§ 36. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря.

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

Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: остеохондрозы и радикулиты (70%), люмбаго (70%), ишиас (80%), межреберная невралгия (50%), слезотечение (30%), цистит (30%), затрудненное мочеиспускание (60%), солярит, ганглиониты (звёзчатых узлов, трунцит) и т. д. Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, т. к. усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане почек.

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

1. Причины возникновения остеохондрозов и радикулитов.

Основная патология, которая протекает с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря, являются остеохондрозы и радикулиты. Несмотря на то, что остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска, а радикулит – воспаление корешка нерва, выходящего из спинного мозга, и остеохондрозы, и радикулиты имеют почти одинаковую клиническую симптоматику. Дифференциальная диагностика радикулита и остеохондроза состоит в следующем. При остеохондрозе нажатие на остистый отросток вызывает сильную боль, так как при этом деформируется межпозвоночный диск, внутри которого располагается воспаленный участок. Зато при остеохондрозе нет сильной болезненности при нажатии на паравертебральные мышц. Радикулиты дают противоположную симптоматику: нет болезненности при нажатии на остистый отросток, но возникает резкая боль при сдавлении паравертебральных мышц. Остеохондрозы и радикулиты классифицируются на шейные, грудные, поясничные и пояснично-крестцовые.

Эффективность лечения остеохондрозов у врача значительно повышается, если он знает причину возникновения заболевания и механизм ее развития во времени (этиологию и патогенез). Этот параграф посвящен описанию причин возникновения радикулитов и остеохондрозов. **Интересно отметить, что у космонавтов, которые на протяжении многих месяцев находятся в состоянии невесомости, никогда не возникает ни остеохондрозов, ни радикулитов, ни грыж диска.** Это можно объяснить только тем, что в состоянии космической невесомости отсутствует гравитационная нагрузка на позвоночник, и нет источников вирусов, поражающих межпозвоночные хрящевые диски. После приземления и при наличии гравитационного притяжения Земли космонавты очень часто болеют радикулитами и остеохондрозами. За время полета в невесомости их позвоночные диски отвыкли от нагрузок и от поднятия тяжестей, поэтому в условиях земного притяжения заболевания позвоночника их беспокоят очень часто. (Читайте карту заболеваний космонавтов Титова, Севастьянова и других космонавтов).

Ветеринары отмечают и другую характерную особенность: животные, которые передвигаются на четырёх лапах и позвоночник у них находится в горизонтальном положении (кошка, собака, лев, лошадь, слон), никогда не болеют радикулитом и остеохондрозом. Позвоночник для животных и для человека предназначен для повышенной гибкости туловища при разнообразной физической деятельности, а не для удерживания веса своего тела в горизонтальном положении (и тем более не для переноса тяжестей в руках). Именно горизонтальное положение позвоночника у человека вызывает сильное давление на позвонки и на межпозвоночные диски, для чего позвоночник природой совсем не приспособлен. Следовательно, можно утверждать, что главной причиной возникновения остеохондрозов у человека является гравитационное притяжение Земли и поднятие тяжестей.

1. Этиопатогенез радикулитов (радикулопатий). Для успешного лечения радикулитов необходимо знать причины, вызывающие эту болезнь. Каждая мышца, в том числе и мышца вокруг позвоночника, покрыта как чулком плотной пленкой, которая называется фасцией. Радикулитом называется воспаление периферического нерва (корешка – radiculus). Причиной его возникновения является туннельная (или

компрессионная) невропатия, при которой происходит передавливание воспаленного и отекшего нерва внутри кольца фасциального отверстия. Туннельная невропатия возникает в том случае, если внутри отверстия (в туннели) фасции происходит сильное сдавливание нерва. Первопричиной боли является внедрение вируса в нервную ткань нерва или воздействие на него нейротоксинов, в результате чего диаметр нерва увеличивается и нервный ствол сжимается в фасциальном отверстии. Основным клиническим симптомом компрессионной невропатии является интенсивная боль в месте сжатия нерва над отверстием соответствующей мышечной фасции. Боль усиливается при нажатии на место компрессии нерва, при нажатии на паравертебральные мышцы, расположенные вдоль остистых отростков позвоночника.

От сильного сжатия нервных клеток, которые служат в организме проводниками электричества, раздавливается их изоляционная оболочка (швановская оболочка) и происходит соприкосновение «оголенных проводов». По этой причине случаются иннервационные ошибки в виде иррадиации боли, когда пациент с радикулитом ощущает боль в абсолютно «здоровых» местах на руке, ноге, пояснице и т.д. По причине «короткого замыкания» пережатых нервов гладкая мускулатура чрезмерно сокращается непосредственно над местом передавливания нерва и спазмирует мышечные ткани. Например, спазмируется грушевидная мышца и пережимает седалищный нерв в месте его выхода из малого таза на бедро (синдром грушевидной мышцы).

Вместе с нервом всегда проходят кровеносные сосуды (артерия и вена). Артерия долгое время не стенозируется, так как кровь по ней двигается под давлением. А вена полностью пережимается и расширяется в месте фасциального отверстия, оказывая дополнительную компрессию на нерв. Пережатые вены непосредственно около фасции увеличиваются в размере в 5 – 10 раз, достигая диаметра около 0,7 см. Именно их и пальпируют народные целители и называют скоплением солей. Получается замкнутый круг – отекший нерв зажат в фасциальном отверстии, а это приводит к еще большему перетягиванию нерва в отверстии после образования расширенной вены и спазмированного участка мышцы. Следствие патологического процесса еще сильнее затягивает «петлю

2. Этиопатогенез остеохондрозов. Причина возникновения остеохондрозов совершенно другая. Остеохондроз – это воспаление межпозвоночного диска. Как показывает врачебно – клиническая практика и изучение рентгеновских снимков, патогенез остеохондрозов состоит в следующем. Первые симптомы остеохондроза появляются после гриппа (ОРЗ, назофарингита, герпеса и т.д.), которым пациент переболел за неделю до начала радикулитных болей. Как известно, вирусы из носоглотки проникают в капилляры слизистой оболочки, концентрация их в крови быстро возрастает, и они миллиардами разносятся по всем органам и тканям, в том числе попадают и в межпозвоночные диски. Если несколько лет тому назад произошла микротравма межпозвоночного диска, то мелкие участки омертвевшей ткани внутри диска становятся хорошей средой для размножения вирусов. Далее вирусы начинают разрушать здоровые клетки соединительной ткани диска. Внутри межпозвоночного диска возникает воспалительный процесс вирусного генеза. При наличии сильного иммунитета у человека в клетках костного мозга и печени вырабатываются специфические гамма-глобулины (антитела), которые быстро убивают вирусы внутри межпозвоночного диска. Вот почему для профилактики остеохондрозов и радикулитов очень важно хорошее кровоснабжение межпозвоночных дисков, так как вместе с током крови в диск поступают антитела. При слабой иммунной системе вирусы в межпозвоночном диске не убиваются антителами, размножаются, «съедают» хрящевую ткань диска, и человек заболевает остеохондрозом. Дегенерация дисков приводит к нарушению функций межпозвоночного диска, где диски играют роль «амортизирующих прокладок» при ходьбе, наклонах, изгибах. Опухания и отек межпозвоночного диска приводит к увеличению его в размере, и по этой причине он выходит за «границы» тела позвонка в виде грыж. Дегенерация хрящевой ткани может приводить к осложнениям в виде раздавливания диска, выпирание в окружающую среду.

2. Общие принципы лечения радикулитов и остеохондрозов точечным массажем.

Остеохондрозы имеют клинику, вызванную смещением позвонков и одновременно клинику туннельных невропатий, а радикулит имеет клинику только туннельных невропатий. При остеохондрозах действенным методом лечения является мануальная терапия и акупрессура, а при радикулитах – мануальная терапия вредна, эффект наступает от акупрессуры, иглотерапии и снятия воспаления ствола нерва инъекциями

гормонов надпочечника. При обеих патологиях прекрасный эффект дает акупрессура только после снятия отека диска и снятия отека нерва. Практика доказала, что эффективность лечения радикулитов и остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), надо применять мануальную терапию (остеопатию).

1. В подостром периоде иногда помогает сильная седатация точек в районе ощущения болей. Болевые точки могут точно показать пальцем сами больные.

2. Применяется методика симметричного воздействия на точки. При этом с больной стороны точки седатируют, а те же точки на здоровой стороне тонизируют.

3. Широко применяется перекрестный выбор точек: правая рука – левая нога, на спине – на животе, точки инь-меридиана сочетаются с точками ян-меридиана и т.д.

4. Применяется ***способ блокировки канала*** мочевого пузыря на различных уровнях. Для этого воздействуют прессурой на акупунктурные точки спины, находящиеся на горизонтальном уровне на двух ветвях меридиана мочевого пузыря правой и левой половины туловища, и на точку заднесрединного меридиана. Например, можно воздействовать на V.41 и V.11 справа, V.41 и V.11 слева и T.14.

5. Очень часто седатация трёх акупунктурных точек T.26, IG.18 и V.60 снимает болевой синдром при радикулитах и остеохондрозах.

6. Через 4 дня после голодания и приема мочегонных средств диск уменьшается в размере, и сильные боли в положении лёжа прекращаются. Только после снятия сильного болевого синдрома можно приступить к полномасштабному курсу **акупрессуры.** Остеохондрозы с наличием одной или нескольких крупных грыж межпозвоночного диска размером более 0,5 сантиметра лечатся мануальной терапией. При дискозном радикулите массаж часто усиливает боли над болевыми зонами в паравертебральной области и на ягодице, противопоказана «жесткая» мануальная терапия, вредна баня с парной по причине набухания и последующего отека межпозвоночного диска, что также сопровождается усилением болей. Абсолютным противопоказанием является интенсивное вытяжение позвоночника механическими аппаратами при воспалении межпозваничного диска. Оперативное лечение иногда приводит к усилению болей и инвалидности.

7. Общеобезболивающими точками при лечении патологии позвоночника являются: P.7,11, GI.1,4, E.36, V.60. Антиспастическим действием на гладкую мускулатуру (желтые связки позвоночника) оказывает точка F.2. При блуждающих болях: VB.38, 41. Точка, которая ликвидирует ухудшение здоровья пациента в связи с изменением погоды – TR.5. Точка по профилактики 100 болезней – V.43.

8. ***Аурикулярные точки***, применяющиеся для лечения радикулитов и остеохондрозов: 12 - козелок, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 37 - шейный отдел позвоночника, 39 - грудной отдел позвоночника, 40 - поясничный отдел позвоночника, 41 - шея, 51 - симпатическая нервная система, 53 - ягодица, 54 - люмбалгия, 55 – шэнь- мэнь, 65 - плечо, 95 - почки, 121 - малый затылочный нерв. Рекомендуется брать за сеанс 2 - 3 аурикулярные точки. Полезно находить на ухе болевые точки и сразу вводить в них иглы. Это вызывает значительное уменьшение болей.

9. В случае плохой динамики излечения акупрессуристы иногда прибегают к медикаментозному лечению, которое проводится параллельно с акупрессурой.

Дипроспан (или бетаметазон) в ампулах – синтетический глюкокортикоид, обладает мощным противовоспалительным свойством, ликвидирует сильные воспаления межпозвоночных дисков и периферических нервов, повышает иммунитет организма.

Диклофенак или диклонак, диклонат, диклоран, наклофен, фелоран-мазь, биоран, **ортофен, вольтарен** (ампулы и таблетки) – обладает выражнными противовоспалительными свойствами, накапливается в суставах (в том числе и между позвонками). Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 2 раза.

Пироксикам или пирокам, федин - по фармакологическим свойствам аналогичен диклофенаку. Противовоспалительное действие слабее дипроспана в 7 раз.

Антиоксикапс с селеном – стимуляция иммунных свойств организма против вирусов, которые вызывают воспаление межпозвоночных дисков, усиление мышечной силы в виде мышечного корсета,

расположенного вокруг позвоночника, усиливает трофические (питательные) процессы межпозвоночных хрящей, ускоряет регенерацию хрящей межпозвоночных дисков.

Терафлекс – содержит вещества, отвечающие за пластичность и упругость межпозвоночных дисков (хондроитин и глюкозамин).

Ксантинола никотинат (или пропионат) – стимулирует трофические процессы внутри всей периферической нервной системы, в том числе и внутри корешков спинного мозга, поражённых воспалительным процессом при радикулитах.

Трентал или пентоксифиллин, Трентал, сермион, агапурин – расширяет капилляры, усиливает потребление кислорода всеми тканями организма, в том числе и межпозвоночными дисками.

3. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане мочевого пузыря применяют следующие методы:

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

2. Успокаивающее воздействие **на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник.**

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

V.64 (седатируется) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости.

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

V.58 (седатируется) - на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия.**

V.65 (седатируется) - см. п. 2.

V.28 (седатируется) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 2 - 3-го крестцовых позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.28 (седатируется) - см. п. 4.

J.3 (седатируется) - выше лобка на 1 цунь.

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

V.58 (седатируется) - см. п. 3.

R.3 (тонизируется) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

7. Седатируются точка входа и выхода энергии данного меридиана.

V.1 (седатируется) - кнутри от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (седатируется) - кнаружи от ногтевого ложа 5-го пальца стопы на 3 цуня,

8. Седатируется точка-щель.

V.63 (седатируется) - кпереди и книзу от латеральной лодыжки у латерального края кубовидной кости, во впадине, кзади от основания 5-й плюсневой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов **(правило «муж-жена»).**

E.41 (тонизируется) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь».**

P.9 (тонизируется) - у лучевого края нижней складки лучезапястного сустава.

11. В суточном (- IG—V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий меридиан **(правило «мать-сын»).** Для суточного цикла берутся точки IG.3 и R.2, для годового – GI.11 и R.2.

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

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

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

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

V.66 (тонизируется) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

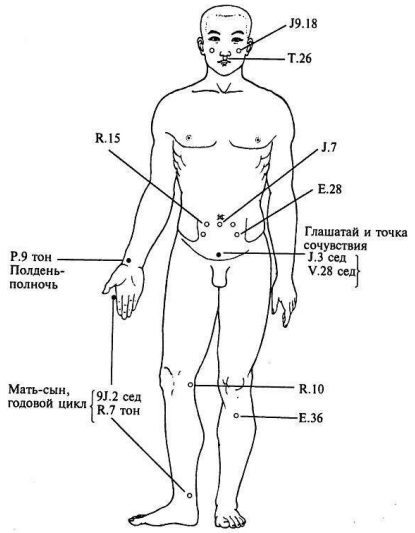
V.65 (сед) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

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

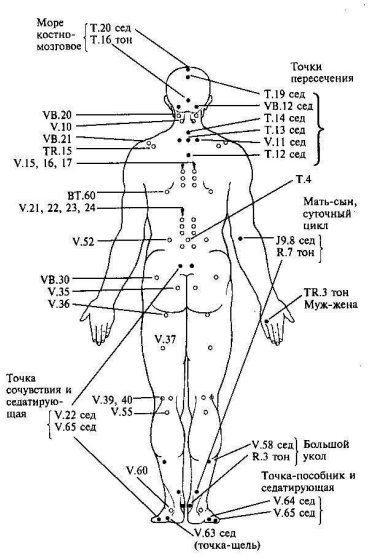
GI.2 (тонизируется) – на лучевой стороне указательного пальца, дистальней пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

R.10 (седатируется) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

Смотрите рисунок 69, №1+2.



№1



№2

Рисунок 69, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане мочевого пузыря.

12. Применение групповых ло — пунктов:

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

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

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

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

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

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

V.66 (сед) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (седатируется) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

15. Точки у-шу в системе «средний инь – большой ян».

(R-).1, 2, 3, 7, 10 - J.23 – (C+).9, 8, 7, 4, 3 (средний инь).

(IG-).5, 8, 1, 2, 3 - V.1 – (V+).60, 40, 67, 66, 65 (большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (тонизируется) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (тонизируется) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (тонизируется) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (тонизируется) – кзади на 1 цунь от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (тонизируется) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (седатируется) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (седатируется) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

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

C.4 (седатируется) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

C.3 (седатируется) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (тонизируется) - запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (тонизируется) - между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (тонизируется) - на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (тонизируется) - дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (тонизируется) - кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (седатируется) - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (седатируется) - в центре подколенной ямки.

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

V.66 (седатируется) - кпереди от плюсно - фалангового сустава.

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

16 Седатируются точки пересечения. Меридиан мочевого пузыря входит в следующие точки пересечения: T.12, T.13, T.14, T.15, T.19, J.3, V.1, V.11, V.41, VB.6, VB.7, VB.8, VB.10, VB.11, VB.12.

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

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

T.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

V.11 - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка между 1 - 2-м грудными позвонками.

VB.7 - на месте перекрестка горизонтальной линии от верхнего края основания раковины уха и волосистой части области виска.

17. Чудесный меридиан. Китайские 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 ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане мочевого пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 3. Освобождение энергии из ЧМ № 3 осуществляется следующим образом: точка-ключ TR.5 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (V.63, VB.35, IG.10, TR.15, VB.21, T.15,16, VB.16-20, E.8, VB.13,14); точка-связующая VB.41 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт Т.1 и точку- щель VB.35. Локализация точек следующая.

TR.5 (тонизируется, точка – ключ) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (седатируется, точка - связующая) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

Т.1 (тонизируется, групповой ло-пункт) – на середине расстояния между копчиком и анусом. VB.35 (седатируется, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

V.63 (седатируется, точка основы) – во впадине кзади от основания 5 плюсневой кости.

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

TR.15 (седатируется, точка основы) – над верхним краем ости лопатки.

VB. 21 (седатируется, точка основы) – над лопаткой, в центре надостной ямки.

Т.15 (седатируется, точка основы) – между 1-2 шейными позвонками.

Е. 8 (седатируется, точка основы) – в лобном углу волосистой части головы.

VB.14 (седатируется, точка основы) – над зрачком глаза, выше брови на 1 цунь.

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

J.7 (седатируется) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (седатируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (седатируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тонизируется) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тонизируется) – от надпереносья 7,5 цуней.

19. Терапевтическая деятельность **специфических точек** акупунктуры: ликвидируют болевой синдром (при сильной седатации) в верхней половине тела – GI.4, в нижней половине тела – E.36, в ногах – V.60, в руках – GI.5 (в анатомической табакерке), боль в крестцовом и поясничном отделе – V.61, в грудном отделе – GI.11, в шейном отделе позвоночника – IG.6, TR.1. Специфическое воздействие на костную систему и суставы осуществляет точка V.11, на костный мозг—VB.39, на процесс выпадения волос – V.40.

4. Шейный радикулит и остеохондроз.

Главные клинические симптомы — сильные боли при повороте головы, головные боли в затылочной области, иррадиация болей в обе руки или в одну из них. В тяжёлых случаях на фоне сильных болей ухудшается слух и зрение. Надо обязательно обратить внимание на тот факт, что между шейными

позвонками фактически отсутствует «межпозвонковые хрящи». Межпозвонковые диски (очень тонкие) начинаются с С.4 по С.7 и ниже, поэтому только ниже С.4 могут быть остеохондрозы, то есть воспалительные процессы межпозвоночных хрящей. **В шейном отделе позвоночника в 80 % случаях бывают радикулиты (воспаление корешков нервов) и механические смещения позвонков (микроскопические подвывихи), а не остеохондрозы (не воспаления межпозвоночных дисков).** Европейская школа практической иглотерапии доказала, что эффективность лечения радикулитов и остеохондрозов увеличивается в 2 раза при параллельном применении в одном сеансе сначала точечного массажа, потом иглотерапии, а после того, как мышцы и связки будут релаксированы (расслаблены), можно применять мануальную терапию (остеопатию).

1. Шейный остеохондроз (С.4 по С.7). Неврологические проявления шейного остеохондроза представлены двумя основными типами синдромов: рефлекторными и корешковыми. Ниже приводятся методики точечного и линейного массажа при обоих типах заболевания. Исключение сделано для синдромов позвоночного нерва (шейной мигрени) и спондилогенной вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности.

Среди **рефлекторных нейродистрофических и иейрососудистых синдромов** наиболее часто встречаются шейный прострел, плечелопаточный периартроз и синдром плечо-кисть. Общим для них является развитие дистрофических изменений в мышцах плечевого пояса и околосуставных тканях плечевого сустава и вовлечение в процесс симпатических нервных волокон. При синдроме плечо — кисть наблюдаются еще и вегетативно-сосудистые расстройства в дистальных отделах верхней конечности. Для рефлекторных синдромов характерно доминирование признаков раздражения нервно-мышечных структур: боли в области шеи, надплечья, лопатки, плечевого сустава, ограничение подвижности головы и одной из рук, постепенно развивающиеся рефлекторные контрактуры и атрофии мышц плечевого пояса и проксимальных отделов верхней конечности, чувствительные расстройства на верхней части туловища и плече. При синдроме плечо—кисть, кроме того, наблюдаются отечность, изменение окраски, температуры и потоотделения в области кисти.

Точечный и линейный массаж представлен тормозными методиками. Используемые ТА: в области надплечья — GI.15, IG.9, IG.10, IG.11, IG.13, IG.14, IG.15, TR.14, TR.15, VB.21, T.14; на верхних конечностях — GI.3, G1.4, GI.11, GI.14, C.I, MC.3, TR.13; в области спины — V.11, V.13 (китайские авторы рекомендуют совмещать в одной процедуре воздействие на ТА V.13 и GI.4), V.41, V.42, V.43, V.44, V.45, V.46; в области груди — PR.20, P.1, P.2, синь-шэ (H). На ушной раковине пальцами может производиться зональный массаж противозавитка, а с помощью стерженька с закругленным концом диаметром порядка 1 мм — точки в области противокозелка: 2ба, 29; на противозавитке — 37, 41; в ладьевидной ямке — 64 и 65. Выбор определенных ТА зависит от особенностей клинических проявлений у каждого конкретного больного. Так, в случае шейного прострела массируются ТА шеи V.10 и VB.20, при болях по задней поверхности плечевого сустава — TR.13, по передней — GI.15, при стреляющих болях в задних отделах плеча с паре-стезиями в виде «мурашек» и иррадиацией по наружной поверхности шеи — IG.10, в случае иррадиации боли из надплечья в спину—сочетание в одной процедуре ТА V.13 у, V.43 и IG.9, а при наличии одновременных сосудистых расстройств и болей в дистальных отделах руки — MC.8, P.10 и аурикулярной точки 62.

Линейный массаж при плечелопаточном периартрозе также носит тормозный характер и включает следующие методики:

1) глубинное надавливание сверху вниз по линии поперечных отростков от уровня IV шейного до I грудного позвонка — 10 прохождений;

2) медленное поглаживание, переходящее в растирание вдоль отрезка меридиана тонкой кишки от ТА IG.13 у верхнего края ости лопатки на уровне II грудного позвонка наискосок кверху и кнутри через IG.14 до ТА IG.15 — 10—12 прохождений;

3) методика Г. Лувсана, рекомендуемая при трудности отведения плеча: сначала поглаживание, а затем надавливание большим пальцем снизу вверх, начиная с ТА IG.9 на вершине подмышечной складки сзади

до верхнего края ости лопатки, где повернуть на 90° в сторону позвоночника и дойти до ТА V.11 — до 20 прохождений с усилением надавливания на нередко встречающиеся уплотнения.

2. Шейные радикулиты (С.1 - С.4). Корешковые расстройства, квалифицируемые как шейный радикулит, брахиалгия, плечевой плексит, при шейном остеохондрозе весьма часты. Практически всегда они проявляются болями, иррадиирующими из областей лопатки, шеи и надплечья вдоль руки и во многих случаях достигающими пальцев кистей. Частыми, но менее постоянными являются двигательные расстройства в виде слабости мышц, вялых парезов, угасания сухожильных и периостальных рефлексов. Страдает и чувствительность: гиперестезия и парестезии в области надплечья и тех или иных зон верхней конечности (иногда в виде «полукуртки») в начале болезни постепенно сменяются гипестезией. Зона распространения указанных расстройств зависит от вовлечения в процесс одного или нескольких нервных корешков.

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 применять следующие **местные акупунктурные точки** при лечении шейного радикулита: Т.13, Т.14, Т.15, Т.16, Т.17, Т.26, V.9, V.10, V.11, VB.19, VB.20, 19, 21, 10, 11, 12, TR.15, TR.16, IG.15, 18.

Т.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

Т.15 - между 1 - 2-м шейными позвонками.

Т.16 - между затылочной костью и 1-м шейным позвонком.

Т.17 - на верхнем крае затылочного бугра.

V.9 - на 0,5 цуня кнаружи от верхнего края затылочного бугра.

V.10 - на 0,5 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонка.

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

VB.19 - на 1,5 цуня кнаружи от затылочного бугра.

VB.20 - на 2 цуня кнаружи от промежутка 1 - 2-го шейного позвонков.

VB.21 - в центре надостной ямки.

TR.15 - выше середины длины ости лопатки на 1 цунь.

TR.16 - кзади и книзу от сосцевидного отростка в местах прикрепления заднего края кивательной мышцы.

IG.15 - от промежутка 7-го шейного и 1-го грудного позвонков кнаружи на 2 цуня.

4. Внемеридианальные местные точки, применяемые для лечения шейных радикулитов: 28, 29, 30, 31, 51, 52.

ВТ.28 - на середине расстояния между мочкой уха и 1-м шейным позвонком.
ВТ.29 - на 1,5 цуня в сторону от нижнего края остистого отростка 3-го шейного позвонка.
ВТ.30 - на 2 цуня, выше и на 1 цунь, кнаружи от 7-го шейного позвонка.
ВТ.31 - под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

5. Новые местные точки: 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 42, 43, 44, 45, 46, 47.

НТ.18 - на голове сзади уха, под концом выступающей хрящевой складки при отогнутом вниз ухе.
НТ.20 - на 0,5 цуня выше середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

НТ.21 - посредине расстояния от основания мочки уха до границы роста волос.

НТ.22 - кнаружи от 1-го шейного края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

НТ.23 - от передне-нижнего края сосцевидного отростка вниз на 0,5 цуня.

НТ.28 - кнаружи от 1-го шейного позвонка на 2,5 цуня.

6. **Отдаленные точки** берут вначале лечения (без подключения местных точек) при наличии сильного болевого синдрома. В дальнейшем отдаленные точки сочетают с местными точками.

- При лечении шейных радикулитов отдаленные точки берутся в основном на голове, шее, груди и руках (меридианы Р и GI): Р.1, 2, 7, GI.4, 10, 11, 17, 18, 20, Т.10, 9, 8, VB.14, 15, 16, Т.20, 24, 26, J.22, 23.
- Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении шейных радикулитов: Р.9, 10, 11, GI.1, 5, 6, 11, Е.24, 39, IG.2, 3, R.1, 2, TR.10, 15, VB.39. Для воздействия непосредственно на нервы шейного отдела позвоночника надо брать точки IG.6 , TR.1.
- Внемеридианальные отдаленные точки на голове, шее и руках: ВТ.1, 3, 4, 6, 9, 16, 17, 19, ВТ.21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, ВТ.99, 100, 101, 120, 123, 126, 127, 129.

ВТ.1 –на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки Т.20, «КОРОНА».

ВТ.3 - в центре переносицы.

ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

ВТ.21 - на 1 цунь выше точки J.23.

ВТ.22 - на 0,5 цуня вправо и влево от точки J.23.

ВТ.26 - под нижним краем угла нижней челюсти, кпереди от места пульсации сонной артерии.

ВТ.101 - на тыльной поверхности среднего пальца посредине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.123 - на 1 цунь выше и ниже GI.11.

ВТ.125 - на 0,5 цуня, выше переднего края подмышечной складки.

- Новые отдаленные точки на шее: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 30, 31, 32, 34.

НТ.20 - на 0,5 цуня выше точки TR.17.

НТ.22 - на 0,5 цуня кпереди от точки VB.20.

НТ.30 - на шее на 1,5 цуня ниже точки TR.17.

5. Синдром позвоночной артерии.

Частое осложнение шейных радикулитов является механическое сужение просвета позвоночных артерий. Позвоночные артерии проходит с правой и левой стороны по шейным позвонкам от аорты к головному мозгу. Две крупные магистрали позвоночных артерий вместе с двумя сонными артериями доставляют кровь к мозгу. При травмах и ослаблении связочного аппарата, расположенного вокруг шейных позвонков, происходит смещение тонких и плоских шейных позвонков на 0,2 – 1 миллиметр (подвывих) вправо, влево, вперед и очень редко – назад. На рентгенограммах эти боковые смещения позвонков выявить невозможно. От этих смещений пережимается позвонками русло позвоночной артерии, которая проходит в отверстиях шейных позвонков. Русло позвоночной артерии становится меньше в диаметре от бокового давления на артерию смещенного позвонка. Механизм сдавливания позвоночной артерии смещенным и здоровым позвонком имеет вид «ножниц». Как следствие этого уменьшается поступление крови к головному мозгу. Клинически это проявляется головной болью в затылочной области, головокружением, тошнотой, возникновением зрительных нарушений (в виде фотопсий и скотом).

Синдром позвоночной артерии — одно из наиболее тяжелых осложнений шейного остеохондроза. Известен в литературе под названием «синдром позвоночного нерва», «задний шейный симпатический синдром Барре — Льеу» «шейная мигрень», «компрессионно-рефлекторный синдром позвоночной артерии» и др. В основе этого страдания лежит механизм раздражения периваскулярноного автономного сплетения позвоночной артерии с возможным изменением и просвета сосуда. Наиболее часто встречается так называемая дистоническая форма синдрома, или начальная, в которой могут преобладать:

а) головная боль с преимущественной локализацией в шейно-затылочной области и возможной иррадиацией в теменную, височную, лобно-орбитальную и ушную области;

б) вестибуло-кохлеарные нарушения, возникающие вследствие функциональных или органических изменений в артерии лабиринта (ветвь базилярной артерии);

в) зрительные нарушения, выражающиеся чаще всего преходящими фотопсиями, скотомами.

Наличие синдрома (сжатия) позвоночных артерий достаточно легко диагностируется. Врач усаживает пациента на кровать, располагается сзади от него и, обхватив шею обеими руками, на 5 – 10 секунд пережимает поступление крови через сонные артерии. Тогда на протяжении 5 – 10 секунд головной мозг будет снабжаться кровью исключительно через две позвоночные артерии.

- Если **имеется сужение** позвоночных артерий (или у человека выраженная гипотония – 70/40 мм. ртутного столба), то пациент после первых 2 секунд сжатия сонных артерий почувствует сильное головокружение, а через 7 секунд он будет находиться без сознания (в обморочном состоянии). При возникновении обморока больного сразу надо уложить на кровать и дать понюхать нашатырного спирта. Сознание быстро восстанавливается.
- Если у пациента **нет сужения** позвоночной артерии (и нормальное артериальное давление), то даже после 2 минут сжатия сонных артерий с обеих сторон он почувствует только небольшое головокружение. Широкие позвоночные артерии будут успешно компенсировать прекращение поступления крови к головному мозгу, вызванное сжатием сонных артерий.

Лечение синдрома позвоночной артерии производится комплексно. **Наиболее эффективна мануальная терапия (остеопатия).** Кроме этого проводят общий массаж шеи (особенно ее боковых отделов), акупрессурное лечение шейного радикулита, применяют различные сосудорасширяющие медикаментозные средства (эуфиллин, но-шпа, стугерон, папаверин, никотиновая кислота).

При головной боли наряду с воздействием акупрессурой на БАТ шейно-воротниковой области используют точки головы, где наиболее локализована боль. При синдроме позвоночной артерии иногда эффективно также воздействие на точки, регулирующие гемоциркуляцию (МС.6, С.7, F.2, F.3 и др.). При зрительных расстройствах массажируют точки затылка (VB.20, VB.19, Т.16, Т.17), лба (VB.14, Т.23, Т.24) и точки, располагающиеся вокруг глаза. При лечении вестибуло-кохлеарных нарушений используют преимущественно точки вокруг уха, области затылка и соответственно им отдаленные точки (чаще на меридианах желчного пузыря, трех полостей туловища, тонкой и толстой кишок).

В настоящее время описаны острые вестибулярные приступы по типу болезни Меньера, причиной которых являются острые расстройства кровообращения мозга в конечных ветвях базилярной артерии, в том числе в артерии, снабжающей внутреннее ухо (внутренняя слуховая артерия). В основе этих приступов может лежать также шейный остеохондроз.: Рефлексотерапия этого синдрома нередко приносит хорошие результаты. Применяют преимущественно тормозной вариант классического метода. Наиболее эффективно использование точек вокруг уха, точек шейно-затылочной области, а также точек Т.20, Т.24, Е.8, *инь-тан* (внемеридианная) и др. Из отдаленных точек чаще других используют VB.41; IG.3; TR.5, TR.8; GI.4,11.

У некоторых больных, страдающих шейным остеохондрозом, могут наблюдаться «привычные» вестибулопатии, проявляющиеся головокружением при неожиданных, резких поворотах головы, особенно при взгляде вверх. Эти вестибулопатии наряду с использованием вышеотмеченных точек иногда хорошо поддаются лечению с использованием точек J.15 и RP.6.

Использование корпоральных точек более эффективно в сочетании с точками раковины уха, которые включаются (1...2) в каждый сеанс акупунктуры. Среди них наиболее часто воздействуют на точки *шэнъ-мэнъ*, внутреннего уха, шейного отдела позвоночного столба. затылка, подкорки, симпатическую точку. В этих точках можно оставлять микроиглы на несколько суток.

6. Синдром передней лестничной мышцы (синдром Нафцигера).

Между передней лестничной мышцей, находящейся на шее, и первым ребром проходит сосудисто-нервный пучок, снабжающий кровью и иннервацией верхнюю конечность. При шейном остеохондрозе возникает непроизвольное сокращение передней лестничной мышцы. Возникает **«синдром передней лестничной мышцы»,** сущность которого заключается в спазме указанной мышцы и вторичной компрессии сосудисто-нервного пучка (подключичная артерия и вена, а также пучок плечевого сплетения, образованный С.8 — D.1 -корешками) в межлестничном пространстве (I ребро — передняя лестничная мышца). Причина

развития этого синдрома наиболее часто связана с раздражением С.6 — С.7 -корешков и симпатических волокон, что часто встречается при шейном остеохондрозе. Фактически возникают симптомы **компрессионного плечевого плексита,** так как передавливается все нервы плечевого ствола. Клинически для синдрома передней лестничной мышцы наиболее характерна боль в области шеи с иррадиацией по локтевому краю руки. При нарастании синдрома может появиться гипотрофия мышц кисти с признаками недостаточности кровообращения в руке, напоминающая болезнь Рейно (ослабление пульса на лучевой артерии, отечность кисти, ишемические кризы, провоцирующиеся холодом, и др.). Дифференциальная диагностика основывается на рентгенологических данных (шейный остеохондроз); пальпаторно на шее определяется односторонняя отечность, болезненность и утолщение правой или левой передней лестничной мышцы. С целью уточнения диагноза проводят пробу Эдсона: руку больного отводят назад, после чего запрокидывают голову кзади. Происходит усиление сдавления сосудов телом спазмированной лестничной мышцы. При положительной пробе возникает усиление боли и онемение руки, пульс на лучевой артерии ослабляется или даже исчезает.

Лечение этой болезни имеет некоторые особенности: во-первых, выбирают точки не только задней поверхности шейно-воротниковой области, но и передней поверхности шеи, над- и подключичные точки (R.26, R.27; E.11, E.12, E.13, E.14; J.22) и, во-вторых, несмотря на преимущественное вторичное страдание С.8 — D.1 корешков (зона расположения меридианов тонкой кишки и сердца), основное внимание следует обращать на нормализацию функции С.6 — С.7 -корешков (зона расположения меридианов толстой кишки и трех полостей туловища), раздражение которых, по сути, является основной причиной болезни. Применяют тормозные методы воздействия. На точки здоровой руки воздействуют по тонизирующей методике. На раковине уха наиболее часто используют следующие точки: точку шейного отдела позвоночного столба, точку шеи, точку ключицы, точку *шэнъ-мэнъ* и др. Если консервативное лечение безуспешно, в исключительных случаях необходимо решать вопрос об оперативном лечении (скаленотомия или скаленэктомия, резекция шейного ребра и др.). Промедление в таких случаях может привести к необратимым изменениям сосудисто-нервного пучка с «пожизненным» параличом руки.

7. Грудной радикулит и остеохондроз.

Главными клиническими симптомами являются боли при движении в грудном отделе позвоночника, иррадиация болей в плечи и руки, боли в области сердца, боли при глубоком вдохе.

1. Для лечения применяются **местные** корпоральные точки на спине: Т.6 - 14, V.11 - 22, V.41 - 50. Применяются местные внемеридианальные точки на спине: 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 85.

ВТ.54 - ниже верхне-внутреннего угла лопатки на 1 цунь.
ВТ.55 - под остистым отростком 2-го грудного позвонка.
ВТ.56 - кнаружи на 0,5 цуня от нижнего края остистого отростка 3-го грудного позвонка.
ВТ.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.
ВТ.58 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.
ВТ.59 - кнаружи на 2 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.
ВТ.60 - нижний угол лопатки.
ВТ.61 - под остистым отростком 8-го грудного позвонка.
ВТ.62 - кнаружи на 1,5 цуня от остистого отростка 8-го грудного позвонка.

2. Применяются местные новые точки на спине: 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54.
НТ.48 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 4-го грудного позвонка.
НТ.49 - посредине латерального края лопатки.
НТ.50 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 5-го грудного позвонка.
НТ.51 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 6-го грудного позвонка.
НТ.52 - кнаружи на 0,5 цуня от остистого отростка 7-го грудного позвонка.
НТ.53 - 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка 9-го грудного позвонка.
НТ.54 - кнаружи на 5 цуней от остистого отростка 12-го грудного позвонка.

3. При лечении верхне-грудных радикулитов (Th.1 - Th.5) берутся **отдаленные точки** в основном на груди и руках: C.5 - 8, IG.2 - 8, E.12 - 18, RP.17 - 21, R.20 - 25, J.13 - 21.

C.5 - выше лучезапястной складки на 1,5 цуня, у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.7 - у сухожилия локтевого сгибателя кисти, на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

IG.5 - между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью.

IG.7 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, на середине тыльной поверхности локтевой кости.

E.13 - под ключицей, кнаружи от средней линии груди на 4 цуня.

E.15 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

E.18 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 4 цуня.

RP.17 - в пятом межреберье кнаружи от средней линии на 6 цуней.

RP.20 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

RP.21 - на средней подмышечной линии в шестом межреберье.

R.23 - в четвертом межреберье кнаружи от средней линии на 2 цуня.

R.25 - во втором межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

J.18 - середина тела грудины на уровне суставной вырезки 4-го ребра.

J.20 - место соединения рукоятки и тела грудины на уровне 2-го ребра.

4. Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие отдаленные точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении грудных радикулитов: при болях в руках – P.3 - 9, E.19, IG.1, C.1,2,3, VB.40 – 43,41 (!!!), при болях в грудном отделе позвоночника, межреберная невралгия – P.9, GI.11, E.39, C.8,9, IG.16,17,MC.7,VB.43. F.3.

5. Применяются отдаленные внемеридианальные точки, которые в основном расположены на груди и руках: BT.32, 33, 34, 35, 36, BT.108, 109, 111, 115, 116, 121, 128, 129.

BT.32 - на 1 цунь кнаружи от центра рукоятки грудины.

BT.35 - на 3 цуня кнаружи от точки E.18.

BT.116 - на 2 цуня ниже точки P.5.

BT.129 - у заднего края подмышечной складки.

- Применяются новые отдаленные точки на груди и руках: 31, 32, 65, 66 - 73.

HT.32 - на 2 цуня, справа и слева от J.23.

HT.66 - на задней поверхности предплечья на 3 цуня, ниже локтевого отростка, между костями предплечья.

HT.70 - на передней поверхности плечевого сустава на 1,5 цуня, ниже акромиально-ключичного сочленения.

HT.73 - в верхней части плеча в центре дельтовидной мышцы.

8. Осложнение грудного остеохондроза в виде межреберной невралгии.

Межреберные нервы начинаясь справа и слева от позвонков диагонально следуют вниз через боковые области в межреберных промежутках. А затем они следуют диагонально вверх к краям грудины. Межреберная невралгия поражает, как правило, одну сторону тела, в основном левую, и особенно промежутки между пятым и девятым ребрами. Боль полуопоясывающего характера в области груди, спины и бокового абдоминального региона может сопровождаться герпетическими высыпаниями. Они локализуются всегда слева и имеют связь с кожно-висцеральным рефлексом. Дыхательные движения вызывают боль. Для этого типа невралгии существуют 3 точки Балле: вертебральная, латеральная грудная и грудинная (стернальная). Все они располагаются в местах выхода на поверхность многочисленных веточек кожных нервов, отходящих от межрёберного нерва.

В 80 % случаев межреберная невралгия является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Вирус после внедрения в корешок нерва и спинной мозг последовательно двигается к периферии, к коже, поражая одну за другой нервные клетки. Нервная веточка от воздействия вируса увеличивается в диаметре и зажимается в одном из фасциальных отверстий. Бывают межреберные невралгии не связанные с радикулитами. Причиной возникновения этих межреберных невралгий является последствие травмы грудной клетки, мышц, нервов и фасциальных отверстий, туннельная невропатия кожной веточки, поражение участка нерва вирусной инфекцией (herpes zoster и другие), которые начинают движение по нерву от кожи (от периферии) к спинному мозгу, то есть в обратном направлении. Межреберная невралгия характеризуется болями постоянного характера, временами резко усиливающимися, в одной или нескольких межреберных областях. Иногда боли носят опоясывающий характер. При большой интенсивности они могут отражаться в область плеча и спины с одной стороны. При иглотерапии применяется первый вариант тормозного метода в точках V.12, 13, 14, 15, 17, 19, R.24, 25, 26, 22, F.2, TR.6. Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие точки акупунктуры при лечении межреберной невралгии: P.8,9,11, E.12,18,19.39, RP.17 – 21, C.1,2,8,9, MC.1,7, VB.2,3,4,25,43, F.2,3,. Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, которые рекомендовано применять при лечении грудных радикулитов. Часто бывает эффективно лечение точечным массажем, втиранием мазей на основе пчелиного и змеиного яда, периодическое и сильное прогревание места боли.

Смотрите рисунок 70.

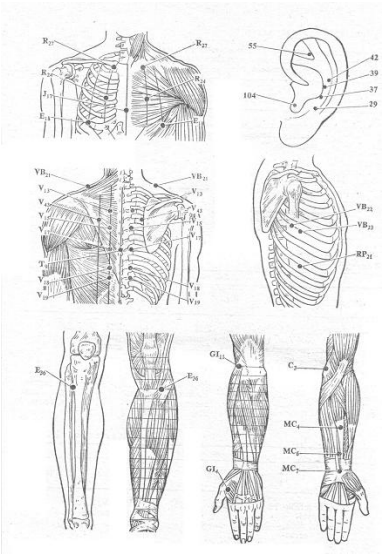


Рисунок 70. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения межрёберной невралгии.

Лечебный точечный массаж шиацу. **Смотрите рисунок 28.** Случаи межреберной невралгии сопровождаются ригидностью длинных мышц спины и межреберных мышц, сердечными нарушениями, рассогласованием управления ребрами и позвоночным столбом. Когда боль захватывает переднюю область груди пациент лежит на боку и врач массирует подлопаточный и межлопаточный регионы. Затем, положив пациента на спину, аккуратно массируется пораженная сторона от грудины к ребрам. Можно использовать ладонь, три пальца или большой палец. Если боли в основном локализуются в спине и боковой области, врач занимает позицию за головой пациента, отводит его руку на пораженной стороне за голову и массирует боковую область ладонью, большими пальцами или тремя пальцами, а также использует вибрационный массаж. В любом случае особое внимание необходимо обратить на массаж диафрагмы, причем пациент должен во время лечения стараться дышать глубоко и спокойно, если он хочет облегчить боль.

9. Поясничный радикулит и остеохондроз.

Наиболее характерными клиническими проявлениями являются синдромы грудного радикулита и межреберной невралгии с типичными опоясывающими болями. Как и при поражении шейного отдела позвоночника, различают рефлекторные и компрессионные синдромы поясничного остеохондроза.

Рефлекторные синдромы (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия и др.) — типичные представители заболеваний с преобладанием признаков раздражения нервно-мышечных структур: наблюдаются боли в пояснично-крестцовой области и вдоль задненаружной поверхности ноги, неравномерное напряжение мышц (например, длиннейших мышц спины с одной стороны, сгибателей голени и др.). В мышцах нередко обнаруживаются болезненные узелки — гелезы, отмечается наклонность к спазмам сосудов соответствующей нижней конечности, особенно артерий и артериол. Объем движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника обычно существенно ограничен, положительны симптомы натяжения (Ласега, Кернига и др.).

Компрессионные синдромы возникают при сдавлении поясничных и первого крестцового нервных корешков грыжами межпозвоночных дисков. Клиническая картина компрессии складывается из сочетания симптомов раздражения и выпадения, объединяясь обобщенными терминами: пояснично-крестцовый радикулит или радикулоневрит. Характерны боли пояснично-крестцовой области, иррадиирующие в ягодицу, наружную поверхность бедра, заднюю или передненюю поверхность голени, а иногда — и в тыл стопы. Наряду этим быстро возникают симптомы двигательных выпадений: нижение сухожильных и периостальных рефлексов, слабость мышц, доходящая в ряде случаев до развития периферического вялого паралича («парализующий ишиас»), главным образом в зоне иннервации ветви седалищного нерва — малоберцового нерва. Чувствительные расстройства в острой фазе болезни обычно представлены гипералгезией и парестезиями, а в последующем — снижением поверхностных видов чувствительности. Конечно, наблюдаются и различия в клинических проявлениях, зависящие как от фазы болезни, так и поражения определенного корешка: при компрессии корешка L.4 основные нарушения возникают по передней поверхности бедра, голени и по внутренней стороне стопы, а корешка L.5 — слабость мышц и чувствительные нарушения концентрируются на наружной поверхности бедра, голени и на тыле стопы со стороны I—II пальцев. Поражение корешка S.1 ведет к появлению болей и симптомов выпадения по задней поверхности бедра и голени, на наружном крае и прилегающей части тыла стопы.

1. В большинстве случаев точечный и линейный массаж при рефлекторных и компрессионных синдромах поясничного остеохондроза носит тормозный характер. Лечение больных с поясничными рефлекторными синдромами в 1—2 первые процедуры начинается с седативного воздействия на отдаленные точки широкого спектра действия, особенно обладающие общеанальгетическим действием: GI.4, GI.11— на верхних конечностях, Е.36, VB.34, VB.39, RP.6, RP.9— на нижних. В последующем массируются местные и сегментарные точки: в пояснично-крестцовой области — V.21, V.24, V.25, V.28, V.31-34 ба-ляо, V.52, V.54, Т.3, Т.4; на нижней конечности — V.36, V.40, V.57, V.60, V.62, VB.30, VB.34, VB.39, Е.36, RP.6, RP.10, F.11. Кроме того, приемами надавливания и глубинного разминания воздействуют и на нередко ощущаемые в мышечной ткани уплотнения — гелезы и локальные гипертонусы. Показан зональный пальцевой массаж областей ушной раковины: верхней части противозавитка и прилегающей к нему начальной части нижней ножки противозавитка, а также инструментальный тормозный массаж аурикулярных точек 29, 34, 38, 40, 54 и 55. При преобладании корешковых неврологических расстройств на передней поверхности бедра и передневнутренней — голени, а также при неврите бедренного нерва используются ТА V.21, V.22, V.23, V.25, V.3I, VB.30, Т.4, Т.5, Е.32, Е.36, F.8, F.11, R.1 (отдельно или совместно с Е.44), синь-цзянь (Н), а также внемеридианные точки подошвы стопы ВТ. 130—132. В подострой фазе массируют ТА Е.31, а при иррадиации боли по внутренней стороне бедра в стопу и подошву седатируются ТА RP.10 или RP.11, RP.8, R.4, Е.44 совместно с R.1, F.8 и F.11. В случае возникновения болей в области коленного сустава целесообразен совместный тормозный массаж ТА VB.34 и RP. 9, а также Е.35, ВТ.156 хэ-дин. Весьма часты боли и другие неврологические расстройства в зоне иннервации пятого поясничного корешка, для устранения которых массируются описанные выше точки пояснично-крестцовой области: V.21—28, V.31—34, V.36, 37, 40, 52, 54, VB.30, а также Е.32, Е.36, VB.31, RP.2, RP.3, RP.6, R.3, R.6, R.9, F.2, F.3. Наконец, поражение корешка S.1 требует воздействия на перечисленные выше точки пояснично-крестцовой области и ТА V.29 у, V.30, V.36, V.37, V.40, V.56, V.57, V.60, V.61, V.62, V.63, V.65, VB.39 , VB.40, VB.42 (последняя — при прострельных болях вдоль нижней конечности), VB.43, Е.41, Е.44. Точечный массаж больных с невритом седалищного нерва аналогичен применяемому при спондилогенных поражениях корешков L.1 – S.1. При всех корешковых синдромах, как монорадикулярных, так и сочетающих симптомы вовлечения в патологический процесс сразу нескольких корешков, могут массироваться зоны и точки ушной раковины, главным образом в области верхней части противозавитка (точки 38, 40), его верхней (46 — 50) и нижней (52—54) ножек, треугольной ямки (57), а

также противокозелка (точки 26-а, 29, 34) — в зависимости от локализации максимальных неврологических расстройств.

2. Для лечения применяются **местные** точки стандартных меридианов на спине: V.21 - 35, V.50 - 54, VB.25 - 30, T.1 - 6.

VB.25 - у свободного края 12-го ребра.

VB.26 - ниже свободного конца 11-го ребра, на уровне пупка.

VB.30 - на ягодице, кзади от тазобедренного сустава.

T.2 - над местом входа в крестцовый канал.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

Смотрите рисунок 71. Смотрите рисунок 72. Смотрите рисунок 73.

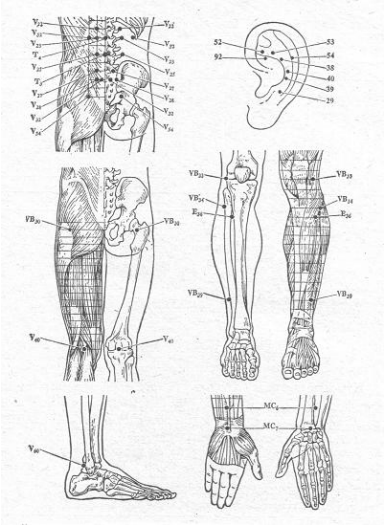


Рисунок 71. Самые эффективные акупунктурные точки для лечения акупрессурой пояснично-крестцового радикулита и остеохондроза.

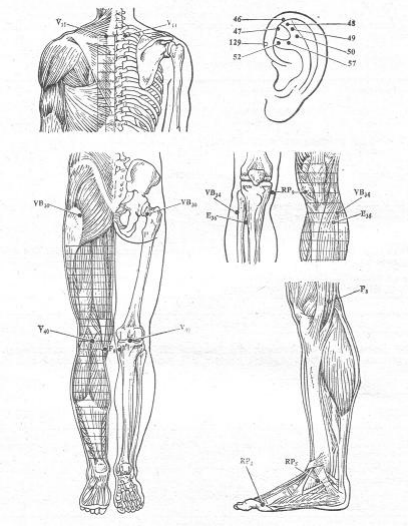


Рисунок 72. Самые эффективные акупунктурные точки для лечения акупрессурой поясничный остеохондроза с болями в тазобедренном суставе.

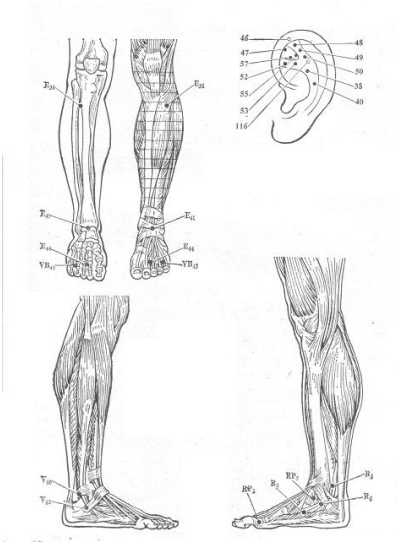


Рисунок 73. Самые эффективные акупунктурные точки для лечения акупрессурой поясничный остеохондроза с болями в голеностопном суставе.

- Внемеридианальные местные точки на пояснице: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85.

ВТ.67 - над остистым отростком 2-го поясничного позвонка.

ВТ.68 - кнаружи на 1 цунь, от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

ВТ.71 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

ВТ.73 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

ВТ.75 - под остистым отростком 5-го поясничного позвонка.

ВТ.77 - кнаружи на 3 цуня, от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.

ВТ.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

ВТ.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

ВТ.82 - над остистым отростком 5-го крестцового позвонка.

ВТ.85 - по 17 точек справа и слева, на 0,5 цуня, кнаружи от нижнего края каждого грудного и поясничного позвонков.

- Новые местные точки на пояснице: 55, 56, 57, 58, 59.

НТ.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

НТ.58 - на 1 цунь ниже середины линии, проведенной от копчика к большому вертелу бедренной кости.

НТ.59 - на ягодице, латеральнее точки Т.1 на 1,5 цуня.

3. При лечении пояснично-крестцового радикулита применяются **отдаленные** точки, которые расположены в основном на животе и на ногах. При этом необходимо следовать правилу, что отдаленные точки на ногах для лечения поясничных радикулитов берутся на меридианах мочевого и желчного пузыря (V, VB), а для лечения крестцовых радикулитов - точки меридианов желудка, селезенки и почки (E, RP, R). При лечении поясничного радикулита наиболее часто применяются отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: J.5, 6, 7, 8, 9, VB.34 - 44, V.36 - 40, V.55 - 67.

J.5 - ниже пупка 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

J.7 - ниже пупка на 1 цунь,

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

VB.36 - выше верхнего края латеральной лодыжки на 7 цунь, у переднего края малоберцовой кости.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.41 - между основаниями 4 - 5-й плюсневых костей.

V.36 - в центре ягодичной складки.

V.37 - ниже середины ягодичной складки на 6 цуней.

V.39 - у наружного края подколенной ямки.

V.40 - в центре подколенной ямки.

V.55 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у наружного края пяточного сухожилия.

V.60 - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.61 - на латеральной поверхности пяточной кости во впадине.

- При лечении крестцовых радикулитов наиболее часто применяются следующие отдаленные точки стандартных меридианов, расположенные на животе и ногах: E.35 - 45, RP.6 - 15, R.11 - 17, R.3 - 10, J.1 - 3.

E.37 - на 3 цуня, ниже E.36.

E.39 - выше латеральной лодыжки на 7 цунь, между большеберцовой и малоберцовой костями.

E.43 - между 2 - 3-й плюсневыми костями в самом широком месте.

RP.7 - выше верхнего края медиальной лодыжки на 6 цуней, на 1 цунь, кзади от большеберцовой кости.

RP.14 - выше лобка на 3,5 цунь и на 4 цуня кнаружи от средней линии живота.

P.15 - на уровне пупка, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.13 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.15 - выше лобка на 4 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

R.5 - на медиальной поверхности середины пяточной кости.

R.8 - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.9 - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, в месте перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

R.10 - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

4. Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при лечении пояснично-крестцового радикулита: GI.4,7,10,11, E43,44,45, V.60, 61, 63, R.6, VB.40, F.5.

5. Для лечения пояснично-крестцовых радикулитов часто применяются отдаленные **внемеридианальные** точки на животе и ногах: **BT.** 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 132, 134, 139, 142, 144, 145, 146, 150, 152, 156, 161, 163, 164.

BT.39 - латеральнее пупка на 1 цунь.

BT.40 - на 3,5 цунь латеральнее пупка.

BT.41 - ниже пупка на 1,5 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

BT.42 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня.

BT.44 - ниже пупка на 2,5 цунь.

BT.48 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 2,5 цунь.

BT.50 - выше лобка на 0,5 цуня на средней линии живота.

BT.132 - на 0,5 цуня вперед и назад от точки на подошве стопы R.1.

BT.134 - на подошве в центре пятки.

BT.144 - под надколенником на связке надколенника.

BT.146 - на вершине медиальной лодыжки.

BT.150 - на 5 цуней выше центра медиальной лодыжки.

BT.156 - над серединой верхнего края надколенника.

6. Новые отдаленные точки на животе и ногах, применяющиеся при лечении пояснично-крестцового радикулита: 77, 80, 82, 83, 85, 88, 91 - 110.

HT.77 - на задней стороне пятки, между латеральной и медиальной лодыжками.

НТ.80 - на 0,5 цуня ниже точки Е.36.

НТ.81 - на 1 цунь латеральнее точки Е.36.

НТ.82 - на 1 цунь выше точки Е.36.

НТ.91 - на 3 цуня ниже головки малоберцовой кости.

НТ.94 - на бедре на 4,5 цунь выше середины верхнего края надколенника.

НТ.100 - на задней стороне бедра на 2 цуня, выше точки V.40.

НТ.105 - выше верхнего края медиального мыщелка бедренной кости на 1,5 цуня.

10. Осложнение пояснично-крестцового радикулита в виде ишиаса.

В 80 % случаях воспаление межпозвоночного диска (L.4 – L.5 или L.5 – S.1) сопровождается одновременно и люмбалгией и воспалением седалищного нерва (ишиаса), обусловленного сдавливанием опухшего и отекшего нерва мышечной фасцией в месте его выхода из позвоночника. Седалищный нерв берет начало между 4 и 5 поясничными и 1,2 и 3 крестцовыми позвонками. Выходя из сплетения, он проходит по задней поверхности бедра и дальше вниз к голени, стопе, пальцам ног. Это самый длинный и самый толстый — в толщину мизинца — периферический нерв тела. Наиболее часто ишиас возникает в результате грыж межпозвонковых дисков. Главными клиническими симптомами являются и боли в пояснице, и иррадиация боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки.

Другие этиологические моменты: деформация позвонков, неустойчивость крестцово-подвздошного сочленения, гипертрофия желтой связки, прикрепленной к заднему позвонковому отверстию, ригидность окружающих сухожилий и мышц. Наиболее чувствительная точка находится на пораженной стороне между седалищным бугром и большим вертелом. Если заболевание становится хроническим, то развивается так называемый «ишиазный сколиоз». Это происходит из-за того, что больной начинает беречь больную сторону и переносить вес тела на здоровую.

Знаменитый метод диагностики ишиаса — симптом Ласега. Пациент лежит на спине, врач поднимает его ногу, выпрямленную в колене. У больных ишиасом людей возникает острая боль в седалищном нерве в задней области бедра. Сгибание ступни вверх усиливает боль.

Главным клиническим симптомом ишиаса является иррадиация сильной боли по задней стороне ноги от ягодицы до пятки. Пациент при ходьбе хромает. В 15 % случаях при ишиасе возникает не боль в мышцах голени и стопы, а слабость и снижение чувствительности кожи на ноге. В 95 % случаев ишиас является одним из вариантов проявления (осложнения) остеохондроза или радикулита. Причиной ишиаса, кроме охлаждения, могут быть воспалительные процессы в области таза (особенно воспаление придатков), облитерирующий эндартериит и атероматоз в области бедренной артерии, сакроилиит, спондилартрит, различные инфекции и расстройства обмена веществ (например, сахарный диабет). Обычно боли при ишиасе начинаются от поясницы, распространяются на ягодичную область, заднюю поверхность бедра и голени; иногда боль распространяется по ходу малоберцового нерва. Эти боли особенно усиливаются ночью, имеют жгучий, колющий, сверлящий характер, отдают сверху вниз. При охлаждении и после ходьбы они усиливаются. При нарушении подвижности в пояснично-крестцовой области применяется введение игл по второму варианту метода торможения в точке VB.30. Обычно используют следующие точки: V.23, 24, 25, 27, точки ба-ляо (V.31 - 35), V.36, 37, 39, 40, 60, Е.31, RP.6, VB.34.

Пекинский институт иглотерапии рекомендует воздействовать на следующие БАТ при болях в ногах и снижения чувствительности в стопах и голенях: Е.31 – 45, RP.3,6, V.38,62,67, R.10, VB.37,38,41,43, F.4,5,7.

Используют внемеридианальные, новые и аурикулярные точки, аналогичные тем, которые рекомендовано применять при лечении пояснично-крестцовых радикулитов.

Необходимо обратить внимание врачей на возможность наличия других причин ишиаса, кроме как радикулит, грыжа диска и остеохондроз: диабет, фуникулярный миелоз, опухоль конского хвоста. Например, в последнее десятилетие врачи во всём мире часто диагностируют диабет, который (как они полагают) стал болезнью века по причине большего количества стрессовых ситуаций, которые сопровождают современную жизнь. Чаще других нервных стволов при диабете воспаляются седалищный, бедренный, и локтевой нервы. Ишиас чаще всего является осложнением диабета. акупрессура и мануальная терапия при диабетическом ишиасе совершенно не эффективна.

Причина болей крупных стволов нервов **при диабете** следующая. При диабете сначала появляется сверхвысокая концентрация глюкозы в крови. Током крови глюкоза разносится по всем тканям и органам, и в некоторых их них возникает процесс кристаллизации молекул глюкозы. Внутри крупных нервных стволов также могут возникать мелкие кристаллы из молекул глюкозы (похожие на кристаллы сахара-песка), которые вызывают давление на окружающие нервные клетки, что в свою очередь становится причиной сильных болей. Вот почему одним из методов успешного лечения невритов при диабете являются инъекции инсулина (5 – 15 ЕД) непосредственно около нервного ствола, и обязательно в то место, где надавливание на нерв вызывает наиболее сильную болезненность. При этом важно не повредить инъекционной иглой сам нерв, и в тоже время врачу нужно постараться ввести раствор инсулина как можно ближе к кристаллу, расположенного внутри нервного ствола.

11. Осложнение пояснично-крестцового радикулита в виде синдрома грушевидной мышцы.

В 70 % случаях воспаление диска L.4 – L.5 или L.5 – S.1, 2 приводят к сдавливанию нерва иннервирующего грушевидную мышцу, которая находится под ягодичной мышцей. Грушевидная мышца сильно сокращается, передавливая седалищный нерв. Возникает синдром грушевидной мышцы, который проявляется сильной болью в ягодице при ходьбе. При остеохондрозе межпозвоночного диска L.5 – S.1,2,3 возникает патологическое усиление проводимости биоимпульса к грушевидной мышце. По причине сильного сокращения грушевидной мышцы возникает сжатие седалищного нерва в отверстии подгрушевидного отверстия, через который нерв из полости малого таза переходит на заднюю поверхность бедра. Нерв ущемляется между крестцово-остистой связкой и спастически сокращенной грушевидной мышцей. Возникает воспаление седалищного нерва (ишиас) в области таза, что фактически относится к разновидности **туннельной невропатии.** Клиническое проявление «симптома грушевидной мышцы» выражается сильной болью в ягодице, при этом боль многократно усиливается при надавливании в область подгрушевидного отверстия. Пальцевое давление на ягодицу сопровождается иррадиацией боли по ходу седалищного нерва, жгучей болью и парестезией в голени и стопе (по наружной стороне).

Эта патология часто вылечивается с применением только мануальной терапии. Сначала проводят сеансы по ликвидации патологического «сжатия» межпозвоночного диска L.5 – S.1 под действием медикаментозного противовоспалительного лечения. После этого проводят сеансы по перерастяжению грушевидной мышцы. Сильное болевое перерастяжение спазмированной грушевидной мышцы приводит к ее длительному параличу, расслаблению. Методика «мануального перерастяжения» грушевидной мышцы состоит из простого приема. Больной ложится на живот. Врач сгибает у пациента больную ногу в коленном суставе под 90 градусов к туловищу, и далее медленно наклоняет ногу в сторону. Правую стопу врач наклоняет вправо, левую – влево. При этом движении бедра вбок происходит сильное растяжение патологически спазмированной грушевидной мышцы, возникает «болевой шок у мышцы», она расслабляется, после чего наступает выздоровление.

Расслабление грушевидной мышцы можно добиться и при воздействии на нее длинной иглой (10 – 15 сантиметров), которую вводят в ягодицу точно в болевую точку, которая, как правило, совпадает с точкой VB.30. Процедуру надо проводить с пониманием того, что есть опасность проникновения длинной иглы в малый таз. После введения иглы в точку наивысшей боли в ягодице при надавливании (в грушевидную мышцу), ее сильно седатируют на протяжении 30 минут (вращают и прогревают). Грушевидная мышца от запредельной боли релаксируется и происходит излечение.

12. Осложнение пояснично-крестцового остеохондроза в виде грыжи межпозвоночного диска.

Грыжи межпозвоночного диска является осложнением остеохондроза. Остеохондроз часто развивается у металлургов, строителей, горнорабочих, вальцовщиков. А шейный остеохондроз часто развивается у людей со стоячими профессиями, связанными с мелкими движениями рук, — это ткачихи, сварщики, маляры, штукатуры, хирурги и часовщики. Для перечисленных профессий физкультпаузы — не роскошь, а средство профилактики остеохондроза. Шейным остеохондрозом могут заболеть и близорукие люди, которые не хотят носить очки. Такой человек постоянно наклоняет голову вперед, чтобы рассмотреть детали, напрягая этим самым шейный отдел позвоночника. Сидячая, работа также провоцирует утомление позвоночника, ибо у сидящего человека мышцы ягодиц, поясницы и спины не работают, а на позвоночник падает дополнительная нагрузка.

1. Причина возникновения. Как правило, первые симптомы остеохондроза появляются после гриппа (ОРЗ, назофарингита, герпеса и т.д.), которым пациент переболел за неделю до начала радикулитных болей. Как известно, вирусы из носоглотки проникают в капилляры слизистой оболочки, концентрация их в крови быстро возрастает, и они миллиардами разносятся по всем органам и тканям, в том числе попадают и в межпозвоночные диски. Далее вирусы начинают разрушать клетки соединительной ткани межпозвоночного диска. Внутри межпозвоночного диска возникает воспалительный процесс вирусного генеза. Опухания и отек межпозвоночного диска приводит к увеличению его в размере, и по этой причине он выходит за «границы» тела позвонка в виде грыж. Дегенерация ткани может приводить к осложнениям в виде раздавливания диска, к «его выбуханию в окружающую среду», к протрузии фрагментов межпозвоночного хряща. Прежде чем начать лечение грыжи воспаленного и отекшего межпозвоночного диска методом **мануальной терапии**, сначала необходимо **снять отек диска и ствола нерва** медикаментозными методами (мочегонными и противовоспалительными лекарственными средствами), фитотерапией и голоданием.

Грыжи межпозвоночных дисков, которые наиболее часто встречаются в области 4 и 5 поясничных позвонков. Нижние шейные позвонки очень редко становятся местом этого поражения. Когда человек сидит или стоит, основной вес его тела выдерживает пятый поясничный позвонок (L.5 - S.1). Естественно, мышцы и сухожилия, прикрепленные к этому позвонку, фактически находятся в состоянии постоянного напряжения. Когда, в результате тех или иных состояний, эти мышцы теряют упругость и становятся ригидными, вся нагрузка падает на межпозвоночные диски, которые выполняют роль упругих подушечек между позвонками. И диски тоже теряют упругость и эластичность. Тогда пульпозное ядро начинает сдвигаться сквозь фиброзное кольцо к правому или левому межпозвоночным отверстиям. Оно медленно выжимается наружу. Когда в диске уже появляются, подобные тенденции любое резкое движение тела может явиться причиной того, что ядро выскальзывает к межпозвоночному отверстию и вызывает боль при контакте с позвоночным нервом.

Термины «радикулит», «остеохондроз», «дегенеративная болезнь диска», «грыжа межпозвоночного диска» являются собирательным для состояний, которые могут манифестировать различными патологическими симптомами. Иногда боль не появляется, иногда появляется боль настолько сильная, что пациент не может двигаться. Иногда боль проявляется только при каких-то отдельных видах движений или при ходьбе. Радикулит, прострел, ишиас... Так мы привыкли называть остеохондроз позвоночника, который поражает не только поясничный отдел, но и грудной, и шейный...

Начало заболевания наступает исподволь и незаметно. С нарушением обмена веществ в позвоночнике происходят изменения его структуры. Диски становятся жесткими, эластичность их уменьшается, они становятся плоскими и покрываются маленькими трещинами. Острые же боли, которыми начинается, собственно, заболевание, провоцируются прыжками, рывками, поднятием тяжестей, длительной работой в неудобной или напряженной позе, переохлаждением (из-за которого наступает спазм кровеносных сосудов и еще больше нарушается обмен веществ в позвоночнике), сильным нервным расстройством (из-за которого возникает спазм мышц с теми же последствиями). Может спровоцировать начало заболевания и травма позвоночника или инфекционное заражение. А иногда первый приступ наступает без видимой причины.

Когда диск теряет упругость, трескается и расплющивается, он начинает давить на окружающие ткани своими частями. А в окружающих позвоночник связках очень много болевых нервных окончаний (рецепторов). Поэтому в первую очередь начинает болеть сам диск и окружающие его связки. Эта боль в глубине, она ноющая и тупая. Потерявший свою крепость и упругость позвоночник «взывает» о помощи, и помощь приходит со стороны мышц. Мышцы спины и поясницы берут на себя часть нагрузки по поддержанию позы, разгружая позвоночник. Но это им даром не проходит. Наступает их переутомление, спазм, и они тоже начинают болеть. К остеохондрозным болям, таким образом, присоединяется «мышечный компонент». Эти боли, как правило, тоже тупые, ноющие. Но вот диск разрушается дальше, отдельные его части начинают «выпирать в разные стороны» и могут здавить нервные корешки, выходящие из спинного мозга. Если это произошло, то боли принимают острый, стреляющий характер, так как начинают распространяться по ходу всего задетого нерва. Именно тогда больной и рассказывает врачу, что боли «стреляют» в ногу, в руку или между ребер.

Воспаление хрящевой ткани межпозвоночного диска возникает после того, как неделю или месяц тому назад человек переболел вирусным назофарингитом. При вирусном поражении всего объема межпозвоночного диска и рядом расположенного ствола крупного нерва возникает их отек, опухание (разбухание), что приводит к **необычайно сильной болезненности** в позвоночнике при движении и даже в покое. В связи с этим определенный интерес для каждого практического врача представляет клиническое определение стадии тяжести воспаленного и отекшего межпозвоночного диска совместно со стволом рядом расположенного нерва.

а) Сильный отек диска и ствола нерва. Главным симптомом отекшего и увеличенного в размере диска и ствола нерва – это **постоянные боли даже в лежачем положении, в состоянии покоя на постели.** Боли усиливаются при сидении, стоянии и при ходьбе.

б) Отек диска и ствола нерва средней степени можно диагностировать такому больному, у которого **боли отсутствуют в лежачем положении в состоянии покоя, но возникают при сидении, стоянии и особенно – при ходьбе и физической работе.** Боли усиливаются при резких движениях туловищем или шеей, при наклонах, поворотах. Боли у стоящего и идущего человека значительно снижаются, если он садится.

в) Отек диска и ствола нерва легкой степени можно диагностировать такому больному, которого **боли не тревожат даже при ходьбе, если отсутствуют движения туловища и шеи.** Боли возникают только при движениях в «больном» межпозвоночном суставе, и при надавливании врача пальцем на остистый отросток «больного» диска (или на промежуток между двумя соседними остистыми отростками).

2. Стандартные методы лечения грыж межпозвоночного диска в поликлинниках и госпиталях. Современные больницы и поликлиники используют стандартную триаду лечебных приемов: жесткая (ровная) постель, аналгетики, физиопроцедуры.

Как и во всем, по отношению к «жесткости» постели в современной медицине существует явный «перегиб». В стационарах кладут на кровать настил из досок, покрывают ее простынею, и заставляют больных с радикулитом «мучиться» на нем всю ночь. К утру у пациента возникают дополнительные боли от сдавливания мягких тканей плеча и таза по причине излишней твердой постели. Тактика совершенно не верная. «Твердая постель» не должна давать возможности провисать панцирному матрасу до пола, так как на провисшем матрасе и в положении на боку будет сильно изгибаться ось позвоночника спящего человека. Во сне могут сильно пережаться воспаленные ткани позвоночника, и утром больной не сможет даже подняться с кровати. Спальное место больного не должно чрезмерно искривлять ось позвоночника, но должно давать возможность комфортно провести ночь. Постель должна быть ровной, но не твердой! Врач должен рекомендовать пациенту правильно лежать на постели – или на спине, или на животе, но не на боку! При лежании на боку талия человека прогибается вниз по причине наличия физиологических «возвышений» в области плеча и таза, поэтому линейная ось позвоночника также искривляется.

Для лечения грыж межпозвоночного диска применяется вытяжение в бассейне, массаж, мануальная терапия, иглотерапия, ЛФК. Показаны новокаиновые блокады спазмированных мышц, инъекции витамина В-12, нестероидные противовоспалительные средства типа натрия салицилата, мефенаминовой кислоты, индометацина, бруфена, ортофена (вольтарена или диклофенака-натрия), ионофореза с новокаином или протеолитическим ферментом (лидаза, ронидаза, коллализина), с кортизоном ацетатом, гидрокортизоном, преднизолоном. При сильном болевом синдроме при грыже межпозвоночного диска категорически противопоказана мануальная терапии (остеопатия) и массаж. Прогревание позвоночника (например, в парной или грелкой) и втирание разогревающих мазей (на основе пчелиного и змеиного яда, скипидара) часто приводит к усилению болей, а не к излечению. На протяжении 3 дней показано назначение обезболивающих медикаментов (в основном на ночь), противовоспалительных лекарств и трав, но главное – **мочегонных** медикаментов и настоев трав (диуретиков). **Мочегонные средства** удаляют воду из всего организма, в том числе и из отекшего и воспаленного межпозвоночного диска. От этого диск постепенно уменьшается в размере, и сильные боли прекращаются. Из диуретических медикаментов и трав автор этой книги часто и весьма успешно применяет терапевтические дозы фуросемида (furosemidum, lazix, furantril). Как правило, его применяют не более 3 дней. Длительное применение мочегонных препаратов приводит к выведению из организма солей натрия и калия. Поэтому врачи параллельно с назначением мочегонных дают препараты, содержащие соли (аспаркам и другие). Из травяных мочегонных с успехом применяют

настой листьев березы, настой и отвар березовых почек, отвар листа брусники, отвар корня лопуха большего, настой плодов можжевельника, настой и отвар листьев толокнянки.

Пациенту необходимо запретить на время лечения **курить и потреблять спиртные напитки,** так как поступление токсических веществ с потоком крови к межпозвоночным хрящам усиливает их опухание и тормозит регенераторные процессы.

Для активизации процессов восстановления (регенерации) хрящевой ткани межпозвоночного диска полезно принимать внутрь такие **пищевые добавки** (препараты фирмы Nature's Sunshine Products) как хондроитин сульфат и глюкозамин, для укрепления костей – остео-плюс и другие препараты.

8) Если воспалительный процесс межпозвонковых дисков не проходит, то в последнее время врачи широко используют **внутримышечные инъекции гормонов надпочечника**: кортизона, преднизолон, дексаметазона, кеналога и многих других. Инъекции делают непосредственно в место патологически измененного межпозвоночного хряща, благодаря чему снимается его воспаление и отек. Гормоны надпочечника уменьшают воспаление и отек ствола нерва, который зажимается мышечной фасцией непосредственно сразу после выхода из спинного мозга. Лечение радикулитов идентично лечению тунельных невропатий.

Благоприятное действие производит внутримышечное введение в ягодицу и прием внутрь **витаминов** группы В (1, 6, 12, 15), С, Е.

При поясничном остеохондрозе и грыжах показано **ношение кожаного пояса** (или самодельного китайского пояса, сделанного из простыни и книги), который уменьшает давление тяжелого туловища на больные межпозвоночные диски.

3. Для лечения грыж межпозвоночного диска назначается **голодание** с предельным ограничением потребления воды. Например, утром во время завтрака пациент съедает одно яйцо, в обед – 40 граммов мяса и 30 граммов кислой капусты, на ужин – 50 граммов рыбы. Полуголодная диета назначается на 7 дней. Под действием голодания снижается отек, «худеет» (уменьшается в размерах) больной межпозвоночный диск, уменьшается концентрация токсинов внутри больного диска. Только после четырехдневного голодания возникают благоприятные условия для мануального вправления грыжи диска, так как внутри диска образуется немного свободного места для «приема грыжи». Без голодания грыжи просто некуда вправиться из-за отека и опухания межпозвоночного диска.

Механизм положительного воздействия голода на межпозвоночный диск заключается в следующем. Если пациент на протяжении 5 дней голодает, то в его крови накапливаются ферменты и фагоциты, которые начинают переваривать и потреблять «как пищу» шлаки и омертвевшие ткани собственных органов и тканей. Переваривающие ферменты с током крови попадают в воспаленный межпозвоночный диск. С кровью в диск поступают гамма-глобулины, которые убивают вирусы, «ферменты голода» расщепляют шлаки, фагоциты переваривают омертвевшие ткани межпозвоночного диска, а чрезмерно большое количество воды из опухшего межпозвоночного диска выводится под действием лекарств – диуретиков. Под действием голода быстро прекращается воспалительный процесс в хрящевой ткани диска, его объем уменьшается в 2 – 3 раза. После того, как шлаки, омертвевшие ткани и избыток воды удалены из фиброзного кольца дегенеративно измененного диска, он уменьшается в размере, сжимается, «усыхает», внутри него «появляется место для приема» дополнительного «объема» в виде ткани грыжи размером более 1 сантиметра. Только после снятия отека можно проводить попытки мануального вправления грыжи межпозвоночного диска!!! Вот почему мануальную терапию для лечения «выпавшего диска» врач должен подключать после 5 дней абсолютного голодания. К полномасштабному курсу иглотерапии с введением в рецептуру местных точек врач также может приступить только после снятия сильного болевого синдрома.

4. Массаж шиацу при грыжах межпозвоночного диска. **Смотрите рисунок 28.**

1. Врач начинает с пальпации остистых отростков позвонков поясничной области, которую он выполняет очень аккуратно подушечкой среднего пальца. Поврежденный диск болит, как правило, это 4 или 5 поясничный диск. Затем решается вопрос о том, куда направлена грыжа — влево или вправо. Для этого обоими большими пальцами, один на другом, пальпируют осторожно поперечные отростки позвонков с обеих сторон. Боль укажет на место поражения.

2. Предположим, что грыжа «вылезла» между четвертым и пятым поясничными позвонками. В этом случае врач сначала начинает массировать обоими большими пальцами, один на другом, точку непосредственно над пятый поясничным позвонком. 3—5 с 3—5 раз. Толчки вверх и давление вниз (то есть к голове и к ногам) чередуются 3—5 раз. Не всегда удобно, чтобы пациент лежал на животе, в случаях левой грыжи пациент может лежать на правом боку, в случаях правой — на левом.

3. Уложив больного на спину, врач массирует область живота, особенно низ живота. Затем, прижав подушечку левого большого пальца к левому переднему верхнему гребню подвздошной кости, врач аккуратно и последовательно оказывает медленно вертикальное давление, затем внезапно снимает его. Повторяется 3—5 раз.

4. Когда боль снимается настолько, что пациент может двигаться, врач массирует поясничную область, подвздошные и крестцовые точки, область тонкого кишечника, нижнюю область живота, боковые области живота. Массируется до полного прекращения болей. По окончании массажа врач должен помочь пациенту осторожно встать и при этом поддерживать его тело.

Точечный массаж при грыжах межпозвоночных дисков аналогичен тому массажу, который описан в этом параграфе для лечения остеохондроза и радикулита соответствующего отдела позвоночника. Рецептуру смотри выше.

13. Судорога икроножной мышцы.

Возникновение судорог икроножных мышц при физическом напряжении всегда свидетельствует о наличии явного или скрытого остеохондроза или радикулита в поясничном отделе позвоночника. Болезненный спазм икроножной мышцы особенно опасен при плавании в холодной воде и в глубоком месте. Тогда нужно превозмогая боль перерастянуть икроножную мышцу, сильно подтянув двумя руками стопу к передней поверхности голени, или уколоть мышцу остриём булавки, или сильно её сжать.

Главные точки для акупрессуры: V.40, V.56, V.57. Кроме того, используются и ТА V.36, V.37, V.58, VB.40, R.3, R.9, RP.9, E.36, а из сегментарных точек — V.27 или V.28 с обеих сторон и VB.30 на стороне судороги. Японские авторы указывают на увеличение эффективности массирования точек голени при приподнятой ноге.

1) Сначала прохождение отрезка меридиана почек от ТА R.1 до R.6 —5 пассажей;

2) Затем массаж снизу вверх вдоль другого отрезка того же меридиана от ТА R.4 до R.9, захватывая и отрезок меридиана селезенки — поджелудочной железы — 20 прохождений;

3) Надавливание I пальцем вдоль отрезка меридиана мочевого пузыря от ТА V.60 до V.40— тоже 20 пассажей.

Судорога мышцы, отводящей большой палец стопы, встречается тоже достаточно часто. Главные точки: RP.2, RP.4, R.2, R.6, могут использоваться также R.1, R.3, R.5, F.3, а также внемеридианные точки, лежащие на подошве на уровне соединения пальцев стопы и между I и V плюсневыми костями. При судороге этой мышцы также может быть использована *методика линейного массажа с* сильным надавливанием вдоль начального отрезка меридиана почки от ТА R.1 до R.6 —5 прохождений.

14. Специфический массаж стоп с целью лечения радикулита.

Лучше массировать всю стопу как большую рефлекторную зону, уделяя большее внимание зоне позвоночника на подошве стопы. **Смотрите рисунок 74.**

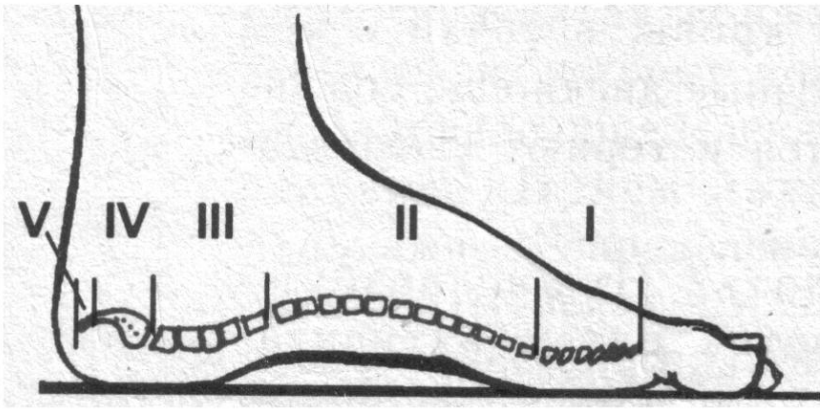


Рисунок 74. Топография позвоночника на стопе. Римскими цифрами указаны разделы позвоночника: I - шейный отдел позвоночника; II- грудной отдел позвоночника; III - поясничный отдел позвоночника; IV- крестец; V - копчик.

Выполнение массажа.

1. Обеими руками захватить ступню так, чтобы большие пальцы рук находились на подошвенной части, а остальные пальцы и ладони — на подъеме ступни. Массаж делается с помощью больших пальцев, которые тщательно разминают и растирают всю поверхность подошвы ступни.

2. Захватить пятку, расположив ладонь с задней стороны ступни, и направив четыре пальца (кроме большого) вдоль подошвенной части ступни, вдавить подушечки пальцев в свод подошвы. Не ослабляя давления в сторону ладони, переставлять пальцы вверх и вниз, разминая и растирая подошвенную часть ступни между пяткой и сводом. Проделать такой же массаж на другой ступне.

3. **Для усиления рефлекторной связи** (стопа — позвоночник) и увеличения кровообращения нанести не менее пятидесяти звонких хлопков всей поверхностью ладони по подошвенной части каждой ступни.

4. Вызывание хруста пальцев ног ("акустический эффект"). Обязательно предварительно разогреть ступни ног — растираниями, разминаниями тыла и подошвы стопы. Наложить ладонь на верхнюю часть ступни, чтобы направления пальцев рук и ног совпадали. Растирать верхнюю поверхность пальцев от концов к основанию. После этого, установив низ ладони у основания пальцев ног и загнув пальцы рук, сделать вдох. Быстрым движением лучезапястного сустава и ладони вытянуть и загнуть внутрь четыре пальца ноги (кроме большого), при этом некоторые суставы пальцев издадут хруст. Сделать выдох и проделать упражнение с другой ступней. Боль во время хруста сустава связана с процессом нарушения рефлекса: стопа — позвоночник.

5. Исходное положение при выполнении этого вида массажа: сидя на стуле, стопу положить на бедро другой ноги, при этом стараться не сгибаться в пояснице. Упражнение, **препятствующее образованию артритов** (солевых отложений в суставах) большого пальца ноги. Сложить четыре пальца кисти вместе и ввести их между большим и остальными пальцами ноги. Сделать вдох и нарастающим усилием оттягивать большой палец от остальных пальцев ступни, крутя и сгибая его в разные стороны. Ослабить усилие и сделать выдох. Упражнение рекомендуется также для нормализации функционирования селезенки и печени.

6. Отгибание пальцев ног. Четыре пальца руки положить на подошву ступни, а большой палец положить сначала на конец большого пальца ноги, а затем на всю длину его внутренней поверхности и отгибать в обратную сторону, стараясь дотянуться пальцами ног до свода стопы. Отгибание пальцев ног делается поочередно, начиная с мизинца. На первых порах для облегчения упражнения рекомендуется загибать пальцы ног немного во внутрь.

Заканчивается упражнение растиранием примыкающих друг к другу поверхностей пальцев ног с помощью указательного пальца руки, который поочередно совершает возвратно-поступательные движения между пальцами ног на всю их длину. Боль в каком-либо суставе является признаком нарушения в сегменте того или другого отдела позвоночника.

§ 37. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря.

Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря вызывают следующие болезни: паралич седалищного нерва (70%), ухудшение иннервации, чувство «бегание мурашек», парестезии на нижней конечности (80%) и другие. Недостаток энергии в меридиане мочевого пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане почек.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря можно проводить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (IG -и R +) в суточном цикле и (GI - и R +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (E +) по закону “муж - жена” и (P +) по закону “полдень-полночь”.

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане мочевого пузыря применяются следующие методы.

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

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

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

V.64 (тонизируется) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей, во впадине.

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

R.4 (седатируется) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия.

4. Возбуждается **тонизирующая точка и точка-сочувствия меридиана.**

V.67 (тонизируется) - см. п. 2.

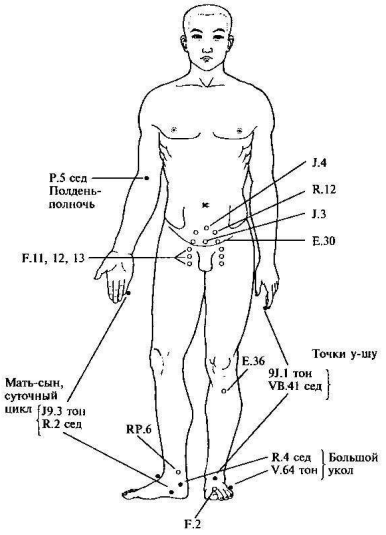
V.28 (тонизируется) - кнаружи 1,5 цуня, от промежутка 2-3-го крестцовых позвонков.

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

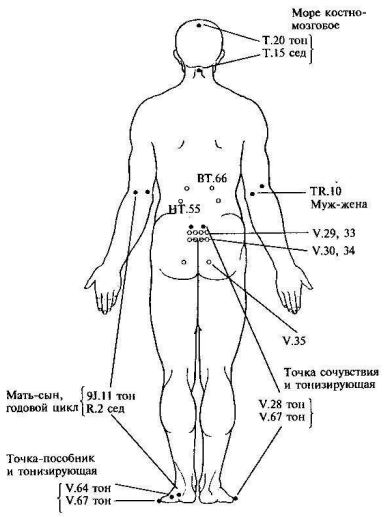
R.4 (сед) - см. п. 3.

V.64 (тонизируется) - см. п. 2.

Смотрите рисунок 75, №1+2.



№1



№2

Рисунок 75, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане мочевого пузыря.

6. Тонизируются точки выхода и входа энергии.

V.1 (тонизируется) - кнаружи от внутреннего угла глаза на 3 мм.

V.67 (тонизируется) - см. п. 2.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь».**

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

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

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

9. В суточном (- IG - V—R -) и годовом (- GI—V—R -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем соседний позадистоящий **(по правилу «мать-сын»).** В суточном цикле берут точки IG.8 и R.7, в годовом – GI.2 и R.7.

IG.8 (седатируется) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости, в локтевой бороздке.

R.7 (тонизируется) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

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

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

V.66 (седатируется) - кпереди от пястно-фалангового сустава, на наружной поверхности 5-го пальца.

V.65 (тонизируется) - кзади и кнаружи от головки 5-го пальца плюсневой кости.

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

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

R.10 (тонизируется) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец V.60 и точка-родник V.40.

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

J.7 (тонизируется) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан мочевого пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (тонизируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (тонизируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (седатируется) – от надпереносья 9 цуней.

Т.20 (седатируется) – от надпереносья 7,5 цуней.

§ 38. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане почек.

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

Избыток энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: бессонница (50%), гинекологические болезни (50%), мигрень у женщин (70%), ревматизм (40%), болезненные поллюции (50%), ночное недержание мочи (энурез, 80%), ишурия (40%), гипотонии и гипертонии, заболевания внутреннего уха (катаральные отиты, снижение слуха, шум в ушах, 80%), нарушение равновесия и головокружение, **эпилепсия** многое другие болезни. Гипотония и гипертония возникают при дисбалансе энергии в меридиане печени (белковая, онкотическая этиология), в меридиане почек (эндокринная и солевая, осмотическая этиология) и в меридиане перикарда, который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология). При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом повышенной умственной и физической выносливости человека и злоупотреблением человеком этими качествами.

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать давлением пальца на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане почек применяются следующие методы.

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

2. Успокаивающее воздействие на седативную точку меридиана (R.1, 2) и на ее точку-пособник (R.3) .

R.1 (седатируется) - на подошвенной поверхности, между 2 - 3-й плюсневыми костями, в самой широкой части промежутка.

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

R.3 (седатируется) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

R.4 (сед) - кнутри от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

R.1, 2 (седатируется) - см. п.2.

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

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.23 (сед) - см. п.4.

VB.25 (седатируется) - у свободного конца 12-го ребра.

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

R.4 (сед) - см. п.3.

V.64 (тонизируется) - кпереди и книзу от основания 5-й плюсневой кости, на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

7. Седатируются точки входа и выхода энергии.

R.1 (сед) - см. п.2.

R.22 (седатируется) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

8. Седатируется точка-щель.

R.8 (сед) - выше медиальной лодыжки на 2 цуня, у заднего края большеберцовой кости.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста по правилу «полдень-полночь».

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

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов **(правило «муж-жена»).**

RP.2 (тонизируется) - на внутренней стороне 1-го пальца стопы, дистальнее плюсне-фалангового сустава.

11. В суточном (- V—R—MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (**по правилу «мать-сын»).** В суточном и годовом циклах берутся одинаковые точки V.67 и MC.7.

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

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

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

R.10 (тонизируется) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

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

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

V.65 (тонизируется) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (седатируется) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

12. Применение групповых ло — пунктов:

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

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

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

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

13. Общие инь-ло-пункты седатируют (P.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

R.7 (сед) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кнаружи от заднего края большеберцовой кости на 1 цунь.

R.10 (сед) - кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

15. Точки у-шу в системе **«средний инь – большой ян»:**

(R+).1, 2, 3, 7, 10 – **J.23** – (C-).9, 8, 7, 4, 3 (Средний инь).

(IG+).5, 8, 1, 2, 3 – **V.1** – (V-).60, 40, 67, 66, 65 (Большой ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов J.23 и V.1.

J.23 – в щели, образуемой нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща.

V.1 – от внутреннего угла глаза к срединной линии головы на 3 мм.

Далее берутся акупунктурные точки основы системы.

R.1 (седатируется) – на подошвенной поверхности стопы между 2—3 плюсневыми костями.

R.2 (седатируется) — на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

R.3 (седатируется) – между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

R.7 (седатируется) – кзади на 1 цунь, от заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 2 цуня.

R.10 (седатируется) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости.

C.9 (тонизируется) – с лучевой стороны 5 пальца руки, кнутри от ногтевого ложа на 3 мм.

C.8 (тонизируется) – на ладони кисти, между основаниями 4 – 5 пястных костей.

C.7 (тонизируется) – на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями, у сухожилия локтевого сгибателя кисти.

C.4 (тонизируется) – выше лучезапястной складки 1,5 цуня, над внутренней поверхностью лучевой кости.

С.3 (тонизируется) – медиальная часть локтевого сгиба, кпереди от медиального мыщелка плечевой кости.

IG.5 (седатируется) - запястная складка, шиловидный отросток локтевой кости.

IG.8 (седатируется) - между медиальным мыщелком плечевой и локтевым отростком локтевой кости.

IG.1 (седатируется) - на наружной поверхности 5 пальца, отступив 3 мм от ногтевого ложа.

IG.2 (седатируется) - дистальнее пястно-фалангового сустава 5 пальца.

IG.3 (седатируется) - кзади от головки 5 пястной кости.

V.60 (тонизируется) - на середине расстояния между латеральной лодыжкой и пяточным сухожилием.

V.40 (тонизируется) - в центре подколенной ямки.

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

V.66 (тонизируется) - кпереди от плюсно - фалангового сустава.

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

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан почек входит в следующие точки пересечения: Т.1, J.3, J.4, R.22, P.6.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

R.22 - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские 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 ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане почек происходит сброс «излишества» энергии в чудесный меридиан № 7. Освобождение энергии из ЧМ № 7 осуществляется следующим образом: точка-ключ МС.6 тонизируется, точки основы ЧМ седатируются (R.9, RP.12,13,15,16, F.14, J.22,23); точка - связующая RP.4 седатируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 7 следующая.

МС.6 (тонизируется, точка-ключ) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (седатируется, точка – связующая) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

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

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

R.9 (седатируется, точка основы) – у места перехода икроножной мышцы в пяточное сухожилие, выше медиальной лодыжки не 5 цуней.

RP.12 (седатируется, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, у нижнего края середины паховой связки.

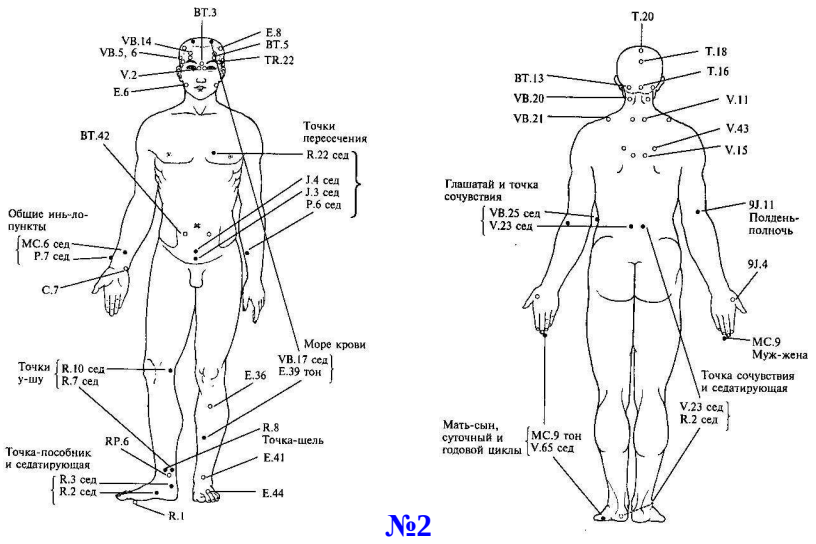
RP.13 (седатируется, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня и на 1 цунь выше лобка.

RP.16 (седатируется, точка основы) - кнаружи от средней линии живота на 4 цуня, на 1,5 цуня выше пупка.

F.14 (седатируется, точка основы) – на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

J.23 (седатируется, точка основы) – между подъязычной костью и верхней вырезкой щитовидного хряща.

Смотрите рисунок 76, №1+2.



№1 **№2**

Рисунок 76, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане почек.

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

J.7 (седатируется) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (седатируется) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тонизируется) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

19. **Усиливает диурез** сочетание точек R.1 + R.2. Воздействие на эти точки в сочетании с VB.8 снимает похмельный синдром.

2. Бессонница.

«Человек, который не в ладах со сном, платит за это гибелью нервных клеток мозга. Если принимать снотворное, то гибель нервных клеток от недосыпания заменится на их гибель от отравления медикаментами». Эта фраза уже стала афоризмом, но можно добавить, что не выспавшийся человек работает непроизводительно... Это аксиома. По данным американских исследователей, 43 процента населения не довольны своим сном. Это громадная цифра. Человечество активно борется с этим недугом. Люди ищут снотворные и осваивают приемы самомассажа, некоторые изучают медитацию и используют ее в качестве снотворного. Существует рациональный подход к проблеме. В основе этого подхода лежат два правила. Первое — при появлении первых признаков бессонницы сразу же следует провериться у врача: ведь бессонница может указывать на начало серьезного психического или соматического заболевания. Если это так, то следует лечить в первую очередь само заболевание. Второе — если бессонница не является симптомом тяжкого недуга, то начинайте борьбу с ней, используя сначала самые легкие средства: длительную физическую нагрузку на свежем воздухе и непрофессиональный спорт. И только если эти средства не помогают, переходите к более сильным методам воздействия на бессонницу. Это касается как массажных воздействий, иглотерапия и других немедикаментозных методов. Согласно традиционным воззрениям, почки играют роль хранилища чистой энергии в организме. При избытке энергии в почке и в ее меридиане возникают бессонница, возбуждение, маниакальные и реактивные состояния.

1. При бессоннице седатируют следующие точки акупунктуры: Т.20, Т.16, V.15, 19, 20, 25, 43, GI.11, E.36, 41, 44, C.7, MC.6, VB.39, R.1, E.8».

Применяются следующие **внемеридиональные точки**, расположенные в основном на голове и на ногах: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 90, 122, 130, 132, 134, 135, 147, 166 -171.

ВТ.1 - на 1 цунь кпереди, сзади и по бокам от точки Т.20 (от переносья вверх и назад на 7,5 цуня).

ВТ.2 - от переносья вверх на 1,5 цуня.

ВТ.3 - посредине между медиальными концами бровей.

ВТ.10 - на черепе под вершиной ушной раковины (соответствует верхнему углу складки, образованной при сгибании ушной раковины вперед).

ВТ.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.

ВТ.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, вперед и назад от точки R.1.

ВТ.133 - на 1 цунь, кзади от точки R.1, на подошве ноги.

ВТ.134 - на подошве в центре пятки.

ВТ.149 - на 3 цуня, выше от середины между пяточным сухожилием и вершиной медиальной лодыжки.

Смотрите рисунок 77.

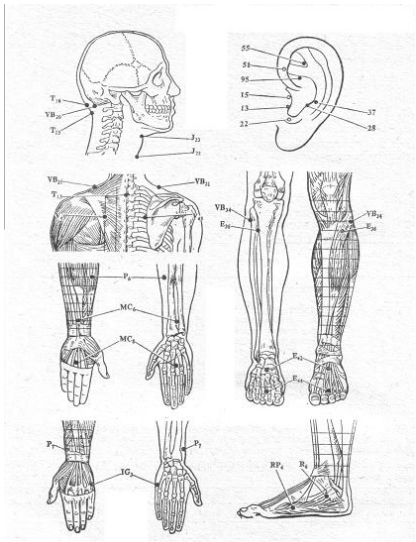


Рисунок 77. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения бессонницы.

- Применяются следующие **аурикулярные точки:** 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 30 - лоб, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 87 - желудок, 100 - сердце.
- Пекинский институт иглотерапии утверждает, что самые эффективные отдаленные точки (на руках и ногах) при бессоннице являются: E.27 ,RP.6 ,R.6,MC.7 ,TR.5,16, F.10, T.4,24.

2. Японская акупрессура (шиацу). Для лечения бессонницы японские врачи рекомендуют воздействовать давлением пальцев на следующие акупунктурные точки. Пациент ложится на бок и головой на твердую падушечку. Лечение проводится сначала слева, а потом справа.

- Врач начинает сеанс пятикратным давлением средней силы большим пальцем на внемеридиональную точку ВТ.27, которая располагается на боковой поверхности шеи, на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.
- Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии (точки Никамоши). Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 –

выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.

- Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: Т.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и Т.15), точка № 1 располагается на 1см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 на 3 см ниже.
- Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от Т.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

2. Эпилепсия.

Провоцирующим фактором является сильное эмоциональное возбуждение. Большие припадки у некоторых больных начинаются внезапной потерей сознания. Одновременно всю мускулатуру охватывают тонические судороги. При прикусывании языка изо рта выделяется кровавая слюна. Припадок длится несколько минут. После припадка наступает сон. Часто акупрессура бывает эффективна, особенно при ночной эпилепсии. У некоторых больных после лечения не наблюдалось припадков в течение нескольких лет. Акупрессурой лучше всех излечатся эпиприпадки, возникающие ночью. Рекомендовано лечить эпилепсию следующими основными точками акупунктуры: Т.12, 15, 14, 16, 20, 24, J.12, 14, 15, R.16 RP.1, P.11, V.6, 62, MC.5, 8, VB.21.

Т.12 - между остистыми отростками 3 - 4-го поясничных позвонков.

Т.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

Т.20 - от надпереносья на 7,5 цуня вверх.

J.12 - выше пупка на 4 цуня.

J.14 - выше пупка на 6 цуней.

R.1 - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

RP.1 - кнутри от ногтевого ложа 1-го пальца стопы на 3 мм.

P.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-го пальца руки, кнаружи от него на 3 мм.

V.61 - латеральная поверхность пяточной кости, во впадине.

MC.5 - выше лучезапястной складки на 3 цуня, на ладонной поверхности предплечья, между костями предплечья.

- Широко применяются внемеридиональные точки: 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 31, 79, 86, 90, 130, 132. Используются новые точки: 17, 18, 19, 20.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки Т.20.

BT.3 - в центре переносицы.

BT.13 – нижний край сосцевидного отростка.

BT.31 - на задней средней линии, под остистым отростком 6-го шейного позвонка.

BT.79 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

BT.86 - на кончиках всех пальцев руки.

BT.90 - на ладонной стороне 3-го пальца руки, посредине складки между средней и дистальной фалангами.

BT.130 - на подошве, в кожной складке между проксимальными головками (основаниями) первых фаланг 1 - 2-го пальцев стопы.

BT.132 - две точки на подошве на 0,5 цуня, проксимальнее и дистальнее R.1.

- Аурикулярные точки рекомендуется брать следующие (Х. Лу): 55 - шэнь-мэнь, 39 - затылок, 100 - сердце, 89 - желудок, 121 - малый затылочный нерв, 95 - почки, 34 - кора головного мозга, 25 - ствол мозга, 33 - лоб.

3. Зубная боль.

Бывают ситуации, когда у человека сильно болит зуб, но он несколько дней не может попасть к стоматологу на приём (находится в поезде, в тайге, в командировке и так далее). Тогда снять боль на несколько часов и даже дней можно благодаря точечному массажу. Кости и зубы контролируются меридианом почек. Для профилактики кариеса зубов рекомендуется методика по понижению энергии в меридиане почек, так как боль возникает при избытке энергии в этом меридиане.

1)Удаление зубов производится после введения анестезирующего вещества в десну (новокаин, совкаин и др.). Однако, многие больные, аллергизированные к этим медикаментам, не переносят их попадания в организм. В этом случае акупрессура с успехом заменяет анестезирующее вещество. Давление пальца на соответствующие точки акупунктуры снимает зубную боль на 4 - 6 часов и даже дает возможность производить сверления и экстракцию зубов. При удалении зуба под акупунктурной анестезией больной чувствует лишь очень слабую, вполне терпимую боль. Для этого применяется сильная стимуляция точек на стороне больного зуба на голове (местные точки): Е.3, 4, 5, 6, 7, IG.17, IG.18, 19, TR.17, 22, VB.2, 3, 11, 20, J.24, Т.28, 27, 26, GI.19, 20. Аналгетическим действием обладают следующие отдаленные точки: Р.11, GI.4, GI.7, GI.11, Е.36, 44, МС.6, МС.8, V.60, R.3.

2) Купирование резкой зубной боли. Помощь в купировании зубной боли, не связанной с невралгией тройничного нерва, состоит в седатировании отдаленных точек конечностей с двух сторон и местных точек на стороне поражения. Универсальными противоболевыми точками при зубной боли любой локализации являются G.I4, G1.11, Р.7, V.60, Е.36, Е.44. Кроме того, при болях в верхней челюсти массируются Е.2, Е.3, Е.4, Е.7, VB.3, а из отдаленных точек — Е.41, R.3. При болях в нижней челюсти воздействуют на ТА Е.5, Е.6, Е.7, IG.17, IG.19, VB.2, TR.21, J.24, ВТ.18 цзя-чэн-цзян и отдаленные точки GI.16, F.2. Могут массироваться и аурикулярные точки: при болях в верхней челюсти — 2, 5, 26, 55, а в нижней — 3, 6, 26, 55. Необходимо подчеркнуть, что купирование острой зубной боли с помощью точечного массажа не заменяет специализированное лечение у стоматолога.

Е.3 - на пересечении вертикальной линии, опущенной с середины длины нижнего края орбиты глаза и вертикальной линии, проведенной от носо-губной складки.

Е.4 - на 0,5 цуня от наружного угла рта.

Е.5 - на 1 цунь кпереди от угла нижней челюсти.

Е.6 - кверху от угла нижней челюсти на 1 цунь.

Е.7 - кпереди и книзу от суставного отростка нижней челюсти.

IG.17 - ниже основания мочки уха на 1 цунь.

IG.18 - под нижним краем тела скуловой кости, уровень наружного угла глаза.

TR.17 - кзади от основания мочки уха, между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

TR.22 - у передне-верхнего основания раковины уха, выше основания скулового отростка височной кости.

VB.2 - у заднего края суставного отростка нижней челюсти.

VB.3 - на пересечении передней границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

Т.28 - по средней линии на слизистой оболочке в месте перехода десны в верхнюю губу.

Р.11 - у лучевого края ногтевого ложа 1-гопальца руки, кнаружи от него на 3 мм.

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

МС.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

- Анестезирующим эффектом при лечении зубной боли обладают многие **внемеридиональные и новые точки:** ВТ: 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 22, 95, 99, 101, 107, 116,137, 138, 146, 151; НТ: 16, 18, 25, 30.

ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины расстояния между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.18 - на пересечении перпендикулярной линии от Е.4 (от латерального угла рта на 0,5 цуня кнаружи) и горизонтальной линии от J.24 (подбородочно-губная складка).

ВТ.19 - на середине наиболее выступающей части подбородка.

ВТ.95 - на ладонной стороне 2-го пальца руки в центре пястно-фалангового сустава.

ВТ.101 - на тыльной поверхности 2-го пальца руки, посредине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.107 - восемь точек на тыле кистей в межпальцевых промежутках между головками пястных костей.

ВТ.116 - на внутренней стороне предплечья на 2 цуня, ниже точки Р.5 (в локтевом сгибе, с лучевого края сухожилия двуглавой мышцы плеча).

ВТ.137 - восемь точек на тыле стоп напротив межпальцевых складок, между головками плюсневых костей.

ВТ.138 - посредине задней поверхности ахиллова сухожилия, на уровне прикрепления сухожилия к пяточной кости.

ВТ.146 - на вершине медиальной лодыжки.

ВТ.151 - на вершине латеральной лодыжки.

- Весьма эффективны **аурикулярные точки** при зубной боли: 1 - верхняя точка анальгезии при экстракции зубов, 7 - нижняя точка анальгезии, 5 - верхняя челюсть, 3 - дно ротовой полости, 11 - щека, 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 34 - кора головного мозга, 55 – шэнь-мэнь, 27, 26 - зубная боль. При подборе аурикулярных точек рекомендуется в первую очередь воздействовать на болевые, которые выявляются методом давления ручки акупунктурной иглы на одну из вышеперечисленных точек.

Пекинский институт иглотерапии считает самыми эффективными отдаленными точками (на руках и ногах) при зубной боли: Р.7, GI.1,2,5,6,10!!,16, Е.42, С,3, IG.5, R.7, MC.8, TR.5, F.2.

Шиацу терапия. Массаж начинается с нижней челюсти и переходит на верхнюю. По три точки с каждой стороны нижней челюсти располагаются по направлению от средней линии к углам рта. Те же три пальца обеих рук накладываются сразу на все 6 точек нижней челюсти, массируются точки только безымянными пальцами, поочередно, 3 раза по 3 с. Затем также массируются точки верхней челюсти. Далее массируются мышцы смеха в углах рта. По три точки Шиацу располагаются вдоль каждой мышцы смеха. Теми же тремя пальцами обеих рук массируем эти точки 3 раза по 3 секунды.

4. Звон и шум в ушах при неврите слухового нерва.

При поражении патологическим процессом наружного или среднего уха шум наблюдается в одном ухе. Шум в обоих ушах возникает при поражении внутреннего уха или при заболеваниях других органов организма. Шум низких тонов характерен для заболеваний наружного и среднего уха, шум высоких тонов характерен для патологии внутреннего уха. Высокое и низкое АД, анемия, атеросклероз, климактерические явления, ревматизм, бессонница, болезнь и синдром Меньера, инородные тела в ухе и ушные пробки — все это может вызывать шум в ухе. В ряде случаев сокращаются сосуды около уха и в ухе слышно их пульсирование. Китайские акупрессуристы так описывают причину возникновения шума в ушах: ***«Способность ушей слышать зависит от первичной энергии ЧИ почек, поэтому внутреннее и наружное ухо тесно связаны с энергетическим уровнем меридиана почек. Все заболевания ушей надо лечить изменением энергии в меридиане почек. Например, шум в ушах указывает на наличие чрезмерно высокой энергии в меридиане почек».***

Звон в ушах всегда лечится хуже, чем шум в ушах. У молодых людей чаще всего звон и шум в ушах возникает при сильной интоксикации слухового нерва во время гриппа, пневмонии, гнойного отита, пищевого отравления, отравления лекарством отогенного действия (стрептомицин, гентамицин и т. д.), дифтерии. Как правило, интоксикационные невриты, сопровождающие ощущением шума в ушах, хорошо излечиваются акупрессурой, физиотерапией и фитотерапией. Очень плохо поддаются излечению травматические невриты, сопровождающие ощущением шума в ушах (при переломах основания мозга и так далее). У стариков шум в ушах возникает по причине склероза капилляров, кровоснабжающих внутреннее ухо. В этом случае эффект от лечения бывает временный, нестойкий.

Методика акупрессурного лечения сводится к седатации местных точек (на голове) и отдаленных точек (на руках, ногах, туловище). К местным точкам относятся TR.17 - 22, IG.19, VB.2, 3, 6, 20,Т.7, 8, V.10. Отдаленные точки: VB.21, Т.14, MC.6, 7, 9, С.7, RP.6, Р.9, GI.3, 4, 11, IG.3, VB.39.

Применяется большое количество **внемеридиональных точек:** 9, 10, 11, 12, 13, 21, 24, 25, 28, 102, 110, 111.

Смотрите рисунок 78.

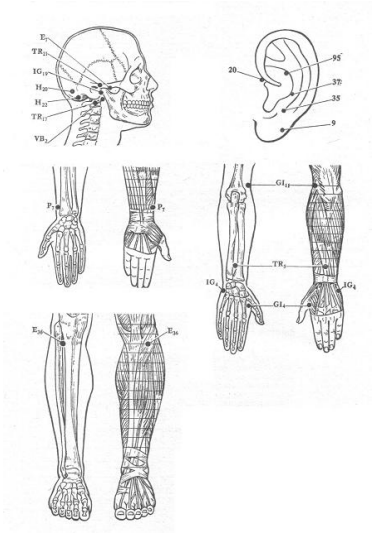


Рисунок 78. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения шума в ушах (неврита слухового нерва).

ВТ.9 - на 1 цунь кзади от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.10 - на черепе над вершиной ушной раковины (соответствует складке, которая образуется при сгибании ушной раковины вперед).

ВТ.13 - нижне- передний край сосцевидного отростка.

ВТ.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца руки, посредине кожной складки дистального межфалангового сустава.

ВТ.110 - на тыле кисти между основаниями 2 - 3-й пястных костей.

ВТ.111 - на тыле кисти между основаниями 4 - 5-й пястных костей.

- Применяются **новые точки**: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 63, 66.

НТ.13, 14, 15 - от сустава нижней челюсти (VB.2) на 0,3 цуня вверх, вниз и вперед.

НТ.16 - перед мочкой уха в борозде.

НТ.18 - за ушной раковиной (на уровне уголка уха, который получается при отогнутом вниз ухе).

НТ.20 - на 0,5 цуня выше от середины между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

НТ.21 - позади ушной раковины, посредине между основанием мочки уха и границей роста волос.

НТ.63 - на локтевой стороне кисти, посредине расстояния от головки до основания 5-й пястной кости.

НТ.65 - выше лучезапястного сустава на 5 цуней, между локтевой и лучевой костью, на тыльной поверхности предплечья.

НТ.66 - на задней поверхности предплечья, на 3 цуня ниже локтевого отростка, между костями предплечья.

- Воздействуют на **аурикулярные точки** (АТ): 12 - вершина козелка, 13 - надпочечник, 29 - затылок, 25 - ствол мозга, 20 - наружное ухо, 9 - внутреннее ухо, 55 – шэнь-мэнь.

- **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует седатировать при шуме и звоне в ушах, при снижении слуха следующие точки акупунктуры: GI.1 – 7, IG.2 – 9, 16, 17,19, V.8,65, TR.2,5,7,10, 16 – 21 (!), VB.2,10,11,20,43,44, Т.15.

- Шиацу терапия

1. Пациент сидит, врач с помощью большого пальца массирует три точки: на передней, верхней и задней ушных мышцах.

2. Надавив большим пальцем на козелок уха и закрыв слуховой проход, врач при помощи другого большего пальца массирует 3 точки вокруг сосцевидного отростка по 5 секунд каждую. Одновременно, следует попеременно надавливать на козелок и отпускать, т. е. открывать и закрывать слуховой проход. При самомассаже Шиацу пациент на козелок надавливает указательным пальцем, а точки сосцевидного отростка массирует большим пальцем.

3. Затем наружное ухо 5 секунд легко массируется ладонью. Только 5 секунд, а затем быстро убрать ладонь. При шуме в обоих ушах массировать оба уха одновременно.

5. Головокружение, болезнь Меньера.

Это заболевание характеризуется остро возникающими приступами головокружения, обязательно сопровождающееся шумом в соответствующем ухе, резкой слабостью, тошнотой, рвотой, бледностью и др. Больные вынуждены лежать, приступ длится на протяжении 1...6 ч. В промежутках между приступами больные отмечают некоторую неуверенность при ходьбе (иногда из-за боязни приступа), а также снижение слуха и шум в ушах, что объясняется вовлечением в патологический процесс слуховой порции n. statoacusticus. В основе заболевания лежит врожденная «слабость» вестибулярного и кохлеарного аппаратов с увеличением во время приступа количества эндолимфы во внутреннем ухе. По-видимому, возникновению приступов способствуют вегетативные дисфункции с преобладанием парасимпатической регуляции, которые в таких случаях диагностируются. Об этом свидетельствует успешность применения такой же терапии, как при диэнцефальных кризах (препараты атропина, пипольфен, дроперидол, фуросемид, новурит и др.). Болезнь Меньера следует дифференцировать с меньероподобными синдромами, которые встречаются при различных заболеваниях, в том числе при синдроме вертебро-базилярной недостаточности.

Во время приступа воздействуют на точки GI.4; VB.2; TR.5, V.2 по I варианту тормозного метода с одновременным тонизированием (II вариант) R.7; V.23; RP.6 GI.11и др. Иногда приступ удается купировать воздействием на точками V.10 + R.1 + R.2 (I вариант тормозного метода). Одновременно на ухе массажируют точку *шэнъ-мэнь*, точку затылка, точку почки и точку внутреннего уха. Дополнительно используют точку подкорки, точку желез внутренней секреции, симпатическую точку и точку надпочечника. При курсовом лечении наряду с точками E.36; MC.6; TR.17; IG.19, V.43 в рецептуру включают точки T.20, T.24; VB.21, VB.12 и другие точки шейно-воротниковой области, акупрессура в которые проводят по тормозным методикам.

Смотрите рисунок 79.

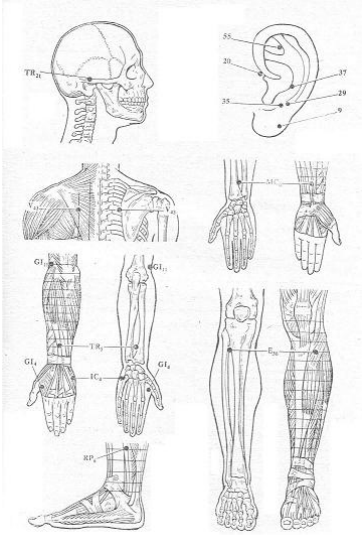


Рисунок 79. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения внезапного головокружения (болезнь Меньера).

Пекинский институт иглотерапии рекомендует при лечении головокружения тонизировать акупунктурные точки: P.3,10, E.27,41, C.3,5,6, IG.5 V.2,5,6,8,11,18,62,65, TR.2,23, VB.3,4,13,16,17,21,41,43, T.15 – 24.

6. Гинекологические болезни.

Воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин аднексит, ндометрит, метроэндометрит, периметрит, вульвит и другие. Акупрессуру проводят, как правило, в комплексе с медикаментозными средствами (антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.) Метод проведения акупрессуры зависит от стадии заболевания. В острых случаях применяют тормозной метод, при хронических процессах используют комбинированные методики с сочетанием тонизирующего метода в точках живота и тормозного (или тонизирующего) в точках пояснично-крестцовой области. акупрессура в точках нижних конечностей проводят по тормозному методу. Нецелесообразно при воспалительных процессах, особенно в острой стадии заболевания, пользоваться глубоким введением игл в точки живота, так как это может вызвать усиление воспалительного процесса или же способствовать его распространению. При хронических процессах глубокое введение иглы угрожает вскрытием возможных осумкованных гнойников и др. Следовательно, при острых воспалительных заболеваниях используются преимущественно точки пояснично-крестцовой области (V.23, V.30-35; T.2, T.3, T.4) и нижних конечностей (RP.6, RP.9, RP.10; E.36, E.39; R.7 и др.). С осторожностью можно применять (неглубокое введение иглы) точки живота (J.2, J.3, J.4, R.11, R.12, R.13). Эти же точки используют и при хронических процессах. Ориентировочно схему лечения воспалительных заболеваний гениталий, например аднексита, можно представить следующим образом.

Смотрите рисунок 80.

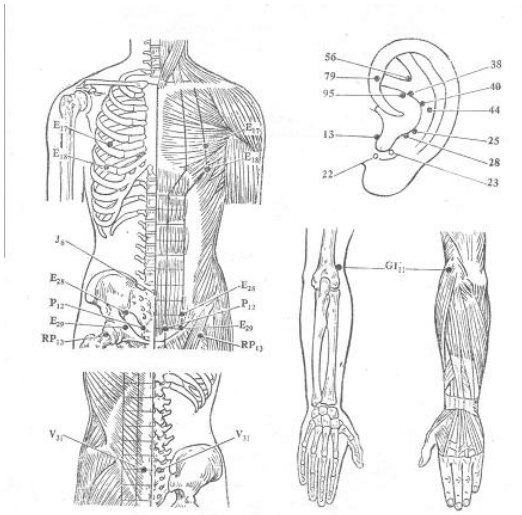


Рисунок 80. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения сальпингита.

При хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов подбор точек примерно такой же, однако при этом следует в области точек живота пользоваться тонизирующим методом с применением прижигания. При лечении других воспалительных заболеваний (например, вульвита) подбор точек может быть несколько изменен (хотя наиболее часто применяемые точки те же). Включают точки V.52; T.3; J.2 и др. Такой же принцип и при использовании точек раковины уха. Так, при эндометрите используют точку матки, точку желез внутренней секреции, точку яичника и точку надпочечника, а при вовлечении в патологический процесс тазовой клетчатки дополнительно включают: точку полости таза, точку живота, точку нижней части прямой кишки и др.

Нередко при хронических воспалительных процессах присоединяются бели, в лечении которых можно использовать и рефлексотерапию. В рецептуру включают точки живота (J.3-6) и точку RP.6, на которые обычно оказывают тонизирующее воздействие. Проводится акупрессура точек E.28-30; R.11-13; V.30-32;

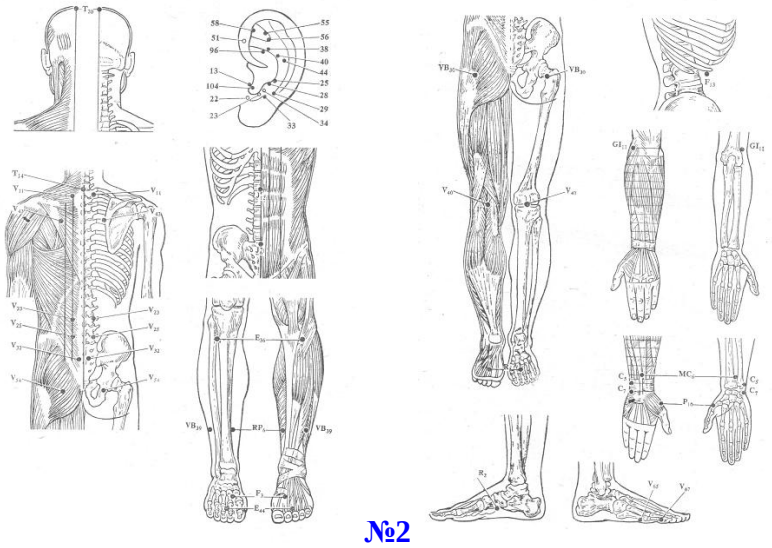
VB.26; GI.4 проводят по тормозному методу. Лечение ежедневное или через день, на одну процедуру выбирают 4...5 точек. На раковине уха чаще других используют точку матки, точку яичника, точку желез внутренней секреции. При зуде вульвы используют те же точки (V.25—34, T.4; J.2—4, R.11-13; RP.6, F.2 – 5, E.28 — 30 и др.) по тормозному методу. Особенно эффективно акупрессура или прижигание точки J.1. Используют аурикулярные точки — точку наружных половых органов, точку уретры, точку желез внутренней секреции.

При лечении хронических воспалительных заболеваний можно одновременно использовать раздражение пучком игл, которое предшествует акупрессура или завершает его. Раздражение пучком игл включает раздражение общего порядка; раздражение в области крестца, низа живота, внутренней поверхности бедер и голеней. Сила раздражения — до степени умеренного дермографизма. Курс лечения методом акупрессуры хронических воспалительных процессов составляет 10...12 сеансов. Лечение лучше проводить через день. Всего проводят 3...4 курса с перерывами менаду ними от 7 до 20 дней.

7. Патологически протекающий климакс.

Климакс – это резкое снижение синтеза гормонов (гипофиза, половых желез, щитовидной железы и других) в организме человека вследствие его старения (при возрасте более 45 - 60 лет). Климакс – это участь каждого стареющего человека (мужчины и женщины) в виде кардинальной гормональной перестройки. В 74 процентов случаев гормональная перестройки стареющего организма протекает сравнительно спокойно, легко и незаметно Но у 26 % людей (у 21% женщин и у 5% мужчин) климакс протекает очень тяжело и сопровождается многими патологическими проявлениями: повышением артериального давления, депрессией, бессонницей, раздражительностью, болями в области половых органов и в суставах, потением, общей слабостью, полной потерей трудоспособности, потерей аппетита и сильным похуданием и другими вегетативными и сосудистыми расстройствами. Патологическое проявление климакса нуждается в лечении. Отличительная черта начала климакса у женщин — менопауза, т. е. прекращение менструаций, что происходит в результате прекращения функционирования яичников. Таким образом, нарушается эндокринный баланс в организме, что ведет к возникновению таких феноменов как головная боль, депрессия, скачки артериального давления и прочее. При лечении патологического климакса учитывают в первую очередь основные его проявления, для ликвидации которых соответственно подбирают точки. Так, при вегетативно-сосудистых проявлениях климакса используют преимущественно точки MC.6, MC.7; C.5, C.7; RP.6; GI.11. Метод тормозной, в один сеанс используют 2...3 точки. Эти же точки являются основными при тахикардии. Целесообразно также включение и других точек, которые наиболее часто используют во время менопаузы: R.6, R.24, RP.6, GI.11; E.30, E.36; T.14; V.10, V.11.

Смотрите рисунок 81.



№1 **№2**

Рисунок 81, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения климакса.

При гипергидрозе (чрезмерным потением кожи) после начала климакса дополнительно используют точки R.7; IG.3, GI.4; при депрессивных состояниях в рецептуру включают точки V.15; J.6, J.13; T.16, T.20, которые тонизируют При явлениях астении применяют тонизирующий метод с воздействием на точки T.3, T.4, T.13; J.6; E.36; VB.34; TR.3, TR.5; IG.3; C.9 и др.; при этом акупрессура в точку P.7 проводят по II варианту тормозного метода. В случаях бессонницы используют точки T.20, T.22; MC.7, MC.6; V.15, V.60, TR.10; J.7; IG.7; RP.6, на которые оказывают тормозное воздействие При трудности засыпания — дополнительно R.3; беспокойном сне — E.21; частых пробуждениях — F.9; R.13; V.40. Стойкую бессонницу при патологическом климаксе удается ликвидировать тонизированием E.36 и R.6 с последующим торможением T.20; MC.6 или T.22 и TR.10 и др. Желательно сочетание корпоральных точек с 2...3 аурикулярными, из которых чаще других используют следующие: *шэнъ-мэнъ*, точку сердца, точку почки, точку подкорки, точку коры большого мозга, точку матки, точку желез внутренней секреции, точку лба, симпатическую точку и др.

При головной боли включаются, в зависимости от ее локализации, необходимые точки; при боли в лобной части — VB.14; T.24; в теменной — T.20; V.60; в затылке — V.10, V.15; височной – E.8; VB.20; TR.5; при головной боли ночью — V.62; при головной боли с головокружением — TR.3; V.57 и др. При головной боли используют 1...2 местные точки в области локализации боли и 1...2 отдаленные. Например, при боли с локализацией в височной области Акупрессура проводят в точки E.8 и TR.10, а в VB.20 и VB.39 при боли в затылочной области. Если больная предъявляет жалобы на чувство жара, ползания мурашек, то наряду с точками общего действия (например, MC.6; RP.6 и др.) используют точки и соответствующей части тела. Например, при онемении, парестезиях в кисти проводят акупрессура в точки MC.8; IG.3, GI.4 и др. В зависимости от самочувствия больных проводится 2...3 курсов акупрессуры по 10...15 сеансов каждый.

Шиацу терапия при патологически протекающим климаксе.

1. Пациентка лежит на правом боку, врач массирует левую боковую область шеи, далее все остальные области шеи и точку продолговатого мозга. **Смотрите рисунок 28.** Задняя шейная область массируется последней. Потом женщина переворачивается на другой бок и все повторяется с правой стороны. Основное внимание и усердие уделяется переднему шейному региону и точке продолговатого мозга.

2. Уложив пациентку на живот, врач массирует затылочные точки, точки надлопаточных областей, поясницы, точки Намикоши, расположенных вдоль переднего и заднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон, и затем слегка массируются ноги.

3. Пациентка ложится на спину, врач легонько массирует передние поверхности ног, рук, голову, лицо, верх живота. Затем особенно тщательно массируется низ живота и область эпигастрия, в конце оказывается ладонное давление на глазные яблоки.

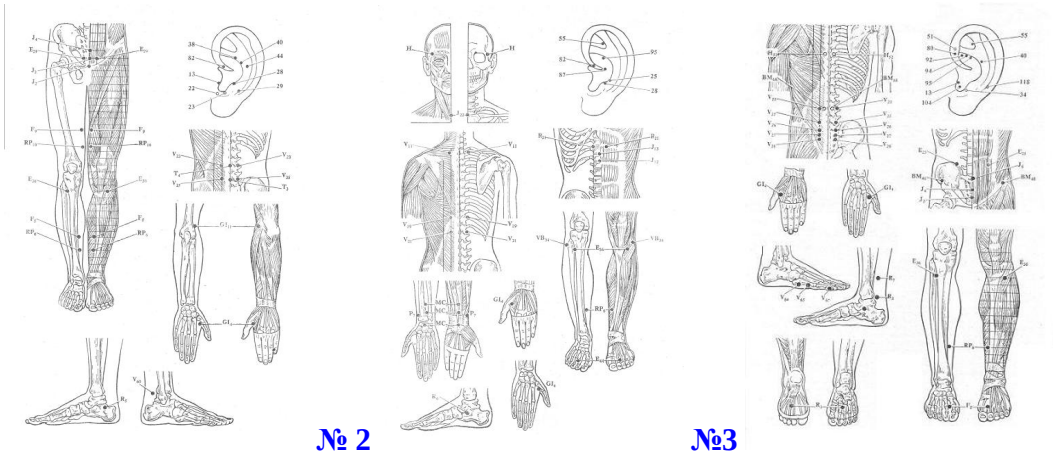
8. Болезненные месячные.

Используют чаще тормозной метод с подбором точек для воздействия на органы малого таза. Наиболее часто применяют следующие точки: R.2, R.3, R.6, R.8, R.12,14,15, F.2, F.3, F.8, F.9; RP.6, RP.8, RP.9; E.29, E.30, E.36; V.10, V.23, 26, 31, 32, VB.29, J.4,3, T.4, T.12 и др. Рекомендуется проводить следующие сочетания точек: 1) J.3 — акупрессура, RP.6 — прижигание; 2) J.4 — акупрессура, RP.8— прижигание; 3) E.29 — акупрессура, VB.39 — прижигание; 4) E.36 — акупрессура, R.12 — прижигание.

Эти сочетания корпоральных точек желательно комбинировать с точками раковины уха. Для устранения предменструальной боли обычно достаточно точечного массажа в точку RP.6 справа и слева. Если боль не устраняется, то можно добавить J.3 или J.4 (тормозной метод). В других случаях эффективна акупрессура в точку GI.4 или VB.39. Иногда (особенно при месячных, наступающих раньше или позже срока и сопровождающихся болью) целесообразно воздействие по тормозному методу в одних точках (GI.4, GI.11; J.3, J.4, J.12; RP.6, RP.10) и тонизирующего в других (V.60, V.33; T.2). Точки RP.9, RP.10, V.60 регулируют вообще месячный цикл; RP.4 — при задержке; RP.10 + RP.15 — стимулируют овариальные функции.

Курсовое лечение при меноррагии, как правило, начинают за 7...8 дней до начала месячных и ограничивают 8...10 сеансами. При необходимости проводят 3...4 курса (1 курс в 1 мес.).

Смотрите рисунок 82.



№1 **№ 2** **№3**

Рисунок 82 №1, 2, 3. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения болезненных месячных.

§ 39. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане почек.

Возникновение недостатка энергии в меридиане почек вызывают следующие болезни: быстрая утомляемость (90%), импотенция у мужчин, фригидность у женщин (70%), бесплодие (50%), нарушение менструального цикла (70%), энурез (85%), подагра (50%), гломерулонефрит (40%), пиелонефрит (30%), кариес зубов (50%), мочекаменная болезнь (30%), облысение (80%), ломкость (сечение) волос (70%), неврастения, неврозы и др. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом пониженной умственной и физической выносливости человека - астении.

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане почек применяются следующие методы:

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

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

R.7 (тонизируется) - выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня, кзади от большеберцовой кости на 1 цунь.

R.3 (тонизируется) - между медиальной лодыжкой и пяточным сухожилием.

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

V.58 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуня, на месте перехода наружного брюшка икроножной мышцы в пяточное сухожилие.

4. Возбуждаются **тонизирующая точка и точка-сочувствия.**

R.7 (тонизируется) - см. п.2.

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

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

V.58 (седатируется) - см. п. 3.

R.3 (тонизируется) - см. п. 2.

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

R.1 (тонизируется) - на подошве стопы, между 2 - 3-й плюсневыми костями.

R.22 (тонизируется) - в пятом межреберье, кнаружи от средней линии на 2 цуня.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста по правилу «полночь-полдень».

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

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

RP.5 (седатируется) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине между верхушкой лодыжки и бугром ладьевидной кости.

9. В суточном (- V – R – MC -) и годовом (- V—R—MC -) циклах седатируется соседний впередистоящий меридиан и тонизируется соседний позадистоящий **(правило «мать-сын»).** Для суточного цикла берутся точки V.65 и MC.9, для годового – те же точки V.65 и MC.9.

V.65 (седатируется) - кзади и кнаружи от головки 5-й плюсневой кости.

MC.9 (тонизируется) – на кончике концевой фаланги среднего пальца кисти, отступя от ногтевого ложа вниз на 3 мм.

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

R.10 (сед) – кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

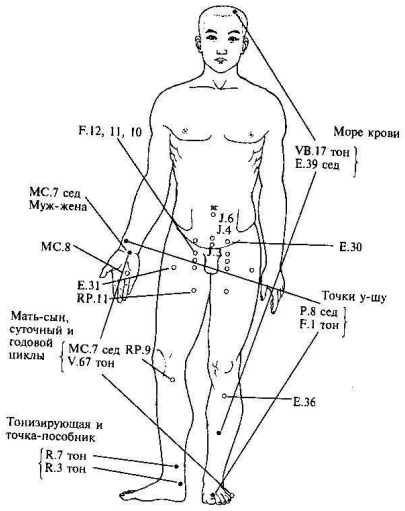
R.2 (тонизируется) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине.

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

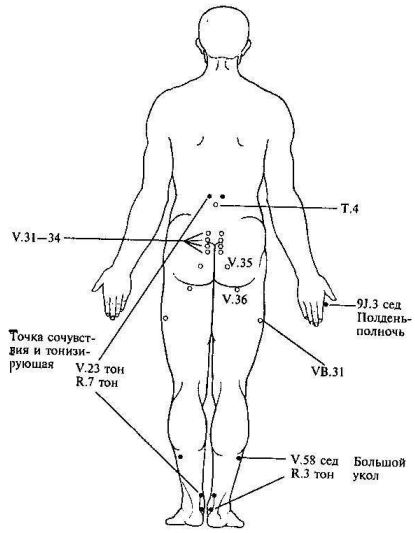
V.65 (седатируется) – кзади и кнаружи от головки V плюсневой кости, во впадине на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

MC.8 (тонизируется) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

Смотрите рисунок 83, №1+2.



№1



№2

Рисунок 83, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане почек.

10. Применение **5 точек у-шу:** тонизируются точка-колодец R.1 и точка-родник R.2.

R.1 (тонизируется) - см. п.9.

R.2 (тонизируется) - на середине медиальной поверхности стопы, кпереди от бугорка ладьевидной кости.

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

J.7 (тонизируется) – ниже пупка на 1 цунь.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан почек получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тонизируется) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (тонизируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (седатируется) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

2. Импотенция.

В последнее десятилетие половые расстройства всё чаще встречаются и у мужчин, и у женщин, однако мужчины значительно чаще обращаются за медицинской помощью. Мужская сексуальная слабость называется импотенцией и бывает двух основных типов: гиперстенического — с повышенными половым влечением и преждевременной эякуляцией (семяизвержением), и гипостенического — со снижением влечения, недостаточной эрекцией при нормальной эякуляции; в некоторых случаях бывает ослаблена и эякуляция. Можно провести диагностическую пальпацию ТА R.1 и R.16: при ослаблении потенции эти точки очень плотные или болезненны. Наиболее частыми причинами импотенции у лиц молодого и среднего возраста бывают нарушение нормального режима жизни, переутомление и недосыпание, стрессовые ситуации, что ведет к возникновению той или ином формы невроза, одним из проявлений которого и являются сексуальные нарушения. Гипостеническая форма невроза может наблюдаться и как симптом общей физической и психической слабости у инфантильных больных. Наконец, у части больных импотенция может быть следствием сексуальных излишеств, органического урологического заболевания

(например, при хроническом простатите она наблюдается, по данным разных авторов, в 13—42 % случаев), а у лиц пожилого возраста — как проявление постепенного угасания функции половых желез.

Лечение больных импотенцией любого типа включает борьбу с общими невротическими расстройствами (психотерапия, седативные лекарства и физиотерапевтические процедуры), а при связи с урологической патологией должно комбинироваться со специальной терапией. Одним из эффективных методов лечения является рефлексотерапия: акупрессура или точечный массаж; в некоторых случаях оба метода комбинируются, дополняя друг друга. Массированию подлежат местные точки в области живота, особенно в нижней его части: E.25, E.27, R.11, R.I2, R.16, J.2, J.3, J.4, J.12; сегментарные — в пояснично-крестцовой области: V.22, V.23, V.31—34 ба-ляо, T.4, а также отдаленные точки широкого спектра действия: T.20, T.4, G1.4, GI.11, C.7, J.17 и TA внутренних поверхностей нижних конечностей: RP.4, RP.6, RP.9, RP.11, F.3, F.5, F.7, F.9, F.11.

Курс лечения начинается с 2—3 процедур седативного массажа только отдаленных точек широкого спектра действия (по 6—7 TA на процедуру). Затем в одну процедуру массируют по 6—8 TA при гиперстеническом типе болезни или по 4—6 точек — при гипостеническом, включая в нее 2—3 отдаленные точки, а остальные — локальные и сегментарные, а также аурикулярные. массаж больных с усиленной эрекцией и ускоренной эякуляцией везде проводится тормозным методом; кроме вышеупомянутых точек могут

использоваться внемеридианная TA BT.45 и-цзин и аурикулярные 23, 32, 38, 55, 56, 58, 79. При недостаточной эрекции и нормальной эякуляции локальные и сегментарные точки стимулируют, а отдаленные — тормозят; в этом случае можно тонизировать и аурикулярные точки 22, 23, 32, 56, 58, 79. Рекомендует каждую процедуру массирования начинать с TA R.1. Некоторые авторы считают целесообразным в разные часы одних и тех же суток массировать корпоральные и аурикулярные точки. Курс лечения включает ежедневное (а желательно — и 2—3 раза в день) массаж в течение 12—15 дней; после перерыва в 2—3 недель может быть проведен повторный курс.

Смотрите рисунок 84.

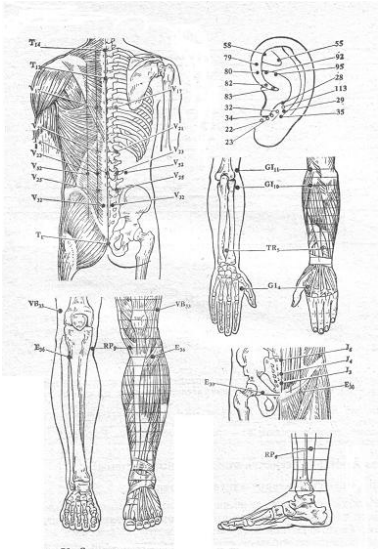


Рисунок 84. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения импотенции.

При лечении импотенции тонизируют следующие основные точки: T.4, R.4, V.23, V.31, 34, J.6, 4, 3, VB.31, E.36, RP.6, RP.9, MC.8.

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.6 - ниже пупка 1,5 цуня.

R.4 - кнаружи от места прикрепления пяточного сухожилия.

VB.31 - на латеральной поверхности бедра, выше надколенника на 5 цуней,

R.9 - у задне -нижнего края медиального мыщелка большеберцовой кости, ниже надколенника на 2 цуня,

MC.8 - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

- Для лечения импотенции используют **внемеридиональные и новые точки**, расположенные в основном на животе и пояснице: BT.42, 43, 44, 45, 49, 50, 68, 69, 71, 72, 74, 79, 80, 81. HT.39, 40, 41, 56, 58, 59.

BT.42 - на 3 цуня, кнаружи от J.6, которая расположена на 1,5 цуня ниже пупка.

BT.43 - выше лобка на 3 цуня кнаружи на 1,5 цуня. ,

BT.45 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 1 цунь.

BT.46 - выше лобка на 2 цуня кнаружи на 3 цуня.

BT.49 - выше лобка на 1 цунь кнаружи на 3 цуня.

BT.50 - выше лобка на 0,5 цуня, кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня.

BT.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

BT.69 – на 4 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

BT.70 - под остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

BT.74 - на 3,8 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

BT.78 - под остистым отростком 1-го крестцового позвонка.

BT.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

HT.39 - выше лобка на 2 цуня, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

HT.41 - на паховой складке, на границе ее наружной и верхней трети.

- Эффективно лечение импотенции при воздействии на **аурикулярные точки:** 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 23 - яичник, 34 - кора головного мозга, 56 - полость таза, 58 - сексуальная точка, 93 - простата, 95 - почки, 79 - наружные половые органы.

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать **на местные и отдаленные.** Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует лечить импотенцию (улучшая кровенаполнение полового члена) с обязательным включением в рецептуру точек акупунктуры: RP.14, R.2, 9, 14, 15, 16, 17, F.4,5, T.2, 3, 4, J.1 – 6. Стимулирует выделение половых гормонов тонизация следующих точек: GI.4, 10, E.24 – 30, RP.1 – 12, C.8, V.23, 28, 31, 32, 40, 52, R.1 – 19, MC.5, VB.27,28,41, F.1 – 11, T.2,3, J.1 – 6. Пекинский институт иглотерапии предлагает считать следующие точки самыми эффективными отдаленными точками при нарушении в гормональной сфере:

- при общих нарушениях гормонально-половой сферы тонизировать – E.24, RP.1, 2, 6(!!), 8 (аспермия), при вегетативно - эндокринных дисфункциях седатировать – V.10, T.14.
- при болезненных месячных (седатировать) – RP.10, V.55,56, R.1 – 8, MC.5, VB.21,40, F.1,2 !!, 3-10.
- при бесплодии тонизировать – R.1,2, F.3,11!!.
- при импотенции тонизировать – V. 64, 65 (половые точки), R.9,10, T.4.
- при недостаточной деятельности гипофиза – TR.3 (тонизировать), щитовидной железы – TR.2 (тонизировать), яичников у женщин, яичек у мужчин – V.49, 50, E.30 (тонизировать).

Шиацу. Лечение импотенции. Импотенция у мужчин и фригидность у женщин лечится почти одинаковыми методами. Усилить половое влечение и тем самым способствовать гармоничным интимным отношениям помогут следующие приемы шиацу.

1. Начиная с передней шейной области массируется вся шея. **Смотрите рисунок 28.**

2. Пациент ложится на живот и врач массирует точку продолговатого мозга, далее надлопаточный регион с обеих сторон, спину, поясницу и крестец. Затем массируются точки Намикоши, расположенных вдоль переднего и заднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон.

2. Пациент переворачивается на спину, и врач массирует весь живот. С особым тщанием оказывается повторяющееся длительное давление при помощи большого пальца или ладони на область лонной кости, для эффективности добавляем еще аналогичное давление на подвздошные области.

3. Массажируется точка Куань-юань находится на 8 см ниже пупка по средней линии живота. Данная точка используется при отсутствии эрекции. Массируется в положении пациента лежа на спине. Сначала массируется ладонью весь регион, затем вибрационный массаж большим пальцем до 2 мин. Повторить при необходимости. Точки Сань-инь-чао располагаются симметрично на обеих голенях на 8 см выше середины внутренней щиколотки по ходу большеберцовой кости. Массируются в позиции пациента лежа на спине, сильными надавливаниями большими пальцами в течение 2 мин.

4. Пациент ложится на живот. Врач производит надавливание на область крестца в точках Т.2 (над копчиком, у места входа в крестцовый канал) и в точках № 1,2,3,4 располагающихся по направлению вверх по крестцу на удалении от Т.2 на 1, 2, 3, 4 сантиметра.

5. Пациент ложится на спину. Проводится воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач, положив одну руку на другую, давит ладонью на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка. Процедура производится с расчетом возбуждающего воздействия на солнечное сплетение. При этом не допускается сдавливание брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника.

6. Для улучшения работы печени используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится кнаружи на 4 цуня от передне – срединной линии на уровне точки J.15 (конец мечевидного отростка грудины). Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.

7. Надавливание на точку живота J.4 (выше лобка на 2 цуня) и глубокий массаж органов малого таза. При этой процедуре мочевой пузырь должен быть пустым.

8. Через плавки проводят давление на точку J.1 (расположена на промежности, между мошонкой и задним проходом). Благодаря этому приему делается опосредованный массаж простаты и корня полового члена, по которому идут сосуды, снабжающие кровью половой член. Массаж промежности делается длительностью не менее 5 минут.

9. Растирание верхней лобковой связки, расположенной у края лобковой кости увеличивает секреторную способность яичек. Японские врачи рекомендуют всем мужчинам проводить каждое утро не сильные сжатия яичек кистью руки. Количество сжатий должно равняться возрасту мужчины. При этой процедуре из тканей яичек в кровь выделяется большое количество половых гормонов. Кроме того, мужчинам, страдающим импотенцией, даются следующие рекомендации: ежедневно заниматься длительным бегом по лесу не меньше 1 часа в день, после бега обливаться холодной водой или ежедневно проплывать в бассейне с морской водой не меньше 500 метров, ежедневно делать предельное раздвижение ног в разные стороны типа «шпагата» на 10 минут для улучшения кровообращения промежности, не переедать, не перегреваться в бане, длительность сна должна составлять не менее 8 часов в сутки, половой жизнью заниматься в неделю один день (с обязательным выбросом семени два раза в течение данного дня, то есть – из двух яичек). Все половые акты на протяжении недели проводить без семяизвержения, так как ежедневное семяизвержение и ежедневная половая жизнь быстро приводит мужчину к истощению и временной импотенции.

Шиацу. Лечение фригидности у женщин включает акупрессуру уже описанных точек и дополнительно некоторые другие приемы. Проводится обыкновенный массаж щитовидной железы, и одновременно назначаются микродозы йода. Пациентка ложится на спину, под шею подкладывается валик, голова запрокидывается назад. Железа полностью выходит наружу. Массажируют растиранием и поглаживанием. Надавливается точка на спине V.49, которая проецируется над надпочечниками, вырабатывающими

половые гормоны. Надавливаются 4 точки на пояснице, располагающиеся на расстоянии 0,5 цуня, от задне – срединной линии напротив остистых отростков 2,3,4,5 поясничных позвонков. Надавливаются точки на ягодице. От точки V.30 (на 1,5 цуня от срединной линии, напротив 2 крестцового остистого отростка) берутся 4 точки кнаружи и точно горизонтально на расстоянии 1 см друг от друга. Еще 4 точки берутся от V.30 по линии, направляющейся к большому вертелу бедра. Точки для воздействия акупрессуры на активизацию деятельности щитовидной железы: E.10,11, J.22.

E.10 – кнаружи от нижнего края щитовидного хряща, у переднего края кивательной мышцы.

E.11 – на верхнем крае грудинного конца ключицы, между двумя сухожилиями кивательной мышцы.

J.22 – в центре яремной вырезки грудины.

V.49 – кнаружи на 3 цуня от промежутка между остистыми отростками 11 – 12 грудных позвонков.

Лечение импотенции травами. Адаптогены: аралия маньчжурская, женьшень обыкновенный, заманиха высокая; повышающие половую активность родиола розовая, элеутерококк колючий, лимонник китайский, барвинок малый, земляника лесная, аир болотный, бузуль-ник сибирский (сырой корень), вербена лекарственная, ветреница лесная, корневище горца амурского, отвар корней горечавки крупнолистной, древогубец крупнолистный, жун-корень даурский, маралий корень, лук репчатый, любисток лекарственный, любка двулистная (молодые клубни), морковь посевная, олеандр обыкновенный (настой из листьев лицам пожилого возраста), орех водяной ложновырезной (в малых дозах), паслен сладко-горький, семена петрушки посевной, подорожник большой, полынь обыкновенная (особенно показана в старческом возрасте), пузатка высокая, пустырник разнолистный, луковица рябчика камчатского, сельдерей пахучий, сморчок настоящий, корневище спаржи лекарственной, хлопчатник мохнатый, шишки хмеля обыкновенного, чеснок посевной; понижающие половую активность: акация серебристая (мимоза), борщевик рассеченный, конопля посевная (в больших дозах), мелисса лекарственная, орех водяной ложковырезной (в больших дозах), табак настоящий; при поллюциях: болиголов пятнистый, корни бошнякий русской, истод сибирский, толокнянка обыкновенная, корневище лотоса орехоносного; для усиления половой активности: горенка крупночашелистная, очиток едкий (ядовит!), сок шалфея, ярутка полевая; при сперматорее — экстракт из почек тополя черного. Смеси составлять из 2—6 трав в зависимости от симптоматики. Дозировка — 1 столовая ложка на 1 стакан кипятка, настаивать 30 мин, принимать 1 стакан в день (кроме ядовитых и сильнодействующих).

3. Энурез.

Ночной энурез клинически проявляется непроизвольным мочеиспусканием в постель ночью. Заболевание обычно возникает у детей в возрасте 3—7 лет, причем вдвое чаще у мальчиков. Чаще это легковозбудимые дети с психопатическим развитием личности, энурез часто возникает после сильного испуга или стресса, нередко родители ребёнка злоупотребляют и до зачатия злоупотребляли алкоголем. Ночному энурезу нередко предшествуют заболевания почек и мочевыводящих путей, аномалии развития поясничного отдела позвоночника (например, незаращение дужек поясничных позвонков), некоторые хронические заболевания (рахит, бронхиальная астма), психотравмы, плохие гигиенические условия (холодная и сырая постель). Как и другие неврозы с локальными проявлениями, ночной энурез часто вызывает общую невротизацию ребенка: он становится раздражительным, неуравновешенным и скрытным. Частота непроизвольного мочеиспускания различна: от эежедневной у одних детей до 1—2 раз в месяц — у других; с увеличением возраста она уменьшается, и к 16—20 годам энурез обычно прекращается.

Комплексное лечение энуреза включает в себя акупрессурное, медикаментозное, психотерапевтическое, иглотерапевтическое, физиотерапевтическое. Главная причина возникновения ночного недержания мочи – это невроз, потеря контроля коры головного мозга над деятельностью подкорки, которая регулирует функции внутренних органов: легких, сердца, кишечника, мочевого пузыря и т. д. «Отключение» контроля ребёнка за деятельностью мочевого пузыря, когда происходит непроизвольный спазм мышц мочевого пузыря и расслабление сфинктера. **Эта патология возникает по причине слишком глубокого сна у пациента.** Как правило, больных энурезом детей матери поднимают в туалет ночью и наблюдают картину сверхглубокого торможения мозговых процессов: ребенок фактически не просыпается, на вопросы отвечает не по теме, засыпает на горшке, или, не помочившись, ложится опять в постель. Утром ребенок не помнит, как его очень долго будили, как он ходил в туалет и на какие вопросы отвечал. Такое глубокое, запредельное торможение коры мозга по ночам является патологией. Именно глубокий сон приводит к ночному и бесконтрольному мочеиспусканию. Перед врачом стоит две главные

задачи. **Во-первых,** необходимо сделать чутким сон и подчинить деятельность мочеиспускательного канала сознанию человека. **Во-вторых,** необходимо уменьшить процесс ночного мочевыделения почками и одновременно убрать спазм мочевого пузыря, чтобы увеличить его вместимость в 2 - 3 раза.

1. Чуткий сон. Ни в коем случае не стоит назначать снотворные препараты и транквилизаторы. «Углубление» сна не способствует излечению этой болезни. Для излечения от энуреза надо добиться положения, чтобы сон ребенка был поверхностным, чутким. Рекомендуется ребенку спать днем 3 часа. Ребенку на ночь ему дают выпить несколько глотков кофе или крепкого чая. При трудноизлечимом энуреза одновременно с возбуждающей акупрессурой и акупрессурой используют вещества, снижающие глубину сна – стимуляторы ЦНС и антидепрессанты, имизин, кофеин, фенамин, эфедрин, мелипрамин, амитриптилин и другие медикаменты. К иглотерапии надо одновременно добавить элементы психотерапевтического воздействия на сознание ребенка. Каждый ребенок боится акупрессурного лечения. Поэтому ему надо говорить о том, что если он будет глубоко спать и обмочит постельные принадлежности, то количество иголок на следующем сеансе увеличится.

Хорошие результаты достигаются при «чисто» психотерапевтическом лечении. При этом необходимо помнить, что мозг надо не успокаивать, а наоборот возбуждать и тонизировать, делая сон поверхностным. Как народное психотерапевтическое средство используется «зашептование» бабками-шептухами. Бормотание непонятных слов старухи в полумраке и ее странные действия с хлебом, солью, деревянной палочкой, свечкой вызывают в душе ребенка страх, подозрительность, напряженность. В психиатрии описаны такие парадоксальные реакции у пациента, когда они абсолютно не воспринимают громкую речь и, наоборот, на них производит сильное действие тихая, шепотная речь. Все больные энурезом дети являются психопаты (с разной степенью выраженности этой патологии), все они имеют парадоксальную реакциею на шепотную речь. Если ребенок сильно внушаем, очень впечатлителен, то действия бабки-шептухи возбуждают кору головного мозга, что делает сон чутким и приведут к излечению.

2. Снижение ночного мочевыделения. Ребенку, больному энурезом, не рекомендуется пить много воды на протяжении всего дня и особенно ограничивать потребление воды перед сном (после 18 часов). Ночной диурез снижают в 2 - 5 раз гормоны гипофиза (адиурекрин и его синтетические аналоги, питуитрин, окситоцин). Поэтому в первые дни акупрессурного лечения не лишнем будет применение этих средств. Адиурекрин (сухой питуитрин) является порошком с содержанием антидиуретического гормона, полученного из задней доли гипофиза рогатого скота. Перед сном лекарство вдыхают носом, так как оно хорошо всасывается слизистой носа в кровь и далее поступает к почкам больного ребенка. На процедуру используется 0,025 грамма адиурекрина. Аналогичными антидиуретическими свойствами обладает питуитрин, который представляет собой экстракт из задней доли гипофиза рогатого скота и содержит гормоны окситоцин и вазопрессин. Применяются растворы лекарства в ампулах, содержащих по 10 ЕД питуитрина. Закапывается в нос перед сном по 3 капли в каждую ноздрю (при отсутствии насморка).

3. В 70% случаев причина энуреза у детей является невротическое развитие личности. Но в 30% случаев энурез развивается по причине остеохондроза и даже травматического смещения позвонков L.4, L.5 в поясничном отделе. Нервные стволы, которые иннервируют мочевой пузырь, пережимаются сразу после выхода из спинного мозга. Такие энурезы очень хорошо лечатся мануальной терапией.

4. Акупрессура «европейского типа». В лечебный комплекс целесообразно и включение акупрессуры, причем в дошкольном и раннем школьном возрасте предпочтителен точечный массаж. В основном используются точки трех зон: а) сегментарные в пояснично-крестцовой: V.23, V.25, V.26, V.28, V.31—34 ба-ляо, V.52, T.4; б) местные в нижней части живота: E.28, E.29, E.30, R.11, R.12, R.13, J.2, J.3, J.4 (особенно две последние ТА); в) точки нижних конечностей, преимущественно на внутренней и задней поверхностях: RP.6, RP.11, V.40, V.60, V.62, R3, R.6, R.7, R.10, F.1, F.11, E.36. Кроме того, в рецепт могут включаться ТА T.20 в области головы и аурикулярные точки 51, 55, 92, 95. Описанные точки массируются симметрично. На один сеанс берется 5—7 ТА: 3—4 сегментарных или локальных, а остальные — на нижних конечностях или аурикулярные. Применяется тонизирующая методика во всех точках: у мальчиков предпочтительно использование ТА меридианов желудка и печени, а у девочек — почек и

селезенки — поджелудочной железы; ТА меридиана мочевого пузыря в равной мере могут массироваться у больных любого пола. Курс лечения состоит из 8—12 процедур, частота выполнения которых зависит от регулярности недержания мочи: при редком энурезе процедуры проводятся через день, а при частом — вначале (4—5 раз) ежедневно, а затем — через день. Процедуре точечного воздействия может предшествовать сегментарный массаж пояснично-крестцовой области.

Сфинктер мочевого пузыря контролируется меридианом почек. Метод акупрессуры особенно эффективен при лечении ночного недержания мочи, чаще наблюдающегося у детей, реже у взрослых. При этом у детей применяется второй вариант возбуждающего метода, у взрослых – второй вариант тормозного метода. Точечный массаж производится в точках: V.23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, E.36, RP.6, T.1, 4, F.2.

- Применяются **внемеридиональные точки** на пояснице и в области крестца: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84.

ВТ.66 - на 3,5 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го поясничного позвонка.

ВТ.68 - на 1 цунь кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

ВТ.70 - над остистым отростком 3-го поясничного позвонка.

ВТ.74 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 4-го поясничного позвонка.

ВТ.77 - на 3 цуня кнаружи от остистого отростка 1-го крестцового позвонка.

ВТ.80 - под остистым отростком 2-го крестцового позвонка.

ВТ.81 - над остистым отростком 4-го крестцового позвонка.

Применяются новые точки, расположенные в области поясницы и крестца: 55, 56, 57, 59.

НТ.55 - на 4,5 цуня кнаружи от остистого отростка 2-го поясничного позвонка.

НТ.59 - на ягодице на 1,5 цуня кнаружи от точки Т.1.

- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать **на местные и отдаленные.** Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. По данным **Пекинского института иглотерапии** специфической точкой воздействия на гипофиз с целью увеличения выделения антидиуретического гормона является тонизация точки TR.3, для уменьшения выделения мочи ночью воздействуют на почки – седатируют R.2, снимают спазм мышц мочевого пузыря седатацией V.66 и 67, **для усиления спазма сфинктора мочевого канала необходимо тонизировать V.51 и 52.** Для лечения энуреза рекомендовано применять следующие точки акупунктуры : P.5, GI.8,9, E22,23, RP.9,10,11, C.8, V.22 – 35, R.1 – 17, VB.27,28, F.1 – 6, T.2 – 6.
  - Применяются следующие **аурикулярные точки:** 22 - железы внутренней секреции, 28 - гипофиз , 34 - кора головного мозга, 79 - наружные половые органы, 80 - мочеиспускательный канал, 83 - солнечное сплетение, 92 - мочевой пузырь, 94 - мочеточник, 95 - почка.

Смотрите рисунок 85.

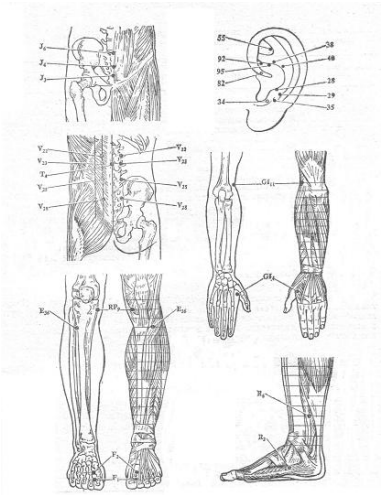


Рисунок 85. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения энуреза.

4. Шиацу (японская акупрессура) при лечении энуреза.

- В начале сеанса рекомендуется произвести давление на 5 точек, расположенных вдоль поясничных позвонков. Это точки удалены на 0,5 цуня от остистых отростков 1,2,3,4,5 поясничных позвонков. **Смотрите рисунок 28.**
- Производится давление на 3 точки крестца, расположенные между его остистыми отростками 1 – 2, 2 – 3, 3 – 4.
- Делается массаж мочевого пузыря, а его спастическое состояние снимается дозированным давлением на точку J.3, расположенную в проекции мочевого пузыря.
- Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от T.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10, ниже друг друга на 1 см.

5. Лечение энуреза травами. Пастушья сумка, спорыш, хвощ полевой, зверобой, корень валерианы (столовая ложка на 1 стакан, настаивать 30 мин, принимать в течение дня); рута, полынь горькая, мята перечная, мелисса (3:2:3: 1,5) (2 столовые ложки на 2 стакана воды, настаивать 30 мин, принимать в течение дня); семена дурмана или белены (по одному зерну 2—3 раза в день).

5. Неврастения.

Неврастения является одной из распространенных форм невроза. Клинически она проявляется чередованием симптомов повышенной возбудимости и истощаемости. Ее наиболее характерные симптомы: головная боль, головокружение, нарушение сна (кошмарные сновидения, бессонница, неглубокий сон), неустойчивость настроения, повышенная возбудимость, быстрая утомляемость, ослабление памяти, понижение работоспособности, половая слабость у мужчин, преждевременное семяизвержение, подавленное настроение. Неврастения — наиболее частый и особенно хорошо поддающийся лечению вид невроза, развивающийся у лиц с уравновешенным типом нервной деятельности. Клинические проявления заболевания состоят из сочетания повышенной раздражительности, быстрой утомляемости и ярких неадекватных эмоциональных вспышек после незначительных внешних поводов. Различают две основные формы неврастении: гиперстеническую и астеническую.

Для гиперстенической формы характерно преобладание в центральной нервной системе процесса застойного возбуждения, что клинически проявляется неуравновешенностью, раздражительностью, вспыльчивостью, нередко головными болями и нарушениями сна. Часты разнообразные вегетативные расстройства: потливость, сердцебиение, нарушения работы ряда внутренних органов (колебания

артериального давления, спазмирование кишечника, желчевыводя-щих путей, учащенное мочеиспускание, запоры и др.), а иногда — и сексуальные расстройства, особенно у мужчин.

При астенической (или гипостенической) форме в центральной нервной системе доминирует процесс торможения. Больные вялы, адинамичны, у них снижены трудоспособность, возможность преодоления возникающих трудностей, двигательная и психоэмоциональная инициатива, они легко устают, нередко сонливы в дневное время и не всегда хорошо спят по ночам. У лиц с астеническим синдромом нередки неуверенность в себе, недооценка своих физических и профессиональных возможностей, могут появляться мысли о собственной неполноценности. В ряде случаев могут развиваться астеноипохондрический синдром с «выискиванием» у себя несуществующих болезней или преувеличением имеющихся, фобический — с возникновением разнообразных страхов (например, боязнь сойти с ума, заболеть раком, сердечным или другим тяжелым заболеванием и т. д.), астенодепрессивный — с резко сниженным настроением, неверием в будущее, а иногда и с суицидными мыслями. У больных с астенией также нередки вегетативные сдвиги: снижены аппетит и артериальное давление, имеются жалобы на тяжесть в голове, вздутие живота и т. д. Лечение больных гипер- и астенической формами неврастении разнонаправлено: при первой применяются тормозные методы, при второй — стимулирующие, но в обоих случаях необходимо налаживание правильного распорядка дня, регулярного питания, сна, разумного чередования трудовой нагрузки и отдыха.

В лечении разнообразных проявлений гиперстенического синдрома точечный и линейный массажи должны комбинироваться с налаживанием рационального образа жизни; индивидуальной, групповой и семейной психотерапией, аутогенной тренировкой с формулами самовнушения, направленными на расслабление и снижение нервной возбудимости, проводимой отдельно или в сочетании со специальным комплексом седатирующей лечебной гимнастики, приемом седативных лекарств и успокаивающих физиотерапевтических процедур, особенно водных и электротерапевтических. Нерешенным остается вопрос о комбинировании рефлекторного массажа с приемом транквилизаторов и нейролептиков; во всяком случае, в процессе лечения целесообразно постепенное уменьшение дозировок лекарственных препаратов этих групп.

Точечный массаж при всех вариантах неврастении проводится путем воздействия на точки заднего и переднего срединных меридианов и симметричные ТА туловища и конечностей: широкого спектра действия — во всех случаях, а другие — в зависимости от конкретных расстройств у каждого больного.

1. При гиперстенической форме болезни в одну процедуру производится седатирование 7— 10 ТА, а при астенической — тонизируется 4—6 точек. Используемые точки: в области головы и лица — ВТ.3 инь-тан, ВТ.6 юй-яо, Е.8, IG.17 ., Т.24, Т.23, Т.21, Т.20, Т.19; в области шеи, надплечья и спины — Т.4, Т.12, Т.14, VB.20, VB.21, V.11, V.13, V.15, V.23, V.43, V.52; в области груди и живота— J.14, J.15, J.17, R.16; на верхних конечностях— Р.3, GI.4, GI.10, GI.11, МС.6 (отдельно или совместно с TR.5 или с С.7), МС.7, С.3, С.5; на нижних конечностях — Е.36, RP.6, V.60 (можно вместе с R.3, V.62, V.65, VB.34.

При гиперстеническом синдроме рекомендуется начинать процедуру точечным и линейным массажем головы: приемами поглаживания, растирания и разминания воздействуют на ТА ВТ.9, Е.8, Т.24, Т.20, Т.16 (по 2 мин на точку), а приемами захватывания и пощипывания — на ВТ.3 инь-тан, VB.20.

Линейный массаж путем поглаживания и трения в области головы проводится по следующим направлениям:

1) веерообразно от ТА ВТ.3 инь-тан по средней линии лба до Т.24 и от ВТ.3 к ВТ.9 тай-ян и к Е.8 —5 пассажей;

2) спереди назад вдоль отрезка заднесрединного меридиана от ВТ.3 через Т.24, Т.20 до Т.16 на задней поверхности шеи — 3—5 прохождений приемом прерывистого давления;

3) спереди назад вдоль отрезка меридиана желчного пузыря с постепенным уменьшением интенсивности воздействие на Т.20 и Е.12.

Одним из частых проявлений гиперстенического синдрома является нарушение засыпания; в ряде случаев сон нарушен и при астеническом синдроме. Точечный массаж носит тормозный характер, желательно проводить его в вечернее время. Существует несколько методик борьбы с бессонницей, причем в один сеанс используется очень различное количество ТА: от 4—6 до 10—12. Рекомендует массировать небольшое количество точек (4—6) из перечисленных далее: P.9, G.I2, G.I3, GI.4, GI.10, C.5, C.7, MC.6, TR.10 — на верхних конечностях, E.36, E.40, E.44, E.45, RP.4, RP.6, V.62, R.2, F.2, F.3, BT. 134 ши-мянь — на нижних, BT.3 инь-тан, BT.9 тай-ян, T.20 — на лице и голове, V.14, V.18, V.19, V21 вэй-шу, T.14 — на спине. В рецепт наиболее часто включаются точки дистальных отделов нижних и верхних конечностей.

В. С. Гойденко и А. Дашко (1980) рекомендуют начинать процедуру с массирования ТА R.1 (можно и BT. 134 ши-мянь), совместной обработки V.60 и R.3, а затем V.62. В последующем массируются точки верхних конечностей — MC.6 и MC.8, затем точки Намикоши (расположенных вдоль переднего и заднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон) на боковых и задней поверхности шеи и, наконец, аурикулярные точки 8 на обеих ушных раковинах. Китайские и французские авторы подчеркивают важность сочетания в одной процедуре седатирования ТА V.62 на обеих стопах с линейным массажем подошвенной поверхности большого пальца левой стопы: по направлению от основания пальца к его дистальному концу производится поглаживание ногтем пальца массажиста, обратное движение к основанию пальца проводится подушечкой пальца.

Может быть использована и японская техника шиацу: легкое надавливание в течение 3—5 секунд на каждую из 8 точек Намикоши, расположенных вдоль переднего и заднего краев грудино-ключично-сосцевидных мышц с обеих сторон. **Смотрите рисунок 28.** Затем аналогичное воздействие производится на каждую из 6 точек, находящихся паравертебрально с обеих сторон от шейного отдела позвоночника (уровни C.2 - D.1); французские авторы (Режимбо) в последнем случае рекомендуют осуществлять не точечное, а линейное надавливание сверху вниз на тех же уровнях — по 10—12 пассажей с каждой стороны. В состав лечебных процедур может быть включено массаж аурикулярных точек 8, 34, 35, 55 и 95, а также щипцеобразное зональное поглаживание мочки уха.

2. Астеническая форма неврастении требует применения стимулирующих методик рефлекторного массажа. Процедуру целесообразно начинать с сегментарного массажа воротниковой зоны, после чего приемами постукивания, похлопывания и вибрации обрабатываются ТА головы, шеи и спины: T.24, T.23, T.20, T.14, VB.20, VB.21, V.10, V.11, V.15. Затем последовательно стимулируют ТА верхних конечностей GI.4, GI.11, TR.3, TR.5, MC.9 и нижних — E.36, E.41, V.67, VB.34, VB.43. При депрессивном и депрессивно-ипохондрическом синдромах воздействуют на ТА GI.2, GI.3, GI.4, GI.11, P.7, C.3, C.9 , IG.3, IG.4, MC.6 совместно с TR.5, E.36, RP.2, RP.3, RP.6, VB.34 и R.1. Целесообразен и тонизирующий массаж аурикулярных точек 13, 22, 25, 51.

Наиболее часто лечение начинают с применения второго варианта тормозного метода. Первый курс лечения продолжается 1 - 2 недели, процедуры ежедневные. Массаж проводится 1 - 2 недели по следующим точкам: V.11, V.43, E.36, GI.4, MC.6, RP.6, C.7, C.5, VB.39,T.14, V.13,T.4,T.3, V.25, V.22, V.23, V.28, J.4, IG.15, V.21, GI.11, TR.5, GI.3, E.44.

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

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

MC.6 - выше лучезапястной складки на 2 цуня.

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

C.7 - на лучезапястной складке.

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

T.4 - между остистыми отростками 2 - 3-го поясничных позвонков.

T.3 - между остистыми отростками 4 - 5-го поясничных позвонков.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

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

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

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

GI.3 - у лучевого края 2-й пястной кости, кзади от ее головки.

- **Внемеридиональные точки:** 1, 13, 28, 53, 54, 55, 57, 64, 115,118, 121, 125, 143, 166, 167, 168, 169, 170, 171. **Новые точки:** 27, 28, 29, 78.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от T.20.

BT.13 - на 1 цунь кзади от TR.17 (на середине между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти).

BT.28 - на 0,5 цуня выше середины линии, соединяющей нижний край точки уха и первый шейный позвонок.

BT.57 - под остистым отростком 4-го грудного позвонка.

BT.115 - на тыле запястья, между GI.5 (анатомическая табакерка) и TR.4 (лучезапястный сустав).
BT.121 - на тыле предплечья, на 6 цуней выше середины лучезапястного сустава.
BT.125 - на 0,5 цуня выше переднего края подмышечной складки при опущенной вниз руке.
BT.143 - на 1 цунь ниже E.36.
BT.166 - на 1 цунь выше латерального края подколенной складки.
BT.167 - на 2 цуня выше латерального края подколенной складки.
BT.168, 169, 170, 171 – выше латерального края подколенной складки соответственно на 2 3, 4, 5 цуней.
HT.29 - на верхушке сосцевидного отростка.
HT.78 - на 1,5 цуня, выше E.41 (в центре голеностопного сустава на сгибе стопы).

- **Аурикулярные точки:** 33 - лоб, 34 - кора головного мозга, 35 - висок, 36 - вершина черепа, 55 – шэнь-мэнь, 87 - желудок, 113 - возбуждение, 98 - селезенка.

Смотрите рисунок 86.

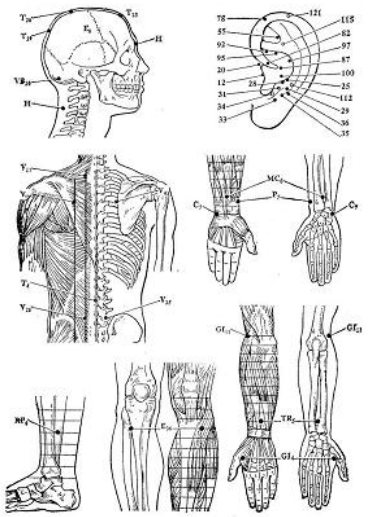


Рисунок 86. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения неврастении.

- Можно рекомендовать и некоторые ***методики линейного массажа*:**

1) поглаживание и растирание снизу вверх вдоль средней линии спины и шеи от TA T.3 до T.20;

2) энергичное поглаживание и надавливание вдоль двух отрезков 1-й боковой линии спины сверху вниз: от уровня I шейного позвонка до уровня TA T.14 и от V.25 до V.30. Каждая из линий проходится 10—12 раз.

3. Лечение неврастении травами. Успокаивающий чай: мята перечная, лист трифоли, корень валерианы, соцветия хмеля (2:2:1:1) — 1 столовая ложка на 1 стакан кипятка, настаивать 30 мин, пить по 1 стакану 2 раза в день; или корень валерианы, цветы ромашки, плоды тмина (2:3:5); успокаивающие травы; ванны из следующих трав: корень валерианы, цветы боярышника, липовый цвет, мята перечная, шишки хмеля (1 стакан смеси настоять 30 мин, вылить в ванну) — через 1—2 дня, на курс 7—14 ванн.

6. Эпикондилиты.

Кости контролируются меридианом почек. Частой болезнью у спортсменов и у людей, имеющих работу, связанную с тяжелым физическим трудом, являются эпикондилиты. На самой вершине мыщелка, где прикрепляются сухожилия нескольких мышц предплечья, при надавливании пальцем врач определяет очень болевую точку размером 0,5 × 0,5 сантиметра. В этом месте от сильного сокращения мышц произошла отслойка надкостницы, которая как тонкая пленка покрывает все кости по наружной поверхности, в том числе и на месте прикрепления к ним сухожилий мышц. При эпикондилите надкостница отслаивается от кости (от чрезмерного сокращения мышцы) на расстояние 0,5 миллиметра и полость заполняется экссудатом. По причине отслоения надкостницы возникают боли при физической нагрузке и надавливании пальцем не только в области локтевого сустава.

Клинические симптомы. Эпикондилитом называется болезнь, вызванная чрезмерным сокращением мышц предплечья, которое вызывает отслойку надкостницы в месте прикрепления мышц на медиальном или латеральном мыщелке (epicondilus) плечевой кости. Клинически заболевание проявляется болями при физической нагрузки в области локтевого сустава. Точечные боли при эпикондилитах и других патологиях, связанных с отслойкой надкостницы, необходимо дифференцировать от туннельных невропатий. Отличие этих заболеваний состоит в том, что точечные боли по причине отслойки надкостницы возникают там, где мышца прикрепляется к кости, а туннельная невропатия имеет точечные боли в месте расположения мышц, покрытых фасциями. Лечение всех патологий, вызванных отслойкой надкостницы от кости методом иглотерапии – абсолютно одинаковое.

Лечение эпикондилитов. Данная патология хорошо лечится акупрессурой и акупунктурой (сильным давлением на мыщелок, на место прикрепления сухожилий, например, к локтевому суставу). Порядок лечения следующий. Врач точно определяет болезненную точку на латеральном или медиальном мыщелке плеча. Вводит 4 иглы точно в болевую область. Иглы обязательно должны проколоть надкостницу в области ее отслойки и вонзиться в кость на 0,3 миллиметра. Иглы держатся 5 минут. Далее иглы вытаскиваются, и в надкостнице образуется 4 отверстия. Затем врач прикладывает ватку, смоченную спиртом к месту введение игл, и, **сильно нажимая нижележащие мягкие ткани, выдавливает из полости под надкостницей экссудат.** После выхода экссудата из полости в мягкие ткани, надкостница прилипает к кости. Далее возникает медленное приживление надкостницы к кости, которое у старых людей длится 40 дней, а у молодых – 15 дней. Все это время пациент должен вести физически пассивный образ жизни. Руку желательно повесить на косынку и не напрягать мышцы руки на протяжение месяца после акупунктурного лечения. Если больной будет продолжать делать физические упражнения данной рукой, то от напряжения мышц повторно произойдет отслойка надкостницы и лечения не наступит. Полезно прогревание места лечения сухим теплом (грелкой, УВЧ). Лечение отслойки надкостницы на других местах скелета лечится аналогичным образом.

§ 40. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане перикарда.

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

Избыток энергии в меридиане перикарда вызывают следующие болезни: гипертония (50%), болезнь Рейно (70%), облитерирующий эндартериит ног (40%), акропарастезии (40%), эритромегалия (40%), мигрени (50%), гипертонии психогенные (20%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца. Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом застревания эмоций на длительное время, когда не срабатывает механизм быстрого переключения эмоций.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R+ и TR-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R-) по закону

“муж-жена” и (Е-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R+).

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 19 до 21 часа и в феврале.

2. Успокаивающее воздействие **на седатирующую точку меридиана и на точку-пособник** МС.7 (которая одновременно является седатирующей и точкой-пособником).

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

3. Седатируется ло - пункт меридиана.

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

4. Успокаиваются **седатирующая точка и точка-сочувствия.**

МС.7 (сед) - см. п.2.

V.14 (сед) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.14 (сед) - см. п.4.

МС.1 (сед) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней,

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

МС.6 (сед) - см. п. 3.

TR.4 (тонизируется) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев, во впадине.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

МС.1 (сед) - см. п. 5.

МС.8 (сед) - в середине ладони, между 3 - 4 - й пястными костями.

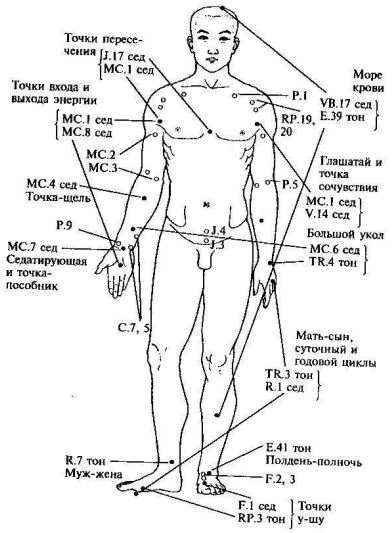
8. Седатируется точка-щель.

МС.4 (сед) - между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя запястья, выше лучезапястной складки на 3 цуня.

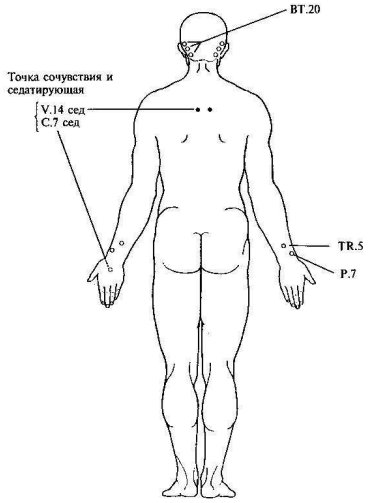
9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень».**

Е.41 (тонизируется) - в центре голеностопного сустава на сгибе стопы.

Смотрите рисунок 87, №1+2.



№1



№2

Рисунок 87, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане перикарда.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

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

11. В суточном (- R — MC — TR -) и годовом (- R—MC—TR -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий **(правило «мать-сын»).** Для суточного цикла берутся точки R.7 и TR.10, для годового — те же точки R.7 и TR.10.

R.7 (тонизируется) - кзади от точки цзяо-синь (R.8), выше верхнего края медиальной лодыжки на 2 цуня.

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

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

MC.3 (тонизируется) – у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

MC.8 (сед) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

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

TR.10 (седатируется) – на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

R.10 (тонизируется) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

12. Применение групповых ло — пунктов:

MC.5 (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 седатируют (P.7, MC.6, J.1).

P.7 (седатируется) - у лучевого края лучевой кости на 1,5 ц выше лучезапястной складки, сразу за шиловидным отростком лучевой кости.

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

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: седатируют точку-реку и точку-море.

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

MC.3 (седатируется) - в середине локтевого сгиба, у локтевого края двуглавой мышцы плеча.

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

(F-).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR-).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB+).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (седатируется) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (седатируется) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тонизируется) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тонизируется) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тонизируется) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (тонизируется) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тонизируется) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (седатируется) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (седатируется) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястными костями.

MC.7 (седатируется) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (седатируется) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (седатируется) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тонизируется) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тонизируется) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тонизируется) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тонизируется) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тонизируется) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (седатируется) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (седатируется) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (седатируется) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (седатируется) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (седатируется) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

15. **Седатируются точки пересечения.** Меридиан перикарда входит в следующие точки пересечения: J.17 и MC.1.

16 Чудесный меридиан. Китайские 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 ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане перикарда происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17,R.16-24); точка-связующая MC.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло-пункт J.15 и точку- щель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MC.6 (тонизируется, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (седатируется, точка-ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

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

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

E.30 (седатируется, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (седатируется, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

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

J.17 (седатируется) – на передне–срединной линии на грудине, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (седатируется) - на 3 цуня, ниже точки E.36.

E.39 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (тонизируется) - кнаружи на 2 цуня от точки Т.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней, вверх и назад).

2. Болезнь Рейно.

Болезнь характеризуется приступами спазма сосудов, чаще всего кистей рук, реже стоп ног. В типичных случаях можно выделить три фазы приступа. Первая характеризуется собственно спазмом сосудов, это проявляется бледностью пальцев рук и их похолоданием. Вторая фаза проявляется цианотичной окраской кисти вследствие нарушения венозного оттока. В третьей фазе сосуды расширяются, кожа становится ярко-красной и исчезает боль, имевшая место в первых двух фазах. Рекомендуется лечить болезнь точками акупунктуры: MC.5, 6, 7, C.5, 7, P.7, 9, J.3, 9, J.4, 11, TR.5, 8, F.2, 3.

- Применяются следующие **внемеридиональные точки** на голове и кистях рук: 1, 3, 6, 10, 11, 12, 86, 87, 88, 89, 92, 96, 97, 100, 102, 107, 109, 110, 115, 116.

BT.1 - на 1 цунь, кпереди, кзади и по бокам от Т.20.

BT.20 - на задней поверхности ушной раковины на каждой из трех вен.

BT.86 - на кончиках всех 10 пальцев кисти.

BT.91 - на ладонной стороне 1-го пальца, посредине межфаланговой складки.

BT.95 - на ладонной стороне 3-го пальца в центре пястно-фалангового сустава.

BT.102 - на тыльной поверхности 5-го пальца посредине кожной складки дистальнее межфалангового сустава.

BT.107 - восемь точек на тыле кистей между головками пястных костей.

BT.109 - на тыле кисти между 3 - 4-й пястными костями напротив ладонной точки MC.8.

Применяются следующие новые точки на кистях рук: 60, 61, 62, 63.

НТ.60 - на ладони и на 0,5 цуня, проксимальнее от головок 3 - 4-й пястных костей.

НТ.63 - на локтевой стороне кисти посредине расстояния между IG.3 и IG.4 (между головкой 5-й пястной кости и ее основанием).

- Применяются следующие **аурикулярные точки:** 13 - надпочечник, 22 - железы внутренней секреции, 34 - кора головного мозга, 55 - шэнь-мэнь, 67 - кисть, 95 - почки, 98 - селезенка.
- При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать **на местные и отдаленные.** Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. **Пекинский институт иглотерапии** рекомендует при болезни Рейно седатировать следующие местные точки: С.1 – 4, МС.8. При болях и судорогах в руках : Р.6,8, GI.4,7,11,12,16, Е.19, С.5,8,9, IG.1 – 14, МС.3,6, TR.3 – 13, VB.21.

Смотрите рисунок 88.

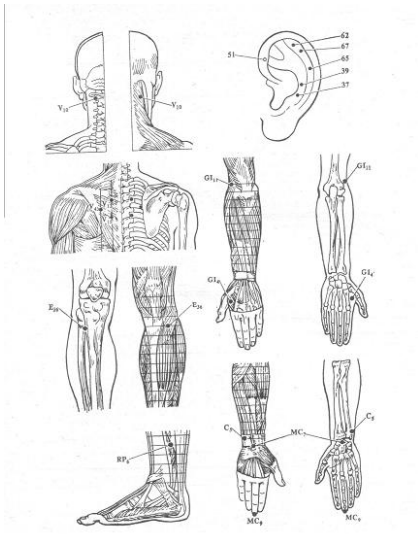


Рисунок 88. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения болезни Рейно.

3. Мигрень и другие виды головной боли (цефалгий).

Прежде всего, следует напомнить, что существует четыре основных типа головной боли: сосудистая (гипертоническая при 150\90 мм.рт.ст. и более, гипотоническая при 70\40 мм.рт.ст. и менее, мигрень), мышечного напряжения, ликвородинамическая (от повышения внутричерепного давления при гриппозной интоксикации, энцефалите), невралгическая. Они имеют четкие различия. Сосудистая головная боль — пульсирующая; мышечная головная боль — сдавливающая; ликвородинамическая — тупая, распирающая; невралгическая — острая, стреляющая. Ликвородинамическая и невралгическая головные боли не подлежат самомассажному воздействию. Эти головные боли лечатся только под контролем врача. Массаж при таких болях иногда бывает вреден. Сосудистые мышечные головные боли, наоборот, хорошо снимаются массажными приемами, в частности и самомассажем. Достаточно часто встречающееся вегетативно-сосудистое заболевание, основным проявлением которого служат приступы головной боли, обычно начинающиеся с лобно-височной области одной стороны и постепенно переходящие в гемикранию (боль с одной стороны головы, справа или слева), а иногда распространяющиеся на всю голову. Мигренью болеют преимущественно женщины в период активного функционирования половых желез, а приступы нередко связаны с менструальным циклом.

Приступу мигрени часто предшествует период предвестников длительностью от нескольких часов до 1—2 дней со снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, раздражительностью, тяжестью в голове, тошнотой, слюнотечением, снижением аппетита и сонливостью. Боль во время приступа очень интенсивна, нередко имеет пульсирующий характер, сопровождается тошнотой, иногда рвотой, слезотечением, лицо краснеет или бледнеет. Артериальное давление на высоте приступа у части больных

повышается, у других снижается. Длительность приступов — от десятков минут до 2 суток, облегчение наступает после рвоты или сна.

Мигрень принадлежит к числу заболеваний с резким преобладанием симптомов раздражения, и лечение ее носит ярко выраженный тормозный характер. Наряду с лекарственными препаратами (ацетилсалициловая кислота, комбинация производных спорыньи с кофеином, антигистаминные

1. Сосудистая головная боль, при которой отмечается пульсация («стучит в висках», «бьет в голове» и т. п.) наблюдается в результате чрезмерного расширения артерий головы. Классическая представительница этих болей — мигрень. Сосуды головы теряют контроль над своим тонусом и перерастягиваются, увеличиваясь в диаметре. Поэтому для снятия этих болей в первую очередь массируем области сонных артерий на шее. При самомассаже, найдите у себя пульс под нижней челюстью с обеих сторон, найдите пульс над обеими ключицами. Соединив точку под нижней челюстью с точкой над ключицей, вы получите линию хода сонной артерии на шее. Массируем точки на этой линии снизу вверх, по три с каждую. Повторяем три раза. Сначала массируем левую артерию, потом правую. Так же при сосудистой головной боли уместно потереть виски: там проходят височные артерии. Обязательно следует массировать и точки по обеим сторонам от позвоночника в области шеи, где проходят позвоночные артерии, которые несут кровь в голову.

Мигрень. Этим видом головной боли чаще всего страдают женщины. Боль поражает половину головы, особенно сильно болят височная, лобная и затылочная области, а также область глаза. Все это счастье сопровождается тошнотой, шумом в ушах и часто мельканием мушек перед глазами. Так как мигрень возникает на почве сосудистых нарушений, то ее приступы часто наступают после того как пациентка съест что-нибудь, что вызывает чрезмерное сужение сосудов. В особенности это относится к гипертоникам, людям страдающим бессонницей, а также к людям с развитыми мышцами, которые могут сдавливать кровеносные сосуды. Мигрень возникает от спазма мелких артерий (капилляров) головного мозга. Деятельность капилляров контролирует меридиан перикарда (МС). Мигрень относится к группе ангионеврозов и характеризуется периодически возобновляющимися приступами головной боли, часто локализующимися в одной половине головы (справа или слева). Приступы мигрени обычно начинаются в молодом возрасте. Провоцирующими факторами могут быть переутомление, волнение, алкогольное опьянение, перегревание. У женщин приступ мигрени может возникнуть перед менструальным циклом. Приступ мигрени длится несколько часов, иногда несколько дней. Боль локализуется в определенном участке головы, лицо обычно бледнеет, конечности становятся холодными. Не рекомендуется брать много точек за одну процедуру. Головные боли вызываются спазмом сосудов коры больших полушарий, поэтому применяется тормозной метод воздействия на точки. На возникновение мигренозных головных болей оказывают большое влияние дисфункции желез, вырабатывающих половые гормоны. Приступ возникает в момент перенасыщения гормонами организма перед менструальным циклом у женщин или в период климакса. Как известно, меридиан почек оказывает сильное влияние на половые органы человека. Поэтому он с успехом используется для лечения мигрени у женщин. Рекомендуется воздействовать на следующие точки при мигреневых головных болях: Е.8, VB.8,6, 20, 21, V.10, 15,Т.16, 18, 20, 23, VB.1, 4, 5, 6, 14, Е.6, 44, J.4, 12, 24, GI.4, 10, V.2, TR.22, RP.6.

- Внемеридиональные точки: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 27, 42, 43,134, 135, 137, 140.

ВТ.5 - над бровью, на уровне зрачка глаза.

ВТ.6 - посредине брови, на уровне зрачка глаза.

ВТ.7 - на 3 мм кнаружи от латерального угла глаза.

ВТ.9 - на 1 цунь назад от середины между латеральным углом глаза и латеральным краем брови.

ВТ.27 - на границе верхней и средней трети кивательной мышцы.

ВТ.42 - на 1,5 цуня ниже пупка и кнаружи на 3 цуня.

ВТ.43 - выше лобка на 3 цуня и кнаружи на 1,5 цуня.

- **Аурикулярные точки** см. в разделе «Бессонница».

- 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 мигрень седатацией следующих отдаленных акупунктурных точек: P.7,10, GI.4,5,6,11, E.2,8,36,39,40,41,45, C.5,6, IG.1,7,9, V.1 – 10,19,60(!),62 – 67, MC.7,9, TR.1,2,12,18 (боль от венозного застоя), 19,22,23, VB.1 – 13, 19,20,21,37,41,43,44, T.4, T.26 (при болях от полнокровия мозга)T. 11 – 28.
  - **Шиацу при мигрени (**и просто при головной боли, которая возникает после длительной умственной работы, от физической усталости, жары, бессонницы, в период похмельного синдрома). Часто по утрам отмечается тяжесть в голове, плохое настроение, несдержанность. По утрам такие симптомы особенно характерны для лиц, потреблявших большое количество алкоголя вечером предшествующего дня. Причиной этого является застой венозной крови в голове. Гнетущее состояние можно легко устранить, стимулируя приток свежей крови с помощью воздействия методом шиацу.

1) Сначала пациента укладывают на спину, голова на высокой подушке. Накрывается салфеткой волосистая часть головы и врач производит давление на пять точек по срединной линии волосистой части головы (T.24, 23, 22, 21, 20). Они располагаются соответственно на 0,5 ,1, 1,5, 3 и 4,5 цуня от границы волосистой части лба. **Смотрите рисунок 28.** На каждую точку производится сильное давление 5 – 10 раз большим пальцем руки. Далее надавливают на 5 точек на голове (см. выше), которые расположены на линии, параллельной срединной, но кнаружи от нее на 1 см. Это линия мочевого пузыря. Третья линия с 5 точками акупунктуры находится кнаружи от срединной линии головы на 2 см и проходит параллельно двум первым.

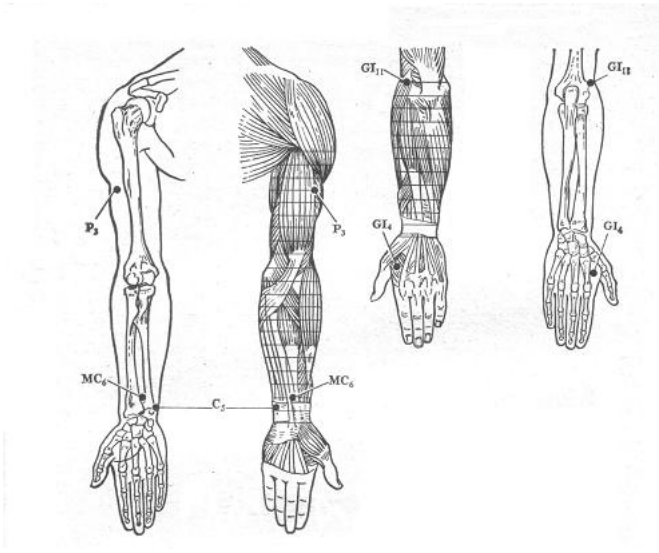
2) При потреблении избыточного количества алкоголя ухудшается функция печени. Для улучшения ее работы используется метод «выдавливания» из нее токсических продуктов распада. Две руки врача одна на другой и ладонями вниз ложатся на нижнюю часть грудной клетки, на место проекции печени с левой и правой стороны. Место воздействия находится кнаружи от J.15 (конец мечевидного отростка грудины) на 4 цуня. Врач на протяжении 3 минут производит массаж печени благодаря амортизационным способностям грудной клетки.

3) Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок и головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом на правую.

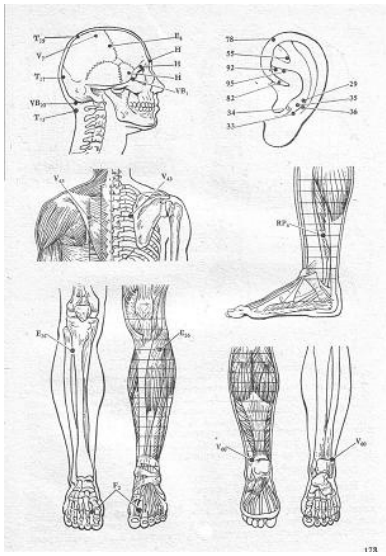
5) Пациент лежит на боку. Воздействуют на 3 точки височной области головы. Они располагаются на линии, соединяющей орбиту глаза и ушную раковину. Каждую точку давят 10 раз, сначала слева, а потом справа.

6) Последняя процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков справа и слева: V.10 (от точки между 1 – 2 шейными позвонками кнаружи на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются точно под V.10 и ниже друг друга на 1 см. Эти точки осуществляют воздействие на продолговатый мозг.

Смотрите рисунок 89, №1 + 2.



№1



№2

Рисунок 89, №1 + 2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения мигрени.

2. Акупунктура «европейского типа» при головной боли различной этиологии. Головные боли мышечного напряжения вызываются чрезмерным сокращением и напряжением мышц лба и шейно-затылочной области, что приводит к растяжению скальпа головы. Эти боли, как правило, являются тупыми, стягивающими, давящими, сжимающими и затрагивают всю поверхность головы. В самых тяжелых случаях больной говорит, что ему больно причесываться. При этой боли мы должны расслабить мышцы лба и затылка, снять напряжение со скальпа. Поэтому массируем точки, которые находятся на линии прикрепления шейных мышц к затылку. Эти точки находятся за ушами. После этого массируем точку между бровями пощипывающими движениями, а затем среднюю линию лба, поднимаясь от этой точки вверх до волос. Эти движения выполняем подушечкой большого пальца, двигая ее вверх толчками в энергичном ритме. Можно также затем помассировать кожу по линии роста волос на лбу и выйти на виски. Ритмичные надавливания подушечками пальцев на виски аналогичны таковым и при сосудистой головной боли. Некоторые специалисты рекомендуют также массаж точек вокруг ушей. Эти точки массируют подушечками четырех пальцев от висков, за уши и дальше вниз к шее. Заканчиваем этот самомассаж воздействием на точки средней линии головы. Для этого, предварительно расчесав длинные волосы, подушечками четырех пальцев медленно двигаемся от лба к затылку через макушку почесывающими движениями.

Боль в области лба и окружности глаз. При лобной локализации боли из местных ТА используются Е.8, VB.1, VB.14, TR.23, V.I, V.2, V.3, T.23, T.24, BT.3 инь-тан, BT.6 юй-яо, BT.9 тай-ян, а из отдаленных: на верхних конечностях — GI.4, на нижних — Е.36 , Е.41, Е.44 и VB.37. Показано и тормозное массаж аурикулярных точек 8, 26а, 2Н, представлен тремя методиками

Височная цефалгия. Большинство местных точек находится на меридианах желчного пузыря и трех обогревателей: VB.1, VB.2, VB.3, VB.6, VB.8, VB.16, TR.17, TR.20, TR.21, TR.23, E.2, E.8, IG.17, BT.3 инь-тан, BT.9 тай-ян. Массируются и отдаленные точки: на верхних конечностях TR.3 и TR.5 (можно вместе с MC.6), на нижних — VB.34, VB.38, VB.43, а также аурикулярные точки 26а, 35, 55.

Боль в теменной области. Массируются местные точки VB.2, VB.8, VB.11, VB.14, V.2, V.3, V.7, V.8, T.19, T.20, T.21, T.22, а также отдаленные: в области надплечья — VB.21, на шее — VB.20, T.15, T.16, на верхних конечностях — G1.4, GI.11, на нижних — V.60, V.63, V.65, F.2, F.3. Могут использоваться и аурикулярные точки 26а, 29, 36, 55. VG16 фэн-фу, а затем — вдоль 1-й боковой линии головы от V7 тун-тянь до VB20 фэн-чи — по 15 прохождений каждого из отрезков.

Боль в затылочной области. Затылочная цефалгия особенно часто наблюдаете при шейных радикулитах. Точечный массаж следует начинать с массажа воротниковой зоны. Местные акупунктурные точки — VB.12 (с нее обычно и начинается процедура), VB.14, VB.20, V.7, TR.16 ю, TR.17, T.15, T.16, T.17, T.20, BT.6 юй-яо, BT.29 синь-шэ; отдаленные: в области надплечья — VB.21, T.14, на верхних конечностях — IG.3, TR.2, GI.4, GI.10, GI.11, а также внемеридианные ТА с обеих сторон ногтевых пластинок I—III пальцев кистей, на нижних конечностях — V.60, V.65, E.36. Массируются и аурикулярные точки 26а, 29, 36, 37, 41, 78.

Общая головная боль одновременно в затылочной, теменной и височной областях. При отсутствии четкой локализации головной боли рекомендуется начинать курс лечения 1—2 процедурами с тормозным массажем отдаленных точек широкого спектра действия верхних и нижних конечностей. В последующем используются местные точки с последовательностью воздействия спереди назад. Приемы надавливания и вращения применяются в ТА VB.15, VB.8, TR.23, TR.20, TR.16, V.7, V.10, V.11, T.24, T.20, T.16, T.14, BT.9 тай-ян, VB.21, а прием защипывания — в ТА BT.3 инь-тан, V.2 и VB.20. В рецепт каждой процедуры входит и массаж отдаленных или аурикулярных ТА: на верхних конечностях— GI.4, GI.10, GI.11, MC.6 (отдельно или совместно с TR.5), P.7, на нижних — Е. ли, E.44, E.45, RP.6, VB.43, F.2, F.3, V.60, R.1. Кроме того, Г. Лувсан рекомендует в таких случаях массировать приемами энергичного растирания и пощипывания точки, расположенные на уровне соединения пальцев стоп с тыла и вдоль каждой из плюсневых костей со стороны подошвы (в том числе и ТА BT. 130—132), начиная с подошвенной поверхности пальцев стоп по направлению к пятке. На ушной раковине при генерализованной цефалгии чаще всего используются точки 26а, 28, 29, 34, 55 или проводится зональный массаж области противокозелка. Г. Лувсан рекомендует при нелокализованных головных болях сгибать мочку ушной раковины.

Линейный массаж *при общей головной боли* также проводится в направлении спереди назад по отрезкам меридианов мочевого и желчного пузыря и заднего срединного:

1) от ТА T.24 (а при общей цефалгии с акцентом боли во лбу — от BT.3 инь-тан) через T.20, T.16 с расхождением в стороны к V.11;

2) вдоль 1-й и 2-й боковых линий головы одновременно двумя раздвинутыми пальцами («вилкой») от передней границы роста волос соответственно до ТА V.10 и BT.29 синь-шэ;

3) растирание ладонью путем круговых движений по дуге с выпуклостью вверх, огибая верхний полюс ушной раковины от ТА VB.1 через BT.9 тай-ян, VB.8, VB.11 до ТА VB.12;

4) при тяжести в голове, вызванной застоем крови,— легкий массаж с помощью сложенных вместе I и II пальцев обеих рук от ТА IG.17 вдоль передних краев обеих грудино-ключично-сосцевидных мышц до ТА E.11 — это вызывает ощущение легкости в голове;

5) одновременный массаж с обеих сторон от ТА T.16 через VB.20, VB.12 к VB.17.

Сочетание головной боли и головокружения встречается достаточно часто, головная боль при этом, как правило, наиболее выражена в теменно-затылочной области. Точечный массаж носит седативный характер и включает воздействие на местные ТА E.7, IG.17, IG.19, TR.17, TR.20, TR.21, TR.23, VB.2, VB.7, VB.8, VB.11, VB.12, VB.14, VB.20, V.8, V.10, T.20, T.22, а также сегментарные VB.21 и T.14, T.12, а также отдалённые точки P.7, GI.4, IG.5, MC.6 (можно совместно с TR.5), C.3 — на верхних конечностях, E.36, E.40, E.44, V.60, R.1, R.3— на нижних, V.45— на спине. На ушной раковине можно массировать зону противокозелка в целом или 3—5 аурикулярных точек из числа перечисленных: 9, 20, 28, 36, 37, 41, 51, 78, а при пониженном давлении — 29.

При болях с одной стороны головы (гемикрании), то есть - слева или справа, начинают лечение стимулирующим методом — на противоположной стороне, Используются и отдаленные точки, причем особенно интенсивно в момент приступа боли и в начале курса лечения. Рекомендует при односторонней боли массировать седативным методом точки на стороне поражения и тонизирующим — на противоположной. Затем производится массаж ТА GI.4, GI.10, GI.11, P.7, IG.3, MC.6 — на верхних конечностях, E.36, V.60, V.67 — на нижних. В процессе лечения могут использоваться и аурикулярные точки 9, 20, 28, 36, 37, 41. Из перечисленных выше точек в одну процедуру, как правило, массируются 6—10 ТА: при синдроме позвоночного нерва — 4—5 сегментарных и столько же местных (или по 2—3 местных и аурикулярных), а при затылочной невралгии — 4—5 местных и 3—4 отдаленные или аурикулярные точки.

§ 41. Лечение акупрессурой болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда.

Следующие болезни вызывают недостаток энергии в меридиане перикарда: предрасположенность к обморочным состояниям (70%), гипотонии психогенные (70%), плечевые плекситы (30%) и др. Меридиан перикарда тесно связан с меридианом сердца. Меридиан сердца контролирует силу эмоций, а меридиан перикарда – длительность сохранения эмоции в сознании человека. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом быстрой смены эмоций, когда не срабатывает механизм длительного сохранения эмоции в сознании человека.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (R- и TR+) в суточном цикле и в годовом циклах. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (R +) по закону “муж-жена” и (E +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан почек (R- или R+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (R-).

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане перикарда применяются следующие методы.

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

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

MC.9 (тонизируется) - на кончике концевой фаланги 3-го пальца руки.

MC.7 (тонизируется) - в середине лучезапястного сустава.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

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

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

MC.9 (тонизируется) - см. п. 2.

V.14 (тонизируется) - кнаружи на 1 цунь от промежутка 4 - 5-го грудных позвонков.

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

TR.5 (седатируется) - см. п. 3.

MC.7 (тонизируется) - см. п. 2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

MC.1 (тонизируется) - в четвертом межреберье, кнаружи от передней средней линии на 5 цуней.

MC.8 (тонизируется) - в середине ладони, между 3 - 4-й пястными костями.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень».**

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

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

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

R.2 (седатируется) - на середине медиальной поверхности стопы.

9. В суточном (- R—MC—TR -) и годовом (- R—MC—TR -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируем соседний позадистоящий **(по правилу «мать-сын»).** В суточном и в годовом циклах берутся точки R.2 и TR.3.

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

TR.3 (тонизируется) – между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

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

MC.3 (сед) – у локтевого края двуглавой мышцы плеча, в середине локтевого сгиба.

MC.8 (тонизируется) – в середине ладони, между III и IV пястными костями.

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

TR.10 (тонизируется) – на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

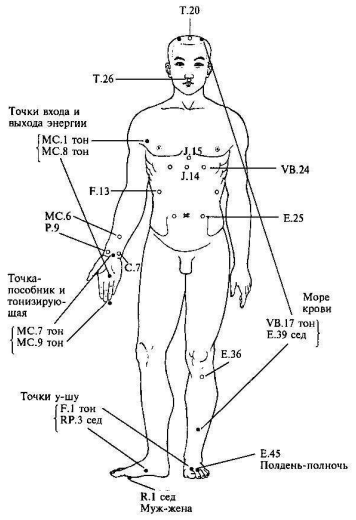
R.10 (седатируется) - кнутри от центра подколенной ямки, кзади от медиального мыщелка большеберцовой кости, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц бедра.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

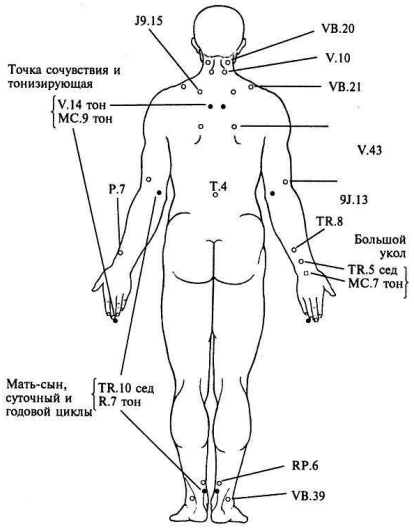
MC.9 (тонизируется) - см. п. 2.

MC.8 (тонизируется) - см. п. 6.

Смотрите рисунок 90, №1+2.



№1



№2

Рисунок 90, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане перикарда.

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

J.17 (тонизируется) – переднесрединная линия на грудине, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан перикарда получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тонизируется) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тонизируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (седатируется) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

2. Обморок.

Неотложная помощь оказывается путем резкого стимулирования в «точках скорой помощи»: на лице — T.25, T.26, J.24, на верхних конечностях — в точках ногтевых фаланг пальцев: MC.9, C.9, BT.86 ши-сюань. Дополнительно могут использоваться и ТА на туловище T.10, T.13, V.23, J.14— в верхней части живота, R.1 — на подошве стопы, E.36 — в верхней части голени, а также GI.4 — на кисти.

§ 42. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане трех полостей тела.

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

Избыток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: эпилепсия (60%), синдром Паркинсона (40%) и т. д. Избыток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека, так как что усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане перикарда.

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 21 до 23 часов и в феврале.

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

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

TR.4 (седатируется) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия общего разгибателя пальцев.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

TR.5 (седатируется) - тыл предплечья, выше середины лучезапястного сустава на 2 цуня.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

TR.10 (седатируется) - см. п.2.

V.22 (седатируется) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка остистых отростков 1 - 2-го поясничных позвонков.

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.22 (седатируется) - см. п. 4.

J.5 (сед) - ниже пупка на 2 цуня.

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

TR.4 (седатируется) - см. п.2.

MC.7 (тонизируется) - ладонная поверхность кисти, в середине лучезапястного сустава.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

TR.1 (седатируется) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.23 (седатируется) - у наружного конца брови.

8. Седатируется точка-щель.

TR.7 (седатируется) - в локтевую сторону на 0,5 цуня от точки TR.6, которая расположена выше лучезапястного сустава на 3 цуня, и между локтевой и лучевой костями.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень».**

RP.2 (тонизируется) - на внутренней стороне 1-го пальца дистальней плюсне-фалангового сустава.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов **(правило «муж-жена»).**

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

11. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий (по правилу «мать-сын»). В суточном и годовом циклах берутся точки MC.9 и VB.38.

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

VB.38 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

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

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

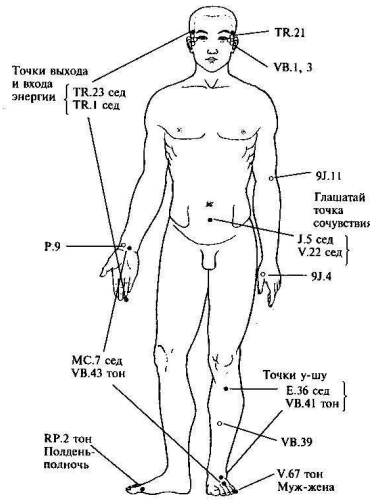
TR.10 (тонизируется) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

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

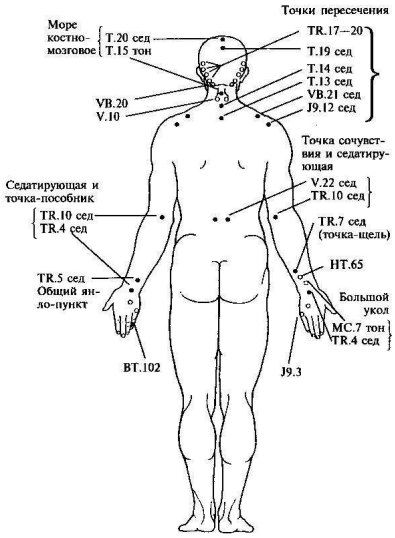
MC.8 (тонизируется) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

Смотрите рисунок 91, №1+2.



№1



№2

Рисунок 91, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане трёх полостей тела.

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 ян-ло пункты седатируют (TR.5, T.1).

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

TR.2 (седатируется) - во впадине между пястно-фаланговыми суставами 4 - 5-го пальцев руки.

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

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

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (седатируется) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (седатируется) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (седатируется) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

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

F.3 (седатируется) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (седатируется) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (седатируется) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (тонизируется) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (тонизируется) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястными костями.

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

MC.5 (тонизируется) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (тонизируется) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (седатируется) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (седатируется) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (седатируется) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (седатируется) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (седатируется) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тонизируется) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тонизируется) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тонизируется) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тонизируется) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тонизируется) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан трех полостей тела входит в следующие точки пересечения: T.13, T.14, T.19, T.22, J.22, J.3, J.12, R.22, VB.3, 4, 21, IG.12, 18, 19.

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

T.14 - между остистыми отростками 7-го шейного и 1-го грудного позвонков.

J.3 - выше лобка на 1 цунь.

R.22 - в пятом межреберье, от средней линии груди на 2 цуня.

IG.12 - середина верхнего края ости лопатки.
IG.19 - между козелком и суставным отростком нижней челюсти.

17. Чудесный меридиан. Китайские 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 (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане трех обогревателей происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка- ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт T.1 и точку - щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

TR.5 (тонизируется, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (седатируется, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

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

VB.35 (седатируется, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

VB. 26 (седатируется, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.

VB. 27 (седатируется, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.

VB. 28 (седатируется, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

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

J.17 (седатируется) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (седатируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (седатируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тонизируется) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тонизируется) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

19. Специфические точки. Уменьшает чувствительность организма человека к изменению погоды точка TR.5, которую седатируют и подвергают сильной стимуляции на протяжении 30 минут (подкручивают или греют). После воздействия на точку у пациента ликвидируются головные боли, боли в суставах и в мышцах, вызванные перепадом атмосферного давления.

§ 43. Лечение акупрессурой болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела.

Недостаток энергии в меридиане трех полостей тела вызывают следующие болезни: вестибулярное головокружение (40%), несахарный диабет (30%), снижение функции щитовидной железы (40%), климакс (30%), снижение лактации (20%), последствия инсульта (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане трех обогревателей воздействует на психическую сферу человека потому, что усиливает симптомы избытка энергии в меридиане перикарда.
Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане трех полостей тела можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (MC+ и VB-) в суточном и в годовом циклах. Кроме того можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (V +) по закону “муж-жена” и (RP +) по закону “полдень-полночь”.

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане трех полостей тела применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 9 до 11 часов и в феврале.

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

TR.3 (тонизируется) - между головками 4 - 5-го пястных костей.

TR.4 (тонизируется) - на тыльной поверхности лучезапястного сустава, между костями предплечья.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

MC.6 (седатируется) - выше лучезапястной складки на 2 цуня, ладонная поверхность предплечья, между костями предплечья.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

TR.3 (тонизируется) - см. п. 2.

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

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

MC.6 (седатируется) - см. п.3.

TR.4 (тонизируется) - см. п.2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

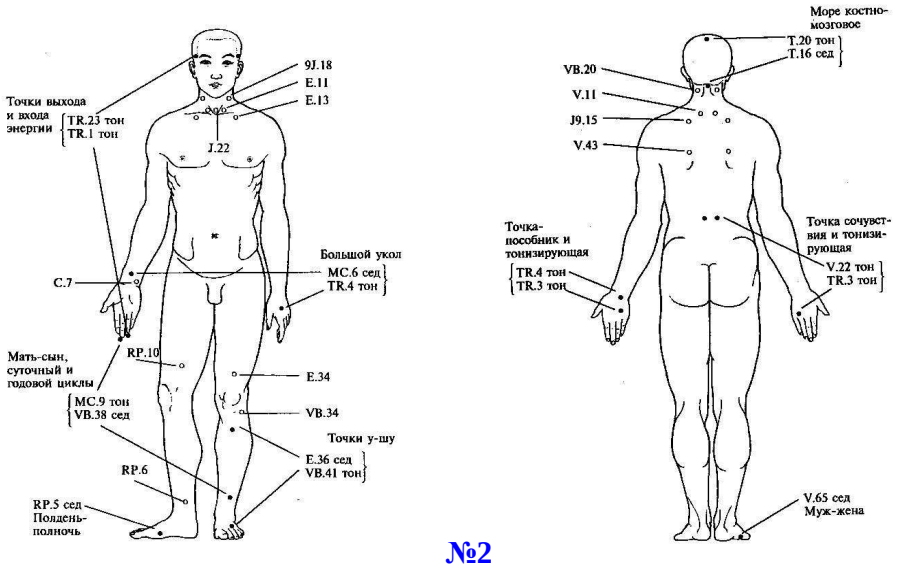
TR.1 (тонизируется) - с локтевой стороны 4-го пальца руки, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.23 (тонизируется) - у наружного конца брови.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень».**

RP.5 (седатируется) - кпереди и книзу от медиальной лодыжки во впадине.

Смотрите рисунок 92, №1+2.



№1 **№2**

Рисунок 92, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане трёх обогревателей.

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

V.65 (седатируется) – на наружной поверхности стопы, кзади от головки 5 плюсневой кости.

9. В суточном (- MC—TR—VB -) и годовом (- MC—TR—VB) циклах седатируется соседний впередистоящий меридиан от TR и тонизируется соседний впередистоящий **(правило «мать-сын»).** Для суточного и годового циклов берутся точки MC.7 и VB.43.

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

VB.43 (тонизируется) - между головками 4 - 5-ой плюсневых костей.

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

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

TR.10 (седатируется) - на 1 цунь выше локтевого отростка.

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

MC.8 (седатируется) - в середине ладони, между III и IV пястными костями.

VB.38 (тонизируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

TR.6 (тонизируется) - тыл предплечья, выше лучезапястного сустава на 3 цуня, между костями предплечья.

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

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

J.17 (тонизируется) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан трех полостей тела получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (тонизируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (тонизируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (седатируется) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (седатируется) – от надпереносья 7,5 цуней.

2. Неврит срединного нерва предплечья.

Срединный нерв предплечья проходит параллельно с меридианом трёх обогревателей и перикарда (TR и MC). Неврит срединного нерва предплечья характеризуется яркими симптомами раздражения нервно-мышечных структур. Для него типичны симпаталгические боли в предплечье и кисти, вегетативно-трофические расстройства, нарушения сгибания кисти и I — III пальцев, невозможность противопоставления I пальца. Чувствительные расстройства в начале заболевания нередко представлены симптомами раздражения: гиперестезией или гиперпатией на ладонной поверхности предплечья и ладони, а также парестезиями в дистальных отделах конечности. Этиология заболевания разнообразна: дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника, травмы, сдавление ствола нерва или его ветвей в сухожильных влагалищах запястья («туннельный синдром»), различные интоксикации, невринома нерва.

Во многих случаях (невринома, травма ствола нерва, «туннельный синдром») лечение начинается с оперативного вмешательства, а затем уже приобретает характер комплексной консервативной терапии. Седативный точечный массаж показан во всех случаях болезни, кроме поражения онкологического характера, и среди физических методов лечения является методом выбора, предпочтительным по сравнению с 3 классическим массажем. Массаж может комбинироваться в один день с акупрессурам, причем сначала проводится механическое воздействие на ТА. В один сеанс используется 6—10 ТА, как локальных, так и сегментарных (в шейно-воротниковой зоне) и отдаленных (точки широкого спектра действия на нижних конечностях).

В сеансах воздействуют на сегментарные и отдаленные ТА: VB.21, VB.20, GI.15, T.14, V.11, E.36, RP.6, а при выраженных дистальных вегетативно-сосудистых расстройствах — F.2, F.3. В последующем сеанс начинают с массирования 2—3 сегментарных или отдаленных точек, а затем обрабатывают 4—7 локальных из перечисляемых: P.3, P5, P.7, P.9, GI.4, MC.5, MC.6 (можно совместно с TR.5), MC.7. При болях и выраженных вегетативных расстройствах в области ладони массируют P.10, MC.8, а при снижении чувствительности в пальцах кисти и парестезиях в них — C.3 и BT.86 ши-сюань. Длительность воздействия на одну ТА 3— 4 мин, курс состоит из 10—15 процедур, желательно ежедневных.

Смотрите рисунок 93.

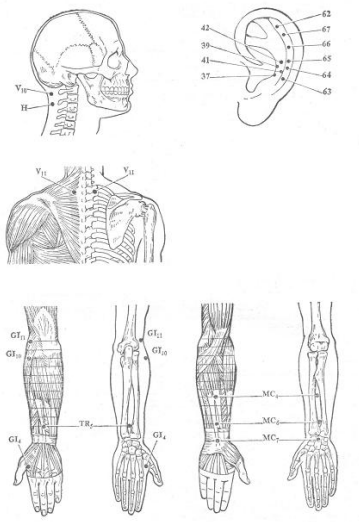


Рисунок 93. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения неврита (невропатии) срединного нерва предплечья.

При интенсивных болях в руке рекомендуется следующую последовательность рефлекторного массажа. Вначале проводится седативный массаж ТА Р.5, после чего используются приемы воздействия вдоль линий: прежде всего снизу вверх вдоль отрезка меридиана легкого между ТА Р.7 и Р.5, затем на тыльной поверхности плеча проходится в проксимальном направлении отрезок меридиана толстой кишки от GI.11 до GI.14. При недостаточном эффекте путем интенсивного надавливания массируется отрезок меридиана перикарда от МС.6 до МС.2 в верхней части плеча и, наконец, отрезок меридиана трех обогревателей от ТА TR.15 в области надплечья вдоль волокон трапециевидной мышцы кверху до ТА TR.16 в заушной области.

По мере ослабления болей все большее значение приобретает настойчивая лечебная гимнастика, направленная на тренировку сгибательной функции кисти (например, использование резинового кольца или баллончика), а также регулярная трудовая терапия для восстановления способности к удерживанию мелких предметов и возможности противопоставления большого пальца.

§ 44. Лечение акупрессурой болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря.

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

Избыток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: холециститы (70%), озлобленность и возбудимость (60%) и другие. Избыток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане печени.

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы. 1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном избытке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 23 часов до 1 часа ночи и в апреле.

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

VB.38 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.40 (седатируется) - у нижнего края латеральной лодыжки.

3. Седатируется ло- пункт меридиана.

VB.37 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

VB.38 (седатируется) - см. п.2.

V.19 (седатируется) - кнаружи на 1,5 цуня от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

5. Седатируется точка-сочувствия (V.19) **и точка-глашатай** (VB.23 или VB.24).

V.19 (седатируется) - см. п.4.

VB.23 (седатируется) - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии груди на 6 цуней.

VB.24 (седатируется) - на 1 цунь, ниже пересечения реберной дуги и среднеключичной линии.

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

VB.37 (седатируется) - см. п. 3.

F.3 (тонизируется) - в самом узком месте между 1 - 2-й плюсневыми костями.

7. Седатируется точка входа и выхода энергии.

VB.1 (седатируется) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (седатируется) - в самой узкой части (около основания) между 4 - 5-й плюсневыми костями.

8. Седатируется точка-щель.

VB.36 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у заднего края малоберцовой кости.

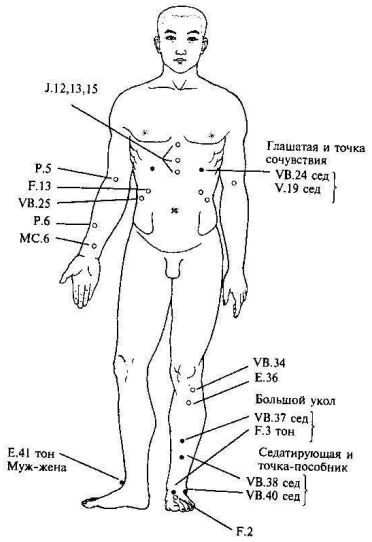
9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь».**

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

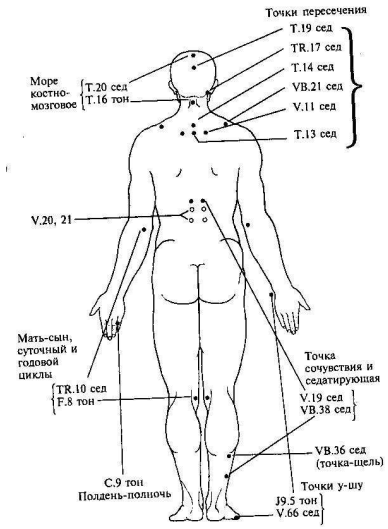
10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов **(правило «муж-жена»).**

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

Смотрите рисунок 94, №1+2.



№1



№2

Рисунок 94, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане желчного пузыря.

11. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах тонизируется соседний впередистоящий меридиан и седатируется соседний позадистоящий **(правило «мать-сын»).** Для суточного и годового циклов берутся точки TR.3 и F.2.

TR.3 (тонизируется) - между IV и V пястными костями, кзади от головки IV пястной кости, во впадине.

F.2 (седатируется) - между головками I — II плюсневых костей. Топографическая анатомия: та же.

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

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

VB.38 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

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

TR.10 (тонизируется) – на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

F.1 (седатируется) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

12. Применение групповых ло — пунктов:

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

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

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

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

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

14. Воздействие на 5 точек у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

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

VB.41 (седатируется) - см. п. 7.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян»

(F-).1, 2, 3, 4, 8 – **J.18** – (MC+).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь).

(TR-).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB+).38, 34, 44, 43,33, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (седатируется) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (седатируется) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (тонизируется) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

F.2 (тонизируется) – между головками 1-2 плюсневых костей.

F.3 (тонизируется) – между основаниями 2-3 плюсневыми костями.

F.4 (тонизируется) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (тонизируется) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (седатируется) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (седатируется) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

MC.7 (седатируется) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (седатируется) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (седатируется) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (тонизируется) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (тонизируется) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (тонизируется) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (тонизируется) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (тонизируется) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (седатируется) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (седатируется) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (седатируется) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (седатируется) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (седатируется) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан желчного пузыря входит в следующие точки пересечения: T.1, T.13, T.14, T.19, T.22, J.3, 7, V.11, MC.1, R.22, E.7,8, TR.20, 22, 17, F.13, 14, VB.1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 21, 24.

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

T.19 - выше и назад от надпереносья на 9 цуней.

T.22 - выше и назад от надпереносья на 4,5 цуней.

J.7 - ниже пупка на 1 цунь.

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

TR.17 - кзади от основания мочки уха между сосцевидным отростком и углом нижней челюсти.

F.13 - перед свободным концом 1-го ребра на четвертой боковой линии живота.

VB.1 - см. п. 7.

VB.8 - над основанием раковины уха на 3 цуня, на месте шва теменной и височной костей.

17. Чудесный меридиан. Китайские 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 (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними.

Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (Т , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка Т.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане желчного пузыря происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 4. Освобождение энергии из ЧМ № 4 осуществляется следующим образом: точка - ключ VB.41 седатируется вместе с точками основы ЧМ (VB.26,27,28); точка - связующая TR.5 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло- пункт Т.1 и точку- щель VB.35. Локализация точек ЧМ № 4 следующая.

TR.5 (тонизируется, точка - связующая) – выше лучезапястного сустава на 2 цуня, у лучевого края общего разгибателя пальцев.

VB.41 (седатируется, точка – ключ) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

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

VB.35 (седатируется, точка-щель и основы) – выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

VB. 26 (седатируется, точка основы) – ниже свободного конца 11 ребра, на уровне пупка.

VB. 27 (седатируется, точка основы) – у передней ости подвздошной кости.

VB. 28 (седатируется, точка основы) – ниже передней ости подвздошной кости на 0,5 цуня.

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

J.17 (седатируется) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и тонизируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (седатируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (седатируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (тонизируется) – от надпереносья на 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (тонизируется) – от надпереносья 7,5 цуней вверх.

При всех болезней печени и желчного пузыря рекомендуется следующее лечение травами. Спазмолитики — зверобой продырявленный, ромашка аптечная, календула, мята перечная, корень валерианы, чистотел (токсичен! дозу уменьшать в 4—6 раз по сравнению с другими травами); желчегонные — земляника (листья), липовый цвет, шиповник (ягоды), рябина красная, барбарис (ягоды, цветки), бессмертник, кукурузные рыльца, тысячелистник обыкновенный, зверобой продырявленный, корень репешка обыкновенного, чистотел; общеукрепляющие — крапива, корень лопуха, спорыш, малина (ягоды, листья), ежевика (ягоды, листья), смородина (ягоды, листья); мочегонные — спорыш, хвощ полевой, земляника, фиалка трехцветная, малина (листья), липовый цвет, березовые почки, листья брусники, стручки фасоли, пастушья сумка. Смесь составляется из 1—3 трав, взятых из каждой группы в зависимости от диагноза и стадии заболевания. Так, при дискинезии желчных путей берут 2—3 травы из группы спазмолитиков, 1 — желчегонную (корень цикория или корень репешка), 1—2 из общеукрепляющих и 2—3 мочегонных. Одну столовую ложку смеси заливают 0,5 л кипятка, настаивают 30 мин. Пьют настой трав по 0,5— 1 стакану за 20 мин до еды.

Для слепых зондирований, которые проводят 1—2 раза в неделю, используют масло: кукурузное, оливковое или подсолнечное (2—3 столовые ложки), соль Барбара, карловарскую, сорбит (1—2 чайные ложки на 1 стакан теплой воды); 1 стакан подогретой воды миргородской, Ессентуки № 17; травы: зверобой продырявленный, ромашка аптечная (1:1), календулу (цветки, листья), девясил (1 : 1), пустырник, корень цикория (1 : 1), перечную мяту, корень одуванчика (1 : 1). Две чайные ложки одной из смесей

заливают 1 стаканом кипятка, настаивают 30 мин, выпивают утром натощак. Лежать 60—80 мин с грелкой на области печени.

2. Невралгия большего затылочного нерва.

Затылочная невралгия поражает область, где разветвляются большой затылочный нерв, малый затылочный нерв, третий затылочный нерв и большой ушной нерв. Начинается он от шеи и по обеим сторонам головы простирается до макушки. Выходит большой затылочный нерв в подкожное пространство черепа из точки Балле, которая располагается между сосцевидным отростком и первым шейным позвонком или между сосцевидным отростком и областью продолговатого мозга. Причиной этого заболевания является опухание нерва при его воспалении (после травмы или поражении вирусом), увеличение его в диаметре и сжатии в костном или мышечно-фасциальном отверстии по типу туннельной невропатии. Причиной может стать атеросклероз или так называемый «уиплаш-синдром», возникающий при быстрых бросках головы вперед и назад, например, при автоавариях.

Смотрите рисунок 95.

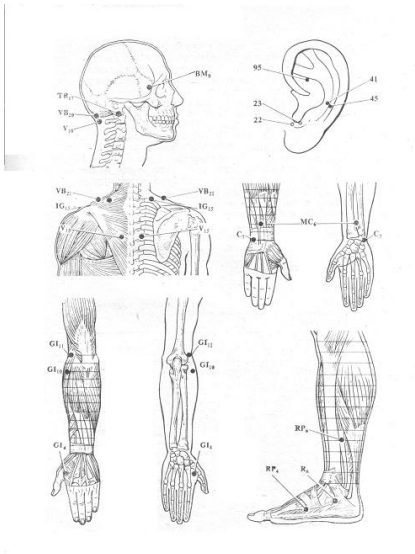


Рисунок 95. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения неврита затылочного нерва.

Лечебный точечный массаж шиацу.

1. Врач расслабляет напряжение затылочной области при помощи обоих больших пальцев, один на другом, массирующих три точки (V.10, VB.20 и T.15) между сосцевидным отростком и остистых отростков шейных позвонков (зона «продолговатого мозга») на пораженной стороне. Вторая точка очень чувствительна, ее надо массировать осторожно. **Смотрите рисунок 28.**

2. Используя эти три точки за начальные, массируются 3 ряда вверх от этих точек, в первом ряду (вверх от первой точки) — 4 точки, во втором ряду — 5, в третьем — 6 точек. Массируют от нижней точки вверх.

3. Слегка отклонив пораженную сторону головы пациента, врач кладет ладонь одной руки на основание затылочной кости, за ухом и чуть ниже, а вторую руку на лоб и вытягивает затылочную область вверх на 5 секунд. Это повторяется 3 раза. Затем этой же ладонью оказывается вибрационное давление на затылочную область, тоже 3 раза. Если затылочная невралгия поражает сразу оба региона, то начинают массаж с левого и заканчивают правым.

4. Также необходимо промассировать боковой шейный регион и затылочную область.

3. Холелитиазис (желчнокаменная болезнь).

Шиацу терапия. Начинается лечение после 3 дней голодания пациента.

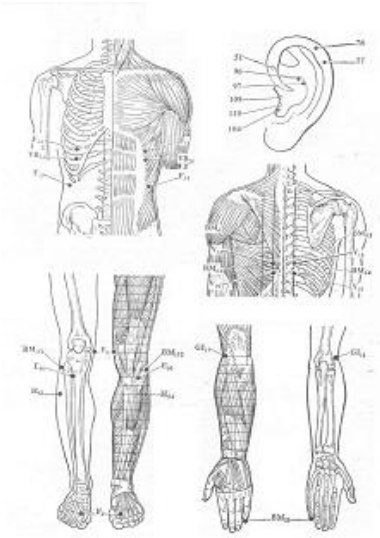
1. Если началась колика, врач укладывает пациента на левый бок с коленями приведенными к туловищу. Обоими большими пальцами, один на другом, он массирует точки правой надлопаточной области и 5 точек правой межлопаточной области. Особый акцент на 3—4 межлопаточные точки и 1,2 подлопаточные точки. **Смотрите рисунок 28.**

2. Врач правым большим пальцем массирует правый нижний реберный регион, и потом на этот же регион — вибрационное давление ладонью.

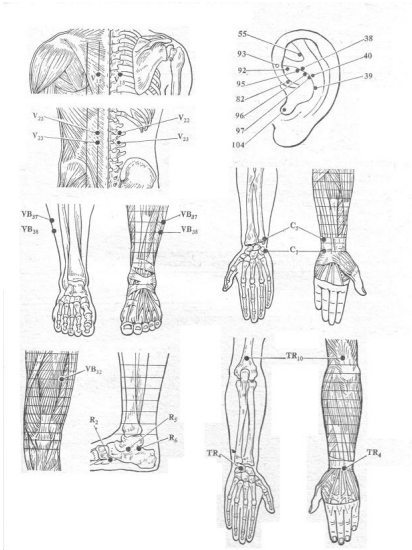
3. Когда боль стихнет, врач укладывает пациента на спину и массирует ладонью и большим пальцем область диафрагмы и правую нижнюю реберную область.

Если специфические боли в области печени сопровождаются разлитыми болями в области живота, дополнительно к Шиацу массируется точка Е.36, которая находится примерно на 7,5 см ниже коленной чашечки в 2,5 см сбоку от голени, непосредственно у края большеберцовой кости. Пациент находится в позиции лежа. Большими пальцами врача массирует обе точки сразу, прижимая их к большеберцовой кости, по 3 мин. Потом осуществляется энергичное поглаживание большими пальцами этих точек снизу вверх.

Смотрите рисунок 96.



№1



№2

Рисунок 96, №1+2 . Самые эффективные точки для акупрессурного лечения холилитиазиса.

§ 45. Лечение акупрессурой болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря.

Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря вызывают следующие болезни: желче-каменная болезнь (70%), апатия, депрессия (20%), ипохондрический невроз (30%) и др. Недостаток энергии в меридиане желчного пузыря воздействует на психическую сферу человека, так как усиливает симптомы избытка энергии в меридиане печени.

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

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане желчного пузыря применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 11 до 13 часов и в мае.

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

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

VB.40 (тонизируется) - у нижнего края латеральной лодыжки.

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

F.5 (сед) - выше медиальной лодыжки на 5 цуней, у заднего края большеберцовой кости.

4. **Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.**

VB.43 (тонизируется) - см. п.2.

V.19 (тонизируется) - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 10 - 11-го грудных позвонков.

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

F.5 (седатируется) - см. п. 3.

VB.40 (тонизируется) - см. п. 2.

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

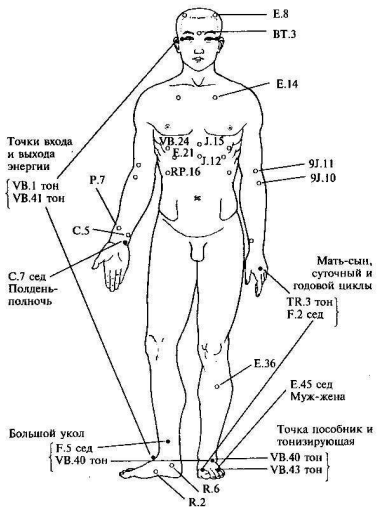
VB.1 (тонизируется) - на 6 мм кнаружи от наружного угла глаза.

VB.41 (тонизируется) - у основания 4 - 5-й плюсневых костей.

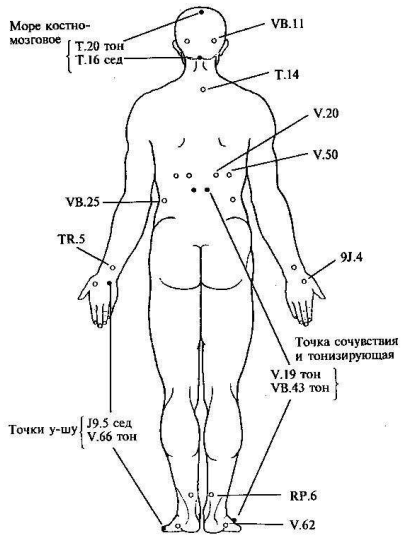
7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень — полночь».**

С.7 (седатируется) - на проксимальной лучезапястной складке во впадине между гороховидной и локтевой костями.

Смотрите рисунок 97, №1+2.



№1



№2

Рисунок 97, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане желчного пузыря.

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

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

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

9. В суточном (- TR—VB—F -) и годовом (- TR—VB—F -) циклах седатируем соседний впередистоящий меридиан и тонизируется соседний позадистоящий **(по правилу «мать-сын»).** В суточном цикле берутся точки TR.3 и F.2, в годовом берутся те же точки.

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

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

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

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

VB.38 (тонизируется) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

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

TR.10 (седатируется) – на задней поверхности плеча, на 1 цунь выше локтевого отростка.

F.1 (тонизируется) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

VB.38 (тонизируется) - выше латеральной лодыжки на 4 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

VB.34 (тонизируется) - у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

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

J.17 (тонизируется) – по средней линии грудины, напротив 5 ребра.

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан желчного пузыря получает энергию от «моря костно-мозгового». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии Т.15 или Т.16 в меридианы V,TR,VB и седатируют точку выхода энергии—Т.19 или Т.20.

Т.15 (тонизируется) – на границе волосистой части головы между 1 – 2 шейными позвонками.

Т.16 (тонизируется) – между затылочной костью и 1 шейным позвонком.

Т.19 (седатируется) – от надпереносья 9 цуней вверх и назад по срединной линии черепа.

Т.20 (седатируется) – от надпереносья 7,5 цуней.

2. Неврит малоберцового нерва.

Малоберцовый нерв походит с наружной стороны голени и параллельно меридиану желчного пузыря. Главный физиологический симптом этого вида неврита является паралич мышц, что относится к недостатку энергии ЧИ в меридиане. Неврит малоберцового нерва проявляется слабостью перонеальной группы мышц со свисанием носка и невозможностью стоять и ходить на пятках, снижением чувствительности по передненаружной поверхности голени и на тыле стопы. Заболевание также чаще связано с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, но может возникать и в результате травматизации при длительной работе на корточках. Являясь типичным синдромом с доминированием

симптомов нервно-мышечных выпадений, неврит малоберцового нерва лечится стимулирующими методами: улучшающими передачу нервных импульсов препаратами (витамины группы В, антихолинэстеразные средства, препараты группы стрихнина), биостимуляторами, электростимуляцией ослабленных перонеальных мышц и т. д. Рефлекторный массаж также носит тонизирующий характер, его эффективность увеличивается при сочетании с классическим массажем и комбинированием с ЛФК, а в некоторых случаях — и с лечением положением: после сеанса ЛФК целесообразно наложение повязки на голеностопный сустав в виде «восьмерки» или фиксация сустава в среднефизиологическом положении с помощью подставки под подошву стопы.

Смотрите рисунок 98.

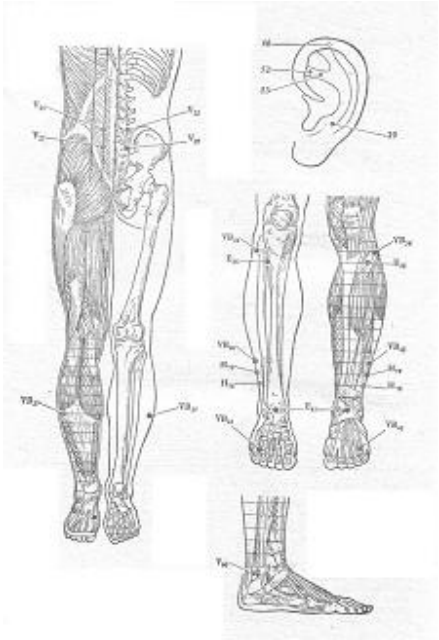


Рисунок 98. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения неврита (невропатии) малоберцового нерва.

Стимулирующее воздействие оказывается на ТА V.60, V.61, V.62, V.63, V.65, VB.34, VB.39, VB.40, VB.43, Е.39 юй, Е.41 (отдельно или вместе с Е.42), Е.44 — по 4—6 ТА на сеанс. ***Тонизирующий линейный массаж*** представлен вибрационным пощипыванием, толканием пальцами, поколачиванием и постукиванием снизу вверх или быстрым возвратно-поступательным трением от ТА V.60 по передненаружной поверхности голени вдоль отрезка меридиана желчного пузыря до верхнего прикрепления малоберцовой мышцы — у ТА VB.34 —20 пассажей. Курс лечения состоит из 10 - 15 выполняемых ежедневно или через день процедур; нередко целесообразны и повторные курсы: второй после интервала в 2—3 недель (10—12 сеансов), третий — через 1 месяц (8—10 процедур).

§ 46. Лечение болезней с избытком энергии в меридиане печени.

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

Избыток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипертоническая болезнь (60%), вегето - сосудистая дистония по гипертоническому типу (40%), гепатит (70%), алкоголизм,

токсикомания, наркомания, табакокурение (80%), глаукома (70%), близорукость (90%), реактивные психозы (20%) и др. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом чрезмерного проявления воли, упорства, настойчивости, упрямства.

Лечение всех болезней с избытком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB – и P +) в суточном цикле и (VB- и C +) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P-) по закону “муж - жена” и (IG-) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P+).

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для уменьшения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

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

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

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

F.3(сед) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт меридиана.

F.5(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше верхнего края медиальной лодыжки на 5 цуней.

4. Успокаиваются седатирующая точка и точка-сочувствия.

F.2(сед) - см. п. 2.

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

5. Седатируются точка-сочувствия и точка-глашатай.

V.18 (седатируется) - см. п.4.

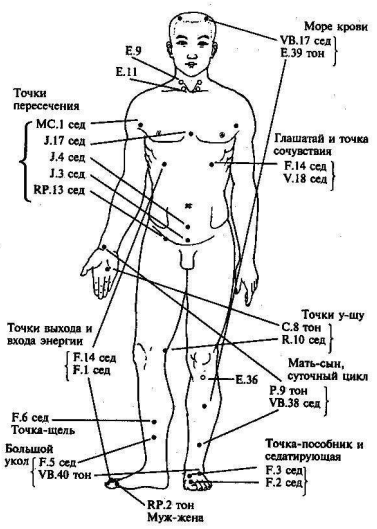
F.14(сед) - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

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

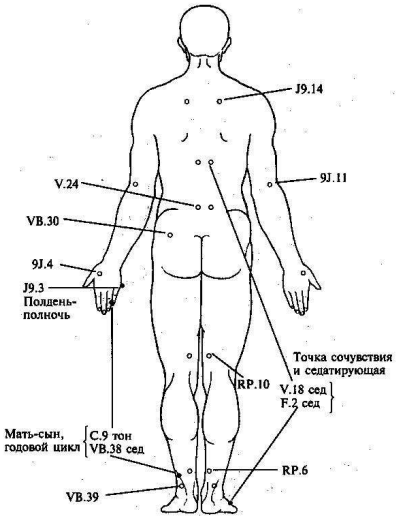
F.5 (седатируется) - см. п.3.

VB.40 (тонизируется) - у нижнего края латеральной лодыжки во впадине кзади и кверху от кубовидной кости.

Смотрите рисунок 99, №1+2.



№1



№2

Рисунок 99, №1+2. Энергетическое лечение болезней с избытком энергии в меридиане печени.

7. **Седатируется точка входа и выхода энергии.**

F.1(сед) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив на 3 мм от ногтевого ложа.

F.14 (седатируется) - см. п.5.

8. Седатируется точка-щель.

F.6(сед) - у заднего края большеберцовой кости, выше медиальной лодыжки на 7 цуней.

9. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста **по правилу «полдень-полночь».**

IG.3 (тонизируется) - кзади от головки 5-й пястной кости у локтевого ее края.

10. Тонизируется возбуждающая точка меридиана-антагониста, определенного по деструктивным связям в системе Пяти Элементов (правило «муж-жена»).

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

11. В суточном (- VB — F — P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах тонизируем соседний впередистоящий меридиан и седатируем соседний позадистоящий **(правило «мать-сын»).** В суточном цикле берутся точки VB.43 и P.5, в годовом—VB.43 и C.7.

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

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

C.7 (седатируется) - у сухожилия лучевого сгибателя кисти, на ладонной поверхности кисти, во впадине между гороховидной и локтевой костями.

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

F.1 (тонизируется) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

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

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

VB.38 (тонизируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (седатируется) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

12. Применение групповых ло — пунктов:

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

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

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

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

13. Общие инь-ло- пункты седатируют (R.7, MC.6, J.1).

14. Воздействие на точки у-шу: седатируют точку-реку и точку-море.

F.4 (седатируется) - на тыльной поверхности стопы во впадине, кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (сед) - кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

15. Точки у-шу в системе «малый инь – средний ян».

(F+).1, 2, 3, 4, 8 – **J .18** – (MC-).9, 8, 7, 5, 3 (малый инь)

(TR+).6, 10, 1, 2, 3 – **TR.22** – (VB-).38, 34, 44, 43, 41 (средний ян).

Сначала седатируют точки соединения меридианов.

J.18 (седатируется) – середина тела грудины, на уровне 4 ребра.

TR.22 (седатируется) – выше скуловидного отростка височной кости, на уровне верхнего края основания раковины уха.

Далее берутся точки основы системы.

F.1 (седатируется) – на наружной стороне 1 пальца стопы, на 3 мм от ложа ногтя.

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

F.3 (седатируется) – между основаниями 2-3 плюсневых костей.

F.4 (седатируется) – кпереди от медиальной лодыжки.

F.8 (седатируется) – кзади от медиального надмыщелка бедренной кости.

MC.9 (тонизируется) – на кончике концевой фаланги 3 пальца.

MC.8 (тонизируется) – в середине ладони, между основаниями 3-4 пястных костей.

MC.7 (тонизируется) – в середине лучезапястного сустава.

MC.5 (тонизируется) – выше запястья на 3 цуня.

MC.3 (тонизируется) – в середине локтевого сгиба, у локтевого края сухожилия бицепса.

TR.6 (седатируется) – выше лучезапястного сустава на 3 цуня.

TR.10 (седатируется) – выше локтевого отростка на 1 цунь.

TR.1 (седатируется) – с локтевой стороны 4 пальца, на 3 мм от ногтевого ложа.

TR.2 (седатируется) – на 0,5 см дистальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

TR.3 (седатируется) – на 0,5 см проксимальнее промежутка между головками 4-5 пястных костей.

VB.38 (тонизируется) – у переднего края малоберцовой кости, на 4 цуня выше латеральной лодыжки.

VB.34 (тонизируется) – у передне-нижнего края головки малоберцовой кости.

VB.44 (тонизируется) – на 4 пальце стопы, кнаружи на 3 мм от ногтевого ложа.

VB.43 (тонизируется) – между головками 4-5 плюсневых костей.

VB.41 (тонизируется) – между основаниями 4-5 плюсневых костей.

16. Седатируются точки пересечения. Меридиан печени входит в следующие точки пересечения: J.2, J.3, J.4, J.17, MC.1, VB.3, 24, F.13, 14, RP.12, 13.

J.2 - в середине верхнего края лобковой кости.

J.4 - выше лобка на 2 цуня.

J.17 - на середине грудины, на уровне суставной вырезки 5-го ребра (уровень сосков).

MC.1 - в четвертом межреберье, кнаружи от средней линии на 5 цуней.

VB.3 - на пересечении границы волосистой части виска и верхнего края скуловой дуги.

F.14 - см. п.5.

RP.13 - выше лобка на 1 цунь, кнаружи от средней линии живота на 4 цуня.

17. Чудесный меридиан. Китайские 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 (T.27, V.1) в целях улучшения связей между ними. Активизация **точек пересечения** улучшит процесс передачи энергии от заднесрединного и переднесрединного (T , J или ЧМ 1, 5) к соответствующему стандартному меридиану. **Точка T.27** соединяет заднесрединный и переднесрединный меридианы. **Точка V.1** соединяет энергию всех ЧМ.

При избытке энергии в меридиане печени происходит сброс энергии в чудесный меридиан № 8. Освобождение энергии из ЧМ № 8 осуществляется следующим образом: точка-ключ RP.4 седатируется вместе с точками основы ЧМ (J.1, E.30, R.11-15, J.17,R.16-24); точка - связующая MC.6 тонизируется. Данный ЧМ имеет групповой ло - пункт J.15 и точку - щель R.6. Локализация точек ЧМ № 8 следующая.

MC.6 (тонизируется, точка – связующая) – выше лучезапястной складки на 2 цуня.

RP.4 (седатируется, точка- ключ) – спереди от основания 1 плюсневой кости.

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

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

E.30 (седатируется, точка основы) – кнаружи от средней линии живота на 2 цуня, на уровне бугорка лонной кости.

R.11 – 21 (седатируется, точки основы) – кнаружи от средней линии живота на 0,5 цуня, а локализация по горизонтали соответствует порядковому номеру точек: на уровне лобка (R.11), выше лобка на 1 цунь, на 2 цуня, на 3 цуня, на 4 цуня, так далее до 11 цуней у R.21.

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

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

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: седатируют точку входа энергии E.37(или 39) в меридианы R, MC, F и тонизируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (седатируется) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, между большеберцовой и малоберцовой костями.

VB.17 (тонизируется) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

19. Специфическое воздействие на все сухожилия тела осуществляет точка VB.34.

2. Гипертоническая болезнь.

Гипертоническая болезнь лечится и по избытку энергии в меридиане **печени** (если диагностирована гипертония белковой, онкотической этиологии, что происходит в 50% случаев), и по избытку энергии в меридиане **почек** (если диагностирована гипертония эндокринной, сосудистой, солевой, осмотической этиология, в 30% случаев), и по избытку энергии в меридиане **селезенки** (гипертония водной этиологии, в

10% случаев), и по избытку в меридиане **перикарда,** который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология, в 10% случаев).

1. Китайские акупрессуристы предлагают применять следующие акупунктурные точки: «Эффект тем лучше, чем менее запущено заболевание. Применяется первый или второй вариант тормозного метода. Чаще всего используются следующие точки: IG.14, GI.4, 11, E.9, 11, 36, VB.30, 39, V.24, RP.6, 10, F.2, 13, J.15. При головной боли и болях в сердце к обычным сеансам укалывания 1 - 2 раза в день добавляется прижигание в точках GI.4, E.36, VB.39. Лечение ведут курсами по 2 - 3 недели с перерывами на 2 - 5 дней, всего до 3 месяцев. Если требуется дальнейшее лечение, то его проводят уже после большого перерыва».

IG.14 - у внутреннего края лопатки на уровне 1-го грудного позвонка.

GI.4 - между 1 - 2-й пястными костями.

GI.11 - у наружного края локтевого сгиба.

E.9 - у переднего края кивательной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

E.11 - на верхнем крае грудинного конца ключицы.

E.36 - кнаружи от гребешка большеберцовой кости на 1 цунь, ниже надколенника на 3 цуня.

VB.30 - на ягодице кзади от тазобедренного сустава.

VB.39 - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

V.24 - кнаружи на 1,5 цуня, от промежутка 3 - 4-го поясничных позвонков.

RP.6 - кзади от большеберцовой кости на 1,5 цуня, выше медиальной лодыжки на 3 цуня,

RP.10 - у верхнего края медиального мыщелка бедренной кости.

F.2 - между головками 1 - 2-й плюсневых костей.

F.13 - перед свободным концом 11-го ребра на четвертой боковой линии живота.

J.15 - книзу от конца мечевидного отростка на 1 цунь.

2. Пекинский институт иглотерапии рекомендует применять для лечения гипертонии следующие точки акупунктуры: P.11, GI.15, E.9,36, C.7, V.19,24,25,26,40, MC.6,7,8, VB.20 (!),25,30(!), F.13,14.

3. Используется большое количество **внемеридиональных точек**: 1, 3, 4, 6, 9, 10, 13, 14, 21, 34, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 89, 90, 93, 108, 119, 121, 125, 130, 131, 132, 133, 140 и т. д.

BT.1 - на 1 цунь кпереди, кзади и по бокам от точки T.20.

BT.3 - в центре переносицы.

BT.4 - на носу, на середине расстояния между внутренними углами глаз.

BT.10 - на уровне вершины ушной раковины, на волосистой части головы.

BT.13 - нижне-передний край сосцевидного отростка.

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

BT.52 - на 2,3 цуня латеральнее T.14.

BT.56 - на 0,5 цуня, кнаружи от остистого отростка 3-го грудного позвонка.

BT.54 - ниже на 1 цунь от верхне-внутреннего угла лопаток.

BT.60 - под нижними углами лопаток.

BT.89 - на ладонной стороне 2-го пальца руки посредине складки между проксимальной и средней фалангами.

BT.93 - на ладонной стороне 1-го пальца руки у наружного края межфаланговой складки.

BT.108 - на тыле кисти, на 0,5 цуня проксимальнее промежутка между 2 - 3-й головками пястных костей.

BT.130 - на подошве стопы, между основаниями первых фаланг 1 - 2-го пальцев.

BT.132 - две точки на подошве, вперед и назад на 0,5 цуня от точки R.1.

BT.138 - посредине задней поверхности пятки в месте прикрепления к ней ахиллова сухожилия.

BT.141 - на 1 цунь ниже V.60.

ВТ.146 - вершина медиальной лодыжки.

ВТ.149 - на 3 цуня выше точки R.3.

4. Используются новые точки: 1, 2, 4, 11, 17, 18, 22, 23, 26, 27, 45, 47, 49, 60, 64, 72, 73, 74, 80, 81.

НТ.11 - выше на 0,5 цуня от наружного угла глаза.

НТ.17 - височная ямка.

НТ.18 - за ушной раковиной, на уровне задней складки при отогнутом вниз ухе.

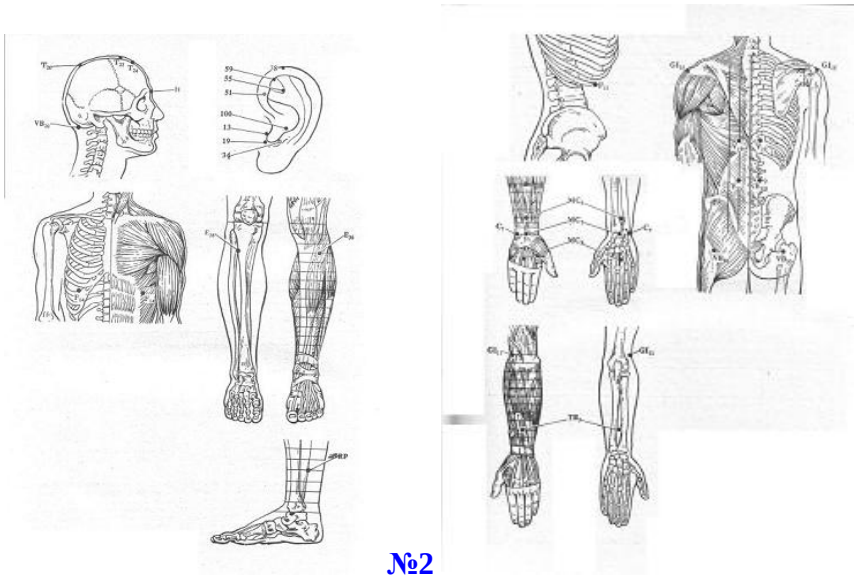
НТ.45 - на 0,5 цуня кнаружи от Т.14.

НТ.46 - на 1,5 цуня кнаружи от Т.14.

НТ.49 - посредине латерального края лопатки.

НТ.73 - на верхней части плеча в центре дельтавидной мышцы.

Смотрите рисунок 100, №1+2.



№1 **№2**

Рисунок 100, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения гипертонии.

6. Широко применяются аурикулярные точки: 13 - надпочечник, 19 - гипертония, 25 - ствол мозга, 29 - затылок, 33 - лоб, 51 - симпатическая нервная система, 55 - шэнь-мэнь, 59 – точка снижения артериального давления, 87 - желудок, 97 – печень, 100 - сердце.

7. Шиацу. Лечение гипертонической болезни. По утверждению японских врачей метод акупрессуры дает хорошие результаты при лечении гипертонической болезни. На курс лечения требуется 10 сеансов. Сеанс включает следующие основные приемы воздействия на точки.

1) Пациент ложится на спину. Под шею подкладывается небольшой валик, так как при лечении голова наклоняется то в левую, то в правую сторону. Затем производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии (точки Накимоши). Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла. Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое давление пальца на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз.

2) Далее пациент ложится на живот и производится давление на точки задней поверхности шеи: Т.15 (на срединной линии между 1 и 2 шейными позвонками), VB.20 (у основания черепа, между сосцевидным отростком и Т.15), точка № 1 располагается на 1см ниже VB.20, точка № 2 – на 2 см ниже, а точка № 3 – на 3 см ниже.

3) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков : V.10 (кнаружи от Т.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.1, отстоят друг от друга на расстоянии 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.

4) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью руки давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.

5) Далее рекомендуется сделать хороший точечный массаж средних пальцев кистей рук и больших пальцев ног. **Смотрите рисунок 28.**

8. Славянская акупрессура при лечении гипертонии. Специалисты по славянской акупрессуре при лечении гипертонии воздействуют приблизительно на те же точки, что и при шиацу. Кроме того, обязательно назначают лечение голоданием и траволечение. Славянский вариант лечения голоданием при гипертонии – это потребление в очень небольших количествах пищи на протяжении 1 - 2 месяцев через каждые 3 часа. За сутки человек должен съесть не более 100 - 200 граммов сухой пищи с обязательным сокращением количества белков (мяса, яиц, сметаны, творога, рыбы) и увеличением доли овощных блюд (капуста, свекла, картофель, черный хлеб, рис, гречка, овес). Человек должен ограничить до разумного предела потребление воды. Утолять жажду можно только кипяченой водой, которая почти не содержит солей. В крови соли притягивают к себе молекулы воды и увеличивают осмотическое давление крови, а белки повышают онкотическое давление. При этом увеличивается общий объем крови и сохраняется высокое кровяное давление. Категорически запрещается соленое (минеральную воду в том числе), сладкое, алкоголь, курение. Одновременно рекомендуется заниматься физическим трудом или спортом не меньше 1 часа в день. На фоне голодания с большим успехом применяются лекарственные препараты из растений: из барвинка малого (девенкан, винкапан), спорыньи (дигидроэрготамин, дигидроэрготоксин). Хорошо снижает артериальное давление, уменьшает атеросклероз сосудов и ликвидирует головную боль следующий отвар: трава омелы белой (15 г), цветки боярышника (10 г), трава пустырника (10 г), кора эвкоммии (5 г) на литр воды. Рекомендуется выпивать ежедневно по 250 граммов отвара на протяжении 4 недель.

9. Лечение гипертонии травами. Цветы боярышника, пустырник, календула, ромашка, корень конского щавеля, почки березы, сушеница топяная, цветы липы, мелисса лекарственная, душица обыкновенная, плоды и листья калины — в смесь брать 4—5 трав. К перечисленным травам необходимо добавлять мочегонные травы: хвощ полевой, укроп, спорыш, лист ежевики, лист малины, лист земляники—3 травы в смесь. Смесь составляется из равных количеств трав. Для лечения берут 1—2 столовые ложки смеси трав и заваривают 0,5 л кипятка в термосе. Выпивают в течение дня. Вместо трав можно принимать: сок свеклы, сок хрена, сок лимона = 20: 1 :4 (по 0,5 стакана в день).

§ 47. Лечение болезней с недостатком энергии в меридиане печени.

Недостаток энергии в меридиане печени вызывают следующие болезни: гипотоническая болезнь (70%), конъюнктивит и блефарит (60%), неврит зрительного нерва (40%), дальнозоркость (80%), повышенная ломкость ногтей (80%) и т. д. Меридиан печени контролирует волевые функции психики. При помощи указанных ниже правил можно лечить те пограничные состояния психики, которые протекают с патологическим симптомом абсолютного безволия.

Лечение всех болезней с недостатком энергии в меридиане печени можно производить, используя закон «мать-сын» по нормализации энергии у меридианов – соседей (VB+ и P-) в суточном цикле и (VB+ и C-) в годовом цикле. Кроме того, можно применять энергетические приемы лечения по двум другим меридианам: (P +) по закону “муж - жена” и (IG +) по закону “полдень-полночь”. Ввиду наличия противоречия по воздействию на меридиан легких (P- или P+) правильным надо считать воздействие по закону «мать-сын» (P-).

1. Энергетическое лечение.

Если воздействовать на акупунктурные точки по правилам, указанным ниже, то можно лечить сразу все болезни (смотри выше), вызывающих 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. Японский массаж шиацу осуществляется только давлением пальца без вращательного или возвратно-поступательного движения пальца.

Для увеличения энергии в меридиане печени применяются следующие методы.

1. Лучшее время воздействия, когда меридиан находится в естественном недостатке энергии в дневном и годовом цикле одновременно, то есть – с 13 до 15 часов, в апреле.

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

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

F.3 (тонизируется) - между основаниями 1 - 2-й плюсневых костей.

3. Седатируется ло-пункт спаренного меридиана.

VB.37 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 5 цуней, у переднего края малоберцовой кости.

4. Возбуждаются тонизирующая точка и точка-сочувствия.

F.8 (тонизируется) - см. п.2.

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

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

VB.37 (седатируется) - см. п.3.

F.3 (тонизируется) - см. п.2.

6. Тонизируется точка входа и выхода энергии.

F.1 (тонизируется) - на наружной стороне 1-го пальца стопы, отступив от ногтевого ложа на 3 мм.

F.14 (тонизируется) - на месте пересечения среднеключичной линии с реберной дугой.

7. Успокаивается седатирующая точка меридиана-антагониста **по правилу «полночь-полдень».**

IG.8 (седатируется) - между медиальным мыщелком плечевой кости и отростком локтевой кости в локтевой бороздке.

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

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

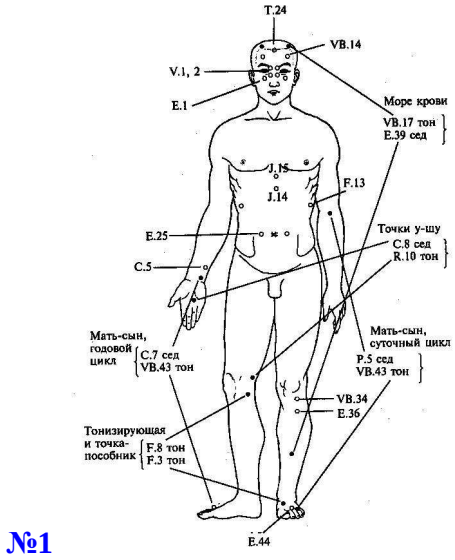
9. В суточном (- VB—F—P -) и годовом (- VB—F—C -) циклах седатируется соседний впередистоящий меридиан (от F) и тонизируется соседний позадистоящий **(правило «мать-сын»).** Для суточного цикла берутся точки VB.38 и P.9, для годового — VB.38 и C.9.

VB.38 (седатируется) - выше латеральной лодыжки на 3 цуня, у переднего края малоберцовой кости.

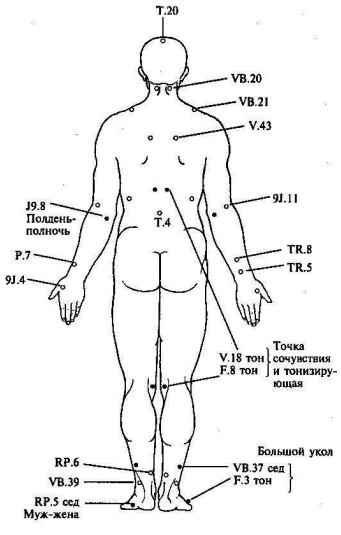
P.9 (тонизируется) - на нижней складке лучезапястного сустава, у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

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

Смотрите рисунок 101, №1+2.



№1



№2

Рисунок 101, №1+2. Энергетическое лечение болезней с недостатком энергии в меридиане печени.

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

F.1 (сед) - расположена на 3 мм от ложа ногтя на наружной стороне большого пальца.

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

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

VB.38 (седатируется) - выше верхнего края латеральной лодыжки на 4 ц, у переднего края малоберцовой кости.

C.8 (тонизируется) - между IV и V пястными костями, в широкой части промежутка.

10. Применение 5 точек у-шу: тонизируются точка-колодец и точка-родник.

F.1 (тонизируется) - см. п.6.

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

11. Воздействие на генератор энергии № 1. Меридиан печени получает энергию от средней полости генератора энергии в виде «трех полостей тела». Увеличивается поток энергии из генератора «трех обогревателей» благодаря тонизации точки J.12.

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

Воздействие на генератор энергии № 2. Меридиан печени получает энергию от «моря крови». Воздействие на его точки входа и выхода энергии осуществляют следующим образом: тонизируют точку входа энергии E.37 (или 39) в меридианы R, MC, F и седатируют точку выхода энергии VB.17.

E.37 (тонизируется) - на 3 цуня ниже точки E.36.

E.39 (тонизируется) - выше латеральной лодыжки на 7 цуней, у переднего края большеберцовой кости.

VB.17 (седатируется) - кнаружи на 2 цуня от точки T.21 (которая расположена от надпереносья на 6 цуней вверх).

2. Гипотония.

Гипотония лечится и по недостатку энергии в меридиане печени (гипотония белковой, онкотической этиологии), и по недостатку энергии в меридиане селезенки (гипотония водной этиологии), и по недостатку энергии в меридиане почек (гипотония эндокринной и солевой, осмотической этиологии) и в меридиане **перикарда,** который контролирует тонус мелких сосудов (сосудистая этиология).

1. Пекинский институт иглотерапии рекомендует применять для лечения гипотонии следующие точки акупунктуры: P.9,11, GI.1,18, RP.1, C.5, IG.14, R.7,TR.3, T.20, 25,26,27,28.

2. Шиацу. Лечение гипотонии.

1) Производится дозированное давление большим пальцем в четырех точках на сонной артерии. Пациент ложится на бок, головой на твердую подушку. Сонная артерия проходит на шее с двух сторон вдоль дыхательного горла (точки Намикоши). Точка № 1 располагается на сонной артерии на 1 см вниз от середины ее длины, при условии, что вся длина шейного участка сонной артерии измеряется от ключицы до угла нижней челюсти. Точка № 2 соответствует середине длины сонной артерии, точка № 3 – выше середины на 1 см, а точка № 4 – выше середины на 2 см. Производимое пальцем давление на артерию должно на 3 секунды перекрывать движение крови по ее руслу. На каждую точку давят 5 раз, сначала на левую сонную артерию, а потом – на правую.
2) Следующая процедура заключается в надавливании на 7 точек, расположенных вдоль шейных и грудных позвонков: V.10 (кнаружи от Т.15 на 1 цунь), а точки № 1,2,3,4,5,6 располагаются ниже V.10 , отстоят друг от друга на 1 см. Данные акупунктурные точки воздействуют на продолговатый мозг.
3) Воздействие в количестве 10 раз на надчревную область точно по ее срединной линии. Врач ладонью давит на точку J.13, расположенную на 5 цуней выше пупка, положив одну руку на другую. Процедура производится с расчетом периодического сдавливания брюшной аорты, которая проходит по гребню позвоночника. Одновременно происходит воздействие на солнечное сплетение.
4) Производится давление на 4 точки над большой грудной мышцей с левой и правой стороны : RP.19, 20, P.1, 2.

RP.19 – в 3 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

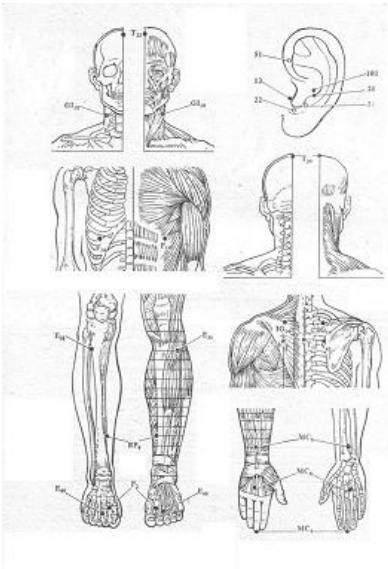
RP.20 – во 2 межреберье, кнаружи от средней линии на 6 цуней.

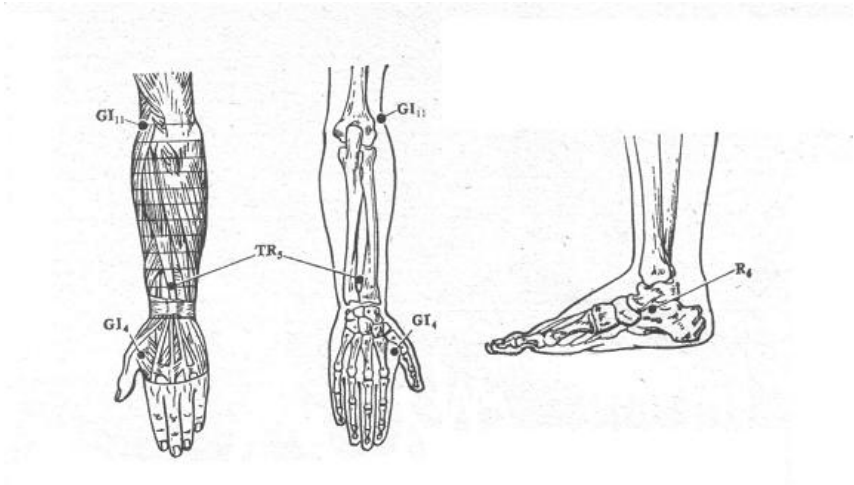
P.1 – на 3 см вниз от наружного края ключицы, от средней линии груди на 6 цуней.

P.2 – под ключицей, от средней линии груди на 6 цуней.

5) Пациент поворачивается на живот. Врач проводит воздействие с левой стороны на точку IG.11, которая располагается в центре лопаточной кости.
6) Производят давление на точки меридиана мочевого пузыря, расположенные в левой межлопаточной области: V.12, 13, 14, 15, 16, 17, имеющие локализацию кнаружи от средней линии спины на 1,5 цуня, напротив остистых отростков соответственно 2, 3, 4, 5, 6, 7 грудных позвонков.

Смотрите рисунок 102, №1+2.





№ 1 № 2

Рисунок 102, №1+2. Самые эффективные точки для акупрессурного лечения гипотонии.

7) Рекомендуется усиленное питание с включением большого разнообразия белков для повышения онкотического давления крови, соленые и острые блюда, систематическое занятие спортом (не менее 1 часа в день). Необходимо подчеркнуть, что соли натрия, кальция, калия, магния повышают осмотическое давление в крови и удерживают молекулы воды внутри кровеносных сосудов. Поэтому больным гипотонией рекомендуется потреблять большое количество солей: пить минеральную воду, кушать соленые огурцы и помидоры и т. д.

3. Геморрой.

Геморрой является болезнью, вызванный воспалением чрезмерно расширенных венозных узлов прямой кишки, а точнее вен ануса. Вены контролируются меридианом печени, мышца ануса – меридианом почек. акупрессура может не только ликвидировать боль, но и значительно уменьшить размеры геморроидальных узлов.

1. Рекомендуется воздействовать на следующие точки акупунктуры: Т.20 (уменьшает размеры венозных узлов), Т.1,2,4, V.23 – 36,54,57,60, VB.39, RP.1,3,5,6, MC.4,5, P.7, R.7. Аурикулярные точки: прямая кишка (точка № 81), толстый кишечник (91), шэнь-мэнь (55), селезенки (98), анус (119), простата (93), надпочечник (13).

При лечении заболеваний органов грудной и брюшной полостей точки акупунктуры можно классифицировать **на местные и отдаленные.** Местные АТ находятся непосредственно над очагом поражения, то есть над больным органом (над сердцем, легким, желудком, печенью, кишечником). Отдаленные АТ находятся на верхних и нижних конечностях, но они очень активно воздействуют на данный орган грудной и брюшной полостей. Геморрой лечится следующими акупунктурными точками: RP.5, 6, V.40, R.7, T.4, 20.

2. Тибетская медицина советует лечить геморрой введением в анус на 2 минуты сосульки (цилиндрического кусочка льда) диаметром 1 см.

3. Проктологи лечат геморрой следующим образом. Перед началом сеанса лечения делается очистительная клизма, промежность моется с мылом. Курс лечения состоит из 6 - 10 сеансов, которые лучше проводить через день. Во время сеанса проводятся следующие процедуры.

1) Пальцевое вправление геморроидальных узлов проводится следующим образом. Врач надевает резиновый напальчник на правый указательный палец (или перчатку), обильно смазывает его вазелином и вводит в задний проход. Далее нащупываются поочередно наружные и внутренние расширенные венозные узлы, они прижимаются к костям малого таза, нежно массажируются и вправляются (ликвидируются). Иногда вправление крупного узла длится 5 – 10 минут. После вправления всех узлов пациент не должен вставать, напрягаться, перевертываться в постели на протяжении нескольких часов. Большинство узлов при щадящем режиме повторно не выпячиваются.
2) В том случае, если какой-то геморройный узел нагноился, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, добавляют сухой порошок кристаллического пенициллина (все содержимое флакона), перемешивают и растворяют в вазелине.
3) В том случае, если геморройные узлы очень болезненны, то в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник, подмешивается порошок новокаина, или совкаина, или дикаина, или анестезина. Анестетик всасывается в слизистую ануса и боли прекращаются. С большим успехом используются ректальные свечи с местно анестезирующим веществом или красавкой: «Анузол», «Белластезин», «Павестезин», «Анестезол» и др.
4) В том случае, если венозные узлы кровоточат, то в вазелин добавляют порошок гемостатического средства: этамзилат (таблетку растирают чайной ложечкой в порошок), фибриноген, тромбин, хлористый кальций, викасол (витамин К) и т. д. Одновременно назначают для внутреннего потребления гемостатическую фитотерапию: настойку логохилуса, листа крапивы, тысячелистника, перца водяного, калины, арники, экскузан.
5) Для уменьшения размеров геморройных узлов внутрь и местно (в вазелин, которым смазывают резиновый напальчник), используют вещества, осуществляющие спазм стенок вен (ангиопротекторы): трибенол (трибенозид, гливенол – повышают тонус стенок венозных сосудов), эсфлазид, анавенол, добезилат и многие другие. Одним из самых лучших венотонических средств является конский каштан. Его потребляют внутрь в виде горячего настоя. Из его плодов выпускаются препараты «Эсфлазид» и «Эскузан». Для ванн и компрессов на анальную область при геморрое используется настой из сбора:

семя каштана конского – 30 г на литр воды, цветки ромашки аптечной – 30 г, листья шалфея – 20 г, кора дуба – 50 г. Для лечебных клизм рекомендуется настой семян льна.

6) Сразу после завершения курса лечения сам больной на протяжении 10 дней делает микроклизмы из вяжущих веществ, которые сокращают поверхность слизистой кишечника, и тем самым способствуют «сухости» слизистой ануса, натяжению слизистой и противостоянию рецидив, а выпадения венозного узла. Для этого применяются растения: кора дуба, цветы ромашки аптечной, тысячелистник, мать – и - мачеха, багульник болотный. Если у пациента наружный геморрой, то микроклизмы лучше заменить длинным марлевым тампоном, смоченным в растворе вяжущего вещества. Существуют ректальные свечи с содержанием вяжущего вещества («Нео-анузол» содержит танин и окись цинка).

На всю оставшуюся жизнь рекомендуется не поднимать тяжести и не тужиться при акте дефекации, так как при этом возрастает внутрибрюшное давление и это приводит к растяжению геморройных вен. Для того, чтобы акт дефекации проходил без усилий прибегают к клизмам с раствором крахмала или смазывают вазелином слизистую ануса, а чтобы он происходил как можно реже рекомендуется предельно сократить количество потребляемой пищи или начать лечение голодом. Рекомендуется избегать сидячей работы и длительного пребывания «сидя на корточках». Для улучшения циркуляции крови в полости малого таза и для укрепления вен рекомендуется ежедневный бег на длинную дистанцию. Неизбежен рецидив геморроя, если произошло заболевание кишечника с поносом: дизентерия, пищевое отравление, инфекционный колит.

4. Варикозное расширение вен.

Болезнь вызывается асептическим воспалением (тромбофлебитом) чрезмерно расширенных венозных узлов на ногах. Тонус вен контролируются меридианом печени. При избытке энергии в меридиане вены спазмируются, при недостатке – становятся дряблые и расширенные. Для увеличения тонуса вен необходимо увеличить энергетический потенциал меридиана печени. Полный тромбоз (закупорка) вен с присоединением гнойного воспаления приводит к осложнению в виде варикозной (пептической) язвы, которая чаще всего образуется на голени. Для лечения варикозного расширения вен рекомендуется брать точки: R.6, RP.5, 6, F.8,3, V.40, 58, 31 –34, VB.38, 39, 30, E.32, T.4, J.3, 4, 6.

Фитотерапия. Одним из самых эффективных методов лечения расширенных вен на ногах является обертывание ног на всю ночь марлевыми прокладками (в основном те места, где имеются множество расширенных и болезненных вен), смоченными в 3 – 9% растворе **яблочного уксуса.** (Концентрация раствора уксуса должна находиться в зависимости от индивидуальной чувствительности кожи человека к уксусу)**.** После 3 – 5 процедур лечение прекращают до очередного ухудшения состояния больного (ремиссия часто достигает нескольких лет). Буквально "на глазах" пропадают синие скопления вен, быстро вылечивается тромбофлебит.

Заключение.

Многие теоретические представления традиционной восточной медицины насыщенны мистикой и в научно-теоретическом плане отвергнуты современной медициной. Философская теоретическая база древней китайской иглотерапии и акупрессуры подвергается тотальной ревизии с высоты современных медицинских взглядов. Парадоксально, но практика акупрессуры и акупунктуры, возникшая в каменном веке, активно применяется медициной атомного века без каких-либо изменений. Акупрессура имеет возможность успешно лечить сотни болезней только в том случае, если врач будет использовать рецептуру точек на основании законов тысячелетней давности. Современной науке пока неизвестен механизм, благодаря которому происходит излечение при уколе кожи иглой и при надавливании пальца поверхности кожи. Взаимоотношения внутри системы "покровы тела – внутренние органы" только начинают познаваться. Покровы тела служат для отграничения организма от внешней среды (процесс индивидуализации, автономного развития). Одновременно с этим, кожа является местом связи организма с окружающим миром (процесс объединения организма с природой). Пока идут научные споры, врачи - практики излечат миллионы больных. Применяйте бесценные методы лечения китайской медицины для блага здоровья всего населения Земли. Если человек будет здоров физически и духовно, то со временем он обязательно станет богатым и счастливым. Желаю успехов, будьте здоровы!

Литература.

1. Классические китайские источники и монографии современных китайских авторов (в виде полных и частичных переводов книг с китайского языка): Лао Цзы, Дао Дэ Цзин, Хуань Ди Нэй Цзи Су, Вэнь Лин Шу, Ян Цзин Чжоу, Чжэнь Цзю Да Чэн, Бинь Хоу Мо Сюе, Чжуд-ши (перевод с тибетского).
2. Лекции по чжэнь-цзю. Вэй Жу-шу, Пекин, 1957.
3. Добавочные точки в акупунктуре и прижигании. Кэ Чуань-хао, Шанхай, 1959.
4. Практическое пособие по акупунктуре и прижиганию. Тзин- ауа, Шанхай, 1972.
5. Сборник материалов по современной акупунктуре и прижиганию. Хэн Дан-ан, Пекин, 1958.
6. Трактат Наньцзин ("Трудные вопросы классической китайской медицины", 250 год до нашей эры), подготовил материал Дубровин Д.А., АСТА ПРЕСС, Ленинград, 1991.
7. «Иглоукалывание». Под общей редакцией Хоанг Бао Тяу и Ла Куанг Ниеп, перевод с вьетнамского языка П. И. Алешина, Москва, "Медицина", 1988.
8. . «Руководство по современной акупрессурная терапии». Санкт-Петербург, "Комета", 1992.
9. Алексеенко А.И. «Очерки о китайской народной медицине». Киев, Госмедиздат, 1979.
10. Бунятян А.А. и др. «Иглоукалывание в хирургической клинике». "Хирургия" №12, 1975.
11. Вогралик В.Г., Вязьменский Э.С. «Очерки китайской народной медицины». М. 1961.
12. Вогралик В. Г., Вогралик М.В. «Пунктурная рефлексотерапия». Горький, 1988.
13. Лувсан Гаваа. «Традиционные и современные аспекты восточной акупрессуры». Москва, Наука, 1986.
14. Лувсан Гаваа. «Очерки методов восточной акупрессуры». Новосибирск, Наука, 1980.
15. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. «Руководство по акупрессуры». Киев, Вища школа, 1984.
16. И.З. Самосюк, С.А. Войтаник, Т.Д. Попова, Б.В. Гавата. «Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника». Киев, "Здоровья", 1992.
17. Табеева Д.М. « Руководство по иглотерапии». М., Медицина, 1980.
18. Касьян Н.А. «Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника». М., Медицина, 1985.
19. «Трактаты об иглотерапии и прижигании». Перевод с бурятского, М., Наука, 1987.
20. Manaka Y. «Practice of Acupuncture». Yokosuka, 1972.
21. Mann F. «Acupuncture». The ancient Chinese art of healing. Heinemann, 1978.
22. Nogier P. «Treatise of auriculotherapy». Masonneuve, 1972.
23. Pasch E. «Methodik der Entspannungs und Atmungstherapie». Leipzig, 1970.
24. Matsumoto T, Levy B., Ambruso V. «Clinical evolution of acupuncture». Am. Surg., 1974.
25. Mlezack R. «Acupuncture and the pain action». Hamburg, 1976.
26. Nakatani Y. «Ryodoraku acupuncture». Tokyo, Japan, 1977.
27. Bossy J. «Bases neurobiologieques des reflexotherapies». Paris, Masson, 1983.
28. The international journal. Acupuncture electro-therapeutics research. (Oxford - New York - Frankfurt).
29. Journal. Akupunktur. Theories und praxis. (Germany, 1989 – 2000).
30. Journal. American Journal of Chinese medicine. (USA, 1998 – 2001).
31. Journal. The Chinese medical Journal. (China, 1978 – 1999).
32. Journal. The Journal of Kyoto Pain Control Institute. (Japan, 1999 – 2001).
33. Journal. Revue de la Society International d' Acupuncture. (France, 1995 – 1998).
34. European Journal of Chinese Medicine (1989 – 1998).
35. Internet - Medicine - Acupuncture.
36. *Атаев А. И.* Электропунктурная рефлексотерапия. В помощь вашему здоровью. М.: Изд-во МЭИ, 1993.
37. *Бадарчин Д., Киргизов Ю.* Основы по иглоукалыванию и прижиганию. Улан-Батор, 1981.
38. *Вогралик В. Г.* Основы китайского лечебного метода чжэнь-цзю. Горький, 1961.
39. *Востоков В.* Тайны тибетской медицины и восточных целителей. Т. I, И. СПб.: Каро, 1994.
40. *Гапонюк П. Я.* Руководство по акупунктурной терапии. М.: Фирн М, 1999.
41. *Гапонюк П. Я.* Золотой том акупунктуры. М.: Фирн М, 1999.
42. *Гапонюк П. Я.* Карманный атлас акупунктурной терапии. М.: Фирн М, 1999.
43. *Лувсан Г.* Очерки методов восточной акупрессуры. Новосибирск: Наука (Сибирское отделение), 1991.
44. *Лувсан Г.* Очерки методов восточной акупрессуры. Новосибирск: Наука, (Сибирское отделение), 1980.

45. *Лувсан Г.* Традиционные и современные аспекты восточной акупрессуры. М.: Наука, 1992.
46. *Рейболъд Г.* Рефлексотерапия зон стопы. Техника массажа и рекомендации по применению терапии рефлексных зон стопы. М.: Кристина С°, 1996.
47. *Дробышева Н. А.* Определение локализации акупунктурных точек. М., 1992.
48. *Дробышева Н. А.* Теоретические основы традиционной китайской медицины. Книга 2. М., 1997.
49. *Дробышева Н. А.* Рефлексотерапия при различных заболеваниях. М., 1997.
50. *Дробышева Н. А.* Рефлексотерапия при различных заболеваниях. Наиболее эффективные сочетания акупунктурных точек, применявшиеся древнекитайскими специалистами (древнекитайские «рецепты»). М., 1997.
51. *Евдокимов В. И., Федотов А. Н.* Точечный массаж. Метод управления самочувствием и работоспособностью. Тула: Приокское книжное издательство, 1991.
52. *Обри Жоселии, Хо-хапь чаи.* Секреты китайской системы До-ин. Исцеление кончиками пальцев. М.: София, 1999.
53. *Ибрагимова В. С.* Точечный массаж. М.: Медицина, 1983.
54. *Ильин А. М., Сейфулла Р. Д.* Болезни и биологически активные точки. М.: Прометей, 1990.
55. *Клименко Л. М.* Эффективная акупрессура . Китайский точечный массаж. М.: Инсон, 1995.
56. *2\.Лакуста В. Н., Лин ЧжиШэн. акупрессура* болевых синдромов и неотложных состояний. Кишинев: Мага, 1995.
57. *Левинсоп Ю., Левинсон М.* Целительство: пути и возможности. М.: ФАИР-ПРЕСС, 1998.
58. *Мачерст Е. Л., Лысепюк В. П., Самосюк И. З.* Атлас аку-пунктурных зон. Киев, 1986.
59. *Максимовский Д. В., Моренков А. В.* Рецепторный справочник по 14 основным точкам чжэнь-цзю. Новосибирск, 1993.
60. *Молостов В. Д.* Справочник по применению точечного массажа, электротока и точечный массаж при лечении различных заболеваний.
61. *Начатой В. Г.* Традиционная китайская медицина. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. СПб., 1987.
62. *Нгуен Ван Нги.* Традиционная китайская медицина. Патогенез заболеваний. Диагностика. Терапия. М., 1997.
63. *Нгуен Ван Нги.* Патогенез заболеваний, диагностика и лечение методами традиционной китайской медицины: акупрессура, массаж и прижигание.
64. *Овечкин А. М.* Основы акупрессурная терапии. Саранск, 1991.
65. *Орел А. Е., Каменев В. Ю.* Основы акупрессурная терапии. Учение об энергетических связях организма человека. Ростов-на-Дону.
66. *Пшиель Я. В., Шапиро М. И., Шапиро И. И.* Анатомо-клинический атлас акупрессуры. М.: Медицина, 1991.
67. *Покровский В. И.* Краткая медицинская энциклопедия. Т. I, II. М.: Научно-практическое объединение «Медицинская энциклопедия», 1994.
68. *Прохоров А. М.* Советский энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1985.
69. *Беркоу Р.* Руководство по медицине. Т. I, И. М.: Мир, 1997.
70. *Сапин М. Р.* Анатомия человека. Т. I, II. М.: Медицина, 1997.
71. *Собецкий В. В.* Клиническая рефлексотерапия. Киев: Здоровье, 1995.
72. *Су Вэнъ, Нэй-изин.* Священные книги Древнего Востока (трактат по традиционной китайской медицине на основе древних и современных текстов). Изд-во «Серсон», 1994.
73. *Стояновский Д. Н. акупрессуру*. Кишинев, 1981.
74. *Стояновский Д. Н.* Частная рефлексотерапия. Справочник. Кишинев, 1990.
75. *Табеева Д. М.* Иглотерапия. М.: Ратомес.
76. *Тыкочипская Э. Д.* Основы иглорефлексотерапии. М.: Медицина, 1979.
77. *Фалеев А. И.* Классическая методология традиционной китайской акупрессурная терапии (иглоукалывание и прижигание). М.: Олимпия, 1993.
78. *Фокин В. Н.* Методические рекомендации по восточному традиционному массажу. М., 1996.
79. *Фокин В. Н.* Массаж традиционный восточный. М., 1997.
80. *Фокин В. Н.* Целительный массаж. М., 1998.
81. *Халмурад Упур, Начатой В. Г.* Секреты китайской медицины. М.: МХО «Быстрина», 1992.
82. *Хаустон Ф. М.* Исцеление с помощью акупрессуры. акупрессура без иголок. Минск: Сантана, 1992.

83. *Ху Кэвэнъ, Марченко О. К.*. Китайская традиционная здоровительная медицина. Киев: Кентавр, 1995.
84. *Цой Р. Д.* Основы практической акупрессуры. Ташкент: Изд-во имени Ибн-Сины, 1992.
85. Руководство по современной акупрессурная терапии. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1959.
86. . Руководство по современной акупрессурная терапии. акупрессура и прижигание. СПб: Комета, 1992.
87. *Шнорренбергер К.* Учебник китайской медицины для западных врачей. М., 1996.
88. *Яроцкая Э. П.* Рефлексотерапия заболеваний внутренних органов. Харьков, 1994.

Вариант 1. На обратной стороне обложки книги напечатать:

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

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

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

Вариант 2. ТЕКСТ НА ЗАДНЕЙ ОБЛОЖКЕ КНИГИ.

Молостов Валерий Дмитриевич окончил медицинский институт в городе Минске, ведущий иглотерапевт Белоруссии, прошел годовое обучение восточным методам лечения в Китае, опубликовал 15 книг

(монографий) по иглотерапии и 3 книги по философии (социологии). Работает в Государственном медицинском университете города Минска и в частных медицинских центрах. Основное направление научных исследований **в иглотерапии** — решение проблемы функциональной деятельности акупунктурных точек и систематизация энергетических методов лечения. Основная тема **социологических исследований** - поиск объективных законов старения человеческой цивилизации, расчеты длительности ее существования, определение космической роли общества.

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

"Acupressure" by Molostov Valery.

Practical questions of acupuncture. Newest of the programs treatment by the methods of energetically acupuncture. Everyone, who was interested by problems raised by the writer of this fascinating book, can contact to him by telephone: Minsk (8-10-375-017) 270-70-75. E-mail: molostov_valery@tut.by.

∫