

§ 72. Мануальная терапия для новорождённых.

Как это не покажется странным для педиатров, но у новорождённого ребёнка имеются прямые показания для лечения мануальной терапией. Конечно, применение мануальной терапии к только что родившемуся ребёнку требует большой осторожности и нежности. Хороший врач-мануалист должен чувствовать норму физического воздействия к грудному ребёнку. Слишком слабое и чрезмерно деликатное воздействие на малыша не вылечит болезнь, будет бесполезным. Слишком грубое воздействие принесёт только вред здоровью ребёнка, сделает его инвалидом на всю жизнь. Поэтому при мануальном воздействии на грудного ребёнка все действия должны носить вид медленных и аккуратных действий. На протяжении 9 месяцев ребёнок находится внутри матери и, как правило, в положении вниз головой. После 6 месяцев беременности ребёнок полностью формируется в анатомическом отношении. Остальные 3 месяца до родов ребёнок находится в положении вниз головой, а любые сотрясения, прыжки или падения матери с небольшой высоты воспринимаются ребёнком как удары в область головы и шеи. Поэтому можно утверждать, что во внутриутробном состоянии ребёнок часто получает ушибы шейного отдела позвоночника, что может привести к развитию остеохондроза даже у новорождённого.

1. Компрессионное воздействие родов на позвоночник ребенка. За 9 месяцев беременности у женщины увеличивается количество мышечных волокон матки и влагалища почти в 3 раза. Плод «покрывается» мышечным слоем матки в 3 – 4 сантиметра, потом идёт слой околоплодных вод толщиной в 2 - 3 сантиметра. Плод пребывает в состоянии «свободного плавания в водной среде» до момента стремительного отхождения вод перед родами. Огромная толщина мышечного слоя матки необходима для создания мощного давления на плод во время родов. Во время схваток толстая мышечная стенка матки сжимает позвоночник новорождённого в направлении от таза к голове. Роды создают прямое травматическое воздействие на позвоночник ребёнка. Сила сжатия плода при родах довольно сильное, до 5 килограммов на каждый сантиметр поверхности тела ребёнка и в поперечном и в продольном направлении. Во время родов плод часто испытывает запредельное сжатие нежных хрящевых межпозвоночных дисков. Последствия чрезмерного сжатия позвоночника в продольном направлении – это остеохондроз, который может не купироваться до 2 лет. Если проследить тот трудный путь, который преодолевает ребёнок во время родов, то можно только удивляться, как позвоночник новорождённого выдерживает такие нагрузки вдоль по оси позвоночника. **Смотрите рисунок 116.**

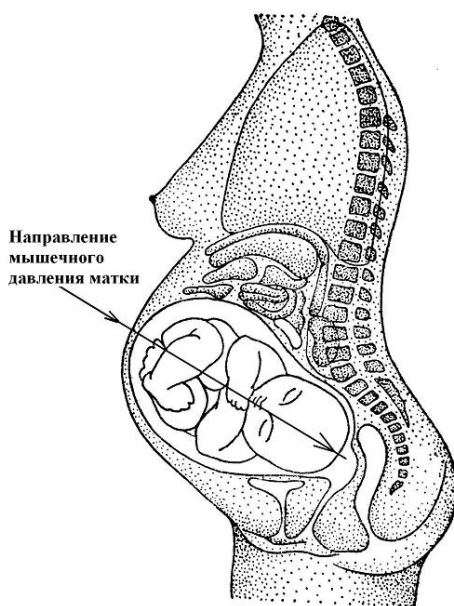


Рисунок 116. Направление давления мощных мышц матки на позвоночник ребёнка – от ягодиц к голове.

Мощные мышечные волокна матки сжимают плод с такой силой, что он (в прямом смысле этого слова) **выдавливается** через узкие половые пути женщины. Под действием давления матки на позвоночник

макушка черепа ребёнка раздвигает и раскрывает мышечный сфинктер, которым является шейка матки. Далее головка плода испытывает чудовищное давление толстых мышц влагалища. Голова ребёнка довольно сильно сжимается по окружности, особенно у первородящих женщин и у пожилых (с возрастом более 35 лет), у которых эластичность мышечных тканей снижена. Если бы не естественная жировая смазка головы и туловища новорождённого, то продвижение его «по туннелю женских половых органов» было бы невозможным делом из-за сильного трения и сопротивления. По причине сдавливания черепа ребёнка родовыми путями матери на голове новорождённого часто возникает кефалогематома – кровоизлияние под надкостницу кости черепа. Самому сильному давлению по оси подвергается шейный отдел, так как он является самым «незащищённым» местом, «самым слабым звеном» во всём позвоночнике. Основное клиническое проявление сильного сжатия межпозвоночных дисков вдоль по оси позвоночника сразу после рождения – это интенсивный плач от боли. Только что родившиеся дети всегда плачут. А плачет ребёнок, потому что у него болит позвоночник. Это не «нормальная рефлекторная реакция» только что родившегося ребёнка, это не норма, а патология. У большинства детей клинические и патолого-анатомические проявления остеохондрозов (боли), возникшие сразу после родов, полностью проходят через 2 месяца. Но у 36 % детей различные проявления остеохондроза продолжают их тревожить до 1 – 2 лет. Из анатомии периферической нервной системы хорошо известно, что 90 % соматических нервов и 80 % вегетативной нервной системы выходят из спинного мозга. При остеохондрозе происходит сдавливание нервов, выходящих из спинного мозга, которые иннервируют лёгкие, сердце, желчный пузырь и печень, желудок, кишечник, мочевой пузырь. У грудного ребёнка возникают следующие симптомы остеохондроза:

1) Внезапные острые боли. У грудных детей довольно часто и внезапно возникает болевой приступ в позвоночнике и ребёнок (до этого тихо спавший или играющий лёжа на спине) на протяжении нескольких часов плачет «навзрыд», синееет от натуги, дёргает ногами и руками, кричит без остановки, интенсивно, громко. В половине случаев источник внезапной боли у грудного ребёнка является остеохондроз, а в другой половине случаев – внезапное образование большого количества газов в кишечнике от попадания туда с пищей патологической микрофлоры. Источник резкой боли в 70 % случаев является шейный отдел позвоночника, а в 20 % случаев – поясничный отдел, в 10% случаев – перерастянутые связки крестцово-подвздошного сочленения. Когда ребёнок начинает рыдать от боли, матери тут же берут его на руки, и начинают интенсивно качать, крепко прижимать к туловищу. Качается во все стороны головка ребёнка, свисая с руки матери назад и вытягивая под действием своего веса шейные позвонки. Под действием сжатия руками матери прогибается грудной и поясничный отделы позвоночника ребёнка. Фактически матери делают ребёнку мануальную терапию: сгибают и вытягивают шею, прогибают позвоночник. Так матери проводят вполне неосознанно вытяжение позвоночника, «вправление» позвонков, происходит «самоизлечение», боли прекращаются и ребёнок мирно засыпает.



1



2

Рисунок 117 – 1, 2. Приёмы мануальной терапии для воздействия на шейный отдел новорождённого.

2) Мануальная терапия при патологии шейного отдела у ребёнка. Мануальная терапия проводится рядом простых приёмов. Сначала проводится массаж шейных мышц, их растяжение, изометрическая

миорелаксация. После этого, лежащему на животе ребёнку (голова ребёнка повернута на бок вправо или влево) врач ложит одну руку на голову, а другую на обе лопатки или противоположное взгляду плечо. Рука, которая находится на голове, начинает вращать (катить) голову в сторону затылка, усиливая поворот головы до определённого предела. Часто возникает хруст и щелчки в шейных суставах ребёнка, после чего наступает выздоровление - боли в шее перестают беспокоить ребёнка. **Смотри рисунок 117.**

3) Радикулярная патология ЖКТ. В период движения головки по родовым путям позвоночник ребёнка сильно изгибается в грудно – поясничном отделе. Угол позвоночника ребёнка при сильном давлении матки на его тело, особенно на ягодицы и голову, изгибается спиной назад под углом до 90 градусов. От этого отдела спинного мозга иннервируется печень, желчный пузырь, и кишечник. Важными симптомами остеохондроза у новорождённого ребёнка являются патологические симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта. От сдавливания нервов, отходящих от позвоночника и иннервирующих желудок, возникает частое срыгивание пищи. Кроме того, возникает процесс избыточного газообразования у ребёнка с остеохондрозом поясничного отдела по причине возникновения ухудшения иннервации и замедления перистальтики кишечника. Кал «дольше положенного» остаётся в кишечнике, а поэтому возникает брожение и возникновение большого количества газов. Важным показателем патологической иннервации желчного пузыря по причине остеохондроза грудного отдела позвоночника, проявляющимся судорожным его спазмом, являются **поносы с калом тёмно-зеленого цвета**. Характерно, что сразу после первого сеанса нежной мануальной терапии кал ребёнка приобретает нормальный жёлтый цвет.

4) Мануальная терапия для лечения остеохондрозов грудного и поясничного отделов новорождённого можно проводить следующими простыми приёмами. **Смотрите рисунок 118 – 1, 2.** Сначала проводится массаж мышц спины с целью их расслабления.



1



2

Рисунок 118 – 1, 2. Два метода мануальной терапии грудного отдела у новорождённого.

Врач изгибает ребёнка, лежащего на животе, в поясничном и грудном отделе. Часто возникает хруст и щелчки в межпозвоночных суставах ребёнка, после чего наступает выздоровление.

3. Симптомы травматизации тела ребёнка от поперечного, кольцевидного сжатия родовыми органами матери. Во время прохождения по родовым путям (вдоль шейки матки и влагалища) младенец испытывает дополнительное круговое и поперечное давление.

1) «Первопроходцем» во время родов является теменная часть головы. От действия сжимающих по окружности мышц возникает кровоизлияние под надкостницу костей головы, которое располагается на самой верхней части головы. Это так называемые **кефалогематомы**. Кефалогематома — это кровоизлияние между надкостницей и наружной поверхностью черепных костей. Наиболее частая локализация — теменная кость, реже затылочная. Симптомы патологии следующие. У ребенка после рождения на голове определяется флюктуирующая опухоль, отграниченная краями той или иной кости черепа. Обычно процесс односторонний (правая теменная кость или левая). В течение 1-й недели после родов опухоль имеет тенденцию к увеличению. Полная резорбция гематомы наступает через 6—8

недель. Лечение не требуется. Пунктировать не осложненную кефалогематому не рекомендуется. При инфицировании производят разрез, применяют антибиотики.

2) Если давление в родовых путях матери по окружности было чрезмерным, то у новорождённого возникают смещения костей черепа относительно друг друга и **внутричерепные кровоизлияния**. Патогенез внутричерепных кровоизлияний. Кровоизлияние возникает при рождении под влиянием ряда факторов — недостатка витамина К, повышенной ломкости сосудов мозга, легкой смещаемости костей черепа, внутриутробной асфиксии. Различают кровоизлияния: 1) эпидуральные, 2) субдуральные, 3) субарахноидальные, 4) кровоизлияния в вещество мозга, 5) внутримозжечковые. Клинические проявления зависят от величины и локализации кровоизлияния. При небольших кровоизлияниях отмечаются вялость и сонливость при рождении; нарушены сосание и глотание. При субарахноидальных кровоизлияниях ведущим симптомом являются частые приступы асфиксии. Характерна заторможенность ребёнка. Ребенок лежит с открытыми глазами, не активен и безучастен, аппетит отсутствует, тихо плачет. Отмечаются судорожные подергивания мышц лица или конечностей, а также тонические судороги.

3) Прямым доказательством очень сильного сжатия тела ребёнка в родовых путях матери является **перелом одной или двух ключиц** у младенца. Это довольно частая патология для новорождённых. На месте перелома обычно отмечается небольшая гематома. При пальпации определяется крепитация. Смещение двух осколков костей, как правило, отсутствует, так как этому препятствует плотная и прочная надкостница, которая покрывает все трубчатые кости новорождённого. Активные движения рукой не нарушены. Часто перелом выявляется лишь в стадии образования костной мозоли. Лечение. При распознавании перелома фиксирующая повязка.

4) **Врожденный вывих бедра. Причина возникновения.** Самым грозным для новорождённого является ещё одна патология, которая возникает по причине поперечного сдавления таза ребёнка в родовых путях матери – это врождённый вывих бедра. Однако такое название патологии в корне не правильное. Это не генетически врождённая патология, не врождённая. Это приобретённая патология для ребёнка в узких родовых путях, во влагалище матери. Нормальный таз новорождённого имеет форму овала. Нормальный таз у новорождённого в боковом, поперечном размере (от одного края крыловидной кости до другого) в 2 раза длиннее, чем передне - задний размер, то есть от крестца до надлонной поверхности живота. Направление вертлужных впадин относительно друг друга в нормальном тазе ребёнка находится почти на одной линии, то есть - равны почти 180 градусов. **Смотрите рисунок 119 – 1, 2.** Если измерять размеры таза у ребёнка с врожденным вывихом бедра, то поперечный размер таза будет почти равен продольному размеру. У ребёнка с «врожденным» вывихом бедра форма таза приближается к правильной окружности, в которой вертлужные впадины находятся не сбоку, а направлены кпереди. **Смотрите рисунок 119 - 3.** Проходя через родовые пути матери, которые имеют вид правильной окружности, таз младенца деформировался благодаря сильному растяжению связок крестцово-подвздошного сустава. Для ребёнка это довольно серьёзная травма, которая иногда может сопровождаться сильными болями, но в большинстве случаев протекает бессимптомно. Вместо овальной формы таз приобретает вид окружности. Направление вертлужных впадин относительно друг друга в патологически суженном тазе ребёнка находится почти под углом 90°, то есть – этот угол стал в 2 раза меньшим, чем у нормальной тазовой кости. Это влечёт за собой частичное вхождение головки бедренной кости в вертлужную впадину, что ортопеды расценивают как подвывих бедра.

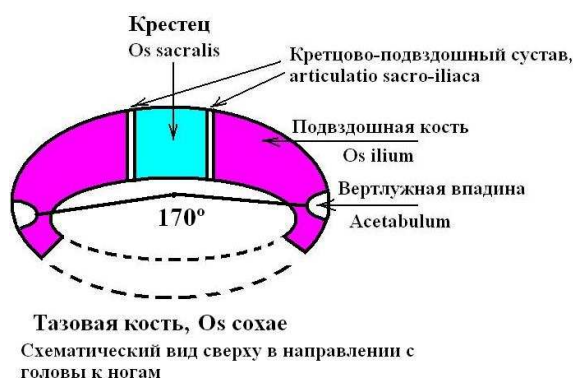


Рисунок 119 – 1. Овальная конфигурация нормальных тазовых костей (вид сверху).

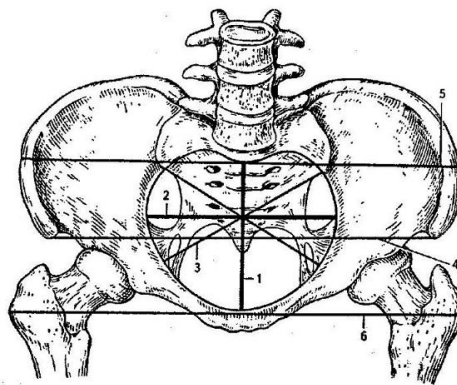


Рисунок 119 – 2. Овальная конфигурация нормальных тазовых костей (вид сверху).

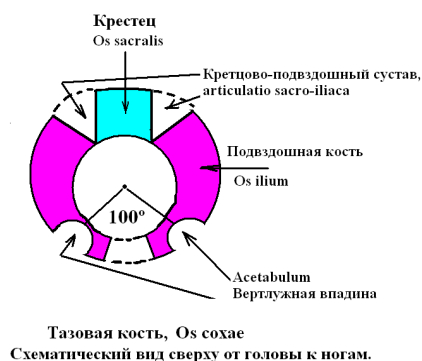


Рисунок 119 - 3. Круглая конфигурация тазовых костей (при виде сверху) у младенца с «врожденным» вывихом бедра.

Первым клиническим симптомом приобретённого во время родов подвывиха бедра является ограничение отведения бёдер поднятых вверх у лежащего на спине ребёнка. Детские ортопеды при исследовании детей в поликлиниках придают большое значение ограничению объёма отведения бёдер. Конечно, направленная вперёд вертлужная впадина своими краями не даёт возможности развести ноги ребёнка в полном объёме. Поэтому этот симптом закономерен при данной патологии. Сильные мышцы ягодицы тянут бедро назад, и почти вытаскивают головку бедра из вертлужной впадины, так как они вытягиваются от патологического перемещения бедра вперёд. Дальнейшее неправильное стояние головки бедра в вертлужной впадине приводит к перерастяжению связок спереди тазобедренного сустава. Вместе со связками вытягиваются и рвутся мелкие сосуды и нервы, возникает дисплазия головки бедра (размягчение кости головки, возникает её неправильная форма). Дисплазия к 10 годам приводит к анкилозу (обездвиживанию) костей в тазобедренном суставе ребёнка. Ребёнок превращается в инвалида на всю жизнь.



1



2

Рисунок 120 – 1, 2. Два метода мануальной терапии по лечению растяжения связочного аппарата крестцово-подвздошного сочленения у новорождённого.

4. Лечение врождённого вывиха бедра мануальной терапией. Как известно, лечение врожденного вывиха бедра в поликлиниках является длительным – до 3 – 5 месяцев родители ребёнка держат малыша в специальных ортопедических аппаратах, которые фиксируют ноги ребёнка в раздвинутом в разные стороны состоянии. Ребёнка с таким аппаратом трудно одевать для прогулки по улице, особенно зимой. За ребёнком трудно ухаживать. Аппарат снижает двигательную активность и тормозит физическое развитие малыша. Однако при помощи мануальной терапии можно излечить ребёнка от врождённого вывиха бедра практически в одну секунду. Для этого врачу-мануалисту или ортопеду необходимо силой поставить крыловидные кости ребёнка в правильное состояние, сблизив их с крестцом. Существует множество прекрасных методов для лечения врожденного вывиха бедра. Обратим внимание на два из них. **Смотрите рисунок 120 – 1, 2.**

Первый метод. Сначала проводится массаж мышц спины с целью их расслабления. Как выяснено из предыдущих рассуждений, причина врождённого вывиха бедра заключается в патологическом сближении крыловидных костей друг с другом. Лечение подразумевает противоположные действия тем, которые виновны в возникшей болезни. Для этого надо крыловидные кости привести к крестцу, то есть вылечить растяжение задних связок внутри крестцово-крыловидного сустава. Делается это следующим образом. Ребёнок ложится на живот. Одна рука врача упирается в крестец ребёнка, а другая тянет крыловидную кость за её гребень вверх. Часто возникает хруст и щелчки в крестцово-крыловидном сочленении ребёнка, после чего наступает выздоровление.

Второй метод. На крестец лежащего на животе ребёнка врач нажимает сверху двумя руками. Полукольцо таза лежащего ребёнка (на переднем подвздошном гребне) упирается в горизонтальную поверхность кушетки. При нажатии сверху на крестец ребёнка происходит сближение двух костей таза (крестца и крыловидной кости) между собой. Часто возникает хруст и щелчки в крестцово-крыловидном сочленении ребёнка, после чего наступает выздоровление.

Рассказано о применении мануальной терапии для нескольких, самых распространённых болезней, возникших у новорождённого после родов. Однако ортопедических и терапевтических послеродовых патологий значительно больше. Много осложнений возникает при щипцовом родовспоможении. При ягодичном предлежании плода роды, как правило, протекают с осложнениями у новорождённого в виде усиления болей в позвоночнике (особенно от остеохондрозов в шейном отделе), возникают вывихи конечностей, деформации грудной клетки и многое другое. В настоящее время в детских поликлиниках России и Белоруссии отсутствуют детские мануальные терапевты, и это очень плохо. Хочется надеяться, что в ближайшее десятилетие отношение к детской ортопедии и мануальной терапии в корне изменится.

§ 73. Показания и противопоказания к проведению мануальной терапии.

Как при любом методе лечения и для мануальной терапии существуют показания к применению и противопоказания. При остеохондрозе и грыже межпозвоночного диска, как ни при каких других заболеваниях, широко применяется мануальная терапия. Врачебная практика убеждает, что эффективность лечения остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут расслаблены (расслаблены), рекомендовано применять мануальную терапию (osteopatiyu).

1. Абсолютные показания для проведения мануальной терапии. Показаниями к применению мануальной медицины являются заболевания, связанные с вертеброгенным фактором, и функциональная блокада, то есть ограничение подвижности суставов неорганического (функционального) происхождения и пределах нормальной физиологической функции суставов.

1) дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилоартроз и др.) с развитием функциональных блоков в позвоночных двигательных сегментах;

2) спондилогенные (дискогенные) ирритативно-рефлекторные синдромы с локальной болью (дискалгия) на уровне позвонков шейных (цервикалгия), грудных (торакалгия) и поясничных (люмбалгия);

- 3) спондилогенные ирритативно-рефлекторные мышечно-дистонические синдромы (передней лестничной мышцы, мышц грудной стенки, грушевидной мышцы и др.);
- 4) спондилогенные ирритативно-вегетативно-трофические синдромы (плечелопаточный периартроз, подвздошно-крестцовый артроз, коксартроз, и др.);
- 5) спондилогенные ирритативно-рефлекторно-сосудистые синдромы на верхних и нижних конечностях (с явлениями акропарестезий, термическими парестезиями, синдромом «беспокойных ног», псевдоартериит и др.);
- 6) люмбаго;
- 7) миофасциальные боли с наличием триггерных зон.

Чтобы избежать врачу судебно-юридических «неприятностей», каждый мануальный терапевт должен хорошо знать правила по применению данного метода лечения.

1) Важно обратить внимание на следующее правило: при радикулитах мануальная терапия абсолютно не эффективна, а при остеохондрозах и грыжах межпозвоночного хряща является самым эффективным методом из всех существующих!!! Действительно, если у пациента радикулит, и воспалены корешки нервов, выходящих из спинного мозга, то невозможно вылечить эту патологию, воздействуя мануальной терапией, то есть – воздействуя методом чрезмерного смещения позвонков и растяжением здоровых тканей межпозвоночного диска!!! Однако, нужно помнить, что в 13% случаев встречается ситуация, когда пациент ***одновременно болен и остеохондрозом, и радикулитом!!!***

2) Необходимо обязательно отметить, что существует одно универсальное противопоказание к проведению лечения мануальной терапией: нельзя проводить лечение остеохондроза этим методом при наличии **сильного воспаления и отека мягких тканей межпозвоночного сустава** (фиброзного кольца, межпозвоночного диска). При наличии сильного воспаления диска – надо сначала снять воспалительный процесс, а потом проводить мануальное лечение.

3) **Противопоказанием** для применения мануальной терапии является наличие опухоли позвоночника, **злокачественные новообразования** любой локализации (лёгких, печени, кожи и т. д.).

4) Врождённые заболевания позвоночника и спинного мозга: ювенильный остеохондроз, сколиоз выше третьей степени; выраженная нестабильность позвоночного двигательного сегмента (III—IV стадии) с явлениями спондилолистеза, врождённый дефект позвонков *spina bifida*.

5) **Дисковые миелопатии** возникают вследствие медленного увеличения остеофитов (шипов), вырастающих от верхней и нижней «площадке» тела позвонков, соединяющихся с верхним и нижним диском. Если возникает преимущественно заднее направление роста «костных шипов» от тел позвонков, то есть – рост шипов в сторону спинного мозга, то возникает хроническая компрессия поперечника спинного мозга, сопровождающаяся полной или частичной окклюзией (сжатием) артерий, снабжающих кровью нервные ткани спинного мозга. Длительная ишемия участков спинного мозга ведёт к деструкции нервных тканей и к прекращению функции проведения биотоков от мышц конечностей к головному мозгу и назад. Возникают стойкие парезы, которые невозможно излечить мануальной терапией.

6) Острые и подострые воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек (миелит – воспаление поперечника спинного мозга вирусной или микробной этиологии, гнойный эпидурит – воспаление твёрдой мозговой оболочки, окружающей ЦНС, арахноидит – воспаление паутинной оболочки, обволакивающей ЦНС и т.п.); острые нарушения спинномозгового кровообращения (спинальные инсульты, дискогенная, посттравматическая, атеросклеротическая, токсическая миелопатия). Например, **миелит**, также как и остеохондроз, начинается с клинического симптома в области позвоночника. Могут возникнуть также вторичные миелиты, возникающие как осложнение кори, тифа, дизентерии, скарлатины, травматические миелиты вследствие травмы позвоночника и спинного мозга и инфицирования гематомы. Отличительными клиническими признаками миелита (в отличие от остеохондроза) являются высокая температура (39 ° по Цельсию), озноб, и что очень характерно – с каждым днём всё ярче проявляется парезы и параличи, сначала вялые, а потом

спастические параплегии (парезы обеих ног или обеих рук), медленное ухудшение всех видов чувствительности кожи конечностей, расстройство функциональной деятельности тазовых органов: задержка, а потом недержание мочи, запор с последующими профузными поносами. При **гнойном эпидурите** также возникают боли в позвоночнике, но появляется высокая температура, симптомы компрессии гнойником поперечника спинного мозга с последующими гиперестезиями, парезами и параличами.

7) Полиартриты третьей-четвертой степени мелких суставов, в том числе и рёберно-позвоночных суставов; свежие травматические поражения позвоночника.

8) Острые и хронические инфекционные заболевания позвонков, которые вначале проявляются такими же болями, как и остеохондроз, например, остеомиелит позвоночника, туберкулезный спондилит, анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), рентгенографическое обследование является решающим фактором в диагностике этих заболеваний.

9) Заболевания внутренних органов, требующие срочного оперативного или терапевтического вмешательства: пенетрирующие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острые нарушения мозгового и венозного кровообращения (инсульты, инфаркты, эмболии артериальные окклюзии), туберкулёз лёгких, острые вирусные и микробные инфекции (грипп, менингит, энцефалит), психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный синдром, старческий маразм) и др. Очень редко боли в пояснице (и в животе одновременно) вызывает атеросклероз почечных артерий.

10) К абсолютным противопоказаниям для применения мануальной терапии для лечения остеохондрозов являются свежие травмы позвоночника с повреждением мягких тканей (мышц, связок, межпозвоночных дисков) и с переломом каких-то частей позвонка (тела, дужек, поперечных отростков, остистых отростков). Из собственного опыта могу сказать, что некоторые пациенты предпочитают скрывать травмы, если они получены в состоянии сильного алкогольного опьянения, если они не хотят начинать неприятный разговор о семейных скандалах или по другим причинам. Применение врачом-мануалистом вытяжения и давления на разорванные связки и осколки костей может вызвать болевой шок и смещение острых фрагментов костей, что приводит к печальным последствиям. Однако вправление вывихов и подвывихов позвонков осуществляют травматологи под наркозом (местным или общим) сразу после получения травмы, а способы вправления вывихов фактически относятся к методам мануальной терапии. Ручное сопоставление отломков костей, которые осуществляют травматологи под наркозом сразу после получения травмы, также относятся к методам мануальной терапии.

Относительным противопоказанием для применения мануальной терапии – это **поздние травмы позвоночника** с давностью повреждений более 3 месяцев. Очень часто при сборе анамнеза пациент просто забывает о травме, полученной более трёх месяцев тому назад, так как считает её полностью зажившей, а следовательно, по его мнению травма не имеет большого значения для предстоящего лечебного процесса. Часто оно так и есть. Но иногда при воздействии мануалиста на неокрепшие связки в зоне бывшего их разрыва возникает острая боль, а нежная костная мозоль может дать трещину и сместиться. Вот почему при физическом воздействии врача – мануалиста на пациента, получившего в недавнем прошлом травму, процедура должна проводиться с очень большой осторожностью. Более того, некоторые переломы костей позвоночника могут произойти не по причине травмы, а из-за сильного напряжения крупной мышцы. Например, очень редко, но у спортсменов и у физически развитых мужчин возникают переломы остистых и поперечных отростков позвонка по причине чрезмерного мышечного сокращения при тяжёлой физической работе. Пациенты не обращаются к травматологу за лечением, так как расценивают переломы остистых и поперечных отростков позвонка как боль в мышцах из-за физической нагрузки, а рентгенологи определяют у них более серьёзную патологию. С жалобами на боли в спине такие пациенты могут обратиться к мануальному терапевту или иглотерапевту. При поверхностном обследовании доктор мануальный терапевт или иглотерапевт может ошибочно поставить диагноз «люмбаго, остеохондроз, радикулит» и начать лечение. Чтобы избежать грубых ошибок, врачи данных специальностей должны не жалеть времени на сбор анамнеза и при возникновении сомнения направлять больного на рентгенограмму соответствующего участка позвоночника.

2. Относительные показания:

- 1) выраженный болевой синдром (выше III степени);
- 2) спондилогенный корешковый синдром с симптомами выпадения функции (парез, гипорефлексия, анестезия поверхности кожи на конечностях и т.п.);
- 3) выраженные спондилогенные нейродистрофические синдромы («плечо—кисть» и др.);
- 4) выраженный спондилогенный заднешейный симпатический синдром («шейная мигрень»), цервикокраниалгия и др.;
- 5) висцерально-рефлекторные мышечные и болевые синдромы, особенно сопровождающиеся функциональными блоками позвоночных сегментов.

§ 74. Дифференциальная диагностика радикулитов и остеохондрозов от похожих на них болезней.

В этом параграфе автор даёт подробное описание клинических симптомов болезней, которые вызывают боли в позвоночнике и часто ошибочно определяются как радикулиты и остеохондрозы. Существует большое количество болезней, которые протекают с главным симптомом для диагностики остеохондроза и радикулита – с симптомом боли в области позвоночника. Поэтому автор предлагает описание клинических симптомов схожих болезней. Чтобы избежать грубых ошибок в диагностике и лечении автор предлагает внимательно прочитать нижеизложенный материал.

1. Травматические повреждения позвоночника, осложнённые невралгиями и невритами. Достаточно часто пациент приходит на приём к иглотерапевту или мануальному терапевту после неудачного падения или удара о дверь. Пациент не придаёт значение травме, забывает о ней, или просто не хочет рассказывать врачу, что недавно был в сильной стадии алкогольного опьянения, или был избит двумя неизвестными мужчинами. Однако, сокрытие анамнеза болезни может таить для врача большую опасность. Врач может начать лечить пациента без рентгенологического обследования, а у этого больного человека имеется перелом тела позвонка, перелом остистого отростка или другая патология, которая является прямым противопоказанием для лечения. Игло-терапевт и мануальный терапевт должен хорошо знать клинические симптомы переломов костей позвоночника, вывихов, подвывихов. Повреждения позвоночника (в частности, переломы) относятся к тяжелым травмам, которые приводят к длительной нетрудоспособности, а нередко и к стойкой инвалидности. Повреждения позвоночника классифицируются по характеру повреждения и анатомической локализации. Различают следующие повреждения позвоночника: ушибы; дисторсии; подвывихи и вывихи; переломовывихи; переломы. По анатомической локализации различают: переломы тел позвонков; переломы дужек; переломы суставных отростков; переломы остистых отростков; переломы поперечных отростков. Переломы тел позвонков могут быть клиновидными (компрессионные), поперечными, вертикальными и оскольчатыми. Нередко наблюдаются переломы нескольких позвонков — множественные и комбинированные, т. е. в сочетании с переломами дужек, суставных и поперечных отростков. Следует различать переломы позвоночника без нарушения целостности спинного мозга и с нарушением целостности спинного мозга и его корешков. Наличие типичного механизма травмы позволяет заподозрить перелом позвоночника. Тщательное обследование больного начинается с выяснения механизма травмы и жалоб пострадавшего. Больные жалуются на боли в позвоночнике, усиливающиеся при движениях, при поворачивании на живот и при поднимании ног.

1) Наиболее благоприятно протекают **ушибы** позвоночника. Основными симптомами ушиба являются местная разлитая припухлость, кровоизлияние, незначительное ограничение движений позвоночника и болезненность при пальпации. В отличие от перелома деформация и болезненность при динамической нагрузке на позвоночник отсутствуют. Для уточнения диагноза и исключения перелома необходимо произвести рентгенограмму. Лечение ушиба позвоночника сводится к применению покоя, массажа и тепловых процедур.

2) **Подвывихи и вывихи позвонков** возникают под влиянием большой силы и нередко сопровождаются разрывом связочного аппарата. Механизм вывиха заключается в форсированной ротации с одновременным сгибанием кпереди и отклонением в сторону (например, при ударе головой о дно водоема при нырянии). Подвывихи и вывихи встречаются в наиболее подвижном отделе

позвоночника — шейном, реже — в поясничном. Форма суставных площадок суставных отростков шейных позвонков, скошенных по направлению сверху спереди — кзади и вниз, допускает при разрыве сумки вывих и соскальзывание вперед или назад периферического отдела шейной части позвоночника. В грудном и поясничном отделах позвоночника вывих сопровождается переломом суставных отростков и встречается редко. Односторонние вывихи чаще всего наблюдаются на уровне III, IV и V шейных позвонков, реже в области I и II шейных позвонков. Вывих атланта нередко сочетается с переломом зуба II позвонка, что представляет большую опасность для жизни больного, так как может произойти повреждение продолговатого мозга. При вывихах атланта рентгенограмма производится через открытый рот для выявления перелома зуба осевого позвонка. Симптомом односторонних вывихов шейных позвонков является асимметричное положение головы. Подбородок отклонен в здоровую сторону, а затылок — и сторону повреждения; мышцы шеи напряжены, (больной жалуется на резкие боли и поддерживает голову обеими руками. Активные движения отсутствуют, пассивные резко ограничены и возможны в сторону, противоположную вывиху. При осторожной пальпации задней стенки глотки через рот определяется костный выступ смещенного позвонка. Вывихи нередко сопровождаются сдавленной корешков. Наиболее часто наблюдаются подвывихи шейных позвонков, при этом чаще страдают III, IV и V шейные позвонки, реже II и VI. Симптомы подвывиха шейных позвонков аналогичны симптомам вывиха. Подбородок повернут в здоровую сторону, а затылок — в сторону повреждения. Мышцы шеи напряжены и фиксируют голову в вынужденном положении, шея на стороне повреждения удлинена, активные движения отсутствуют. Больной страдает от сильных болей и поддерживает голову обеими руками. Пассивные движения резко ограничены и болезненны. Отмечаются корешковые расстройства. Диагноз уточняется после рентгенографии. При этом снимки следует производить в трех проекциях (переднезадней и двух боковых при выпрямленной и согнутой шее). Вывихи и подвывихи шейных позвонков могут сопровождаться повреждением спинного мозга, кровоизлиянием в вещество спинного мозга, тетраплегиеми. При локализации повреждения на уровне I — II шейных позвонков повреждается продолговатый мозг, и больные обычно погибают.

Лечение подвывихов и вывихов шейных позвонков заключается во вправлении и последующей фиксации. Вправление производится или одномоментно, или постепенным вытяжением после введения в область поврежденного сустава 25—30 мл 0,5% раствора новокаина. После вправления накладывают гипсовый корсет с фиксацией головы или больного укладывают на вытяжение петель Глиссона. При подвывихах и вывихах в шейном отделе, не осложненных повреждением спинного мозга, прогноз благоприятен; как правило, функция полностью восстанавливается, и больные возвращаются к труду. Прогноз при вывихах, сопровождающихся повреждением спинного мозга, неблагоприятен. Больные погибают или остаются инвалидами на протяжении всей оставшейся жизни.

3) Переломы тел позвонков. Как уже отмечалось выше, переломы тел позвонков, в частности компрессионные, занимают первое место среди всех видов повреждений позвоночника. Наиболее часто переломы тел позвонков возникают в I и II поясничных, XI и XII грудных и VI—VII шейных. Степень компрессии (клиновидность) позвонка может быть легкой, умеренной и резкой. Нередко при резком сгибании позвоночника в результате давления вышележащего позвонка на нижележащий отламывается верхнее-передний край позвонка, и тогда на рентгенограмме, помимо клиновидной деформации, определяется дополнительный фрагмент в области верхне-переднего края позвонка. Значительно реже наблюдаются переломы с фрагментами в задней части позвонка. При смещении задний фрагмент может вызвать сдавление спинного мозга. Компрессионные переломы тел позвонков сопровождаются повреждениями межпозвоночных дисков. Для правильной диагностики перелома тела позвонка большое значение имеют выявление механизма и тщательное обследование больного. Наиболее трудна диагностика компрессионных переломов шейных позвонков. Больные обычно остаются на ногах, но жалуются на боли в шейном отделе позвоночника. Движения в шейном отделе позвоночника, ротация, переднее и заднее сгибание шеи ограничены. Деформация позвоночника не наблюдается, искривление позвоночника отсутствует. Пальпация остистых отростков болезненна на уровне поврежденного позвонка. Имеется болезненность осевой динамической нагрузки на уровне перелома. Нередко наблюдаются корешковые расстройства в виде гиперестезии. При компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков больные жалуются на боли в области перелома. Движения позвоночника ограничены и болезненны. Больные с трудом поворачиваются на живот и поднимают ноги в лежащем положении. При осмотре отмечается напряжение мышц спины. На уровне перелома выявляется угловой кифоз за счет выступания кзади остистого отростка поврежденного или вышележащего позвонка. Угловой кифоз более отчетливо выражен в грудном отделе, в поясничном наблюдается сглаживание

физиологического лордоза. При пальпации определяются выступающий остистый отросток и резкая болезненность нижележащего, т. е. поврежденного, позвонка. Между этими двумя остистыми отростками отмечается диастаз вследствие повреждения связки. Болезненны поколачивания по остистым отросткам и осевая динамическая нагрузка на позвоночник. Нередко компрессионные переломы сопровождаются корешковыми расстройствами, что проявляется в гипер- или гипестезии сегментов, лежащих ниже поврежденного позвонка. Следует обращать внимание на состояние тазовых органов, так как иногда наблюдается задержка мочеиспускания и дефекации, которая проходит в течение нескольких дней, если отсутствует повреждение спинного мозга. Для уточнения диагноза и для выяснения характера перелома необходимы хорошие рентгеновские снимки в двух, а иногда и в трех проекциях, например при переломах суставных отростков, а также при переломах верхних шейных и верхних грудных позвонков. Компрессионный перелом точно определяется только на рентгенограмме, в боковой проекции. На рентгенограмме в переднезадней проекции определить компрессионный перелом можно, сравнивая высоту отдельных позвонков. В норме высота каждого нижележащего позвонка больше, чем предыдущего, при компрессионном переломе высота тела сломанного позвонка меньше, чем предыдущего, часто отмечается некоторое усиление теней в средней его части. Если существует боковое смещение, то оно хорошо определяется на рентгенограмме в прямой проекции. Однако это не всегда достаточно убедительно. Профильная рентгенограмма дает право безошибочно ставить диагноз компрессионного перелома, если тело пострадавшего позвонка принимает клиновидную форму с широким основанием, направленным кзади.

4) Переломы остистых отростков встречаются редко и возникают либо от непосредственного приложения силы на позвоночник сзади, либо от чрезмерного мышечного сокращения. Диагноз ставится на основании резкой болезненности при пальпации поврежденного отростка, а также его подвижности. При переломах остистых отростков рекомендуются пребывание в постели в течение 3—4 недели, массаж, лечебная физкультура, УВЧ,

5) Переломы поперечных отростков возникают либо от чрезмерного сокращения мышц, либо (значительно чаще) в результате непосредственного приложения силы. Постоянными симптомами следует считать строго локализованную паравертебральную болезненность при боковых движениях в сторону, противоположную повреждению, — симптом Пайра. Следует заметить, что симптом Пайра держится до 2—3 недели после перелома. В положении на спине больной не может поднять ногу на стороне повреждения (симптом «прилипшей» пятки). Пассивная гиперэкстензия ноги в тазобедренном суставе вызывает резкую боль на месте перелома вследствие растягивания подвздошно-поясничной мышцы. Нередко наблюдаются корешковые явления, проявляющиеся гипер- или гипестезией. Диагноз уточняется после рентгенографии в переднезаднем направлении. При переломах поперечных отростков необходимо выдержать больного в постели в течение 3 недели с одновременным применением лечебной физкультуры, массажа, светолечения. При поступлении больного необходимо сделать новокаиновую блокаду в область повреждённых отростков.

2. Атеросклероз. Сведения об этой патологии автор включает в эту книгу по той причине, что некоторые локальные проявления атеросклероза по клиническим проявлениям напоминает ту или иную патологию позвоночника. Например, склеротический процесс дуги аорты приводит к сильному сужению просвета сосудов, которые несут кровь к мозгу, к двум сонным артериям и двум вертебральным артериям. Пациент со склерозом дуги аорты чувствует слабость, головокружение, ухудшение зрения, «туман» перед глазами, затруднение умственной деятельности. Точно такие же симптомы бывают у людей с патологией шейного отдела позвоночника, например, с подвывихом шейных позвонков, которые по причине смещения друг относительно друга пережимают вертебральные артерии и ухудшают кровоснабжение мозга. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы склероза некоторых сосудов. Атеросклероз — хроническое заболевание, при котором происходит системное поражение артерий, выражающееся в отложении липидов и солей кальция в: внутренней стенке и в развитии соединительной ткани с последующим уплотнением и сужением просвета сосудов. Вследствие нарушения кровотока в органах развиваются дистрофические, некробиотические и склеротические процессы. **Необходимо заострить внимание врачей на тот факт, что склерозирование происходит не всех сосудов человеческого организма равномерно, а у каждого человека отдельных его органов и тканей: у одного - сосудов мозга, аорты, у другого - почечных артерий, у третьего - брюшных артерий, артерий ног, у четвёртого - артерий внутреннего уха и так далее. Склероз сосудов у**

большинства пациентов протекает «не тотально, а локально». А так как ухудшение кровообращения любой живой ткани всегда сопровождается ухудшением функции, то возникают выраженные локальные клинические симптомы. Атеросклероз является одной из наиболее частых болезней современности. Распространенность атеросклероза неодинакова. Заболеваемость весьма высока в странах Европы, Северной Америки, в то время как в Азии, Африке, Латинской Америке атеросклероз встречается значительно реже. В крупных городах частота атеросклероза выше, чем в сельских местностях. Мужчины болеют чаще, чем женщины, причем у последних атеросклероз развивается в среднем на 10 лет позже, чем у мужчин. Эти различия являются следствием различного образа жизни, характера питания, рода занятий, генетических особенностей, нервно-гормональных факторов и др. За последние годы, по данным ВОЗ, значительно увеличилась смертность от ишемической болезни сердца, основной причиной развития которой является атеросклероз. Все это свидетельствует о важности и актуальности проблемы атеросклероза.

1) Патологоанатомическая картина. Морфологические изменения при атеросклерозе развиваются в крупных артериях эластического типа. Наиболее часто атеросклероз локализуется в аорте, особенно в брюшном ее отделе, коронарных и мозговых сосудах, почечных артериях, крупных артериях нижних конечностей. Основным морфологическим субстратом атеросклероза является образование в интиме сосудов бляшек. Макроскопически отмечают утолщение и неровность интимы, наличие бляшек разной величины и формы. Атеросклеротические бляшки могут подвергаться распаду с образованием изъязвлений и отложением на них нитей фибрина. Содержимое изъязвившихся бляшек может быть источником эмболии. Нередко наблюдаются кровоизлияния в бляшки. Вторично в бляшках откладываются соли кальция.

2) Общая клиническая картина. В клиническом течении атеросклероза выделяют два периода: начальный (доклинический) и период клинических проявлений. Последний разделяют на три стадии: ишемическую, тромбонекротическую и склеротическую. Первая стадия характеризуется недостаточным кровоснабжением органов и тканей с обратимыми дистрофическими изменениями в них и небольшими функциональными нарушениями. Во II стадии вследствие выраженного нарушения кровоснабжения, а не редко развития тромбообразования формируются очаги дегенерации и некроза. В III стадии в пораженных органах в результате дегенеративно-некротических изменений происходит развитие рубцовой соединительной ткани. Каждая стадия может проявляться соответствующей клинической симптоматикой. Между стадиями имеются различные переходы. Клиника атеросклероза определяется преимущественной локализацией процесса, стадией заболевания, наличием факторов, отягощающих течение (артериальная гипертензия, тромбозы).

3) Атеросклероз аорты. Наиболее частой локализацией атеросклероза в артериальной системе являются аорта и отходящие от нее крупные стволы. Клиническая симптоматика появляется по мере вовлечения в процесс крупных ветвей аорты, нарушающих функцию соответствующих органов и систем. Одним из характерных признаков атеросклероза восходящей части аорты или дуги является симптоматическая гипертензия вследствие поражения депрессорной рефлекторной зоны, а также снижение эластичности аорты. Атеросклеротическая гипертензия характеризуется значительным повышением систолического давления при нормальном или нередко сниженном диастолическом давлении. При сужении устьев левой сонной и безымянной артерии наблюдается симптоматика, связанная с нарушением кровоснабжения головного мозга и верхних конечностей (синдром дуги аорты). При этом отмечают головную боль, головокружение, шум в ушах. При переходе из горизонтального положения в вертикальное или при резких поворотах головы могут возникать обморочные состояния. Нередко при физической нагрузке отмечают слабость, парестезии и болевые ощущения в верхних конечностях. Пульс на лучевой артерии пораженной стороны ослабевает. Одновременно с этим может выявляться разница в величине артериального давления на пораженной и здоровой руках. При аускультации определяется акцент II тона над аортой, иногда II тон приобретает металлический оттенок. Часто выслушивается систолический шум различной интенсивности. Вследствие поражения аортальных (чаще) или митрального (редко) клапанов может возникать аускультативная симптоматика соответствующего порока сердца. Одним из осложнений атеросклероза аорты является развитие **аневризмы** вследствие гибели эластических и мышечных волокон. Клиническая симптоматика аневризмы аорты зависит от ее величины и локализации. При аневризме восходящего отдела аорты частым симптомом являются аорталгии — длительные, ноющие и давящие боли, постепенно возникающие и затихающие. Аневризма дуги аорты может вызвать сужение

отходящих от нее сонной, безымянной и подключичной артерий, паралич левой голосовой связки, проявляющийся охриплостью, сдавление бронха с развитием ателектаза, смещение гортани при систоле сердца. Аневризма нисходящей грудной аорты проявляется признаками сдавления пищевода, болями в груди, спине. При разрыве внутренней и средней оболочек аорты поступающая в месте надрыва кровь расслаивает внутренние и наружные слои (расслаивающая аневризма). Клинически расслаивающая аневризма проявляется внезапными сильными болями за грудиной, в спине, подложечной области (в зависимости от локализации), одышкой, возбуждением. Если больной остается жив, в последующем наблюдается повышение температуры тела, лейкоцитоз, анемия. Рентгенологически при атеросклерозе аорты обычно отмечается ее расширение и удлинение. Характерным признаком является наличие в стенке отложений кальция в виде краевой каемки. При рентгенокимографии аорты зубцы становятся мелкими, неровными, более плоскими.

4) Атеросклероз мезентериальных сосудов наиболее часто проявляется болями в верхней половине живота, возникающими обычно в поздние часы после еды. Наиболее часто атеросклеротический процесс локализуется в брюшном отделе аорты. Симптоматика атеросклероза брюшной аорты определяется выраженностью и локализацией атеросклеротического процесса, поражением ветвей брюшной аорты, наличием тромбоза. При распаде атеросклеротических бляшек отторгающиеся атероматозные массы могут закрывать просвет артериальных ветвей (мезентериальные сосуды, артерии почек и нижних конечностей) с развитием соответствующей симптоматики. В случае локализации атеросклеротических бляшек в области бифуркации аорты или в подвздошных артериях отмечается синдром перемежающейся хромоты, ослабление пульсации на бедренных и подколенных артериях. Длительность болей варьирует от нескольких минут до 1 часа. Они нередко сопровождаются вздутием живота, запорами, отрыжкой. В отличие от болей при язвенной болезни они менее продолжительные, не проходят после приема гидрокарбоната натрия, могут купироваться после применения нитроглицерина. Объективно отмечаются вздутие живота, ослабление или отсутствие перистальтики, небольшое напряжение мышц брюшной стенки, умеренная болезненность при пальпации в верхней половине живота. Подобный симптомокомплекс при атеросклеротическом поражении мезентериальных артерий проявляется сильными болями в животе (брюшная жаба), а иногда проявляется иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов**. Возникает вследствие несоответствия между потребностью в кровоснабжении органов пищеварения и количеством притекающей к ним крови. Одним из осложнений атеросклероза мезентериальных сосудов является внезапное развитие в них тромбоза. Появляются постоянные резкие разлитые или блуждающие боли в животе, чаще в области пупка, тошнота, многократная рвота желчью, задержка стула и газов. В рвотных массах и кале может содержаться примесь крови. Общее состояние больных при этом значительно нарушено, нередко развивается коллаптоидное состояние, умеренно повышается температура тела. При объективном исследовании обращает на себя внимание несоответствие между интенсивностью болевого синдрома и слабовыраженной симптоматикой со стороны живота (участие живота в акте дыхания, отсутствие мышечной защиты, умеренная болезненность при пальпации). Тромбоз мезентериальных сосудов заканчивается нередко гангреной кишечника с появлением симптомов перитонита.

5) Атеросклероз почечных артерий. Основным клиническим признаком является симптоматическая артериальная гипертензия. При выраженном стенозе или полной окклюзии почечной артерии гипертензия характеризуется стабильностью и высокими цифрами артериального давления. При возникновении тромбоза почечных артерий появляются боли в животе и пояснице а иногда проявляется иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов**. Они возникают внезапно и длятся от нескольких часов до нескольких дней. Могут наблюдаться диспепсические явления в виде тошноты и рвоты. В моче нередко обнаруживаются белок, эритроциты, причем гематурия иногда может быть значительной. Артериальное давление при тромбозе почечных артерий повышается. У больных гипертензией до развития тромбоза артериальное давление возрастает.

6) Атеросклероз сосудов нижних конечностей или облитерирующий артериит ног. Основным симптомом является боль в ногах или в одной ноге, возникающая, как правило, при ходьбе. Боль носит приступообразный характер и локализуется чаще всего в икроножных мышцах, стопе, реже бедре. Больные вынуждены останавливаться, после чего боль стихает (перемежающаяся хромота). Другим симптомом являются зябкость конечностей, парестезии. При осмотре пораженная конечность холоднее,

наблюдаются изменение окраски кожи (бледность с мраморным оттенком), сухость и истончение ее. В более поздних стадиях выявляются трофические язвы на пальцах ног, пятках, признаки сухой или влажной гангрены.

3. Артериит. Артериит – воспаление стенки артерии. Причина заболевания – вирусное, микробное, травматическое, лекарственное или аллергическое воспаление отдельных участков крупных артерий. Воспалённый участок артерии покрывается изнутри толстым «налётом» холестериновых бляшек и тромбоцитов. Возникает фиброзное утолщение стенок данного сосуда, поэтому уменьшается кровоснабжение органов и тканей (их ишемия). Часто клиника данных заболеваний аналогична клиники поражения периферического нерва, а дисфункция периферических нервов хорошо лечится иглотерапией. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Артериит характеризуется воспалительным поражением аорты и магистральных сосудов и проявляется главным образом ишемией различных органов и тканей. **Этиология и патогенез.** В развитии аорто-артериита могут играть роль различные инфекции, лекарственные препараты и другие ксенобиотики, в ответ на применение которых в стенках аорты и крупных сосудов возникает неспецифический иммунный воспалительный процесс. У большинства больных выявляется положительная трансформация лимфоцитов с антигеном риккетсии Провачека, причем положительная реакция наблюдается только в присутствии антигена пораженной ткани аорты. **Патологоанатомическая картина.** При неспецифическом артериите обычно поражаются отдельные сегменты грудного и брюшного отделов аорты, проксимальные отделы отходящих от аорты артерий, а также подключичные, сонные, легочная артерии, поражающиеся на всем протяжении. Морфологически в стенках аорты отмечаются утолщение и воспалительно-деструктивные изменения. В медиі наблюдается продуктивное воспаление с клеточной инфильтрацией и разрушением эластических волокон, в адвентиции — фиброз и утолщение, в интимае — реактивная гипертрофия, бугристость, утолщение, отложение фибрина с последующим стенозированием отдельных сегментов аорты и устьев магистральных артерий. В дальнейшем развивается склероз и гиалиноз, а в молодом возрасте — кальциноз. Возможно образование аневризм. **Клиническая картина.** Клиника заболевания определяется остротой и локализацией патологического процесса. Неспецифический артериит развивается в основном у женщин молодого возраста. При поражении общих сонных и подключичных артерий отмечаются слабость в руках, головокружение, обморочные состояния, иногда ухудшение зрения на стороне поражения. При обследовании выявляется ослабление или отсутствие пульса на лучевой, локтевой, плечевой и сонной артериях. Может выслушиваться систолический шум в области шеи и надключичной области. Выявляется асимметрия артериального давления на верхних конечностях. Поражение устьев коронарных артерий проявляется признаками стенокардии, возможно развитие инфаркта миокарда. При локализации патологического процесса в устьях почечных артерий основным синдромом является артериальная гипертензия, часто резистентная к гипотензивной терапии. Стенозирование бифуркации аорты и подвздошных артерий проявляется синдромом перемежающейся хромоты. Реже при аорто-артериите наблюдается синдром абдоминальной ишемии с иррадиацией болей в позвоночник, что **провоцирует возникновение клиники радикулитов и остеохондрозов.** В острой фазе заболевания могут наблюдаться повышение температуры тела, слабость, повышенная утомляемость, изменения в крови в виде увеличения СОЭ и повышения числа лейкоцитов. **Диагноз и дифференциальная диагностика.** Диагностика аорто-артериита базируется на клинической картине заболевания (признаки ишемии органов и тканей у лиц молодого возраста, разница артериального давления на верхних конечностях, артериальная гипертензия, отсутствие или ослабление пульса, наличие систолического шума). Диагноз подтверждается при ангиографическом исследовании. Аорто-артериит необходимо дифференцировать от атеросклеротического поражения сосудов, облитерирующего тромбангиита.

4. Инсульт спинальный — острое нарушение кровообращения в спинном мозге. Как правило, наблюдаются инфаркты спинного мозга; кровоизлияния (гематомииелія) очень редки. **Как известно, если к нервным клеткам кровь не приносит кислород 3 минуты, они начинают отмирать. При инфаркте, где возникает полная закупорка сосуда разросшимися фиброзными тканями, располагающимися внутри артерии, к отдельным участкам спинного мозга кровь перестаёт полностью поступать «на протяжении всей оставшейся жизни».** Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что несмотря на длительное лечение врач (этих специальностей) никогда не достигнет полного излечения и даже никогда не сможет улучшить мышечную деятельность конечностей или восстановить функции внутренних органов.

Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему он не в состоянии, и направить его к невропатологу. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Причиной инсульта может быть окклюзия экстракраниальных сосудов, от которых берут начало корешково-медуллярные артерии, или непосредственное поражение интрамедуллярных сосудов, однако их атеросклероз даже у пожилых больных наблюдается не более чем в 3 % случаев. Нередко нарушение кровотока связано с патологией аорты (атеросклеротический стеноз, аневризма, коарктация, осложненная аортография). Другие причины: инфаркт миокарда с падением системного артериального давления, сдавление корешково-медуллярных артерий на почве вертебрального остеохондроза, опухоли позвоночника и спинного мозга. В подавляющем большинстве случаев поражается система передней спинальной артерии, кровоснабжающей передние 2/3 спинного мозга, а по длиннику чаще страдает либо шейное утолщение, либо весь нижний отдел спинного мозга с нижнегрудного уровня. Изредка наблюдается ишемия в зоне задних спинальных артерий на шейном уровне, проявляющаяся грубой сенситивной атаксией в руках. Развитию инсульта нередко предшествует боль в спине, вслед за которой возникают вялый паралич и нарушение поверхностной чувствительности ниже уровня поражения, а также тазовые расстройства. При более ограниченных зонах ишемии может остро сформироваться синдром Броуна — Секара. В случае ишемии в области смежного кровоснабжения передней и задней спинальных артерий клиническая картина напоминает боковой амиотрофический склероз. Возникновение нарушения могут быстро регрессировать, но нередко остается стойкий спинальный дефект. Параклинические данные существенно не помогают диагностике спинального инсульта. Дифференциальный диагноз проводят с миелитом (лихорадка, увеличенная СОЭ), эпидуритом (лихорадка, увеличенная СОЭ, нейтрофилез, блок на миелограмме) и метастатической опухолью позвоночника (анемия, увеличенная СОЭ, обнаружение висцеральной карциномы). Прогноз зависит от массивности зоны размягчения и сопутствующих заболеваний (поражение аорты, метастазы). **Как правило, после инфаркта спинного мозга восстановить утраченные функции мышц и внутренних органов при помощи иглотерапии и мануальной терапии не удаётся.** В редких случаях благодаря длительному лекарственному лечению и массажу удается добиться частичного восстановления движений, чувствительности и ликвидации тазовых нарушений.

5. Вертебральные и краниовертебральные врождённые аномалии — дефекты развития шейного отдела позвоночника и базальных отделов черепа. Часто вертебральные врождённые аномалии имеют симптомы, похожие на радикулит и остеохондроз. **Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что, несмотря на длительное лечение, врач этих специальностей никогда не достигнет полного излечения и даже никогда не сможет улучшить мышечную деятельность конечностей и восстановить функции внутренних органов. Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему он не в состоянии, и направить его к терапевту или хирургу. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии.** Чаще всего наблюдаются: синостоз (слияние соседних позвонков), базилярная импрессия (вдавление краев большого затылочного отверстия в область задней черепной ямки), платибазия (уплощение основания черепа) и ассимиляция атланта (срастание атланта с черепом). Нарушение строения костной ткани и нормальных взаимоотношений между позвоночником и черепом нередко приводит к хронической дислокации ствола мозга и верхних отделов спинного мозга, а также корешков и питающих спинной мозг и ствол сосудов. До известного возраста эта патология может не проявляться. Однако в дальнейшем даже в зрелом возрасте могут впервые выявиться органические симптомы — поражение продолговатого мозга, мозжечка и верхних отделов спинного мозга, а также окклюзионная гидроцефалия.

Синдром Клиппеля — Вейля — синостоз шейных позвонков, которому могут сопутствовать окципитализация атланта, расщепление дужек позвонков и т. д. Клиническая картина: резкое укорочение шеи, кифосколиоз, ограничение подвижности головы; неврологические расстройства — пирамидные и ствольные симптомы; тазовые нарушения очень редки.

Синдром Арнольда—Киари обычно развивается на фоне костных аномалий — уменьшения размеров задней черепной ямки, коарктации затылочного отверстия, платибазии, базилярного вдавления. Костным аномалиям сопутствует смещение миндалин мозжечка в верхние отделы позвоночного канала. Клинические симптомы: головная боль, мозжечковые и ствольные расстройства, спастический тетрапарез, «нистагм, бьющий вниз», крайне редки застойные диски зрительных нервов, может

наблюдаться атрофия половины языка, паралич голосовых связок, стридор. Дифференциальный диагноз — с опухолями задней черепной ямки, краниоспинальными опухолями (в частности, менингиомой большого затылочного отверстия), спино-церебеллярными дегенерациями. Оптимальное параклиническое исследование — компьютерная томография. Высокоинформативна и позитивная миелография, обнаруживающая блок на уровне кранио-вертебрального перехода. Аномалия Арнольда — Киари незаслуженно считается раритетной патологией. Следует помнить, что костные аномалии могут отсутствовать.

Перемеживающая хромота нейрогенная (каудагенная) – обусловлена дисфункцией конского хвоста, служит **врожденный стеноз поясничного отдела позвоночного канала**, либо сужение его по причине других заболеваний позвоночника (ахондроплазия, болезнь Педжета). Вне ходьбы признаков поражения конского хвоста не выявляется, за исключением снижения или выпадения ахилловых рефлексов. С началом ходьбы постепенно нарастают боли (а иногда и парестезии), возникающие в пояснице и распространяющиеся на ноги, либо, наоборот, имеющие восходящий характер. Болям и парестезиям могут сопутствовать прогрессирующие по мере ходьбы слабость в ногах, особенно часто отмечается стеснение. Изредка возникают императивные позывы к мочеиспусканию. Прекращение ходьбы обычно приводит к исчезновению всех описанных нарушений. Однако некоторые больные избавляются от болей только согнувшись вперед; в части случаев боли заставляют больного садиться или даже лечь на тротуар. При возобновлении ходьбы вновь через некоторое время появляются боли и парестезии. По мере развития болезни участки пути, которые может преодолеть больной, все более сокращаются, и некоторые больные не рискуют выходить на улицу. От перемежающей хромоты, обусловленной окклюзией аорты и магистральных сосудов ног, каудогенная хромота отличается как сохранностью пульсации артерий нижних конечностей, так и деталями клинической картины: отсутствием приуроченности болей только к икрам, возникновением во время ходьбы парестезии и парезов. **Тем не менее подавляющая часть подобных больных, как правило, ошибочно, длительно и конечно безуспешно лечится от «облитерирующего эндартериита ног».** Решающее значение имеет миелография, обнаруживающая блокаду поясничного канала на нескольких уровнях. Каудогенная хромота возникает и у больных, страдающих дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, которая чаще всего хорошо лечится с полным восстановлением двигательных функций. Если грыжу не сможет вправить мануальный терапевт, то широкая декомпрессивная ламинэктомия приводит обычно к выздоровлению.

6. МИЕЛИТ (ПЕРВИЧНЫЙ) — воспалительное заболевание спинного мозга инфекционного (вирусного) происхождения. Для **иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что инфекционное воспаление спинного мозга имеет те же симптомы, что и остеохондроз и радикулит. Врач должен честно признаться пациенту, что помочь ему иглотерапевт не в состоянии, и направить пациента к невропатологу или инфекционисту. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач -иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Вторичные миелиты, возникающие как осложнения общеинфекционных заболеваний — кори, тифа, дизентерии, скарлатины и т. д.; травматические миелиты на почве травмы, ранения позвоночника, иногда и спинного мозга; токсические миелиты при тяжелых отравлениях.**

При патологоанатомическом исследовании участки спинного мозга в местах поражения дряблы, более мягкой консистенции, поперечном разрезе серое вещество трудно отличимо от белого. Н пораженным оказывается весь поперечник спинного мозга. При микроскопическом исследовании в веществе спинного мозга отмечаются сосудисто-воспалительные изменения в виде периваскулярной инфильтрации лимфоидными и плазматическими клетками, гиперемия сосудов, стазы в них и периваскулярные кровоизлияния, а также геморрагии диапедезного и сливного характера, чаще в сером веществе. Эти изменения локализуются в одном или нескольких сегментах спинного мозга, захватывая весь его поперечник. Нервные клетки в очагах поражения изменены, в них отмечаются тигролиз и атрофии, миелиновые оболочки распадаются с разрушением осевых цилиндров, причем наблюдается восходящее и нисходящее поражение проводников. Очаги воспаления могут быть и в нескольких местах по длиннику спинного мозга. В случаях некротического миелита виден лишь небольшой ободок мозгового вещества, центральная часть спинного мозга заполнена детритом. В прилежащих к очагу участках нервной ткани наблюдаются отек, скопление зернистых шаров, периваскулярные кровоизлияния. При всех видах миелита в процесс вовлекаются мягкие и твердая мозговые оболочки,

эпидуральная клетчатка, корешки, реже периферические нервы, в связи с чем более правильно говорить о менингоградикуломиелите. Заболевание развивается остро после 2—3-дневного продромального периода **с повышением температуры и озноба (!!!)**. Отмечаются боль и парестезии на туловище и конечностях. Постепенно развиваются парезы и параличи. В зависимости от локализации процесса наблюдаются тетра- и параплегии. Грудной отдел спинного мозга поражается чаще. В процесс вовлекается весь поперечник спинного мозга. Наиболее типичной картиной миелита является нижняя параплегия с выпадением чувствительности по проводниковому типу с опоясывающими болями. При остром развитии болезни параплегия может быть вялой с выпадением сухожильных рефлексов, в последующем вялый паралич может перейти в спастический. При подостром течении болезни параплегия может быть сразу спастической. Клинические проявления параличей изменяются при локализации процесса в шейном или пояснично-крестцовом отделе спинного мозга. Иногда наблюдается синдром Броун-Секара. Обязательной составной частью миелита являются расстройства тазовых органов в виде задержки мочи и кала или в виде слабости сфинктеров. Быстро возникают пролежни. Поражение спинного мозга может быть и многоочаговым на шейном, грудном и поясничном участке спинного мозга одновременно. **Некротический миелит обычно развивается остро и при воздействии на нервные ткани спинного мозга вируса герпеса.** В клинической картине болезни ведущее место занимают амиотрофическая параплегия, сначала спастическая, затем вялая, расстройства функции тазовых органов. Расстройства чувствительности в начале болезни могут иметь диссоциированный характер, затем сплошной, причем изменения чувствительности по своей выраженности отстают от двигательных нарушений.

7. ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА И КОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА встречаются реже опухолей головного мозга и составляют 18% всех новообразований центральной нервной системы. Многие раковые опухоли и их метастазы поражают позвоночник и первичными симптомами их являются симптомы радикулита и остеохондроза. **Если врач – иглотерапевт начнёт лечение онкологического больного, то вреда ему не принесёт, но никогда и не вылечит, никогда не облегчит состояние. В то же время мануальный терапевт во время лечения может ухудшить состояние здоровья пациента. Лечение ракового больного может вызвать много необоснованных претензий, а в силу низких медицинских знаний пациент может утверждать, что раковая опухоль возникла из-за «неправильного» лечения врача.**

Во-первых, надо объяснить пациенту, что за время лечения (на протяжении 10 дней) раковая опухоль не может возникнуть и увеличится до размеров куриного яйца. Для этого необходимо 5 – 10 лет.

Во-вторых, перед началом лечения пожилого человека необходимо сделать рентгенологическое обследование в первую очередь позвоночника, от которого исходят боли, а также лёгких и головного мозга, где чаще всего возникает метастазирование.

В-третьих, раковая опухоль является абсолютным противопоказанием для лечения иглотерапией и мануальной терапией, и это правило врач должен соблюдать.

Чтобы избежать судебных разбирательств, жалоб пациентов и его родственников врач - иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии и проявлять известную бдительность и осторожность. Различают интрамедуллярные опухоли спинного мозга, возникающие из элементов самого мозга (эпендимомы, астроцитомы, реже олигодендроглиомы, глиобластомы и медуллобластомы), и экстрамедуллярные опухоли, растущие из образований, окружающих мозг (менингиомы, невриномы, ангиомы). Экстрамедуллярные опухоли встречаются чаще интрамедуллярных (более 80%) и делятся на экстрадуральные и субдуральные. Опухоли позвоночника, приводящие к компрессии корешков и вещества мозга, чаще метастатические (рак предстательной железы, молочной железы, матки и ее придатков, гипернефрома и др.), реже наблюдаются доброкачественные опухоли (остеоиды, гемангиомы, хондромы, гигантоклеточные опухоли) и различные гранулемы. С практической точки зрения (возможность радикального излечения при своевременной диагностике) большее значение имеют экстрамедуллярные опухоли — менингиомы и невриномы, которые чаще локализуются в грудном отделе и в области корешков конского хвоста. Симптоматология опухолей спинного мозга складывается из корешковых, сегментарных и проводниковых расстройств. Нужно помнить, что раковые поражения спинного мозга и костей позвоночника могут протекать очень длительное время без болей. Корешковые боли в позвоночнике

могут возникнуть на самой последней стадии развития, когда опухоль достигает огромных размеров и становится неоперабельной.

Корешковые расстройства составляют I стадию симптомов экстрamedуллярных опухолей и типичны для невриноом, растущих преимущественно из шванновской оболочки задних корешков. Локализация корешковых болей зависит от уровня поражения позвоночника: в шейном отделе, грудном, поясничном или крестцовым. **Боли при опухолях в области позвоночника абсолютно схожи с теми, которые возникают при проявлении радикулита и остеохондроза, поэтому очень большая вероятность врачебной ошибки в этом случае.** Боли носят соответственно опоясывающий, стягивающий или простреливающий характер, они нередко усиливаются в горизонтальном и несколько уменьшаются в вертикальном положении (симптом положения Раздольского). Могут наблюдаться парестезии, гипестезии.

Сегментарные расстройства проявляются двигательными нарушениями в виде атрофических парезов и параличей, чувствительными и сосудисто-вегетативными нарушениями в связи с поражением соответствующих передних, задних и боковых рогов спинного мозга. На уровне пораженных сегментов выпадают сухожильные рефлексы. Сегментарные нарушения более типичны для интрамедуллярных опухолей и являются первыми симптомами при них.

Проводниковые расстройства характеризуются двигательными нарушениями в виде **центральных парезов и параличей** ниже места локализация опухоли, а также чувствительными расстройствами и при двухстороннем поражении тазовыми нарушениями. Для экстрamedуллярных опухолей типичен синдром половинного сдавления спинного мозга (синдром Броун-Секара), который составляет II стадию этих опухолей. В дальнейшем может развиваться картина поперечного сдавления спинного мозга, характеризующаяся пара- и тетраплегией с наличием патологических знаков, повышением тонуса, сухожильных рефлексов, защитных рефлексов и других явлений спинального автоматизма ниже уровня поражения. Верхняя граница опухоли соответствует уровню расстройства чувствительности (только в случае полного анатомического перерыва мозга). Следует помнить, что граница расстройства чувствительности на определенных этапах еще не достигает своего истинного уровня в связи с неполным перерывом проводников чувствительности. При экстрamedуллярных поражениях она постепенно повышается, при интрамедуллярных опухолях — спускается сверху вниз в силу закона эксцентричного расположения длинных путей в спинном мозге (закон Ауэрбах — Флатау). Корешковые, и сегментарные проводниковые симптомы являются следствием прямого давления, раздражения или разрушения опухолью соответствующих образований, результатом нарушения нормальной циркуляции цереброспинальной жидкости в субарахноидальном пространстве спинного мозга с образованием иногда ликворного столба над очагом опухоли и сдавленной им спинного мозга, а также расстройством кровообращения по системе корешковых артерий и передней спинальной артерии. Этим объясняются допускаемые иногда ошибки в определении уровня опухоли при оценке неврологических симптомов. Важным проявлением опухоли спинного мозга считают изменения состава цереброспинальной жидкости. Рост опухоли приводит к развитию частичной или полной блокады субарахноидального пространства спинного мозга. В ее выявлении играют роль ликвородинамические пробы, заключающиеся в искусственном подъеме ликворного давления выше опухоли при сжатии кровяных и лимфатических сосудов шеи (проба Квекенштедта). Отсутствие или недостаточное распространение повышенного давления свидетельствует о нарушении проходимости ликворного пространства спинного мозга. При проведении ликвородинамических проб могут быть выявлены симптом ликворного толчка Раздольского (усиление болей в зоне сдавленного корешка) и проводниковая парестезия, что более характерно для невриноом. После люмбальной пункции может развиваться синдром вклинения (резкое усугубление проводниковых расстройств вплоть до развития синдрома полной поперечной компрессии продолговатого мозга), что патогномонично для экстрamedуллярных опухолей, особенно невриноом. Для полного блока характерно также резкое падения после взятия небольшого количества цереброспинальной жидкости. Блок субарахноидального пространства и, следовательно, уровень опухоли хорошо выявляются: миелографии с помощью введения контрастных веществ. Характер изменение состава жидкости в виде белково-клеточной диссоциации, которая может иногда достигать больших величин (40 г/л и более), в частности, при локализации блока в области конского хвоста. Выраженный гиперальбуминоз встречается более чем в 90 % случаев. Количество клеток обычно не повышено. Цереброспинальная жидкость может быть ксантохромной за счет выхода эритроцитов из сдавленных сосудов с их последующим гемолизом. При

рентгенографии позвоночника иногда удается обнаружить симптом Элсберга — Дайка: корни дуг позвонков принимают неправильную форму, а расстояние между ними увеличивается. Важнейшее топико-диагностическое значение имеет обнаружение расширенного межпозвонкового отверстия при опухолях типа «песочных часов». В случае опухоли самого позвоночника устанавливают соответствующие изменения, характерные для опухолей костей — остеом, сарком, метастазов рака и т. д. Характерные изменения имеются при гемангиомах позвоночника. Следует особо подчеркнуть, что рентгенологические изменения при метастатических опухолях могут отставать от клинических симптомов, особенно корешковых болей, и выявляться на более поздних стадиях.

8. ПОЛИНЕВРОПАТИИ (ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИИ) — это множественное поражение нервных стволов. Для иглотерапевтов и мануальных терапевтов эта патология интересна тем, что токсические поражения нервных стволов имеют те же симптомы, что и при заболевании пациента остеохондрозом и радикулитом. Однако лечение этой патологии обязательно проводить с учётом главной причины возникновения данного заболевания. Чтобы избежать грубой диагностической ошибки врач-иглотерапевт и мануальный терапевт должен знать симптомы проявления этой патологии. Клиническая картина в типичных случаях полиневропатии складывается из дефектов чувствительности (в частности, парестезии) и вялых парезов, начинающихся с дистальных отделов конечностей и приводящих к ступням (англ. *steppere* — трудовая лошадь), утраты сухожильных рефлексов (раньше и чаще ахилловых). Нередки атрофии кистей и стоп, реже наблюдаются трофические расстройства и нарушения вегетативно-иннервации. Краниальные нервы обычно не страдают. На ЭМГ обнаруживаются изменения денервационного характера, снижена скорость проведения по периферическим нервам. Полирадикулоневропатии характеризуются более быстрым течением, преимущественным поражением проксимальных отделов конечностей, моторные нарушения преобладают над чувствительными при форме Гийена — Барре в процесс нередко вовлекаются черепные нервы. Слабость рук может преобладать над слабостью ног. Редукция скорости проведения по нервам выражена меньше. Повышено содержание белка в цереброспинальной жидкости. Наиболее часта диабетическая поланевропатия (около 30 % всех случаев), алкогольная (30 %) и острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре (15 %).

1) Диабетическая полиневропатия на том или ином этапе возникает почти у 90 % больных диабетом тяжёлой формы. Частота невропатий приходится в очевидной связи с длительностью диабета. Немалую роль играют, очевидно, и другие не известные пока факторы. Нередко невропатия протекает без симптомов, не причиняя каких-либо страданий больному, и только выявление арефлексии (обычно выпадают ахилловы рефлексы) указывает на вовлечение в процесс нервных стволов. В рамках диабетической невропатии выделяют дистальные симметричные полиневропатии (смешанные, преимущественно сенсорные, преимущественно моторные, преимущественно вегетативные), симметричные проксимальные моторные полиневропатии, локальные и множественные невропатии (асимметричная проксимальная моторная невропатия; мононевропатии черепных нервов, например, глазодвигательных; мононевропатии межреберных нервов, туннельные невропатии). Значительные трудности встречает правильное распознавание симптомокомплекса, складывающегося из интенсивных болей и массивного исхудания бедра; указанный симптомокомплекс в определенной степени напоминает невралгическую амиотрофию, и лишь обнаружение гипергликемии позволяет отказаться от предположения о злокачественной опухоли таза, сдавливающей поясничное сплетение. Очень характерны для тяжелых стадий диабета поражение вегетативных волокон, что приводит к дисфункции мочевого пузыря, регуляции артериального давления (ортостатическая гипотензия), нарушениям зрачковой иннервации. Указанные вегетативные нарушения лежат и в основе безболевых инфарктов сердца у диабетиков.

2) Алкогольная полиневропатия. Поражения периферической нервной системы возникает от токсического воздействия спирта на отдельные нервные стволы организма: на седалищный нерв, на плечевое сплетение, на ульнарный нерв и так далее. Типичен паралич лучевого нерва с развитием «висающей кисти» («паралич субботней ночи», «паралич садовых скамеек» — больной глубоко засыпает, закинув руки за спинку скамейки), развивающийся остро после очередного приема значительных доз алкоголя. Иногда наблюдается картина плечевой плексопатии с полным параличом руки и анестезией, а в стадии восстановления — с болевым синдромом. Решающим во всех этих случаях фактором является ишемия от сдавления. Алкогольная полиневропатия чаще и более грубо поражает нижние конечности. Обычно в начальных стадиях имеется болевой синдром в стопах и

икроножных мышцах, чувство онемения в стопах и кистях. Постепенно развивается снижение чувствительности по дистальному типу в виде «перчаток» и «носков», иногда с более грубым поражением волокон глубокой чувствительности. В этих случаях рано выпадают сухожильные рефлексы, развивается сенситивная атаксия и картина «псевдотабеса»; в отличие от спинной сухотки характерна болезненность при сдавлении икроножных мышц. Иногда отмечаются симптомы поражения по типу смешанной полиневропатии с присоединением дистальных атрофических парезов. Алкогольная полиневропатия может иметь рецидивирующее течение. Иногда в цереброспинальной жидкости наблюдается умеренно выраженная белково-клеточная диссоциация. Мышечные боли, болезненность и отеки имеют самую различную локализацию, могут вовлекаться многочисленные скелетные мышцы. В тяжелых случаях наблюдаются распространенные некрозы мышечных волокон, миоглобинурия, поражение почек и гиперкалиемия. Наблюдаются болезненные крампи. Активность креатинкиназы в плазме часто повышена; существует также подострая безболевого миопатия, проходящая при воздержании от алкоголя. Алкогольная миопатия может носить острый, подострый и хронический характер. Так как алкоголики одновременно ещё и курят, то у них часто возникает **табачно-алкогольная амблиопия** — атрофия зрительных нервов с резким снижением зрения по типу ретробульбарного неврита.

3) Острая демиелинизирующая полирадикулоневропатия Гийена — Барре — аутоаллергия к нервным клеткам, которая опасна для человека тем, что быстро разрушает нервные ткани организма и приводит к смерти. **Но начинается демиелинизирующая полирадикулоневропатия клиническими симптомами, похожими на множественные радикулиты и остеохондрозы.** При этой патологии антитела фактически «пожирают» собственные нервные клетки. В развитии процесса имеют значение гуморальные и клеточные иммунные механизмы. Экспериментально путем повторных введений животным эмульсий периферических нервных стволов воспроизведен «аллергический неврит», который по клиническим и морфологическим проявлениям сходен с острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатией человека. В сыворотке больных обнаруживаются антитела к миелину периферических нервов. В острой фазе болезни увеличивается концентрация иммуноглобулинов IgM и IgA. Установлено, что скопление иммунных комплексов по ходу миелиновых оболочек периферических нервов и корешков может вести к распаду миелина, который является мишенью для иммунологической атаки. Существует определенную фазность течения процесса. Сначала отмечается отек и расширение эндоневрального интерстиция, растворение базальной мембраны, деформация леммоцитов. Затем наступает внедрение моноцитов в миелиновое волокно с последующей воспалительной реакцией. При тяжелых формах наряду с выраженным распадом миелина возникает дегенерация аксона. В этих случаях полного восстановления двигательных функций не наступает. **Клиническая картина.** Развитию неврологических симптомов у 30—60 % больных предшествуют инфекции, а также самые различные заболевания. Чаще заболевают молодые люди. **Ведущий симптом болезни — вялые параличи, развивающиеся без лихорадки, им иногда предшествуют парестезии и боль, которые часто расцениваются как боли по причине остеохондроза или радикулита.** Парезы чаще всего начинаются с ног, иногда по типу восходящего паралича. Нарастание парезов и параличей занимает срок от нескольких дней до 1 мес. Часто вовлекаются черепные нервы: лицевые (diplegia facialis), реже блуждающий, языкоглоточный и подъязычный. В 25—30 % случаев отмечается крайне тяжелое течение полирадикулоневропатии с поражением респираторной и бульварной мускулатуры, что требует применения ИВЛ. Расстройства чувствительности представлены обычно негрубыми гипалгезиями по типу перчаток и носков. Выражены спонтанные боли, симптомы натяжения, болезненна пальпация мышц, нервных стволов. В ряде случаев нарушается мышечно-суставное чувство, изредка могут наблюдаться и тазовые нарушения. Сухожильные рефлексы снижаются, а затем исчезают. В цереброспинальной жидкости в большинстве случаев белково-клеточная диссоциация, повышение обнаруживается обычно лишь к 10-му дню болезни, гиперальбуминоз может достигать 3—5 г/л, что очень часто ведет к предположению об опухоли спинного мозга. Резкое снижение скорости проведения по нервам выявляется лишь через 7—14 дней болезни. Восстановление движений начинается на 3-й неделе болезни, а в тяжелых случаях — на 2-м месяце и продолжается без рецидивов в течение 2—6 месяцев, но иногда затягивается до 1—2 лет. Дифференциальный диагноз проводят с острым глиомиелитом, энцефаломиелитами различной этиологии. Остаточные явления отмечаются у 7—22 % больных, перенесших тяжелую форму.

4) Полиневропатии при гематогенном распространении инфекции вируса опоясывающего лишая. В редких случаях спустя 3 недели после появления herpes zoster может возникать острая полирадикулоневропатия по типу синдрома Гийена — Барре. В цереброспинальной жидкости отмечается небольшое увеличение содержания белка, лимфоцитарный плеоцитоз. Морфологически обнаруживается сегментарная демиелинизация в сочетании с аксональной. Диагноз при типичных формах, протекающих с сегментарными герпетическими высыпаниями, не представляет трудностей. При отсутствии высыпаний ограниченные гиперпатии с признаками моторного дефицита необходимо дифференцировать от полирадикулоневропатий при сахарном диабете, при редких формах генерализованной вирусной инфекции с острыми воспалительными демиелинизирующими полирадикулоневропатиями.

Далее располагаются рисунки из «АТЛАСА». Атлас смотри в папке «Атлас акупунктурных точек. doc».

[Для просмотра «АТЛАСА ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ» нажмите на клавиатуре клавишу «CTRL», потом наведите курсор на эту строку и щёлкните левой клавишей мышки.](#)

На обратной стороне обложки книги напечатать:



Автор книги Молостов В.Д. со студенческой скамьи был страстно увлечен восточной медициной. После окончания Минского медицинского института молодой перспективный врач получил возможность пройти стажировку по восточным методам лечения в Китае, а также у лучших отечественных специалистов. Многолетние научные исследования и успешная практическая деятельность В. Д. Молостова нашли отражение в данной книге. Опубликовал 15 монографий по медицине (неврология, акупунктура, акупрессура, мануальная терапия) и 3 по философии. Основное направление научных исследований в иглотерапии — решение проблемы функциональной деятельности акупунктурных точек и систематизация энергетических методов лечения. Основная тема социологических исследований - поиск объективных законов старения человеческой цивилизации, расчеты длительности ее существования, определение космической роли общества.

Основная тема философских исследований доктора Молостова В. Д. является процесс старения и длительность существования нашей земной, человеческой цивилизации. Общество, цивилизация — это тоже живой организм, тоже биологический объект, но значительно большего размера, чем человек. Наша земная цивилизация будет существовать долго, но, в конце концов, она вынуждена будет погибнуть от собственной старости. Нет ничего вечного в этом мире. Не вечно будет существовать Разум. Разум приведет к возникновению науки и техники, а чрезмерный научно-технический прогресс общества через миллионы лет приведет человечество к гибели по причине предельно сильного распыления человечества по бесконечным просторам Вселенной, что вызовет процесс комической асоциализации общества.

Все, кого заинтересовали проблемы, поднятые автором этой увлекательной книги, могут связаться с ним по телефону: Республика Беларусь, Минск, (код 8-10-375-17) 270–70–75. E-mail: molostov_valery@tut.by. Некоторые параграфы книги и информацию об авторе можно прочитать в Internet по адресу: www.molostovvd.narod.ru.

Вариант № 2. ТЕКСТ НА ЗАДНЕЙ ОБЛОЖКЕ КНИГИ.

Автор книги Молостов В.Д. со студенческой скамьи был страстно увлечен восточной медициной. После окончания Минского Медицинского Института молодой перспективный врач получил возможность пройти стажировку по восточным методам лечения в Китае, а также у лучших отечественных специалистов. Врачебный опыт указывал на высокую эффективность лечения остеохондрозов при сочетании иглотерапии и мануальной терапии. В. Д. Молостов стал широко применять другой метод немедикаментозного лечения – мануальную терапию. Многолетние научные исследования и успешная практическая деятельность В. Д. Молостова нашли отражение в данной книге. Изучив ее, читатель приобретает достаточные знания по применению акупунктурного метода лечения, по точечному массажу, познает лёгкие приёмы мануальной терапии, которые легко выполняются в домашних условиях, и сможет избавиться от многих болезней.

Все, кого заинтересовали проблемы, поднятые автором этой увлекательной книги, могут связаться с ним по телефону: Республика Беларусь, Минск, (код 8---10-375-017) 270–70–75. E-mail:

molostov_valery@tut.by. Некоторые параграфы книги и информацию об авторе можно прочитать в Internet по адресу: www.molostovvd.narod.ru

Таблица 21. Перечисление точек ушной раковины, УТ. Международная номенклатура.

1. Анестезия зубов (№ 1) верхней челюсти.	56. Шейка матки
2. Нёбо	57. Тазобедренный сустав
3. Дно ротовой полости	58. Матка (точка секса № 2).
4. Язык	59. Гипотензивная точка
5. Челюсть верхняя	60. Астма (№ 2, смотри 31)
6. Челюсть нижняя	61. Печени № 1 (расстройства)
7. Анестезия зубов (№ 2) нижней челюсти.	62. Пальцы кисти
8. Глаз (орган)	63. Ключица
9. Внутреннее ухо	64. Плечевой сустав
10. Миндалины	65. Плечо
11. Скула (щека)	66. Локоть
12. Вершина трагуса	67. Запястье
13. Надпочечники	68. Аппендикс (№ 1)
14. Нос наружный	69. Аппендикс (№ 2)
15. Горло	70. Аппендикс (№ 3)
16. Нос внутренний	71. Крапивница
17. Жажда	72. Край раковины уха (геликса, точки №1 — 6).
18. Голод	73. Миндалины (№ 1)
19. Гипертония	74. Миндалины (№ 2)
20. Наружное ухо	75. Миндалины (№ 3)
21. Сердце № 1 (сосуды)	76. Печень «ян» (№ 2, смотри 61)
22. Гормоны (гипофиз)	77. Печень «ян» (№ 3)
23. Половые железы	78. Геликса вершина (смотри 72)
24. Глаза (зрение) № 1 и 2	79. Копулятивные органы
25. Мозг головной	80. Мочеточник
26. Зубная боль	81. Прямая кишка
27. Горло и зубы	82. Диафрагма
28. Гипофиз	83. Солнечное сплетение, точка нулевая или «зероу»
29. Затылок	84. Рот
30. Слюнные железы	85. Пищевод
31. Купирующая астма (№ 1)	86. Желудка (кардия)
32. Тестикулярная (точка яичка)	87. Желудок
33. Лоб	88. Дуоденум (двенадцатиперстная кишка)
34. Кора головного мозга	89. Тонкий кишечник
35. Висок	90. Аппендикс (№ 4, смотри 68, 69, 70)
36. Вершина черепа	91. Толстый кишечник
37. Позвонки шейные	92. Мочевой пузырь
38. Копчик	93. Простата
39. Позвонки грудные	94. Уретра
40. Позвонки поясничные	95. Почки
41. Шея	96. Панкреас (поджелудочная железа) и желчный пузырь
42. Грудь	97. Печень
43. Живот	98. Селезенка
44. Грудные железы	99. Асцит
45. Щитовидная железа	100. Сердце № 2 (смотри 21)
46. Пальцы стопы	101. Легкие
47. Пятка	102. Бронхи
48. Лодыжка	103. Трахея
49. Колено	104. «Три обогревателя»
50. Бедро	105. Кровопускание и гипотензивное действие
51. Вегетатика (либидо), точка секса № 1.	106. Низ спины
52. Ишиас	
53. Ягодица	
54. Люмбалгия	

55. Шэнь-мэнь (точка мозга и анестезирующая точка)	107. Верх спины 108. Середина спины 109. Низ живота 110. Верх живота
--	---

Таблица 22. Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания.

Заболевание органа	Специфические акупунктурные точки для лечения данного заболевания
Заболевания периферической нервной системы	кунь-лунь (V.60); сюань-чжун (VB ₃₉)
Заболевания вегетативной нервной системы (преимущественно симпатического отдела)	фэн-чи (VB.20); тянь-чжу (V.10); жань-гу (R.2)
Заболевания мышц	ян-лин-цюань (VB.34)
Заболевания костей	да-чжу (V.11)
Боль в верхней половине тела	хэ-гу (GI.4)
Боль в нижней половине тела	цзу-сань-ли (E.36)
Боль в суставах верхней конечности	вай-гуань (TR.5)
Боль в суставах нижней конечности	цзу-линъ-ци (VB.41)
Спинномозговые нарушения	сюань-чжун (VB.39)
Боль в верхней конечности	вай-гуань (TR.5) с противоположной стороны
Боль в нижней конечности	ся-цзюй-суй (E.39) — также с противоположной стороны
Гипофиз в целом	бай-хуэй (T.20); фэн-фу (T.16)
Передняя доля гипофиза	гуань-мин (VB.37); ци-сюе (R.13) в сочетании с сань-инь-цзяо (RP.6); хэ-гу (GI.4); чжи-ши (V.52)
Задняя доля гипофиза	кунь-лунь (V.60); шэнь-дао (T.11)
Щитовидная железа	фу-лю (R.7)
Паращитовидная железа	тай-чун (F.3); нэй-гуань (MC.6)
Надпочечная железа	фу-лю (R.7); чжи-ши (V.52)
Поджелудочная железа	тай-си (R.3); тай-бай (RP.3); сань-инь-цзяо (RP.6)
Яичники	сань-инь-цзяо (RP.6), фу-лю (R.7)
Яички	мин-мэнь (T.4)
Заболевания мочеполовой системы	ба-ляо (V.31 – V.34)
Заболевания органов дыхания	тань-чжун (J.17); фэй-шу (V.13)

Заболевания вен	ян-фу (VB.38); ба-ляо (V.31 – V.34)
Заболевания артерий	чжун-чун (MC.9); тай-юань (P.9)
Анемия	гао-хуан (V.43)
Заболевания органов пищеварения	чжун-вань (J.12)
Заболевания толстого кишечника	да-чан-шу (V.25) - поперечно-ободочную, шэнь-шу (V.23) - восходящую; ци-хай-шу (V.24) - нисходящую
Диафрагма	гэ-шу (V.17)
Общая противоспастическая точка (воздействие на гладкую мускулатуру)	тай-чун (F.13)
Заболевания уха	хэ-гу (GI.4)
Кожные болезни	ле-цюе (P.7); вэй-чжун (V.40)
Болезни сердца	да-лин (MC.7); гэ-шу (V.17)

ТАБЛИЦА 23.

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ.

Существует три вида канально – цифровой классификации акупунктурных точек: немецкая, английская и французская. Словесные обозначения точек (нецифровые) могут быть только на китайском, японском или вьетнамском языках: точка R.18 звучит на китайском языке как «ши-гуань», что переводится как «каменная граница», точка GI.14 – би-нао, что переводится «мышца руки». Иногда в этой книге и очень часто в других научных изданиях по акупунктуре обозначение многих точек даётся не по канально-цифровой классификации (P.3, PR.7, TR.9 и так далее), а на основании звучания названия точки на китайском языке (вань-гу, да-чжу, хэ-гу и так далее). Особенно часто словесно-китайское (нецифровое) обозначение точек используется в переводной китайской литературе. Алфавитный список словесного обозначения наиболее часто употребляемых практическими врачами акупунктурных точек на китайском языке даёт возможность лучше ориентироваться в читаемом тексте по акупунктуре.

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК

словесного обозначения канальных точек на китайском языке.

Используется французская канально – цифровая классификация акупунктурных точек, где **буквенные обозначения каналов имеют следующую аббревиатуру:** P — канал легких, GI — канал толстого кишечника, E — канал желудка, RP — канал селезенки, C — канал сердца, IG — канал тонкого кишечника, V — канал мочевого пузыря, R — канал почек, MC — канал перикарда, TR — канал трех полостей тела (САНЬ-ЦЗЯО), VB — канал желчного пузыря, F — канал печени, J — передний срединный канал, ЖЭНЬ-МАЙ, T — задний срединный канал, ДУ-МАЙ.

№№ точки и канала	Название точки	№№ точки и канала	Название точки
------------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------------

V.30	бай-хуань-шу	IG.12	бин-фэн
T.20	бай-хуэй	E.19	бу-жун
V.53	бао-хуан	R.22	бу-лан
E.31	би-гуань	VB.13	бэнь-шэнь
GI.14	би-нао		
TR.5	вай-гуань	GI.7	вэнь-лю
E.26	вай-лин	V.50	вэй-цан
VB.36	вай-цю	V.40	вэй-чжун
GI.4	вань-гу	V.2I	вэй-шу
VB.12	вань-гу	V.39	вэй-ян
VB.28	вэй-дао		
V.18	гань-шу	J.4	гуань-юаиь
V.43	гао-хуан(-шу)	E.29	гуй-лай
VB.37	гуан- мин	RP.4	гуань-сунь
E.22	гуань-мэнь	V.46	гэ-гуань
TR.1	гуань-чун	V.17	гэ-шу
V.26	гуань-юань-шу		
RP.21	да-бао	T.14	да-чжуй
RP.2	да-ду	R.4	да-чжун
F.1	да-дунь	VB.26	дай-май
E.5	да-ин	V.19	дань-шу
MC.9	да-лин	VB.42	ди-у-хуэй
R.12	да-хэ	E.4	ди-цан
RP.15	да-хэн	RP.8	ди-цзи
E.27	да-цзюй	E.35	ду-би
V.25	да-чан-шу	V.16	ду-шу
V.11	да-чжу	T.27	дуй-дуань
TR.2	е-мэнь		
R.2	жань-гу	E.17	жу-чжун
VB.24	жи-юе	E.9	жэнь-ин
E.18	жу-гэнь	T.26	жэнь-чжун

V.45	и-си	R.19	инь-ду
TR.17	и-фэн	RP.9	инь-лин-цюань
V.49	и-шэ		инь-лянь
GI.20	ин-сян	F.11	инь-мэнь
E.16	ин-чуан	V.37	инь-си
RP.9	инь-бао	C.6	инь-цзяо
F.1	инь-бай	T.28	инь-цзяо
R.10	инь-гу	J.7	инь-ши
		E.33	
E.14	ку-фан	V.60	кунь-лунь
P.6	кун-цзуй		
MC.8	лао-гун	V.8	ло-цюе
P.7	ле-цюе	RP.7	лоу-гу
F.5	ли-гоу	TR.19	лу-си
E.45	ли-дуй	E.21	лян-мэнь
C.4	лин-дао	E.34	лян-цю
R.24	лин-суй	J.23	лянь-цюань
T.10	лин-тай		
T.4	мин-мэнь	V.3	мэй-чун
VB.16	му-чуан		
VB.19	нао-кун	IG.10	нао-шу
T.17	нао-ху	MC.6	нэй-гуань
TR.13	нао-хуэй	E.44	нэй-тин
V.28	пан-гуан-шу	V.61	пу-шэнь
V.20	пи-шу	GI.6	пянь-ли
V.42	по-ху		
RP.6	сань-инь-цзяо	.21	сюань-цзи
GI.3	сань-цзянь	VB.39	сюань-чжун
V.22	сань-цзяо-шу	T.5	сюань-шу
TR.8	сань-ян-ло	RP.10	сюе-хай
M.C4	си-мэнь	RP.19	сюн-сян
V.B33	си-ян-гуань	P.4	ся-бай

F.2	син-цзянь	J.10	ся-вань
T.22	синь-хуэй	E.7	ся-гуань
V.15	синь-шу	GI.8	ся-лянь
T.25	су-ляо	V.34	ся-ляо
E.2	сы-бай	VB.43	ся-си
TR.9	сы-ду	E.39	ся-цзюй-сую
R.14	сы-мань	E.43	сянь-гу
TR.23	сы-чжу-кун	TR.12	сяо-лэ
VB.6	сюань-ли	V.27	сяо-чан-шу
VB.5	сюань-лу	IG.8	сяо-хай
RP.3	тай-бай	IG.17	тянь-жун
E.23	тай-и	TR.15	тянь-ляо
R.3	тай-си	RP.18	тянь-си
F.3	тай-чун	J.22	тянь-ту
P.9	тан-юань	P.3	тянь-фу
J.17	тань-чжун	MC.1	тянь-хуэй
T.13	тао-дао	TR.10	тянь-цзин
IG.19	тин-гун	IG.11	тянь-цзун
VB.2	тин-хуэй	MC.2	тянь-цюань
E.8	тоу-вэй	MC.1	тянь-чи
VB.15	тоу-лин-ци	V.10	тянь-чжу
VB.11	тоу-цяо-инь	VB.9	тянь-чун
V.66	тун-гу	IG.1	тянь-чуан
C.5	тун-ли	E.25	тянь-шу
V.7	туи-тянь	TR.10	тянь-ю
VB.1	тун-цзы-ляо	E.38	тяо-коу
GI.17	тянь-дин		
E.15	у-и	VB.27	у-шу
V.5	у-чу		

RP.16	фу-ай	RP.13	фу-шэ
VB.10	фу-бай	V.59	фу-ян
R.7	фу-лю	V.13	фэй-шу
V.38	фу-си	V.58	фэй-ян
GI.18	фу-ту	E.40	фэн-лун
E.32	фу-ту	V.12	фэн-мэнь
R.20	фу-тун-гу	T.16	фэн-фу
V.41	фу-фэнь	VB.20	фэн-чи
RP.14	фу-цзе	VB.31	фэн-щи
VB.4	хань-янь	J.1	хуэй-инь
T. 19	хоу-дин	TR.7	хуэй-цзун
IG.3	хоу-си	V.35	хуэй-ян
J.20	хуа-гай	GI.4	хэ-гу
E.24	хуа-жоу-мэнь	GI.19	хэ-ляо
V.51	хуан-мэнь	TR.22	хэ-ляо
R.16	хуан-шу	V.55	хэ-ян
VB.30	хуань-тяо	R.11	хэн-гу
V.47	хунь-мэнь		
E.41	цзе-си	GI.15	цзянь-юй
F.12	цзи-май	R.8	цзяо-синь
RP.11	цзи-мэнь	TR.20	цзяо-сунь
C.1	цзи-цюань	F.7	ци-гуань
IG.2	цзи-чжу	TR.18	ци-май
T.6	цзи-чжун	F.14	ци-мэнь
V.64	цзин-гу	R.13	ци-сюе
VB.25	цзин-мэнь	J.6	ци-хай
P.8	цзин-цюй	V.24	ци-хай-шу
V.63	цзинь-мэнь	E.13	ци-ху
T.8	цзинь-со	E.30	ци-чун
VB.41	цзу-лин-ци	E.11	ци-шэ
E.36	цзу-сань-ли	J.8	ци-янь
V.66	цзу-тун-гу	C.2	цин-лин

F.10	цзу-у-ли	TR.11	цин-лэн-юань
VB.44	цзу-цяо-инь	V.1	цин-мин
VB.33	цзу-ян-гуань	V.2	цуань-чжу
J.19	цзя-гун	V.32	цы-ляо
J.15	цзю-вэй	VB.40	цю-суй
V.14	цзюе-инь-шу	IG.18	цюань-ляо
GI.16	цзюй-гу	VB.7	цзюй-бинь
E.3	цзюй-ляо	J.2	цзюй-гу
VB.29	цзюй-ляо	MC.3	цзюй-цзэ
J.14	цзюй-цюе	F.8	цзюй-цюань
E.6	цзя-чэ	V.4	цзюй-ча
IG.14	цзинь-най-шу	GI.11	цзюй-чи
J.11	цзянь-ли	IG.13	цзюй-юапъ
TR.14	цзянь-ляо	ЕЛ 2	цзюе-пэнь
VB.21	цзянь-цзин	T.18	цян-цзянь
IG.15	цзянь-чжун-шу	IG.2	цян-гу
IG.9	цзянь-чжэнь	T.21	цян-дин
MC.5	цзянь-ши		
T.1	чан-цяи	F.4	чжун-фэн
F.13	чжан-мэнь	J.3	чжун-цзи
R.6	чжао-хай	R.15	чжун-чжу
V.54	чжи-бянь	TR.3	чжун-чжу
TR.6	чжи-гоу	MC.9	чжун-чун
V.67	чжи-инь	T.7	чжун-шу
IG.7	чжи-чжэн	VB.17	чжэн-ин
V.52	чжи-ши	VB.23	чжэ-цзинь
T.9	чжи-ян	P.5	чи-цзе
RP.20	чжоу-жун	RP.12	чун-мэнь
GI.12	чжоу-ляо	E.42	цун-ян
R.6	чжу-бинь	V.6	чэн-гуан
J.12	чжун-вань	VB.18	чэн-лин
VB.32	чжун-ду	E.20	чэн-мань

F.6	чжун-ду	V.36	чэн-фу
-----	---------	------	--------

V.29	чжун-люй-шу	V.56	чэн-цзинь
V.33	чжун-ляо	J.24	чэн-цзян
J.16	чжун-тин	E.1	чэн-ци
P.1	чжун-фу	V.57	чэн-шань
J.13	шан-вань	GI.13	шоу-у-ли
VB.3	шан-гуань	V.65	шу-гу
GI.9	шан-лянь	R.27	шу-фу
V.31	шан-ляо	VB.8	шуай-гу
T.23	шан-син	E.28	шуй-дао
E.37	шан-цзюй-сую	E.10	шуй-ту
RP.5	шан-цю	J.9	шуй-фэнь
R.17	шан-цюй	R.5	шуй-цюань
GI.1	шан-ян	T.11	шэнь-дао
J.17	шань-чжун	V.62	шэнь-май
C.8	шао-фу	C.7	шэнь-мэнь
C.3	шао-хай	V.44	шэнь-тан
IG.1	шао-цзэ	T.24	шэнь-тин
C.9	шао-чун	R.23	шэнь-фэн
P.11	шао-шан	R.25	шэнь-цан
R.18	ши-гуань	J.8	шэнь-цюе
RP.17	ши-доу	T.12	шэнь-чжу
J.5	ши-мэнь	V.23	шлмь-шу

GI.10	шоу-сань-ли		
TR.21	эр-мэнь	GI.2	эр-цзянь
R.21	ю-мэнь	R.26	юй-чжун
VB.22	юань-е	V.9	юй-чжэнь
J.18	юй-тай	R.1	юн-цюань
P.10	юй-цзи	P.2	юнь-мэнь
T. 15	я-мэнь	VB.34	ян-лин-цюауь
VB.14	ям бай	VB.38	ян-фу
V.48	ям ган	VB.35	ян-цзяо
IG.5	мн-гу	TR.4	ян-чи
IG.6	ян-лао	T.2	яо-шу
GI.5	ян-си	T.3	яо-ян-гуань

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК

словесного обозначения внеканальных (ВТ) и новых (НТ) точек на китайском языке.

Цифровая аббревиатура акупунктурных точек даётся в данной таблице по общепризнанной у иглотерапевтов Международной классификации, но буквенная аббревиатура точки обозначаются на русском языке: новая точка – НТ, внеканальная точка - ВТ. **Обозначение общей локализации точки:** г — голова и шея, п — передняя область туловища (грудь и живот), з — задняя область туловища, р — рука, н — нога.

№№ точки и	Название точки	№№ точки и	Название точки
------------	----------------	------------	----------------

канала		канала	
НТ.27-г	ань-мянь 1	НТ.28-г	ань-мянь 2
ВТ.107-р	ба-се	ВТ.163-н	бай-чун-во
ВТ.107-р	ба-сие	ВТ.98-р	бай-мэнь
ВТ.137-н	ба-фэн	ВТЛб-г	би-лю
ВТ.53-з	ба-хуа	НТ.12-г	би-тун
ВТ.62-з	ба-шу	ВТ.115-р	би-чжун
ВТ.61-з	ба-чжуй-ся	НТ.12-г	би-чуан
ВТ.30-г	бай-лао	НТ.93-н	бинь-шан
ВТ.52-з	бай-чжун-фэнь	ВТ.26-г	бянь-тяо (-ти)
НТ.46-з	вай-дин-чуань	НТ.80-н	вань-ли
ВТ.109-р	вай-лао-гун	ВТ.47-п	вэй-бао
НТ.11-г	вай-мин	ВТ.62-з	вэй-гуань-ся-шу
ВТ.43-п	вай-сы-мань	НТ.48-з	вэй-жэ-сюе
ВТ.151-н	вай-хуай-цзянь	ВТ.110-р	вэй-лин
ВТ.22-г	вай-цзинь-цзинь	НТ.37-п	вэй-лэ
НТ.11-г	вай-цин-мин	НТ.100-н	вэй-шан
НТ.101-н	вай-чжи-ли	НТ.55-з	вэй-шу
ВТ.22-г	вай-юй-е		
НТ.49-з	гань-жэ-сюе	НТ.68-р	гун-чжун
НТ.88-н	гань-янь-дань	НТ.83-н	гэнь-цзин
ВТ100-р	да-гу-кун	НТ.45-з	дин-чуань
ВТ.161-н	да-лунь	ВТ.51-з	дин-чуань
НТ.90-н	да-цзянь	НТ.93-н	дин-шан
ВТ.152-н	дан-нан-сюе	ВТ.113-р	дин-шу
ВТ.19-г	ди-хэ		

BT.125-р	е-лин		
HT.30-г	жун-хоу		
BT.13-г	и-мин	BT.166-н	инь-вэй 1
HT.23-г	и-мин-ся	BT.167-н	инь-вэй 2
BT.45-п	и-цзин	BT.168-н	инь-вэй 3

BT.103-р	и-шань-мэнь	HT.104-н	инь-кан
BT.62-з	и-шу	BT.60-з	инь-коу
HT.66-р	ин-ся	BT.3-г	инь-тан
HT.71-р	ин-ся	HT.103-н	инь-шан
BT.157-н	куань-гу	HT.54-з	куй-ян-сюе
BT.142-н	лань-вэй-сюе	HT.62-р	ло-лин-у
HT.81-н	ли-вай	BT.27-г	ло-цзин
BT.130-н	ли-нэй-тин	HT.42-з	ло-цзин-чжуй-пан
HT.82-н	ли-шан	BT.108-р	ло-чжэнь
BT.171-н	лин-бао	HT.65-р	ло-шан
HT.92-н	лин-ся	HT.13-г	лун-сюе
BT.153-н	лин-хоу	HT.91-н	лун-чжун
BT.154-н	лин-хоу-ся	BT.34-п	лун-хань
HT.38-п	лин-яо	BT.58-з	лян-янь
HT.83-н	ло-ди	BT.160-н	ляо-ляо
HT.98-н	май-бу	BT.91-р	му-чжи-цзэ-хэн-вэнь
HT.56-з	мин-мэнь-цзя-цзи	BT.36-п	мэй-хуа
BT.93-р	мин-янь	BT.6-г	мэй-чжун
BT.87-р	му-чжи-ян		
BT.131-н	му-чжи-ли-хэн-вэнь		
BT.136-н	му-чжи-хэн-ли-сань-мао		

НТ.78-н	нао-цин	НТ.67-р	ню-шан-суюе
НТ.73-р	нао-шан	НТ.61-р	нюэ-мэнь
ВТ.146-н	нэй-хуай-цзянь	ВТ.138-н	ной-си
ВТ.97-р	нэй-ян-чи		
ВТ.24-г	пан-лянь-цюань	НТ.59-з	пан-чиан
НТ.32-г	пан-лянь-цюань	ВТ.66-з	пи-гэнь
НТ.76-н	пан-гу	НТ.51-з	пи-жэ-суюе
ВТ.96-р	пан-лао-гун	ВТ.82-з	пинь-суюе-лин
ВТ.17-г	сань-сяо	НТ.43-з	суюе-дянь
НТ.73-р	сань-цзяо-цзи	ВТ.69-з	суюе-фу
ВТ.39-п	сань-цзяо-цзю	ВТ.67-з	суюе-чоу
ВТ.123-р	сань-чи	ВТ.120-р	ся-вэнь-ло
ВТ.99-р	сань-шан	ВТ.18-г	ся-ди-цан
ВТ.104-р	сань-шань-мэнь	ВТ.141-н	ся-кунь-лунь
ВТ.155-н	си-вай	НТ.99-н	ся-у-ли
ВТ.144-н	си-ся	НТ.33-г	ся-фу-ту
НТ.64-р	си-шан	НТ.78-н	ся-цзе-си
ВТ.145-н	си-янь	ВТ.71-з	ся-цзи-шу
НТ.29-г	син-фэнь	НТ.2-г	ся-цин-мин
НТ.96-н	синь-фу-ту	ВТ.80-з	ся-чжуй
ВТ.29-г	синь-ши	НТ.8-г	ся-чэн-ци
ВТ.55-з	синь-шу	ВТ.102-р	сяо-гу-кун
ВТ.169-н	сы-лянь	ВТ.105-р	сяо-чжи-цзэ
ВТ.94-р	сы-фэнь	ВТ.135-р	сяо-чи-ян
НТ.94-н	сы-цян	ВТ.88-з	сяо-чи-ян
ВТ.1-г	сы-шэнь-цун	ВТ.108-р	сян-цян
ВТ.140-н	тай-инь-цзяо	НТ.13-г	тин-суюе
НТ.70-р	тая-цзянь	ВТ.50-п	тин-тоу
ВТ.9-г	тай-ян	НТ.15-г	тин-цзун
ВТ.33-п	тань-чуан	ВТ.5-г	тоу-гуан-мин
ВТ.37-п	ти-вэй	ВТ.83-з	тунь-чжун
НТ.39-п	ти-то (-суюе)	ВТ.126-р	тянь-лин

НТ.14-г	тин-лин	НТ.24-г	тянь-тин
НТ.16-г	тин-минь	НТ.57-з	тяо-юе
ВТ.170-н	у-лин	ВТ.55-з	у-мин-ся
ВТ.89-р	фэн-гуань	ВТ.92-р	фэн-янь
ВТ.28-г	фэн-янь		
ВТ.18-г	хай-сяо	НТ.107-н	хоу-ян-гуань
ВТ.129-р	хоу-е	ВТ.85-з	хуа-то-цзя-цзи
НТ.18-г	хоу-тин-гун	ВТ.85-з	хуа-цзи
НТ.19-г	хоу-тин-сюе	ВТ.84-з	хуань-чжун
НТ.105-н	хоу-сюе-хай	ВТ.23-г	хун-инь
НТ.20-г	хоу-тии-хуэй	ВТ.156-н	хэ-дин
НТ.21-г	хоу-цзун	ВТ.40-п	хэн-вэнь
ВТ.72-з	хоу-ци-мэнь		
ВТ.65-з	цзе-гу	ВТ.57-з	цзюй-цзюе-шу
НТ.47-з	цзе-жэ-сюе	ВТ.15-г	цзя-би
ВТ.65-з	цзе-си	НТ.35-г	цзя-ли
НТ106-н	цзе-цзянь	НТ.35-г	цзя-нэй
НТ.36-п	цзи-синь	ВТ.85-з	цзя-цзи
НТ.95-н	цзи-ся	ВТ.18-г	цзя-чэн-цзян
ВТ.69-з	цзи-цзюй-пи-куай	НТ.3-г	цзян-мин
ВТ.111-р	цзин-лин	НТ.4-г	цзянь-мин 1
НТ.79-н	цзин-ся	НТ.5-г	цзянь-мин 2
НТ.34-г	цзин-чжун	НТ.6-г	цзянь-мин 3
ВТ.42-п	цзин-чжун	НТ.7-г	цзянь-мин 4
ВТ.20-г	цзинь-цзинь	НТ.53-з	цзянь-мин 5
ВТ.35-п	цзо-и	НТ.72-р	цзянь-мин
ВТ.164-н	цзу-ло	НТ.93-н	цзянь-си
ВТ.162-н	цзу-мин	ВТ.127-р	цзянь-шу
ВТ.133-н	цзу-синь	НТ.73-р	цзянь-юй-ся
ВТ.143-н	цзу-чжун-пин	ВТ.150-н	цзяо-и
НТ.78-н	цзу-ся-чуй-дянь	НТ.3-г	цзянь-ян

НТ.19-г	чжи-лун-синь-хао	ВТ.118-р	чжун-цюань
НТ.23-г	чжи-лун-синь-эр-хао	ВТ.121-р	чи-жао
НТ.22-г	чжи-лун-синь-сы-хао	ВТ.32-п	чи-сюе
НТ.30-г	чжи-лун-синь-у-хао	НТ.22-г	чи-цзянь
НТ.65-р	чжи-лун-синь-лю-хао	ВТ.51-з	чуань-си
НТ.21-г	чжи-лун-синь-ци-хао	ВТ.159-н	чуань-гу
НТ.15-г	чжи-лун-синь-ба-хао	ВТ.31-г	чун-гу
НТ.75-н	чжи-пин	НТ.40-п	чун-цзянь
ВТ.115-р	чжи-тань 1	ВТ.165-н	чэн-гу
НТ.93-н	чжи-тань 2	ВТ.149-н	чэн-мин
НТ.30-г	чжи-тун-сюе	НТ.86-н	чэн-цзинь
НТ.64-р	чжи-хун	НТ.77-н	чэнь-пин
ВТ.147-н	чжи-чжуань-цзинь		
ВТ.4-г	шан-гэнь	ВТ.95-р	шоу-чжун-пин
ВТ.14-г	шан-ин-сян	ВТ.38-п	ши-гуань
ВТ.11-г	шан-лун	НТ.3-г	ши-лин
ВТ.21-г	шан-лянь-цюань	ВТ.134-н	ши-мянь
НТ.8-г	шан-мин	ВТ.86-р	ши-сюань
НТ.87-н	шан-си	ВТ.37-п	ши-цан
НТ.109-н	шан-фэн-ши	ВТ.75-з	ши-чи-чжуй-ся
НТ.63-р	шан-хоу-си	ВТ.63-з	шу-бянь
НТ.100-н	шан-хэ-ян	НТ.41-п	шу-си
НТ.1-г	шан-цин-мин	НТ.36-п	шуй-шан
НТ.17-г	шан-эр-гэнь	НТ.52-з	шэнь-жэ-сюе
ВТ.148-н	шао-ян-вай	ВТ.158-н	шэнь-си
НТ.108-н	шан-ян-гуань	НТ.56-з	шэнь-цзи
ВТ.112-р	шоу-цзин-мэнь		
ВТ.2-г	э-чжун	ВТ.10-г	эр-цзянь
ВТ.114-р	эр-бай	ВТ.55-з	эр-чжуй-ся
ВТ.12-г	эр-вэй-цзин-май		
ВТ.35-п	юй	ВТ.81-з	юй-тянь
ВТ.7-г	юй-вэй	ВТ.128-р	юй-цянь

ВТ.20-г	юй-е	ВТ.5-г	юй-шан
НТ.8-г	й-ся	ВТ.6-г	юй-яо
ВТ.25-г	я-сюе	ВТ.77-з	яо-ГЭНЬ
НТ.60-р	я-тун	ВТ.73-з	яо-и
НТ.74-р	яо-сан-чэн	ВТ.79-з	яо-чи
НТ.26-г	янь-чи	ВТ.74-з	яо-янь

Литература по иглотерапии.

- Классические китайские источники и монографии современных китайских авторов (в виде полных и частичных переводов книг с китайского языка): Лао Цзы, Дао Дэ Цзин, Хуань Ди Нэй Цзи Су, Вэнь Лин Шу, Ян Цзин Чжоу, Чжэнь Цзю Да Чэн, Бинь Хоу Мо Сюе, Чжуд-ши (перевод с тибетского). Лекции по чжэнь-цзю. Вэй Жу-шу, Пекин, 1957.
- Добавочные точки в акупунктуре и прижигании. Кэ Чуань-хао, Шанхай, 1959.
- Практическое пособие по акупунктуре и прижиганию. Тзин-ауа, Шанхай, 1972.
- Сборник материалов по современной акупунктуре и прижиганию. Хэн Дан-ан, Пекин, 1958.
- Трактат Наньцзин ("Трудные вопросы классической китайской медицины", 250 год до нашей эры), подготовил материал Дубровин Д.А., АСТА ПРЕСС, Ленинград, 1991.
- «Иглоукалывание». Под общей редакцией Хоанг Бао Тяу и Ла Куанг Ниеп, перевод с вьетнамского языка П. И. Алешина, Москва, "Медицина", 1988.
- Чжу Лянь. «Руководство по современной иглотерапии и прогревания точек». Санкт-Петербург, "Комета", 1992.
- Алексеев А.И. «Очерки о китайской народной медицине». Киев, Госмедиздат, 1979.
- Бунятян А.А. и др. «Иглоукалывание в хирургической клинике». "Хирургия" №12, 1975.
- Вогралик В.Г., Вязьменский Э.С. «Очерки китайской народной медицины». М. 1961.
- Вогралик В. Г., Вогралик М.В. «Пунктурная рефлексотерапия». Горький, 1988.
- Лувсан Гаваа. «Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии». Москва, Наука, 1986.
- Лувсан Гаваа. «Очерки методов восточной рефлексотерапии». Новосибирск, Наука, 1980.
- Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. «Руководство по рефлексотерапии». Киев, Вища школа, 1984.
- И.З. Самосюк, С.А. Войтаник, т. д. Попова, Б.В. Гавата. «Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника». Киев, "Здоровья", 1992.
- Табеева Д.М. «Руководство по иглотерапии». М., Медицина, 1980.
- Касьян Н.А. «Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника». М., Медицина, 1985.
- «Трактаты об иглотерапии и прижигании». Перевод с бурятского, М., Наука, 1987.
- Manaka Y. «Practice of Acupuncture». Yokosuka, 1972.
- Mann F. «Acupuncture». The ancient Chinese art of healing. Heinemann, 1978.
- Nogier P. «Treatise of auriculotherapy». Masionneuve, 1972.
- Pasch E. «Methodik der Entspannung und Atmungstherapie». Leipzig, 1970.
- Matsumoto T, Levy B., Ambruso V. «Clinical evolution of acupuncture». Am. Surg., 1974.
- Mlezack R. «Acupuncture and the pain action». Hamburg, 1976.
- Nakatani Y. «Ryodoraku acupuncture». Tokyo, Japan, 1977.
- Bossy J. «Bases neurobiologiques des reflexotherapies». Paris, Masson, 1983.
- The international journal. Acupuncture electro-therapeutics research. (Oxford - New York - Frankfurt).
- Journal. Akupunktur. Theories und praxis. (Germany, 1989 – 2000).
- Journal. American Journal of Chinese medicine. (USA, 1998 – 2001).
- Journal. The Chinese medical Journal. (China, 1978 – 1999).
- Journal. The Journal of Kyoto Pain Control Institute. (Japan, 1999 – 2001).
- Journal. Revue de la Society International d' Acupuncture. (France, 1995 – 1998).
- European Journal of Chinese Medicine (1989 – 1998).
- Internet - Medicine - Acupuncture.

Литература по мануальной терапии.

- Ахабадзе А. Ф., Арутюнов В. Я. Практическое пособие для медицинских сестер, косметическ-массажистов. СПб.: Гиппократ, 1993.
- Барвинченко А. А. Атлас мануальной терапии. М.: Воениздат, 1990.
- Барвинченко А. А. Атлас мануальной медицины. М.: Воениздат, 1992.
- Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу. М.: Медицина, 1974.
- Белая Н. А., Петров И. Б. Лечебный массаж оздоровительный. М.: Око, 1994.
- Бирюков А. А. Спортивный массаж (пособие для тренеров, спортивных врачей и массажистов). М.: ФиС, 1972.
- Бирюков А. А. Массаж: Учебник для институтов физической культуры. М.: ФиС, 1988.

- Бирюков А. А. Массаж в борьбе с недугами. М.: Советский спорт, 1991.
- Бирюков А. А. Массаж — спутник здоровья. М.: Просвещение, 1992.
- Бирюков А. А. Учитесь делать массаж. М.: Азбука, 1995.
- Бирюков А. А. Массаж для всех. М.: Аппадия, 1996.
- Бирюков А. А. Массаж и самомассаж. Ростов-на-Дону, 1999.
- Бирюков А. А., Васильева В. Е. Спортивный массаж: Учебник для институтов физической культуры. М.: ФиС, 1981.
- Бобырь А. И., Никитин В. В. Дефанотерапия нарушений осанки и сколиоза. Уфа, 1999.
- Васичкин В. И. Справочник по массажу. Л.: Медицина, 1991.
- Васичкин В. И. Лечебный и гигиенический массаж. Минск, 1995.
- Васичкин В. И. Все о массаже. 1000 советов. М.: АСТ-Пресс, 1999.
- Вербов А. Ф. Основы лечебного массажа. М.: Медгиз, 1947.
- Вербов А. Ф. Основы лечебного массажа. М.: Медицина, 1991.
- Волынский Ю. Д. Исцеляющие руки. Практическая энциклопедия массажа. М.: Пластик информ, 1992.
- Глезер О., Долихо А. В. Сегментарный массаж, М., 1990.
- Голдблат Ю. В. Точечный и линейный массаж в неврологии. Л.: Медицина, 1989.
- Дембо А. Г. Спортивная медицина и лечебная физическая культура. М.: ФиС, 1973.
- Дембо А. Г. Спортивная медицина и лечебная физическая культура. М., ФиС, 1979.
- Дубровский В. И. Применение сегментарного массажа при травмах и заболеваниях у спортсменов. Методические рекомендации. М., 1976.
- Дубровский В. И. Методическое пособие по массажу и мануальной терапии (для слушателей курсов). Сорока, 1981.
- Дубровский В. И. Основы сегментарно-рефлекторного массажа. М.: ФиС, 1982.
- Дубровский В. И. Применение мазей, гелей, кремов при травмах и заболеваниях у спортсменов. Методические рекомендации. М., 1986.
- Дубровский В. И. Все виды массажа. М.: Молодая гвардия, 1992.
- Дубровский В. И. Все о массаже. М.: ФиС, 1993.
- Дубровский В. И. Спортивный массаж. М.: ШАГ, 1994.
- Дубровский В. И. Лечебный массаж. М.: Медицина, 1995.
- Дубровский В. И., Дубровская Н. М. Практическое пособие по массажу. М.: ШАГ, 1993.
- Доктор Евдокименко. Остеохондроз — мифы и реальность. М.: Оникс 21 век, 2001.
- Егоров Ю. Здоровье — своими руками. М.: Летавр, 1995.
- Еремушкин М. А. История массажа. М.: 1996.
- Зоде-Файхтенислагер Ф., Вайгльхофер М. Исцеляющие ноги. М.—СПб.: Питер, 1994.
- Исаев Ю. А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике. Киев, 1993.
- Киров Г. А., Назаренко Г. Ф. Массаж. Книга для самостоятельного овладения массажем. М., 1992.
- Киров Г. А. Массаж для всех. М.: Эльф-М, 1994.
- Кодзаев Ю. К. Радикулит. СПб.: Невский проспект, 2001.
- Козлов В. И. Анатомия человека. М.: ФиС, 1978.
- Красикова И. С. Энциклопедия массажа. СПб.: Респекс, 1996.
- Красновский А. А. Самоисцеление. М.: Панорама, 1993.
- Кругляков С. В. 100 приемов мануальной терапии. М.: Советский спорт, 1997.
- Кузнецов В. Ф. Справочник по вертеброневрологии. Клиника, диагностика. Минск: Беларусь, 2000.
- Куничев Л. А. Лечебный массаж (справочник для средних медицинских работников). Л.: Меридиан, 1979.
- Куничев Л. А. Лечебный массаж. Практическое руководство. Киев, 1984.
- Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. М.: Медицина, 1993.
- Лейбольд Г. Рефлексотерапия зон стопы. Техника массажа и рекомендации по применению терапии рефлексных зон стопы. М.: Кристина и К", 1993.
- Пак Чжэ Ву. Су джок терапия. М.: Су джок академия, 1998.
- Пак Чжэ Ву. Су джок для всех. М.: Су джок академия, 2001.
- Покровский В. И. Краткая медицинская энциклопедия. Т. 1,2. М.: Крон-Пресс, 1994.
- Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Йошкар-Ола, 1983.
- Прохоров А. М. Советский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1985.
- Рыжов Ю. Н. Позвоночник — стержень здоровья. Киев, 1999.
- Ситель А. Б. Мануальная медицина. М.: Медицина, 1993.

Скоромец А. А., Клименко А. В. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника. Кемерово: Народная медицина, 1993 *Сыромятникова И. С.* Искусство грима. М.: Высшая школа, 1992. *Тюрин А. М.* Массаж. Традиционный и нетрадиционный. СПб.: Питер. 1995.