромы и так далее), гематомы внешние для данного нерва (гематома мышцы) и внутренние (после травмы данного нерва), рубцы из соединительной ткани после ножевых и осколочных ранений, воспалительные уплотнения после инъекций около нерва, сдавливание нерва фурунколом и так далее.

2. Клинические симптомы некоторых туннельных невропатий. Многие ученые утверждают, что радикулиты, остеохондрозы, лицевой неврит, невралгия тройничного нерва и другие болезни периферической нервной системы относятся к разновидностям туннельных невропатий, так как возникают от механического сдавливания нерва внутри отверстия в костной ткани (в местах выхода из черепной коробки), в отверстиях, образованных двумя соседними позвонками, или в отверстии плотной мышечной фасции. Сейчас кратко опишем клиническую картину некоторых туннельных невропатий, которые проявляют себя очень болезненными точками на спине, груди, животе, на голове, ногах и руках.

1) Инъекционная невропатия. Инъекции многих лекарств в ягодичную область, в предплечье или в плечо иногда сопровождаются поражением иглой и инъекционными растворами седалищного, лучевого, локтевого или срединного нервов. Возникает химическое поражение участка нерва длиной в 2 - 3 сантиметра. Неправильно выполненная инъекция в непосредственной близости от нерва или непосредственно в тело самого нерва приводит к его сдавлению сначала 5-10 миллилитрами раствора введенного лекарства, а затем нерв сдавливается воспаленным участком мышечной ткани, который образуется по причине неблагоприятного воздействия химического состава вещества, используемого для внутримышечного введения. По этой причине сразу после инъекции возникают сильные боли и паралич мышц в районе инъекции. Лечение: массаж противопоказан, инъекции гидрокортизона или преднизолона в эпицентр асептического воспаления и тепловые процедуры. При лечении иглотерапией брать только отдаленные точки.

2) Невропатия надлопаточного нерва. Первичная причина болезни – травма мягких тканей над плечевым суставом или чрезмерное напряжение мышц при физической нагрузке на плечевой сустав. Вторичная причина – сдавливание нерва вследствие локального опухания и отека мягких тканей в щели, образованной вырезкой лопатки и натянутой над ней верхней поперечной связкой лопатки. Клинические проявления болезни следующие: интенсивная боль по ночам и в положении лежа на больной стороне, при нажатии на верхнюю поверхность плечевого сустава ощущается сильная болезненность, боль обостряется при кашле и движении рукой.

3) Невропатия подмышечного нерва. Невропатия подмышечного нерва возникает при сдавлении его в четырехстороннем отверстии. Клиника – точечная боль при нажатии пальцем на заднюю поверхность плечевого сустава.

4) Невропатии срединного нерва. Срединный нерв может быть сдавлен во многих местах по всей его длине. На плече нерв может быть сдавлен шпорой плечевой кости. Тогда точечная болезненность выявляется, например, на 6 см выше внутреннего мыщелка плеча. На нижней трети плеча сдавливание нерва возникает из-за воспаления связки Стратерса. В верхней трети предплечья срединный нерв может сдавливаться внутри отверстия фасции круглого пронатора. Основная жалоба при пронаторном синдроме – точечная болезненность в области верхней половины предплечья в покое и при нажатии. Самым частым вариантом всех туннельных невропатий является такая патология срединного нерва, как синдром запястного канала. Веточка нерва пережимается в запястном канале по причине воспаления и опухания окружающих сухожилий и сухожильных влагалищ. Основным фактором развития синдрома запястного канала является физическое перенапряжение – длительное вязание, вышивание, доение коров, шлифование и т.д. Клиническая картина данного заболевания сводится к ночным и утренним болям и онемению 1, 2 и 3 пальцев руки. Точечная болезненность диагностируется при нажатии на запястье. Лечение аналогично предыдущим туннельным невропатиям.

5) Туннельная невропатия локтевого нерва. Сдавление локтевого нерва может происходить на уровне задней поверхности локтевого сустава, лучезапястного сустава и на ладони. Соответственно этому острая точечная боль при нажатии пальцем определяется на задне - внутренней поверхности локтевого сустава, на ладонной поверхности запястья около локтевой кости, на ладони в области основания 5 пястной кости. Упорные невропатии на ладони наблюдаются у людей, испытывающих постоянное давление на ладонь: спортсмены – велосипедисты и мотоциклисты, слесари, больные, пользующиеся при ходьбе костылями и т.д.

6) Туннельная невропатия лучевого нерва. Компрессионное сдавливание лучевого нерва чаще всего происходит на месте прободения нервом наружной межмышечной перегородки плеча на границе средней и нижней трети. Клиническая картина типична – полный паралич разгибателей кисти и пальцев, висячая кисть. Болевая точка обнаруживается на внутренней поверхности плеча. Лечение: инъекции гидрокортизона в болевую точку, которая располагается на соответствующей глубине. Желательно предварительно определить локализацию и глубину нахождения зоны компрессионного сдавливания тонкой иглотерапевтической иглой, которая, попав в очаг асептического воспаления, возникшего на месте сдавливания нерва, вызовет резкую боль. После этого параллельно иглотерапевтической игле вводят инъекционную иглу и вливают раствор гидрокортизона. Реже лучевой нерв передавливается в других местах: в локтевом суставе (латеральная поверхность) и на ладони (у основания и головки 1 пястной кости). При надавливании пальцем в указанных местах возникает сильная боль.

7) Невропатия межреберных нервов или межреберная невралгия. Межреберные нервы проходят от позвоночника к переднесрединной линии J по межреберным промежуткам. По ходу своего распространения и последующего разветвления в мышцах и коже груди и живота они проникают через сотни мышечных фасций, где может происходить их защемление при наличии непосредственно над фасциальным отверстием воспалительного очага или опухоли. При надавливании пальцем в районе компрессии нерва больной отмечает усиление боли. При сильном сжатии туловища широким кожаным ремнем или лечебным корсетом возникает синдром «кончика ребра». Происходит сдавливание межреберного нерва концами 10, 11 и 12 ребер с возникновением острой боли в указанном месте в покое, при кашле, чихании и надавливании пальцем. Ушиб живота может осложняться ущемлением передних ветвей межреберных нервов, пронизывающих фасцию прямой мышцы живота. Клинически это проявляется «синдромом прямой мышцы живота»: наличие очень болезненных точек на брюшной стенке, а при большом их количестве пальпация внутренних органов живота становится повсеместно болезненной, что приводит к ошибочному диагнозу острой патологии органов брюшной полости. Однако, чаще всего болезнь позвоночника вызывает иррадиацию болей в какой-то участок межреберного нерва. В этом случае возникает немного другая клиническая картина. Радикулиты, опухоли спинного мозга, болезнь Бехтерева и другие патологии позвоночника вызывают не точечную болезненность, а разлитую болезненность на площади 3 - 5 квадратных сантиметров.

8) Невропатия наружного кожного нерва бедра, болезнь Рота. Это один из самых частых вариантов туннельных невропатий. Нерв выходит на бедро кнутри от передней верхней ости подвздошной кости. Избыточное отложение жира в передней брюшной стенке может привести к отвисанию жировых тканей при ходьбе и натяжению нервного ствола. Это и является причиной его компрессии в отверстии прободения нерва через паховую (пупартовую) связку. Клинически этот синдром проявляется не только точечной болезненностью при надавливании пальцем на соответствующее место, но и онемением и жгучей болью по передней поверхности бедра. При постоянных сильных болях требуется хирургическое вмешательство по пересечению нерва в зоне ущемления.

9) Невропатия седалищного нерва или синдром грушевидной мышцы. Седалищный нерв ущемляется между крестцово-остистой связкой и спастически сокращенной грушевидной мышцей, которая возникает при остеохондрозе поясничных нервных сегментов. Клинически ущемление сопровождается сильными болями в области ягодицы, при нажатии пальцем в области подгрушевидного отверстия (пространство на ягодице сзади тазобедренного сустава) боль усиливается с иррадиацией по всей длине седалищного нерва. При приведении и внутренней ротации согнутой в коленном и тазобедренном суставах больной ноги возникает сильная боль в ягодичной области на пораженной стороне. Лечение синдрома грушевидной мышцы сводится к снятию патологического спазма этой мышцы, возникающего по причине генерации потока болевых импульсов по нерву, который иннервирует грушевидную мышцу. А возникновение болевого электропотенциала на мышцу возникает вследствие остеохондроза поясничных межпозвоночных дисков. После того, как будет излечен остеохондроз, исчезнет и синдром грушевидной мышцы.

10) Туннельная невропатия общего малоберцового нерва. Компрессия малоберцового нерва может произойти дистальнее головки малоберцовой кости, где начинается сухожилие длинной малоберцовой мышцы, через которое проходит путь нерва по направлению к стопе. Компрессия нерва происходит при травме сухожилия, физическом перенапряжении мышц голени при работе «на корточках» (прополка сорняков, паркетные работы), при длительном сдавлении гипсовой повязкой и т.д. Клинически

невропатия проявляется резкой болезненностью при надавливании пальцем в районе головки малоберцовой кости, параличом мышц – разгибателей стопы и пальцев, отсутствием тактильной чувствительности (аналгезия) на наружной поверхности голени.

11) Туннельная невропатия большеберцового нерва. Сдавление большеберцового нерва возникает в районе внутренней лодыжки. В этом месте располагается костно-фиброзный тарзальный канал. После подвывиха или перелома лодыжки больные долгое время испытывают боли при нажатии пальцем в области пережатого рубцовой тканью нерва, боль в подошвенной поверхности стопы и пальцев, ночные боли в стопе при покое.

12) Невропатия подошвенных пальцевых нервов, невралгия Мортон. Общие подошвенные нервы иннервируют пальцы стоп. Нервы проходят под глубокой поперечной плюсневой связкой, соединяющей головки плюсневых костей. Причиной развития невропатии является ношение тесной обуви и обуви на очень высоком каблуке. При этом головки плюсневых костей и проходящие между ними нервы сильно сжимаются. После длительного ношения тесной обуви возникает жгучая боль в подошве при ходьбе и в покое. При давлении пальцем между плюсневыми костями с подошвенной поверхности возникают сильные боли. Лечение типично – вводится раствор дипроспана, преднизолона, гидрокортизона между головками плюсневых костей. Введение лучше осуществлять не со стороны подошвы, а с тыла стопы, где кожа тоньше и чище. Одновременно рекомендуется носить свободную обувь. В книге упоминаются лишь некоторые виды туннельных невропатий. В медицинской практике их встречается значительно больше. Клинически невропатии проявляются как болезненные точки акупунктуры на ногах, спине, животе, груди, руках, но они ни в коей мере не указывают на существование какого-то меридиана с избытком энергии. Невропатии имеют совершенно другую причину возникновения и их методы лечения иные.

3. Нейротропные вирусы. Локальное поражение нервов с последующим радикулитом или невропатией возникает от большого числа штаммов нейротропных вирусов. Вирусологи утверждают, что количество штаммов нейротропных вирусов с каждым годом увеличивается. Нейротропный вирус – это вирус, «питающийся» исключительно нервными клетками и размножающийся внутри нервных клеток. При этом другие ткани (соединительные, мышечные, печёночные, выделительные – клетки слизистых оболочек и железистые) не являются для них питательной средой. **Как показывает мировая медицинская практика с каждым десятилетием становится всё больше «опасных мутантов» у нейротропных вирусов. В 1950 году их насчитывалось 9, в 1960 году -16, в 1980 году – 32, в 2000 году – 151. Интересно отметить, что некоторые штаммы банальных вирусов (корь, коревая краснуха, герпес, прививочный полиомиелит и другие) 200 лет тому назад избирательно не поражали нервные клетки периферических нервов. После 2000 года клиницисты и инфекционисты к своему большому удивлению всё чаще выделяют штаммы этих «типичных» вирусов, которые включили в свой «питательный рацион» исключительно нервную ткань человека, то есть стали нейротропными. Данные вирусы явно поменяли свою генную структуру и за 200 лет претерпели сильную генную мутацию. Ещё 300 лет тому назад все нервные болезни вызывали вирусы, которые проникали внутрь человеческого организма через слизистую оболочку кишечника или слизистые дыхательных путей (натуральная оспа и другие). Сейчас способ проникновения в человеческий организм большинства вирусов поменялся. Приблизительно в 1970 году возникли первые медленные нейротропные инфекции, когда вирусы стали активно проникать через повреждённую кожу (использование метода прививки, вакцинации). С 1980 года среди населения Земли распространился СПИД, вирус которого проникает через тонкую кожу мужского полового члена и нежные участки кожи женских наружных половых органов. Перечислим некоторые виды нейротропных вирусов:**

- 1) Бешенство (вирус вызывает гибель клеток сначала периферической нервной системы, потом спинного мозга, но наиболее сильное разрушение нервных клеток происходит в головном мозгу),
- 2) болезнь Альцгеймера (медленное разрушение вирусом в основном нервных тканей головного мозга, в итоге нарушение памяти, деменция, нарушение речи, спастические параличи конечностей, смерть через 6 – 15 лет),
- 3) болезнь Крейтцфельда-Якоба (вирусное поражение головного мозга, преобладает патология психики),
- 4) боковой амиотрофический склероз (вирусное поражение в основном сегментно-ядерных мотонейронов спинного мозга, атрофия мышц, спастика, парезы),

- 5) синдром Экбома или синдром беспокойных ног (перед ночным сном возникает ощущение «ползание мурашек» по коже ног по причине вирусной полиневропатии и миелита),
- 6) паралич Ландри (центростремительное разрушение нервных клеток спинного и головного мозга вирулентным штаммом вируса полиомиелита, смерть наступает через несколько лет),
- 7) криптогенная невропатия плечевого сплетения (вирусное поражение плечевого нервного сплетения, сильные боли в плече с последующим выраженным парезом мышц плечевого пояса),
- 8) панэнцефалит подострый, склерозирующий (поражение головного мозга изменённым штаммом вируса кори, вызывает патологическую сонливость, стремление к бродяжничеству, снижает зрение, мышечные судороги, заканчивается смертью после поражения дыхательного центра в продолговатом мозге через 1 – 2 года, хронические формы протекают на протяжении 7 лет),
- 9) пандисавтономия острая (вирусное поражение вегетативной нервной системы, выраженная гипотония, ангидроз, сухость слизистых оболочек, импотенция, запор, задержка мочеиспускания, выздоровление через несколько лет),
- 10) болезнь Паркинсона – дрожательный паралич, энцефалиты, вызывающий дрожание конечностей, называемые «паркинсонизмом» (вызываются видоизменённым вирусом Экономо, энтеровирусами и так далее),
- 11) полиомиелит эпидемический передний (вызывается вирусом полиомиелита, поражаются передние рога спинного мозга, паралитические параличи),
- 12) болезнь Дюшенна, полиомиелит подострый (вирусным возбудителем предположительно является генетически изменённый штамм вируса полиомиелита),
- 13) понтийный миелолиз (уничтожением безоболочечным вирусом нервных клеток моста головного мозга, судороги, тремор, спастическая тетраплегия, псевдобульбарные параличи, психические нарушения),
- 14) рассеянный или множественный склероз (вызывается медленной вирусной инфекцией, вирус не выделен, сначала поражается спинной мозг с болями, нарушениями чувствительности и парезами, потом – головной мозг, смерть наступает через 5 – 20 лет),
- 15) вирусный миелит (вызывают в основном энтеровирусы, вялые и спастические параличи, опоясывающие боли туловища, нарушение чувствительности),
- 16) вирусный арахноидит (вирусное воспаление паутинной оболочки головного и спинного мозга, головные боли),
- 17) серозные менингиты и энцефалиты (воспаление твёрдой мозговой оболочки и коры головного мозга, вирусы паротита, ветряной оспы, краснухи, КОКСАКИ, ЕСНО, ЭКОНОМО, вирус герпеса, гриппа, парагриппа и другие),
- 18) энцефалит клещевой, весенне-летний (вирус передаётся человеку иксодовыми клещами, обладает выраженным нейротропизмом, поражает спинной и головной мозг, вялые параличи, атрофия мышц, гемипарезы, эпилептические припадки, расстройство дыхания и сердечной деятельности),
- 19) энцефалит эпидемический, энцефалит А (летальность 30 %, возбудителем является фильтрующий вирус, глазодвигательные нарушения, поражение ядер продолговатого мозга, расстройство дыхания и сердечной деятельности),
- 20) энцефалит японский, комариный, энцефалит Б (возбудителем является вирусом животных и птиц, передающийся комарами, сонливость, потеря сознания, бред галлюцинации, спастические парезы, летальность до 70 %),
- 21) энцефалит острый, некротический (вызывается вирусом простого герпеса, в 74 % летальный исход, в головном мозге возникают обширные некротические очаги),
- 22) менингоэнцефалит двухволновой (возбудителем является изменённый штамм вируса клещевого энцефалита, поражает исключительно головной мозг),
- 23) энцефалит Шильдера, периаксиальный (из группы медленных нейротропных инфекций, поражает белое вещество головного мозга, головная боль, рвота, психические расстройства типа шизофрении, эпилептиформной дегенерации, нарушение зрения, болезнь хроническая, длится до 20 лет),
- 24) Вирусологи называют 109 видов вирусов, которые можно назвать нейротропными, то есть - питающимися исключительно нервными клетками человека. Многие вирусы имеют по 3 – 8

штаммов (разновидностей), которые сильно меняют клинику течения болезни (по отношению к центральному, материнскому штамму).

1) Самым типичным представителем нейротропной инфекции является вирус бешенства. Поэтому рассмотрим это заболевание более подробно. **БЕШЕНСТВО** — острое вирусное заболевание, возникающее после укуса инфицированного животного и проявляющееся поражением нервной системы (повышение возбудимости, гидро- и аэрофобия, параличи). Кончается болезнь всегда летально. **Эпидемиология.** Источником инфекции являются инфицированные животные (собаки, кошки, лисы, волки, песцы, шакалы, енотовидные собаки, барсуки, травоядные животные). Резервуаром вируса бешенства могут служить летучие мыши. Передача инфекции осуществляется при укусах (значительно реже при ослонении кожи) инфицированными животными, которые начинают выделять вирус со слюной уже в конце **инкубационного** периода. Заражение с больных людей наблюдается очень редко. Заболевание встречается в виде спорадических случаев среди лиц, не обратившихся за помощью (т. е. которым не проводились антирабические прививки). Особенно опасны укусы в голову, лицо, пальцы рук, множественные укусы. **Этиология, патогенез.** Заболевание вызывается вирусом **бешенства**, характеризующимся строгим нейротропизмом. Размеры вируса 110 — 120 мкм, относится к группе миксовирусов, все штаммы вируса однородны в антигенном отношении. Вирус может культивироваться путем заражения экспериментальных животных, в развивающихся куриных эмбрионах, в культуре ткани. У зараженных животных вирус, разрушая последовательно то одну, то другую нервную клетку, по периферическим нервам проникает в слюнные железы, и вместе со слюной выделяется во внешнюю среду. Другие выделения (моча, желчь, испражнения) вируса не содержат. Размножаясь в нервной ткани, вирус вызывает характерные морфологические изменения в нервных стволах, идущих от места укуса, в спинном и головном мозгу (отек, кровоизлияния, дегенеративные изменения нервных клеток). Появляются рабические узелки (лимфоцитарные инфильтраты вокруг участков поврежденных нервных клеток). Патогномоничными являются цитоплазматические включения (тельца Негри), особенно густо расположенные в нейронах аммонова рога. **Итак, после внедрения в организм человека через поврежденную зубами бешеного животного кожу вирус распространяется по кожным нервам в направлении к головному мозгу. Сначала вирусом «съедается» ткань периферического нерва. Потом вирус проникает в спинной мозг, и, участками поражая нейроны спинного мозга, поднимается вверх и достигает головного мозга. Характерные клинические симптомы начинают проявляться только с момента разрушения большого количества нервных клеток головного мозга.**

Симптомы, течение болезни. Инкубационный период длится от 10 дней до 1 года, чаще 2—3 месяца. Все симптомы возникают по причине уничтожения нервных клеток, которые являются единственным видом пищи для этого вируса. Клинически выделяют три стадии болезни: продромальную, стадию возбуждения и паралитическую. В продромальной стадии у больного появляются неприятные ощущения в области укуса (жжение, тянущие боли, зуд, ползание мурашек), которое объясняется деструктивными разрушениями тонких нервных окончаний. **Через несколько недель вирус начинает разрушать нервные клетки крупных стволов (например, плечевого или поясничного нервных сплетений), которые являются продолжением периферических нервных путей в направлении от места укуса больного животного к спинному мозгу. В этот период пациент предъявляет жалобы сначала на боли в позвоночнике, а потом на возникновение парезов и параличей крупных групп мышц.** Далее начинается разрушение нервных тканей спинного мозга с явлениями острого миелита. Вскоре вирус поднимаясь вверх по спинному мозгу и начинает разрушать нервные клетки продолговатого мозга и коры головного мозга. Появляется беспричинная тревога, депрессия, бессонница, иногда чувство сжатия в груди. Эта стадия длится 2—3 дня. Основными симптомами стадии возбуждения являются: гидрофобия (невозможность выпить воды из-за спазма мышц пищевода), аэрофобия (судороги мышц гортани и глотки возникают от дуновения в лицо струй воздуха), повышенная возбудимость, буйство. Повышается температура тела до 39 градусов по Цельсию. Гидрофобия (водобоязнь) проявляется в том, что при приближении к губам стакана с водой у больного возникает неодолимое отвращение, сопровождающееся судорогами мышц глотки и гортани (что доказывает факт разрушения нервов), которые иннервируют мышцы шеи и головы. Затем поражаются нервы, иннервирующие дыхательную мускулатуру. Это приводит к кратковременной остановке дыхания с последующими короткими шумными, судорожными вдохами. Подобные спазмы возникают иногда при звуке льющейся воды, при слове «вода», иногда от блеска зеркала. Судороги мышц гортани и глотки возникают также от дуновения в лицо струй воздуха (аэрофобия). Нередко у больных бешенством отмечается повышенное слюноотделение, иногда неукротимая рвота. Больные возбуждены,

иногда буйствуют (кричат, разбивают окна, агрессивны по отношению ко всем окружающим людям, могут быть галлюцинации). По этой причине болезнь назвали «бешенством». Каждый последующий приступ гидро- и аэрофобии более продолжителен и мучителен. Через 2—3 дня приступы стихают, начинается стадия параличей. Параличи обычно начинаются в мышцах области укуса, затем быстро распространяются на другие участки (туловище, конечности). Смерть наступает от паралича дыхания и упадка сердечной деятельности через 12 — 20 часов после появления параличей. Иногда заболевание начинается сразу со стадии возбуждения или даже с параличей. У детей бешенство характеризуется более коротким инкубационным периодом. Приступы гидрофобии и буйства могут отсутствовать. Заболевание проявляется депрессией, сонливостью, развитием параличей и коллапса. Больной ребенок может умереть уже через сутки после появления первых симптомов заболевания. **Распознавание** основывается по данным анамнеза (укус или контакт с подозрительным на бешенство животным) и характерной симптоматике (водобоязнь, аэрофобия, возбуждение, параличи). Посмертная диагностика осуществляется путем нахождения телец Нерги в отпечатках или гистологических срезах аммонова рога или слюнных желез (с помощью специальной окраски или флюоресцирующих сывороток). Может быть выделен вирус. **Лечение симптоматическое.** Больного помещают в отдельную, затемненную, тихую комнату. Вводят в больших дозах морфин, хлоралгидрат, аминазин, димедрол, сердечные средства. Введение курареподобных препаратов и перевод на управляемое дыхание может лишь продлить жизнь больных на 2 — 3 дня. **Прогноз** всегда неблагоприятный. Смерть наступает через 1 — 3 дня с момента появления гидро- и аэрофобии, что говорит о сильном разрушении нервных клеток продолговатого мозга, в том числе и жизненно важных центров, которые контролируют дыхание и сердечно-сосудистую деятельность данного человека.

2) Наглядным примером «типичного нейротропного вируса» является вирус эпидемического полиомиелита. **ПОЛИОМИЕЛИТ ОСТРЫЙ, ПЕРЕДНИЙ, ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ** (греч. polios — серый, myelos — спинной мозг). Острое вирусное заболевание, характеризующееся распространенным воспалительным процессом в центральной нервной системе с преимущественным поражением передних рогов спинного мозга и развитием вялых атрофических парезов и параличей мышц. Возбудителем являются вирусы трёх типов. Заражение происходит капельным и алиментарным путём. Вирус, попадая в глотку, желудочно-кишечный тракт, внедряется в миндалины и групповые лимфатические фолликулы (пейеровы бляшки). В лимфатической ткани происходит первоначальное размножение вируса, откуда он по лимфатическим путям проникает в кровь, а затем в нервную систему. Воспалительный процесс в ней в первые 4 дня паралитического периода достигает наивысшей степени. Разрушение нейронов двигательного типа характеризуется мозаичностью и пестротой: наряду с погибающими имеются сохранившиеся, что получает свое отражение в клинической картине мышечного паралича. При возникновении острых проявлений болезни необходимо иметь в виду так называемый прививочный полиомиелит. Риск его возникновения ничтожен — приблизительно 1:1000 000, инкубационный период 5—15 дней (в среднем 11,6 дня после прививки) и при наличии сниженного иммунного фона у человека. Вирус уничтожает в основном двигательные волокна спинного мозга (до 70 % всего их количества). Спастический паралич фактически делает невозможным активные мышечные движения. Нервные клетки головного мозга также уничтожаются вирусом, но в меньшей степени (до 12%). Благодаря прививкам в настоящее время смертельных случаев от эпидемического полиомиелита не зарегистрировано.

3) **«МЕДЛЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ» НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** — хронические прогрессирующие заболевания с длительным латентным периодом, характеризующиеся поражением определенных систем и заканчивающиеся тяжелой инвалидизацией или смертью. В конечном счете проникновение вируса-паразита внутрь нервной клетки приводит ее к гибели. Принято выделять две группы медленных нейротропных инфекций:

а) **Заболевания, вызванные мутированными штаммами известных вирусов** - корь, коревая краснуха, герпес и другие. Вирусы разрушают оболочку нервной клетки, далее белки цитоплазмы и ДНК клетки поступают в русло крови и воспринимаются иммунной системой организма как инородные тела – антигены. Вслед за этим развивается иммунопатологический процесс – организм вырабатывает антитела к белкам своих нервных клеток. Далее антитела уничтожают свои же нервные клетки, ошибочно воспринимая их как чужеродные тела. Губительная роль крупных, оболочечных персистирующих вирусов доказано при болезни Крейтцфельда — Якоба, подостром склерозирующем панэнцефалите и прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии. Типичным представителем

давно известного, не мутированного представителя медленной нейротропной инфекции – вирус бешенства.

б) Заболевания, вызванные вирусами неизвестной природы. Всё чаще клиницисты сталкиваются с ситуацией, когда клинически болезнь протекает с симптомами разрушения и гибели нервных клеток, гистологи видят доказательства губительного действия вируса в микроскопы, но (к большому сожалению) инфекционисты не могут выделить вирус из мёртвой нервной ткани, не могут определить штамм вируса и его видовую принадлежность. ***По-видимому вирус представлен одной короткой молекулой РНК, которая легко «вклинивается» в геном клетки, сливается с ДНК нервной клетки, и поэтому определить наличие вируса внутри нервной клетки не представляется возможным.*** Медленные инфекции нервной системы относятся к нетипичным, атипичным представителям нейротропных вирусов, так как имеют очень медленную динамику развития, которая всегда приводит к гибели заболевшего больного человека. Направление «ликвидации нервных клеток» вирусом, принадлежащей к группе «нейротропных медленных инфекций» (миксо-, арбо и аденовирусы) происходит в центростремительном направлении: от периферии (от кожи) к головному мозгу. Нейротропные вирусы начинают размножаться внутри тонкого нерва кожи и подкожной клетчатки после получения человеком незначительной ранки на коже (как и вирус бешенства) и на фоне отсутствия (или снижения) иммунитета у данного человека к данному вирусному штамму. Происходит роковая «прививка» смертельного для данного человека вируса через царапину на коже или прокол её острым предметом. Потом вирус, пожирая нервные клетки, медленно продвигается к крупному нерву, уничтожая его нервные клетки, вызывая при этом полную утрату его функций. Далее вирус продвигается к крупному сплетению, что ошибочно диагностируется врачами как возникновение радикулита или остеохондроза. Далее разрушительный процесс «впадает в русло спинного мозга», вызывая инфекционный миелит. В этот момент больной человек жалуется на боли в позвоночнике. Вирус поражает спинной мозг, вызывая многочисленные параличи и парезы, как правило, сначала мышц ног, а потом – мышц рук. В последнюю очередь вирус уничтожает нервные клетки головного мозга, вызывая многочисленные нарушения психики, то есть нарушается мышление, память, разумная деятельность. На конечном этапе своей разрушительной деятельности «нейротропной медленной инфекции» всегда происходит смерть человека.

4) БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДА — ЯКОБА — прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся быстро развивающимися психическими нарушениями, пирамидными и экстрапирамидными симптомами. Вирус проникает в организм через слизистую носоглотки, куда попадает респираторным путём. Током крови попадает в головной мозг, где происходит медленное его размножение. Болезнь относится к медленным инфекциям нервной системы из группы спонгиозных энцефалопатий, в которую также включен ряд заболеваний человека (куру) и животных (скрепи, энцефалопатия норки). Имеются данные, что все эти болезни вызываются одним вирусом. Заболевание воспроизведено в эксперименте. Описаны случаи заражения здоровых людей от больных лиц (при пересадке роговицы, в процессе нейрохирургических операций). Заболевание встречается с частотой 1 на 1000 000 случаев других болезней и у людей с пониженным иммунитетом. Основу патогистологических изменений в мозге составляют спонгиозное состояние ткани, а также гибель нейронов дистрофического характера коры, подкорковых образований, передних рогов спинного мозга и пролиферация астроцитарной глии. **Клиническая картина.** Заболевание возникает в возрасте 30—60 лет одинаково часто у мужчин и женщин. Встречаются как спорадические, так и семейные случаи. Клинические симптомы чрезвычайно вариабельны и зависят от стадии патологического процесса. Продолжительность заболевания не более 2 лет, смерть наступает по причине полного уничтожения нервных клеток головного мозга, в том числе и по причине уничтожения структур продолговатого мозга, где содержится дыхательный и сердечный центры.

Стадия I — продромальный период — характеризуется нарушениями психики, в основном эмоционально-волевой сферы: тревога, депрессия, отсутствие инициативы, замедленность мышления, которые могут чередоваться с периодами возбуждения, эйфории. Снижается память. Отмечается неустойчивость при ходьбе.

Во II стадии развивается картина органического поражения нервной системы: прогрессирующая деменция, парезы конечностей, экстрапирамидные нарушения в виде различных гиперкинезов, псевдобульбарный синдром, бульбарные нарушения, амиотрофии, миоклонии, фасцикуляции. Во второй стадии болезни Крейтцфельда-Якоба поражается спинной мозг по типу миелита. Миелит имеет

все клинические симптомы радикулита и остеохондроза, а по этой причине у врача есть большая вероятность ошибиться в диагнозе, восприняв болезнь Крейтцфельда-Якоба как банальный радикулит.

В III (терминальной) стадии наступает глубокое слабоумие, больные впадают в протрацию, не реагируют на окружающее, дезориентированы во времени и пространстве, неопытны; выражены мышечные атрофии, мышечная гипертония, гиперкинезы, пролежни, возможны малые и большие судорожные припадки, расстройства глотания, гипертермия. Смерть наступает при явлениях глубокой деменции, децеребрационной ригидности, при судорогах и коматозном состоянии. На ЭЭГ на ранних стадиях болезни отмечаются спайк-волны и ритмические медленные двух-трехфазные комплексы. С диагностической целью в отдельных случаях проводят прижизненную биопсию мозга.

В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса выделены следующие формы заболевания: 1) подострая спонгиозная энцефалопатия, характеризующаяся диффузным поражением коры и очень быстрым течением; 2) промежуточная форма, отличающаяся преобладанием изменений подкорковых структур и мозжечка; 3) дискинетическая (классическая) форма, представляющая собой сочетание деменции, пирамидных и экстрапирамидных симптомов, а в терминальной стадии и мышечных атрофии; 4) амиотрофическая форма, характеризующаяся психическими нарушениями двигательными и речевыми расстройствами; имеет сходство с боковым амиотрофическим склерозом. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений и результатах патологоанатомического исследования (биопсия, вскрытие).

5) Восходящий ПАРАЛИЧ ЛАНДРИ — восходящий, быстро прогрессирующий паралич конечностей и туловища. Предположительно вирус проникает в организм человека через слизистую кишечника, током крови поступает к тонким окончаниям нервов нижней конечности, а потом поступательно «пожирая» участки какого-то периферического нерва (например, седалищного) достигает спинного мозга и головного мозга. Путь движения вируса снизу (от нервов ног) вверх (к головному мозгу), поэтому эту болезнь и назвали восходящим параличом. Разрушение вирусом головного мозга приводит человека к смерти. Сначала в процесс вовлекаются дистальные отделы нижних конечностей, затем он распространяется на бедра, грудную клетку, руки, шею, лицо. Развитию двигательных нарушений иногда предшествуют боль в позвоночнике (по причине развития вирусного воспаления спинного мозга - миелита) и парестезии. Существенных расстройств чувствительности и тазовых функций обычно не бывает. Восходящий паралич Ландри – это острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия, миелит и энцефалит. В период эпидемии полиомиелита наблюдаются случаи паралича Ландри, обусловленные главным образом вирусным поражением спинного мозга в виде миелита. **Начальные проявления воспаления корешков спинальных нервов и миелита имеют клинические симптомы радикулита и остеохондроза, а по этой причине у врача есть большая вероятность ошибиться в диагнозе.** Смерть больного параличом Ландри наступает через 1 – 3 года после проявления первых симптомов (нарушения чувствительности кожи ног) от разрушения вирусом жизненно важных центров продолговатого мозга.

В этой книге не описывается клиника десятков других «медленных нейротропных инфекций». Автор включил информацию о медленных вирусных инфекциях для того, чтобы обратить внимание невропатологов, врачей – иглотерапевтов и мануальных терапевтов на существование абсолютно неизлечимых вирусных болезней в современной неврологии. В природе существует огромное количество болезней, которые в начальной стадии дают клинику стандартных остеохондрозов и радикулитов, а после длительного и безуспешного лечения «внезапно» превращаются в смертельное заболевание в виде медленной вирусной нейротропной инфекции. При выявлении у пациента явных признаков радикулита и остеохондроза врач не должен гарантировать их безусловное излечение. Если к врачу обращается пациент с клиническими симптомами обыкновенного радикулита или остеохондроза, то это может быть и начальная стадия развития неизлечимой для современной медицины «медленной инфекции» в виде, например, паралича Ландри. Врачи должны осознавать, что излечение некоторых болезней типа радикулита и остеохондроза практически невозможно. **В одном случае из 5000 у невропатолога возникнет такая неблагоприятная ситуация, когда на фоне правильного лечения воспаления периферического нерва состояние пациента продолжает медленно ухудшаться, когда к клинике патологии нерва добавятся симптомы поражения мозга. Тогда врач должен подумать о наличии нейротропной медленной инфекции, который в начале болезни дал клинику невралгии и радикулита.**

4. Массаж – самый эффективный метод лечения радикулитов и туннельных невропатий. Существует основная классификация массажа на лечебный и общеукрепляющий (оздоровительный, профилактический). При помощи одних видов массажа (точечного, лечебного) проводится лечение вполне определённых видов болезней, а другие виды массажа обладают общеукрепляющим действием: улучшают обменные процессы, улучшают иммунитет, оздоравливают. Существуют десятки видов массажа: точечный, спортивный, висцеральный, баночный, электрический, аппаратный и так далее. Но все эти виды массажа воздействуют в первую очередь на здоровые и «больные» нервные ткани (соматическую и вегетативную), на эндокринную систему, на ткани мышц и внутренних органов. Лечебный массаж при радикулите – это массаж пережатых на каком-то участке длины соматических и вегетативных нервных волокон вместе с сосудами, сопровождающими нерв. **Висцеральный массаж** – это массаж вегетативных волокон внутренних органов (сердца, лёгких, печени, селезёнки, желудка, кишечника и так далее). Причина лечебного воздействия «висцерального и соматического массажа» состоит в **улучшении иммунитета внутренних органов совместно с улучшением кровообращения** в них. Когда вирусы находятся внутри клетки, они защищены толстой оболочкой клетки от противовирусных веществ и от гамма - глобулинов (антител), как танкист защищён бронёй танка от пуль противника. При сжатии пальцами врача опухшей от воспаления клетки (нейрона), которая нафарширована миллионами вирусов, воспалённые и «полуживые» клетки разрываются. Вирус из клетки «выдавливается» в артерии и вены (или в межклеточное пространство), где вирусы легко уничтожаются противовирусными препаратами и гамма – глобулинами. Поэтому можно утверждать, что массаж (физическое выдавливание вирусов из клеток) во много раз увеличивает возможность массового уничтожения вирусов антителами организма. Массаж косвенным образом увеличивает иммунитет человека. Одновременно с выдавливанием вирусов «из крепости клеточной оболочки» массаж снимает спазм вен и артерий, расположенных глубоко в тканях внутренних органов (в мышцах, печени, селезёнки, почки, желудка). Вот почему после массажа кожа становится красной (от расширения капилляров) и горячей. Примерно в 2 раза улучшается кровообращение органов грудной и брюшной полостей после их нежного массажа, что усиливает поступление гамма – глобулинов, которые быстро уничтожают вирусы, лишённых защиты клеточной оболочки. Суммарное положительное воздействие массажа следующее: приводит к улучшению иммунитета, функциональной деятельности нервов, улучшению кровообращения и деятельности внутренних органов.

А) Лечение радикулита (и всех туннельных невропатий) в период проявления сильного болевого синдрома. При радикулите и вообще при туннельных невропатиях массаж временно противопоказан в период обострения и сильных болей в месте компрессии нерва. В неврологии выработана совершенно определённая тактика лечения радикулитов: сначала снимается чрезмерный отёк и чрезмерная компрессия корешков (если таковая имеет место быть!) путём введения кортикостероидного гормона, а через 2 дня начинают лечение умеренного отёка нерва массажем. При возникновении очень острой боли в области туннельной невропатии, которая может проявляться у пациента в первые 2 дня болезни, противопоказан точечный массаж эпицентра боли, но рекомендуются сухое тепло (грелка), внутримышечно – витамин В-12. Противопоказано введение иглы в эпицентр боли и в сам нерв (по причине травмы нерва иглой), но желательно прогревающее воздействие сигареты над местом туннельной невропатии. В начальный период воспаления, опухания и сильных болей туннельные невропатии как правило лечатся медикаментозным методом - внутримышечным введением точно в болевую точку раствора **гормона надпочечника** (гидрокортизона, преднизолона, кортизона ацетата или дексаметазона, метилпреднизолона, кеналога, дипроспана, метипреда и так далее). Гормоны надпочечника (кортикостероиды) являются противовоспалительные и противоинфекционные гормоны. Кортикостероиды, которые синтезируются в коре надпочечников, всегда концентрируются в местах воспаления. В местах с большой концентрации кортикостероидов накапливаются лейкоциты, лимфоциты и гамма – глобулины, которых становится в 7 - 14 раз больше, чем в обычной ткани, где нет этого вида гормонов. Следовательно, кортикостероиды в 7 – 14 раз усиливают иммунитет больного человека. Как правило, для излечения необходимо сделать одну инъекцию. В практическом плане представляет определенную трудность введение раствора точно рядом с местом компрессии нерва, диаметр сечения которого 1 мм, если этот нерв находится под толстым слоем мышц на глубине более 3 сантиметров. Для уточнения локализации (глубины) места компрессии нерва применяются метод обдавливания болевой точки сверху и сбоку, а так же метод предварительного введения тонкой акупунктурной иглы. Сначала месторасположение болевой точки в толще мышц определяется простым нажатием пальца сверху и с боков. Если этот метод не даёт точной информации глубины залегания зажатого участка нерва, то используют тонкую и длинную акупунктурную иглу. Иглу медленно вводят

на соответствующую глубину (до места компрессии нерва). При необходимости меняется несколько раз угол наклона иглы. При соприкосновении иглы с воспаленными тканями вокруг передавленного нерва возникает острая болезненность. У людей, страдающих ожирением, поиск места ущемления нерва на груди и животе таким способом опасен, так как есть вероятность проникновения иглы в грудную или брюшную полость с поражением внутренних органов или воспалённого нерва. При этом возникает такая же острая боль, как и при соприкосновении иглы с участком асептического воспаления вокруг сдавленного нерва. Поэтому необходима предельная осторожность при проведении этой операции. После того, как тонкая иглотерапевтическая игла определила глубину расположения зажатого нерва, параллельно ей проводится инъекционная игла, и раствор гормона надпочечника вливается точно внутрь воспалительного очага.

Б) Лечение радикулитов массажем. Прежде чем рассказывать о методах лечения радикулитов (и других болезней) массажем, вспомним азы анатомии периферической нервной системы, которую мы намериваемся лечить массажем. Периферическая нервная система состоит из соматических и вегетативных волокон. **Соматические волокна** начинаются от спинного мозга и иннервируют на 87 % мышц, суставов и связок, а на 13 % соматические волокна иннервируют мышечные (полые) органы, которые состоят из поперечнополосатых и гладких мышечных волокон (сердце, желудок, толстый и тонкий кишечник, мочевой пузырь, желчный пузырь и другие). Все мышечные внутренние органы одновременно иннервируются соматическими и вегетативными нервными волокнами. Паренхиматозные органы (печень, почки, селезёнка, лёгкие, поджелудочная железа, крупные и мелкие сосуды организма) иннервируются на 100 % **вегетативной (висцеральной) нервной системой** (симпатической и парасимпатической). При массаже происходит воздействие одновременно на соматические и вегетативные волокна. До сих пор рассказывалось о лечении болезней при помощи воздействия на соматическую нервную систему. Анатомия соматической нервной системы (которую часто именуют в научной литературе периферической нервной системой), дана на **рисунке 34 – 3.**

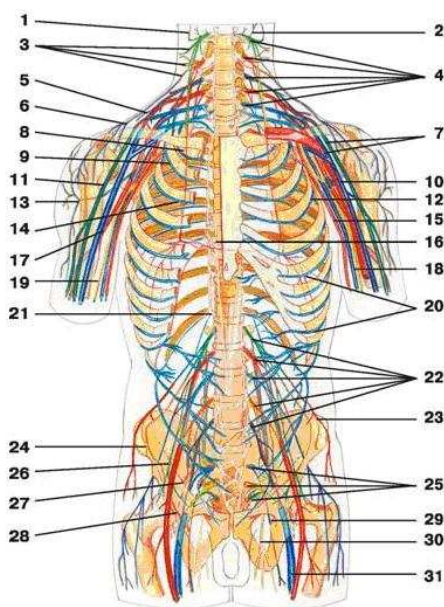


Рис. 29 - 1. Соматические нервы от спинного мозга.

1 — большой ушной нерв; 2 — малый затылочный нерв; 3 — надключичные нервы; 4 — нервы шейного сплетения; 5 — подключичный нерв; 6 — надлопаточный нерв; 7 — плечевое сплетение; 8 — диафрагмальный нерв; 9 — подлопаточный нерв; 10 — срединный нерв; 11 — мышечно-кожный нерв; 12 — грудоспинной нерв; 13 — подкрыльцовый нерв; 14 — длинный грудной нерв; 15 — медиальный кожный нерв плеча; 16 — большой внутренностный нерв; 17 — лучевой нерв; 18 — локтевой нерв; 19 — медиальный кожный нерв предплечья; 20 — межреберные нервы; 21 — малый внутренностный нерв; 22 — нервы поясничного сплетения; 23 — подвздошно-подчревный нерв; 24 — подвздошно-паховый нерв; 25 — нервы крестцового сплетения; 26 — половно-бедренный нерв; 27 — верхний ягодичный нерв; 28 — нижний ягодичный нерв; 29 — задний кожный нерв бедра; 30 — запирательный нерв; 31 — седалищный нерв.

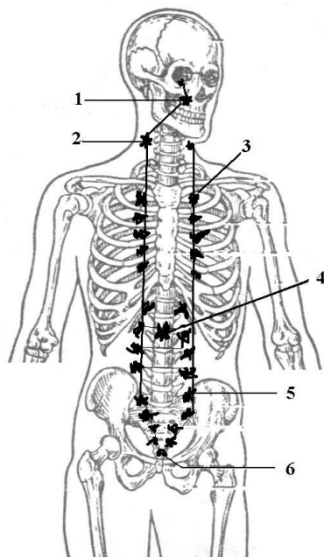


Рисунок 34 - 4. Узлы (ганглии) симпатической нервной системы, вид внутренней поверхности туловища: 1 – крылонёбный узел (парасимпатический), 2 – шейный узел и нисходящий блуждающий нерв, 3 – звёздчатый узел, 4 – грудные ганглии (№ 12), 5 – солнечное сплетение, 6 – поясничные ганглии (№ 5), 7 – чревное сплетение (парасимпатический).

По месту расположения и функциональной роли вегетативная нервная система подразделяется **на центральный и периферический отделы**. **Центральный отдел** представлен парасимпатическими ядрами III, VII, IX и X пар черепных нервов, лежащих в мозговом стволе (**в гипоталамусе**), вегетативным ядром бокового (промежуточного) столба VIII шейного, всех грудных и двух верхних поясничных сегментов спинного мозга, крестцовыми парасимпатическими ядрами трех крестцовых сегментов спинного мозга. в мозговом стволе (в гипоталамусе) генерируются биотоки для всей вегетативной нервной системы. **Вегетативные (периферические) нервные волокна** образуют нервные стволы или следуют в составе черепных и спинномозговых нервов, причем по ходу обязательно имеют вегетативные узлы, где происходит передача возбуждения от центрального нейрона к периферическому. **Смотрите рисунок 34 – 4.** Таким образом, вегетативные нервные волокна подразделяются на преузловые (преганглионарные) и послеузловые (постганглионарные). Преузловые волокна покрыты миелиновой оболочкой и выходят из головного и спинного мозга в составе корешков соответствующих черепных и спинномозговых нервов. Послеузловые волокна миелиновой оболочки не имеют и несут нервный импульс от узлов к гладкой мускулатуре, железам и тканям. Вегетативные волокна тоньше соматических, и нервные импульсы по ним передаются с меньшей скоростью. В зависимости от топографии вегетативных ядер и узлов, характера влияния на функции иннервируемых органов, а также различий в длине пред- и послеузловых волокон вегетативная нервная система подразделяется на две части — **симпатическую и парасимпатическую**. Влияние этих двух частей на работу различных органов обычно имеет противоположный характер: если одна система оказывает усиливающее влияние, то другая — тормозящее. Таким образом, ко всем органам и тканям идут как симпатические, так и парасимпатические волокна; исключением являются большинство гладкомышечных оболочек кровеносных сосудов, мочеточники, гладкая мускулатура селезенки, волосяных мешочков и др., лишенных парасимпатической иннервации. Отличительной особенностью симпатической нервной системы является то, что ее центры располагаются в грудном и поясничном отделах спинного мозга, а преузловые волокна короче послеузловых (узлы этой части вегетативной нервной системы чаще всего расположены в стенках иннервируемых органов). Вегетативный массаж – это лечение болезни благодаря воздействию на вегетативную нервную систему (на симпатические и парасимпатические волокна). **Вегетативная нервная система регулирует биохимический обмен веществ в органах и тканях.** Массажисты параллельно с нормализацией тонуса мышц, измененных патологическим процессом, применяют метод лечения в виде воздействия на центры вегетативной иннервации с целью улучшения и интенсификации обменных процессов. Для успешной борьбы с любой болезнью необходим активный процесс восстановления, регенерация «покалеченных» патологическим процессом клеток. Из физиологии человека хорошо известно, что регенерационные

(восстановительные, питательные, трофические) процессы контролируются вегетативной нервной системой. Стимулировать процесс выздоровления можно массажем местных центров скопления вегетативных волокон. Автор был свидетелем излечения «висцеральными массажистами» различных заболеваний у пациентов (солитарит, ганглионит, тунцит, запоры, гипертоническая болезнь, болезнь Крона, Слатера и так далее), которые безуспешно лечились на протяжении 5 – 8 лет лекарственной терапией в наших поликлиниках и больницах.

Хорошо доступны для массажа ганглии и внутренние органы брюшной полости, а плохо доступны – органы грудной полости, воздействие на которые мешает грудная клетка. Существуют следующие крупные нервные образования **вегетативной и соматической нервной системы**, доступные для массажа.

1) Массаж мягких тканей головы применяется при лечении многих болезней (невриты, невралгии). Массаж **яблок глаз** (через закрытые веки) применяется при глазных болезнях, заболеваниях сетчатки глаза, глаукоме, катаракте, плохой аккомодации зрения, головной боли, тахикардии.

2) Внутри мягких тканей шеи проходят почти все черепно-мозговые нервы, исходящие из головного мозга. Шейный ганглий. Располагается в центре шеи, если смотреть на неё сбоку. От ганглия тонкие нервные волокна пронизывают мягкие ткани лица и верхней трети грудной клетки. После массажа шейного ганглия снимаются боли головы, исчезает шум в ушах, улучшается зрение. Массаж показан при следующих заболеваниях: головная боль, тремор, отёк Квинке, болезнь Меньера (приступ головокружения и рвоты), мигрень (сильные головные боли сосудистого генеза), болезнь Рейно (спазм капилляров верхней конечности).

а) Сонная артерия окутана снаружи плотной оболочкой вегетативных волокон. Артерия проходит по шее снизу вверх, от головки ключицы к углу нижней челюсти параллельно боковому краю дыхательного горла. Массаж показан при следующих заболеваниях: головная боль, мигрень, одышка, тахикардия.

б) Блуждающий нерв включает в себе большое количество вегетативных волокон, он проходит от черепа вниз по шее параллельно пищеводу. Блуждающий нерв закрыт дыхательным горлом и толстым слоем поверхностных мышц шеи. Массаж блуждающего нерва на шее показан при следующих заболеваниях: икота (патология иннервации диафрагмы), запор, понос (патология иннервации кишечника), нейрогенная рвота (патология иннервации желудка), сердечная аритмия и экстрасистолия, ночное недержание мочи.

с) Позвоночная (вертебральная) артерия проходит вдоль шейных позвонков сзади и окутана снаружи плотной оболочкой вегетативных волокон. Артерия проходит по шее снизу вверх по заднебоковой поверхности шейных позвонков. Артерия доступна для массажа, особенно если пациент наклонит голову влево или вправо. Массаж показан при поражении **симпатического сплетения позвоночной артерии (при заднем шейном симпатическом синдроме)**.

3) Плохо доступен для массажа короткий плечевой нервно-сосудистый пучок (соматическая система), который окружен густой сетью вегетативных волокон. С целью массажа врач производит нажатие большими пальцами в «ямки» над ключицей, под ключицей и в подмышечной впадине. Массаж соматических и вегетативных волокон показан при следующих заболеваниях: невропатия плечевого сплетения, симптом «передней лестничной мышцы», болезнь Рейно (спазм капилляров верхней конечности).

4) Массаж лёгких и сердца затруднено тем, что эти органы защищены грудной клеткой. Однако многие массажисты (Огулов А. и другие) утверждают, что слабый массаж этих органов всё-таки возможно проводить за счёт силовой деформации рёбер. Пациент ложится на спину или на бок, а врач нажимает сверху двумя руками на рёбра с целью периодического уменьшения объёма грудной клетки, что и является массажем органов грудной полости. При массаже лёгких и сердца через грудную клетку могут быть осложнения в виде перелома рёбер, особенно у пожилых людей, кости которых становятся очень хрупкие. Можно осуществлять непрямой массаж сердца благодаря эластичности грудной клетки. Некоторые авторы утверждают о наличии незначительной эффективности лечения при массаже лёгких при бронхиальной астме, бронхитах, кашле, массажа сердца при стенокардии, аритмии сердца, экстрасистолии и так далее. Другие авторы относятся скептически к массажу органов грудной полости.

5) На грудном и поясничном отделе позвоночника плохо доступны для массажа сплетения вегетативных волокон, которые окружают корешки нервов, выходящих из спинного мозга,

принадлежащих к соматической системе. Корешки защищены боковыми отростками позвонков и рёбрами. Однако при сильном нажатии на паравerteбральные мышцы в межрёберных промежутках можно производить нежный, но прямой массаж этих соматических и вегетативных волокон. Массаж показан при следующих заболеваниях: радикулиты, остеохондрозы, ганглиониты, невриты, туннельные невропатии, ишиас, полиневропатии, межрёберные невриты.

а) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **желчного пузыря и печени**, показано при следующих заболеваниях: дискинезия желчного пузыря, желчнокаменная болезнь с наличием малого по размеру камней (не более 0,5 сантиметров), холецистит (одновременно с применением антибиотиков), гепатиты различной этиологии, цирроз печени. Интересно подчеркнуть, что массаж желчного пузыря часто излечивает боли в суставах ног!

б) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **желудка**, показано при следующих заболеваниях: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроптоз (опущение желудка).

Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **поджелудочной железы**, показано при следующих заболеваниях: катаральный (не гнойный) панкреатит, диабет сахарный,

с) Через брюшную полость можно воздействовать на густую сеть вегетативных волокон **солнечного сплетения**, которое проецируется на точку, находящуюся на 2 сантиметра выше пупка. Массаж показан при следующих заболеваниях: гастрит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, солярит (катаральное воспаление солнечного сплетения), энурез, облитерирующий эндартериит ног, запоры и поносы.

д) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав стенок **тонкого и толстого кишечника**, показано при следующих заболеваниях: колит, энтерит (если данное заболевание не вызвано палочкой дизентерии, холеры, стафилококком, стрептококком и другой бактериальной инфекцией), запор, понос, метеоризм, язвенный колит.

е) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **почек**, показано при следующих заболеваниях: отёки на руках, ногах, на лице, гипертоническая болезнь, ревматизм, анурия, гломерулонефрит (одновременно с массажем желез внутренней секреции и селезёнки), мочекаменная болезнь («песок» в лоханках почек), пиелит и пиелонефрит (одновременно с применением антибиотиков), интоксикация, отравление.

ф) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **селезёнки**, показано при следующих заболеваниях: анемии различной этиологии, астеническое состояние (слабость, вялость), состояние после кровопотери, состояние после хирургической операции.

г) Через брюшную полость можно легко и сильно воздействовать на густую сеть соматических и вегетативных волокон, окружающую **брюшную аорту, место бифуркации аорты на две бедренные артерии**. Массаж показан при следующих заболеваниях: заболевания желудочно-кишечного тракта, запоры, поносы, энурез, болезненные месячные, заболевания женских половых органов. Массаж в области нижнего отдела аорты помогает при многих болезнях ног, болезненных артритах тазобедренного, коленного и голеностопного суставов. Через брюшную стенку массажист может воздействовать на соматическое **пояснично-крестцовое сплетение**, выходящее из спинного мозга и располагающееся на внутренней поверхности мышц спины. В месте раздвоения аорты находятся крупные нервные стволы: **начинается седалищный и бедренный нервы**. Массаж нервов пояснично-крестцового сплетения излечивает радикулиты и остеохондрозы, невралгию бедренного нерва, ишиас и множество других болезней. Автор книги просит обратить пристальное внимание на массаж соматических **пояснично-крестцовых сплетений**, так как при этом достигаются прекрасные результаты при радикулитах и остеохондрозах.

и) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **женских половых органов и предстательной железы мужчин**, показано при следующих заболеваниях: бесплодие, оварит, сальпингит, простатит, фригидность, импотенция.

к) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **эндокринных желёз (гипоталамус, гипофиз, щитовидная железа, надпочечника, околощитовидные железы, яичники и яички)**, показано при следующих заболеваниях: ожирение, кахексия, снижение иммунитета, болезнь Аддисона, болезнь Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, зоб, ревматизм, эндокринные артриты, несахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, фригидность, импотенция. Так как гипоталамус и гипофиз находится внутри черепной коробки, то прямой массаж этих органов делать невозможно.

Однако воздействие на гипоталамус и гипофиз можно производить только при помощи вибрационного воздействия на всю черепную коробку в целом. Для этого применяются специальные электромеханические вибраторы высокой частоты.

§ 63. Клинические симптомы остеохондрозов и радикулитов.

Прежде чем начинать лечение врач должен поставить диагноз, то есть узнать – какая болезнь вызывает боли и другие патологические симптомы. Так как остеохондрозы хорошо лечатся мануальной терапией, а радикулиты нет, то у невропатолога возникает практическая необходимость в точной дифференциальной диагностики радикулитов от остеохондрозов. Невропатологи хорошо знают, что 90 % симптомов этих болезней идентичны. Этот параграф посвящён симптомам, которые могут точно указать, где врач имеет дело с остеохондрозом, а где – с радикулитом.

1. Как дифференцировать радикулит от остеохондроза. Итак, причина возникновения остеохондрозов совершенно иная, нежели у радикулита. Радикулит – это туннельная невропатия, а остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска. При радикулитах боли возникают по причине увеличения диаметра воспаленного нерва и при последующем зажатии его в фасциальном отверстии. При остеохондрозе боли возникают при изменении высоты межпозвоночного диска, при сползании, при соскальзывании диска с клиновидного межпозвоночного диска и при его ротации, так как всё это вызывает натяжении корешков нервов в фасциальных отверстиях. Исходя из отличий этиопатогенеза радикулита и остеохондроза можно сделать очень важные выводы о клиническом диагностировании этих двух патологий. При помощи расспроса больного (сбора анамнеза) **никогда не удастся** дифференцировать радикулит от остеохондроза. В обоих случаях будут болезненны движения в больном сегменте позвоночника, объем активных движения снижен из-за боли, ухудшена тактильная чувствительность на конечностях и так далее. Дифференцировать эти две патологии можно только клинически (пальпацией) и рентгенологически.

1) Диагностика остеохондроза. Для обнаружения остеохондроза надо положить пациента на живот и на твердую и ровную поверхность (на кушетку или лучше на пол). Руки пациент располагает вдоль туловища и полностью расслабляется. Далее мануалист нажимает пальцем на пространство между остистыми отростками и спрашивает пациента, не усилилась ли боль при нажатии. У полных людей нажатие лучше проводить «клином», который образуется из сжатых в кулак пальцев. «Клин» образует вторая и третья фаланга второго и третьего пальца кисти. Верхний и нижний остистый отросток пациента располагают между согнутыми в «клин» вторым и третьем пальцем руки. Пациент принимает положение лёжа на животе. Если клин образуется левой кистью, то ладонь правой кисти ложится на тыл левой кисти и производится давление сверху вниз. При давлении между остистыми отростками возникает незначительное раздвижение тел позвонков друг от друга (на 0,5 – 1 миллиметр). Итак, если нажать пальцем в область между остистыми отростками, то произойдет незначительное смещение тел позвонков: один позвонок поднимется вверх, а другой опустится вниз. Воспалённые ткани межпозвоночного диска очень чувствительны к вытяжению, и по этой причине пациент (больной остеохондрозом, а не радикулитом), сразу ощущает резкую боль. Так врач «проходит» по межостистым промежуткам от шейного отдела до крестца, и точно определяет диски, подверженные воспалению, то есть определяет наличие остеохондрозов у пациента. Если усиление болей при таком нажатии пациент нигде не ощутил, то можно утверждать, что остеохондроза у пациента нет.

а) Следующий простой метод диагностирования остеохондроза – не сильное постукивание ребром ладони по всем остистым отросткам позвоночника, что вызывает резкую боль в позвонке, верхний или нижний диск которого поражён остеохондрозом. Если постучать по паравертебральным мышцам и при этом появится боль, то это укажет на наличие у пациента радикулита.

б) Рассмотрим ещё один отличительный признак радикулита от остеохондроза: при остеохондрозе симптом Лермитта будет отрицателен, а при радикулите – положителен. Симптом Лермитта очень простой в проведении: врач наклоняет голову пациента кпереди вплоть до прикосновения подбородка с грудной клеткой. Этим действием вытягивает (на 2 – 4 миллиметра) сначала спинной мозг, а потом все корешки нервов, которые выходят из спинного мозга. Если пациент болен **остеохондрозом** в грудном и поясничном отделе (но не в шейном отделе), то он не испытывает никакой боли. Если пациент болен **радикулитом** (воспалением корешков нервов, начинающихся от спинного мозга) грудного или

поясничного отделов, то больной испытает боль в виде удара тока с иррадиацией в руку или в ногу. Если у пациента поражён поперечник всего спинного мозга (вирусное или микробное воспаление в виде **миелита**, раковая опухоль, эпидурит или арахноидит – воспаление твёрдой или паутинной оболочки, окутывающей спинной мозг, рассеянный склероз – медленная вирусная инфекция, разрушающая поперечник спинного мозга и особенно его задние столбы), то пациент ощущает резкий «удар тока» с иррадиацией вдоль позвоночника. Однако нужно помнить, что в 13 % случаях остеохондроз провоцирует возникновение радикулита, поэтому в этом случае применение симптома Лермитта не поможет отличить остеохондроз от радикулита.

с) Важен ещё один симптом - объём движений в поражённом остеохондрозом межпозвоночном диске не будет снижен.

d) При остеохондрозе в 12% случаев бывает одновременно болезненно нажатие между остистыми отростками, и нажатие на паравертебральную мышцу. Следовательно, в этом случае можно утверждать, что пациент болен одновременно и остеохондрозом и радикулитом.

e) Внешний осмотр позвоночника. При осмотре в положении стоя раздетого пациента иногда выявляется искривление оси туловища с наклоном туловища вправо, влево, назад или вперёд. Искривление оси туловища, его наклон в какую-то сторону, является абсолютным признаком остеохондроза. При радикулитах в положении больного стоя туловище будет иметь совершенно симметричный вид, без отклонения от центральной оси, но наблюдается атрофия и спазм мышц при хроническом течении радикулита.

f) Рентгенологически также можно дифференцировать радикулит от остеохондроза. При **радикулите** на рентгеновском снимке (компьютерной томограмме, ядерно-магнитно-резонансной томограмме и так далее) не удастся выявить никаких изменений в хрящевых тканях межпозвоночного диска, наблюдается нормальная форма позвонков. В то же время при наличии **остеохондроза** рентгенологических изменений будет очень много: снижение прозрачности хрящевых тканей диска, спондилез, остеофиты, грыжи диска, снижение или увеличение высоты межпозвоночного диска, пороз (низкое содержание кальция в кости) и так далее.

к) Блокада (препятствие) движений в межпозвоночных суставах – это симптом наличия остеохондроза в межпозвоночном диске, а не радикулита. Блокады (препятствия) движения в межпозвоночных суставах в мануальной терапии относится к одному из основных клинических симптомов, к главному объекту лечебных мероприятий для мануальных терапевтов. Вот почему блокирование «больного» межпозвоночного сустава относится к специфическому и самому важному синдрому в мануальной терапии, так как это является прямым показанием для лечения методом мануальной терапии. *Только при остеохондрозе выявляется симптом полного или частичного блокирования межпозвоночного сустава. При радикулите (без сопутствующего остеохондроза) не бывает признаков блокирования межпозвоночного сустава, потому что межпозвоночный сустав при этой патологии остаётся полностью здоровым.* Итак, при остеохондрозе подвергаются дегенеративному разрушению гиалиновые хрящи межпозвоночных дисков, и объём движения в этих суставах снижается или вообще ликвидируется. Через 3 - 5 лет непрерывных дегенеративно-дистрофических процессов происходит почти полное уничтожение хрящевой ткани в межпозвоночном диске. Возникает симптом функциональных блокад для всех видов движений в диске, симптом гипомобильности, где приставка *hypo* – с латинского переводится как «снижение, уменьшение», *mobile* – «движение». Противоположная по значению приставка «*hyper*» означает наличие какого-то чрезмерного увеличения (например, «гипермобильность сустава» есть чрезмерно увеличенная подвижность сустава, его разболтанность). Благодаря наличию межпозвоночных суставов (дисков), например, в шейном отделе позвоночника человек может повернуть голову и посмотреть вверх, вниз, вправо или влево. При блокировании суставов шейном отделе позвоночника пациент не сможет повернуть голову вверх, или вниз, или вправо или влево. Например, если какой-то здоровый межпозвоночный диск дает возможность развернуть два соседних позвонка на 15 °, то «больной» диск может развернуть позвонки только на 5 °. Для увеличения объёма движения необходимо применить усилие в виде манипуляций, которые в выражаются в небольшом смещении взаиморасположения внутрисуставных соединительных тканей в виде хрящей. В 87 % случаев у пациента возникают функциональные блокады межпозвоночных суставов. **Функциональная блокада - это обратимое ограничение подвижности двигательного сегмента позвоночника, так как небольшая «глубина**

поражения» хряща дегенеративными процессам даёт возможность мануальному терапевту полностью восстановить подвижность в суставе и одновременно ликвидировать патологический участок кристалла деструктивной ткани внутри диска. При исследовании позвоночника функциональную блокаду надо отличать от анкилозирующей блокады (например, при болезни позвоночника в виде болезни Бехтерева), которая полностью ликвидирует движение между соседними позвонками.

Для определения уровня ограниченности объема движения в межпозвонковом суставе мануальные терапевты пользуются классификацией мануального терапевта А. Стоддарта, который предложил очень удобную для практической деятельности классификацию степеней подвижности в «суставах позвоночника».

Первая степень — это анкилозирующая блокада в суставе, полная неподвижность в сочленении на фоне выраженного болевого синдрома, которая может быть обусловлена, например, сильным воспалительным процессом. В таком случае проведение любых манипуляций часто бывает противопоказано. Тактика мануального терапевта должна быть направлена на снижение интенсивности воспалительного процесса при помощи медикаментозного лечения, иглотерапии, физиотерапии. Ликвидация воспалительного процесса в межпозвоночном диске обязательно приведёт к возникновению безболезненных движений позвонков друг относительно друга.

Вторая степень — это блокада сочленения с частичным анкилозом, когда на фоне средней интенсивности болевого синдрома можно ощутить определенное «шевеление» в группе «больных» межпозвоночных суставов на $1^{\circ} - 5^{\circ}$. Дальнейшая ротация позвоночника болезненна. Лечение методом мануальной терапии показано. При такой подвижности врачу нужно проявить крайнюю осторожность при проведении тракций (вытяжений), мобилизации и манипуляций. Щадящую мануальную терапию надо сочетать с массивным медикаментозным лечением, иглотерапией, физиотерапией.

Третья степень — это относительно легкая функциональная блокада движения (незначительное уменьшение объёма движения из-за болей) суставов, которая создает ситуацию, наиболее подходящую для мануальной терапии. Обоснованно проведение в полном объеме всех манипуляционных приемов.

Четвертая степень представляет собой нормальную суставную подвижность, когда мануальная терапия, естественно, не нужна.

Пятая степень — сверхподвижность (гипермобильность) сочленений. В этом случае проведение мануальной терапии противопоказано.

Чешско-словацкая школа мануальной терапии, используя методы физиотерапии и медикаментозное лечение, рекомендует перевести тяжелые блокады суставов (1 и 2 степень) в блокады третьей степени, а затем применять в полном объеме приемы мануальной терапии. Другими словами, при тяжелых блокадах суставов (1 и 2 степень) предлагается подключать физиотерапевтические, массажные, инъекционные, медикаментозные виды лечения с целью ненасильственного восстановления хотя бы минимальных объемов движения в межпозвоночных дисках. Только после этого можно начинать щадящую мануальную терапию.

m) Кроме того, врач должен помнить, что ощущение болей на туловище, в позвоночнике и крестце могут давать *ушибы, межреберные невралгии, заболевания легких, почек, женских половых органов, точечные боли дают туннельные невропатии* и другие патологии.

2. Диагностика радикулита. Объём движений в поражённом радикулитом межпозвоночном диске будет сильно уменьшен (от 50% до 90%). При наличии у пациента радикулита возникает сильная боль при нажатии большим пальцем руки на паравертебральные мышцы на расстоянии 1,5 - 2 сантиметров латеральнее от остистых отростков позвонков. Правда, в этом месте у грудных позвонков находятся и рёберно-позвонковые суставы, которые могут воспалиться и давать боли при надавливании на них. Но вирусное (а тем более микробное и ревматоидное) воспаление рёберно-позвонковых суставов возникает редко. Действительно, если прижать пальцем воспаленные корешки нервов, выходящие из спинного мозга, то обязательно возникнут сильные боли. Существует ещё один простой метод диагностирования радикулита – постукивание кулаком по паравертебральным

мышцам, которые расположены на расстоянии двух сантиметров латеральнее от остистых отростков позвонков, что вызывает резкую боль в месте туннельной невропатии (компрессии) корешка нерва.

Неврологические симптомы наличия радикулита и ишиаса. Остеохондроз никогда не даёт симптомов воспаления седалищного нерва (ишиаса). При радикулите поясничного отдела позвоночника в 65 % случаев протекает с туннельной невропатией и воспалением седалищного нерва (с ишиасом), который диагностируется следующими методами:

Симптом Ласега — боль при натяжении нерва — один из самых постоянных признаков ишиаса. Он встречается почти во всех случаях седалищной невралгии. Исследуют симптом Ласега таким образом. Больной лежит на спине с разогнутыми ногами. Врач сгибает больную ногу в тазо-бедренном суставе, поднимая её вверх. В коленном суставе нога также должна быть предельно согнута. Это не вызывает боли, ибо при таком положении ноги больной нерв расслаблен. Затем врач, оставляя ногу согнутой в тазо-бедренном суставе, начинает разгибать ее в коленном, вызывая этим натяжение n. ischiadicus, что проявляется интенсивной болью.

Перекрестный симптом Ласега (иначе называемый симптом Бехтерева): сгибание в тазо-бедренном и одновременное разгибание в коленном суставе здоровой ноги вызывают острые боли в пояснице и больной ноге.

Симптом Дежерина: усиление болей в пояснице и по ходу седалищного нерва при чиханье и кашле.

Симптом Нери: резкое пригибание головы к груди больного, лежащего на спине с выпрямленными ногами, вызывает острые боли, в пояснице и по ходу седалищного нерва.

Симптом Сикара: болезненность в подколенной ямке при подошвенном сгибании стопы.

Симптом Минора: больному предлагают подняться с пола из положения, лёжа на спине. Для этого больной ишиасом упирается руками позади спины, затем сгибает больную ногу в колене и, наконец, балансируя рукой больной стороны, при помощи другой руки и разгибая здоровую ногу, медленно поднимается.

Симптом Эрбена: понижение кожной температуры на больной ноге связано с поражением вегетативных волокон седалищного нерва. Температурная разница может быть установлена при прикосании тыльной поверхностью руки врача до симметричных участков обеих ног больного.

Симптом Бехтерева: боль при форсированном прижатии колена к постели у больного, лежащего на спине с разогнутыми ногами (при этом натягивается седалищный нерв).

3. Диагностика мануалиста. Врачу важно обратить внимание на следующее правило: ***при радикулитах мануальная терапия абсолютно не эффективна и даже вредна, а при остеохондрозах – является самым эффективным методом лечения из всех существующих!!!*** Действительно, если пациент болен радикулитом и у него воспалены корешки нервов, выходящие из спинного мозга, то невозможно вылечить эту патологию, смещая позвонки друг относительно друга, растягивая здоровые ткани межпозвоночного диска!!! Совершенно другая ситуация возникает при остеохондрозе. При остеохондрозах вытяжение воспаленного диска и другие манипуляции снимают чрезмерное сжатие тканей хряща и улучшают их кровоснабжение. Поэтому происходит быстрое выздоровление. Однако, нужно помнить, что в 13% случаев встречается ситуация, когда пациент ***одновременно болен и остеохондрозом, и радикулитом!!! Пациент может вылечить остеохондроз, но у него останутся болевые симптомы от наличия радикулита. Возможна и противоположная ситуация – излечен радикулит, но остаются боли от наличия остеохондроза. По ощущению пациента боль от остеохондроза ничем не отличается от боли по причине наличия радикулита.*** Каждой лечебной процедуре должна предшествовать мануальная диагностика, так как состояние биомеханики позвоночника и отдельных позвоночных двигательных сегментов (межпозвоночных дисков) под влиянием различных факторов и в процессе лечения может значительно меняться. Необходимо выявлять и учитывать наличие функциональных блокад, гипермобильности и всего спектра патологических изменений позвоночника, имеющих у больного в момент выполнения лечебной процедуры. Рентген, анализы, клиническое обследование (пальпация, исследование объема движений) дополняют информацию о диагнозе. Только после установления правильного диагноза врач может

приступать к лечению. Врач должен обязательно провести **дифференциальную диагностику радикулитов и остеохондрозов от болезней внутренних органов**. Необходимо обратить внимание, что похожие симптомы (например, в виде болей в области позвоночника) возникают при наличии многих других болезней, а не только при наличии радикулитов и остеохондрозов. Боли в позвоночнике могут давать травмы, раковое поражение тела позвонка (чаще всего), миелит – воспаление поперечника спинного мозга вирусной или микробной этиологии, гнойный эпидурит – воспаление твёрдой мозговой оболочки, окружающей ЦНС, арахноидит – воспаление паутинной оболочки, обволакивающей ЦНС и т.п.; острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты, дискогенная, посттравматическая, атеросклеротическая, токсическая миелопатия), пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые нарушения мозгового и венозного кровообращения (инсульты, инфаркты, эмболии артериальные окклюзии), туберкулёз лёгких, острые вирусные и микробные инфекции (грипп, менингит, энцефалит), атеросклероз почечных артерий и другие.

4. Диагностика патологии в шейном отделе позвоночника для мануального терапевта. Диагностику остеохондроза лучше проводить у пациента в сидячем положении с согнутой вперед головой. *Важно отметить, что в шейном отделе позвоночника фактически отсутствуют межпозвоночные диски между С.1 – С.2, С.2 – С.3 и С.3 – С.4. Между этими позвонками располагаются твердые, белые, суставные хрящи. Поэтому неправильным будет диагноз в виде «остеохондроза (воспаления межпозвоночного диска) верхнего, шейного отдела позвоночника».* *Здесь могут быть только радикулиты!!! Остеохондрозы могут быть в дисках ниже 4 шейного позвонка, и их можно легко определить следующим образом.* Усаживают пациента на стул. Голову наклоняют вперед и тогда расстояния между остистыми отростками увеличиваются. После этого врач плотно прикладывает большой палец руки в расширенное пространство между позвонками, надавливая в пространство между остистыми отростками. При наличии остеохондроза боли усиливаются. Кроме того, врач может продолжать давить подушечкой большого пальца на межостистое пространство и одновременно он может медленно запрокидывать голову пациента назад. На шейном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах.

1) Исследования пассивного наклона головы пациента назад, вперед, влево, вправо. Исследование в положении больного сидя выполняется при свободно опущенных им на колени руках, врач при этом фиксирует своими руками надплечья пациента для исключения возможности движений в плечевом поясе. Больной проводит активные движения в направлении наклона кпереди, кзади, вбок. Вращательные движения в обе стороны проводятся больным в положении наклона головы кпереди, кзади и в среднем положении, что может указать врачу на наличие функциональных блокад в верхнем или нижнем регионе шеи.

2) Исследование вращения шеи с одновременной пальпацией позвонков врачом. Врач «вилкой», образованной 1-м и 2-м пальцами рук, фиксирует дужку какого-либо позвонка. Больной при этом вращает головой в одну из сторон. По степени подвижности позвонка врач определяет степень подвижности в том или ином позвоночно-двигательном сегменте, наличие функциональных блокад или гипермобильности и их направление (справа, слева). Изучение движений в этом отделе позвоночника с сопротивлением врача движению проводится в такой же последовательности. Врач, пассивными движениями пальпируя межостистые промежутки одной рукой, второй рукой проводит пассивные наклоны головы кпереди и кзади, определяя степень подвижности в позвоночно-двигательных сегментах. При определении функциональных блокад между 1-м и 2-м позвонками врач пальпирует остистый отросток 2-го позвонка, который находится под затылочным бугром. Другой рукой проводится пассивное вращение головы на 20 — 25 ° в обе стороны. Отсутствие движения остистого отростка свидетельствует о наличии функциональной блокады. Наличие функциональной блокады в этом позвоночно-двигательном сегменте можно установить также принудительным вращением 2-го позвонка при боковом наклоне головы. Для этого врач пальцем фиксирует остистый отросток С.2, одновременно производя пассивный наклон головы вбок. Перемещение остистого отростка в противоположную сторону свидетельствует о нормальной подвижности в этом сегменте. При исследовании вращательными движениями исключаются боковые наклоны головы. Для этого врач локтем фиксирует надплечье больного, а ладонью этой же руки фиксирует теменную часть головы. Второй рукой врач, взяв больного за нижнюю челюсть, производит вращательные движения; изменив положение рук, производит вращение в противоположную сторону. Наклон головы в сагиттальной

плоскости позволяет направить действия врача на верхний или нижний регион шеи. При наклоне головы кпереди блокируются сегменты ниже С.2. В нормальных условиях вращение в этой позиции составляет примерно 45°. При наклоне головы кзади более четко выявляется **ограничение вращения** в нижележащих позвоночно-двигательных сегментах. При этом с увеличением наклона головы кзади исследуются сегменты, расположенные более каудально. Из среднего положения головы проводится ориентировочное исследование вращательных движений в шейных позвоночно-двигательных сегментах. Объем движений в этой позиции в среднем равен 90°.

Исследование **подвижности атланта** относительно затылочной кости черепа проводится при максимальном вращательном движении головой. Врач, стоя сзади больного, прижимает его голову к себе и усиливает вращение, оказывая пружинящее давление на поперечный отросток С.1, расположенный между сосцевидным отростком и восходящей ветвью нижней челюсти. В норме определяется минимальная подвижность поперечного отростка. Возникновение боли и отсутствие какого-либо движения свидетельствуют о наличии функциональной блокады.

3) Для исследования подвижности в сегментах С.7 — D.1 (= С.7 — Th.1) врач, стоя сзади больного, накладывает ладони на плечи пациента, и большие пальцы упирает в боковые поверхности его остистого отростка какого-либо из указанных позвонков. Больной активно поворачивает голову в обе стороны, а врач по степени давления, оказываемого остистым отростком на палец, определяет наличие или отсутствие ограничения движения в соответствующем направлении. Таким способом последовательно определяется подвижность в верхнегрудных сегментах.

Одновременно с наклонами кзади целесообразно установить топику 7-го шейного позвонка. Как известно, этот позвонок чаще всего является наиболее выступающим в шейном регионе, однако в некоторых случаях таковым бывает 6-й позвонок. Для уточнения этого необходимо одновременно с пальпацией выступающего остистого отростка произвести пассивный наклон головы кзади. Если пальпируемый отросток уходит из-под пальца кпереди, это свидетельствует о том, что пальпируется 6-й шейный позвонок, если отросток имеет минимальную подвижность — значит это 7-й позвонок.

Для исследования пассивных боковых наклонов в положении больного сидя врач, стоя сзади него, рукой, приложенной к боковой поверхности головы, наклоняет ее в сторону исследуемого сустава. Боковой поверхностью 2-го пальца другой руки врач упирается в боковую поверхность шей в месте проекции межпозвоночных промежутков и создает этим точку опоры, через которую происходит сгибание.

4) Наличие грыжевого выпячивания (или сильного воспаления межпозвоночного сустава) определяется с помощью нагрузки, создаваемой по оси позвоночного столба, которая приводит к возникновению или усилению болевого синдрома. Для выполнения приема больного усаживают на кушетку, голова и шея его находятся в среднефизиологическом положении. Врач, стоя сзади, оказывает давление по вертикальной оси позвоночника (сверху вниз, от головы к крестцу) руками, сцепленными «в замок» и положенными на голову пациента. В то же время легкая тракция, вытяжение шеи вверх (подъем головы сидячего пациента), при наличии остеохондроза приводит к ослаблению боли.

5) Исследование пассивных движений в положении лежа имеет преимущество в связи с тем, что здесь шейные сегменты освобождаются от мышечного влияния. Изучение боковых наклонов в этой позиции связано, прежде всего, с сегментом С.1—С.2, однако данный прием удобен и для исследования нижележащих сегментов. При изучении сегмента С.1—С.2 голова пациента лежит на ладонях врача, боковые поверхности указательных пальцев его фиксируют поперечный отросток. Врач вращает голову пациента относительно оси, проходящей через кончик носа, чем и совершает наклон в исследуемом сегменте. Вторым пальцем руки врач создает точку опоры, через которую совершается сгибание, а также препятствует распространению этого движения на другие сегменты. При необходимости исследования боковых наклонов в более каудальных (то есть ниже расположенных) сегментах, пальцы врача последовательно смещаются каудально, упираясь в межпоперечные промежутки изучаемого сегмента, и голова пациента наклоняется в эту сторону.

Для определения боковых наклонов между С.0 — С.1 голова максимально отводится в сторону и лежит на ладони врача, средний палец этой руки пальпирует промежуток между поперечным отростком атланта и затылочной костью. Вторая рука врача лежит сверху, на боковой поверхности головы

больного. Делая синхронные вращательные движения, ось которых проходит через кончик носа, врач определяет подвижность между пальпируемыми структурами. При изучении подвижности в сегменте С.О — С.1 в сагиттальной плоскости (кивки вперед и назад) рука врача, подведенная под голову снизу, «вилкой» из 1-го и 2-го пальцев охватывает дужку 1-го позвонка и фиксирует его поперечные отростки. При создании пассивного кивка вперед голова немного наклонена вперед, и другой рукой, упирающейся в лоб или подбородок пациента, врач производит небольшой толчок в каудальном направлении. При создании пассивного кивка кзади положение рук такое же, но перед выполнением приема голова наклонена несколько назад и толчок выполняется в краниальном направлении.

5. Диагностика патологии в грудном отделе позвоночника для мануального терапевта. На грудном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах. Исследование проводится в различных позициях. Ориентировочным, но весьма информативным тестом является исследование так называемой **дыхательной волны**. Пациент при этом лежит на кушетке лицом вниз. Врач располагается рядом таким образом, чтобы его глаза находились на одном уровне с туловищем пациента. Когда пациент делает несколько глубоких дыхательных движений, врач в этот момент может увидеть место ограничения движений в сегменте, которое возникает во время вдоха или выдоха, то есть увидеть направление функциональной блокады. Кроме того, визуально можно определить нарушения движения ребер при дыхании, сравнивая движения в грудной клетке с двух сторон. Следует отметить, что блокады реберных движений могут выявляться на вдохе или выдохе.

1) Изучение активных и пассивных движений в грудном отделе позвоночника проводится преимущественно в положении исследуемого пациента сидя. При этом пациент выполняет активные наклоны вперед, назад, вращательные движения и боковые наклоны. Для исследования пассивных движений в сагиттальной плоскости пациент закладывает свои руки «в замок» на шею, а врач, одной рукой удерживая локти больного, поднимает их, исследуя движения в позвоночно-двигательных сегментах при разгибании, или опускает, изучая пассивное сгибание. Другой рукой он пальпирует межостистые промежутки сверху вниз, определяя наличие подвижности между остистыми отростками.

2) Вращательные движения исследуются в том же положении пациента. Врач плотно прижимает его туловище к своему, захватив противоположное плечо рукой, пропущенной под локтем ближней к нему руки пациента. Вращение туловища пациента вокруг вертикальной оси проводится движением туловища врача. Важным условием является исключение боковых наклонов исследуемого, но допустим легкий наклон вперед, особенно у полных пациентов. Это улучшает доступ к остистым отросткам. Другой рукой врач пальпирует остистые или поперечные отростки смежных позвонков. При пальпации остистых отростков он отмечает уменьшение объема движения в заблокированном сегменте в начале движения, а при пальпации поперечных отростков (с противоположной стороны) — в момент максимального вращения. Для изучения боковых наклонов пациент скрещивает руки на груди, а врач прижимает его туловище к себе, фиксируя противоположное плечо рукой, пропущенной под руками пациента. Своим туловищем врач производит небольшие толчковые движения, наклоняя туловище пациента в противоположную сторону. Другой рукой он проводит пальпацию двух смежных остистых отростков, определяя подвижность между ними.

3) Исследование подвижности в реберно-поперечных суставах проводится в тех же позициях врача и пациента, что и при изучении вращения. Здесь врач пальпирует проекцию реберно-поперечных суставов, находящихся на расстоянии 3 - 3,5 см от остистых отростков. Одновременно с пальпацией врач проводит пассивное движение туловища пациента. При этом вначале делается наклон назад, затем вращение в противоположную сторону от исследуемого сустава и, наконец, наклон вперед. В момент выполнения движения врач должен ощутить некоторую подвижность головки ребра.

Определение подвижности ребер можно проводить в положении пациента сидя или лежа. Рукой врач проводит пальпацию межреберных промежутков и определяет наличие ограничения подвижности между ребрами, которое может возникать на вдохе или выдохе.

6. Диагностика патологии в поясничном отделе позвоночника для мануального терапевта. На поясничном отделе позвоночника проводятся следующие специфические исследования с целью определения блокад в межпозвоночных суставах.

1) Исследование подвижности в межпозвоночных дисках при пассивном сгибании. Положение пациента лежа на спине. Врач одной рукой захватывает обе ноги пациента, при этом одна нога заброшена на другую. Врач, приподнимая ноги пациента и приближая их к его брюшной стенке, другой рукой проводит пальпацию межкостистых промежутков, определяя наличие подвижности. Пациент лежит на боку лицом к врачу с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Врач бедрами прижимает колени пациента и, производя качающие движения, подтягивает их кпереди, к брюшной стенке. Проводится пальпация межкостистых промежутков для определения подвижности в межпозвоночных дисках.

2) Исследование подвижности в межпозвоночном суставе (диске) при пассивном разгибании. Изучая пассивную экстензию в нижне-грудном регионе, врач укладывает пациента на живот, располагая его руки вдоль туловища. Одной рукой врач захватывает ноги пациента несколько выше коленных суставов и приподнимает их, производя качающие движения. Свободной рукой производится пальпация межкостистых промежутков. Для облегчения нагрузки врач может производить упор коленом в кушетку. Исследование при пассивном боковом сгибании проводится в таком же положении больного, но при соблюдении условия, что его ноги согнуты в коленном и тазобедренном суставах под прямым углом так, что голени расположены параллельно туловищу. Врач, захватывая ноги пациента в области колена или голени, поднимает их кверху, одновременно производя пальпацию остистых отростков позвонков с вогнутой стороны, то есть сверху.

3) При исследовании вращения в сегменте L.5 - S.1, где движения в этом направлении могут составлять 15° — 16° , И. Дворжак с соавторами (1987 год) указывает на возможность их обследования следующим способом. Пациент сидит верхом на кушетке, руки сцеплены за головой. Врач одной рукой прижимает туловище пациента к себе, удерживая его за плечи. Этой же рукой проводится пассивное вращение. Двумя пальцами другой руки врач пальпирует остистый отросток L.5 позвонка и верхнюю точку остистости гребня крестца. Смещение пальцев, фиксирующих данные точки, во время пассивного вращения будет указывать на объем движения в L.5 — S.1. Чтобы правильно оценить состояние межпозвоночного сустава (диска), все пассивные движения (приемы) необходимо проводить безболезненно, чтобы избежать возможной рефлекторно-мышечной реакции, а значит, ограничения подвижности в межпозвоночный сустав (диск) и неправильной оценки его состояния.

4) Исследования угла наклона во всем поясничном отделе позвоночника. Поясничный отдел позвоночника состоит из пяти позвонков и люмбо-сакрального перехода. Все пять позвонков имеют крупные размеры, а межпозвоночные диски здесь высокие ($1/3$ тела позвонка). По данным разных авторов, суммарный наклон вперед (сгибание) в этом отделе достигает $60 - 80^{\circ}$, разгибание — $30 - 35^{\circ}$. Боковые наклоны во фронтальной плоскости проводятся в пределах $20 - 30^{\circ}$. Вращение здесь резко ограничено и составляет примерно $10 - 15^{\circ}$, однако оно в обязательном порядке сопровождается боковой наклон. Позвонки при этом вращаются без наклона в противоположную сторону.

Функциональное исследование поясничного отдела позвоночника начинают с активных движений, которые выполняются пациентом в положении стоя. При наклоне вперед при выпрямленных ногах (без развода колен) врач определяет расстояние от опущенных рук до пола. При этом определяется не только увеличенное положительное расстояние от пальцев до пола, но и отрицательное расстояние, если пациент касается пола всей ладонью. Это может указывать на признаки гипермобильности в двигательном сегменте или на способность к перерастяжению ишио-круральной мускулатуры (К. Левит, 1973). При пробе Шоберга измеряется расстояние между остистыми отростками двух позвонков, чаще всего L.5 и L.4. При наклоне вперед это расстояние в норме должно увеличиваться. При наличии патологических изменений в этом регионе оно остается без изменений. Наклон назад позволяет предположить наличие признаков **артроза дуговых суставов**, в случае если это движение вызывает болевую реакцию. Усиление лордоза в момент наклона кзади может свидетельствовать о наличии локальной гипермобильности. При боковом наклоне необходимо обращать внимание на то, чтобы пациент не сгибал коленные суставы и не отклонялся вперед и назад. Следят также за тем, до какого места ноги пациент достанет кончиками пальцев (чаще всего — несколько ниже колена), плавно ли происходит изгиб в динамике движения или в каком-либо месте возникает как бы «надлом», свидетельствующий о наличии функциональной блокады. При нормальном объеме бокового сгибания вертикальная линия, опущенная от задней подмышечной складки, должна проходить через межъягодичную складку. Отклонение этой линии до противоположного гребня подвздошной кости является признаком гипермобильности. Необходимо обращать внимание на вращательную синкинезию

таза, которая в нормальных условиях возникает при боковых наклонах туловища. Таз при этом производит сложное движение: при наклоне до уровня тораколумбального перехода он вращается в противоположную от наклона сторону, а при достижении люмбосакрального перехода вновь вращается в противоположную сторону. Отсутствие синкинезии указывает на наличие функциональной блокады в каком-либо из этих отделов.

5) Симптом глубокой пальпации паравертебральных мышц. При наличии **радикулита** поясничного отдела позвоночника всегда будет болезненно давление большого пальца врача на паравертебральные мышцы, осуществляемое сзади спины пациента и спереди, через брюшную стенку.

7. Диагностика патологии в крестцово-копчиковом сочленении для мануального терапевта. Исследование крестцово-копчикового сочленения начинают с наружной пальпации, надавливая на конец копчика, подтягивая его в вентродорсальном направлении. Нужно также пальпировать боковые его поверхности. При наличии болезненности проводится пальпация через прямую кишку. Здесь необходимо пальпировать крестцово-копчиковую связку и мышцу, поднимающую анус, напряжение которых приводит к блокаде копчика. Исследования связок, фиксирующих тазовые кости, проводятся в положении больного лежа на спине. При этом для определения степени нагруженности подвздошно-поясничной связки (lig. iliolumbalis) врач сгибает ногу пациента, расположенную с противоположной от него стороны, в коленном и тазобедренном суставах на 90°, приводит колено пациента кнутри и производит толчок по оси бедра. Возникновение неприятных ощущений или боли в поясничном регионе говорит о патологическом состоянии связки. Для исследования крестцово-подвздошной связки (lig. iliosacralis) врач приводит колено в направлении к противоположному плечу. Толчок оказывается также по оси бедра. Исследование крестцово-бугорной связки (lig. sacrotuberalis) проводится таким же образом, однако колено здесь приводится к гомолатеральному плечу.

§ 64. Общие принципы лечения остеохондрозов.

После того, как проведено обследование пациента и поставлен диагноз, врач приступает к лечению. Как и для каждого метода лечения (хирургии, иглотерапии, гипноза, физиотерапии и так далее) существуют показания и противопоказания для применения мануальной терапии. Показано лечить мануальной терапией те болезни, которые она хорошо излечивает. Запрещено лечить мануальной терапией те болезни, где этот метод не эффективен или даже может принести вред здоровью пациента. **Механизм лечебного воздействия при использовании метода мануальной терапии следующий.** Функция и трофика тесно связаны друг с другом. Причина лечебного эффекта при применении манипуляции мануальным терапевтом кроется в следующем. Межпозвоночные диски, как и все другие живые ткани целостного организма, снабжаются кровью, которая приносит хрящу кислород и питательные вещества. **Специфика кровоснабжения хрящевой ткани межпозвоночных дисков состоит в том, что хрящи не содержат ни мелких кровеносных сосудов, ни капилляров. Распространение питательных веществ по объему всей хрящевой ткани осуществляется диффузно, благодаря осмотическому просачиванию веществ по всему объему хрящевой ткани. Кровоснабжение межпозвоночных дисков происходит от тонких артерий, которые исходят из тел позвонков.** Мелкие артерии базального отдела тела позвонка на довольно большой площади подходят к хрящевой пластине (к хрящевой ткани) и только касаются поверхности хряща. Дальше питательные вещества крови и кислород распространяются диффузно по объему всей хрящевой ткани межпозвоночного хряща. При выраженном дегенеративно-дистрофическом процессе внутри хрящевой ткани межпозвоночного диска медленно накапливаются продукты патологически измененных тканей, которые препятствуют процессу диффузно – осмотического питания хрящевых тканей. Полностью прекращается поступление внутрь хрящевого диска кислорода и питательных веществ. Почему уничтожение препятствия движения в межпозвоночном диске насильственным путем (при помощи манипуляции) приводит к «чудесному и моментальному» излечению от остеохондроза? Чтобы возобновить осмотическое питание хряща диска необходимо «растереть, растолочь, измельчить» крупные частички «полуомертвевшей» ткани внутри диска. Это и делают мануальные терапевты при помощи манипуляций. Происходит механизм раздавливания крупных участков «полуомертвевшей» хрящевой ткани, что сопровождается «треском и щелчком». Иногда врач даже осязает специфическое сотрясение тела пациента в момент раздавливания «патологически измененного хрящевого кристалла». Мелкие крупинки омертвевшей хрящевой ткани раздавливаются бесшумно. После удачной манипуляции по устранению «блокады в межпозвоночном суставе» процесс питания хрящевой ткани межпозвоночного диска улучшается в сотни раз, а высота диска, до этого чрезмерно увеличенная или уменьшенная, принимает нормальные физиологические

размеры. Этим и объясняется возникновение лечебного эффекта после проведенных манипуляций костоправами, народными целителями, остеопатами, хиропрактиками и мануальными терапевтами. Мануальная терапия проводится в строго определенной последовательности.

1. Диагностика. Прежде, чем начинать лечение мануалист определяет точное расположение «больного» межпозвоночного диска. Общие и специфические методы диагностики подробно описаны в предыдущем параграфе.

2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. Подготовительным звеном для лечения является применения многочисленных методов релаксации мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск. Для релаксации мышц применяется массаж, иглотерапия, тепло, втирание мазей, перерастяжение спазмированных мышц (постизометрическая релаксация) и множество других методов и приемов. Врач стремится расслабить спазмированные мышцы вокруг «больного» диска по той причине, что их спазм мешает, препятствуют насильственному смещению позвонков относительно друг друга, усиливая «силу трения» в межпозвоночном диске. При наличии остеохондроза в грудном и в поясничном отделе позвоночника часто спазмируются мышцы живота. Одним из эффективных методов лечения остеохондрозов является массаж спазмированных мышц.

1) Диагностика спазмированной мышцы. Опишем данный метод лечения более подробно. Прежде, чем начать растягивать сильно сокращенную мышцу, расположенную в непосредственной близости от воспаленного диска, **необходимо диагностировать ее спазм.**

- Устанавливается наличие спазмированной мышцы можно пальпацией или натягиванием мышцы при помощи сгибания позвоночника в противоположную сторону. Если попросить больного нагнуться так, чтобы спазмированная мышца натягивалась, то пациент моментально почувствует боль.
- Очень часто мануальными терапевтами применяется метод диагностики спазма групп мышц с одной стороны (справа или слева) на грудном или поясничном отделе позвоночника, который называется методом **«свободно бегающих пальцев»**. Пациент раздевается до пояса и становится к врачу спиной. Врач ставит указательные пальцы правой и левой руки на паравerteбральные мышцы, одна из которых патологически сокращена и требует перерастяжения (требует постизометрической релаксации). Пальцы врача располагаются на горизонтальной линии и строго на одинаковом расстоянии от остистых позвонков справа и слева. После этого врач просит больного сильно нагнуться вперед. При сгибании туловища мышцы пациента растягиваются, и пальцы врача свободно следуют за ними. Но палец в области мышечного спазма «пройдет вперед расстояние» не более 3 сантиметров, а палец на «здоровом мышечном участке» пройдет расстояние в 6 - 8 сантиметров. Так можно достаточно точно определить участок мышечного спазма в области грудного и поясничного отделов позвоночника. После определения места спазма мышцы ее необходимо перерастянуть при помощи постизометрической релаксации или ослабить ее силу спазма другим методом (физиотерапией, иглотерапией).
- При наличии спазма крупных мышц только с одной стороны туловища возникает **симптом ложного укорочения ноги** (левой или правой) на стороне спазма. Пациент ложится на кушетку на живот, стопы свешиваются с края кушетки, и врач сравнивает уровень расположения пяток. На стороне спазма крупных мышц туловища нога будет короче на 1 – 3 сантиметра, чем длина ноги на здоровой стороне (где отсутствует спазм мышц туловища). Укорочение возникает от подтягивания ноги вверх крупными спазмированными мышцами спины и живота. При этом «симптом ложного укорочения ноги» надо дифференцировать с истинным укорочением ноги после переломов, дисплазии головки бедра, врождённых аномалий нижних конечностей.

2) Многочисленные приёмы общей и местной релаксации мышц, расположенных вокруг воспаленного или поврежденного межпозвоночного диска. Обязательным условием для успешного проведения мануальной терапии является расслабление мышц, поэтому первым этапом каждой лечебной процедуры должна быть общая и местная релаксация. Больной должен лежать спокойно, максимально расслабиться, не боясь действий врача. Почти в 80% случаев компрессия нерва (в фасциальном отверстии при радикулите или в межпозвоночном отверстии при остеохондрозе) сопровождается возникновением непрерывного спазма мышц (рядом расположенных к воспалительному очагу). Спазмированные крупные мышцы прижимают друг к другу позвонки и

препятствуют проведению манипуляций, так как манипуляции связаны с их смещением относительно друг друга. Чтобы «вправление» позвонков было легким и удачным, необходимо ликвидировать патологическое сокращение (спазм) мышц. Для этого применяются многочисленные приемы по релаксации (расслаблению) мышц. Одним из таких методов релаксации является постизометрическая релаксация. После чрезмерного перерастяжения (но нельзя допустить разрывов мышечной ткани) мышца долгое время пребывает в расслабленном, релаксированном состоянии.

3) Изометрическая релаксация – это общая и местная релаксация мышц, расположенных вокруг воспаленного или поврежденного межпозвоночного диска. При рефлекторном мышечном спазме всегда эффективны методы постизометрической релаксации. ***Постизометрическая релаксация мышц*** – это есть не что иное, как перерастяжение мышц, которые длительное время (иногда годы) находится в спазмированном состоянии. Постизометрия (post-iso-metria) в переводе с латинского языка означает «состояние после (= post) изменения (= iso) длины (= metr)» мышцы. Еще древние медики заметили одну патофизиологическую закономерность: если мышцу быстро вытянуть, получив кратковременный болевой эффект, то от наступившей боли возникает «шок мышцы», который проявляется достаточно продолжительным ее параличом, полным расслаблением этой мышцы. Если до «постизометрического» перерастяжения какая-то мышца находилась в патологическом сокращении и вызывала постоянную ноющую боль, то после сильной боли, вызванной растяжением мышцы, происходит атония мышцы, ее расслабление и боли прекращаются. Пользуясь именно этим правилом, люди, которым во время плавания в прохладной воде «свело» икроножную мышцу, снимают этот болезненный спазм. Они берутся двумя руками за стопу, расположенной на стороне болезненной икроножной мышцы, и сильно тянут стопу на себя. Икроножная мышца при этом сильно растягивается, возникает острая, парализующая мышцу боль, и болезненный спазм проходит. Человек может продолжать плыть дальше. При релаксации мышц пользуются правилом «болевого шока для спазмированной мышцы», растягивают ее до предела, и тем самым устраняют спазмы и длившейся годами болевой синдром. **Самое главное условие для проведения перерастяжения мышцы методом постизометрической релаксации – мышца должна быть патологически спазмирована! Если нет мышечного спазма, то и нельзя проводить постизометрическую релаксацию. Врачу важно помнить, что действие врача в виде перерастяжения мышцы с нормальным её тонусом, а тем более со сниженным тонусом мышцы, может сильно навредить здоровью пациента: возникнут микроразрывы внутри толщи мышцы, связок, суставных сумок. Клинически это проявляется длительными болями различной степени интенсивности в суставе или мышце.** ***Постизометрическая релаксация мышц*** (ПИР) фактически относится к нейромышечной терапии. При мануальной терапии предполагаются следующие принципы проведения постизометрической релаксации (Е. Рыхликова).

а. Постизометрическая релаксация мышцы наступает после изометрического изменения длины мышцы, то есть мышца, которую необходимо расслабить, должна предварительно растянуться при приложении к ней силы.

б. Прилагаемое растяжение не должно быть значительным. Чаще от мануального терапевта требуется почти минимальное усилие. Сопротивление всегда создается вдоль оси движения. Для его создания мануальный терапевт обычно использует ладонную поверхность своей руки, а другая рука стабилизирует тело больного.

с. Пациент, со своей стороны, при проведении приема также не должен прилагать значительного физического усилия. Следует доступно разъяснить ему суть приема, чтобы получить его сознательное соучастие. Главная задача пациента — это предельно расслабиться.

д. При проведении приема пациенту предлагают переводить взгляд (иногда и голову) в направлении движения.

е. При движении против сопротивления больной делает вдох.

и. После 10-секундного поддержания сопротивления больной выдыхает, а мануальный терапевт проводит пассивное движение в противоположном направлении, используя нежное, мягкое давление или тягу. Больной должен сопровождать и это движение перемещением своего взгляда (и головы).

к. Прием постизометрической релаксации (ПИР) повторяют 3 — 7 раз.

Многочисленные способы изометрической миелорелаксацией описаны в соответствующих параграфах по лечению шейных, грудных и поясничных остеохондрозов.

4) Кроме растяжения спазмированной мышцы существует огромное количество других способов её расслабления.

- **Медикаментозная релаксация.** Применяется при чрезмерно болезненных мышечных судорог и спазмов. Мышечному расслаблению способствуют назначение транквилизаторов и миорелаксаторов (седуксен, элениум, скутамил-Ц, мелликтин).
- **Общий массаж мышц.** Для релаксации спазмированных мышц проводится массаж в расслабляющем режиме. Релаксация мышц, и в первую очередь предшествующий этому массаж, создает хорошие условия для проведения приемов мануальной терапии. Массаж представляет собой первоначальный физический контакт с больным, и от того, насколько врач сумеет передать своими первыми прикосновениями к его телу стремление облегчить страдания, часто зависит весь исход лечения. Грубое, болезненное прикосновение автоматически вызывает у пациента ответную защитную реакцию в виде напряжения мышц и подсознательного недоверия, преодолеть которое потом очень сложно.
- Для снятия спазмов у болезненных мышц часто применяют **точечный массаж и его японскую разновидность — метод шиацу.** Очень болезненные точки соответствуют чрезмерно сокращенным мышцам. На эти спазмированные мышцы сильно надавливают и их массируют. Очень часто сильное давление на спазмированную мышцу снимает ее спазм.
- **Втирание мазей** в место спазмированной мышцы (фастум - гель, аписатрон, випротокс, випросал, бом-бенге и другие) способствуют ликвидации спазма. Всасываясь в толщу мышцы мазевые ингредиенты нагревают ее, действуют как местное анестезирующее вещество. Длительное втирание мази в мышцу является не чем иным, как местным массажем.
- **Иглотерапия.** Непосредственно перед мануальной терапией можно провести процедуры рефлексотерапии (иглоукалывание, электроакупунктура), используя седативный метод воздействия на точки акупунктуры, расположенные в области спазмированных мышц.
- **Нагревание спазмированной мышцы грелкой. Баня.** Мышечному расслаблению способствуют общее нагревание тела, тепловые процедуры в банях и саунах. Автор этой книги наблюдал лечение дискогенных радикулитов народными целителями (костоправами) в банях. После 5 – 6 лет неудачного лечения в поликлиниках и больницах пациенты решались на лечение у народных целителей-костоправов. Целители сначала парили больного в бане, а потом ложили на широкую лавку и проводили манипуляции по «вправлению позвонков». После сильного разогрева в сауне мышцы и связки пациента достаточно сильно расслаблялись. Этим пользовались костоправы, и после перегрева тела больного довольно легко проводили удачные манипуляции. Очень часто костоправы вылечивали безнадежных (по определению официальной медицины) больных. Мышечному расслаблению способствуют даже местное тепло грелки.

3. Тракция. Тракция (растяжение позвоночника) является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Подготовительным этапом лечения при помощи мануальной терапии является. Тракция – это силовая манипуляция врача в виде вытяжения позвоночника или какого-то другого сустава в длину. Вытягиваются в первую очередь связки, а во вторую - мышцы, окружающие позвоночник. Чаще всего вытяжение проводится самим мануальным терапевтом или его помощниками. Существует большее количество механизмов, которые способны растянуть позвоночник пациента. Это в основном специальные кровати, оснащенные лебедками и электромоторами. Автор наблюдал приспособления мануальных терапевтов, которые подвешивают пациента с остеохондрозом за ноги, а в руки пациент брал гири. Тракция может иметь вид продольного растяжения одновременно левой и правой стороны тела (продольная тракция). Тракция может иметь вид одностороннего натяжения (то есть проводится тракция только правой стороны шеи или туловища, или только левой стороны), если натяжение позвоночника происходит с одновременным его изгибом в какую-то сторону (которая остается не вытянутой). Вытяжение позвоночника во время манипуляции в несколько раз облегчает «вправление позвонка» и снижает травматизацию при силовом перемещении позвонков друг относительно друга. Хорошего растяжения позвоночника можно достигнуть после длительного свисания с фиксированными ногами и головой вниз на сильно наклонной плоскости (на специальном тренажере). Специфические приемы тракции шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника описаны в последующих параграфах.

4. Мобилизация. Мобилизация является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Происходит от английского слова «mobile, mobilize», что имеет смысловое значение «двигать, перемещать, делать подвижным что-то (или кого-то)». Применяя этот этап лечения, врач, **во-первых**, еще раз (после ранее проведенной диагностики) определяет объем «подвижности» межпозвоночных дисков, а, **во-вторых**, 5 – 8 раз «проходит всю дистанцию» доступного движения, разрабатывая и «обкатывая» (доступный без лечения) угол смещения позвонков. **Мобилизация** – это движение без применения силы, которые делает доктор, когда он дополнительно разрабатывает тот сокращенный объем движение в межпозвоночном суставе, который совершает пациент собственными силами, без дополнительных внешних усилий. **При отсутствии блокады (снижения объёма движения) в суставе процедура мобилизации теряет свой лечебный смысл.** В этот этап лечения врач определяет «подвижность» межпозвоночных дисков. В конце этого этапа лечения определяются границы подвижности заблокированного межпозвоночного сустава, определяется допустимый объем (предел) движений в «больном суставе». Мобилизация может быть самостоятельным методом лечения или применяться в качестве подготовки к манипуляции. Она заключается в постепенном и безболезненном восстановлении подвижности позвоночных сегментов с помощью ритмически повторяемых пассивных движений в суставах в пределах их физиологического объема. Врач обеспечивает хорошую фиксацию выше- или нижележащего позвонка и производит с небольшим усилием несколько медленных ритмичных движений в заблокированном сегменте в сторону имеющегося ограничения с постепенным увеличением их объема. Прием повторяют несколько раз, стремясь достичь предела максимально возможного физиологического движения в заблокированном сегменте. Оказать лечебное воздействие непосредственно на нарушенную суставную подвижность позволяет мобилизация постепенное, ненасильственное восстановление подвижности двигательного сегмента. Она часто используется как один из видов подготовки к манипуляции. Дело в том, что мобилизация представляет собой функциональное движение или суставную игру («joint-play»). Пассивное выполнение движений мобилизации приводят к крайнему положению суставных поверхностей в сочленении, т. е. к состоянию преднапряжения. Необходимо пояснить, что под суставной игрой понимаются такие движения в суставе, которые человек не способен выполнить самостоятельно, но свобода которых имеет, тем не менее, важное значение для нормальной суставной функции. Здесь можно привести аналогию из области автодела — чтобы колеса автомобиля хорошо крутились, необходимо сохранять их легкий люфт. С помощью ритмичных пружинящих мобилизационных движений против сопротивления в конце диапазона движения в сочленении можно устранить его «блокировку», даже без последующих манипуляций. Мобилизацию, таким образом, можно рассматривать не только как подготовку, но и как альтернативу манипуляции. Важно, что проведение мобилизации никогда не выводит сустав за физиологически допустимые границы подвижности. Осуществляют мобилизацию плавными, ритмичными движениями, синхронизируя их с ритмом дыхательных движений больного (на выдохе). Мобилизирующий прием рекомендуется повторять от 5 до 15—20 раз. Иными словами мобилизация представляет собой функциональное движение или суставную игру. Под суставной игрой понимаются такие движения в суставе, которые человек не способен выполнить самостоятельно, но свобода которых, тем не менее, имеет важное значение для нормальной суставной функции. Под свободой движений в суставе подразумевается хороший люфт, подобно люфту колеса автомобиля. Таким образом, с помощью ритмичных пружинящих мобилизационных движений против сопротивления в конце диапазона движения в сочленении можно устранить его блокаду даже без последующих манипуляций. Плавные, ритмичные движения мобилизации синхронизируют с ритмом дыхательных движений больного (на выдохе).

5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация. Иммобилизация является методом подготовки сустава к проведению манипуляции. Происходит от английского слова «immobilize», имеющий дословный перевод «делать неподвижным что-то (или кого-то), фиксировать, прижимать к чему-то». Во время этого этапа лечения врач достигает положения упора для «больного» позвонка (или для дистального рычага какого-то сустава), то есть – он приводит позвонки «над и под» воспаленным межпозвоночным диском в положение «предельного угла поворота», дальше которого больной самостоятельно смещать позвонки не в силах, а продолжение движения возможно только благодаря усилию врача в виде манипуляции. Очень часто мануалисты объединяют два этапа лечения – мобилизацию и иммобилизацию, называя всю сумму действий одним словом – мобилизация. Автор книги считает это не совсем правильным, так как происходит объединение двух совершенно

противоположных по смыслу действий: свободного движения и насильственной фиксации. **Иммобилизация (или «замыкание» межпозвонкового сустава, состояние преднапряжения и фиксации)** – это действия врача, направленных на обездвиживание, на фиксацию позвонков, расположенных выше и ниже воспаленного или травмированного межпозвоночного диска. При отсутствии блокады (снижения объёма движения) в суставе процедура иммобилизации теряет свой лечебный смысл. Сделать «замыкание» или иммобилизацию для надежного выполнения специфической манипуляции недостаточно, необходимо еще выбрать правильные **контакты и захваты**. Контактom называется костная структура, на которую мануальный терапевт прямо переносит свое усилие в ходе выполнения приема. На руке можно выделить четыре основных контактных пункта — радиальный край указательного пальца, подушечка большого пальца, тенар и область между тенаром и гипотенаром (Вернер, Астер, 1952). Специфические приемы «нацелены» на конкретный двигательный сегмент за счет так называемого «замыкания», т. е. из воздействия исключаются прочие двигательные сегменты. «Замыкание», в принципе, может быть достигнуто двумя способами. **Первый способ** — используя определенную комбинацию движений, мануальный терапевт может вызвать достаточное натяжение связочного аппарата позвоночника, ограничивающее подвижность двигательных сегментов. **Второй способ** — за счет определенного сочетания движений врач может привести суставные поверхности этих сегментов в такое положение, которое исключает всякую подвижность. Тем или иным мобилизационным приемом создается перенапряжение внутри хрящевого вещества межпозвоночного диска, которое определяется по ощущению утраты пружинящего сопротивления сустава. «Замыкание» движений является началом манипуляции, когда на пределе возможной амплитуды движений производится кратковременное направленное давление или толчок с незначительным превышением объема физиологической подвижности сустава, но без его анатомических повреждений. Мануальный терапевт устанавливает выбранный контакт на костную структуру пациента (остистый отросток, поперечный отросток, дуга позвонка, угол ребра и так далее). Только после этого врач имеет возможность оказывать давление в определенном направлении, чем достигает состояния «преднапряжения» для проведения манипуляционного толчка.

6. Манипуляция – это основное лечебное действие врача-мануалиста, направленное на изменение пространственной локализации костей, составляющих данный сустав. Происходит от английского слова «manipulate», что имеет смысловое значение «**направленное, целенаправленное воздействие, применение усилия, удара, давления**». Манипуляция – это конечный этап лечения, во время которого происходит насильственное смещение позвонка в правильное анатомическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления межпозвоночного диска. Некоторые мануалисты и костоправы характеризуют **манипуляцию** как насильственное изменение положения позвонка на анатомически правильное место, то есть – силовое воздействие на два позвонка, расположенных «над и под» воспаленным межпозвоночным диском. **В мануальной терапии есть обязательное правило: сначала производится тракция, а на «фоне» растянутых межпозвоночных суставов делается манипуляция.** Специфические приемы манипуляций шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника описаны в последующих параграфах.

а) Показание к манипуляции. При отсутствии блокады, то есть при отсутствии дегенеративно-трофических участков внутри межпозвоночного диска, при отсутствии снижения объёма движения в суставе, процедура манипуляции теряет свой лечебный смысл. Манипуляция устраняет функциональные блокады с помощью быстрого, короткого, форсированного движения, производимого до состояния физиологического перенапряжения связок и мышц.

б) Обязательное условие. Обязательным условием для проведения манипуляции является иммобилизация (замыкание сустава), то есть - выключение подвижности выше- или нижележащих отделов позвоночника, граничащих с сегментом, на котором выполняется манипуляция. Выполнять манипуляционный толчок можно только после достижения в этом направлении состояния преднапряжения (иммобилизации, замыкания). Это означает, что сочленение, на котором необходимо выполнить манипуляцию, должно быть предварительно приведено в такое положение, которое является границей физиологической нормы для данного движения в данном сочленении. Облегчить установлению положения позвоночника, которое дает состояние преднапряжения в сочленении, можно с помощью других приемов мануальной терапии, в частности – мобилизации.

с) «Осторожность – мать победы». Таким образом, манипуляционный толчок кратковременно выводит сочленение за физиологические границы движения, но никогда — за анатомические

границы сустава. Превышение анатомических границ способно привести к травматическим повреждениям суставной капсулы, связочного аппарата, переломам костей и другим тяжелым осложнениям. Можно сравнить этот миллиметровый отрезок, этот угол насильственного поворота, на котором реализуется целебное действие манипуляции, с терапевтической шириной лекарственного препарата, например, разовая лечебная доза какого-то лекарства составляет 2 грамма, и ее превышение до 10 грамм может привести к отравлению и гибели человека. Мануальный терапевт также должен иметь чувство на «строго дозированное усилие», должен обладать «чувством меры», так как лечебного эффекта не окажет слабый толчок, но одновременно приведет к трагическим последствиям чрезмерно сильный толчок. Вершиной технического совершенства в мануальной терапии является манипуляция, которая оказывает иногда просто поразительный лечебный эффект. Неуловимая, на первый взгляд, комбинация движений в суставе, сопровождаемая характерным треском, буквально на глазах избавляет пациента от скованности движений и болей. Манипуляция (в отличие от мобилизации) — это резкое, однократное движение в суставе, которое проводится в направлении ограничения свободного движения. Манипуляция проводится с помощью быстрого, короткоамплитудного, чутко контролируемого врачом манипуляционного толчка в нужном направлении. Итак, **манипуляционный толчок кратковременно выводит сочленение за физиологические границы движения, но никогда — за анатомические границы сустава.** Мы уже говорили о принципиальной установке на проведение безболезненного лечения. Принцип проведения манипуляций, выдвинутый французским профессором мануальной терапии Робертом Мэнem, позволяет перейти от декларативности к практике. Этот принцип Р. Мэнэ назвал «правилом безболезненности и противодвижения». Суть его заключается в том, что никогда нельзя усиливать движение в сочленении, которое доставляет или усиливает боли, а наоборот, важным является именно свободное движение, противоположное всем заблокированным. Если вызывает болезненность мобилизация головы или туловища вправо, то на надо проводить мобилизацию и манипуляционный толчок в здоровую сторону – влево. Например, по причине образования краевого воспаления диска, который принял треугольную форму, позвонок сместился вправо. Логически рассуждая, надо убрать блок в суставе и исправить искривление оси позвоночника наклоном туловища в противоположную сторону, то есть влево. Оказывается (пользуясь правилом Мэнэ) можно вылечить пациента, наклонив туловище пациента в «больную» сторону, усилив патологический угол наклона вправо, сняв только блок внутри сустава (без насильственного исправления патологической оси, которая исправляется спонтанно, «автоматически»).

д) Приёмы мануальной терапии. Из остеопатии мануальная терапия почерпнула определенные захваты, основанные на использовании «коротких и длинных рычагов». При работе на позвоночнике такими рычагами могут являться голова больного, конечности. Обычно приемы с использованием «длинных рычагов» требуют от мануального терапевта меньших физических усилий, чем при работе с короткими рычагами. Однако при работе с длинными рычагами особое внимание следует обратить на снижение усилий из-за опасности повреждения двигательного сегмента. Манипуляцию следует выполнять неожиданно для больного в момент его расслабления в фазу выдоха. Сила, применяемая для преодоления сопротивления тканей растяжению, и амплитуда движения должны быть небольшими. В конце манипуляции в большинстве случаев (но не всегда) возникает своеобразный звуковой феномен щелчка, свидетельствующий о завершенности процедуры. Используют также метод направленного удара, манипуляцию тракционным толчком и другие приемы. Манипуляционный прием на одном позвоночном сегменте выполняется, как правило, однократно. Если проводится лечение всего позвоночника, мануальную терапию обычно начинают с грудного отдела, затем переходят на поясничные и заканчивают шейными сегментами. Известный хиропрактик Вернер Пепер в своей книге «Хиропрактическая техника», изданной в Гамбурге в 1952 году, пишет, что на руке можно выделить четыре основных контактных пункта, среди которых радиальный край указательного пальца (индекс-контакт), подушечка большого пальца, тенар, область между тенаром и гипотенаром и др. Мануальный терапевт устанавливает выбранный контакт на костную структуру пациента (остистый отросток, поперечный отросток, дуга позвонка, угол ребра и пр.), оказывая давление в определенном направлении, в том же направлении нужно достичь состояния «преднапряжения» и провести манипуляционный толчок. Контакты и «короткие рычаги», т. е. местное приложение усилия в зоне контакта, пришли в практику мануальной терапии из хиропрактики. В мануальной терапии принято различать приемы, имеющие неспецифический и специфический характер. К **неспецифическим приемам** могут быть отнесены те, которые оказывают лечебное воздействие на несколько двигательных сегментов (межпозвоночных дисков) одновременно в каком-либо регионе позвоночника. **Специфические приемы** нацелены на конкретные двигательные сегменты. К специфическим приемам и

манипуляциям относятся **ударные приемы (ударные технологии)**. Например, определив необходимость в смещении какого-то позвонка, мануальный терапевт прикладывает третью фалангу одной руки к остистому отростку, а кулаком другой руки бьет по основанию фаланги. Направление удара может быть направлено вправо и влево от остистого отростка, сверху вниз, снизу вверх. Удар может быть направлен в промежуток между соседними остистыми отростками, или через мягкие ткани на боковую поверхность позвонка. Существуют ударные технологии с применением резиновых прокладок, специальных молотков из резины и дерева. Все современные школы мануальной терапии не рекомендуют применение ударных манипуляций **из-за большого количества осложнений**: перелома остистого отростка, разрыв связок, окружающих позвонков, обострение остеохондроза и усиление болевых ощущений, кровоизлияния в мягкие ткани и так далее. Так как контролировать силу удара на один сегмент позвоночника очень трудно, то ударные манипуляции лучше не применять.

е) Симптомы удачного проведения манипуляции. После удачного применения манипуляции уменьшается или прекращаются **боли**, исчезают неприятные тактильные ощущения в виде покалывания и жжения. Это главный симптом эффективного лечения. Очень часто удачное «вправление позвонка» сопровождается **ощущением «прилива тепла» в конечность**. При излечении грудного остеохондроза возникает ощущение тепла в руке, при излечении поясничного остеохондроза возникает ощущение прилива тепла к ноге. Эти благоприятные изменения наступают по той причине, что после манипуляции позвонки становятся в нормальное положение друг относительно друга. Те позвонки, которые были слишком подняты вверх – опускаются, а те, которые слишком опущены – поднимаются. По этой причине прекращается сдавление нервов, выходящих из спинного мозга, улучшается кровоснабжение межпозвоночного диска, ликвидируются (ранее измененные дегенеративным процессом) «патологически измененные участки» хрящевой ткани внутри межпозвоночного диска. После того, как снижается интенсивность болевого синдрома, **исчезает спазм группы мышц, увеличивается объем активных движений** в заблокированных позвоночных сегментах. У части больных (примерно у 16 % пациентов), после первой и удачной процедуры может возникнуть **обострение болей в позвоночнике, которые сохраняются в течение 1—2 суток**. Это нормальное проявление начала лечения. При первой процедуре позвонок из патологического положения смещается в своё физиологическое положение, а его насильственное перемещение сопровождается усилением боли.

и) Частота повторных манипуляций зависит от стадии, тяжести и давности заболевания позвоночника, длительности и выраженности обострения, конкретных клинических (неврологических и ортопедических) проявлений, индивидуальных конституциональных особенностей больного. Необходимо учитывать, что большие перерывы между процедурами снижают эффективность лечения. В то же время слишком частые манипуляции могут привести к возникновению чрезмерной подвижности позвоночных сегментов. Мануальные воздействия на одном сегменте не должны повторяться чаще одного раза в 3 — 4 дня. Оптимальная периодичность манипуляций — три раза в неделю. Можно проводить лечение и чаще, но в этом случае следует избегать воздействия на одни и те же позвоночные сегменты. В острых случаях с небольшой давностью обострения (7 — 10 дней) для ликвидации функциональной блокады позвоночного сегмента бывает достаточно 2 - 4 манипуляций. В запущенных случаях иногда приходится увеличивать число манипуляций до 12 - 15. Однако лечение не следует затягивать, выполняя без необходимости чрезмерно большое количество процедур: длительное и частое проведение манипуляций на одном и том же позвоночном сегменте может привести к усилению боли, вследствие возникновения гипермобильности. При отсутствии положительного эффекта после трех-четырех манипуляций дальнейшее проведение мануальной терапии нецелесообразно.

к) Значение корсетов. При отсутствии надежной фиксации позвонка связками, при «разболтанности» межпозвоночного сустава, удержать позвонок на новом месте часто бывает возможно только постельной релаксацией или корсетной иммобилизацией. Только так можно избежать рецидива остеохондроза или грыжевого выпячивания сразу после её вправления. Положение стоя, сидя и стояние усиливают нагрузку на позвоночник. Если сразу после «вправления позвонка» пациент долго едет домой в переполненном людьми транспорте, несет тяжелые сумки с продуктами, то существует большая вероятность повторной компрессии межпозвоночного диска и возвращения болей в позвоночнике. После удачного проведения манипуляции пациент должен предоставить позвоночнику «состояние покоя». Но чаще всего сразу после мануальной терапии пациент должен ехать из медицинского центра домой. На поясничный отдел оказывается самая сильная статическая нагрузка при

стоянии и ходьбе. Если пациент имел остеохондроз поясничного отдела позвоночника, то врач должен рекомендовать ношение **корсета**. Корсет или широкий ремень (штангиста), расположенный между ребрами и тазом, уменьшает нагрузку от веса тела на позвонки поясничного отдела в 3 – 4 раза. Корсет для постоянного ношения нужно рекомендовать тем пациентам, которые имеют слабый, растянутый травмой связочный аппарат позвоночника, не способный удерживать позвонки в нормальном физиологическом положении даже при слабой физической нагрузке. У таких пациентов при поднятии тяжести более 10 килограммов происходят «привычные подвывихи» позвонков, сопровождающиеся прострелами и сильными болями. У мануальных терапевтов часто повторяющиеся при физической нагрузке «соскальзывание позвонков» имеет свой диагноз: несостоятельность мышечно – связочного аппарата, которая вызывает торокальную или люмбальную нестабильность межпозвоночного сустава. Для длительной или временной фиксации поясничного отдела позвоночника автор этой книги предлагает врачам и пациентам сделать **примитивный корсет из простыни**. Для этого посредине прочной льняной простыни, расположенной по диагонали, заворачивают легкую книгу с твердым переплетом, которая не дает материи сворачиваться в узкую трубочку. Далее книгу прикладывают к спине, а двумя свободными концами простыни (в виде двух широких лент по 20 сантиметров шириной) обкручивают вокруг живота пациента и точно между нижним краем реберной дуги и тазовыми костями. Углы простыни достаточно сильно стягивают вокруг живота и завязывают двойным узлом. Корсет предотвращает «сползание позвонков на старое место», является хорошей профилактикой рецидива болезни.

7. Период ремиссии (выздоровления). Приходит время, когда пациент завершает полный курс лечения у мануального терапевта. Однако, врачу нужно всегда помнить, что до полного выздоровления «больного» межпозвоночного диска должен пройти месяц, пока регенеративные процессы полностью не заменят «старые ткани диска на новые». После окончания процедуры мануальной терапии на поясничной области позвоночника необходимо обеспечить покой и **иммобилизацию позвоночника при помощи корсета**. В период ремиссии исключаются физические нагрузки, резкие движения, наклоны вперед. После окончания курса лечения необходимо проводить поддерживающие процедуры: на протяжении первого года один раз в 3 — 4 месяца, в дальнейшем один раз в полугодие.

Итак, до полного выздоровления должен пройти месяц, пока регенеративные процессы полностью не заменят «старые ткани диска на новые». Вот почему во время лечения и особенно после него пациент должен получать витамины, микродозы йода, микроэлементы с повышенной дозой кальция и фосфора, сложные органические вещества, составляющие химическую основу хрящевой ткани (глюкуроновая кислота, хондроитин, глюкозамин). Желательно применять длительное лечение биостимуляторами – метаболитами (облепиха, алоэ, женьшень, солкосерил, димефосфон и другие) и анаболики в небольших дозах (ретаболил, калия оротат, метилурацил и другие).

8. Медикаментозное лечение остеохондрозов и радикулитов. Медикаменты иглотерапевты и мануальные терапевты применяют достаточно редко, так как все они ярые сторонники лечения болезней без применения лекарств. К медикаментозному лечению они вынуждены прибегать в крайних, экстренных случаях.

а) Противовоспалительная медикаментозная терапия. Во-первых, инъекции синтетических гормонов надпочечника врачи – мануалисты вынуждены вводить в место расположения воспалённого межпозвоночного диска, что бы быстрее начать лечение тракциями и манипуляциями. Как было ранее сказано, начальная воспалительная стадия остеохондроза не даёт возможность начать лечение мануальному терапевту из-за сильных болей в позвоночнике. По причине длительного течения воспалительной стадии остеохондроза, врач - мануалист часто не может приступить к лечению на протяжении месяца. Гормоны надпочечника обладают очень сильным противовоспалительным эффектом. После инъекции **дипроспана или метилпреднизолона в виде депо-медрила (Бельгия) и метипреда (Финляндия)** по 2 миллилитра справа и слева от остистого отростка (то есть непосредственно в место расположения воспалённого межпозвоночного диска) боли в позвоночнике прекращаются через 3 дня. Следовательно, через три дня врач может приступить к выполнению манипуляций на позвоночнике.

Во-вторых, редко (примерно в 5 % случаев) у мануального терапевта и у иглотерапевта возникают ситуации с отсутствием положительного результата лечения и после 10 сеансов. В таком случае врач должен признаться больному, что он не может вылечить неврит, невралгию, радикулит или

остеохондроз методом иглотерапии или мануальной терапией. Тогда врач вынужден прибегнуть к медикаментозному лечению гормонами надпочечника. Существует метод мощного ускорения процесса выздоровления – это введение небольших доз гормонов надпочечника инъекционной иглой непосредственно в место расположения воспалённого межпозвоночного диска (например, рядом с туннельной невропатией нерва, которая вызывает радикулит). Раствор гормона вводят один раз в день. После 2 дней лечения (с учётом максимальных суточных доз введения препаратов) возникает неизменный успех. В виде инъекций, таблеток и мазей при лечении остеохондрозов и радикулитов применяются следующие противовоспалительные средства.

Дипроспан (или бетаметазон) в ампулах – синтетический глюкокортикоид, обладает мощным противовоспалительным свойством, ликвидирует сильные воспаления межпозвоночных дисков и периферических нервов, повышает иммунитет организма. В 3 раза эффективнее дипроспана препарат метилпреднизолон в виде депо-медрила (Бельгия) и метипреда (Финляндия).

Диклофенак или диклонак, диклонат, диклоран, наклофен, фелоран-мазь, биоран, **ортофен, вольтарен** (ампулы и таблетки) – обладает выраженными противовоспалительными свойствами, накапливается в суставах (в том числе и между позвонками). Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 2 раза.

Пироксикам или пирокам, федин - по фармакологическим свойствам аналогичен диклофенаку. Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 7 раз.

б) Иммуностимуляторы стимулируют иммунные свойства организма против вирусов и бактерий. К этой группе медицинских препаратов относится интерферон и его синтетические аналоги. **Интерферон** – группа белков (гамма - глобулинов), которые синтезируются внутри белых кровяных тел (лейкоцитов) в процессе поглощения (пожирания) и уничтожения вируса. Не все, но многие вирусы, после размножения внутри тканей своего первичного поражения (слизистой оболочки носоглотки, хряща межпозвоночного диска, внутри нервной клетки, внутри раковой клетки и так далее) начинают массово мигрировать в сосудистое русло, в кровь. При наличии крепкого иммунитета у человека, его лейкоциты начинают (в буквальном смысле слова) пожирать миллионы вирусов, находящиеся в русле крови. Уничтожение вирусов внутри лейкоцитов происходит благодаря наличию белков гамма – глобулинов, которые вирусологи называли «интерферон». Современные методы биохимии позволяют выделить интерферон из лейкоцитов человека в чистом виде. Также синтезированы вещества, которые способны усиливать синтез интерферона внутри лейкоцитов, стимулируют синтез самих лейкоцитов в костном мозгу, поэтому они также относятся к иммуностимуляторам. Интерферон содержится в следующих препаратах: виаферон (Украина), рефиб, интрон - А и роферон – А (Швейцария), имукин (Германия), амиксин (Россия) и во многих других.

Циклоферон (Россия) – синтетический аналог интерферона, широко применяется при лечении вирусных заболеваний человека, в том числе и при вирусных невралгиях и невритах, остеохондрозах, миелитах и так далее. Обычно делают внутримышечные инъекции по 250 миллиграммов в сутки. Курс лечения состоит из 10 инъекций (2,5 граммов препарата).

Антиоксикапс с селеном – купирует воспаление межпозвоночных дисков, усиливает мышечную силу, усиливает трофические (питательные) процессы межпозвоночных хрящей, ускоряет регенерацию хрящей межпозвоночных дисков.

Многие иммуностимуляторы выделены из растений: эхинацея, экстракт из тропической лианы «кошачий коготь» - иммунофлам (Перу).

с) Противовирусные (антивирусные) «антибиотики». Эти вещества способны подавлять размножение вирусов, которые находятся вне клетки и даже внутри полуразрушенной клетки.

Ацикловир 200 (фирма Stada, Германия), другие производители дали название герпевир, герпесин, медовир, цикловир, виroleкс, зовиракс - очень эффективен против вируса герпеса (Herpes simplex) и Varicella zoster (вирус поражает слизистые оболочки мочеполовых органов). Вирус герпеса часто поражает периферические нервы и межпозвоночные хрящи, поэтому препарат используется при лечении невралгий и остеохондрозов вирусной этиологии. Выпускается в таблетках.

Другие препараты этой группы: **изопринозин** (или гропринозин, Венгрия, лечение герпеса, бронхита, гепатита, воспаления слизистых мочеполовых путей), **ребетол** (лечение вирусного гепатита, ОРЗ, стоматита, кори, энцефалита, лейкозов, герпеса, Бельгия), **вальтрекс** (аналог ацекловира, Англия), ретровир (лечение ВИЧ, Англия), ремантадин (воздействует на многие вирусы, Латвия), зерит (лечение ВИЧ, Италия), эпивир (лечение ВИЧ, Англия), вирамун (лечение ВИЧ, Германия), цимевен (лечение СПИД, Швейцария).

д) При сильном болевом синдроме, который сопровождает неврит, невралгию, радикулит или остеохондроз, в место очага воспаления (внутрь мышцы на лице, шее, около позвоночника и так далее) вводятся анестетики. **Анестетик** – препарат, применяющийся с целью ликвидации болевого синдрома, анестезии, вводится, как правило, инъекционным путём: новокаин, **лидокаин** (Венгрия), ультракаин (Германия), анекаин (Хорватия) и другие.

е) **Вещества, ускоряющие обмен веществ внутри межпозвоночных дисков.** **Терафлекс** – содержит вещества, отвечающие за пластичность и упругость межпозвоночных дисков (хондроитин и глюкозамин).

Актовегин (Норвегия) – повышает поступление кислорода к клеткам (особенно к нервным), ускоряет окислительные процессы, повышает энергетические возможности клетки, стимулирует репарацию и регенерацию (восстановление) клеток. Применяется при поражении периферической нервной системы, в том числе при радикулитах, невралгиях и невритах. Выпускается в растворе, в ампулах, вводится внутримышечно не больше 5 миллилитров в сутки.

Ксантинола никотинат (или пропионат) – стимулирует трофические процессы внутри всей периферической нервной системы, в том числе и внутри корешков спинного мозга, поражённых воспалительным процессом при радикулитах.

Трентал или пентоксифиллин, ТрентаН, сермион, агапурин – расширяет капилляры, усиливает потребление кислорода всеми тканями организма, в том числе и межпозвоночными дисками.

9. Эффективным методом лечения радикулитов является глубокий **массаж** группы паравертебральных мышц со спины (сзади) или через боковую и переднюю поверхность брюшной стенки (спереди). Внутри поясничного участка паравертебральных мышц проходит большое количество очень крупных нервов, которые иннервируют суставы, кожу и мышцы нижней конечности. Внутренний мышечный каркас брюшной полости составляют m. psoas minor et major, mm. rhomboidei major et minor, m. serratus posterior inferior, m. iliacus, m. piriformis и так далее. Каждая мышца покрыта толстой фасцией (как чулком). В фасциях имеются многочисленные отверстия для прохождения нервов и сосудов через тело одной мышцы к другим соседним мышцам. Именно в местах «прободения» фасций нервными стволами возникают их сдавливание, возникают многочисленные туннельные невропатии. Воспалённые нервы (от внедрения в их нервные клетки вирусов или по причине сдавления корешка хрящом межпозвоночного диска) увеличиваются по своей толщине. Именно увеличение толщины воспалённых нервных тканей является главной причиной стронгуляционного зажима нервов фасциями внутренней группы мышц поясничной области и таза. Поэтому массаж паравертебральных мышц спереди (через брюшную стенку) и сзади снижает стронгуляционное сдавливание в фасциальных отверстиях многочисленных крупных нервов поясничного сплетения (plexus lumbalis), что очень часто приводит к уменьшению боли и выздоровлению. Только одним массажем можно вылечить **туннельную невропатию бедренного нерва n. femoralis**, который проявляется сильными болями или гипостезиями передней поверхности бедра и коленного сустава. Боли в коленном суставе могут появиться без наличия патологического очага в самом суставе. Кроме того, снижение потока импульсов по бедренному нерву к коже бедра нарушает обменные процессы, что приводит к появлению коричневых пятен на его поверхности. Сдавление **запирательного нерва n. obturatorius** приводит к болям или уменьшению чувствительности кожи задней и боковой области таза и бедра, тазобедренного сустава. Сдавление **полового нерва n. pudendus** вызывает импотенцию у мужчин и фригидность у женщин. У мужчин компрессия запирательного нерва или непосредственно полового нерва сопровождается отсутствием эрекции полового члена, то есть – импотенцией. Очень часто невропатологи переадресовывают больного с туннельной невропатией запирательного нерва (и с жалобами на боли в тазобедренном суставе) к ортопедам, а те получают на рентгеновских снимках идеальный тазобедренный сустав и отправляют больного назад к невропатологу. В этой ситуации невропатологи

должны подумать о компрессии ветки запирающего нерва **n. genitofemoralis**, что может сопровождаться иррадиацией боли в здоровый во всех отношениях тазобедренный сустав. Туннельная невропатия нерва грушевидной мышцы приводит к сдавлению **седалищного нерва n. ischiadicus**. Сдавление в отверстиях многочисленных мышечных фасций и грушевидной мышцей седалищного нерва приводит к возникновению часто встречающегося ишиаса: сильной боли в ягодице и по всей задней части ноги. Глубокий массаж паравертебральных мышц спереди (через брюшную стенку) и сзади часто устраняет эту патологию. Глубокий массаж (с давлением пальцами врача на брюшную стенку и через неё на внутреннюю группу мышц поясницы на протяжении 20 сантиметров их длины) проводится на протяжении 10 – 30 минут. Сначала больной ощущает сильную боль даже при нежном массаже паравертебральных мышц. Но после 10 минут массажа интенсивность боли снижается и глубокий массаж проводится в полном объёме.

Из **крестца** также выходят крупные нервные стволы, которые пролегают по его внутренней и наружной поверхности. Сравнительно легко можно вылечить воспаление **наружных крестцовых нервов**. Они хорошо доступны для массажа. На воспалённые стволы «наружных» крестцовых нервов можно также воздействовать сухим теплом, согревающими мазями, содержащими змеиный и пчелиный яды, электрофорезом (введением лекарств при помощи электрического тока), магнитными импульсами. Однако **внутренние стволы** крестцовых нервов расположены глубоко от поверхности живота – в малом тазу. При напряжённой стенке живота внутренние крестцовые нервы становятся совершенно недоступны для массажа, а также для воздействия другими лечебными методами. При мягком животе можно промассажировать только «верхние» нервы пояснично-крестцового сплетения. «Нижние» нервы крестцового сплетения массируются через анус. Воспаление крупных стволов крестцовых нервов, расположенных в малом тазу, в 80 % случаев бывают вторичными, то есть вызываются воспалительными процессами многочисленных органов малого таза. У женщин причиной острого крестцового радикулита и ишиаса могут быть гнойные поражения матки, придатков, яичников, влагалища, геморройных узлов, прямой кишки. У мужчин – основной причиной крестцового радикулита является воспаление предстательной железы, геморрой, проктит, цистит. Поэтому очень часто для излечения острого крестцового радикулита обязательно необходимо сначала излечить воспалительный процесс внутреннего органа, расположенного в малом тазу. Без этого бесполезно ожидать положительного результата лечения крестцового радикулита. По причине наличия хронических воспалительных процессов сразу в нескольких органах малого таза, которые долгое время не удаётся санировать, лечение острого крестцового радикулита или ишиаса превращается в достаточно сложный и длительный процесс.

§ 65. Особенности клиники остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

Важно отметить, что в шейном отделе позвоночника фактически отсутствуют межпозвоночные диски между С.1 – С.2, С.2 – С.3 и С.3 – С.4. Между этими позвонками располагаются твердые, белые, суставные хрящи. Поэтому неправильным будет диагноз в виде остеохондроза (воспаления межпозвоночного диска) верхних отделов шеи. Здесь могут быть только радикулиты!!! Стандартный «набор» клинических проявлений при остеохондрозах шейного отдела позвоночника следующий:

1. Боль имеет разнообразные проявления: прострелы, постоянно ноющая боль или может возникать только при движениях в позвоночнике. Иррадиация болей может быть в голову, конечности и реже на какой-то участок туловища. Наиболее частыми являются следующие разновидности **болевого синдрома**:

а) **цервикалгия** — интенсивная прокалывающая, сверлящая или тупая боль в глубинных отделах шеи; наиболее выражена по утрам, после сна, усиливается при поворотах головы, кашле, чихании, смехе;

б) **цервикокраниалгия** — боль локализуется в шее и затылочной области;

в) **цервикобрахиалгия** — отмеченный выше характер боли в области шеи сочетается с ноющим болевым ощущением в глубинных отделах плечевой кости, предплечий (вегетативная склеротомная боль).

г) При остеохондрозах и радикулитах шейного отдела позвоночника в 16% случаях возникают **вертеброгенные миалгии** – боли чрезмерно спазмированных мышц (на шее, руках и на туловище), которые находятся на большом расстоянии от позвоночника. Болезненный спазм мышцы возникает по причине передавливания нервных путей в районе позвоночника. Локальные мышечные спазмы при шейном остеохондрозе возникают в мышцах плечевого пояса, в частности в трапециевидных, надключичных, грудино-ключично-сосцевидных, дельтовидных и др. При исследовании таких пациентов необходима глубокая пальпация последовательно всех мышц этого региона.

2. Кинетические (двигательные) симптомы: ограничение движений головы и вынужденная поза от сильных болей при движениях в шейном отделе позвоночника, ограничение объема движения головы из-за блока в межпозвоночных «суставах», спазмы, парезы и параличи некоторых групп мышц верхней конечности.

3. Изменение тактильной чувствительности кожи на руке: отсутствие (анестезия), уменьшение (гипестезия), усиление (гиперестезия), в двух конечностях одновременно (парестезия), в одной (гоместезия), покалывание, сверление и другие неспецифические тактильные ощущения (синестопатии).

4. Изменение тепловой чувствительности (термочувствительности) в виде ощущения холодной конечности. Сразу после освобождения нерва от передавливания по окружности фасцией или желтыми связками, пациент отмечает ощущение прилива тепла к конечности.

5. Очень редко возникает ухудшение функциональной деятельности **сердца:** боль, экстрасистолы, возникновение обморочных состояний на фоне прекрасной ЭКГ.

6. Нарушение трофики мышц и кожи рук: при длительности заболевания остеохондрозом на протяжении более 5 лет наступает атрофия мышц рук и возникает пергаментность кожи рук.

В любом учебнике по нервным болезням дан подробный перечень симптомов шейного остеохондроза. Поэтому автор книги не видит смысла очередной раз подробно описывать клинические симптомы болезней. Однако считаю необходимым уделить внимание в этой книге на специфику и особенности клинических проявлений при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвоночных дисков в шейном, грудном и поясничном отделах.

1. Краткое описание клиники поражения отдельных спинномозговых корешков шейного отдела. Наиболее часто возникают шейные остеохондрозы и радикулиты в местах анатомических переходов: в месте перехода головы в шею (только радикулиты) и шеи в грудной отдел позвоночника (радикулиты и остеохондрозы). **Анатомический переход головы в шею** в медицинской литературе называют краниовертебральным переходом: затылочная кость *os occipitale* – первый шейный позвонок С.1 (О – С.1). В функциональном переходная от черепа к позвоночнику зона наиболее часто вовлекается в патологический процесс при самых разнообразных болезненных формах, поэтому является причиной многочисленных неспецифических жалоб по поводу радикулитов. При блокадах этого отдела реализуются отдельные физиологические явления, которые, казалось бы отношения к краниовертебральному отделу не имеют: функциональные блокады таза, нарушение равномерного деления веса на обе стопы. Раннему развитию дегенеративно-дистрофических поражений способствуют аномалии шейных позвонков — асимметричное строение, утолщение дуг позвонков со стенозированием позвоночного канала, травмы шейных позвонков, длительное пребывание в однообразной позе головы и шеи, избыточные физические нагрузки на шею и верхний плечевой пояс и др. Характер и интенсивность боли весьма разнообразны, во многом они зависят от типа личности, болевого порога, выраженности функциональной блокады и развития мускулатуры. Естественно, что у лиц с грубой блокадой межпозвоночный диск при развитой мускулатуре шеи и низком болевом пороге болезненные переживания интенсивнее, чем у лиц со слабой мускулатурой, негрубыми блокадами и высоким порогом болевых ощущений. Если остеохондроз с С.5 – С.7 сопровождается возникновением мелкой, бессимптомной, задней грыжей 1 - 2 миллиметра в размере, то может нарушаться проведение электрических импульсов по спинному мозгу к головному мозгу. Поэтому грыжевые блокады краниовертебрального перехода примерно в 30—40% случаев сопровождаются вторичными блокадами крестцово-подвздошного сочленения. На втором месте функциональные блокады **цервико-**

торакального перехода (примерно 15%). Блокады других отделов патогенетической связи с состоянием краниовертебрального перехода не имеют.

Клиническая картина в целом состоит из симптомов раздражения или выключения функции нервных волокон, составляющих спинномозговой корешок. Поражение чувствительных волокон проявляется болью стреляющего характера в зоне дерматомы или парестезиями, онемением и анестезией в этой зоне. Раздражение двигательных аксонов приводит к спазму и контрактуре мышц, а выключение их функции — к парезу или параличу миотомы. Характерно, что в шейных спинномозговых корешках имеются волокна, иннервирующие мышцы диафрагмы и некоторые внутренние органы, что привносит свои особенности в клиническую картину.

1) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.1 выходит между основанием черепа и первым шейным позвонком (О – С.1) в борозде позвоночной артерии и иннервирует прямые и косые мышцы головы (верхние и нижние). Спондилогенный фактор резко нарушает функции этого корешка.

2) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.2, проходящий через заднюю атлanto-аксилярную мембрану (аналог желтой связки), состоит из чувствительных и двигательных волокон. Этот корешок пересекает позвоночную артерию, прилежит вблизи капсулы атлanto-аксиального сустава и нижней косой мышцы головы. Ирритация чувствительных волокон проявляется болью в верхней части шеи и затылке; миотом включает ременные, длиннейшие мышцы шеи и головы, шейную часть так называемой подвздошно-реберной мышцы, межостистые мышцы. Этот корешок формирует большой затылочный нерв.

3) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.3 располагается в межпозвонковом отверстии на уровне первого имеющегося в шейном отделе диска. При его поражении боль локализуется в верхней половине шеи с ощущением припухлости половины языка, затруднением передвижения с его помощью пищи (имеется связь волокон этого корешка с подъязычным нервом) из-за пареза подбородочно-подъязычной мышцы, которая тянет подъязычную кость и язык вверх (это создает ощущение его припухлости). Плохая фиксированность языка затрудняет передвижение пищи во рту. Иногда такие больные жалуются на «комочек в гортани», который следует дифференцировать с истерическим комком. Пароксизмальность интенсивной боли в шее и глотке позволяет говорить о «глочной мигрени», возникновение которой провоцируется движением, особенно экстензией, головы.

4) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.4: боль локализуется в области надплечья, ключицы; слабость и атрофия трапециевидной, ременной, поднимающей лопатку и длиннейшей мышц головы и шеи; нарушается функция диафрагмы (повышение тонуса или ее парез) с икотой или дисфонией.

5) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.5: боль иррадирует от шеи к надплечью и наружной поверхности плеча; слабость и гипотрофия дельтовидной мышцы.

6) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.6: боли в шее, над лопаткой, в надплечье, по наружной поверхности плеча, лучевому краю предплечья, в большом пальце; парестезии или гипоалгезии в этом дерматоме; слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, снижение бицепс-рефлекса.

7) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.7: боли в шее, лопатке, по наружно-задней поверхности плеча, задней поверхности предплечья, во втором и третьем пальцах руки; парестезии или гипоалгезия в этом дерматоме, снижение трицепс-рефлекса.

8) Клиника воспаления и туннельной невропатии (компрессии) корешка C.8 (расположен между позвонками C.7 – Th.1): боли в шее, по задней поверхности плеча, по локтевому краю предплечья, в мизинце; парестезии или гипоалгезия в этом дерматоме; гипотрофия и слабость межкостных мышц кистей, лучевого и локтевого сгибателей кисти, снижение карпорадиального рефлекса, синдром Бернара—Горнера. При остро развивающихся симптомах выключения функции спинномозговых корешков (анестезия в дерматоме, исчезновение боли, паралич миотомы и др.) предполагается присоединение ишемии корешка (радикулоишемия).

9) Клиника компрессии одновременно нервных стволов С.1 — С.3. При блокадах верхних межпозвоночных промежутков шейного отдела (О — С.1 — С.2 — С.3) боль часто проецируется вверх, за ухо, в затылок. Очень характерно отражение боли при сочетанных блокадах С.1 — С.2, С.2 — С.3, сопровождающихся локальным гипертонусом внутренней части верхней кивательной мышцы, в висок, что создает видимость мигренозного характера боли. При блокадах С.2 — С.3 боль часто испытывают в верхне - латеральном углу лопатки. Иррадиация боли соответствует месту прикреплению мышцы, поднимающей лопатку. Таким образом, боль может быть в месте прикрепления мышцы к межпозвоночному диску С.2 — С.3. Боль возникает вследствие образования триггерного пункта в местах прикрепления мышц к костным образованиям.

10) Клиника компрессии одновременно нервных стволов С.3 - С.7. Клинические проявления функциональной патологии. Жалобы: ограничение движений и боль, возникающая часто внезапно в виде прострелов. Больные, как правило, могут назвать день и час заболевания после внезапного движения, после сна в неудобном для шее положении, после «трудной» позиции головы или туловища. Блокирование сегмента иногда может сопровождаться хрустом. Часто после ослабления болей в шее во время какого-либо удобного положения головы происходит вторичный хруст, шокирующий больных своим лечебным эффектом, когда происходит полное восстановление объема движения и исчезновение боли. Следует учесть, что такая стремительная динамика симптомов — от резкой боли до полного исчезновения характерна при гипермобильных шейных межпозвоночных суставах (дисков). При функциональных блокадах С.3 - С.5 боль часто проявляется не только на уровне заблокированных сегментов, и в нижнее - ключичной области, и по медиальному краю плеча и предплечья. Происхождение подобной иррадиации связано с формированием синдрома передней лестничной мышцы. Блокады ниже-шейных межпозвоночных дисков (цервико-торакального перехода) испытываются как местная резкая боль с иррадиацией в области надплечья и трапецевидной мышцы. Головокружения при функциональных блокадах ниже-шейных сегментов не характерны, в отличие от блоков краниовертебрального перехода. При возникновении миогенных триггерных пунктов в верхней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы часты системные головокружения. При блокадах грудных межпозвоночный диск гипертонусы такой локализации крайне редки. Клинические проявления дегенеративно-дистрофического поражения шейного отдела позвоночника весьма разнообразны. Краткое описание наиболее частых шейных спонгиозных синдромов выглядит следующим образом.

11) Осложнение плекситов – воспаление, отёк и компрессия нервов руки по всей их длине. В 33 % случаев длительная компрессия нескольких нервных корешков (реже одного) в шейном и грудном отделе позвоночника приводит к осложнению в виде тотального отёка всех нервов руки, начиная от позвоночника и кончая кончиками пальцев. Отёкший нерв увеличивается в диаметре, а поэтому зажимается (компрессируется) между связками и костями всех трёх суставов руки: в плечевом суставе, локтевом и запястном (карпальном). Клинически радикулит будет проявляться болью всей руки при движении и онемением (анестезией) одного или нескольких пальцев. При радикулите и отёке нервов руки по всей его длине врач при нажатии пальцем определит сильную болезненность в четырёх точках: в нескольких (или одной) точках около остистых отростков позвоночника, в нескольких (или одной) точках плечевого сустава, в нескольких (или одной) точках локтевого сустава, в нескольких (или одной) точках запястья. При компрессии нерва руки по всей его длине возникает болезнь **Стейнброекера (синдром плечо - кисть)** характеризуется припухлостью кисти, болезненной тугоподвижностью плечевого сустава, интенсивной (жесткой) болью в плече, контрактурой мышц. Сжатие кисти в кулак усиливает боль. Постепенно развиваются гипотрофия мышц кисти и остеопороз кисти. Самое эффективное лечение радикулита и панневрита руки является прогревание массаж и иглотерапия вышеперечисленных суставов, а при отсутствии эффекта после 3 сеансов иглотерапии надо вводить в наиболее болезненные две точки 1 миллилитр дипрOSPана.

2. В последнее время обнаружена тесная патогенетическая связь между функциональным состоянием краниовертебрального перехода шейного отдела позвоночника и состоянием височно-нижнечелюстного сустава с жевательными мышцами. Например, **синдром Костена** (артралгия челюстного сустава, отодентальный синдром) — интенсивная боль в области височно-нижнечелюстного сустава с иррадиацией в висок, глаз, ухо. Часто ошибочно диагностируется как невралгия второй ветви тройничного нерва или как психогенная боль. Боль возникает или усиливается при жевании и разговоре. Пальпация сустава очень болезненна!! Причина развития болезни — артроз нижнечелюстного сустава. Лечение осуществляется стоматологами.

3. Синдром передней лестничной мышцы (синдром Наффцигера). Эта мышца начинается от поперечных отростков позвонков C.3 — C.6 и прикрепляется к бугорку Лисфранка первого ребра. Через острый угол между ней и первым ребром проходит подключичная артерия, а впереди мышцы (в щели между ребром и ключицей) располагается подключичная вена. Между передней и средней лестничными мышцами проходит нижний первичный ствол плечевого сплетения, образованный корешками C.7 — Th.1 (C.7 — D.1) вместе с артерией и веной. Клиническая картина синдрома Наффцигера: боль и чувство натяжения в руке, боль усиливается в ночное время и при глубоком вздохе, при наклоне головы в здоровую сторону; иногда боль иррадирует в плечевой пояс, подмышечную область и грудную клетку; чувство онемения и покалывания в руке, особенно по ульнарному краю кисти и в предплечье. **Из-за компрессии артерии вместе с нервом спазмированной передней лестничной мышцей** отмечается припухлость надключичной ямки, снижаются амплитуда артериальных осцилляций, снижается артериальное давление при отведении головы в здоровую сторону. Цианотичность или бледность, припухлость кисти, понижение кожной температуры, огрубение кожи, ломкость ногтей, остеопороз костей кисти. Болезненна пальпация уплотненной передней лестничной мышцы. Гипотрофия мышц гипотенара, слабость сгибателей пальцев руки. Это достаточно частая патология. Синдром передней лестничной мышцы хорошо поддается лечению при применении изометрической релаксации (при перерастяжении) передней лестничной мышцы и при инъекции в защемлённый корешок нерва 1 миллилитра дипроспана. (Подробнее о методе мануального лечения читайте в следующем параграфе).

4. Синдром нижней косой мышцы головы. Эта мышца прикрепляется к поперечному отростку позвонка C.1 и к остистому отростку C.2, обеспечивая вращение в позвоночном сегменте C.1— C.2. Клиника: постоянная ломящая боль в шейно-затылочной области, парестезии в затылке, гипералгезия (боль, жжение) в зоне иннервации большого затылочного нерва, болезненная пальпация точек прикрепления нижней косой мышцы головы, усиление боли в шейно-затылочной области при ротации головы в здоровую сторону.

5. Синдром мышцы, поднимающей лопатку (лопаточно-реберный синдром). Эта мышца прикрепляется к задним бугоркам поперечных отростков четырех верхних шейных позвонков и к верхнему отделу медиального края лопатки. Клиника: боль (ноющая, мозжащая) в шее и в области верхнее - внутреннего угла лопатки, в надплечье, иррадирует в плечевой сустав, в плечо или по боковой поверхности грудной клетки. Боль усиливается при напряженной пронации кисти, заведенной за поясницу.

6. Нейродистрофические синдромы развиваются при длительном раздражении вегетативно-трофических структур сегментарного и надсегментарного аппарата.

а) Кроме нейромиодистрофических поражений упоминавшихся выше мышц шеи и плечевого пояса, довольно часто встречается **плече-лопаточный периартроз**. Клиническая картина при этом состоит из симптомов самого остеохондроза или деформирующего спондилоартроза (выпрямление шейного лордоза, ограничение подвижности шейного отдела позвоночника, рентгенологические данные) и нарушения функции плечевого сустава из-за боли и контрактурных явлений. Боль в области сустава усиливается по ночам и при движениях (отведение руки и закладывание ее за спину), иррадирует в шею. Болезненна пальпация наружной поверхности плеча в области его бугорков, клювовидного отростка, верхнего края трапецевидной мышцы. При продолжительной боли и ограничении подвижности в плечевом суставе развиваются атрофия дельтовидной, над- и подостной, подлопаточной мышц, гипоалгезия по наружной поверхности плеча.

б) **Плечевой эпикондилит** — нейродистрофические изменения в зоне надмыщелков плеча, где прикрепляются многие мышцы (длинные и короткий лучевой разгибатели кисти, локтевой разгибатель кисти, плечелучевая мышца и др.) Клиника наружного плечевого эпикондилита: боль при сокращении прикрепляющихся мышц и болезненность локальной пальпации. Боли интенсивные, мозжащие, усиливаются при рывковом движении в локте или кисти, особенно при сопротивлении пассивному сгибанию разогнутой кисти или супинации из положения крайней пронации. Слабость мышц при эпикондилите определяется симптомами Томсена (при попытке удержать кисть, сжатую в кулак в положении тыльного сгибания, она быстро опускается, переходя в положение ладонного сгибания) и Белша (больной одновременно разгибает и супинирует оба предплечья, находящиеся на уровне подбородка в положении сгибания и пронации, при этом на больной стороне разгибание и супинация

заметно отстают по сравнению со здоровой стороной). Причиной заболевания чаще всего бывает нижнее - шейный и верхнее - грудной остеохондроз.

7. Вегетативно-сосудистые синдромы на уровне плечевого пояса обычно сочетаются с цервикобрахиалгией и проявляются нарушением микроциркуляции преимущественно в дистальных отделах конечности: пастозность кожи и подкожной клетчатки на кисти и предплечье, побледнение или цианоз, снижение или повышение температуры кожи. По данным реографии и капилляроскопии выделяются варианты состояния сосудов. Особенно выражены вегетативно-сосудистые расстройства при синдроме плечо — кисть.

8. Осложнение шейных радикулитов в виде сужения просвета позвоночных артерий. При шейном остеохондрозе и деформирующем спондилоартрозе весьма часто встречаются **симптомы раздражения симпатического сплетения позвоночной артерии**. Это проявляется болью в шее и затылочной области, а также динамическими нарушениями кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне с клиникой кохлеовестибулярных, вестибулоцеребеллярных, зрительных, гипоталамических и ряда стволовых симптомокомплексов. Причиной заболевания чаще всего бывает верхнее – шейный радикулит.

Шейный радикулит часто приводит к осложнению в виде сужения позвоночных артерий. Головной мозг снабжается кровью четырьмя крупными артериями: спереди вдоль гортани проходят две сонные артерии, а сзади вдоль позвоночника проходят две позвоночные артерии. Позвоночные артерии проходят с правой и левой стороны по шейным позвонкам от аорты к головному мозгу. Две крупные магистрали позвоночных артерий вместе с двумя сонными артериями доставляют кровь к мозгу. При травмах и ослаблении связочного аппарата, расположенного вокруг шейных позвонков, происходит смещение тонких и плоских позвонков вправо, влево, вперед и очень редко – назад. От этих смещений пережимается позвонками русло позвоночной артерии, которая проходит по шейным позвонкам. Русло позвоночной артерии становится меньше в диаметре от бокового давления на артерию смещенного позвонка. Механизм сдавливания позвоночной артерии смещенным на доли миллиметра позвонком сопровождается соответствующими клиническими изменениями. Как следствие этого уменьшается поступление крови к головному мозгу. Попутно микроскопические смещения шейных позвонков натягивают корешки нервов, выходящих из спинного мозга, и вызывают сильные боли. Кроме того, позвоночной артерии окутаны густой сетью вегетативных волокон, которые также зажимаются и генерируют свои патологические симптомы. Клинически микроскопические подвывихи шейных позвонков проявляется головной болью в затылочной области, головокружением, тошнотой, возникновением зрительных нарушений (в виде фотопсий и скотом).

Наличие синдрома (сжатия) позвоночных артерий достаточно легко **диагностируется**. Врач усаживает пациента на кровать, располагается сзади от него и, обхватив шею обеими руками, на 5 – 10 секунд пережимает поступление крови через сонные артерии. Тогда на протяжении 5 – 10 секунд головной мозг будет снабжаться кровью исключительно через две позвоночные артерии. Если их просвет уменьшен, то при сжатии обеих сонных артерий у пациента начнется сильная слабость вплоть до обморочного состояния.

- Если **имеется сужение** позвоночных артерий (или у человека выраженная гипотония – 90/40 мм. ртутного столба), то пациент после первых 2 секунд сжатия сонных артерий почувствует сильное головокружение, а через 7 секунд он будет находиться без сознания (в обморочном состоянии). При возникновении обморока больного сразу надо уложить на кровать и дать понюхать нашатырного спирта. Сознание быстро восстанавливается.
- Если у пациента **нет сужения** позвоночной артерии (и нормальное артериальное давление), то даже после 2 минут сжатия сонных артерий с обеих сторон он почувствует только небольшое головокружение. Широкие позвоночные артерии будут успешно компенсировать прекращение поступления крови к головному мозгу, вызванное сжатием сонных артерий.

Лечение синдрома позвоночной артерии производится комплексно. Наиболее эффективна мануальная терапия (остеопатия). Кроме этого проводят массаж шеи (особенно ее боковых отделов), иглотерапевтическое лечение шейного радикулита, применяют различные сосудорасширяющие медикаментозные средства (эуфиллин, но-шпа, стугерон, папаверин, никотиновая кислота).

9. При всех видах шейного остеохондроза и радикулита может возникать симптом головокружения (симптом нарушения равновесия), который проявляется комплексом

разнообразных симптомов. Основной из них — потеря равновесия при внезапном изменении положения головы, особенно при перемене позы из положения лежа в положение стоя, что напоминает вестибулярную атаксию. Тоническая реакция в данном отделе обнаруживается при функциональных пробах Отана—Возака—Фишера в различных модификации. Ходьба при патологии этого отдела может быть изменена по типу недифференцированной атаксии и представлена в форме внезапных отступлений в сторону от линии ходьбы. **При всех видах шейного остеохондроза и радикулита может возникать симптом нарушения слуха**, который выражается в появлении симптомов патологии звукопроводения. Согласно статистике снижение слуха в 20% случаев обусловлено наличием функциональных блокад краниовертебрального перехода. Кроме того, эта патология может сопровождаться **снижением остроты зрения (миопией)**. «Удельный вес» обсуждаемой патологии с возрастом увеличивается.

10. Невралгия затылочная. Под этим термином объединяется обширная группа болевых синдромов, локализующихся в задней части головы. Различают симптоматические формы, в основе которых лежат ирритация болей с задних отделов твердой мозговой оболочки, изменения в шейном отделе позвоночника и на уровне краниовертебрального перехода, вазомоторные изменения региональных сосудов (мигренозный тип болей), мышечные и подкожные поражения. **Идиопатическая затылочная невралгия — это невралгия большого затылочного нерва Арнольда, происходящего из С.2 - корешка.** Природа идиопатической затылочной невралгии неясна, но вероятнее всего так проявляется вирусное поражение этого нерва.

Типичные случаи характеризуются приступами односторонней жестокой боли, возникающей в шее и иррадиирующей в затылок (вплоть до темени). Боль простреливающая, напоминающая боль при прохождении электрического тока, возникает спонтанно либо при определенных движениях головы. Частота пароксизмов широко варьирует. Иногда в период между приступами сохраняется нерезкая постоянная боль в затылочной области. Следует иметь в виду возможность болевых кризов, ограниченных областью темени, без вовлечения шейной и затылочной областей. Симптоматические формы затылочной невралгии, встречающиеся несравненно чаще идиопатической, характеризуются обычно более затяжными периодами боли, которая может держаться несколько недель. Причиной вторичной затылочной невралгии чаще всего служит артроз (а не остеохондроз) верхнешейных межпозвоночных суставов (диски на этом уровне отсутствуют, поэтому дискогенные поражения в прямом смысле этого слова не могут иметь места). Именно при затылочной боли требуется обычно тщательное клиническое исследование. В первую очередь должны быть исключены деструктивные процессы в верхних шейных позвонках (туберкулёзный кариез — болезнь Руста, а у пожилых людей — метастазы) и аномалии краниовертебрального перехода (синдром Арнольда - Киари). Постоянно следует помнить о возможности возникновения затылочной боли при опухолях мозга, особенно субтенториальных, обуславливающих ущемление ствола мозга, сопровождающийся смещением вниз миндалин мозжечка.

§ 66. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

Мануальная терапия при лечении остеохондрозов шейного отдела позвоночника проводится в строго определенной последовательности, о которых подробно написано в § 64: 1. Диагностика. 2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. 3. Тракция. 4. Мобилизация. 5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация сустава. 6. Манипуляция. 7. Период ремиссии (выздоровления).

Опишем более подробно упомянутые этапы лечения остеохондрозов шейного отдела позвоночника.

1. В параграфе об общих методах лечения остеохондрозов при помощи мануальной терапии подробно описаны различные **методики релаксации мышц**: обыкновенный массаж, шиацу, иглотерапия, точечный массаж, мази, тепловые процедуры и так далее. Специфику действий по расслаблению мышц имеют только методики проведения постизометрической релаксации (перерастяжения) мышц шейного отдела позвоночника.

1) Постизометрическая релаксация мышц, опускающих нижнюю челюсть (челюстно-подъязычная, грудино-щитовидная, щитоподъязычная и двубрюшная). Постизометрическая релаксация мышц.

Больной сидит с запрокинутой головой. Врач одной рукой незначительно наклоняет голову назад (разгибание головы) и делает тракцию (вытяжение вверх). Другой рукой он фиксирует рукоятку грудины (оказывает давление вниз) и контролирует натяжение мышц (**рис. 35**).



Рисунок 35. Релаксация мышц, опускающих нижнюю челюсть.

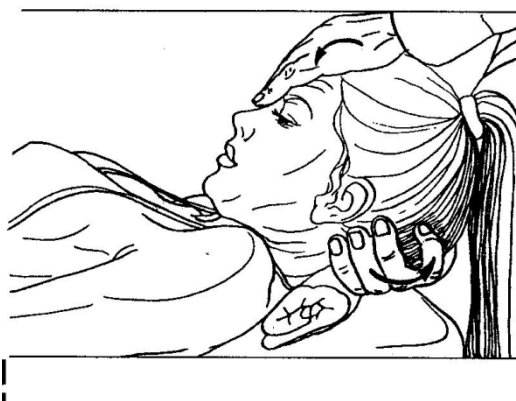


Рисунок 36. Релаксация прямых мышц головы.

2) Постизометрическая релаксация прямой (большой и малой) мышцы головы (рис. 36**).** Мышцы производят разгибание в суставе между затылочной костью черепа и атлантом, а также в суставе С1 — С2. Положение больного на спине. Одна рука врача подводится за низ затылка (она держит голову), другая рука фиксирует лоб. Движение врача заключается в наклоне головы вперед, как бы вращая голову вокруг фронтальной оси, проходящей через вершины сосцевидных отростков. Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор вверх — вдох, взор вниз — выдох.

3) Постизометрическая релаксация косых (верхних и нижних) мышц головы Мышцы осуществляют наклон в свою сторону и незначительное разгибание в атланто-окципитальном сочленении и суставе С.1—С.2, производя одновременно поворот головы в свою сторону. Положение больного сидя. Одной рукой врач фиксирует поперечный отросток атланта на противоположной стороне, подложив основную фалангу указательного пальца под сосцевидный отросток. Другой рукой, надавливая на височную область с противоположной стороны, производит наклон головы вокруг сагиттальной оси, проходящей через краниовертебральный переход. Используются дыхательные синергии согласно правилу Gaymans. При этом на вдохе происходит изометрическая работа (напряжение) мышц четных сегментов, включая краниовертебральный переход, а на выдохе — расслабление. На нечетных сегментах все отношения имеют противоположное направление (**рис. 37**).



Рисунок 37. Релаксация косых мышц головы.



Рисунок 38 - 1. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 1.



Рисунок 34 - 2. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 2.



Рисунок 34 - 3. Релаксация разгибателей головы и шеи. Вариант 3.

4) Постизометрическая релаксация разгибателя головы и шеи. Это движение осуществляет вертикальная порция трапециевидной мышцы, ременные мышцы головы и шеи, мышца, поднимающая лопатку, полуостистая мышца головы и шеи.

Вариант 1. Положение больного на спине. Ладони врача фиксируют (прижимают к кушетке) плечевые суставы больного. Его затылок лежит на локтевом сгибе руки врача. Этой рукой врач производит наклон головы и сгибание шеи (рис. 38 - 1). Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор вверх — вдох, взор вниз — выдох.

Вариант 2. Положение больного сидя. Врач фиксирует надплечья больного с помощью своих локтей. Кисти врача лежат на затылке больного и производят наклон головы вперед (рис. 38 - 2). Используются синергии, как в варианте 1.

Вариант 3. Положение больного сидя, руки больного сомкнуты на затылке «в замок». Врач, проведя руки между предплечьем и плечом пациента, захватывает дистальные отделы предплечий и производит наклон головы пациента вперед и вниз (рис. 38 - 3). Воздействие осуществляется за счет разгибания предплечий. Используются синергии, описанные выше.

5) Постизометрическая релаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Мышцы при одностороннем сокращении производят наклон головы и шеи в свою сторону.

Вариант 1. Положение больного сидя. Врач одной рукой фиксирует надплечье больного и ключицу, оказывая давление вниз, другой производит поворот головы на 45° в здоровую сторону и наклон назад (рис. 39 - 1). Используются дыхательные синергии.

Вариант 2. Положение больного лежа на спине. Пораженная мышца растягивается за счет веса головы, свисающей с края кушетки (рис. 39 - 2). Используются дыхательные синергии.

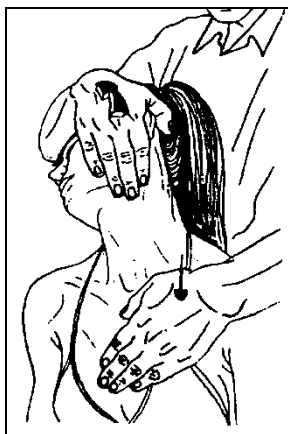


Рисунок 39 - 1. Релаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Вариант 1.



Рисунок 39 - 2. Ауторелаксация лестничных и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Вариант 2.

6) Постизометрическая релаксация коротких ротаторов шейного отдела позвоночника (вращатели, многораздельные мышцы), которые вращают позвоночник в противоположную сторону. Врач одной рукой захватывает голову больного так, чтобы его подбородок лежал на предплечье врача, пальцы другой руки врача захватывают заушную и затылочную области со здоровой стороны. Этой рукой врач фиксирует надплечье больного (рис. 40). Используются дыхательные и глазодвигательные синергии: взор в здоровую сторону — вдох, взор в сторону ротации — выдох.

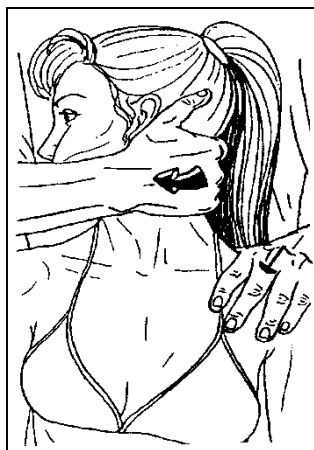


Рисунок 40. Релаксация ротаторов шеи.

3. Тractionные приемы, выполняемые на шейном отделе позвоночника. После расслабления (релаксации) спазмированных мышц, врач приступает ко второму подготовительному этапу лечения – к силовому вытяжению позвоночника. Для облегчения вправления сдвинутого по оси (вправо, влево, вперед, назад) позвонка, необходимо вытянуть позвоночник по оси. Тогда манипуляция (вправление) облегчается на 40 – 70%. Шейный отдел позвоночника, наиболее подвижный и доступный, имеет некоторые особенности с точки зрения подхода к лечебным воздействиям на нем. Характерные особенности верхне-шейного отдела, его анатомических образований, своеобразие биодинамики определяют оригинальность техники манипуляционных приемов. Нижне-шейный отдел, имеющий непосредственную анатомическую и функциональную связь с верхне-грудным, определяет необходимость воздействия на эти регионы с учетом их особенностей. Высокая подвижность и свободный доступ к различным поверхностям шейных позвоночно-двигательных сегментов (сзади, сбоку и даже спереди) позволили разработать значительное количество разнообразных лечебных приемов, используемых разными школами (Р. Мэнь, К. Левит, А. Стоддарт, А. Ситель и др.). Одно из необходимых условий для подготовки к проведению манипуляций — предварительное мышечное расслабление, в частности, верхней части трапецевидной мышцы и мышцы, поднимающей лопатку. Релаксация мышц достигается использованием различных видов массажа и сочетанием массажа с тракцией шейного отдела позвоночника.

1) Тractionный прием с упором в основание головы пациента, выполняемый двумя руками в положении больного сидя (рис. 41 - 1). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Может использоваться как самостоятельный лечебный прием, когда проведение манипуляций не показано (например, при некоторых формах вертебрально-базиллярной недостаточности у стариков, резком болезненном мышечном спазме и др.). Занимая исходное положение, больной удобно садится на стул без спинки, врач встает вплотную к нему, локти кладет на его плечи, а ладони (областью тенара и гипотенара) — чуть ниже ушных раковин пациента. Такое положение рук нацеливает прием преимущественно на верхние шейные сегменты. Если опустить ладони немного ниже, зафиксировав их основанием поперечные отростки 2-го шейного позвонка, то tractionное усилие придется главным образом на нижние и средние шейные позвоночные сегменты. Из этого исходного положения врач начинает медленно сближать свои локти, как бы стараясь их сомкнуть, одновременно выдавливая, словно домкратом, голову пациента вверх. После небольшой выдержки в достигнутом верхнем положении следует постепенное, плавное убывание усилия, при этом локти врача медленно расходятся. Описанный прием можно усилить за счет увеличения амплитуды traction, если встречное движение локтей врача одновременно дополняется разгибанием его туловища.

2) Тractionный прием с охватом нижней челюсти пациента, выполняемый одной рукой и в положении больного сидя (рис. 41 - 2). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Как самостоятельный прием применяется при противопоказаниях к проведению сгибательных и ротационных манипуляций. Занимая исходное положение, больной садится на стул без спинки. Врач встает вплотную к нему и охватывает его голову правой рукой так, чтобы подбородок пациента удобно опирался на локтевой сгиб (не давить на область трахеи!), а левой рукой фиксирует область затылка. Из этого исходного

положения врач плавно начинает медленную тракцию по вертикальной оси, на высоте достигнутого усилия делает кратковременную паузу, и далее тракционное усилие постепенно убывает, врач медленно отпускает голову пациента, возвращая в исходное положение. В данном приеме участвует все туловище врача, а не только его рука.



Рисунок 41 - 1. Тракционный прием с упором в основание головы пациента.

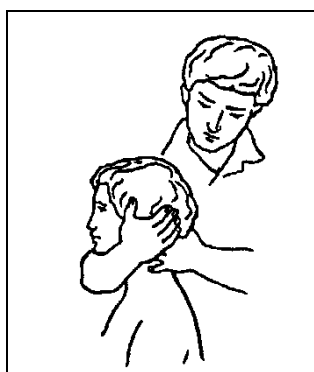


Рисунок 41 - 2. Тракционный прием с охватом нижней челюсти пациента.

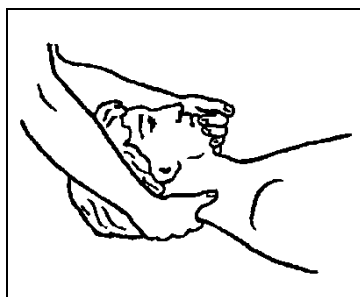


Рисунок 41 - 3. Тракционный прием с охватом затылка и челюсти для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника.

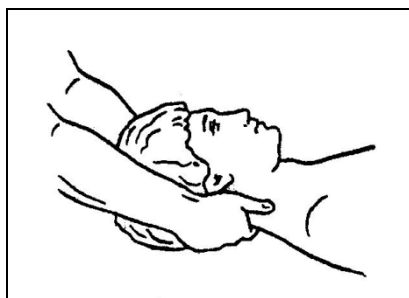


Рисунок 41 – 4. Тракционный прием с охватом затылка для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа на спине.

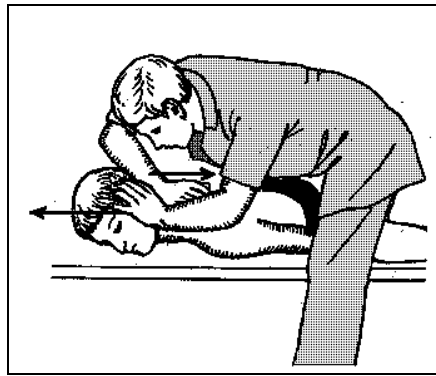


Рисунок 41 - 5. Тракция шейного отдела позвоночника при помощи противоположного усилия рук врача по горизонтали.

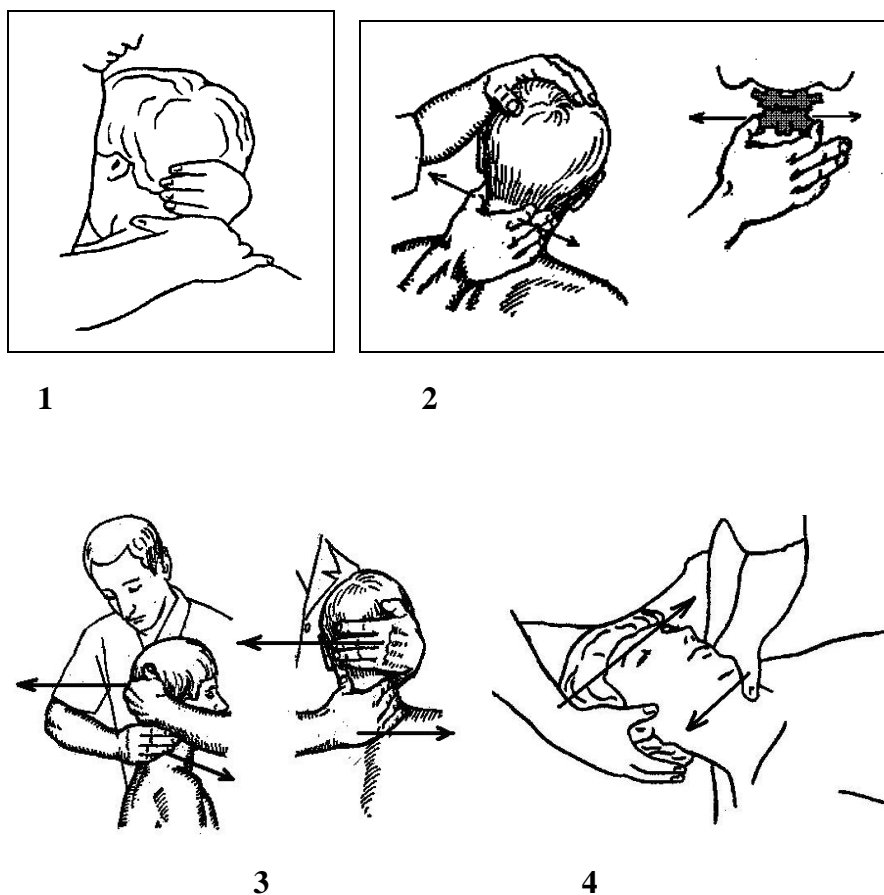
3) Тракционный прием с охватом затылка и челюсти для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа (рис. 41 - 3). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций как самостоятельный лечебный прием у пожилых больных, если ротационные и сгибательные манипуляции нежелательны. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх. Если прием выполняется врачом без помощника, то ноги пациента согнуты в коленных суставах и голени свисают с края кушетки для фиксации тела. Если есть ассистент, то следует попросить его крепко (но не грубо) удерживать ноги пациента за лодыжки, чтобы туловище не смещалось в ходе тракции. Врач находится у изголовья, удерживая голову пациента обеими руками: одной рукой — подбородок пациента, а другой — затылок. Колени врача слегка согнуты, стопы противопоставлены. Из этого исходного положения врач начинает плавно отклонять свой корпус назад, до тех пор пока локти его не распрямятся и колени не разогнутся. Возможно, даже еще большее отклонение корпуса с упором бедра одной ноги в кушетку и сгибанием колена отстоящей ноги. Когда врач ощущает расслабление шейной мускулатуры пациента и достаточную степень вытяжения, он выдерживает 2—3-секундную паузу и, медленно возвращаясь в исходное положение, постепенно ослабляет прилагаемое к шее пациента усилие. Прием повторяется 4—5 раз.

4) Тракционный прием с охватом затылка для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, выполняемый в положении больного лежа на спине (рис. 41 - 4), используется в качестве подготовки к проведению манипуляций. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, когда противопоказаны сгибательные и ротационные приемы, а также как завершающий этап после манипуляций не только на шейном, но и на поясничном и грудном отделах позвоночника. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, плечи его находятся на уровне края кушетки. Затылок пациента лежит на соединенных руках врача. Ноги на уровне лодыжек надежно фиксированы ассистентом или мягкими ременными петлями. Мягкий захват головы врач осуществляет путем сжатия ее внутренними поверхностями предплечий, которые старается сблизить в процессе тракционного усилия. Из этого исходного положения, используя указанный захват, врач начинает тракцию медленно, по нарастающей, отводя свой корпус назад. Обычно в ходе данного приема тракционное усилие наращивают во время вдоха и медленно ослабляют в фазе выдоха, в ритме с хорошо заметными дыхательными движениями ребер. Очень важно направлять тракцию вдоль горизонтальной оси, в противном случае она может быть болезненна и даже вредна. Обычно достаточно 5—7 тракций. Тракцию шейного отдела позвоночника можно осуществлять при помощи противоположного усилия рук врача по горизонтали. **Рис. 41 – 5.** При этом врач одной рукой упирается в затылок пациента, а другой в плечо, и старается растянуть шею.

3. Приемы мобилизации и иммобилизации (замыкания), применяемые на шейном отделе позвоночника. Последним лечебным мероприятием по подготовке позвоночника к началу манипуляций является комплекс насильственных движений в виде мобилизаций, которые заканчиваются иммобилизаций (замыканием, преднапряжением) «больного» межпозвоночного сустава.

1) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с фиксацией шеи двумя руками в положении больного сидя. Рисунок 42 - 1, 2, 3, 4, 5. Используется в качестве

подготовки к проведению последующих манипуляционных приемов и как самостоятельный прием при лечении больных, которым нежелательно выполнение собственно манипуляций на шее (пожилые люди, пациенты с неврозами, вегето-сосудистыми кризами и др.). Занимая исходное положение, пациент садится на кушетку (табуретку и т. п.), руки его свисают вдоль туловища. **Рисунок 42 – 1.** Врач стоит сбоку от пациента, одна его рука захватывает голову больного таким образом, чтобы подбородок удобно покоился в локтевом сгибе; кисть руки своим локтевым краем плотно прилегает к верхнему позвонку мобилизуемого сегмента (например, С.3). Другая его рука «вилкой» из 1-го и 2-го пальцев тесно обхватывает арку нижележащего позвонка (С.4). Перед началом манипуляции желательно провести колебательные движения справа на лево каждого из 7 шейных позвонков. **Рисунок 42 – 2.** Кисти рук, следовательно, приложены вплотную друг к другу, между ними нет промежутка. Заняв исходное положение, врач выполняет небольшую тракцию головы пациента в своем локтевом сгибе (не надавливая на трахею больного). Далее, сохраняя это легкое тракционное усиление, он выполняет движения в мобилизуемом сегменте, смещая вышележащие позвонки (до С.3 включительно) относительно нижележащего С.4. Смещения производятся последовательно в боковых, переднезаднем, а также в ротационном направлениях. Повторить смещение в каждом направлении можно 10 раз. Необходимо обратить внимание, что смещения в первых двух вышеуказанных направлениях, называемые «суставной игрой», в норме отсутствуют и не могут быть воспроизведены пациентом самостоятельно, однако их отсутствие нарушает функцию сустава. Амплитуда «суставной игры» незначительна, но в сегменте С.2 — С.3 она относительно больше, чем в сегменте С.6 — С.7. **Рисунок 42 – 3.**



Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона (у сидячего и лежащего пациента).



5.

Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью ротации.

Рисунок 42 (1, 2, 3, 4, 5). Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с фиксацией шеи двумя руками.

2) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона в положении больного лежа (рис. 42 - 4). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении бокового сгибания и как самостоятельный прием, если невозможно (по техническим условиям или вследствие противопоказаний) выполнить манипуляционный толчок. Занимая исходное положение, больной ложится на кушетку на спину, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на уровне края кушетки, голова и шея лежат на бедре врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает одной рукой ее затылочную и теменную области, а другую располагает с той стороны шеи, в которую будет выполняться боковой наклон, причем основание указательного пальца плотно прижато к поперечному отростку нижнего позвонка выбранного сегмента. Из исходного положения врач одной рукой производит боковой наклон головы с синхронным давлением в области приложения другой руки. Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

3) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) шейного отдела позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа (рис. 42 - 5). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении ротации. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, когда пациенту в силу противопоказаний не может быть применен манипуляционный толчок. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на краю кушетки, голова и шея опираются на бедро врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает ее одной рукой так, чтобы подбородок и нижняя челюсть опирались на кисть и предплечье врача. Первым пальцем другой руки врач плотно упирается в угол между поперечным отростком и аркой верхнего позвонка выбранного сегмента. Из исходного положения врач осуществляет ротацию головы одной рукой и одновременно мягкое, но энергичное давление в зоне приложения другой руки. Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

4) Мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылок — атлант» с помощью кивательного движения вперед в положении больного лежа (рис. 43 – 1,2). Используется в качестве подготовки к проведению манипуляции на головных суставах, а также в качестве самостоятельного лечебного приема, когда выполнение манипуляционного толчка нежелательно. Занимая исходное положение, пациент ложится на спину, руки свободно лежат вдоль туловища. Плечи пациента находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача. Мануальный терапевт захватывает голову пациента двумя руками. Одна его рука находится под затылком пациента, подпирая «вилкой» из двух пальцев — 1-го и 2-го — заднюю дугу атланта (С.1), другая рука опирается на лоб пациента. Врач слегка давит рукой на лоб больного, вызывая легкое кивательное движение (не сгибание шеи!) головы вперед. Амплитуда этого движения невелика, а при имеющемся поражении (блокаде) сегмента может вообще отсутствовать. Однако врач пытается получить это движение, мягко «расшатывая» заблокированный сегмент. Прием можно повторить 10 раз.

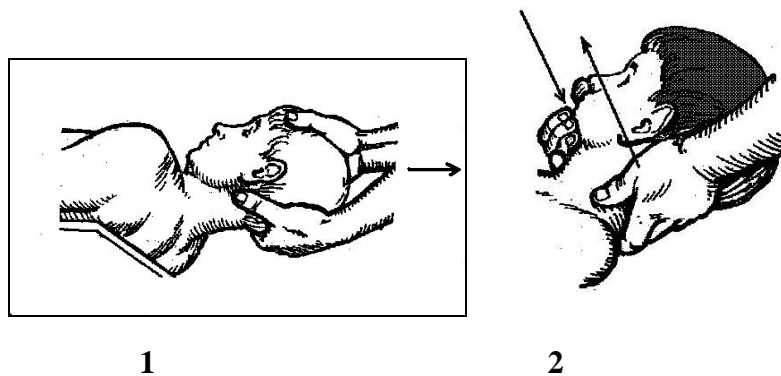


Рисунок 43 – 1, 2. Тракция, мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылок — атлант» с помощью кивательного движения вперед.

5) Тракция, мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылочная кость — атлант» с помощью кивательного движения в сторону (рис. 44 – 1, 2). Важно следить, чтобы голова находилась на одной оси с шеей и телом пациента. Заняв исходное положение, врач оказывает одной своей рукой сверху давление на область ветви нижней челюсти, сосцевидный отросток, затылочную кость. Это давление передается на перечисленные костные структуры пациента через «вилку», образованную 1-м и 2-м пальцами (радиальный край), которая смещает их вниз и к противоположной теменной кости. Радиальный край кисти другой руки, которая приложена снизу к основанию затылочной кости, наоборот, передает давление в краниальном направлении, равно как и к противоположной теменной кости. Важно помнить, что движения обеих рук должны быть синхронны. Амплитуда получаемого кивательного движения в сторону в сочленении «затылочная кость — атлант» достигает всего несколько градусов. В норме ощущается характерное пружинистое ограничение дальнейшей подвижности сочленения, а под мочкой уха образуется кожная складка (место проекции поперечного отростка атланта). При «блокаде» кивательное движение в сторону может отсутствовать, чувствуется жесткое сопротивление, кожная складка не образуется. В этом случае врач пытается разработать сочленение серией мягких повторений описанного приема 10 — 15 раз.

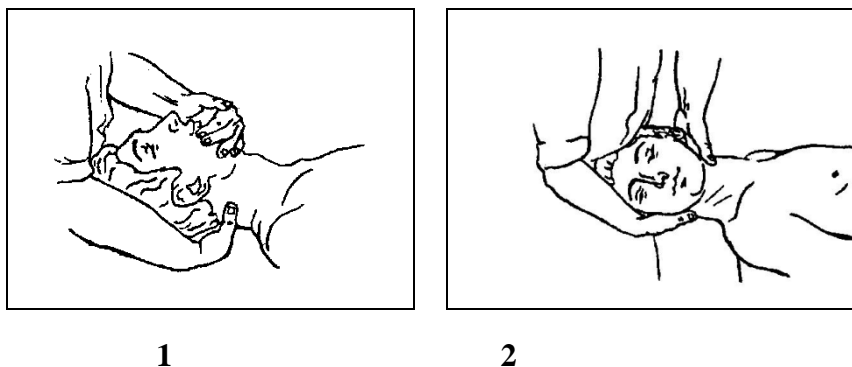


Рисунок 44 – 1, 2. Мобилизация и иммобилизация (замыкание) сочленения «затылочная кость — атлант» с помощью кивательного движения в сторону.

4. Манипуляционные приемы, выполняемые на шейном отделе позвоночника. В положении пациента лёжа можно проводить тракцию с одномоментной манипуляцией по смещению шейных позвонков. Рисунок 45 – 1, 2. Как уже не раз было сказано, к манипуляциям нельзя переходить без соответствующей подготовки. Предварительно надо точно определить место, где находится пораженный остеохондрозом диск, надо поставить *диагноз*. Потом следует процесс релаксации мышц и связок, окружающих «больной» межпозвоночный диск, в том числе применяется и *постизометрическая релаксация*. Далее следует этап лечения в виде *тракции* (силового растяжения позвоночника), *мобилизации и иммобилизации* (замыкания) движений в межпозвоночном диске. Окончательный этап лечения посвящен насильственному смещению позвонка в правильное физиологическое положение, с которого он «сошел» вследствие асептического (травматического) или вирусного воспаления межпозвоночного диска. Теперь можно приступить к «вправлению» позвонка (вышестоящего или нижестоящего по отношению к воспаленному межпозвонковому диску), то есть можно начать этап лечения в виде *манипуляций* с двумя позвонками, расположенными «над и под» воспаленным межпозвоночным диском. Следует, отметить, что легкая доступность приводит и к

достаточно частой травматизации при неквалифицированном применении мануальной терапии на шейном отделе позвоночника. Кроме того, высокая степень опасности раздражения и даже в некоторых случаях травмирования позвоночной артерии, позвоночного нерва, других рефлексогенных структур должна заставить врача подходить с высокой степенью ответственности к проведению манипуляций на шее.

1) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью прицельной тракции и приема сопровождения в положении больного лежа. Используется при функциональных поражениях шейных сегментов (блокадах) на любом уровне, включая и головные сочленения; она применима и в том случае, когда имеющаяся гипомобильность сопровождается ощущением жесткого сопротивления, и в случае мягкой границы ограничения движения.

а) Манипуляция позволяет достичь хорошего мышечного расслабления пациента. Она относится к типу манипуляций сопровождения, т. е. сегмент, на котором проводится прием, «открыт» снизу, что позволяет выполнить прием более комфортно для пациента. Кроме того, эта манипуляция имеет целью distraction суставной щели и является поэтому более щадящей формой толчковых манипуляций. Их обычно рекомендуется проводить первыми. У пациентов со скрытой формой вертебрально-базиллярной недостаточности, возможными явлениями остеохондроза, у пожилых больных эта группа манипуляций часто единственно возможная.

Занимая исходное положение для проведения манипуляций, пациент укладывается на кушетку лицом вверх, руки свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит несколько сбоку в изголовье пациента. Однако для правильного проведения манипуляций важно, чтобы ось головы и шеи пациента находилась в одной плоскости с его туловищем, то есть продольно. Поэтому для более надежной фиксации головы больного врач садится на кушетку, как на коня, укладывая голову больного на бедро впереди расположенной ноги и разворачивая свой корпус в этом же направлении. Далее врач захватывает голову больного одной рукой так, чтобы она покоилась на его предплечье, а пальцы обхватывали его подбородок. Другая рука с помощью основания указательного пальца образует тесный контакт сразу за поперечным отростком верхнего позвонка «блокированного» шейного сегмента в месте соединения суставной площадки и задней дуги. Врач минимально наклоняет голову пациента в сторону контактирующей руки так, чтобы радиальный край указательного пальца не соскальзывал с выбранного поперечного отростка.



Рисунок 45 – 1, 2. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью прицельной тракции и приема сопровождения.

Несколько иное исходное положение врач занимает, если помимо разделения сочленяющихся поверхностей необходимо увеличить и боковой наклон в «блокированном» сегменте. В этом случае он выполняет боковое сгибание (наклон) головы пациента в направлении вверх, к себе, до тех пор, пока не ощутит вершину этого сгибания точно под своим контактирующим указательным пальцем. Исходное положение в этом случае отличается от предшествующего исключительно некоторым усилением бокового сгибания. Важно помнить, что голова при этих приемах только незначительно ротируется, за исключением сегмента «затылочная кость — атлант». При выполнении манипуляции на этом уровне радиальный край указательного пальца контактирует с сосцевидным отростком височной кости, а голова, как было отмечено, ротируется с помощью другой руки в направлении лицом от врача. Цель такой ротации — «замыкание» сочленения «атлант — аксис» и его защита. Степень ротации все же не должна быть полной, так как в этом случае вовлекаются каудально расположенные сегменты шейного

отдела. Наклон головы пациента в сторону контактирующей руки сохраняется минимальным. Запястье этой руки расположено в продолжении продольной оси контакта, а при положении врача сидя так расположено не только запястье, но и предплечье.

б) И наконец, подобная манипуляция может быть выполнена на сочленении «атлант — аксис» (**рис. 45 - 2**). В этом случае исходное положение несколько изменяется. Чтобы достичь целенаправленной дистракции (разделения суставных поверхностей) и устранить блокаду в сочленении С.1 — С.2, надо создать «замыкание» в сочленении «затылочная кость — атлант». Этого можно достичь комбинацией легкого наклона головы к врачу и очень небольшой ротации лицом в противоположную сторону. Основание указательного пальца перемещается на дугу атланта (С.1) и его поперечный отросток. Запястье врача (по возможности и предплечье) находится по продольной оси тракции. Как и в предыдущем приеме, врач должен избегать разгибания головы больного из-за возможности приступа головокружения. Врач, проводя манипуляции при занятом исходном положении — без бокового сгибания, после мобилизирующего эластичного тракционного движения переходит к образованию преднапряжения в шейном сегменте, а затем (в фазе выдоха больного) выполняет манипуляционный толчок с помощью обеих рук в направлении тракции (конечно, акцентированное усилие прикладывается с помощью контактирующей руки). Если же врач занял исходную позицию для тракционной манипуляции в сочетании с боковым наклоном головы больного, то после серии эластичных мобилизирующих движений в направлении тракции он создает преднапряжение в сегменте, за которым (на выдохе больного) врач выполняет манипуляционный толчок. Этот толчок акцентируется контактирующей рукой в направлении к противоположной стороне шеи и краниально, то есть выполняется почти диагонально (в плоскости разделяемых суставных поверхностей). Другая рука врача синхронно проводит тракцию. Таким образом, на ее фоне и осуществляется форсированный боковой наклон. Аналогичным образом в фазе выдоха пациента, после серии эластичных мобилизирующих тракционных движений и создания преднапряжения в соответствующем исходном положении, выполняются прицельные тракционные манипуляции на головных сегментах («затылочная кость — атлант», «атлант — аксис»). Прилагаемое тракционное усилие на этом уровне должно быть относительно небольшим.

2) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания в положении больного сидя (рис. 46 - 1, 2, 3, 4). Необходимо обратить внимание, что 4, 5, 6 и 7 шейные позвонки имеют достаточно длинные остистые отростки. Поэтому возможна манипуляция удержания повернутого в сторону позвонка в вывернутом (влево или вправо) состоянии, несмотря на то, что остальные позвонки врач поворачивает в противоположное направление. От этих действий происходит «вправление позвонка». Для этого большим пальцем руки врач нажимает на остистый отросток «неправильно стоящего» позвонка (направляя усилие вбок, то есть — строго вправо или строго влево), стараясь данный позвонок оставить в повернутом состоянии, а в это время голову со всеми вышележащими позвонками врач поворачивает в противоположное направление. Если давление на боковую поверхность остистого отростка происходит влево, то затылок головы поворачивают вправо, и наоборот.

Обратите пристальное внимание на очень простой, но эффективный метод снятия «блоков» в шейных межпозвоночных дисках при помощи ладони врача. **Рассмотрим рисунок-схему 46 – 4, 5.** При боковых наклонах головы пациента вправо или влево ладонь врача играет **роль рычага**. Если подпереть верхней поверхностью ладони врача кости основания черепа пациента, а нижнюю поверхность ладони прижать к плече-шейному углу, то при боковом наклоне головы пациента вправо или влево (используя голову как рычаг) врач осуществит вытяжение всех шейных межпозвоноковых суставов. **Смотрите рисунок-схему 46 – 4.** Если верхнюю поверхность ладони врача упереть в пространство между 1 и 2 шейными позвонками, то при боковом наклоне головы пациента в этом месте произойдет достаточно сильное растяжение межпозвонокового сустава. Так можно устранить «блоки» между 1 и 2 шейными позвонками. **Смотрите рисунок-схему 46 – 5.** Если верхнюю поверхность ладони врача упереть в пространство между 3 и 4 шейными позвонками, то при боковом наклоне головы пациента в этом месте произойдет достаточно сильное растяжение межпозвонокового сустава. Таким методом можно устранить «блоки» между 3 и 4 шейными позвонками. **Смотрите рисунок-схему 46 – 4.** Используя ладонь врача как рычаг, можно снять блоки практически всех шейных межпозвоноковых суставов (от первого до шестого), если они там существовали.

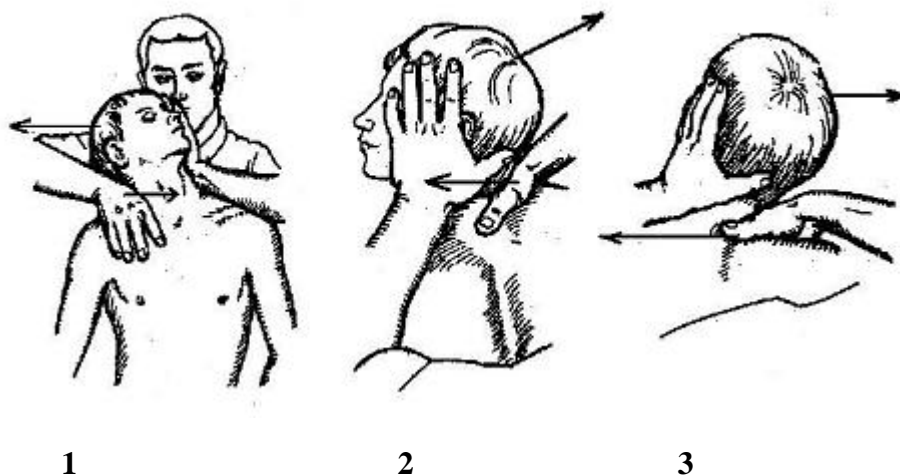


Рисунок 46 - 1, 2, 3. Врач располагается сзади пациента. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания.

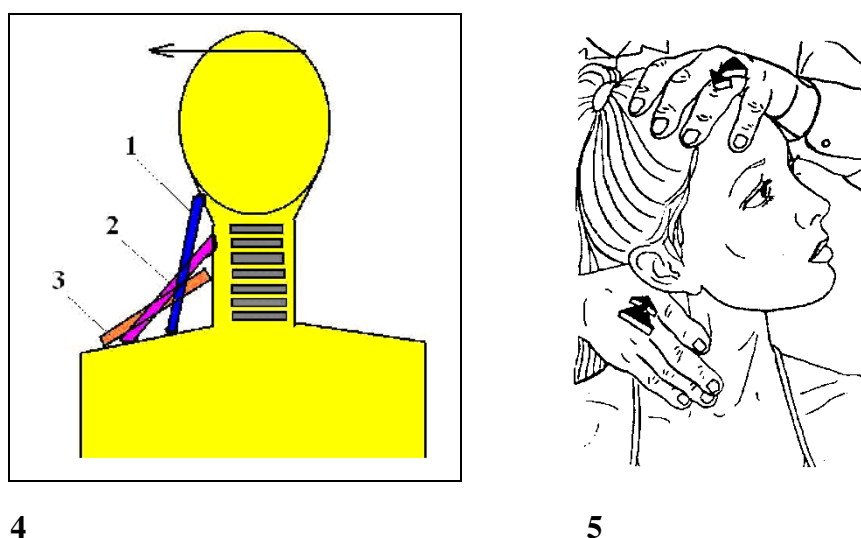


Рисунок 46 – 4, 5. Манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ладони врача.

3) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением бокового наклона и приема сопровождения в положении больного лежа (рис. 47).



Рисунок 47. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением бокового наклона и приема сопровождения.

Используется при выявлении функциональных повреждений (блокад) в шейных сегментах С.4 – Th.1 преимущественно в направлении ограничения бокового наклона. Обнаруженная в конкретном сегменте гипомобильность, сопровождается ощущением четкой границы пассивного движения головы и шеи пациента, после которой отмечается жесткое сопротивление. На этом фоне возможно возникновение болей, которые могут быть локальными, а могут носить псевдо - радикулярный характер,

распространяясь в руку и межлопаточную область. Пальпация выявляет ирригационные зоны соответственно пораженным шейным сегментам. Занимая исходное положение, пациент ложится на кушетку лицом вверх, руки свободно располагаются вдоль туловища, плечи на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит в изголовье. Врач захватывает голову больного одной рукой так, что теменная область покоится на предплечье и локтевом сгибе, а кистью этой же руки обхватывает подбородок (пальцы под подбородком). Основание указательного пальца другой руки плотно прижимается к поперечному отростку верхнего позвонка двигательного сегмента над его задней дугой. Запястье и предплечье располагаются по оси описанного контакта указательного пальца. Угол наклона предплечья врача должен соответствовать плоскости расположения суставных поверхностей шейного сегмента и достигать примерно 45° . Заняв исходное положение, врач проводит ротацию, боковой наклон и наклон головы вперед с целью «замыкания» вышележащих сегментов. При достижении преднапряжения, ощущаемого под указательным пальцем, его направление совпадает с плоскостью суставных поверхностей. Этот толчок должен исходить из плечевого сустава врача, а не выполняться только кистью. Синхронно проводится тракция головы пациента по продольной оси шейного отдела.

4) Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением ротации (в положении больного лежа). Рис. 48 - 1. Используется при выявлении функциональных повреждений (блокад) в шейных сегментах от С.2 - С.3 до С.4 — С.7, преимущественно в направлении ограничения ротации. В остальном показания идентичны показаниям предыдущего приема. Занимая исходное положение, пациент располагается на кушетке аналогично исходному положению предыдущего приема. Врач стоит в изголовье, одной рукой захватывает голову пациента (помещает ее на предплечье и локтевой сгиб) и кистью этой же руки обхватывает снизу подбородок. Основание указательного пальца или подушечка 1-го пальца другой руки помещается за поперечный отросток вышележащего позвонка, над его задней дугой и суставным отростком. Поскольку манипуляция выполняется с применением ротации, угол расположения предплечья по отношению к шее больного увеличивается.

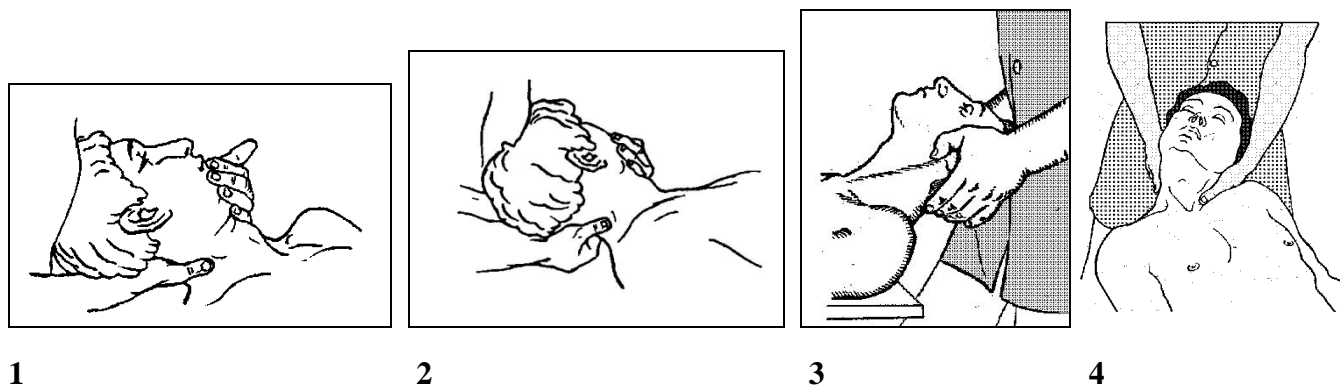


Рисунок 48 – 1, 2, 3, 4. Иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с применением ротации.

Заняв исходное положение, врач производит «замыкание» вышележащих сегментов с помощью ротации, бокового наклона головы и наклона вперед (или без наклона головы наклона вперед, но со сгибанием шеи вправо или влево, смотрите на рисунке 48 - 2) так, чтобы результирующее усилие концентрировалось в месте контакта указательного (или большого) пальца с верхним позвонком выбранного шейного сегмента. По достижении преднапряжения (и в конце выдоха пациента) он синхронно осуществляет тракцию головы и манипуляционный толчок в направлении ротации с помощью контактирующей руки.

5) Тракция и иммобилизация (замыкание) и манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и приема противоудержания в положении больного лежа (рис. 48 – 3, 4). Используется при показаниях, описанных в предыдущих двух приемах. Занимая то же исходное положение, что и в последних двух приемах, врач захватывает подбородок пациента своей кистью, в то время как другая кисть крепко фиксирует нижний позвонок двигательного сегмента указательным и большим пальцами. Из этого исходного положения врач проводит боковой наклон головы пациента влево и ротацию вправо, используя небольшое сгибание головы вперед (10° — 15°). Для формирования

наклона головы вперед под затылок можно подложить подушку. Комбинация бокового наклона головы и ротации в разноименных направлениях на фоне ее небольшого наклона вперед приводит к «замыканию» за счет натяжения связочного аппарата верхних шейных двигательных сегментов. Врач должен научиться чувствовать, когда достигаемое комбинацией движений натяжение будет максимально концентрироваться на уровне вышележащего позвонка. По достижении преднапряжения в конце выдоха пациента он проводит манипуляционный толчок головы в право или влево, который представляет собой мелко-амплитудное кратковременное усиление ротации за счет легкого перемещения подбородка больного в этом направлении.

§ 67. Особенности клиники остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

«Стандартный набор» клинических проявлений при радикулитах и остеохондрозах грудного отдела позвоночника следующий:

1. Боль имеет разнообразные проявления: прострелы, постоянно ноющая боль или может возникать только при движениях в позвоночнике. Иррадиация болей может быть в голову, конечности и реже на какой-то участок туловища. Специфические **болевы́е синдромы следующие:**

а) торокалгия — интенсивная прокалывающая, сверлящая или тупая боль в глубинных отделах туловища; наиболее выражен по утрам, после сна, усиливается при поворотах, кашле, чихании, смехе. Специфической жалобой при функциональной патологии грудной клетки является ограничение вдоха, точнее неудовлетворение глубиной вдоха. Патогенез этого синдрома достаточно сложен. Речь идет о сочетании периферических и центральных механизмов регуляции дыхания. Ответственными за первичный периферический фактор являются укороченные межреберные (особенно наружные) мышцы в сочетании с функциональными блоками нескольких ребер. Измененный стереотип дыхания способствует перестройке центральной дыхательной нейродинамики. Основой патологической связи, принимающей характер порочного круга, выступают функциональные блокады межпозвоночный диск и миогенные триггерные пункты дыхательной мускулатуры.

б) торококраниялгия — боль иррадирует в плечо и руку.

в) При остеохондрозах и радикулитах грудного отдела позвоночника в 34% случаях возникают **вертеброгенные миалгии** – боли чрезмерно спазмированных мышц (на руках и туловище), которые находятся на большом расстоянии от позвоночника. Болезненный спазм мышцы возникает по причине передавливания нервных путей в районе позвоночника.

2. Кинетические (двигательные) симптомы: ограничение движений или вынужденная поза туловища от сильных болей при движениях в позвоночнике, вынужденная поза от блокирования движения в межпозвоночных «суставах», спазмы, парезы и параличи некоторых групп мышц на руках.

3. Изменение тактильной чувствительности кожи на руке: отсутствие (анестезия), уменьшение (гипестезия), усиление (гиперестезия), в двух конечностях одновременно (парестезия), в одной (гоместезия), покалывание, сверление и другие неспецифические тактильные ощущения (синестопатии).

4. Изменение тепловой чувствительности (термочувствительности) в виде ощущения холодной конечности (кистей рук). Сразу после освобождения нерва от передавливания по окружности фасцией или желтыми связками, пациент отмечает ощущение прилива тепла к конечности.

5. Ухудшение функциональной деятельности сердца: боль, экстрасистолы, возникновение обморочных состояний на фоне прекрасной ЭКГ и других анализов и исследований сердца. Очень редко возникает ухудшение функциональной деятельности **легких:** частые «поперхивание» пищей при еде, кратковременные приступы кашля без насморка, неинтенсивные приступы одышки при слабой физической нагрузки. Дисфункция **диафрагмы** выражается икотой, которая может не прекращаться неделями.

В любом учебнике по нервным болезням дан подробный перечень симптомов грудного радикулита и остеохондроза. Поэтому автор книги не видит смысла очередной раз подробно описывать клинические симптомы болезней.

Однако автор книги считает необходимым уделить внимание в этой книге на специфику и особенности клинических проявлений при дегенеративно-дистрофических поражениях межпозвоночных дисков в шейном, грудном и поясничном отделах.

1. Специфические отличия клинических проявлений функциональных блокад грудных межпозвоночных суставов (дисков). Чаще они возникают вторично, при заболеваниях внутренних органов вследствие тонического рефлекторного напряжения сегментарной мускулатуры с последующей ее дисфункцией. Вторично могут блокироваться грудные межпозвоночные диски вследствие первичных нарушений функций позвоночника шейной или поясничной области. К примеру, типичной является вторичная блокада среднегрудных сегментов при первичной блокаде С.5 — С.6 — С.7. При внезапно возникшей блокаде межпозвоночного диска пациент испытывает интенсивную локальную боль, как ощущение «вбитого гвоздя», между лопатками и усиление ее при дыхании. Острые блокады сопровождаются значительным мышечным спазмом, локальным или распространенным.

Движения грудного отдела позвоночника в таких ситуациях резко ограничиваются, при блокадах нижнегрудных сегментов часто ошибочно диагностируется поясничный прострел. Острые блокады межпозвоночный диск переходных зон клинически проявляются более массивной симптоматикой. В этом плане блокады цервико-торакального перехода сопровождаются выраженной болью в надплечье и шее, спазмом трапецевидной мышцы, ограничением движения в плечевом поясе.

При локализации блокад в торакально-люмбальном переходе боль в основном испытывается в пояснице с ограничением движения в зоне перехода и в верхнепоясничном отделе. Это состояние больными часто оценивается как «надломленная спина». Вследствие резкого спазма подвздошно-поясничной мышцы начинающаяся в этом отделе боль иррадирует в крестец и пах. Нередким осложнением функциональных блокад торако-люмбального отдела является блокада крестцово-подвздошного сустава с формированием синдрома «крученного таза». Необходимо сказать об изолированных блокадах межпозвоночного сустава (диска). Возникают они достаточно редко и сопровождаются соответствующей блокадой ребра с одной или с обеих сторон. В таких случаях зона иррадиации боли соответствует ходу ребра и часто имитирует заболевания внутренних органов. Так, блокады межпозвоночного диска Th.5 - Th.7 и соответствующих ребер слева «моделируют» кардиалгию, блокады межпозвоночного диска Th.7 — Th.9 слева дают боль в печени и желчном пузыре. В грудном отделе позвоночника наиболее часто встречаются деформирующий спондилез (включая болезнь Форестье), грыжи Шморля, остеохондроз межпозвонковых дисков и деформирующий артроз реберно-позвоночных сочленений. Среди неврологических проявлений очень редко наблюдаются истинные корешковые синдромы. При позвоночно-реберных деформирующих артрозах обычно развивается межреберная невралгия. Наиболее часто боль локализуется в зоне пораженного двигательного позвоночного сегмента — торакалгия, что сопровождается мышечно-тоническими синдромами.

2. Синдром малой грудной мышцы характеризуется болями на уровне 3 — 5-го ребер, по ульнарному краю предплечья. По характеру боль ломящая, жгучая, усиливается ночью и при движениях с сокращением или растяжением этой мышцы (отведение руки — гиперабдукция). Синдром дифференцируют со стенокардией, для которой характерна приступообразная, интенсивная боль за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и левую руку, резко усиливающаяся при физическом напряжении, ходьбе и быстро купируется после приема валидола (или нитроглицерина), возможны изменения ЭКГ. Длительное напряжение малой грудной мышцы может способствовать сдавлению сосудистого и нервного пучков вблизи клювовидного отростка лопатки, что вызывает нарушение чувствительности, движений и трофики в верхней конечности. Поэтому малую грудную мышцу нередко называют «нейроваскулярным сдавливателем». Боль при этом локализуется в верхней половине грудной клетки, в передней дельтовидной области, вдоль локтевой поверхности плеча, локтя, предплечья и третьем—пятом пальцах кисти. Синдром грудной мышцы характеризуется как «аномальная загрудинная боль» с отражением в локтевую поверхность предплечья и кисти, и поэтому очень похожа на боль при инфаркте миокарда и стенокардии. Но при инфаркте миокарда и стенокардии надавливание на грудные мышцы безболезненно, боль снимается при приеме коронаролитиков. При наличии синдрома грудной мышцы выявляется сильная болезненность при нажатии на мышцы в области грудины и реберных хрящей. Такая боль отличается своей длительностью, упорством и не снимается коронаролитиками.

3. Межлопаточный болевой синдром является частым спондилогенным расстройством грудной локализации. При этом появляются чувство тяжести груза, ломящая, сверлящая или ноющая боль в межлопаточной области, болезненность при пальпации паравертебральных точек (проекция реберно-позвоночных суставов). Боль усиливается при наклонах во фронтальной плоскости, длительном лежании на спине, езде по тряской дороге и т. п.

4. Лопаточно-реберный синдром. Характерной жалобой является боль в области верхнемедиального угла лопатки, особенно в начале заболевания. Усиление боли связано со статической нагрузкой (переносом тяжести). Во время интенсивной динамической нагрузки (вращением руки в плече) боль уменьшается или исчезает. Показателен хруст при движении лопаткой, который больные охотно демонстрируют, хотя прямая зависимость боли от выраженности хруста не выявляется. Хруст отчетливо прослушивается на расстоянии, особенно при наклоне туловища вперед при опущенной руке. Всегда определяется напряжение мышцы, поднимающей лопатку, особенно в месте прикрепления к углу лопатки. Растяжение мышцы при наклоне головы в противоположную сторону и сгибании также вызывают характерную боль, причем интенсивность хруста в это время значительно снижается. В патогенезе лопаточно-реберного синдрома важное место принадлежит блокаде межпозвоночный диск C.2 — C.3, где начинается мышца, поднимающая лопатку. Хруст во время движения лопатки обусловлен изменением (сморщиванием) соединительнотканых структур подлопаточной синовиальной сумки.

5. Синдром верхней задней зубчатой мышцы развивается при остеохондрозе верхних грудных межпозвоночных дисков (до Th.4) и проявляется постоянной тупой глубинной болью в подлопаточной области. Для ее пальпации следует сместить лопатку, латерально помещая кисть в противоположную подмышечную впадину, или рука должна свободно свисать у больного, сидящего с легким наклоном туловища вперед.

6. Синдром нижней задней зубчатой мышцы проявляется упорной, тупой, надоедливой болью в спине (в области нижней части грудной клетки). Отмечаются умеренное ограничение сгибания туловища в груднопоясничном отделе, разгибания корпуса и его ротации, болезненность при пальпации мест прикрепления этой мышцы к нижним ребрам. Часто встречается спондилогенный синдром напряжения мышц, выпрямляющих позвоночник, многораздельной мышцы, подвздошно-реберной мышцы. При их пальпации определяются гипертонус и болезненность, ограничивается подвижность грудного отдела позвоночника. Боль нередко иррадирует в поясницу (люмбаго). Если боль локализуется в нижней части грудной клетки, то синдром приходится дифференцировать с плевритом.

7. Корешковые синдромы на уровне грудного отдела позвоночника встречаются исключительно редко. Многолетние наблюдения свидетельствуют, что истинные поражения грудных корешков обычно возникают при опоясывающем лишае, метастатических процессах в позвоночнике или эпидуральной клетчатке (опухоли, миеломная болезнь, эпидуриты и т.п.). Спондилогенная природа таких радикулитов имеет место при травмах позвоночника или очень выраженных дегенеративно-дистрофических поражениях его грудного отдела (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз диска, заднебоковая грыжа диска). Гораздо чаще при реберно-позвоночном артрозе встречается межреберная невралгия, при которой также полезны комплексы мануальной терапии. Следует помнить, что напряжение мышц грудной клетки и этого отдела позвоночника с блокированием позвоночных двигательных сегментов нередко возникает при костной патологии нижних конечностей (плоскостопие, артрозы голеностопных, коленных или тазобедренных суставов, разная длина ног и т.п.). В таких случаях блокирование имеет черты защитного характера и деблокирование отмечается при устранении ортопедических дефектов нижних конечностей.

8. Спондилогенные радикуломиелоишемии развиваются при компрессии грыжей диска крупных радикуло-медуллярных артерий или их ветвей (передней спинальной артерии). Симптомы поражения грудных и пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга при этом проявляются остро, подостро или медленно прогрессируют на протяжении нескольких недель с отчетливыми колебаниями в своей интенсивности. От мануальной терапии следует воздерживаться.

9. Межреберная невралгия. В 80% случаев межреберная невралгия является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Однако, бывают межреберные невралгии не связанные с остеохондрозами и радикулитами. Причиной возникновения этих межреберных невралгий

является последствие травмы грудной клетки, туннельная невропатия кожной веточки, поражение участка нерва вирусной инфекцией (herpes zoster и другие). Межреберная невралгия характеризуется болями постоянного характера, временами резко усиливающимися, в одной или нескольких межреберных областях. Иногда боли носят опоясывающий характер. При большой интенсивности они могут отражаться в область плеча и спины с одной стороны.

10. Артриты рёберных суставов. Из анатомии хорошо известно, что кроме хрящевых прокладок между позвонками (то есть - дисков) на каждом позвонке существует ещё два вида суставов. В грудном отделе позвоночника есть суставы, которые соединяют рёбра и боковые отростки позвонков (art. costotransversariae и art. capitis costae). Все позвонки от 3 шейного до 5 поясничного имеют верхние и нижние суставные отростки, которые образуют мелкие суставы, соединяющие позвонки друг с другом (art. vertebralis superiores et inferiores). Достаточно редко возникает воспаления описанных выше суставов и, что очень характерно, при этом возникают клинические симптомы очень схожие с радикулитом (воспалением корешка нерва) или с остеохондрозом (воспалением межпозвонкового диска). Невропатологи всегда, во всех 100% случаев ошибочно диагностируют воспалительный процесс мелких суставов позвоночника как радикулит или остеохондроз. Тому имеются свои объективные причины, которые закономерно приводят к диагностической ошибке.

Во-первых, в 65 % случаев вирусное поражения, которые вызывают сначала радикулит или остеохондроз, одновременно является причиной вторичного вирусного поражения этих мелких суставов позвоночника. Поэтому клиническая картина воспаления мелких суставов накладывается на клинику радикулита и остеохондроза.

Во-вторых, при поражении суставов, которые соединяют рёбра и боковые отростки позвонков, нажатие врача пальцем на мышцы, расположенные на 1,5 – 2 сантиметра от остистых отростков вправо и влево, вызывает болезненность. Если пациент лежит во время исследования на животе, то последовательность расположения костей в грудном отделе позвоночника (при наблюдении сверху вниз) будет следующая: сначала располагается короткий боковой отросток позвоночника, а на его нижней поверхности прикрепляется двумя суставами ребро. Поэтому надавливание пальца врача перпендикулярно сверху вниз на мышцы, расположенные на 1,5 – 2 сантиметра от остистых отростков вправо и влево, вытягивает рёберные суставы, и если они воспалены, то этот диагностический приём вызывает усиление боли. Точно такие же нажатия пальцем и в том же месте вызывают деформацию воспалённого корешка нерва, что так же вызывает усиление болей. Поэтому отличить радикулит от воспаления рёберных суставов этим методом невозможно. Однако существует другой метод для различия этих двух болезней. Если надавливание на рёбра производить на расстоянии 4 сантиметров от остистых отростков (то есть вдали от воспалённого корешка нерва), то при артрите пациент отмечает резкое усиление болей, но боли отсутствуют при радикулите.

11. Дифференцирование неврогенного артрита плечевого сустава от других патологий. Основным симптомом в виде болей при движении в плечевом суставе возникает при остеохондрозе в дисках нижнего шейного (C.5 – C.6) и верхнего грудного (Th.1 – Th.5) отделов позвоночника. Однако этот же симптом присутствует и при других заболеваниях, лечение которых иглотерапией и мануальной терапией абсолютно не эффективно:

- 1) Болезнь Дюшенна - Эрба (травматическое повреждение нервных стволов шейного отдела позвоночника, выходящих над и под позвонками C.5 – C.6).
- 2) Болезнь Дежерин – Клюмпке (травматическое повреждение нервных стволов грудного отдела позвоночника, выходящих над и под позвонками Th.1 – Th.2).
- 3) Синдром Нафцигера (сдавливание плечевого сплетения спазмированной лестничной мышцей).
- 4) Синдром сдавливания плечевого сплетения в месте выхода из грудной клетки, синдром верхней апертуры. Возникает по причине наличия костной мозоли ключицы, высоко поднятым первым ребром при эмфиземе лёгких, врождённая патология в виде шейных рёбер и так далее.
- 5) Плече-лопаточный периаартрит (сморщивание суставной сумки плечевого сустава после её травматического микроразрыва, что сопровождается истинной контрактурой, тугоподвижностью плечевого сустава).

6) Тромбофлебит подключичной вены. Артрит (инфекционный, ревматоидный). Бурсит (воспаление сумки плечевого сустава). Характерно стойкое повышение температуры, ускоренная реакция оседания эритроцитов (РОЭ), возникновение боли при надавливании пальцем на сустав.

7) Невропатия надлопаточного нерва. Сдавление нерва в щели, образованной вырезкой лопатки и натянутой над ней верхней поперечной связкой лопатки. Причина — хроническая или однократная травма. Боль нередко иррадирует по лучевой стороне плеча и предплечья. Особенно интенсивна боль по ночам и в положении лежа на больной стороне. Боль обостряется при кашле и движениях в плечевом суставе. При движении больной руки вперед с одновременным ее приведением боль усиливается вследствие натяжения и перегиба надлопаточного нерва в лопаточной вырезке. При длительном течении возникает атрофия над- и подостной мышц с ослаблением наружной ротации плеча. Определяется локальная болезненность при пальпации области лопаточной вырезки. Допускается, что невропатия надлопаточного нерва является одним из ведущих механизмов периартроза плечевого сустава («замороженное плечо»); блокада нерва или его неврилиз иногда полностью излечивает указанное частое заболевание.

Интересно отметить, что при тромбофлебите, артрите, бурсите и плече-лопаточном периартрите болезненны активные и пассивные движения в суставе, а при туннельных невропатиях (невритах и плекситах плечевого сплетения) пассивные движения безболезненные, но болезненны активные движения. При наличии плексита (неврита) характерны симптомы в виде параличей, парезов, расстройства чувствительности кожи.

§ 68. Мануальная терапия при лечении остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

Мануальная терапия при лечении остеохондрозов грудного отдела позвоночника проводится в строго определенной последовательности, о которых подробно написано в § 64: 1. Диагностика. 2. Расслабление, релаксация мышц, окружающих «больной» межпозвоночный диск и релаксация мышц, удалённых от места компрессии нерва. 3. Тракция. 4. Мобилизация. 5. Иммобилизация, преднапряжение, «замыкание» или фиксация сустава. 6. Манипуляция. 7. Период ремиссии (выздоровления). Опишем более подробно упомянутые этапы лечения остеохондрозов грудного отдела позвоночника.

1. В параграфе об общих методах лечения остеохондрозов при помощи мануальной терапии подробно описаны различные **методики релаксации мышц**: обыкновенный массаж, шиацу, иглотерапия, точечный массаж, мази, тепловые процедуры и так далее. Специфику действий по расслаблению мышц имеют только методики проведения постизометрической релаксации (перерастяжения) мышц грудного отдела позвоночника.

1) **Постизометрическая релаксация горизонтальной порции трапецевидной мышцы** (ротирует лопатку, поднимая ее суставную впадину, и наклоняет голов. в свою сторону). Положение больного сидя. Врач одной рукой фиксирует надплечье больного, другая рука лежит на его височно-теменной области. Одновременно производятся опускание надплечья и легкий наклон головы (**рис. 49**). Используются произвольное усилие больного (подъем надплечья) и дыхательные синергии.



Рисунок 49. Постизометрическая релаксация горизонтальной порции трапецевидной мышцы.

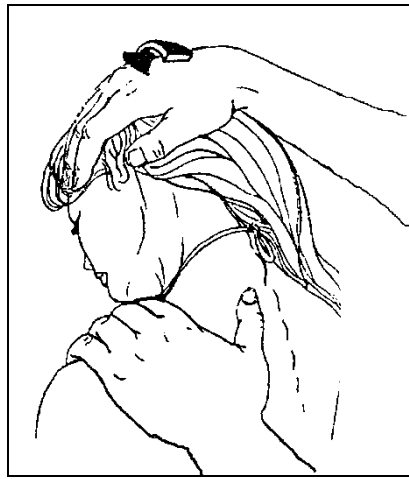


Рисунок 50. Постизометрическая релаксация мышцы, поднимающей лопатку.

2) **Постизометрическая релаксация мышцы, поднимающей лопатку** (поднимает медиальный угол лопатки), при укрепленной лопатке помогает завершить поворот шеи в свою сторону. Положение больного сидя. Одной рукой врач наклоняет голову вперед и в противоположную сторону от релаксируемой мышцы, другой рукой фиксирует надплечье, контролируя первым пальцем натяжение мышцы (рис. 50). Используются глазодвигательные и дыхательные синергии.

3) **Постизометрическая релаксация широчайшей мышцы спины.** Положение сидя. Бедро врача упирается в боковую поверхность грудной клетки больного со здоровой стороны. На больной стороне производится абдукция плеча, согнутого в локтевом суставе. Врач за локоть отведенной руки производит перегибание тела больного через свое бедро (рис. 51).

4) **Постизометрическая релаксация аддукторов плеча** (широчайшая мышца спины, большая грудная, подостная, большая и малая круглые мышцы). Положение сидя. Эта группа мышц осуществляет приведение плеча при одновременном сокращении и ротацию: широчайшая мышца спины, большая грудная и большая круглая - пронируют, а подостная и малая круглая мышцы - супинируют. Врач одной рукой фиксирует лопатку, предупреждая ее ротацию, другой производит отведение плеча (рис. 52). Используются дыхательные синергии и произвольное движение больного (приведение плеча).



Рисунок 51. Релаксация широчайшей мышцы спины.



Рисунок 52. Постизометрическая релаксация аддукторов плеча.

5) Постизометрическая релаксация подлопаточной мышцы (пронирует и приводит к туловищу плечо). Положение больного на спине. Плечо отведено и согнуто в локтевом суставе, кисть супинирована. Врач оказывает давление вниз на кисть или дистальные отделы предплечья. Сила давления должна быть минимальной, можно использовать вес самой руки (ауторелаксация). Возможно сочетанное использование дыхательных синергии и произвольного усилия больного (**рис. 49**).

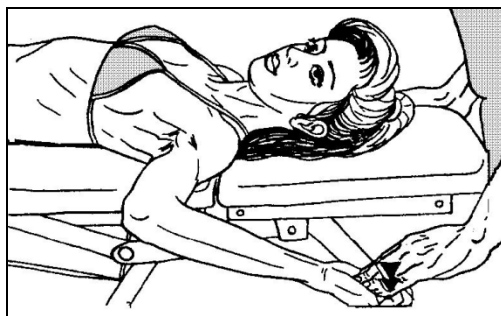


Рисунок 53. Постизометрическая релаксация подлопаточной мышцы.

6) Постизометрическая релаксация подостной мышцы (приводит и супинирует плечо).

Вариант 1. Положение больного сидя, предплечье согнуто под прямым углом и заведено за спину. Врач одной рукой фиксирует ключицу и плечевой сустав, другой ротирует плечо больного, толкая локоть вперед. Используется произвольное усилие больного (движение локтем назад). **Рис. 54 -1.**

Вариант 2 необходим при невозможности заведения руки за спину и исполнения варианта 1. Предплечье больного согнуто под прямым углом и находится на животе. Изометрическая работа совершается против усилия врача, прижимающего руку больного к туловищу. **Рисунок 54 - 2**

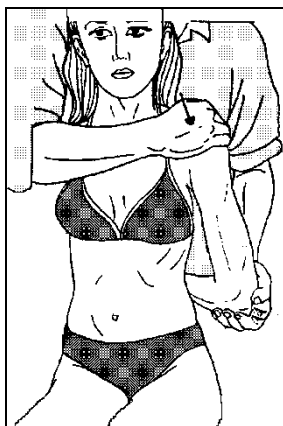


Рисунок 54 - 1. Постизометрическая релаксация подостной мышцы. Вариант 1.

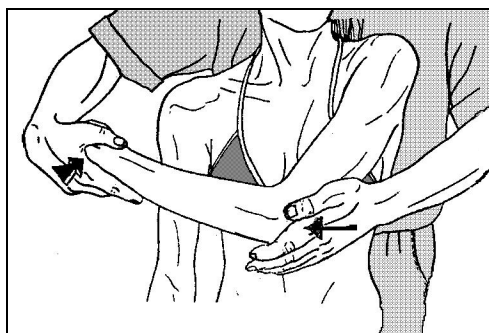


Рисунок 54 - 2. Постизометрическая релаксация подостной мышцы. Вариант 2.

7) *Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы.* Положение больного сидя или лежа. Врач одной рукой производит отведение и небольшое разгибание плеча на больной стороне, другой фиксирует грудную клетку и пальцами контролирует натяжение мышцы. **Рис. 55 – 1,2.** Чем больше отведение плеча на больной стороне, тем ниже направление релаксации. Используются дыхательные синергии и произвольное усилие больного.

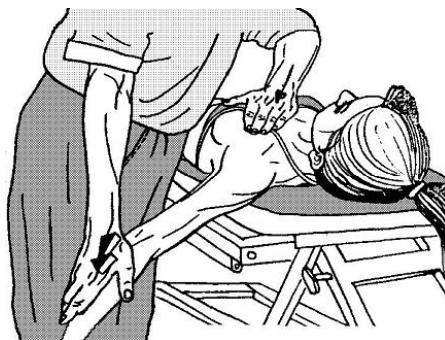


Рисунок 55 - 1. Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы.

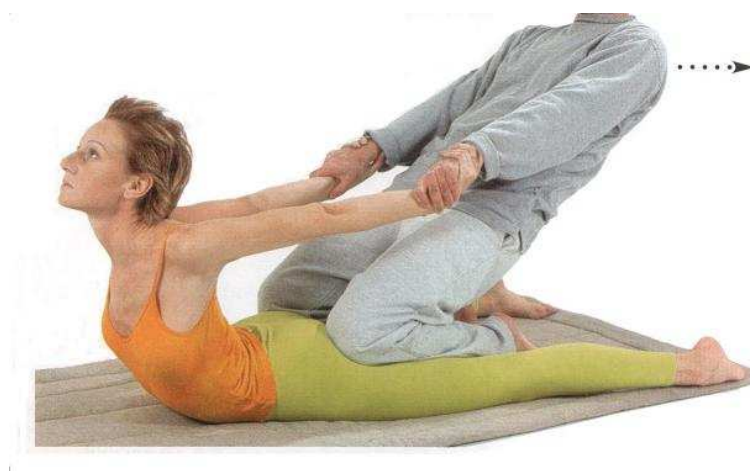


Рисунок 55 - 2. Постизометрическая релаксация большой грудной мышцы.

8) *Постизометрическая релаксация малой грудной мышцы* (тянет лопатки вперед и одновременно вниз). Положение больного сидя. Врач одной рукой производит отведение (до угла 130° от вертикали) и разгибание плеча на больно, стороне, другой фиксирует больного. Используются дыхательные синергии и произвольные усилия больного (**рис. 56**).



Рисунок 56. Постизометрическая релаксация малой грудной мышцы.

9) Постизометрическая релаксация абдукторов плеча (надостная мышца и средняя порция дельтовидной: надостная мышца способствует отведению плеча, натягивает капсулу плечевого сустава, обеспечивая конгруэнтность; средняя порция дельтовидной мышцы отводит плечо). Положение сидя. Предплечье согнуто под прямым углом и лежит на животе, плечо приведено. Врач оказывает сопротивление отведению плеча, фиксируя туловище пациента (рис. 57). Можно предплечье заводить за спину, повторяя описанное действие. Используются дыхательные синергии или произвольное усилия больного.

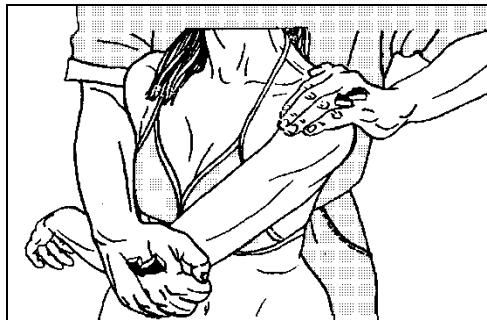


Рисунок 57. Постизометрическая релаксация абдукторов плеча.

10) Постизометрическая релаксация подключичной мышцы (тянет ключицу вниз и медиально, удерживая ее в грудино-ключичном суставе). Постизометрическая релаксация мышцы. Больной лежит на здоровом боку. Врач производит смещение плечевого пояса в краниальном направлении (рис. 58). Используются дыхательные синергии.

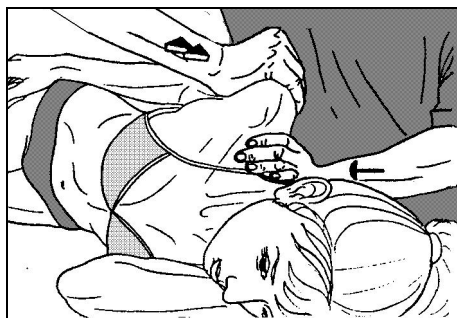
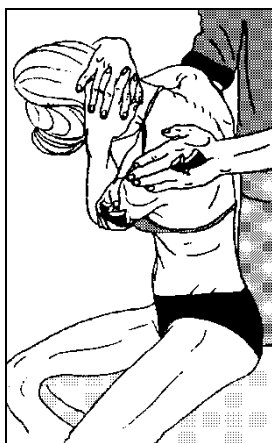


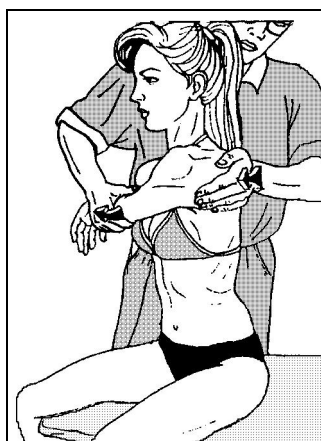
Рисунок 58. Постизометрическая релаксация подключичной мышцы.

11) Постизометрическая релаксация мышцы, приводящий лопатку к позвоночнику. Средняя порция трапецевидной мышцы и ромбовидные мышцы приводят лопатки к позвоночнику.



**Рисунок 59 - 1. Постизометрическая релаксация мышцы, приводящие лопатку к позвоночнику.
Вариант 1.**

Вариант 1 (рис. 59 - 1). Положение больного сидя верхом на стуле, кисти на затылке «в замке». Врач осуществляет захват плеча с больной стороны рукой, проведенной через подмышечную впадину со здоровой стороны. Этой рукой он производит ротацию. Другой рукой усиливает отведение лопатки, толкая ее в медиальный край основанием ладони. При этом происходит одновременная релаксация коротких ротаторов грудного отдела позвоночника на противоположной стороне. Используются глазодвигательные и дыхательные синергии: взор в больную сторону — вдох, взор в сторону ротации — выдох.



**Рисунок 59 - 2. Постизометрическая релаксация мышцы, приводящий лопатку к позвоночнику.
Вариант 2.**