

§23. Массаж соматической и вегетативной нервной системы.

Глубокий массаж – самый эффективный метод лечения радикулитов и туннельных невропатий. Существует основная классификация массажа на лечебный и общеукрепляющий (оздоровительный, профилактический). При помощи одних видов массажа (точечного, лечебного) проводится лечение вполне определённых видов болезней, а другие виды массажа обладают общеукрепляющим действием: улучшают обменные процессы, улучшают иммунитет, оздоравливают. Существуют десятки видов массажа: точечный, спортивный, висцеральный, баночный, антициллюлитный, перкуссионный, медовый, шоколадный, электрический (воздействие электрических токов на группы мышц), аппаратный (при помощи электромоторов, которые приводят в движение металлические шарики, выступающие поверхности и так далее) и так далее. Все эти виды массажа воздействуют в первую очередь на здоровые ткани, осуществляя оздоровительное воздействие, но отсутствует специфическое лечебное воздействие на «больные» нервные ткани (соматическую и вегетативную), на эндокринную систему, на ткани мышц и внутренних органов. В 90 % случаев массажистами производится оздоровительный, а не лечебный массаж. Лечение болезней при помощи массажа имеет совсем другую технику проведения. Например, лечебный массаж при радикулите – это в первую очередь массаж пережатых на каком-то участке длины соматических и вегетативных нервных волокон вместе с сосудами, сопровождающими нерв. **Висцеральный массаж** – это массаж вегетативных волокон внутренних органов (сердца, лёгких, печени, селезёнки, желудка, кишечника и так далее). Причина лечебного воздействия «висцерального и соматического массажа» состоит в **улучшении иммунитета внутренних органов совместно с улучшением кровообращения** в них. Когда вирусы находятся внутри клетки, они защищены толстой оболочкой клетки от противовирусных веществ и от гамма - глобулинов (антител), как танкист защищён бронёй танка от пуль противника. При сжатии пальцами врача опухшей от воспаления клетки (нейрона), которая нафарширована миллионами вирусов, воспалённые и «полуживые» клетки разрываются. Вирус из клетки «выдавливается» в артерии и вены (или в межклеточное пространство), где вирусы легко уничтожаются противовирусными препаратами и гамма – глобулинами. Поэтому можно утверждать, что массаж (физическое выдавливание вирусов из клеток) во много раз увеличивает возможность массового уничтожения вирусов антителами организма. Массаж косвенным образом увеличивает иммунитет человека. Одновременно с выдавливанием вирусов «из крепости клеточной оболочки» массаж снимает спазм вен и артерий, расположенных глубоко в тканях внутренних органов (в мышцах, печени, селезёнке, почки, желудка). Вот почему после массажа кожа становится красной (от расширения капилляров) и горячей. Примерно в 2 раза улучшается кровообращение органов грудной и брюшной полостей после их нежного массажа, что усиливает поступление гамма – глобулинов, которые быстро уничтожают вирусы, лишённых защиты клеточной оболочки. Суммарное положительное воздействие массажа следующее: приводит к улучшению иммунитета, функциональной деятельности нервов, улучшению кровообращения и деятельности внутренних органов.

А) Лечение радикулита (и всех туннельных невропатий) в период проявления сильного болевого синдрома. При радикулите и вообще при туннельных невропатиях массаж временно противопоказан в период обострения и сильных болей в месте компрессии нерва. В неврологии выработана совершенно определённая тактика лечения радикулитов: сначала снимается чрезмерный отёк и чрезмерная компрессия корешков (если таковая имеет место быть!) путём введения кортикостероидного гормона, а через 2 дня начинают лечение умеренного отёка нерва массажем. При возникновении очень острой боли в области туннельной невропатии, которая может проявляться у пациента в первые 2 дня болезни, противопоказан точечный массаж эпицентра боли, но рекомендуются сухое тепло (грелка), внутримышечно – витамин В-12. Противопоказано введение иглы в эпицентр боли и в сам нерв (по причине травмы нерва иглой), но желательно прогревающее воздействие сигареты над местом туннельной невропатии. В начальный период воспаления, опухания и сильных болей туннельные невропатии как правило лечатся медикаментозным методом - внутримышечным введением точно в болевую точку раствора **гормона надпочечника** (гидрокортизона, преднизолона, кортизона ацетата или дексаметазона, метилпреднизолона, кеналога, дипроспана, метипреда и так далее). Гормоны надпочечника (кортикостероиды) являются противовоспалительные и противоинфекционные гормоны. Кортикостероиды, которые синтезируются в коре надпочечников, всегда концентрируются в местах воспаления. В местах с большой концентрации кортикостероидов накапливаются лейкоциты, лимфоциты и гамма – глобулины, которых становится в 7 - 14 раз больше, чем в обычной ткани, где нет этого вида гормонов. Следовательно, кортикостероиды в 7 – 14 раз усиливают иммунитет больного

человека. Как правило, для излечения необходимо сделать одну инъекцию. В практическом плане представляет определенную трудность введение раствора точно рядом с местом компрессии нерва, диаметр сечения которого 1 мм, если этот нерв находится под толстым слоем мышц на глубине более 3 сантиметров. Для уточнения локализации (глубинны) места компрессии нерва применяются метод обдавливания болевой точки сверху и сбоку, а так же метод предварительного введения тонкой акупунктурной иглы. Сначала месторасположение болевой точки в толще мышц определяется простым нажатием пальца сверху и с боков. Если этот метод не даёт точной информации глубины залегания зажатого участка нерва, то используют тонкую и длинную акупунктурную иглу. Иглу медленно вводят на соответствующую глубину (до места компрессии нерва). При необходимости меняется несколько раз угол наклона иглы. При соприкосновении иглы с воспаленными тканями вокруг передавленного нерва возникает острая болезненность. У людей, страдающих ожирением, поиск места ущемления нерва на груди и животе таким способом опасен, так как есть вероятность проникновения иглы в грудную или брюшную полость с поражением внутренних органов или воспалённого нерва. При этом возникает такая же острая боль, как и при соприкосновении иглы с участком асептического воспаления вокруг сдавленного нерва. Поэтому необходима предельная осторожность при проведении этой операции. После того, как тонкая иглотерапевтическая игла определила глубину расположения зажатого нерва, параллельно ей проводится инъекционная игла, и раствор гормона надпочечника вливается точно внутрь воспалительного очага.

Б) Лечение радикулитов массажем. Прежде чем рассказывать о методах лечения радикулитов (и других болезней) массажем, вспомним азы анатомии периферической нервной системы, которую мы намериваемся лечить массажем. Периферическая нервная система состоит из соматических и вегетативных волокон. **Соматические волокна** начинаются от спинного мозга и иннервируют на 87 % мышц, суставов и связок, а на 13 % соматические волокна иннервируют мышечные (полые) органы, которые состоят из поперечнополосатых и гладких мышечных волокон (сердце, желудок, толстый и тонкий кишечник, мочевой пузырь, желчный пузырь и другие). Все мышечные внутренние органы одновременно иннервируются соматическими и вегетативными нервными волокнами. Паренхиматозные органы (печень, почки, селезёнка, лёгкие, поджелудочная железа, крупные и мелкие сосуды организма) иннервируются на 100 % **вегетативной (висцеральной) нервной системой** (симпатической и парасимпатической). При массаже происходит воздействие одновременно на соматические и вегетативные волокна. До сих пор рассказывалось о лечении болезней при помощи воздействия на соматическую нервную систему. Анатомия соматической нервной системы (которую часто именуют в научной литературе периферической нервной системой), дана на [рисунке 34 – 3](#).

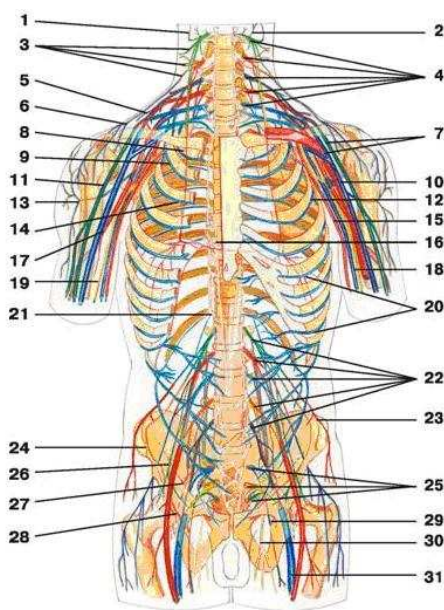


Рис. 29 - 1. Соматические нервы от спинного мозга.

1 — большой ушной нерв; 2 — малый затылочный нерв; 3 — надключичные нервы; 4 — нервы шейного сплетения; 5 — подключичный нерв; 6 — надлопаточный нерв; 7 — плечевое сплетение; 8 — диафрагмальный нерв; 9 — подлопаточный нерв; 10 — срединный нерв; 11 — мышечно-кожный нерв;

12 — грудоспинной нерв; 13 — подкрыльцовый нерв; 14 — длинный грудной нерв; 15 — медиальный кожный нерв плеча; 16 — большой внутренностный нерв; 17 — лучевой нерв; 18 — локтевой нерв; 19 — медиальный кожный нерв предплечья; 20 — межреберные нервы; 21 — малый внутренностный нерв; 22 — нервы поясничного плетения; 23 — подвздошно-подчревный нерв; 24 — подвздошно-паховый нерв; 25 — нервы крестцового сплетения; 26 — полово-бедренный нерв; 27 — верхний ягодичный нерв; 28 — нижний ягодичный нерв; 29 — задний кожный нерв бедра; 30 — запирающий нерв; 31 — седалищный нерв.

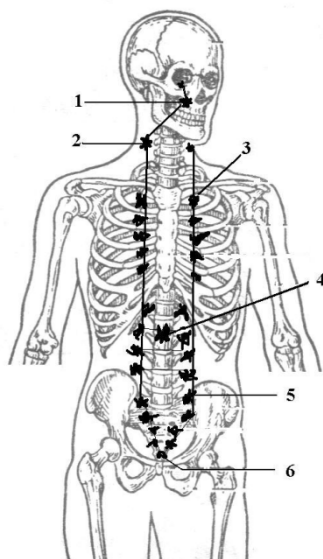


Рисунок 34 - 4. Узлы (ганглии) вегетативной нервной системы, вид внутренней поверхности туловища: 1 – крылонебный узел (парасимпатический), 2 – шейный узел и нисходящий блуждающий нерв, 3 – звездчатый узел, 4 – грудные ганглии (№ 12), 5 – солнечное сплетение, 6 – поясничные ганглии (№ 5), 7 – чревное сплетение (парасимпатический).

По месту расположения и функциональной роли вегетативная нервная система подразделяется **на центральный и периферический отделы**. **Центральный отдел** представлен парасимпатическими ядрами III, VII, IX и X пар черепных нервов, лежащих в мозговом стволе (**в гипоталамусе**), вегетативным ядром бокового (промежуточного) столба VIII шейного, всех грудных и двух верхних поясничных сегментов спинного мозга, крестцовыми парасимпатическими ядрами трех крестцовых сегментов спинного мозга. в мозговом стволе (в гипоталамусе) генерируются биотоки для всей вегетативной нервной системы. **Вегетативные (периферические) нервные волокна** образуют нервные стволы или следуют в составе черепных и спинномозговых нервов, причем по ходу обязательно имеют вегетативные узлы, где происходит передача возбуждения от центрального нейрона к периферическому. **Смотрите рисунок 34 – 4.** Таким образом, вегетативные нервные волокна подразделяются на предузловые (преганглионарные) и послеузловые (постганглионарные). Предузловые волокна покрыты миелиновой оболочкой и выходят из головного и спинного мозга в составе корешков соответствующих черепных и спинномозговых нервов. Послеузловые волокна миелиновой оболочки не имеют и несут нервный импульс от узлов к гладкой мускулатуре, железам и тканям. Вегетативные волокна тоньше соматических, и нервные импульсы по ним передаются с меньшей скоростью. В зависимости от топографии вегетативных ядер и узлов, характера влияния на функции иннервируемых органов, а также различий в длине пред- и послеузловых волокон вегетативная нервная система подразделяется на две части — **симпатическую и парасимпатическую**. Влияние этих двух частей на работу различных органов обычно имеет противоположный характер: если одна система оказывает усиливающее влияние, то другая — тормозящее. Таким образом, ко всем органам и тканям идут как симпатические, так и парасимпатические волокна; исключением являются большинство гладкомышечных оболочек кровеносных сосудов, мочеточники, гладкая мускулатура селезенки, волосяных мешочков и др., лишенных парасимпатической иннервации. Отличительной особенностью симпатической нервной системы является то, что ее центры располагаются в грудном и поясничном отделах спинного мозга, а предузловые волокна короче послеузловых. Центры парасимпатической нервной системы лежат в стволе головного мозга и в крестцовом отделе спинного мозга, а предузловые волокна длиннее послеузловых (узлы этой части вегетативной нервной системы чаще всего расположены в стенках иннервируемых органов). Вегетативный массаж – это лечение

болезни благодаря воздействия на вегетативную нервную систему (на симпатические и парасимпатические волокна). **Вегетативная нервная система регулирует биохимический обмен веществ в органах и тканях.** Массажисты параллельно с нормализацией тонуса мышц, измененных патологическим процессом, применяют метод лечения в виде воздействия на центры вегетативной иннервации с целью улучшения и интенсификации обменных процессов. Для успешной борьбы с любой болезнью необходим активный процесс восстановления, регенерация «покалеченных» патологическим процессом клеток. Из физиологии человека хорошо известно, что регенерационные (восстановительные, питательные, трофические) процессы контролируются вегетативной нервной системой. Стимулировать процесс выздоровления можно массажем местных центров скопления вегетативных волокон. Автор был свидетелем излечения «висцеральными массажистами» различных заболеваний у пациентов (солитарит, ганглионит, туннит, запоры, гипертоническая болезнь, болезнь Крона, Слатера и так далее), которые безуспешно лечились на протяжении 5 – 8 лет лекарственной терапией в наших поликлиниках и больницах.

Хорошо доступны для массажа ганглии и внутренние органы брюшной полости, а плохо доступны – органы грудной полости, воздействие на которые мешает грудная клетка. Существуют следующие крупные нервные образования **вегетативной и соматической нервной системы**, доступные для массажа.

1) Массаж мягких тканей головы применяется при лечении многих болезней (невриты, невралгии). Массаж **яблок глаз** (через закрытые веки) применяется при глазных болезнях, заболеваниях сетчатки глаза, глаукоме, катаракте, плохой аккомодации зрения, головной боли, тахикардии.

2) Внутри мягких тканей шеи проходят почти все черепно-мозговые нервы, исходящие из головного мозга. Шейный ганглий. Располагается в центре шеи, если смотреть на неё сбоку. От ганглия тонкие нервные волокна пронизывают мягкие ткани лица и верхней трети грудной клетки. После массажа шейного ганглия снимаются боли головы, исчезает шум в ушах, улучшается зрение. Массаж показан при следующих заболеваниях: головная боль, тремор, отёк Квинке, болезнь Меньера (приступ головокружения и рвоты), мигрень (сильные головные боли сосудистого генеза), болезнь Рейно (спазм капилляров верхней конечности).

а) Сонная артерия окутана снаружи плотной оболочкой вегетативных волокон. Артерия проходит по шее снизу вверх, от головки ключицы к углу нижней челюсти параллельно боковому краю дыхательного горла. Массаж показан при следующих заболеваниях: головная боль, мигрень, одышка, тахикардия.

б) Блуждающий нерв включает в себе большое количество вегетативных волокон, он проходит от черепа вниз по шее параллельно пищеводу. Блуждающий нерв закрыт дыхательным горлом и толстым слоем поверхностных мышц шеи. Массаж блуждающего нерва на шее показан при следующих заболеваниях: икота (патология иннервации диафрагмы), запор, понос (патология иннервации кишечника), нейрогенная рвота (патология иннервации желудка), сердечная аритмия и экстрасистолия, ночное недержание мочи.

с) Позвоночная (вертебральная) артерия проходит вдоль шейных позвонков сзади и окутана снаружи плотной оболочкой вегетативных волокон. Артерия проходит по шее снизу вверх по заднебоковой поверхности шейных позвонков. Артерия доступна для массажа, особенно если пациент наклонит голову влево или вправо. Массаж показан при поражении **симпатического сплетения позвоночной артерии (при заднем шейном симпатическом синдроме).**

3) Плохо доступен для массажа короткий плечевой нервно-сосудистый пучок (соматическая система), который окружен густой сетью вегетативных волокон. С целью массажа врач производит нажатие большими пальцами в «ямки» над ключицей, под ключицей и в подмышечной впадине. Массаж соматических и вегетативных волокон показан при следующих заболеваниях: невропатия плечевого сплетения, симптом «передней лестничной мышцы», болезнь Рейно (спазм капилляров верхней конечности).

4) Массаж лёгких и сердца затруднено тем, что эти органы защищены грудной клеткой. Однако многие массажисты (Огулов А. и другие) утверждают, что слабый массаж этих органов всё-таки возможно проводить за счёт силовой деформации рёбер. Пациент ложится на спину или на бок, а врач нажимает сверху двумя руками на рёбра с целью периодического уменьшения объёма грудной клетки, что и является массажем органов грудной полости. При массаже лёгких и сердца через грудную клетку могут

быть осложнения в виде перелома рёбер, особенно у пожилых людей, кости которых становятся очень хрупкие. Можно осуществлять непрямой массаж сердца благодаря эластичности грудной клетки. Некоторые авторы утверждают о наличии незначительной эффективности лечения при массаже лёгких при бронхиальной астме, бронхитах, кашле, массажа сердца при стенокардии, аритмии сердца, экстрасистолии и так далее. Другие авторы относятся скептически к массажу органов грудной полости.

5) На грудном и поясничном отделе позвоночника плохо доступны для массажа сплетения вегетативных волокон, которые окружают **корешки нервов, выходящих из спинного мозга, принадлежащих к соматической системе**. Корешки защищены боковыми отростками позвонков и рёбрами. Однако при сильном нажатии на паравerteбральные мышцы в межрёберных промежутках можно производить нежный, но прямой массаж этих соматических и вегетативных волокон. Массаж показан при следующих заболеваниях: радикулиты, остеохондрозы, ганглиониты, невриты, туннельные невропатии, ишиас, полиневропатии, межрёберные невриты.

а) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **желчного пузыря и печени**, показано при следующих заболеваниях: дискинезия желчного пузыря, желчнокаменная болезнь с наличием малого по размеру камней (не более 0,5 сантиметров), холецистит (одновременно с применением антибиотиков), гепатиты различной этиологии, цирроз печени. Интересно подчеркнуть, что массаж желчного пузыря часто излечивает боли в суставах ног!

б) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **желудка**, показано при следующих заболеваниях: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроптоз (опущение желудка).

Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **поджелудочной железы**, показано при следующих заболеваниях: катаральный (не гнойный) панкреатит, диабет сахарный,

с) Через брюшную полость можно воздействовать на густую сеть вегетативных волокон **солнечного сплетения**, которое проецируется на точку, находящуюся на 2 сантиметра выше пупка. Массаж показан при следующих заболеваниях: гастрит, панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, солярит (катаральное воспаление солнечного сплетения), энурез, облитерирующий эндартериит ног, запоры и поносы.

д) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав стенок **тонкого и толстого кишечника**, показано при следующих заболеваниях: колит, энтерит (если данное заболевание не вызвано палочкой дизентерии, холеры, стафилококком, стрептококком и другой бактериальной инфекцией), запор, понос, метеоризм, язвенный колит.

е) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **почек**, показано при следующих заболеваниях: отёки на руках, ногах, на лице, гипертоническая болезнь, ревматизм, анурия, гломерулонефрит (одновременно с массажем желез внутренней секреции и селезёнки), мочекаменная болезнь («песок» в лоханках почек), пиелит и пиелонефрит (одновременно с применением антибиотиков), интоксикация, отравление.

ф) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **селезёнки**, показано при следующих заболеваниях: анемии различной этиологии, астеническое состояние (слабость, вялость), состояние после кровопотери, состояние после хирургической операции.

г) Через брюшную полость можно легко и сильно воздействовать на густую сеть соматических и вегетативных волокон, окружающую **брюшную аорту, место бифуркации аорты на две бедренные артерии**. Массаж показан при следующих заболеваниях: заболевания желудочно-кишечного тракта, запоры, поносы, энурез, болезненные месячные, заболевания женских половых органов. Массаж в области нижнего отдела аорты помогает при многих болезнях ног, болезненных артритах тазобедренного, коленного и голеностопного суставов. Через брюшную стенку массажист может воздействовать на соматическое **пояснично-крестцовое сплетение**, выходящее из спинного мозга и располагающееся на внутренней поверхности мышц спины. В месте раздвоения аорты находятся крупные нервные стволы: **начинается седалищный и бедренный нервы**. Массаж нервов пояснично-крестцового сплетения излечивает радикулиты и остеохондрозы, невралгию бедренного нерва, ишиас и множество других болезней. Автор книги просит обратить пристальное внимание на массаж соматических **пояснично-крестцовых сплетений**, так как при этом достигаются прекрасные результаты при лечении радикулитов.

и) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **женских половых органов и предстательной железы мужчин**, показано при следующих заболеваниях: бесплодие, оварит, сальпингит, простатит, фригидность, импотенция.

к) Воздействие на густую сеть вегетативных волокон, входящих в состав **эндокринных желёз (гипоталамус, гипофиз, щитовидная железа, надпочечника, околощитовидные железы, яичники и яички)**, показано при следующих заболеваниях: ожирение, кахексия, снижение иммунитета, болезнь Аддисона, болезнь Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, зоб, ревматизм, эндокринные артриты, несахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, фригидность, импотенция. Так как гипоталамус и гипофиз находится внутри черепной коробки, то прямой массаж этих органов делать невозможно. Однако воздействие на гипоталамус и гипофиз можно производить только при помощи вибрационного воздействия на всю черепную коробку в целом. Для этого применяются специальные электромеханические вибраторы высокой частоты.

1. Ганглионит ресничного узла (синдром Шарлена).

На дне орбиты глаза находится ресничный узел. Его воспаление характеризуется приступами острой боли, локализуемой в области орбиты, глазного яблока, иррадиирующая в нос. Приступы длятся от 20—30 мин до нескольких часов, преимущественно ночью. Одновременно с болью могут появляться герпетические высыпания на коже лба и носа, а также развиваться кератит, иридоциклит и другие поражения передней камеры глаза (при изолированном поражении только ресничного узла изменения касаются исключительно орбиты и глаза). При пальпации отмечается резкая болезненность внутреннего угла глазницы. Эпицентр болевых ощущений соответствует акупунктурной точки V.1, надавливание на которую иногда провоцирует типичный приступ боли. Причиной развития невралгии ресничного нерва чаще всего являются этмоидит, гипертрофия носовых раковин, искривление носовой перегородки, грипп, хронические инфекции и интоксикации, сдавливание нерва при отеке слизистой оболочки глаза. Лечение начинают с устранения возможной причины заболевания. Для ликвидации болевого приступа слизистую оболочку носа. Верхняя носовая раковина смазывают 5 % раствором кокаина с 0,1 % раствором адреналина. Одновременно в глаз закапывают 2 капли смеси 0,25 % раствора дикаина и 0,1 % раствора адреналина (при поражении ресничного узла достаточно закапывания в глаз). Для ликвидации болевого приступа методами РТ используют корпоральные акупунктурные точки V.1, юй-яо (вн.) и R.6. На ушной раковине воздействуют на ушные точки (УТ) 82, 8, 33 гомолатерального уха и на УТ 82, 55 противоположного уха. Сила стимуляции — средней интенсивности, время воздействия — 20—30 мин. При курсовом лечении методами РТ тактика подбора АТ такая же, как и при ганглионите крылонёбного узла. В сеансы включают общеукрепляющие и местные АТ, располагающиеся преимущественно в зоне иннервации I ветви тройничного нерва, а также АТ шейно-воротниковой области и специфические АТ, преимущественно влияющие на состояние вегетативной нервной системы (ВНС). На ушной раковине чаще других используют следующие УТ: 51, 28, 25, 82, 8, 55, 33, а также болевые точки (рис. 37). В сеансы включают акупрессуру по паравертебральным линиям и шейно-воротниковой области. **Смотрите рисунок 30.** Курс лечения состоит из 10—15 процедур, повторить его можно через 10—12 дней. Можно сочетать акупрессуру и медикаментозные средства.

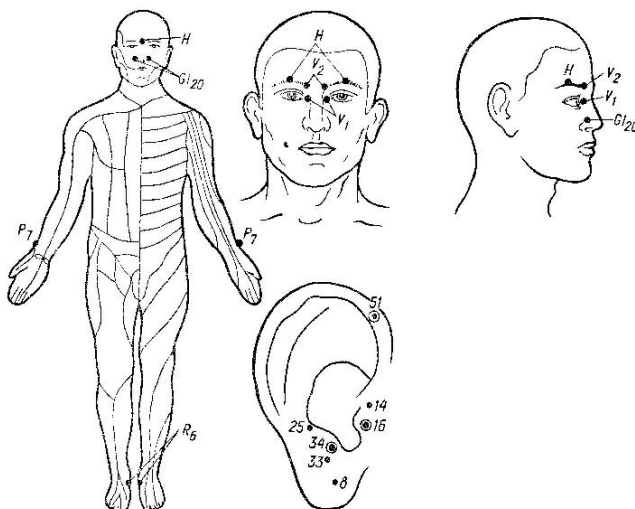


Рисунок 30. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита ресничного узла (болезнь Шарлена).

2. Ганглионит крылонёбного узла (синдром или болезнь Сладера).

Очень часто ганглионит крылонёбного узла диагностируется как неврит второй веточки тройничного нерва. Заболевание связано с поражением симпатических волокон крылонебного узла, лежащего в одноименной ямке верхнечелюстной кости, или его корешков, связанных как со II ветвью тройничного нерва, так и с симпатическими позвоночными нервами. Невралгия крылонебного узла обычно возникает как осложнение воспалительного процесса в придаточных пазухах носа (особенно основной или решетчатой), реже — при травмах лица. Это относительно редкое заболевание, основным проявлением которого являются продолжительные по времени (длительностью в несколько часов) приступы жгучих и трудно переносимых болей в корне носа, в глазу и его окружности, в верхней челюсти, иррадиирующие к виску, уху и сосцевидному отростку, а иногда в язык и воротниковую зону. Одновременно наблюдаются ярко выраженные вегетативные нарушения: слезо- и слюноотечение, выделения из носа, особенно из одной стороны, потливость, светобоязнь, головокружение, шум в ухе, тошнота, а иногда и приступы одышки астмоподобного типа. Чаще всего приступы развиваются в ночное время. Вне приступа выявляются парестезии на пораженной стороне лица, особенно на щеке и в околоушной области, а также шум в соответствующем ухе. **Смотрите рисунок 31.**

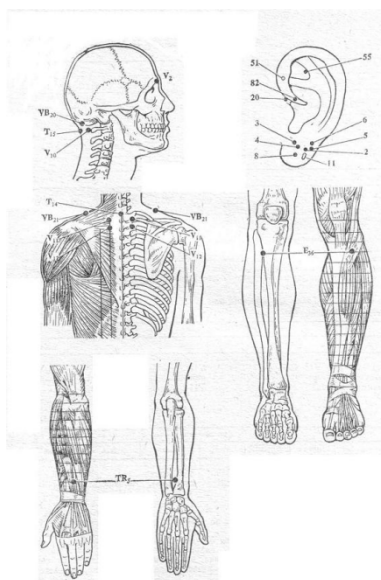


Рисунок 31. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита крылонёбного узла (болезнь Сладера).

Лечение носит тормозный характер, включая ганглиоблокаторы, антигистаминные и болеутоляющие средства, препараты спорыньи (например, кофетамин) и некоторые противосудорожные лекарства (финлепсин, суксилеп); необходимо и специализированное лечение отоларинголога для санации придаточных пазух носа. Точечный массаж при синдроме Сладера носит тормозный характер и может применяться как в порядке неотложной помощи во время приступа болей, так и в составе комплексного курсового лечения во внеприступный период. Во время приступа массируются отдаленные точки верхних и нижних конечностей: GI.4, GI.10, GI.11, MC.6, TR.5, E.36, VB.34, VB.37, V.60, F.2, а также расположенные в сегментарной зоне задней поверхности шеи, затылка, надплечья и верхней части спины V.10, V.11, V.12, VB.11, VB.12, VB.20, VB.21, IG.15, TR.16, BT.29, T.14, T.16, T.17. Тормозный метод применяется на симметричных отдаленных точках конечностей, в ТА заднего срединного меридиана и на стороне поражения в сегментарной зоне, а осторожное стимулирование — в сегментарных точках здоровой стороны. Кроме того, могут использоваться и аурикулярные точки 2, 5, 8, 11, 28, 29, 51, 55 на стороне поражения, а 26-а — на доминантном ухе. В одну процедуру массируются 6—8 точек, по 3—5 минут каждую ТА. Во внеприступный период в первые 1—2 процедуры массируются отдаленные и сегментарные точки, а затем их использование уменьшается, но зато производится седатирующий массаж местных точек щеки, подбородка и околоушной области пораженной стороны: GI.19, GI.20, E.2, E.3, E.6, E.7, E.8, IG.18, IG.19, TR.17, TR.21, TR.22, VB.1, VB.2, VB.3, H.3, H.9, BT.18, T.25, T.26. В одну процедуру обычно обрабатывается 6 — 8 ТА, причем в одних

случаях довольствуются седативным массажем I пары отдаленных ТА, 2—4 сегментарных и нескольких местных точек пораженной стороны.

3. Ганглионит верхнего шейного узла.

Поражение верхнего шейного узла чаще всего связано с инфекциями, интоксикациями, хроническим тонзиллитом и другими заболеваниями и проявляется преимущественно болевым синдромом, который носит пароксизмальный характер с длительностью приступов от нескольких минут до нескольких суток. Локализация и иррадиация боли зависит от связей узла с другими образованиями нервной системы. Известно, что через верхний шейный узел проходят проводники вегетативной афферентации к лицу, располагаясь при этом периваскулярно в сплетении наружной и внутренней сонных артерий, контактируя с вегетативными ганглиями лица (крылонебным, ушным, ресничным и подчелюстным). Эти данные имеют прямое отношение к сосудистой лицевой боли, так как поражение данного ганглия часто приводит к страданию сосудов лица с различными оттенками симпаталгий.

При поражении верхнего шейного узла боль часто локализуется также в шейно-затылочной области и надплечье. Этот факт можно объяснить связями этого узла с ветвями шейного сплетения (отдельные вегетативные волокна от узла вступают в задние корешки С.1 — С.4). Установлены связи узла через шейную межганглионарную ветвь с D.1 — D.4 сегментами (задними рогами). Таким образом, верхний шейный узел является коллектором сенсорной вегетативной иннервации затылка, шеи, надплечья и периваскулярных образований лица.

Клинический диагноз ганглионита верхнего шейного узла основывается как на субъективных данных (локализация боли и ее характер, зоны иррадиации и др.), так и на объективных (синдром Горнера, болевые точки, чувствительные нарушения и др.). Из болевых точек наиболее характерными болезненность проекции самого узла, а также места выхода большого и малого затылочных нервов, болезненность зоны проекции шейногрудного (звездчатого) узла, а также болезненность паравертебральных точек проекции третьего и четвертого грудных узлов. При поражении верхнего шейного узла боль первично возникает в зонах автономной иннервации (чаще всего в затылочной области), откуда распространяется на шею и на область иннервации звездчатого узла (рефлекторное вовлечение звездчатого узла в патологический процесс).

Применение акупрессуры при ганглионитах верхнего шейного узла основывается на знании автономной зоны иннервации, его связей с другими нервными образованиями и зависит также от клинических особенностей течения заболевания. Такой подход дает наиболее благоприятные результаты. По-видимому, воздействие на точки, располагающиеся в зоне иннервации верхнего шейного узла, позволяет наиболее целенаправленно изменять функциональное состояние его нервных клеток. К таким точкам относят следующие: VB.10. VB.12, VB.19, VB.21; V.8 -13; IG.17; T.13 - 17 и др., т. е. точки, располагающиеся преимущественно в затылочно-шейной области. Эффективно использование также точек воротниковой области, отчасти передней поверхности шеи. Из отдаленных точек целесообразно воздействие на точки верхних конечностей. Сеансы лечения начинают с использования общеукрепляющих точек; например, в первый сеанс массируют GI.11, и E.36. На следующий день наряду с отдаленными точками возможно использование точек воротниковой области — V.11; T.14; V.13. Далее включают точки затылка и шеи. Значительное облегчение больному приносит использование болевых точек и зон максимальной иррадиации боли. Если таких зон несколько, то возможно поэтапное их использование. Например, при иррадиации боли в затылок и надплечье вначале используют точки затылка, а на следующий день точки надплечья и т. д. В других случаях возможно использование точек во всех болевых зонах одновременно. Если наблюдается сосудистая лицевая боль при патологии верхнего шейного узла, то наряду с указанными точками используют точки лица в зоне боли. Иногда эффективно подкожное введение игл с двух сторон параллельно больному сосуду. Таким образом, проведение акупрессуры при ганглионите верхнего шейного узла предусматривает использование общеукрепляющих точек, точек затылочно-шейно-воротниковой области, а также аурикулярных точек. Включение общеукрепляющих точек способствует изменению общей реактивности организма, создает благоприятный фон для применения местных точек. Кроме того, общеукрепляющие точки обладают свойством воздействия на центральные вегетативные образования, нормализуя их функцию и тем самым помогая снять депрессивно-тревожный фон у больного, нередко сопутствующий поражениям периферических вегетативных образований. **Смотрите рисунок 32.**

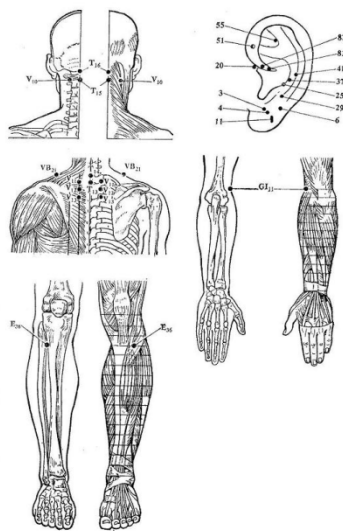


Рисунок 32. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита шейного узла.

Количество проводимых сеансов при ганглионите верхнего шейного узла зависит от состояния больного и обычно ограничивается 10... 15 на курс. Если приступы боли имеют определенную временную закономерность, то лучше проводить сеанс накануне приступа или за несколько часов до его возникновения. Этим удастся в большинстве случаев предотвратить приступ или значительно его облегчить. В последующем (при повторных курсах, иногда следует проводить 3...4 курса), если обострение заболевания наступает весной или осенью, рекомендуются профилактические курсы акупрессура с числом 4...6 сеансов. Методики лечения во всех случаях тормозные.

4. Ганглионит шейно-грудного (звездчатого) узла.

Методика лечения ганглионита звездчатого узла близка к методике лечения ганглионита верхнего шейного узла, однако следует учитывать определенные клинические особенности и связи звездчатого узла с другими нервными образованиями. Так, аксоны звездчатого узла направляются к задним рогам С.5 — D.2 сегментов, а дендриты входят в пучки плечевого сплетения соответственно С.5— D.1 корешкам. Звездчатый узел тесно связан с D.3 — D.6 ганглиями и другими ганглиями шеи и головы. Наряду с этим от него отходят ветви, получившие название нижнего шейного сердечного и позвоночного нервов. Имеются также связи звездчатого узла с диафрагмальным и блуждающим нервами. Особенности взаимоотношений звездчатого узла с другими образованиями и его роль в осуществлении вегетативно-сенсорной афферентации от верхних отделов грудной клетки и верхней конечности в значительной мере обуславливают клиническую картину при поражении узла. Чаще всего, как и при других ганглионитах, поражение звездчатого узла сопровождается болью, которая носит пароксизмальный характер (длительность приступа от нескольких часов до суток). При затянувшемся приступе болевые ощущения локализуются по типу полукуртки, могут распространяться (реперкуссия) и на соответствующую ногу, а также на шею и теменно-височную область.

Если патологический процесс локализован слева, то к указанным признакам присоединяются чувство «сердечной тоски», псевдо-стенокардитическая боль и др. Кроме вышеперечисленных признаков, в период приступа может появляться иногда спонтанный дермографизм и гипергидроз в зонах соответственно болевых ощущений. В. П. Рудик (1969) описывает возникающие нередко антальгические парезы рук во время приступа, исчезающие с исчезновением боли. Из других нарушений, имеющих место при ганглионитах звездчатого узла, могут быть синдром Горнера («обратный Горнер» при раздражении узла), нарушение чувствительности по типу полукуртки в виде гиперестезии, возможно также оживление рефлексов на стороне поражения, особенно с рук. Правильно собранный анамнез с детально проанализированным болевым синдромом в сочетании с объективными данными дает основание точно установить клинический диагноз. (Для точной диагностики важен феномен болезненности самого узла, локализующегося медиальнее переднего края грудино - ключично-сосцевидной мышцы в направлении С.7 позвонка).

Применение иглотерапии при ганглионитах звездчатого узла во многом схоже с применением ее при ганглионите верхнего шейного узла. Используют общеукрепляющие точки, точки с зон иррадиации

боли и болевые пункты. Однако при ганглионите звездчатого узла болевые зоны более обширны, что требует воздействия на большее число точек. Основными зонами воздействия являются шейно-воротниковая область, верхняя часть грудной клетки (передняя и задняя поверхности), верхние конечности. В повседневной практике мы часто пользуемся при этом заболеванием поочередным акупрессурам в точки передней и задней поверхностей грудной клетки в сочетании с янскими или иньскими меридианами рук; для усиления эффекта используется 2...3 точки на нижних конечностях. Например, в один день массируют точки T.14, V.13, а на ногах V.60, на следующий день – E.9, MC.6 и E.36. В рецептуру точек периодически включаются точки T.20, VB.20, V.10 и др., обладающие специфическим воздействием на автономную нервную систему, а также аурикулярные точки. **Смотрите рисунок 33.**

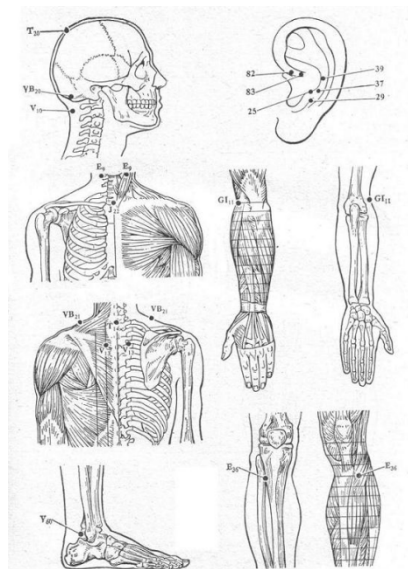


Рисунок 33. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита звёздчатого узла.

Важными при поражении звездчатого узла являются также точки меридианов перикарда и сердца. Это связано, по-видимому, с тем, что основная масса симпатических волокон, отходящих от данного узла, располагается, во-первых, в срединном и локтевом нервах, во-вторых, периартериально. Как раз точки, расположенные на указанных меридианах, топографически соответствуют или отмеченным нервным стволам, или сосудистым образованиям. Естественно, что стимуляция этих акупунктурных точек должна достигнуть соответствующего центра, т. е. звездчатого узла. Если же речь идет о воздействии на верхний шейный узел, то воздействие на него с точек верхней конечности будет опосредованным, т. е. посылаемый импульс должен пройти в звездчатый узел (волокна к верхнему шейному узлу проходят через звездчатый), что, естественно, ослабляет стимулирующий сигнал. Вероятно, поэтому воздействие на верхний шейный узел более эффективно с затылочно-шейно-воротниковой области, а точки рук или ног играют вспомогательную роль (усиливают лечебный эффект). В процедуры включаются и другие методы акупрессуры (ухо-иглотерапия, раздражение пучком игл и т. д.). Количество сеансов на курс обычное (10...15), число курсов от 2 до 5. Каждый последующий курс проводится после более длительного перерыва. Целесообразно и сами сеансы проводить реже (2...3 сеанса в неделю). Методики лечения тормозные.

5. Ганглиониты грудной части симпатического ствола.

Грудная часть симпатического ствола состоит из 12 паравертебральных грудных узлов, расположенных на головках ребер. Наиболее важными образованиями, формирующимися из грудных узлов, являются большой внутренностный (IV—IX узлы) и малый внутренностный (X—XI узлы) нервы. Ветви от 5 верхних грудных узлов дают сосудодвигательные волокна к грудной аорте и волокна, расслабляющие гладкую мускулатуру бронхов и легких.

Внутренностные нервы совместно с волокнами блуждающего нерва участвуют в образовании чревного (солнечного), верхнего и нижнего брыжеечных узлов. Синдромы поражения грудных узлов в связи с этим проявляются различными висцеральными нарушениями по типу пареза или паралича кишечной мускулатуры, имитируя нередко «острый живот». В некоторой степени с этой клинической картиной схоже поражение чревного сплетения, приводящее к различного рода желудочно-кишечным расстройствам. Могут иметь место нарушения функции сердечно-сосудистой системы, присоединяются общие расстройства с изменениями эмоционально-волевой сферы и др. **Смотрите рисунок 34.**

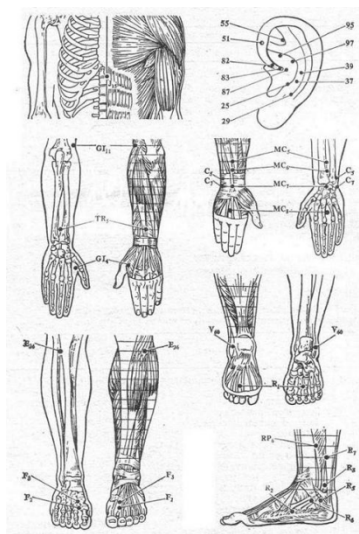


Рисунок 34. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита грудной части симпатического ствола.

Для дифференциации боли солитарного происхождения от экстра-абдоминальных (корешковых) предлагается определять болезненность этих точек как при расслабленном, так и при напряженном состоянии передней брюшной стенки — наличие болезненности в первом случае и отсутствие во втором служат доказательством ее солитарного происхождения. Причиной поражений грудных узлов являются различного рода инфекции и интоксикации, патология позвоночного столба и др. Однако наряду с этим, симпатическая часть автономной нервной системы вовлекается в патологические процессы, развивающиеся в тех органах и тканях, которые она иннервирует. Другими словами, патологические процессы различных внутренних органов являются основной причиной, вызывающей изменения как самих вегетативных узлов брюшной полости, так и симпатического ствола. Вовлечение последнего в таких случаях чаще всего вторичное — путем реперкуссии с преобладанием в нем явлений раздражения и значительно реже выпадения. Это относится и к патологическим изменениям поясничных и крестцовых узлов, вовлекающихся в патологический процесс при поражении соответствующих органов. (Книзу и влево от пупка находится точка проекции нижнего брыжеечного сплетения, а в надлобковой области — зона подчревного сплетения). Сложные нейрогуморальные взаимоотношения, создающиеся в случаях патологии автономной нервной системы, возможность отдаленной иррадиации боли порой вызывают значительные трудности в диагностике первичного очага поражения или раздражения. Этот факт должен учитываться в повседневной врачебной практике. Не менее важен он и для правильного проведения акупрессуры. При необходимости воздействия на симпатический ствол основными точками являются паравертебральные точки, располагающиеся по первой линии меридиана мочевого пузыря, которые выбирают в зависимости от преимущественного страдания того или иного узла, того или иного органа. Используются также ранее перечисленные точки шейно-воротниковой области. Из отдаленных точек выбирают точки на иньских (MC.5-8; C.5-7; F.2, F.3: RP.6, RP.9, RP.10; R.1-7 и др.) и янских (GI.4, GI.11 E.36: TR.5: V.60 и др.) меридианах. В рецептуру включают также общеукрепляющие точки и точки переднего и заднего срединного меридианов. Начинаются сеансы акупрессура, как и в большинстве случаев, с применения отдаленных точек. Например, в первый сеанс используют две точки E.36 и две RP.6. На следующий день возможно акупрессура в точки IG.3 и V.62. На третьем-четвертом сеансе возможно использование паравертебральных точек и отдаленных точек: V.11, P.7 и V.60. В последующем выбирают точки на передней поверхности туловища и внутренних поверхностях конечностей (J.15, MC.6, F.2 и т. д.). Следует учитывать ежедневно самочувствие больного (какой синдром остается ведущим). Если

больного беспокоит боль в области сердца, то можно воздействовать на соответствующие точки (например, С.7 и V.15. В случае боли в животе воздействуют на точки GI.4, E.36, E.25 и другие.

При патологии чревного сплетения лечение также начинают с отдаленных и общеукрепляющих точек. В дальнейшем возможно подключение местных точек, которые выбирают по переднему срединному меридиану, чаще всего точки, расположенные между пупком и мечевидным отростком и в зоне D.10 — L.2 -позвонков. Точки передней и задней поверхностей туловища могут использоваться в один сеанс (больной должен

лежать на боку) или же поочередно (через день). Обязательно они сочетаются с отдаленными и аурикулярными точками («Зеро», головного мозга и др.). Как и при других заболеваниях автономной нервной системы, используют точки головы (Т.20 чаще других) и шейно-воротниковой области. В первые 5 сеансов лечение может проводиться ежедневно, при сильной боли в паравerteбральных точках D.10 — L.5 -сегментов оставляют микроиглы на сутки и больше, в дальнейшем на день или два. Применяют тормозные методики (чаще II вариант).

6. Солярит.

Солярит — поражение солнечного сплетения (**gl. solaris**). В возникновении солярита играют роль травматические и инфекционные факторы, воспалительные заболевания брюшины и перивисцериты внутренних органов. В сочетании с указанными факторами решающая роль принадлежит дисфункции высших вегетативных центров (главным образом гипоталамической области) и особенно психогениям. Соляралгии характеризуются болью в животе, повышением артериального давления, торможением перистальтики, запором. Следует подчеркнуть, что солярит является крайне редким заболеванием и входит в более обиходный синдром абдоминалий. Основными неврогенными причинами боли в животе являются абдоминалий в картине вегетативно-сосудистого криза, выраженные ипохондрические и сенестопатические нарушения и очень редко брюшная мигрень.

В некоторых случаях развиваются солярные кризы, напоминающие острый перитонит, однако сопровождающиеся выраженными вегетативными нарушениями, и фобиями (страхом смерти). Отмечает три наиболее болезненные точки, характерные для поражения чревного (солнечного) сплетения. Проекция их определяются на грудино-пупочной линии: первая — у мечевидного отростка, вторая — между верхней и средней третью, третья - между средней и нижней третью, что соответствует акупунктурным точкам J.15, J.13, J.11 (основные для лечения при его поражении). При соляритах возможна болезненность также парастеральных точек R.23—25, остистых отростков II — IX грудных позвонков, а также появляющиеся зоны гиперестезии в D.10 — D.12 и D.4 - 7 дерматомерах. **Смотрите рисунок 35.**

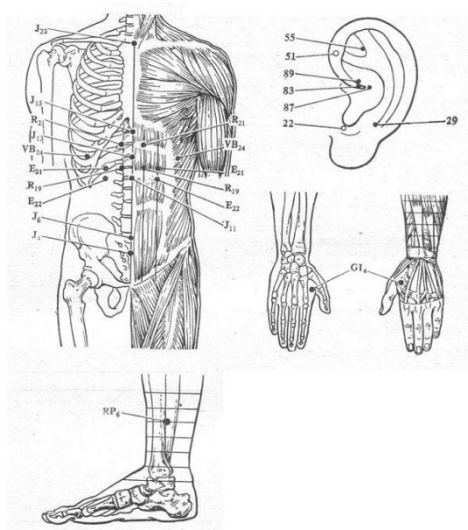
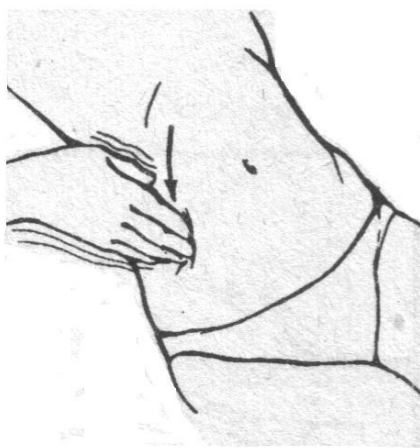


Рисунок 35. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой солярита.

7. Ганглионит (тунцит) поясничного отдела симпатической нервной системы.

Поясничные ганглии являются самыми доступными для массажа через брюшную стенку. При проведении массажа пациент ложится спиной на кушетку спиной и сгибает ноги в коленях с целью более полного расслабления пресса (мышц живота). Врач нажимает 2,3 и 4 пальцами руки на подкожную клетчатку и на мышцы живота, вводит три пальца достаточно глубоко к противоположным животу паравerteбральным мышцам, чтобы пропальпировать место перехода твёрдых костей позвоночника в мягкие паравerteбральные мышцы. Обнаружив этот костно-мышечный угол врач начинает медленно массажировать, двигая руками вверх-вниз вдоль позвоночника. **Смотрите рисунок 36.** Для массажа «открыто» примерно 30 сантиметров, состоящих из цепочки вегетативных ганглий, начиная от эпигастрального подреберья до крестца. Наиболее эффективны при массаже следующие точки акупунктуры: GI.11, E.36., MC.5,6,7 8, C.5 7, R.1, R.2, 3, 5, 7, F.2 3, RP.5 6, V.60.

Точки ушной раковины для акупрессуры: 25 — ствол мозга, 29 — затылок, 55 — шэнь-мэнь, 51 — симпатическая, 39 — грудной отдел позвоночника, 87 — желудок, 83 — пищевод, 37 — шейный отдел позвоночника, 97—печень, 95—почка, 41— грудь, 43 — живот, 82 — диафрагма, 83 — разветвление (точка чревного сплетения по Р. Nogier), 101—легкое, 104 —три части туловища. **Смотрите рисунок 37.**



**Рисунок 36. Массаж поясничных ганглиев со стороны живота.
lumbalis knots (трунцита).**

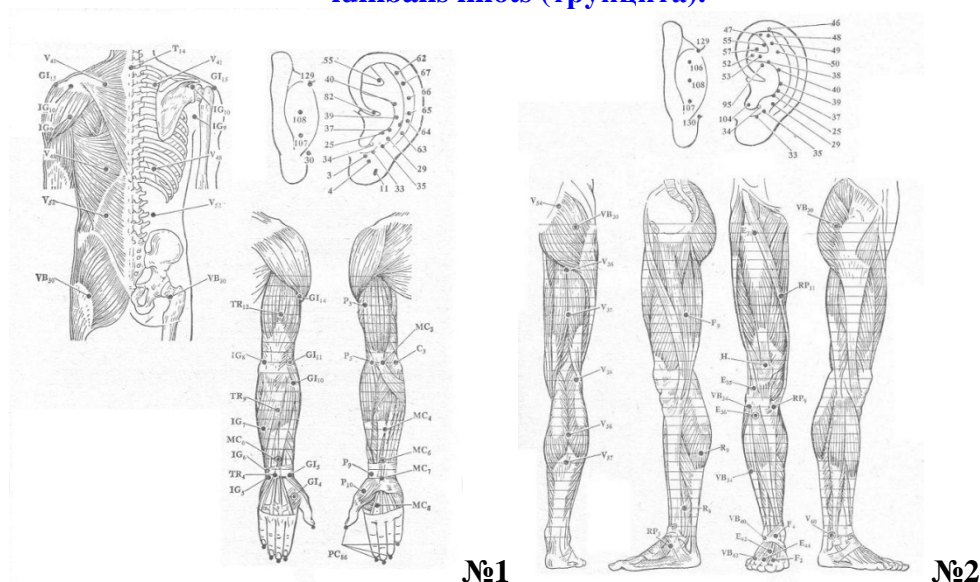


Рисунок 37, № 1 + 2. Самые эффективные точки при лечении акупрессурой ганглионита поясничных узлов (трунцита).

8. Вегетативно-сосудистая дистония.

Вегетативно-сосудистая дистония, под которой принято понимать преимущественно нарушения функции сердечнососудистой системы (колебания артериального давления с возможными его

асимметриями, изменения частоты пульса и др.). По своему происхождению вегетативно-сосудистые дистонии полиэтиологичны, тогда как патогенетически они связаны с нарушением функции диэнцефальной области или с воспалением узлов вегетативной системы грудного отдела. Анатомо-топографические особенности диэнцефальной области, особенности ее кровоснабжения и функционирования позволяют до некоторой степени объяснить сравнительно частое возникновение различных вегетативно-сосудистых расстройств.

При акупрессуры вегетативно-сосудистых дистоний учитывается ведущий синдром, на ликвидацию которого в первую очередь и направлено воздействие. Так, в случаях с нарушением функций сердца (тахикардия или приступы сердцебиения, боль в области сердца и др.) целесообразно использовать точки на меридианах сердца и перикарда. Действенным может оказаться, например, такой рецепт: С.5, С.7 с двух сторон V.13 и Т.13. В других случаях целесообразно выбрать точки МС.6 или МС.7 с одновременным включением J₁₄ или J.15 В. С. Фидор рекомендует при вегетативно-сосудистой дистонии первые сеансы акупрессуры проводить с использованием точек только меридиана сердца. М. К. Усова и С. А. Морохов включают в рецептуру точки общего (седативного) действия и точки шейно-грудного отдела, а также симптоматические точки. Одновременно акупрессура проводилась только в одноименные точки с двух сторон на протяжении 10... 12 сеансов. Из указанных БАТ наиболее показательные результаты получены при вегетодистонии по гипертоническому типу с воздействием на точку Р.9. Нормализация артериального давления и улучшение самочувствия наблюдались и при акупрессуре в точках МС.6 и С.7, однако несколько медленнее.

В лечении больных вегетативно-сосудистой дистонией по гипотоническому типу эффективным было использование точек Т.20, TR.5. При кризовых состояниях сеансы акупрессуры желательны проводить за 2...3 ч до предполагаемого приступа. Для подбора необходимых точек в таких случаях можно воспользоваться учением о часах оптимальной и минимальной активности органов (в современной интерпретации — циркадные биоритмы). Так, например, при утренних кризах (ориентировочно с 7 до 9 ч) предпочтительно включать в рецептуру точки меридиана желудка. Если речь идет о диэнцефальных приступах в ночное время (23... 1 ч), то целесообразно воздействовать на точки меридиана желчного пузыря. При этом укалывание точек меридианов эффективно не только накануне приступа, но и в курсовом лечении. Наряду с этим принципом подбора точек при лечении вегетативно-сосудистой формы диэнцефального синдрома необходимо применять симптоматические точки и иногда пользоваться рекомендациями классической акупунктуры о функции того или иного меридиана. Так, например, при страхе, которым сопровождается диэнцефальный криз, рекомендуется акупрессура в точки С.5. Если во время или после приступа наблюдается обильное мочеиспускание, то используют точки меридианов почки и мочевого пузыря. В затруднительных для акупунктурной диагностики случаях следует воспользоваться методом подбора необходимых меридианов по групповым ло-пунктам. С этой целью в первый сеанс акупрессуры воздействуют на янские ло-пункты — TR.8 и VB.39, если больной отмечает улучшение самочувствия после сеанса, то в дальнейших сеансах используют давление, в основном, на точки янских меридианов. Если же эффект отсутствует или, наоборот, состояние больного ухудшается, то массируют групповые до-пункты иньских меридианов — МС.5, РР.6 и при положительном результате используют меридианы *инь*. Данный принцип, рекомендуемый народными врачами Востока, легко объяснить и с современных позиций, что и позволяет его рекомендовать для акупунктурной практики. Близкими по своей сущности являются рекомендации с использованием точек-управителей, применение которых основано на тех же принципах. Например, использование точек TR.6 и VB.41, которые практически имеют идентичную иннервацию, как и групповые ло-пункты — TR.8 и VB.39. В последующие сеансы желательно включать в рецептуру точки, располагающиеся в зонах дерматомов, миомеров и скелетомеров, имеющих общую вегетативную иннервацию с сосудистыми бассейнами, кровоснабжающими диэнцефальную область. К таким точкам относятся точки шейно-воротниковой области, затылка, лица и головы в целом (наиболее часто применяемые из них: Т.13-17, Т. 20, Т.26; VB.12, VB.14, VB.20, VB.21; V.10 – 15, IG.16 и др.). Вероятно, использование данных точек, с одной стороны, способствует нормализации кровоснабжения подбугорья, а с другой стороны, эти точки тесно связаны с периферическими вегетативными образованиями (узлами), которые, в свою очередь, взаимосвязаны с диэнцефальной областью. Эти два момента, по нашим данным, могут играть существенную роль в выздоровлении подобных больных. Использование только отдаленных точек без их сочетания с местными хотя и дает определенный терапевтический эффект, но менее значительный. Это позволяет считать, что общерефлекторное воздействие должно сочетаться с воздействием на рецепторные образования, имеющие наиболее

«тесный контакт» (прямой или опосредованный) с пострадавшей областью. В целом лечение вегетативно-сосудистых дистоний зависит от многих факторов (тяжести заболевания, возраста больного, сопутствующих заболеваний и др.). В начале лечения (первые 3...4 сеанса) изредка возможны случаи с учащением пароксизмов, однако постепенно они становятся реже, менее продолжительными и более легкими. Используют обычно тормозные методы. При этом наиболее целесообразно проводить лечение через день или два. В обычных ситуациях не рекомендуется сильная стимуляция точек (исключение — кризовые состояния) и применение их в большом количестве (не более 4...5 точек). Курс лечения может состоять из 10...12 сеансов, иногда 15. Чаще всего приходится таким больным проводить 2...3 курса акупунктуры с перерывами между ними в 2...3 недели. Следует комбинировать корпоральные точки с точками раковины уха (*шэнь-мэнь*, желез внутренней секреции, подкорки, сердца и др.). При сочетании точек раковины уха и корпоральных точек возможно точки уха массируют одновременно с корпоральными. Выбор того или другого варианта лечения зависит от особенностей течения заболевания и индивидуальной переносимости акупунктура. Больные с вегетативно-сосудистой дистонией, получающие точечный массаж, не должны быть «перегружены» другими процедурами. Оптимально акупунктура проводится после общеукрепляющего массажа и ЛФК. Иногда можно рекомендовать и ванны (кислородные, иод-бромные, хвойные и др., в зависимости от переносимости), температура которых не должна превышать 37...38°. Такие предосторожности связаны с часто встречающимися у данных больных неадекватными реакциями на «перегрузку» физиопроцедурами.

Вегетативно-висцеральная форма дизэнцефального синдрома встречается главным образом в виде нарушения функции пищевого канала или функции дыхания. Дезинтеграция деятельности центральных отделов вегетативных нервных образований, проявляющаяся функциональными изменениями пищевого канала, может носить приступообразный характер или же выражаться его постоянной дисфункцией. Больные часто жалуются на боль в животе, отрыжку, расстройства глотания, тошноту и рвоту.

9. Висцеральный массаж желез внутренней секреции.

Контролирует работу желез внутренней секреции гипоталамус – особый отдел головного мозга. Именно в этом участке возникают команды – в каком количестве синтезировать гормон, какой железе больше, а какой меньше. Биоимпульсы из гипоталамуса передаются разветвленной сети вегетативной нервной системы. Вегетативная нервная система передает информацию железам, то есть иннервирует железы внутренней секреции. Ганглии вегетативных нервных волокон тесно связаны с гормональной системой организма. Вот почему одновременно с внутренними органами во время висцерального массажа обязательно ставится цель промассажировать **и железы внутренней секреции**.

1) Гипоталамус, отходящая от него шишковидная железа, и гипофиз не доступны для массажа, так как находятся внутри черепной коробки. Однако считается, что мягкое вибрационное воздействие на основание черепа и на шею (например, воздействие вибратора) усиливает синтез гормонов в **гипофизе**. Задняя доля, *neurohypophysis*, в которой выделяют *воронку* и *нервную часть*, состоит из нейроглиальных клеток (питуицитов), нервных волокон, идущих из нейросекреторных ядер гипоталамуса в нейрогипофиз, и нейросекреторных телец, являющихся расширенными участками аксонов этих клеток. Гипофиз при помощи нервных волокон (путей) и кровеносных сосудов функционально связан с гипоталамусом промежуточного мозга, который регулирует его деятельность.

Гормоны передней и задней долей гипофиза оказывают влияние на многие функции организма, в первую очередь через другие эндокринные железы. Основными гормонами передней доли гипофиза являются: *соматотропный гормон*, или гормон роста (ГР), принимающий участие в регуляции процессов роста и развития молодого организма; *адренокортикотропный гормон* (АКТГ), стимулирующий функцию коры надпочечников; *тиротропный гормон* (ТТГ), влияющий на развитие щитовидной железы и продукцию ее гормонов; *гонадотропные гормоны*: фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ) и пролактин, или лактотропный гормон (ЛТГ), оказывающие влияние на половое созревание организма, развитие фолликулов в яичнике, овуляцию, рост молочных желез, выработку молока у женщин, и процесс сперматогенеза у мужчин. Промежуточная часть передней доли секретирует *меланоцитостимулирующий гормон* (МСГ), контролирующий образование пигментов (меланинов) в организме, а также *липотропный гормон* (ЛПГ), стимулирующий обмен жиров.

Задняя доля гипофиза является нейрогемальным органом, т.е. не вырабатывает, а *накапливает антидиуретический гормон* (вазопрессин) и *окситоцин*, продуцируемые нейросекреторными клетками

переднего гипоталамуса. Вазопрессин повышает артериальное давление и обеспечивает, воздействуя на канальцы почки, обратное всасывание 98—99 % жидкости, отфильтрованной в мочу из крови. При нарушении его секреции развивается несахарный диабет — заболевание, характеризующееся усиленным (до 30 л в сутки) выделением жидкости с мочой и соответствующим ему повышенным потреблением воды. Окситоцин вызывает координированные сокращения мышечной оболочки матки во время родов, усиливает выделение молока концевыми отделами лактирующей молочной железы, тормозит развитие и функцию желтого тела. Питуициты охватывают аксоны и терминали нейросекреторных клеток, выполняя поддерживающую и трофическую функции, а также, возможно, влияют на процессы выделения нейросекрета.

Эндокринная роль **шишковидной железы** состоит в том, что ее клетки выделяют гормоны (*антигонадотропин, мелатонин*), а также некоторые либерины и статины, тормозящие деятельность гипофиза до момента наступления половой зрелости, а также участвующие в тонкой регуляции почти всех видов обмена веществ. Шишковидная железа участвует в регуляции эндокринных, а также висцеральных функций организма, особенно тех, в которых проявляется ритмичность, связанная с временем суток (циркадные ритмы), так как секреция ее гормонов изменяется в связи со сменой дня и ночи. **ВЫВОД. Вибрация гипофиза и шишковидной железы приводит к стимуляции деятельности всех остальных желез внутренней секреции.**

2) Легко доступна для массажа **щитовидная железа**, если пациент сильно запрокидывает голову назад. Снаружи щитовидная железа покрыта соединительной капсулой, которая образует связки, соединяющие орган с гортанью и трахеей. В связи с этим дыхательные движения гортани и трахеи сопровождаются перемещением щитовидной железы, её естественным и постоянным массажем при дыхании. Внутри железы от капсулы направляются соединительнотканые перегородки, подразделяющие ткань железы на *дольки*, которые в свою очередь состоят из фолликулов. Стенки фолликулов изнутри выстланы эпителиальными клетками кубической или цилиндрической формы — тироцитами, продуцирующими белковое вещество желтого цвета, которое называется коллоидом. Между тироцитами в стенке фолликула располагаются также поодиночке или мелкими группами парафолликулярные клетки, или С-клетки (0,1% от общего числа клеток). Железистый эпителий щитовидной железы обладает большой избирательной способностью к накоплению йода. В тканях щитовидной железы концентрация йода в 300 раз выше, чем его содержится в плазме крови. Йод содержится и в гормонах, которые вырабатываются щитовидной железой: тироксине (тетрайодтиронин) и трийодтиронине.

Гормоны щитовидной железы накапливаются в коллоиде фолликулов в виде тироглобулина (комплексное соединение йодсодержащих аминокислот с белком) и по мере необходимости выделяются в кровеносное русло и доставляются к органам и тканям. Гормоны щитовидной железы усиливают окислительные процессы, регулируют обмен веществ, увеличивают теплообмен, усиливают расходование белков, жиров и углеводов, способствуют выделению воды и калия из организма, регулируют процессы роста и развития организма, оказывают стимулирующее влияние на деятельность надпочечников, половых и молочных желез, а также ЦНС. Гипофункция щитовидной железы у детей приводит к задержке роста и развития, у взрослых — к нарушению психической деятельности, снижению обмена веществ, появлению отеков кожи. Снижение функции щитовидной железы может происходить в результате недостаточного количества йода в питьевой воде, растительной и животной пище. Щитовидная железа при этом гипертрофируется, но продукция гормонов остается пониженной. Разнообразные формы гипотиреоза, сопровождающиеся появлением зоба (гипертрофия щитовидной железы), характерны для некоторых географических областей (эндемический зоб). Повышенная продукция гормонов (гипертиреоз) обуславливает развитие тиреотоксикоза или базедовой болезни. При этом наблюдаются повышение температуры тела и основного обмена, исхудание, учащение сердцебиений, повышенная раздражительность, увеличение щитовидной железы, пучеглазие, мышечное дрожание (тремор). С-клетки вырабатывают гормон *кальцитонин*, оказывающий гипокальциемическое действие. Регуляция функции щитовидной железы обеспечивается нервной системой и тиротропным гормоном передней доли гипофиза. **ВЫВОД. Массаж щитовидной железы усиливает интенсивность обмена веществ в объеме всего организма. Быстрее происходят процессы заживления и восстановления «больных» тканей.**

3) **Околощитовидные железы**, glandulae parathyroideae имеют вид округлых или овальных небольших телец, расположенных на задней поверхности правой и левой долей щитовидной железы. Массируя

щитовидную железу, происходит одновременный массаж и околощитовидных желёз. Размеры их изменчивы: длина составляет 4—8 мм, ширина — 3—4 мм, толщина — 2—3 мм. Гормон околощитовидных желез — *паратиреокальцитонин*, или паратгормон, впервые был выделен в 1924 году. Функциональное значение паратгормона состоит в регуляции фосфорно-кальциевого обмена. Гормон, действуя на костную ткань — депо кальция в организме, стимулирует высвобождение последнего, что приводит к повышению уровня этого иона в крови (гиперкальциемическое действие), а в костях наступает частичная деминерализация. Следовательно, паратирин и кальцитонин С-клеток щитовидной железы, оказывающий гипокальциемическое действие, составляют антагонистическую пару, и их взаимодействие обеспечивает постоянство уровня кальция в крови, необходимое для нормальной деятельности нервно-мышечного аппарата. Удаление околощитовидных желез вызывает резкое снижение уровня кальция в крови и увеличение содержания фосфора, при этом повышается возбудимость нервно-мышечной системы и наступает смерть. Повышенная продукция паратгормона сопровождается резорбцией костей и их деминерализацией (возникает тяжелое заболевание — фиброзная остеодистрофия). **ВЫВОД. Массаж околощитовидной железы нормализует обмен веществ в костях.**

4) **Гормоны коркового вещества надпочечников** носят общее название *кортикостероидов* и могут быть разделены на три группы: минералокортикоиды (альдостерон), выделяемые клетками клубочковой зоны коры; глюкокортикоиды: кортикостерон, кортизол, гидрокортизол и кортизон, которые образуются в пучковой зоне; *половые гормоны* — андроген-стероидный гормон, близкий по строению и функции к мужскому половому гормону тестостерону, эстроген и прогестерон (женские половые гормоны), вырабатываемые клетками сетчатой зоны. Минералокортикоиды влияют на уровень электролитов в крови и артериальное давление, глюкокортикоиды оказывают выраженное действие на различные виды обмена (особенно на углеводный) и на иммунную систему, половые гормоны обладают слабым андрогенным свойством.

В центре надпочечников располагается **мозговое вещество**, *medulla*, образованное крупными клетками, окрашивающимися солями хрома в желтовато-бурый цвет (хромаффинные клетки). Среди хромаффинных клеток различают клетки, продуцирующие *адреналин* — светлые эндокриноциты, или эпинефроциты, и клетки, секретирующие *норадреналин* — темные эндокриноциты, или норэпинефроциты.

Адреналин усиливает расщепление гликогена, уменьшает его запасы в мышцах и печени, увеличивает содержание углеводов в крови, усиливает и учащает сокращение сердечной мышцы, суживает просвет сосудов (кроме сосудов головного мозга и сердца), повышая этим артериальное давление. Влияние норадреналина на организм сходно с адреналином, но норадреналин является медиатором, осуществляющим передачу нервного импульса с нервного окончания (аксона симпатического нейрона) на иннервируемый эффектор (мышцу, железу), тогда как адреналин — гормон и медиаторным свойством не обладает.

Мозговое вещество надпочечника тесно связано с симпатическим отделом нервной системы, являясь важным звеном в общей симпатико-адреналовой системе. Секреция ею гормонов резко возрастает при возбуждении симпатической нервной системы, в различных стрессовых состояниях.

Скопление хромаффинных клеток находится, помимо мозгового вещества надпочечников, также в *параганглиях*. Большинство из них расположено вблизи симпатического ствола в виде обособленных анатомических структур. Это *межсонный параганглий* (сонный клубочек), расположенный у начала наружной и внутренней сонных артерий, *пояснично-аортальные параганглии* — на передней поверхности брюшной аорты, непостоянный *подсердечный параганглий* — между легочной артерией и аортой. Множество мелких параганглиев находится ретроперитонеально на участке от надпочечников до половых желез и по ходу симпатических нервов, вблизи семенных желез, в маточно-влагалищном сплетении.

Количество и величина параганглиев различное у разных людей и изменяется с возрастом. У новорожденных их число достигает 40—60. Отдельные клетки или мелкие группы хромаффинных клеток располагаются в ткани ряда органов (сердце, почки, легкие), внутри вегетативных узлов и в ветвях симпатической части вегетативной нервной системы. Показано, что в раннем возрасте клетки параганглиев секретируют катехоламины (адреналин, норадреналин), некоторые полипептидные

гормоны. Инволюция параганглиев начинается с 2—3 лет и заканчивается после завершения полового созревания.

Надпочечники скрыты задними краями рёбер и недоступны для непосредственного массажа. Однако можно осуществлять массаж через почки, доступ к которым открыт со стороны подреберья и с боковой стороны грудной клетки. Вибрационный массаж спины в месте нахождения надпочечника хорошо передаёт воздействие вибрационных волн на железу. Для нахождения точки на задней стороне туловища, под которой находится надпочечник, надо пациента положить на кушетку и на живот, от остистых отростков отступить 5 цуней в сторону, а от нижнего края рёбер 7 цуней вверх к голове.

ВЫВОД. Массаж надпочечников приводит к выраженному противовоспалительному действию, усиливается общий иммунитет. После массажа улучшается деятельность всей вегетативной нервной системы, так как при массаже выделяется большое количество медиаторов. Естественно, как ответ на стимуляцию вегетативной нервной системы и увеличению в русле крови противовоспалительных гормонов, улучшается заживление ран и ускоряется обновление (регенерация) тканей.

5) Поджелудочная железа состоит из экзокринной и эндокринной частей. *Эндокринная часть* представлена группами эпителиальных клеток, образующих своеобразной формы панкреатические островки (островки Лангерганса — Соболева), отделенные от остальной экзокринной части железы тонкими соединительнотканными прослойками. Панкреатические островки имеются во всех отделах железы, но больше всего их в области хвоста. Величина островков составляет от 0,1 до 0,3 мм, а общее количество колеблется от 1 до 2 миллионов и более, при этом их объем не превышает 3% от объема всей железы. Развиваются панкреатические островки из того же эпителиального зачатка первичной кишки, что и экзокринная часть поджелудочной железы. Островки состоят из эндокринных инсулярных клеток (инсулоцитов) нескольких видов: α , β , DD, PP и др. Примерно 70-75% всех клеток островков составляют β -клетки, они вырабатывают гормон инсулин, остальные 30—25% клеток — это α -клетки, которые продуцируют гормон глюкагон. Инсулин способствует усвоению глюкозы крови клетками (образование гликогена), а глюкагон вызывает усиленное расщепление гликогена до глюкозы, т. е. является антагонистом инсулина. Клетки панкреатических островков интенсивно кровоснабжаются капиллярами, окружающими островки и проникающими между их «лотками». Гормоны, выделяемые клетками панкреатических островков, поступают в кровь и принимают участие в регуляции углеводного обмена. При их недостатке количество глюкозы в тканях снижается, а содержание ее в крови возрастает, что приводит к развитию сахарного мочеизнурения (сахарный диабет). Кроме того, D-клетки (15—10% от всех инсулоцитов) секретируют гормон *соматостатин*, который регулирует (снижает) синтез инсулина и глюкагона, а также ферментов поджелудочного сока. D-клетки выделяют *вазоинтестинальный полипептид*, снижающий кровяное давление, стимулирующий выделение сока и гормонов поджелудочной железой. PP-клетки (2—5%) вырабатывают *панкреатический полипептид*, усиливающий выделение желудочного и панкреатического соков. Поджелудочная железа хорошо доступна для массажа через брюшную стенку. **ВЫВОД. Массаж поджелудочной железы может резко улучшить работу пищеварительных органов и печени.**

6) Половые железы. Яичко у мужчин и яичник у женщин, помимо половых клеток, вырабатывают и выделяют в кровь половые гормоны, под влиянием которых формируются вторичные половые признаки. Эндокринной функцией в яичке обладает интерстиций, представленный железистыми клетками — интерстициальными эндокриноцитами яичка (клетки Лейдига). Эти клетки располагаются в рыхлой соединительной ткани между извитыми семенными канальцами, рядом с кровеносными и лимфатическими капиллярами. Интерстициальные эндокриноциты яичка выделяют мужской половой гормон *тестостерон*. В последние годы показано, что предстательная железа осуществляет также гормонпродуцирующую функцию, оказывающую влияние на активность сперматогенеза, дифференцировку гипоталамуса и выработку фактора, стимулирующего рост нервных волокон. В яичнике вырабатываются *половые гормоны*: эстроген, гонадокринин и прогестерон. Местом образования эстрогена (фолликулина) и гонадокрина являются зернистый слой созревающих фолликулов, а также клетки интерстиция яичника. Эстроген стимулирует, а гонадокринин угнетает рост и развитие половых клеток. Под влиянием фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза осуществляются рост фолликула и активизация интерстициальных клеток. Лютеинизирующий гормон вызывает овуляцию и образование желтого тела — своеобразного,

обладающего эндокринной функцией органа, клетки которого вырабатывают гормон яичника *прогестерон*. Прогестерон подготавливает слизистую оболочку матки к восприятию оплодотворенной яйцеклетки, а также задерживает рост новых фолликулов. Половые железы хорошо доступны для массажа как у мужчин, так и у женщин. **ВЫВОД. Массаж половых желез у мужчин и женщин (или их самомассаж) приводит к излечению болезней, связанных с сексуальной патологией.**

7) Диффузная эндокринная система (ДЭС). Диффузная эндокринная система (ДЭС) образована эндокринными клетками, рассеянными по различным органам человеческого тела и располагающимися поодиночке или мелкими группами. Значительное их число находится в слизистых оболочках различных органов и связанных с ними железах. Их особенно много в пищеварительном тракте, но встречаются и в дыхательной, мочеполовой, сердечно-сосудистой системах, слюнных железах, органах чувств и т. д. Клетки ДЭС обычно имеют широкое основание и более узкую верхушечную (апикальную) часть, которая в одних случаях доходит до просвета органа (клетки открытого типа), а в других — с ним не контактирует (клетки закрытого типа). Предполагается, что эти клетки участвуют в анализе химического состава пищи, воздуха, мочи, крови и т. п. и отвечают на его изменения выделением гормонов и паракринных факторов. Общее количество клеток ДЭС в несколько раз превышает число клеток эндокринных органов, а их секреторные продукты оказывают как местное (паракринные), так и дистантное (эндокринное) влияние. Они синтезируют и выделяют ряд структурно родственных пептидов и биоаминов, играющих роль нейромедиаторов, и гормонов, которые влияют на моторику гладкомышечных клеток в стенках различных органов, секрецию экзо- и эндокринных желез и т. д. Так, эндокриноциты стенки пищеварительного тракта образуют гастро-энтеропанкреатическую систему эндокринных клеток, оказывающую выраженное регулирующее влияние на секрецию пищеварительных желез, моторику стенки тонкой и толстой кишки и т. п. В стенке желудка описаны *D-клетки*, выделяющие гормон соматостатин, усиливающий секрецию желез желудка, *G-клетки*, секретирующие гастрин, усиливающий секрецию пепсиногена и соляной кислоты в желудке, *EC-клетки*, вырабатывающие серотонин, мотилин, которые стимулируют моторику желудка и кишки. В стенке тонкой и толстой кишки находятся *ECL-клетки*, вырабатывающие гистамин, стимулирующий выделение желудком соляной кислоты; *I-клетки*, секретирующие гормон холецистокинин — панкреозимин, который усиливает желчеотделение в печени и выделение пищеварительных ферментов концевыми отделами поджелудочной железы; *L-клетки*, выделяющие энтерогликогон, который усиливает процессы гликогенолиза в печени; *S-клетки*, которые вырабатывают секретин, регулирующий работу поджелудочной железы, и т. д. Учение о ДЭС является одним из самых перспективных интенсивно развивающихся научных направлений, имеющих не только теоретическое, но и большое практическое значение для медицины.

ВЫВОД. Массаж внутренних органов грудной (через вибрацию рёбер) и брюшной (через стенку живота) полостей приводит к выделению в кровь большего количества гормонов и нейrogормонов, противовоспалительных веществ и медиаторов. Висцеральный массаж внутренних органов обладает выраженным общеукрепляющим действием, усиливает иммунитет и сопротивляемость организма к воспалительным процессам. Поэтому висцеральный массаж можно с успехом применять для лечения многих болезней, особенно болезней, связанных с обновлением (регенерацией) тканей.

§ 24. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане легких

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

Болезни, вызывающие избыток энергии в меридиане легких: бронхит (80%), пневмония (80%), кашель (90%), ОРЗ (80%), ринит (70%), **бронхиальная астма** (80%), ларингит (70%), гайморит (30%) заикание (30%), непроходимость евстахиевой трубы (евстахиит) 90%, **потливость 70%** и другие. Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане легких можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (F + и GI -) в суточном цикле и (RP + и GI -) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по трем другим меридианам: (C -, MC -) по закону “муж -жена” и (V-) по закону “полдень-полночь”.

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни, вызывающих избыток энергии в меридиане лёгких: бронхит, пневмония, кашель, ОРЗ, ринит, бронхиальная астма, ларингит, гайморит заикание, непроходимость евстахиевой трубы (евстахиит), чрезмерная потливость и другие. Необходимо напомнить, что **седатирующее** воздействие на точку при помощи точечного массажа производится несколькими (до 3 - 5 раз) достаточно сильными нажатиями. **Тонизирующее** воздействие производится лёгким массажем точки на протяжении 3 – 5 минут с вращательными или возвратно-поступательными движениями пальца или ладони.

Для уменьшения энергии в меридиане легких (Р) применены следующие методы:

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

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

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

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

3. Седатируется ло-пункт меридиана легких.

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

4. Успокаиваем седатирующую точку и точку сочувствия меридиана.

P.5 (седатируется) - см. п. 2.

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

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

V.13 (седатируется) - см. п. 4.

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

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

P.7 (седатируется) - см. п. 3.

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

7. Седатируют точку - щель.

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

8. Седатируются точки входа и выхода энергии.

P.1 (седатируется) - см. п.5.

P.7 (седатируется) - см. п.3.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Применение групповых ло — пунктов:

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

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

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

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

13. Общие инь ло-пункты седатируем:

P.7 (седатируется) - см. п. 3.

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

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

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

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

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

P.5 (седатируется) - см. п. 2.

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

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

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

Сначала воздействуем на точки соединения меридианов.

J.12 (седатируется) – выше пупка на 4 цуня.

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

Далее берутся точки у – шу меридианов.

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

RP.2 (тонизируется) – внутренняя сторона 1 пальца стопы, дистальнее плюсны – фалангового сустава.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J.10 (седатируется) - выше пупка на 2 цуня,

J.12 (седатируется) - выше пупка на 4 цуня,

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

P.1 (сед.) - см. п.5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

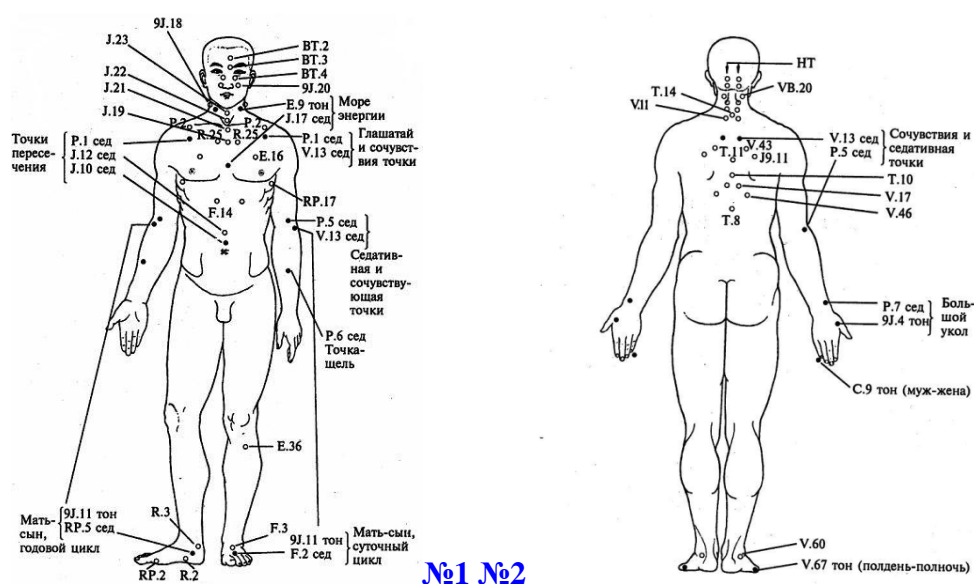
Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан легких получает энергию от «моря энергии». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии J.17 в меридианы Р, RP, С и тонизируют точку выхода энергии—Е.9.

J.17 (седатируется) – см. выше п.18.

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

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

Смотрите рисунок 38, №1+2.



№1 №2

Рисунок 38, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане лёгкого.

Пояснение ко всем рисункам (в количестве 48) по энергетическому лечению болезней методом акупрессуры. На рисунках тела человека указано топографическое расположение акупунктурных точек (АТ), на которые надо воздействовать давлением пальцев при лечении соответствующей болезни. На одних рисунках показаны комбинации точек для повышения энергии в данном меридиане, а на других – методы снижения энергии в меридиане. На АТ можно воздействовать различными раздражителями: иглой, теплом тлеющей сигареты, электротоком, надавливанием, лазером, магнитным полем и так далее. В энергетическом лечении точки объединены в системы. Законы чжэнь-цзю терапии точно определяют, что на одни акупунктурные точки надо воздействовать только седатирующим образом, а на другие – только тонизацией. В разделах этой книги, посвященных энергетическому лечению, точно указаны точки, которые надо или седатировать, или тонизировать. К большому сожалению в эмпирической акупунктуре не существует законов, которые указывали бы, как поступать с данной

акупунктурной точкой – седатировать или тонизировать. В эмпирической акупрессуре всё зависит от интуиции врача, а она иногда подводит. Точки для энергетического и эмпирического лечения на рисунках обозначаются по-разному. Точки для энергетического лечения болезней обозначены как «●». Точки для эмпирического лечения болезней обозначены как «О».

В книге подробно описано, как производить седатацию точки или её тонизацию. При помощи **иглы** тонизируют акупунктурные точки (АТ) благодаря неглубокому введению её в точку на 5 минут. Седатируют АТ иглой через глубокое введение в мягкие ткани на 20 минут с периодической интенсивной стимуляцией. При воздействии **тепла сигареты** (цзю, мокса) тонизируют АТ благодаря кратковременным прогреванием кожи над местом расположения АТ (ключающее цзю) на протяжении 5 минут. Седатируют АТ длительным и интенсивным прогреванием до гиперемии кожи (но не должен возникнуть локальный ожог кожи с образованием пузыря) методом «утюжащего цзю» на протяжении 20 минут. При помощи **электротока** от портативного прибора тонизируют АТ воздействием слабого электричества на протяжении 5 минут, а седатируют сильным током на протяжении 10 минут. **Нажатие на акупунктурную точку (акупрессура, точечный массаж, шиatsu)** тонизирует их деятельность при применении слабого по силе надавливания, которые повторяются на протяжении 5 минут, а седатируют АТ сильным надавливанием точки, которые повторяются на протяжении 2 минут. Если над акупунктурной точкой приклеивать маленькие **магниты**, то тонизация точки произойдёт при воздействии на точку магнитного поля на протяжении 1 часа, а седатация – при воздействии приклеенного магнита на протяжении 1 – 2 суток.

2. Лечение бронхита при помощи акупрессуры.

Иглотерапией лечат бронхит вирусной этиологии без значительного повышения температуры тела (до 37° С). Значительно хуже эффективность лечения при бронхите с субфебрильной температуре (более 37°С). Полностью отсутствует эффективность лечения при высокой температуре. Бронхит микробной этиологии (пневмококковый, стафилококковый и др.) лечится терапевтами с обязательным применением антибиотиков по американской технологии – введение больших доз различных по спектру действия антибиотиков на протяжении 3 суток, так как более длительное введение антибиотиков всегда вызывает дисбактериоз кишечника. При тяжелом течении бронхита одновременно с акупрессурой рекомендуется назначать фитотерапию: отхаркивающие вещества (разжижающие мокроту, увеличивающие ее выделение внутри бронхов, уменьшающие саднение и сухость внутри бронхов), противокашлевые лекарства на ночь (днем улучшает отторжение мокроты от стенок бронхов кашель), улучшающие иммунитет препараты. В настоящее время фармакология пока не синтезировала высокоэффективные «вирусные антибиотики», убивающие вирусы, которые, как известно, размножаются внутриклеточно. Рекомендуются отхаркивающие: терпингидрат, трава багульника болотного, душицы, алтея, истода, термопсиса, чабреца, цвет липы, бузины черной, плод аниса, малины, микродозы йода.

1. Бронхит (острый и хронический) лечится воздействием давления пальца на следующие точки акупунктуры. Рекомендуется использовать точки VB.20, V.10, IG.14, V.11 - 18, V.41, V.43, V.46, J.14, F.2, E.36, GI.11, TR.5, C.3, GI.4, P.7, VB.6. Если повышается температура тела, то производится точечный массаж в F.2. Все это целесообразно сочетать с прижиганием над точкой E.36. Лечение проводится 1 - 2 раза в день. К устранению одышки, кашля и улучшению отхаркивания ведет прижигание или точечный массаж точек GI.4 или P.7. При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии указывает на высокую специфичность воздействия точек: на трахею – P.9, на бронхи – P.10, на плевру – P.8. При гриппе эффективны следующие **отдаленные** от места поражения (от легких) точки акупунктуры: TR.4, 5, T.10. Боль и саднение в горле при фарингите и ларингите, который часто сопровождает вирусный бронхит, в 90% случаев снимается при воздействии на три точки «**золотого треугольника**»: **P.11 + GI.1 + GI.4**. Охриплость голоса лечится АТ: P.6, E.9, 10, 11, 12, IG.19, R.1. Икота: P.8, E.13, IG.2, V.14, MC.4, VB.44. Носовое кровотечение: GI.2, C.6, IG.3, V.4-10, 60, 66, MC.4, 8, VB.39, T.12-27.

Локализация некоторых точек:

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

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

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

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

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

J.14 - выше пупка на 6 цуней,

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

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

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

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

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

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

BT.60 - нижние углы лопаток.

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

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

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

3. Пекинский институт иглотерапии указывает на самые эффективные отдаленные точки, **снижающие температуру**: P.6, E.43,44, V.18,19,39,40, MC.9, TR.1,3, VB.16, T.4,13,16. При гриппе: TR.4,5, T.10. Хриплый голос: P.6, GI.19, R.1. Носовое кровотечение: GI.2, C.6, IG.3, V.4-10, 60, 66, MC.4, 8, VB. 39, T.12-27. Икота: P.8, E.13, IG.2, V.14, MC.4, VB.44.

4. Используются **аурикулярные точки**: 101 - легкие, 102 - бронхи, 31 - бронхолитическая, 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 15 - гортань, 45 - щитовидная железа, 83 - солнечное сплетение.

2. Лечение бронхиальной астмы методом акупрессуры.

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

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

Смотрите рисунок 39.

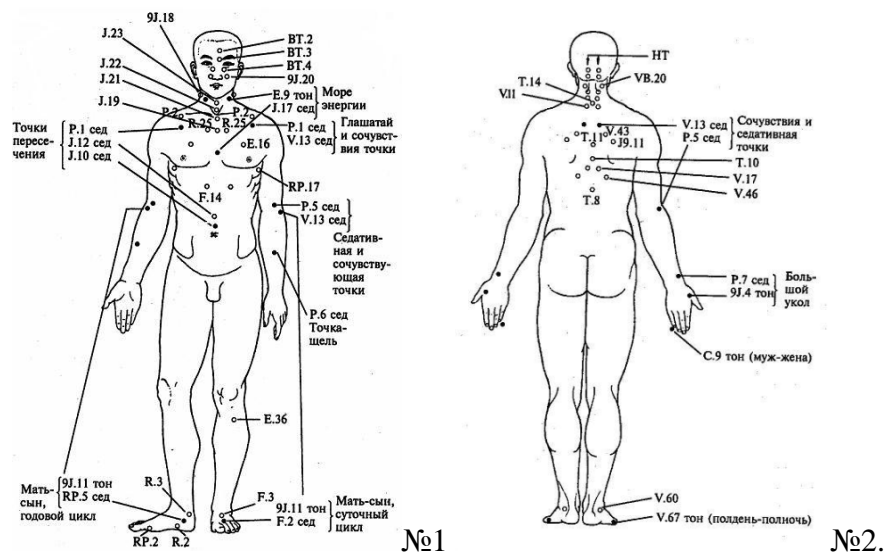


Рисунок 39, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения бронхиальной астмы.

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

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на **местные и отдаленные**. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Пекинский институт иглотерапии рекомендует использовать самые эффективные отдаленные точки при лечении астмы: P.3 - 9, GI.1 - 4, 8 - 3, R.3, TR.6,10, VB.43,44.

Опишем локализацию некоторых точек:

J.22 - в центре яремной вырезки грудины;

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

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

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

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

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

3. Спицефическим антиастматическим действием обладают следующие акупунктурные точки: P.1,2,3,5,7,8, GI.4,8,9,10,18, E.10,11,12,13,14,15, IG.17, R.1,3, VB.19,40,43, T.10,11, J.21,23. Китайские акупрессуристы утверждают, что сильным специфическим воздействием на трахею обладает точка P.9, на бронхи - P.10, а F.2 расслабляет гладкую мускулатуру бронхов.

4. При бронхиальной астме используются те же внемеридиональные и новые точки, которые применяются при лечении бронхитов.

5. Аурикулярные точки: 60 - астма, 123 - бронхоэктатическая, 31 - бронхолитическая, 34 - кора головного мозга, 82 - диафрагма, 83 - солнечное сплетение, 29 - затылок, 13 - надпочечник, 28 - подкорка, 98 - селезенка, 95 - почка, 22 - железы внутренней секреции, 103 - трахея, 51 - симпатическая система, 102 - бронхи, 55 - шэнь—мэнь, 42 - грудная клетка, 101 - легкое, 91 - толстая кишка, 97 - печень, 15 - гортань, 27 - горло. Хороший лечебный эффект вызывает лечение иглами-кнопками, которые ставятся на 5 дней на аурикулярные точки 31,51,60.

Смотрите рисунок 40.

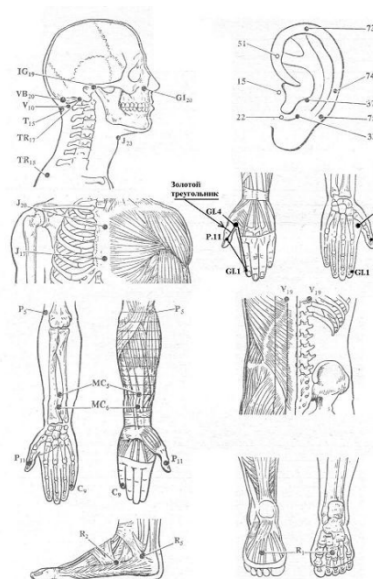


Рисунок 40. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения ларингита.

6. Шиацу (японская акупрессура). Для лечения бронхиальной астмы применяется шиацу. При классическом японском шиацу воздействие на точки акупунктуры производится при положении больного лежа на полу. Врач нажимает на точки подушечками двух больших пальцев, переключая на них вес всего тела. Воздействие производится только сверху вниз и без массажного растирания точек. Длительность воздействия на точку в течение 3 секунд с периодическими повторениями 20 раз. Часто давление на точки производится через легкую одежду (рубашку, майку, плавки и т. д.).

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

б) Купирование астматического приступа при помощи шиацу, вариант № 1. Если у больного, обратившегося к врачу за помощью, начался приступ удушья, то сначала необходимо снять приступ. Для этого производится сильное давление на точки VB.21 (центр надостной ямки, над лопаткой) в положении больного сидя на полу или лежа на боку и на своей руке, положенной под голову как подушка. В положении больного лежа на животе производится давление на точку на голове VB.20 (у нижнего края затылочной кости, во впадине между сосцевидным отростком и валиком трапецевидной мышцы), на точку меридиана мочевого пузыря, расположенную на спине между лопатками, V.13 (кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 3 и 4 грудных позвонков), которую лучше прогревать сигаретой (утюжащее цзю). Одновременно нажимаются точки на конечностях: P.7, RP.6, F.2. Точка GL.4 тонизируется теплом сигареты (клюющее цзю).

в) Купирование астматического приступа при помощи шиацу, вариант № 2. Во время приступа пациента следует усадить прямо. Характерным для заболевания является затруднение выдоха. При этом пациент занимает позицию ортопноэ.

1. Массируются 4 точки левого бокового шейного региона, затем 4 точки правого. Повторяется несколько раз, чтобы снять бронхиальный спазмы. **Смотрите рисунок 28.**

2. 6 раз массируется точки «продолговатого мозга» и оба заднешейных региона. Точки на шее (продолговатый мозг и другие) массируются большими пальцами, заднешейные точки большими пальцами и остальной ладонью одновременно.

3. Далее массируются точки надлопаточных областей и 5 точек межлопаточных областей.

4. Встав позади пациента, врач тремя пальцами ладоней массирует 5 точек грудины пациента сверху вниз, далее точки межреберных промежутков.

5. Межреберные промежутки массируются сверху вниз, 3—5 раз.

6. Далее, теми же тремя пальцами ладоней массируются 3 точки на дельто-пекторальных складках, одновременно плечи отводятся назад толчками. Повторяется 6 раз.

7. В конце сеанса врач, продолжая стоять сзади пациента, пальцами обеих ладоней одновременно, массирует точку эпигастрия шестью ритмичными нажатиями по 3 секунды каждое. При нажатии — вдох, при ослаблении давления — выдох.

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

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

8. Фитотерапия (траволечение). Одновременно с акупрессурой для лечения астмы желательно применять травы. Применяются отхаркивающие средства, десенсибилизирующие, спазмолитические и успокоительные. В острый период приступа бронхиальной астмы рекомендуем принимать сильнодействующие травы: семена дурмана или белены (1—2 зернышка на 1 прием, 2—3 раза в день). В период обострения следует брать в смесь 2—4 травы, в период ремиссии: содержащие флавоны — верес, ягоды крушины, шишки хмеля, кора дуба, лепестки красной розы, сумач; содержащие кремневые

соединения — хвощ полевой, водяной перец, спорыш; содержащие рутин: зеленый чай, красная рябина, шиповник; травы, содержащие антигистаминные соединения — вероника лекарственная, череда трехраздельная, фиалка трехцветная, бузина травянистая. Травы, обладающие спазмолитическими свойствами: зверобой, ромашка, календула, мята перечная, корень валерианы, пустырник, боярышник. В острый период в смесь следует брать 2—3 травы, в стадии ремиссии — 1—2. Общеукрепляющие травы: крапива, корень лопуха, спорыш, плоды облепихи, смородины, черники, малины, ежевики, женьшень, аралия, элеутерококк, заманиха, маралий корень, лимонник китайский. В смесь брать 1—2 травы и совместно с настояками биостимуляторов принимать по 20 капель 3 раза в день. Мочегонные травы: спорыш, хвощ полевой, листья земляники, малины, березы, брусники, стручки фасоли, семя моркови, цветки липы, почки березы. В стадии обострения в смесь брать 2—3 травы, в стадии ремиссии — 1—2. Отхаркивающие травы: мать-и-мачеха, листья и семена подорожника, цветки липы, березовые почки, листья и ягоды калины и малины, в острый период брать в смесь — 2—3 травы, в стадии ремиссии — 1—2. Две столовые ложки смеси заливают кипятком и настаивают 30 мин в термосе, принимают 3—4 раза в день. Кроме того, проводят ингаляции соком растений, содержащих фитонциды, — чеснока, хрена, лука, редьки (в разведении 1:20—1:50), настойкой каланхоэ, эвкалипта, сосновых почек (Б. П. Токин, 1974); щелочными растворами — анисовыми каплями (5 капель) на 100,0 воды), минеральной водой — боржоми или Поляна Квасова с обычной водой (1:2 — 1:4); отхаркивающими травами, оливковым, эвкалиптовым, персиковым, облепиховым маслом. При выраженном воспалительном компоненте показаны ингаляции соками растений, при мокроте. Хорошо себя зарекомендовали сборы трав следующего состава для питья.

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

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

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

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

9. Народные целители в Белоруссии успешно используют для лечения астмы баню (парную с «влажным паром»), наливая на горячие камни водные (а иногда и спиртовые) растворы и экстракты трав для их испарения и ингаляции (вдыхания) - эвкалипт, багульник, можжевельник, душица, чабрец. Температура воздуха в парной при лечении достигает более 200 ° С. Больного заставляют медленно и глубоко дышать. Во время процедуры происходит сильное прогревание мелких бронхов, их гладкая мускулатура расслабляется и спазм проходит, кроме того, происходит ингаляция парами лечебных трав. Одновременно втирают в грудную клетку слабо раздражающие кожу вещества, делают массаж мышц спины и груди.

8. Лечение акупрессурой ларингита.

При ларингитах основными точками являются: С.5; GI.11; Р.5, Р.7; J.22, VB.20, VB.21; V.10; T.14; TR.1. В острых случаях используют тормозные методики, в хронических — комбинированные (местные точки тонизируют, отдаленные — тормозят). При охриплости голоса и афонии применяют комбинированные методики. Если афония связана с переутомлением голосового аппарата (певцы, педагоги, лекторы и т. д.), целесообразно включать точки J.17 и MC.5, являющиеся основными в подобных случаях. Местные точки (GI.18; E.9; TR.16 и др.) тонизируют. Одновременно с корпоральными точками можно использовать точки раковины уха: точку горла, *шэнь-мэнь*, точку легких, точку желез внутренней секреции и др. При першении, саднении слизистой и при болях в горле успешно используют точки «*золотого треугольника*»: GI.1, GI.4, P.11.

При хронических процессах тактика лечения такая же, как и при хронических тонзиллитах: в рецептуру включают точки воротниковой области, грудной клетки и нижних конечностей; акупрессура сочетают с прижиганием, раздражением пучком игл, баночным массажем и др. При функциональных (истерических) афониях используют II вариант тонизирующего метода с воздействием на местные и отдаленные точки.

Если наблюдается спазм голосовых связок, то используют тормозные методики, воздействуя на точки J.20; E.44; GI.4, GI.11; F.3 и др., а также местные точки. При хронических ларингитах проводят 2...3 курса по 10...15 сеансов с перерывами между ними в 2...3 недели.

8. Вазомоторный ринит, аллергический насморк.

Заболевание часто носит затяжной, рецидивирующий характер с возможными сезонными обострениями. Причиной вазомоторного ринита являются различные аллергические факторы у лиц с измененной реактивностью автономной нервной системы. В связи с этим акупрессуру начинают (2...3 сеанса) с попытки воздействовать на общую реактивность организма, применяя для этого общеукрепляющие или седативные точки (GI.4, GI.11; TR.5; E.36). Затем (приблизительно, на третьем сеансе) подключают точки шейно-воротниковой области (VB.20; V.10, V.12, V.13) и другие точки, уменьшающие чувствительность организма к аллергенам (F.3; J.12; T.16; P.7; V.23, точки раковины уха: вершину геликса, точку внутреннего носа, точку надпочечника, точку желез внутренней секреции и др.). В середине курса (на пятом сеансе) можно использовать местные точки (GI.19, GI.20; T.23, T.24, V.1, V.2, V.3, *инь-тан* и др.). Если вазомоторному риниту сопутствуют и другие болезни верхних дыхательных путей, то включают соответствующие точки (J.17, J.22 и др.).

Смотрите рисунок 41.

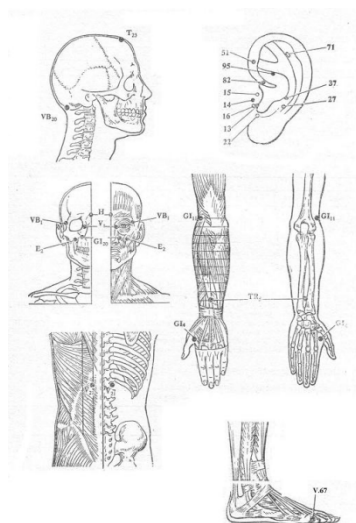


Рисунок 41. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения ринита.

6. Чрезмерная потливость

Шиацу терапия:

1. Необходимо восстановить нормальную циркуляцию крови. Для этого массируют все тело: от шеи к спине, ягодицам и ногам, а затем руки и живот. **Смотрите рисунок 28.**
2. В сидячем положении массируем области шеи и точку продолговатого мозга.

Внемеридианная точка располагается точно в центре ладони. Массируется в любом положении сильным давлением ногтем большого пальца в течение 30 секунд.

7. Боли в горле при простуде. Шиацу терапия.

Шиацу. Массаж четырех точек левого бокового шейного региона с особым вниманием к третьей точке, которая находится над блуждающим нервом. **Смотрите рисунок 28.** Потом массируют 4 точки справа. Точка Шао-шань находится в 3 мм от угла ногтя большого пальца. Массируется в любой позиции сильным давлением ногтя большого пальца врача до 20-30 секунд.

§ 25. Лечение акупрессурой болезней с недостатком энергии в меридиане лёгких.

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

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающие данный дисбаланс энергии. Необходимо напомнить, что **седатирующее** воздействие на точку при помощи точечного массажа производится несколькими (до 3 - 5 раз) достаточно сильными нажатиями. **Тонизирующее** воздействие производится лёгким массажем точки на протяжении 3 – 5 минут с вращательными или возвратно-поступательными движениями пальца или ладони.

Для увеличения энергии в меридиане легких применяются следующие методы:

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

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

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

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

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

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

Р.9 (тонизируется) - см. п. 2.

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

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

GI.6 (седатируется) - см. п. 3.

Р.9 (тонизируется) - см. п. 2.

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

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

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

Смотрите рисунок 42, №1+2.

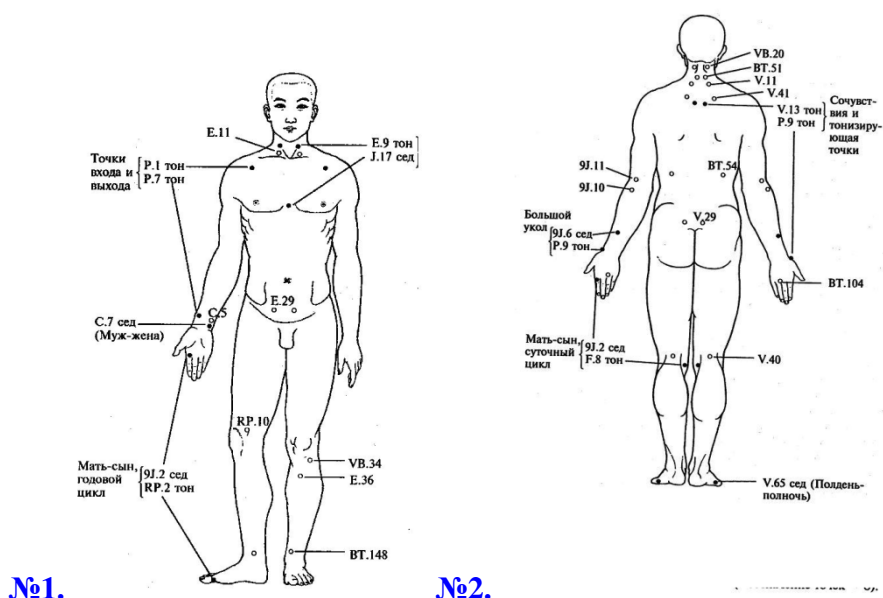


Рисунок 42, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане лёгких.

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

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

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

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

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

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

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

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

RP.5 (седатируется) - спереди и книзу от медиальной лодыжки, во впадине между вершущей лодыжки и ладьевидной костью.

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

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

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

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

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

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

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

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

P.10 (тонизируется) - у основания 1-й пястной кости, у лучевой ее стороны.

P.9 (тонизируется) - см. п. 2.

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

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

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

J.17 (тонизируется) – см. выше.

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

2. Экзема.

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

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

V.40 - в центре подколенной ямки;

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

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

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

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

GI.10 - ниже точки GI.11 на 2 цуня;

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

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

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

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

Смотрите рисунок 43.

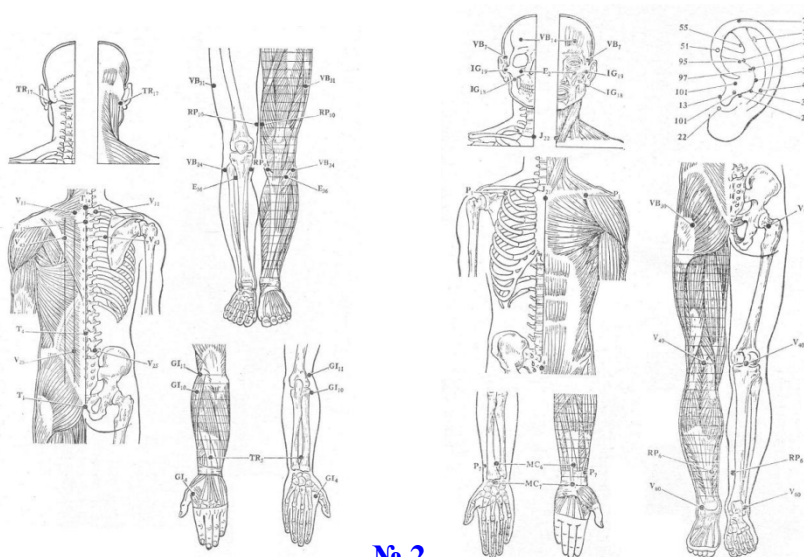


Рисунок 43 № 1 + 2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения экземы.

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

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

ВТ.51 на 1 цунь латеральнее точки Т.14.

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

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

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

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

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

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

3. Нейродермит.

Нейродермит лечится акупрессурой следующих точек акупунктуры (Хоанг Бао Тяу, Вьетнам): «Точка GI.11 служит для «рассеивания ветра». Сказано: чтобы ликвидировать «ветер», нужно сначала вылечить «кровь», поэтому воздействуют на точку RP.10 уколами тонизирующего действия с целью «подкрепления» крови, активации ее функции; уколы рассеивающего действия в эту точку «охлаждают кровь», ликвидируют болезненные факторы. Чтобы усилить оздоровительное воздействие на кровь, подключают дополнительную точку RP.6, а для более интенсивной ликвидации «влажности» — точку RP.9». Локализация некоторых точек уже дана выше. Внемеридиональные и аурикулярные точки берутся те же, как и при лечении экземы. Точки тонизируются. **Смотрите рисунок 44.**

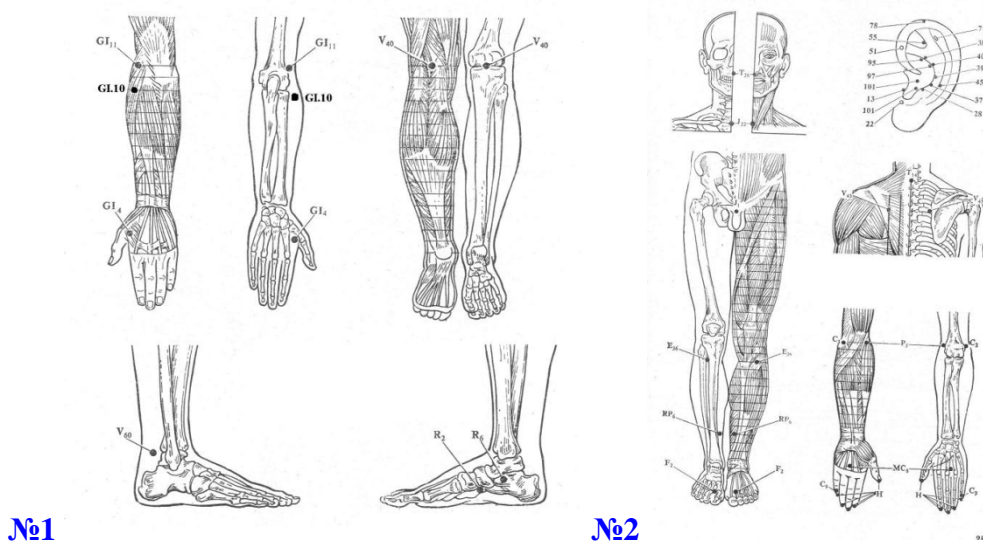


Рисунок 44, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения нейродермита.

3. Псориаз или чешуйчатый лишай.

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

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

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

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

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

3. При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать на местные и отдаленные. Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить кожные болезни следующими точками акупунктуры:

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

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

Смотрите рисунок 45, №1+2.

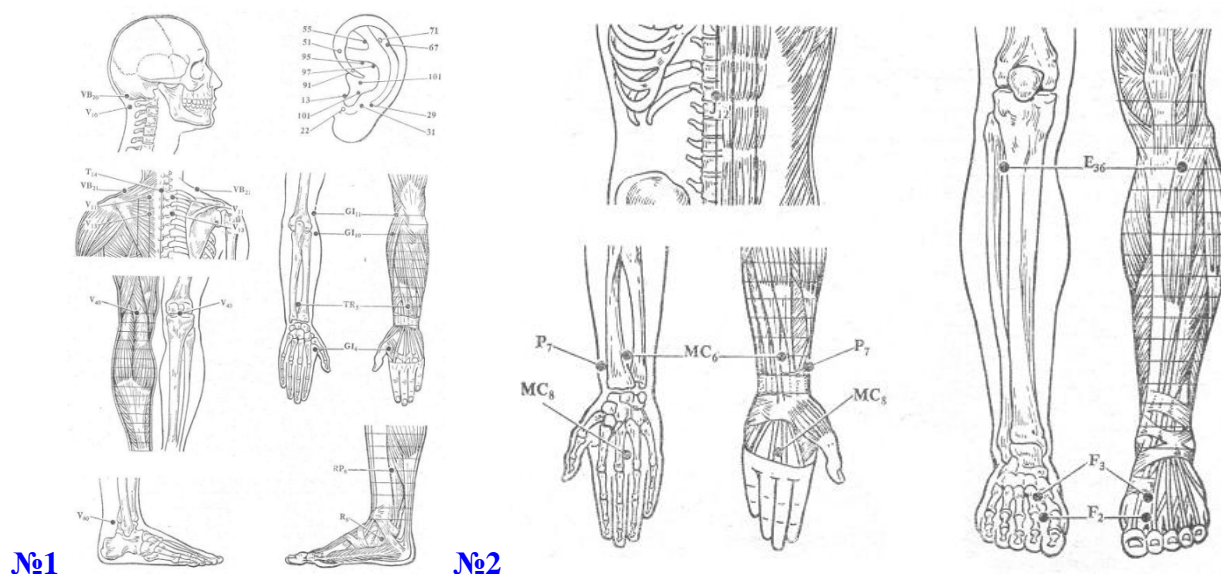


Рисунок 45, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения псориаза.

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

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

б. Псориатические бляшки обрабатывают мазями промышленного изготовления: карофиленовая (содержит календулу), госсипол (с хлопчатником), сангвиритрин (с маклеей).

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

г. Энтеросорбция — 4 таблеток активированного угля 3 раза в день (перед едой); молочно-растительная диета; ванны из чистотела (1 : 5000) в течение 5— 7 дней по 10 мин (температура воды 37°); прикладывание измельченных листьев ежевики к бляшкам; желчегонные травы с добавлением корня

солодки и антигистаминных трав (см. фитотерапию бронхиальной астмы); внутрь травы — корень солодки, багульник, дымьянка, побеги паслена, золототысячник, фиалка трехцветная — 1 столовую ложку на 1 стакан кипятка, настаивают 30 мин, принимают по 1 стакану в день. Мазь (местно на бляшки) — солидол, мед, настойка элеутерококка, яичный белок (сырой), сок чистотела (10:5:1:1:1) после ванны.

5. Лечение псориаза методом М.В. Голюка. Псориазные бляшки обрабатывают двумя мазями М.В. Голюка, которые имеют почти одинаковый состав. *Первая* готовится следующим образом. К 100 граммам медицинского солидола добавляют детского крема с витамином Е в количестве 3 миллилитров, цветочный мед - 30 граммов (чайная ложка), свежий яичный белок из одного яйца, питьевая сода - 3 грамма. Полученная масса тщательно размешивается. *Вторая* мазь по составу аналогична первой, но еще добавляется 10 граммов густого экстракта чистотела.

Начинается лечение с обработкой псориазных бляшек мазью № 1 на ночь. Одновременно пьют 3 раза в день по 30 капель настойку аралии перед едой, облучаются ультрафиолетовой лампой, полезно недельное голодание. Курс лечения продолжается 20 дней, до момента полного отторжения чешуек от псориазной бляшки. Кожа на месте поражения становится красной, возникает зуд. После этого используется мазь № 2 с одновременным потреблением элеутерококка 3 раза в день по 30 капель перед едой. В зависимости от площади пораженной кожи лечение длится от 30 до 90 дней. Во время лечения мазь снимают по утрам чистой сухой салфеткой, разрешается мыться не чаще одного раза в неделю витаминными шампунями.

4. Крапивница.

Крапивницей называют заболевание, характеризующееся зудом и внезапным высыпанием волдырей вследствие отека сосочкового слоя дермы. Это своеобразная реакция кожи на разнообразные экзо- и эндогенные раздражители (некоторые пищевые продукты, медикаменты, холод, тепло и др.) которые можно разделить на ауто -интоксикационные, аллергические и нервно-психические. Основное значение в патогенезе волдырей имеет сосудорасширяющее действие гистаминоподобных веществ, образование которых находится под регулирующим влиянием нервной системы. У больных, страдающих крапивницей, нередко обнаруживаются хронические желудочно-кишечные заболевания, запор, глистные инвазии, заболевания печени, желчного пузыря или другая фокальная инфекция. Для крапивницы характерна мимолетность высыпаний, хотя в то же время само заболевание может длиться продолжительно, переходя иногда в хроническую форму (хроническая рецидивирующая крапивница). Крапивница может быть локализованной и распространенной. Чаще высыпания возникают закрытых участках тела. Иногда вовлекаются в процесс слизистые оболочки. Самым характерным симптомом крапивницы является нестерпимый зуд, влияющий на психоэмоциональное состояние больных с возможным развитием тяжелой невралгии.

Основным принципом в лечении крапивницы является строго индивидуальный подход с учетом выявленных этиологических и патогенетических причин заболевания и их устранения в каждом конкретном случае. Назначают антигистаминные, седативные и общеукрепляющие средства, а также рефлексотерапию. С целью снятия зуда и невротических расстройств во время высыпаний симметрично массируют по I или II варианту тормозного метода точки V.13; GI.4; E.36. рекомендуется проводить воздействие на местные точки вблизи высыпаний по II варианту возбуждающего метода. Можно применить на эти же точки прогревание по соответствующей методике с целью предупреждения параличей периферических вазомоторов.

Поскольку при крапивнице очень часто нарушена функция внутренних органов, в рецептуру включают и другие точки: F3, F.4, F.8, F.14; VB38; P.7, TR5; E.25 и др. Одновременно можно проводить прогревание (например, над точкой E.24) и акупрессура в одной из вышеуказанных точек симметрично. Параллельно с корпоральной проводится аурикулярную рефлексотерапию методом акупрессуры при помощи железной палочки, воздействуя на точки затылка, печени, легких, надпочечника, внутренней секреции, *шэнь-мэнь* и антиаллергическую точку Ножь.

В стадии ремиссии и отсутствия высыпаний лечение следует продолжать до появления стойких результатов, проводя процедуры по II варианту тормозного метода 1 раз в 2...3 дня (2...3 курса по 7... 8 сеансов с перерывами 10...12 дней). При этом дополнительно можно использовать следующие точки общего действия: С.7; Е.36; VB.39, VB.21; RP.6; GI.11, V.25, V.54, V.41, V.22, V.43, V.12, T.14, T.12, применяя акупрессу (или акупрессу и прогревание). Иногда с профилактической целью или при торпидном течении процесса целесообразно проводить сильную седацию точек методом акупрессуры (или оставлять микроиглы в тканях на 4 - 6 дней).

Смотрите рисунок 46, №1+2.

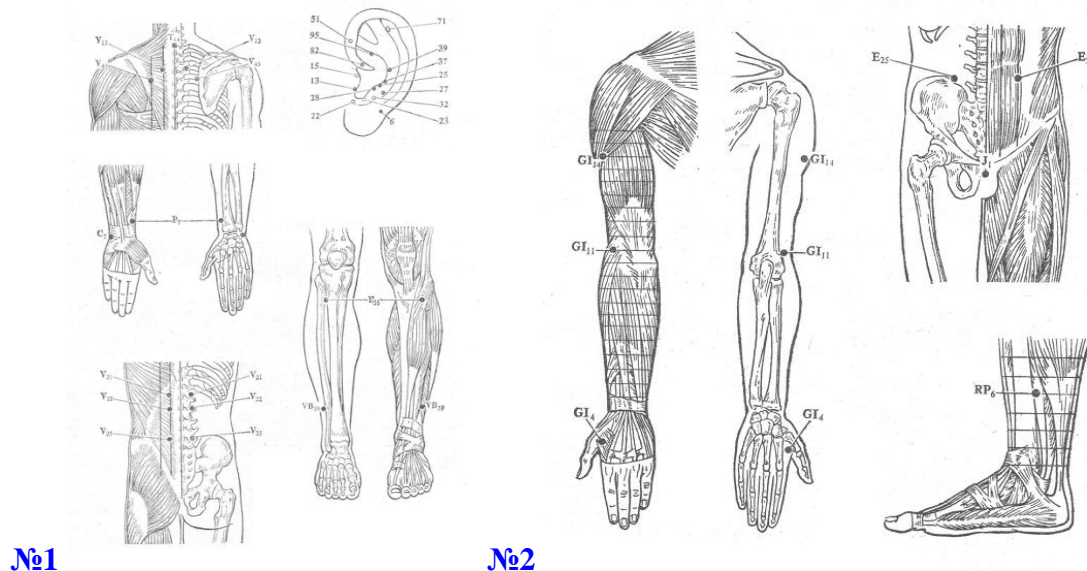


Рисунок 46, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения крапивницы.