

А. В. Самохин, Ю. В. Готовский

Отредактировал и опубликовал на сайте : PRESSI ( HERSON )

# ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ

5-е издание, стереотипное

«ИМЕДИС»  
Москва – 2006

А. В. Самохин, Ю. В. Готовский

**ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ  
ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ.** 5-е изд., стереотипное. – М.:  
ИМЕДИС, 2006. – 528 с., ил.

В монографии представлен глубокий обзор и анализ теоретических и практических положений одного из самых перспективных направлений современной функциональной диагностики – электропунктурной диагностики по методу доктора Р. Фолля.

Книга может быть использована в качестве учебного пособия при преподавании метода Р. Фолля на специальных курсах и при самостоятельном изучении данного метода врачами всех специальностей.

ISBN 5-87359-071-0

© Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС», 1993–2006

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление;
АКТГ	– адренокортикотропные гормоны;
АП	– акупунктурный (меридиан, точка и т.д.);
БАТ	– биологически активная точка;
БАЗ	– биологически активная зона;
БРТ	– биорезонансная терапия;
ВНС	– вегетативная нервная система;
ВРТ	– вегетативный резонансный тест;
ВЧ	– верхняя челюсть;
ИУ	– измерительный уровень;
НЧ	– нижняя челюсть;
ПС	– эффект «падения стрелки»;
СТД	– соединительнотканная дегенерация;
Усл.ед.	– условные единицы (по методу Р. Фолля);
ЦНС	– центральная нервная система;
ЭАД	– электроакупунктурная диагностика;
ЭАФ	– электроакупунктура по методу Р. Фолля;
ЭКТ	– электрокожный провокационный тест;
ЭП	– электрические параметры;
ТИ	– точка измерения;
КТИ	– контрольная точка измерения;
СТИ	– суммационная точка измерения;
ЧСТИ	– частная суммационная точка измерения;
Лф	– сосуд лимфатической системы;
Ле	– меридиан легких;
Тл	– меридиан толстой кишки;
Нд	– сосуд нервной дегенерации;
Кр	– меридиан кровообращения;
Ал	– сосуд аллергии или дегенерации сосудов;
Од	– сосуд дегенерации эпителия и паренхимы органов;
Энд	– меридиан эндокринной системы;
Се	– меридиан сердца;
Тн	– меридиан тонкой кишки;
Сп	– меридиан селезенки-поджелудочной железы;
Пе	– меридиан печени;
Су	– сосуд дегенерации суставов;
Же	– меридиан желудка;
Стд	– сосуд дегенерации соединительной ткани;
Ко	– сосуд кожи;
Мж	– сосуд жировой дегенерации и мышц;
Жп	– меридиан желчного пузыря;
По	– меридиан почек;
Мп	– меридиан мочевого пузыря;
Зср	– меридиан задний срединный;
Пср	– меридиан передний срединный.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Метод Р. Фолля широко используется во врачебной практике наряду с другими методами электропунктурной диагностики. Интерес к вопросам диагностики и терапии с применением метода Р. Фолля неуклонно растет, как и количество специалистов, которые используют этот метод в своей медицинской деятельности. Несмотря на появление других методов электропунктурной диагностики, метод Р. Фолля не утратил своей актуальности.

Разработка подходов к анализу и оценке результатов исследований с помощью компьютерной техники, формализация новых диагностических алгоритмов позволяет использовать этот метод в составе экспертных систем по оценке влияния различных факторов, например, физических и химических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз.

Несмотря на значительное количество выпущенной литературы, интерес к книге «Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля» не ослабевает. Многочисленные положительные отзывы, а также растущий спрос на книгу привели нас к необходимости выпуска очередного издания.

Авторы надеются, что изучение и использование данного метода существенно дополнит лечебно-диагностические возможности классической медицины.

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

В последние годы методы электропунктурной диагностики и терапии рассматриваются как одно из перспективных направлений комплексной оценки и коррекции состояния здоровья человека.

Значительному прогрессу в этой области способствовала разработка в нашей стране и за рубежом специальных электронных диагностических устройств, предназначенных для исследования электрических параметров биологически активных зон (БАЗ) и биологически активных точек (БАТ) кожи. Многочисленные исследования, проведенные в области электропунктурной диагностики, позволили установить, что функциональное состояние органов и тканевых систем может отображаться в виде определенных изменений электрических параметров связанных с ними БАЗ и БАТ кожи.

Исходя из этих предпосылок, появилась возможность выявления с помощью электропунктуры различных пред- и патологических состояний, а также ее использования в проведении топической, функциональной, дифференциальной и синтетической диагностики, в том числе для прогноза течения болезни. Справедливость использования электропунктурной диагностики, как достаточно универсального метода оценки состояния здоровья человека, определяется следующими факторами:

1. Ни один орган человека не превосходит кожу по широте протекающих в ней физиологических процессов, закономерно отображающих динамическую смену регуляции внутренней среды организма;

2. Наличие эмбриогенетических и закрепившихся в процессе эволюции человека информационно-функциональных взаимосвязей между отдельными БАЗ и БАТ кожи с внутренними органами и тканевыми системами позволяет с помощью электропунктуры косвенно оценить их состояние, а, следовательно, и протекающих в них биохимических и других процессов;

3. Наличие корреляционных взаимосвязей между характером изменений электрических параметров отдельных БАЗ и БАТ кожи с соответствующими патофизиологическими состояниями в определенных органах и тканевых системах позволяет использовать их в электропунктурной диагностике и оценке ее результатов с помощью ЭВМ;

4. Многообразие информационно-функциональных взаимосвя-

зей между отдельными БАЗ и БАТ кожи, внутренними органами и тканевыми системами (кортико-висцеральные, висцеро-висцеральные, висцеро-кутанные и др.), отражающееся в развитии специфического психоэмоционального состояния человека при повышении или снижении функции соответствующего органа или тканевой системы (кортико-висцеральный, кортико-фугальный контроль и регуляция эмоциональной сферы), позволяет использовать знание этих взаимосвязей для проведения многофакторного анализа состояния здоровья человека с позиций медицинской кибернетики. Наряду с этим, совершенствование физиотерапевтической техники, а также фундаментальные исследования в области влияний на биологические объекты различных физических полей и излучений, открыли новые пути к нефармакологической коррекции состояния здоровья человека.

В настоящей работе изложены основы метода электропунктурной диагностики и терапии, разработанного немецким врачом, доктором медицины Р. Фоллем.

Авторы надеются, что изучение данного метода будет способствовать формированию у врачей различных специальностей нового мировоззрения, основанного на едином системном подходе в оценке жизнедеятельности человека в условиях сложного взаимодействия с окружающей средой.

*К.м.н. А. В. Самохин  
К.т.н. Ю. В. Готовский*

## ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

С момента выпуска первого издания книги прошло два года, закономерно растет интерес к методу Р. Фолля, увеличивается количество врачей, использующих его в своей практике, и, соответственно, нуждающихся в методической литературе. В 1994 году был выпущен второй том книги, в котором были подробно рассмотрены вопросы и даны практические рекомендации по проведению тестирования медикаментов, перезаписи их энергоинформационных свойств, проведению диагностики и терапии с помощью нозодов и органоспецифических препаратов.

Многочисленные положительные отзывы и большое количество желающих купить книгу привели нас к необходимости подготовки второго издания.

Второе издание книги значительно расширено за счет введения информации по электропунктурной терапии, исправлен и дополнен атлас биологически активных точек, используемых в электропунктурной диагностике и терапии по методу Р. Фолля.

Мы надеемся, что книга будет полезна всем врачам, желающим расширить свои диагностические и терапевтические возможности за счет использования высокоэффективных методов электропунктурной диагностики и терапии.

Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» разработал принципиально новое поколение приборов, использующих принципы энергоинформационной медицины, одним из наиболее перспективных является аппаратно-программный комплекс «ИМЕДИС-ФОЛЛЬ», сочетающий в себе диагностические и терапевтические возможности метода Р. Фолля и биорезонансной терапии. Работа врача на этом комплексе значительно облегчена за счет появления электронного медикаментозного селектора, позволяющего осуществлять тестирование нозодов, органопрепаратов, гомеопатических средств, а также проводить их энергоинформационный перенос на различные носители информации (гомеопатическую крупку, воду и т.д.).

Проведенная Центром «ИМЕДИС» 14–15 апреля 1995 года I международная конференция «Теоретические и клинические аспекты биорезонансной терапии» еще раз продемонстрировала уникальные возможности применения энергоинформационной медицины при лечении пациентов с самыми различными заболеваниями. Материалы конференции приведены в приложении данного издания.



Опыт разработки приборов для энергоинформационной медицины и результаты применения их в клинической практике убеждают нас в правильности выбранного направления.

Мы надеемся, что проводимые нами курсы обучения и разрабатываемая нами аппаратура приблизят практическое здравоохранение к медицине XXI века.

*Центр «ИМЕДИС»*

## **ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ**

С момента выпуска второго издания книги прошло пять лет. Как известно, любое направление медицинской диагностики и терапии не стоит на месте, а постоянно развивается. В последние годы этот процесс особенно интенсивно совершенствуется в таких областях, как: биомедицинская электроника, разработка подходов в анализе и оценке результатов исследований с помощью компьютерной техники, формализация новых диагностических алгоритмов и схем лечения различных заболеваний с помощью электропунктуры, эндогенной и экзогенной биорезонансной терапии.

Не стало исключением из этого правила и такое интересное направление, как электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля (ЭАФ). Заметным и долгожданным событием стала официальная регистрация и разрешение к медицинскому применению МЗ РФ метода Р. Фолля [1]. В результате тысячи врачей, владеющих этим методом, получили правовую основу для его применения.

В течение последних десяти лет появилось несколько новых методов электропунктурной диагностики. Последним достижением в этой области стал вегетативный резонансный тест (ВРТ). ВРТ относится к группе методов электропунктурной и биорезонансной диагностики, в которых используется тестирование медикаментов и сопоставление между изменениями электропроводимости в точках измерения, расположенных на акупунктурных меридианах, и состоянием различных органов и систем организма. Метод ВРТ был предложен Х. Шиммелем в 1978 г. В его основе лежит метод электропунктурной диагностики по Р. Фоллю. Однако, если для решения задач диагностики и медикаментозного тестирования в методе ЭАФ используются около 1000 точек, то в методе ВРТ – одна воспроизводимая точка (БАТ). Центром «ИМЕДИС» совместно с НПЦ ТМГ МЗ РФ, МГМСУ МЗ РФ проведена большая работа по изучению и дальнейшему совершенствованию метода ВРТ. Определены новые резонансные препараты-указатели, значительно расширяющие возможности метода. Разработаны технические устройства и программное обеспечение, реализующие метод ВРТ, которые в настоящее время получили разрешение к медицинскому применению [2].

Новыми отличиями ВРТ по сравнению с другими методами электропунктурной диагностики являются большая чувствительность и достоверность, простота применения, относительно неболь-

шие временные затраты на проведение диагностики и подбор медикаментов. Все это достигается за счет сокращения количества измеряемых точек до одной, модифицирования техники измерения, использования специальных тест-наборов, позволяющих выявлять нарушения в организме человека, а также за счет увеличения чувствительности прибора. Более подробно с методом БРТ можно познакомиться по литературе [4, 5], а также на курсах, проводимых Центром «ИМЕДИС» совместно с Московской Медицинской Академией им. И.М.Сеченова и Научно-практическим центром традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ.

За истекшее время получили дальнейшее развитие методы эндогенной и экзогенной биорезонансной терапии (БРТ), что нашло свое логическое завершение в методических рекомендациях [3], разрешающих их к медицинскому применению Министерством Здравоохранения РФ.

В методических рекомендациях [1–3] указаны приборы, которые включены в государственный реестр медицинских изделий, разрешенных к применению в медицинской практике для перечисленных выше методов.

Центр «ИМЕДИС» с 1995 г. ежегодно (в апреле) проводит международные конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», с материалами которых можно ознакомиться по литературе [6–9]. Возможности экзогенной БРТ фиксированными частотами достаточно подробно изложены в литературе [10–14].

Несмотря на значительное количество выпущенной литературы, интерес к книге «Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля» не ослабевает. Многочисленные положительные отзывы и большое количество желающих купить книгу привели нас к необходимости выпуска третьего издания. В третье издание внесены небольшие дополнения и исправления.

Мы надеемся, что книга по-прежнему будет полезна всем врачам, желающим расширить свои диагностические и терапевтические возможности за счет использования высокоэффективных методов электропунктурной диагностики и терапии.

С уважением,

*А. В. Самохин,  
Ю. В. Готовский*

#### **Литература**

1. Яновский О.Г., Карлыев К.М., Королева Н.А., Кузнецова Т.В., Готовский Ю.В. Возможности компьютеризированной диагностики по методу Р.Фолля в терапии методами рефлексотерапии

и гомеопатии. Методические рекомендации М98/232. – М.: МЗ РФ, НИИ ТМЛ, 1999. – 27 с.

2. Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е., Королева Н.А., Каторгин В.С. Электропунктурный вегетативный резонансный тест. Методические рекомендации №99/96. – М.: МЗ РФ, НПЦ ТМГ МЗ РФ, 2000. – 27 с.

3. Мейзеров Е.Е., Блинков И.Л., Готовский Ю.В., Королева М.В. Каторгин В.С. Биорезонансная терапия №2000/74. – М.: МЗ РФ, НПЦ ТМГ МЗ РФ, 2000. – 27 с.

4. Готовский Ю.В. и др. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ». – М.: «ИМЕДИС», 1997. – 86 с.

5. Готовский Ю.В. и др. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ» (дополнение). – М.: «ИМЕДИС», 1998. – 60 с.

6. Тезисы и доклады II и III международных конф. «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: «ИМЕДИС», 1999. – 528 с.

7. Тезисы и доклады. IV международная конф. «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: «ИМЕДИС», 1998. 1 и 2 ч.

8. Тезисы и доклады. V международная конф. «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: «ИМЕДИС», 1999. 1 и 2 ч.

9. Тезисы и доклады. VI международная конф. «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: «ИМЕДИС», 2000. 1 и 2 ч.

10. Готовский Ю.В., Блинков И.Л. Структурно-резонансная терапия (экзогенная биорезонансная терапия). – М.: «ИМЕДИС», 1998. – 208 с.

11. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Фролова Л.А. Резонансно-частотная диагностика и терапия вирусов, простейших и гельминтов: Методические рекомендации. – М.: «ИМЕДИС», 1999. – 56 с.

12. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Фролова Л.А. Резонансно-частотная диагностика и терапия грибков, вирусов, бактерий, простейших и гельминтов: Методические рекомендации (дополнение). – М.: «ИМЕДИС», 2000. – 22 с.

13. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Блинков И.Л., Самохин А.В. Экзогенная биорезонансная терапия фиксированными частотами: Методические рекомендации. – М.: «ИМЕДИС», 2000. – 96 с.

14. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Фролова Л.А. Краткое руководство по индукционной терапии: Методические рекомендации. – М.: «ИМЕДИС», 1999. – 28 с.

## ВВЕДЕНИЕ

Из большого количества различных способов электропунктурной диагностики и терапии особого внимания заслуживает метод немецкого врача Рейнхольда Фолля (R. Voll, 1909–1988 гг.).

Р. Фолль родился 17 февраля 1909 г. в Берлине. После окончания гимназии в 1927 г. он продолжает свое образование на архитектурном отделении Штутгартской Высшей Технической школы, однако под влиянием трагической смерти своего отца решает всецело посвятить себя медицине.

В 1930 г. Фолль поступает на медицинский факультет старейшего в Германии Тюбингенского Университета и после его окончания в 1935 г. защищает диссертацию в Институте Тропической Медицины.

Свою врачебную деятельность (1935–1938 гг.) доктор Р. Фолль продолжает в качестве ординатора Института спортивной медицины при Гамбургском Университете.

С 1938 по 1953 гг. Р. Фолль занимается решением вопросов организации профилактического здравоохранения в педиатрии и стоматологии.

Начиная с 1953 г., совместно с инженером Ф. Вернером, Р. Фолль занимается разработкой новых методов электропунктурной диагностики и терапии, которые он успешно применяет в клинической практике.

Воодушевленный многочисленными успехами в 1956 г. Р. Фолль вместе со своими коллегами основывает Общество электропунктуры, которое в 1961 г. преобразуется в Интернациональное медицинское общество электропунктуры, названное его именем.

В этот период времени Р. Фолль научно обосновывает электропунктуру как новый диагностический и терапевтический метод, разрабатывает стройную систему взаимосвязей биологических активных точек с внутренними органами и тканевыми системами организма человека, вводит в систему электропунктурной диагностики методы индивидуального подбора различных фармакологических и нефармакологических средств.

«За выдающиеся заслуги перед страждущим человечеством и разработку метода электропунктурной диагностики и терапии...» в 1966 г. Р. Фолль награжден папой Павлом VI золотой медалью, а в 1974 г. почетной наградой ФРГ – медалью Гуфландта.

В 1972 г. Р. Фолль становится почетным Президентом соз-

данного им Интернационального общества электропунктуры и развивает свою деятельность в Центральном Союзе врачей и немецком медицинском обществе акупунктуры.

В 1988 г. Р. Фолля не стало.

За время своей практической деятельности Р. Фоллем опубликовано более 500 научных работ, выпущены атласы и учебные пособия по различным вопросам электропунктурной диагностики и терапии.

Метод электропунктуры, разработанный доктором Р. Фоллем (EAV, в русском переводе – ЭАФ), в настоящее время используется в 34 странах мира, в том числе в Северной и Южной Америке, странах Западной и Восточной Европы, Скандинавии, Индии, Китае, Австралии и других странах.

Интернациональное общество электропунктуры по методу Р. Фолля насчитывает сейчас более чем 30 тысяч врачей различных специальностей, продолжающих развивать и совершенствовать его метод.

Практически нет ни одной области медицинских знаний, где применение метода Р. Фолля не дало бы своих положительных результатов.

После продолжительного периода скептического отношения к электропунктуре по методу Р. Фолля и проведения многочисленных клинических испытаний данного метода он получил право на внедрение в клиническую практику в СССР (Постановление СМ СССР № 211 от 6 июня 1989 г.). Этому способствовала длительная работа большой группы инженеров, врачей и ученых, приложивших немало усилий для того, чтобы ЭАФ стала достоянием широких кругов медицинской общественности.

Благодаря деятельности этих энтузиастов, каждого из которых назвать здесь просто невозможно, тысячи врачей в странах СНГ успешно используют метод ЭАФ в своей практике. Однако интерес к нему не ослабевает.

Сотрудники Центра «ИМЕДИС» на протяжении последних 20 лет активно занимаются разработками в области ЭАФ. Разработана серия приборов для ЭАФ, создано большое количество компьютерных программ, обучены тысячи врачей.

Понимая необходимость появления литературы, позволяющей всем желающим получить достаточное представление об ЭАФ и смежных с ней областях медицины (гомеопатии, биорезонансной терапии и т.д.), авторы взяли на себя труд по изданию настоящего учебного пособия.

## Часть I

# ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА

## 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭАФ

За более чем 45-летний опыт клинического использования ЭАФ Р. Фоллем и его последователями были сформулированы следующие возможности разработанного ими метода:

- ЭАФ позволяет, благодаря открытию информационно-функциональных взаимосвязей БАТ и БАЗ кожи с внутренними органами и тканевыми системами, определять функциональное состояние последних, проводить функциональную и топическую диагностику;
- с помощью ЭАФ возможна расшифровка неясных, клинически сложных случаев, проведение дифференциальной и синтетической диагностики;
- ЭАФ позволяет проводить раннюю диагностику различных предпатологических нарушений во взаимосвязанных с БАТ органах и тканевых системах на доклиническом этапе развития болезни, когда ее симптомы не выражены или отсутствуют;
- ЭАФ позволяет выявлять скрытые или латентные очаги инфекции и определять их влияние на иммунную реактивность организма человека;
- благодаря открытию Р. Фоллем в 1954 г. феномена «тестирования медикаментов», с помощью тестирования различных бактериальных, вирусных и других инфекционных антигенов появилась возможность определения этиологических факторов определенной болезни;
- ЭАФ позволяет осуществлять индивидуальный подбор гомеопатических, изопатических и аллопатических средств без введения их в организм человека, т.е. дистантно, а также тестировать продукты питания, косметические средства, зуботехнические и ортопедические материалы и пр.;
- ЭАФ позволяет выявлять негативные воздействия на организм человека различных патогенных агентов, пестицидов, гербицидов, нитратов, радионуклидов и т.п., которые

- не объективизируются существующими в настоящее время клиничко-лабораторными методами исследований;
- ЭАФ позволяет осуществлять контроль за эффективностью любого метода лечения, оценить адекватность его выбора и применения;
- ЭАФ позволяет проводить строго дозированную коррекцию нарушений состояния здоровья человека низкочастотными электрическими импульсами, восстанавливающими электрический гомеостаз в пораженных органах и тканях.

## 2. ОСНОВЫ МЕТОДОЛОГИИ ЭАФ

Методология ЭАФ построена на интеграции эмпирических концепций и эвристических моделей классической китайской акупунктуры и последних достижений в области электрофизиологии, гомеопатии, иммунологии, хронопатологии и других специальных разделов экспериментальной и клинической медицины.

В отличие от долго существовавшего мнения, что акупунктурные меридианы являются лишь условно воображаемыми линиями топографического расположения БАТ на коже, в ЭАФ они рассматриваются как информационные каналы, связывающие между собой различные органы и тканевые системы в единое целое.

Для подтверждения этого положения Р. Фолль и, одновременно с ним, Ф. Крамер [44] провели ряд оригинальных экспериментов, позволивших доказать реальность существования меридианов. В процессе этих экспериментов было установлено, что механическое, тепловое или электрическое раздражение, подаваемое на одну из начальных или конечных точек определенного меридиана, вызывает изменение электрических параметров (ЭП) всех БАТ, лежащих по его ходу.

Собственные исследования авторов данной книги показали, что с помощью биорезонансной терапии можно воздействовать на конкретно выбранный меридиан с целью нормализации ЭП всех точек, принадлежащих данному меридиану. Воздействуя биорезонансной терапией на все меридианы в целом, удается нормализовать ЭП всех точек меридианов, что также подтверждает реальность существования меридианов.

Экспериментальные исследования, проведенные Р. Фоллем, позволили систематизировать и описать «биоэнергетические» или информационно-функциональные взаимосвязи БАТ с отдельными органами и тканевыми системами [74].

На основе этих взаимосвязей, Р. Фоллем и Г. Тюрк [44] было

сформулировано понятие «очаговых» заболеваний или отдаленного патогенного влияния очагов инфекций на организм человека в целом (очаговые поля нарушений).

Так, например, оказалось, что очаг инфекции в корне 8-го зуба (гранулема корня зуба) может оказывать патогенное влияние на сердце, 12-перстную кишку, переднюю долю гипофиза, внутреннее ухо, плечевой, локтевой, лучезапястный и голеностопный суставы, раздражать 1-й, 5-й, 6-й и 7-й грудные сегменты спинного мозга, являться причиной развития эпилепсии, церебральных ангиоспазмов, заболеваний нервов верхних конечностей (табл. 1).

В свою очередь, очаг инфекции в 3-м зубе может оказать патогенное влияние на печень, желчный пузырь, заднюю долю гипофиза, глаза, лучезапястный, голеностопный и тазобедренный суставы, раздражать 8-й, 9-й и 10-й грудные сегменты спинного

**Энергетические взаимосвязи органов и систем целостного организма**

**Таблица 1**

ЗУБЫ: 1-2	3	ВЧ 4-5 НЧ 6-7	ВЧ 6-7 НЧ 4-5	8
МИНДАЛИНЫ: глоточная	небная	трубная, гортанная	небная, язычная, подъязычная	язычная
ПАЗУХИ: лобная	клиновидная	решетчатый лабиринт, полость носа	верхнечелюстная	
Почки, мочевой пузырь, прямая к-ка, половые органы, передняя часть глаза	Печень, желчный пузырь, задняя часть глаза (сетчатка, стекловидное тело, роговица и др.)	Легкие, бронхи, толстая кишка, аппендикс, артерии и вены	Желудок, пищевод, селезенка, поджелудочная железа, лимфатическая система, блуждающий нерв	Сердце, тонкая кишка, ухо, нервная система
ЖЕЛЕЗЫ: надпочечники, эпифиз	половые, гипофиз	вилочковая, нейро-гипофиз	грудные, щитовидная, паращитовидные	адено-гипофиз
СУСТАВЫ: грудино-ключичный, коленный, (задне-медиальная часть), межпозвоночные диски, копчик	коленный (заднелатеральная часть), тазобедренный, голеностопный (задне-верхняя часть)	плечевой, плечелучевой, лучезапястный, большого пальца ноги	височно-челюстной, коленный (передняя часть)	плечевой, плече-локтевой крестцово-подвздошный
ПОЗВОНКИ: LII, LIII, SIII, SIV, SV, CO	ThIX, ThX	CV, CVI, CVII, ThIII, ThIV, LIV, LV	ThI, ThXII, LI	CVII, ThI, ThV, ThVI, SI, SII

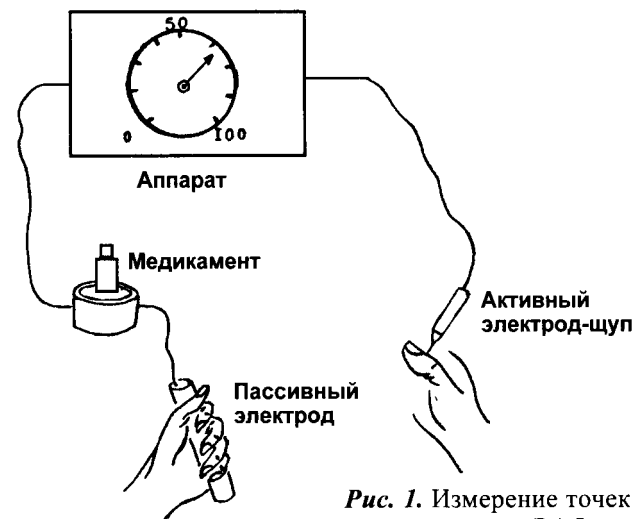
мозга, являться причиной развития тромбозов и инфарктов, нарушений сна и т.д.

При этом считается, что данные взаимосвязи построены по принципу обратной связи, т.е. патологические нарушения в одном органе могут вызывать нарушение функции другого и наоборот (например, связь орган-орган или связь зуб-орган).

Помимо знания информационно-функциональных взаимосвязей БАТ, в основе методологии ЭАФ лежит измерение величин их электрических параметров, на основании анализа и сопоставления которых делается заключение о том, какие органы, взаимосвязанные с БАТ, имеют более выраженные нарушения адаптивной регуляции или вовлечены в патологический процесс. Таким образом, по результатам измерения ЭП БАТ строится «портрет» болезни, что позволяет сформулировать предварительный диагноз.

Открытие Р. Фоллем в 1954 г. феномена «тестирования медикаментов» существенно расширило диагностические возможности ЭАФ в плане определения этиологии и патогенеза различных заболеваний, проведения дифференциальной и синтетической диагностики.

В частности, оказалось, что помещение вблизи БАТ (или в специальную тест-ячейку, последовательно соединенную с «пассивным» электродом электродиагностического прибора) различных медикаментов может нормализовать или ухудшать электрические параметры БАТ (см. рис. 1).



**Рис. 1.** Измерение точек и тестирование медикаментов в ЭАФ

На основании этого феномена Р. Фоллем были разработаны новые методические подходы в этиологическом распознавании причин болезней с помощью тестирования так называемыми нозодами (производное от *nosos* – болезнь), представляющими из себя стерилизованные и приготовленные по гомеопатическому принципу антигены и продукты жизнедеятельности бактерий, вирусов и других патогенных агентов, вакцины, сыворотки, тканевые экстракты пораженных органов и тканей, продукты обмена веществ, различные химические вещества, экологические токсины и т.п.

Определение этиопатогенеза заболевания в ЭАФ строится на основании выбора нозода того патогенного агента, под влиянием тестирования которого происходит нормализация ЭП БАТ определенного органа или тканевой системы-«мишени» (принцип изопагии). В последующем с помощью тестирования различных дозировок данного нозода индивидуально подбирается его оптимальная терапевтическая доза, определяется кратность введения в организм пациента и совместимость с другими лекарственными средствами. При этом динамическая оценка характера изменений ЭП БАТ под влиянием проводимого лечения позволяет осуществлять оперативный контроль за его эффективностью.

Составной частью ЭАФ является тестирование различных зуботехнических материалов, протезов, одежды, продуктов питания, косметики и других веществ, способных оказывать негативное влияние или отягощать состояние больного. Наряду с применением лекарственных средств, в основе методологии ЭАФ лежит использование низкочастотной электроимпульсной терапии (0,9–10,0 Гц), с помощью которой, с учетом верифицированной нозологии, возможна целенаправленная коррекция нарушений и восстановление электрического гомеостаза в пораженных органах и тканях.

### 3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОМПЛЕКСЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЭАФ

В своей практической работе зарубежные врачи, применяющие ЭАФ, как правило используют электродиагностические и терапевтические приборы серии «Dermatron», разработанные немецкой фирмой «Pitterling Electronic GmbH» («EAV-Reisegeret», «The KI», «Dermatron ST new» и др.), а также приборы других фирм (E. Jacob und J. Hausler; Jahnke Bioelectronic GmbH; Svesa; Vega Grieshaber GmbH & Co; Med-Tronik; Brugemann; в США – Vega USA; Lam, на Тайване – VGH; CVM).

Отечественные врачи применяют приборы, разработанные различными центрами и организациями. Краткий обзор некоторых из них дан в статье В.К.Калачева «Приборы для электропунктуры по Фоллю» («Гомеопатия и электропунктура», 1992, №1).

Необходимо отметить, что к использованию допускаются только те аппараты, которые прошли Комитет по новой медицинской технике МЗ РФ и включены в Государственный Реестр медицинских изделий, разрешенных для применения в медицинской практике. Аппараты, удовлетворяющие этим требованиям, приведены в Методических рекомендациях (см. «Предисловие к третьему изданию»).

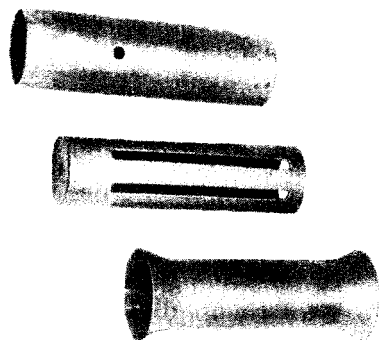
Несмотря на определенные различия в конструкции и дизайне, функциональные схемы приборов различных фирм имеют много общего, в том числе и близкие возможности.

С целью облегчения процесса поиска БАТ ЭАФ-приборы снабжены системами звуковой и светодиодной индикации, причем последняя встроена в «активный» электрод-щуп. Для повышения метрологичности ЭАФ-диагностики в некоторых моделях электродиагностических приборов используются специальные тензодатчики, позволяющие оценивать силу давления «активного» электрода-щупа на БАТ. Наряду с этим, ЭАФ-приборы могут иметь систему коммутации измерений ЭП БАЗ кожи по отведениям рука-рука, рука-нога (справа и слева) и нога-нога, а также блок измерения электрических потенциалов в полости рта.

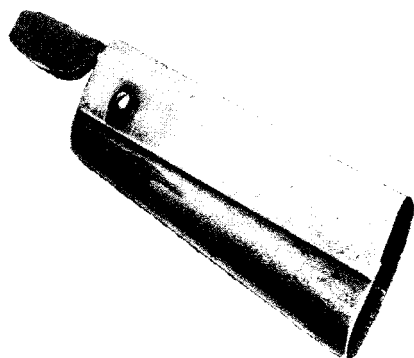
Для обеспечения процесса измерения электрических параметров БАТ и БАЗ кожи и электропунктурной терапии в ЭАФ наиболее часто используются латунные электроды следующих конструкций:

#### 1. Электроды для измерений электрических параметров (ЭП) БАЗ кожи и электропунктурной терапии:

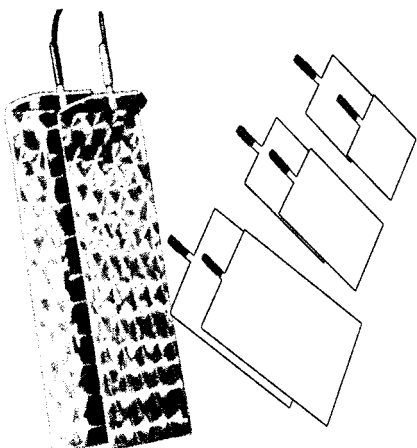
- ручные, полые цилиндрические электроды диаметром 30 мм и длиной 110 мм (рис. 2);
- чашечные электроды диаметром 60–70 мм с фиксатором, закрепляющим электрод на тыльной поверхности кисти руки;
- пружинный, ручной электрод с контактной площадкой или кнопкой, размыкающейся при расслаблении кистей рук и отключающей электрод от электродиагностического прибора (рис. 3);
- ножные пластинчатые электроды для измерений ЭП БАЗ кожи стоп размером 350×120 мм (рис. 4);
- электроды для измерений ЭП БАЗ различных участков кожи размерами 20×20 мм и 40×40 мм;



*Рис. 2.* Цилиндрические ручные электроды



*Рис. 3.* Пружинный ручной электрод «Свеса-1008»



*Рис. 4.* Ножные пластинчатые электроды

- колесные электроды диаметром 60 мм для измерения ЭП паравертебральных БАЗ кожи (рис. 5).

## **2. Электроды-щупы и насадки для измерения ЭП БАТ кожи и электропунктурной терапии:**

- полукруглый электрод-насадка диаметром 4 мм (рис. 6), ввинчивающийся или вставляющийся в «активный» электрод-щуп;
- шаровидный (сферический) электрод диаметром 3 мм (рис. 6);
- четырехштырьковый или «разрезной» сферический электрод диаметром 3 мм (рис. 6);
- зондовый или штифтовой электрод диаметром 1–2 мм, предназначенный для измерений ЭП БАТ ушной раковины (рис. 6);
- «активный» электрод-щуп диаметром 25 мм, изготовленный из ударопрочного полистирола или алюминия со встроенной кнопкой-переключателем режимов «диагностика-терапия», светодиодной матрицей, отображающей процесс поиска БАТ, тензодатчиком и устройством, обеспечивающим смену электродных насадок (рис. 7).

## **3. Специальные электроды для электропунктурной терапии:**

- никелированный роликовый электрод диаметром 30 мм для терапии по паравертебральным БАЗ кожи (см. рис. 8);
- позолоченные полостные вагинальный и ректальный электроды (рис. 9);
- позолоченный роликовый электрод диаметром 5 мм для лечения десен;

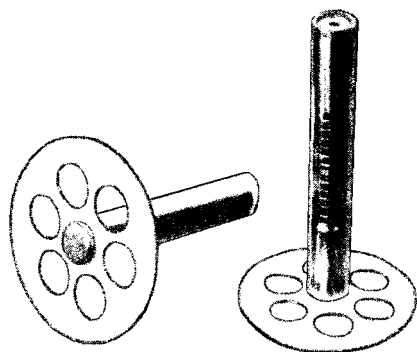
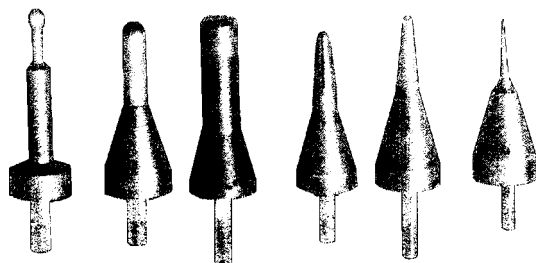
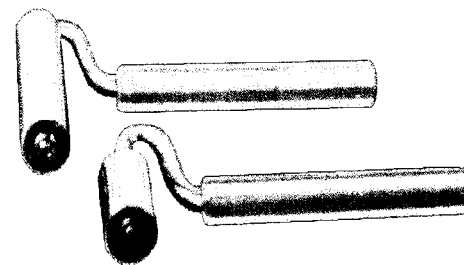
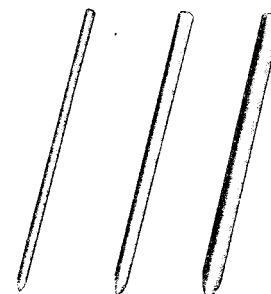
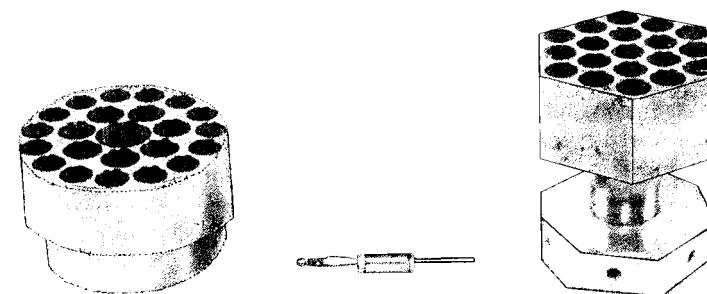
## **4. Ячейки для медикаментозного тестирования**

- цилиндрическая, сотовая алюминиевая тест-ячейка для тестирования медикаментов – ампул с жидкими формами, таблеток и т.п., диаметром 60 мм, с отверстиями 10–20 мм, и подставкой, выполненной в виде чашки, подключаемой последовательно к «пассивному» электроду (рис. 10).

Из числа материалов, используемых в настоящее время для изготовления электродов, наибольшее распространение получили латунь, хромированная нержавеющая сталь, никель и серебро.

Вопрос о достоинствах и недостатках тех или иных материалов, используемых для изготовления электродов, применяемых в практике электропунктурной диагностики и терапии, остается пока дискуссионным.

Так, исследования, проведенные К. Бергольдом и Ф. Бекке-

*Рис. 5. Колесные электроды**Рис. 6. Различные точечные электроды**Рис. 7. Активный электрод**Рис. 8. Роликовые электроды**Рис. 9. Вагинальные и ректальные электроды**Рис. 10. Соты с подставкой и соединительным штекером*

ром [49], показали, что латунь и графит с точностью до ошибки измерения электрического сопротивления БАТ (1,5%) дают одинаковые показатели при величинах электрического тока 11,25–12,7 мкА и напряжении 1,2–1,29 В.

По сравнению с латунью и графитом, серебряные (хлор-серебряные) электроды занижают результаты измерений ЭП БАТ на 8–10%, а хромированные – усиливают эффекты поляризации в тканях, что приводит к появлению ложного феномена «падения стрелки» (см. разд. 4.3).



Никелированные электроды также занижают величины электрической проводимости БАТ, однако не вызывают явлений поляризации в тканях.

Говоря о достоинствах или недостатках латунных и серебряных электродов, используемых в электропунктурной диагностике, некоторые авторы подчеркивают преимущества латунных электродов. Отмечено, что образование на них в процессе эксплуатации окисного слоя в меньшей степени влияет на результаты измерений ЭП БАТ кожи, чем аналогичные эффекты на серебряных. Кроме этого, использование латунных электродов, в противоположность серебряным, позволяет избежать ошибки измерений ЭП БАТ, связанной с возможной индивидуальной непереносимостью пациентом препаратов серебра (серебряно-ртутная амальгама), широко использовавшихся в зубоврачебной практике [52].

Попытки использования в приборах, предназначенных для проведения электропунктурной диагностики, электродов, изготовленных из золота, приводили к снижению результатов измерений ЭП БАТ и БАТ кожи, а из алюминия, цинка и свинца – к их повышению [49].

При проведении электротерапии с помощью полостных электродов наибольшими преимуществами обладают электроды, изготовленные из благородных металлов, например, золота, циркония, а также нержавеющей стали и других металлов, устойчивых к коррозии и действию биологически активных жидкостей.

Блок электротерапии ЭАФ-приборов содержит генератор импульсных электрических колебаний положительной и отрицательной полярности с регулируемой частотой следования импульсов обычно от 1 до 10 Гц и более.

Основные технические характеристики ЭАФ-приборов, выпускаемых различными фирмами, представлены в табл. 2.

Анализ технических характеристик перечисленных в табл. 2 приборов показывает, что большинство из них имеют сходные величины «диагностического» тока и среднюю точку шкалы (50 усл. ед. для шкалы 0–100 и 100 усл. ед. для шкалы 0–200), соответствующую границам физиологической нормы или регуляции функций, взаимосвязанных с БАТ органов и тканевых систем.

В России опыт разработки оригинальных приборов, ориентированных на методы ЭАФ-диагностики и терапии, насчитывает более 20 лет. Однако не все из разработанных к настоящему времени приборов отвечают требованиям, предъявляемым к устройствам такого класса, особенно в части проведения тестирования медикаментов. Оказалось, что на точность и достоверность ЭАФ-диагностики существенное влияние оказывает не только пра-

Технические характеристики приборов, используемых в ЭАФ-диагностике

Таблица 2

Страна, фирма и название прибора	Шкала в усл. ед. (середина шкалы в кОм)	Диагностические параметры		Показатели шкалы при нагрузке R=100 кОм
		Максимальное напряжение, V	Максимальный ток, мкА	
ФРГ				
Pitterling Electronic GmbH: «Dermatron ST new»	от 0 до 100	1,29	12,7	49,0 98,3
«Dermatron»	от 0 до 100	1,2	12,7	48,0 92,3
«EAV-Somogramm» Kreis und Fritz	от 0 до 100	1,25	11,25	50,0 99,6
«K+F Diatheracupuncteur»	от 0 до 100	2,07	12,25	52,0 95,0
E. Jacob und J. Hausler «F f B 110»	от 0 до 100	1,25	11,25	50,0 99,5
Sveca: «Sveca 1017; 1026»	от 0 до 100	1	10	50,0 100,0
Jahnke Bioelectronic GmbH: «Theratest Super»	от 0 до 100	1,0	10,0	50,0 50,0 100,0
«Theratest Mini»	от 0 до 100	1,0	10,0	
Vega Grieshaber GmbH und Co. «Vegatest I, II, III, IV Meter»	от 0 до 100	1,52	10,10	63,0 165,9
Med-Tronic: «RM 10 Med-Tronic Mora Therapy»	от 0 до 100	1,2	12	47,0 92,4
Brugemann «Bicom»	от 0 до 100 100,4	1	10	50
США				
Vega USA «Computonix Computer»	от 0 до 100 100,4	1,26	12,4	49,4
«Computronix programmed as Vega instrument»	от 0 до 100	1,56	9,6	48,0 92,3
LAM: «Lam EAV Exp. Meter» «Lam EAV Led Meter»	от 0 до 100 от 0 до 100	1,0 1,0	10,0 10,0	50,0 50,0

Таблица 2 (продолжение)

Страна, фирма и название прибора	Шкала в усл.ед. (середина шкалы в кОм)	Диагностические параметры		Показатели шкалы при нагрузке R=100 кОм
		Максимальное напряжение, V	Максимальный ток, мкА	
INTERRO: «Interro Computer»	от 0 до 100 99,5	6,36	272,7	50
«Interro Portable Compuetr»	от 0 до 100	5,1	114	52,0 109,0
КАНАДА				
PHOTONIX: «Photonix Meter Digital Led»	от 0 до 200	4,98	67	141,0 174,5
ТАЙВАНЬ				
VGH: «VGH 82 Skylar» «Adj. VHG 82 Skylar»	от 0 до 200 от 0 до 100 90,9	1,25 1,25	12,5 12,5	96,0 48,0
CVM: «Chin Value Meter» «Adj. Chin Value Meter»	от 0 до 200 от 0 до 100 107,3	1,24 1,24	12,0 12,0	105,0 52,0

вильный выбор материалов, из которых изготовлены электроды, и величины «диагностического» электрического тока, но и элементная база приборов (операционные усилители, диоды и т.п.), неадекватный подбор которой может приводить к появлению «паразитных» помех, искажающих результаты тестирования медикаментов.

Одним из первых отечественных приборов, предназначенных для проведения метода ЭАФ-диагностики и терапии, является устройство «ЭДИТА», разработанное инженером В.К.Калачевым и В.С.Гойденко, содержащее диагностическую и терапевтическую части.

Контроль обрыва в цепи подключенных к аппарату устройства терапии осуществляется по протекающему по нему току. Протекание тока сопровождается звуковым сигналом.

#### 4. Измерение проводимости *рука-рука*

В соответствии с методом Р. Фолля измерения по БАТ должно предшествовать измерение проводимости *рука-рука*» или более полное четырехквadrантное измерение, т.е. по БАЗ (см. раздел 5.1):

- левая рука-правая рука,
- левая нога-правая нога,
- левая нога-левая рука,
- правая нога-правая рука.

Для измерения проводимости *рука-рука* пассивный цилиндрический электрод дается в левую руку пациенту, а неподключенный к аппарату второй цилиндрический электрод помещается в правую руку. Наконечником подключенного активного электрода врач касается правого электрода на 5–10 с и считывает показания по стрелочному индикатору. Они должны соответствовать 82–86 усл. ед. (см. ниже).

Если необходимо проводить длительное измерение *рука-рука*, то второй цилиндрический электрод подключается к гнезду АЭ2.

#### 5. Проведение четырехквadrантных измерений (рис. 13)

Последовательность действий при проведении четырехквadrантных измерений приведена на рис. 13.

На первом этапе осуществляется измерение *рука-рука*, описанное выше.

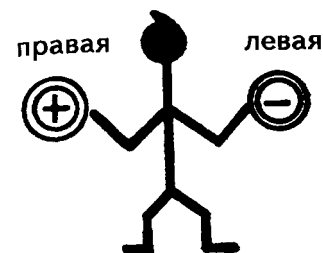
Измерение *левая нога-левая рука*. Для проведения измерений плоский электрод с помощью соединительного провода подключается к гнезду ПЭ или МТ и помещается под левую ногу пациента, ручной цилиндрический электрод, находящийся в левой руке пациента, подключается к гнезду АЭ2, или его касаются наконечником активного щупа. При этом плоские электроды могут быть положены на специальный токонепроводящий коврик или подстилку, желательна из несинтетического материала (см. требования Р. Фолля к рабочему месту).

Измерение проводимости *правая нога-правая рука* аналогично предыдущему, но только для правой стороны тела.

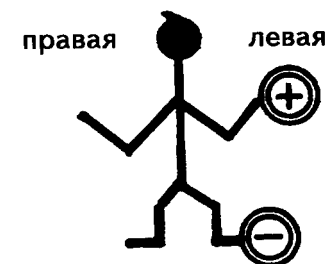
Для измерения *нога-нога* плоские электроды помещаются под ноги пациенту, и с помощью соединительных проводов левый электрод подключается к гнезду ПЭ или МТ, правый – к гнезду АЭ2. При кратковременных измерениях достаточно коснуться на 5–10 с неподключенного правого ножного электрода активным щупом.

Результаты измерений обычно фиксируются для наглядности

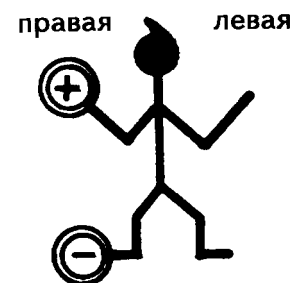
#### 1. Рука - Рука



#### 2. Левая сторона



#### 3. Правая сторона



#### 4. Нога - Нога



Рис. 13. Полярности электродов при четырехквadrантных измерениях

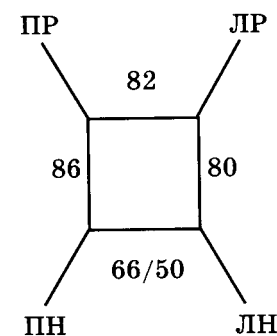


Рис. 14. Карточка для записи результатов четырехквadrантных измерений

в виде рисунка. В данном примере в виде дроби показаны максимальное и минимальное значения, полученные при измерении *нога-нога* из-за падения стрелки на 16 единиц. Для расшифровки показаний необходимо обратиться к работам Р. Фолля.

## 6. Поиск биологически активных точек и проведение измерений по БАТ

Для измерения БАТ на руке пассивный электрод помещается в одну руку пациента, а измерения проводятся на другой. С помощью активного электрода осуществляется поиск БАТ и ее последующее измерение. При измерении БАТ ножных меридианов пассивный электрод должен находиться в соответствующей руке: при измерении БАТ левой ноги – в левой руке, при измерении БАТ правой ноги – в правой руке.

Техника измерения БАТ может быть различной в зависимости от используемой методики (описана ниже).

В соответствии с работами Р. Фолля, «нормальными» показаниями на точках являются 50–60 усл. ед. без «падения стрелки».

В данном аппарате величина «падения стрелки» отображается в цифровой форме на индикаторе (14). Например, если «падения стрелки» нет, на индикаторе отображается –  $d \quad 0$ . Если «падение стрелки» есть и равно, например, 20 усл. ед., то на индикаторе отображается –  $d \quad 20$ .

## 7. Проведение медикаментозного тестирования

К гнезду МТ (8) с помощью специального провода подключается ячейка (пластина) для медикаментозного тестирования или кассета с препаратами. Осуществляется измерение параметров биологически активной точки (точек), и результаты измерений заносятся в таблицу или запоминаются.

Тестируемый медикамент (препарат) помещается на пластину или в пассивный электрод, для чего в них предусмотрены соответствующие углубления. Фиксируются новые показания на тех же БАТ, на которых осуществлялись первичные измерения.

Оптимальным считается тот медикамент (препарат) или их совокупность, который «нормализует» показания на точках, т.е. показания становятся близкими к 50 усл. ед., и устраняется «падение стрелки».

В настоящее время авторами разработан электронный селектор медикаментов, содержащий более на 36000 препаратов.

## 8. Проведение электропунктурной терапии

### 8.1. Выбор режима терапии

Кнопкой (15) выбрать режим работы аппарата «Терапия» (ин-

дикатор ТЕР). Выбор режима терапии фиксированными частотами осуществляется кнопкой (23). При этом загорается индикатор ГЦ, а на цифровом индикаторе (14) появляется значение ранее установленной частоты импульсов терапии, например, 6,2 Гц, 22,5 Гц и 1103 Гц и т.п., в зависимости от диапазона частот. Запуск терапии осуществляется кнопкой (22) СТАРТ.

### 8.2. Установка частоты терапии

Выбор диапазона частот импульсов терапии осуществляется кнопкой (17). Возможна работа в трех диапазонах: 0,1–15 Гц – индикатор 1, 1–150 Гц – индикатор 10 и 10–1500 Гц – индикатор 100. В ручном режиме при выбранном диапазоне частот с помощью кнопок (20), (21) на цифровом индикаторе (14) устанавливается требуемая частота. Установка частоты можно также осуществлять кнопками (26) (V), (27) (Δ) на активном электроде-щупе.

Если удерживать нажатой соответствующую кнопку «больше» (Δ), «меньше» (V), то значение частоты на индикаторе (14) будет изменяться непрерывно (режим «прокрутки»). Можно использовать кратковременные нажатия для более точного подхода к требуемому значению частоты (пошаговый режим).

В диапазоне 0,1–15 Гц частота устанавливается с точностью до второго знака после запятой, например, 9,45 Гц. В диапазоне 1–150 Гц частота устанавливается с точностью до одного знака после запятой, например, 94,5 Гц. В диапазоне 10–1500 Гц – с точностью до последней цифры, например, 945 Гц. Значение частоты, установленной в одном диапазоне, при переходе в другой диапазон сохраняется. Например, в первом диапазоне можно установить 6,20 Гц, во втором диапазоне – 22,5 Гц, а в третьем – 1103 Гц.

При выборе режима «девиация» (индикатор ДЕВ) с помощью кнопки (16) аппарат осуществляет 2%-ное изменение частоты относительно установленной. Например, 6,20 Гц  $\pm 2\%$ . Установленная частота отображается на цифровом индикаторе. С помощью кнопок (20), (21) можно изменять центральную частоту.

При выборе режима «волновые качели» (индикатор КАЧ) с помощью кнопки (16) аппарат осуществляет автоматическое качание частоты в диапазонах 1–10 Гц, 10–100 Гц или 100–1000 Гц.

Период качания – 3 минуты. Текущее значение частоты отображается на индикаторе (14). В процессе изменения частоты с помощью кнопок (20), (21) можно изменить направление прохода частотного диапазона на противоположный. Например, изменение частоты происходит от 1 Гц до 10 Гц, в момент, когда на индикаторе – 6 Гц, мы кратковременно нажимаем кнопку «меньше» (V), и прибор автоматически переходит к «качанию» частоты

от 6 Гц до 1 Гц. Далее процесс качания происходит как обычно. Кнопкой (22) **СТАРТ** процесс качания частоты можно остановить и включить снова.

### 8.3. Выбор формы импульсов

В аппарате используются однополярные положительные, биполярные и однополярные отрицательные импульсы, им соответствуют индикаторы ( $\square$ ), ( $\square$ ), ( $\square$ ). Выбор полярности импульсов терапии осуществляется нажатием на кнопку (19).

Однополярные положительные импульсы часто используются для «быстрого» седирующего воздействия на БАТ или БАЗ пациента.

Однополярные отрицательные импульсы чаще всего используются для «быстрого» тонизирующего воздействия на БАТ или БАЗ пациента.

Биполярные импульсы с релаксационной паузой могут быть использованы для осуществления как седирующего, так и тонизирующего воздействия на БАЗ и БАТ кожи. При этом направленность воздействия в сторону седирующего или стимулирующего эффекта регулируется выбором соответствующей амплитуды импульсов (подпороговый 1–2 В или пороговый 5–10 В).

### 8.4. Установление интенсивности терапии

Нажатием на кнопку «Терапия» выбирается режим регулировки интенсивности и осуществляется выбор вида требуемой формы импульсов терапии с помощью переключателя (18). В аппарате используются однополярные положительные, биполярные и однополярные отрицательные импульсы.

Однополярные положительные импульсы часто используются для «быстрого» седирующего воздействия на пациента.

Однополярные отрицательные импульсы чаще всего используются для «быстрого» тонизирующего воздействия на пациента.

Биполярные импульсы с релаксационной паузой могут быть использованы для осуществления как седирующего, так и тонизирующего воздействия на БАЗ и БАТ. При этом направленность воздействия в сторону тормозного или стимулирующего эффекта регулируется выбором соответствующей амплитуды импульсов (подпороговый 1–2 В или пороговый 5–10 В).

Управление кнопками (13) для установки интенсивности терапии осуществляется также, как и управление выбором частоты (см. п. 8.3), т.е. можно увеличивать или уменьшать амплитуду импульсов терапии.

Вся шкала аппарата 100 усл. ед. соответствует амплитуде импульса 18 В (при полностью заряженном аккумуляторе). При би-

полярных импульсах полный размах сигнала терапии составляет от пика до пика 36 В. Шкала аппарата для амплитуды линейная.

При выборе амплитуды электрического стимула как правило необходимо устанавливать такую интенсивность воздействия на БАЗ и БАТ кожи, которая не вызывает у пациента неприятных ощущений, чувства боли, фасцикулярного подергивания мышц и т.п. Исключение может составлять проведение терапии по типу «токовой моксы».

С целью уменьшения переходного сопротивления кожи целесообразно осуществлять увлажнение наконечника активного электрода-щупа, ручных и ножных электродов или зон кожи, на которых проводится электропунктурная терапия.

### 8.5. Установка времени проведения терапии

С помощью кнопки (18) выбрать режим установки и отображения на цифровом индикаторе (14) времени (индикатор ВР). Установка времени терапии производится кнопками (20), (21).

Время отображается на цифровом индикаторе в минутах и секундах, например, 2:10 (две минуты десять секунд). Значение 0:00 соответствует неограниченному времени терапии.

Запуск терапии осуществляется кнопкой **СТАРТ** (22). На цифровом индикаторе выводится оставшееся время терапии. После окончания терапии подается звуковой сигнал. Процесс терапии отображается миганием одного из индикаторов выбора вида импульсов терапии (19). Повторный запуск терапии при установленном времени осуществляется нажатием кнопки **СТАРТ** (22). В процессе терапии кнопками (20), (21) можно изменять оставшееся время терапии.

Прервать терапию можно нажатием кнопки **СТАРТ** (22).

Протекание тока через пациента в процессе терапии сопровождается прерывистым звуковым сигналом, частота повторений соответствует частоте следования импульсов.

Если режим установки времени не используется, то время терапии не ограничивается.

### 8.6. Проведение электропунктурной терапии по БАЗ кожи

Метод электропунктурной терапии (ЭТ) по БАЗ кожи, условно обозначаемый как «квадрантное выравнивание энергетического баланса» БАЗ кожи, включает в себя два этапа.

На первом этапе за счет измерения величин электрической проводимости (ЭП) различных участков БАЗ кожи определяется, в каком из отведений (например, правая рука-левая рука, правая нога-левая нога) отмечаются наибольшие отклонения величин ЭП от значения нормы (82–86 усл. ед.).

На втором этапе по данным отведениям осуществляется воздействие электрическими импульсами, частота, форма и амплитуда которых выбираются, исходя из полученных величин ЭП и нозологии. При этом особое внимание уделяется отведениям (квадрантам) с низким значениями ЭП, на которые электрическое воздействие осуществляется в первую очередь.

Воздействие на БАЗ кожи проводится до тех пор, пока не будет достигнуто выравнивание ЭП по всем отведениям.

С целью контроля за процессом «квадрантного выравнивания» рекомендуется переходить с режима «Терапия» на режим «Диагностика» через каждые 30–60 сек.

#### *8.7. Проведение электропунктурной терапии по БАТ кожи*

Последовательность проведения терапии повторяет во многом все, что описано в п. 8.6. Однако измерение и выравнивание осуществляется по значениям на отдельных БАТ кожи, причем, в первую очередь, это концевые точки меридианов, начинающихся и заканчивающихся на руках и ногах.

#### *8.8. Противопоказания к применению электропунктурной терапии*

К числу противопоказаний к применению ЭТ относятся:

- доброкачественные и злокачественные новообразования;
- наследственные геморрагические анемии;
- нарушение свертываемости крови;
- пурпура и другие геморрагические состояния;
- беременность;
- острые инфекционные заболевания и лихорадочные состояния неясной этиологии;
- хронические инфекционные заболевания в стадии обострения (туберкулез, бруцеллез и пр.);
- декомпенсированные заболевания сердца, легких и других внутренних органов;
- пневмосклероз с склонностью к кровотечению;
- активный ревматизм;
- инфаркт миокарда до двух месяцев давности;
- венозные тромбозы и эмболии в остром периоде;
- резкое истощение;
- врожденные уродства центральной нервной системы;
- наличие у пациента имплантируемого электрокардиостимулятора;
- индивидуальная непереносимость электрического тока;
- повреждения и заболевания кожи в местах электростимуляции;
- острые болевые синдромы неясного происхождения;

- состояние острого психического возбуждения или опьянения.

Дополнительные устройства позволяют осуществлять с помощью данного аппарата цвето-(колор-)терапию, магнитную терапию и терапию в инфракрасном диапазоне частот.

Аппарат позволяет осуществлять диагностику и терапию как по корпоральным, так и по аурикулярным точкам акупунктуры.

Аппарат «МИНИ-ЭКСПЕРТ-ДТ» (рис. 11) может работать как автономно, так и под управлением программного обеспечения «ЭКСПЕРТ-ФОЛЛЬ» (для DOS и Windows).

Центр «ИМЕДИС» выпускает аппаратно-программный комплекс «ИМЕДИС-ФОЛЛЬ», который включает в себя аппарат «ИМЕДИС-БРТ-ПК» и программное обеспечение. Этот комплекс предоставляет все перечисленные выше возможности, а также содержит встроенный в аппарат медикаментозный селектор, включающий более 36000 электронных аналогов гомеопатических препаратов, нозодов, органопрепаратов, аллергенов различных фирм и т.д., которые могут быть подключены к измерительному контуру при медикаментозном тестировании. Аппарат содержит систему эндогенной биорезонансной терапии.

Более подробно информацию об аппаратуре, выпускаемой Центром «ИМЕДИС», можно получить из рекламной информации, размещенной в конце данной книги, или, обратившись в Центр «ИМЕДИС».

## **5. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ**

### **5.1. Измерение электрических параметров биологически активных зон кожи**

Измерение электрических параметров (ЭП) по отведению *рука-рука* является первым этапом электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля и предназначено для интегральной оценки общего «энергетического» состояния пациента, определения типа неспецифической реактивности его организма и тонууса вегетативной нервной системы.

Для измерения ЭП БАЗ кожи по отведению *рука-рука* необходимо поместить «пассивный» цилиндрический электрод в левую руку пациента, а второй цилиндрический электрод с подключенным к нему «активным» электродом-щупом – в правую руку.

После этого по шкале стрелочного индикатора оценивается

так называемый «измерительный» уровень (ИУ), то есть максимальное отклонение стрелки от нуля шкалы диагностического аппарата. Величины ИУ по отведению *рука-рука*, лежащие в интервалах:

- 82–86 усл. ед. указывают на нормэргический тип реактивности и эутонию вегетативной нервной системы;
- свыше 86 усл. ед. – на гиперэргический тип реактивности и повышение тонуса симпатического отдела нервной системы;
- ниже 82 усл. ед. — на гипоэргический тип реактивности и повышение тонуса парасимпатического отдела нервной системы.

Следует отметить, что высокие величины ИУ по отведению *рука-рука* (более 92 усл. ед.) наиболее часто наблюдаются при психомоторном возбуждении, неврозе ожидания, нейроциркуляторной дистонии, при употреблении перед исследованием симпатомиметических и других возбуждающих средств (алкоголь, табак), в предменструальный период, в продромальную стадию острых респираторных заболеваний и других инфекций, а также у лиц, постоянно носящих синтетическое белье, накапливающее статическое электричество.

Низкие величины ИУ по отведению *рука-рука*, лежащие ниже 80–70 усл. ед., наиболее часто встречаются у лиц пожилого возраста, имеющих «энергетический» дефицит, при анемиях, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, ишемической болезни сердца, нарушении углеводного обмена, гипотиреозе, эндогенных депрессиях, при длительном использовании или передозировке

#### Интерпретация результатов измерения ЭАП кожи Таблица 3

Величина ИУ	Тип неспецифической реактивности	Тонус ВНС
от 96 до 100	Экстремальная гиперэргия (острый стресс)	Амфотония
от 92 до 95	Выраженная гиперэргия	Выраженная симпатикотония
от 87 до 91	Гиперэргия	Гиперэргия
от 82 до 86	Нормэргия	Эутония
от 70 до 81	Гипоэргия	Парасимпатикотония
от 60 до 69	Выраженная гипоэргия	Выраженная парасимпатикотония
от 50 до 59	Резко выраженная гипоэргия	Резко выраженная парасимпатикотония с истощением резервов симпатoadренальной системы
49 и ниже	Ареактивность	Охранительное или запредельное торможение ЦНС

бета-адреноблокаторов, глюкокортикостероидов, обезболивающих, наркотических, нейролептических и снотворных средств.

Наряду с этим, снижение ИУ по отведению *рука-рука* до 80–70 усл. ед. может наблюдаться в вечерние часы и после приема пищи, что отображает развитие процесса физиологической парасимпатикотонии (в ЭАФ – депонирование «энергии» во внутренних органах).

При измерении ЭП по отведению *рука-рука* необходимо обратить внимание на устойчивость достигнутых значений, «дрейф» которых в обратную сторону (например, с 90 до 84 усл. ед.), регистрируемый с помощью стрелочного индикатора, указывает на амфотонию тонуса вегетативной нервной системы с преобладанием или компенсаторным повышением тонуса вагуса (повышение холинэргической медиации).

Наблюдение данного эффекта, условно обозначаемого как феномен «падения стрелки» (см. ниже), следует рассматривать не как артефакт, а как отображение антагонистических взаимоотношений между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы.

Использование последнего методического подхода особенно оправданно в тех случаях, если исследование пациента проводится вечером, поскольку в вечерние часы, а также после приема пищи наблюдается развитие физиологической парасимпатикотонии (депонирования «энергии» во внутренних органах) и величины ИУ БАЗ кожи могут снижаться до 80–70 усл. ед., а во время сна – до 60 усл. ед. и ниже.

Результаты измерения ЭП по отведению *рука-рука* (и другим отведениям) имеют важное значение в прогнозе течения некоторых заболеваний и могут быть использованы в экспресс-оценке эффективности проводимой терапии.

Например, повышение в процессе проводимого лечения величины ИУ по отведению *рука-рука* свыше 90 усл. ед. может свидетельствовать о развитии сенсibilизации к определенному медикаменту, а ниже 70 усл. ед. – о его передозировке или об отрицательном влиянии на «энергетический» статус пациента, что часто наблюдается при длительном использовании бета-блокаторов и глюкокортикостероидных средств.

Нарастающее снижение величин ИУ, например до 10 усл. ед. и ниже, обычно наблюдается при заболеваниях с непредвиденным исходом или *antem finem*.

При регистрации и анализе результатов измерений ЭП по отведению *рука-рука* следует обратить внимание на влажность кожи ладоней, гипергидроз или сухость которых могут исказить резуль-

таты измерений электрических параметров БАТ, делая их, с диагностической точки зрения, менее значимыми. Так, например, при величинах ИУ по отведению *рука-рука*, лежащих выше 92 усл. ед., точность электropунктурной диагностики по БАТ снижается до 80%; при ИУ 80–70 усл. ед. – до 80%; 69–60 усл. ед. – до 70–60%; а ниже 60 усл. ед. – до 0%.

Поэтому в случае выраженной потливости кожи ее следует протереть сухой салфеткой, а при сухости (значения ИУ ниже 82 усл. ед.) – салфеткой, смоченной 0,9% раствором хлористого натрия.

При низких значениях ЭП по отведению *рука-рука* некоторые авторы рекомендуют проводить искусственную коррекцию «энергетического баланса» до нормальных величин с помощью низкочастотной стимуляции электрическим током отрицательной полярности (1,7 Гц – симпатикотоническая частота; амплитуда воздействия – пороговая) точки меридиана желчного пузыря – **Жп 20 СТИ** симпатическая нервная система, расположенной у нижнего края сосцевидного отростка между местами прикрепления грудино-ключично-сосцевидной и трапециевидной мышц [24].

Существует и другой методический подход, использующийся в коррекции «энергетического баланса» и оправдывающий себя в тех случаях, когда другие способы его восстановления в течение продолжительного периода наблюдения не дают ощутимого результата, например, при длительном сохранении высоких (более 94 усл. ед.) или низких (менее 78 усл. ед.) величин ЭП по отведению *рука-рука* или другому отведению. Сущность данного методического подхода заключается в назначении пациенту на трехдневный или более продолжительный период времени (под контролем ЭП) гомеопатического полихреста – *Thuja* (Туя), выбор потенции которой осуществляется с учетом анализа величин систолического артериального давления (АД), характера жалоб предъявляемых пациентом и потенциального органа «мишени» [52] (табл. 4).

Например, при величинах систолического АД, лежащих в интервале 150–160 мм рт. ст., и наличии симптомов поражения сердечно-сосудистой системы, для коррекции энергетического баланса используется потенция Туи D20, а при АД 145–150 мм рт. ст. и симптомах поражения центральной нервной системы – D21 и т.д. Препараты Туи могут использоваться в виде масляных или спиртовых растворов, апплицируемых на область левой локтевой вены или в глобулах, применяемых сублингвально в количестве 5–8 шариков.

Помимо измерений ЭП по отведению *рука-рука*, в практике ЭАФ используются, так называемые, 4-квadrантные измерения ЭП биологических активных зон кожи (БАЗ) (см. табл. 5).

Под термином отведение или квадрант подразумевается учас-

Соответствие потенциалов Туи величинам систолического артериального давления

Таблица 4

Величина АД мм рт. ст.	Потенция Туи (D)	Симптомы, органы-мишени	Потенция Туи (D)	Величина АД мм рт. ст.
АД = 150–160	20	Сердце, большой круг кровообращения	10	АД = 200
АД = 145–150	21	Заболевания ЦНС	11	АД = 190
АД = 145–150	22	Заболевания бронхолегочной системы и щитовидной железы	12	АД = 190
АД = 140–145	23	Сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта	13	АД = 190
АД = 135–145	24	Заболевания ЦНС, нарушения обмена веществ	14	АД = 190
АД = 130–140	25	Заболевания бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем	15	АД = 180
АД = 130–135	26	Сахарный диабет, аллергические заболевания, суставные поражения	16	АД = 170
АД = 125–130	27	Дегенеративные заболевания, нарушения обмена веществ, нарушения иммунной реактивности и микроциркуляции (кровь, лимфа)	17	АД = 170
АД = 120–125	28	Заболевания печени, желчевыводящих путей и желудка	18	АД = 160–170
АД = 105–110	29	Заболевания урогенитальных органов	19	АД = 160–170
АД = 100–105 и ниже	30	Хронические дегенеративные и воспалительные процессы		

ток кожи, имеющей сегментарные или иные взаимосвязи (висцеро-кутанные, кутано-кутанные и др.) с определенными органами или тканевыми системами, через которые пропускается «диагностический» электрический ток.

Для реализации процесса измерения ЭП БАЗ кожи в руки пациента помещаются два цилиндрических электрода, а ноги ус-



**Последовательность измерения  
ЭП БАЗ кожи в ЭАФ**

Таблица 5

№ п/п	Последовательность измерения ЭП БАЗ кожи, отведение и полярность диагностического тока	Взаимосвязь с органами и тканевыми системами
1.	рука справа-рука слева (+) (-)	Сердце, легкие, пищевод, шейно-грудной отдел позвоночника
2.	рука слева-нога слева (+) (-)	Сердце, бронхи, легкие, желудок, нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки, селезенка, поджелудочная железа, почки, урогенитальные органы
3.	рука справа-нога справа (+) (-)	Печень, желчный пузырь, легкие, бронхи, желудок, восходящий отдел поперечно-ободочной к-ки, аппендикс, почки, урогенитальные органы
4.	нога справа-нога слева (+) (-)	Урогенитальные органы, прямая кишка, пояснично-крестцовый отдел позвоночника

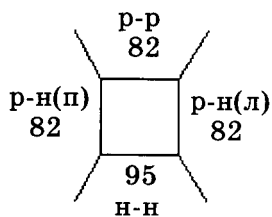
танавливаются на плоские электроды, после чего осуществляются измерения ЭП в приведенной в табл. 5 последовательности.

Четырехквadrантные измерения ЭП БАЗ кожи используются для проведения предварительной или топической ЭАФ-диагностики, результаты которой могут быть в дальнейшем подтверждены или опровергнуты с помощью измерений ЭП соответствующих БАТ кожи.

Например, в случае установления наибольших отклонений величин ИУ от значений нормы по отведению *рука-нога справа*, имеющему взаимосвязь с печенью, желчным пузырем, аппендиксом и правым яичником, особое внимание при проведении дифференциальной диагностики должно быть уделено измерению ЭП контрольных точек меридианов печени, желчного пузыря, толстой кишки, мочевого пузыря и т.д. [24, 59, 76, 91].

Ниже приведены характерные примеры использования четырехквadrантной топической диагностики по БАЗ кожи [45, 49, 68]:

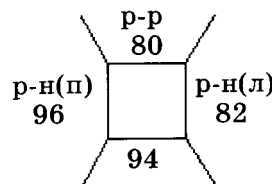
**Результаты измерения  
ЭП БАЗ:**



**Предварительный диагноз  
или состояние:**

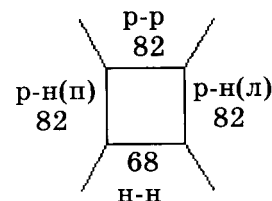
Аднексит (простатит)

**Результаты измерения  
ЭП БАЗ:**

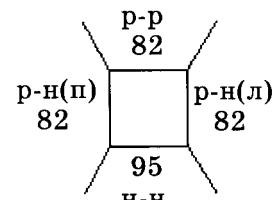


**Предварительный диагноз  
или состояние:**

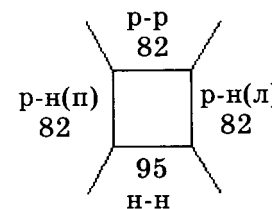
Хронический аппендицит или  
правосторонний аднексит



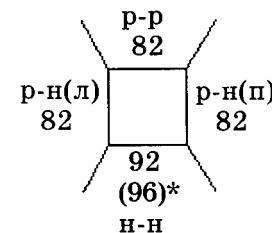
Дегенеративный процесс  
в органах малого таза



Венозный стаз в нижней части  
туловища



Дегенеративный процесс  
в органах грудной клетки – слева

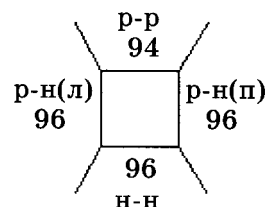


Предменструальный период.  
В случаях осложненных менструаций разность между ИУ по отведению нога-нога по отношению к ИУ других отведений будет составлять более 10 усл. ед.\*

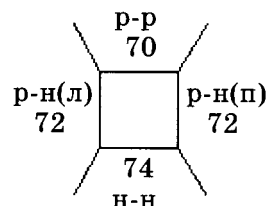
При интерпретации результатов топической ЭАФ-диагностики по БАЗ кожи необходимо учитывать разность величин ИУ отдельных отведений.

Различие между ИУ отведений, составляющее 6 и более усл. ед., является достоверным доказательством наличия нарушений в соответствующем квадранте. В том случае, если разность ИУ всех отведений составляет менее 6 усл. ед., можно судить лишь о типе неспецифической реактивности организма и тонусе вегетативной нервной системы.

Например:



Острый стресс, выраженная симпатикотония



Утомление, парасимпатикотония

В рамках близких к ЭАФ способов электропунктурной диагностики по БАЗ (например, биоэлектронной функциональной регуляционной диагностики – БФД) разработаны и другие программы измерений ЭП БАЗ кожи. Одной из наиболее информативных программ является программа сегментарной диагностики, включенная в аппаратно-программный комплекс (АПК) «ИМЕДИС-ФОЛЛЬ» (табл. 6).

Данная программа предусматривает возможность проведения измерений ЭП БАЗ кожи лба, верхних и нижних конечностей по 7 отведениям в последовательности, приведенной в табл. 6, и позволяет интегрально оценить состояние большего числа органов, чем в ЭАФ с дополнительной двухкратной токовой нагрузкой по соответствующим отведениям.

## 5.2. Техника поиска и измерения электрических параметров биологически активных точек кожи

Для определения топографии БАТ большинство аппаратов,

Программа измерений ЭП по 7-ми отведениям, Таблица 6  
используемая в АПК «ИМЕДИС-ФОЛЛЬ»

№ п/п	Отведение и полярность электрического тока	Взаимосвязь с органами и тканевыми системами
1.	лоб слева-рука слева (+) (-)	Миндалины, придаточные пазухи носа, уши, нос, головной мозг, мышцы шеи, сердце, верхние дыхательные пути, шейный отдел позвоночника
2.	рука слева-нога слева (+) (-)	Сердце, бронхи, легкие, желудок, нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки, селезенка, поджелудочная железа, почки, уrogenитальные органы
3.	лоб справа-рука справа (+) (-)	Миндалины, придаточные пазухи носа, уши, нос, головной мозг, мышцы шеи, сердце, верхние дыхательные пути, шейный отдел позвоночника
4.	рука справа-нога справа (+) (-)	Печень, желчный пузырь, легкие, бронхи, желудок, восходящий отдел поперечно-ободочной кишки, аппендикс, почки, уrogenитальные органы, поджелудочная железа
5.	лоб справа-лоб слева (+) (-)	Шейный отдел позвоночника, мышцы шеи, зубы, миндалины, придаточные пазухи носа, глаза, уши, сосуды головного мозга
6.	рука справа-рука слева (+) (-)	Сердце, легкие, пищевод, шейно-грудной отдел позвоночника
7.	нога справа-нога слева (+) (-)	Уrogenитальные органы, прямая кишка, пояснично-крестцовый отдел позвоночника

используемых для проведения электропунктурной диагностики, содержат устройство поиска, совмещенное с системами акустической и светодиодной индикации.

При использовании системы акустической индикации место расположения центра БАТ определяется по характеру изменения высоты тона звукового сигнала. Система светодиодной индикации представляет из себя линейную матрицу, состоящую из 1–10 и более светодиодов, вмонтированных в активный электрод-щуп диагностического аппарата, отображающую процесс поиска БАТ.

При отсутствии блока поиска или в случае его совмещения с блоком диагностики расположение центра БАТ может определяться по степени максимального отклонения стрелки диагностического аппарата.

В ЭАФ для поиска и измерения ЭП БАТ используются три технических приема [45, 49, 67]:

- вертикальный;

- касательный (тангенциальный);
- штриховой.

Вертикальная техника используется для поиска и измерения ЭП БАТ, локализованных на стопах ног, ушной раковине, черепе и туловище. При ее применении активный электрод-щуп устанавливается под углом  $90^\circ$  к месту предполагаемого расположения БАТ, затем при слабом давлении на кожу снизу-вверх, двигаясь по ходу меридиана, определяется центр точки.

Касательная (тангенциальная) техника применяется в случаях поиска и измерения ЭП БАТ, локализованных на пальцах рук. При данной технике активный электрод-щуп устанавливается к центру БАТ под углом  $45^\circ$ .

Штриховая техника используется для поиска и измерения БАТ, локализованных в кожных складках, например, на лице, шее, спине, ягодицах. В этом случае активным электродом-щупом под небольшим углом проводятся штриховые движения в зоне предполагаемого расположения искомой БАТ, центр которой определяется по характеру изменения высоты тона звукового сигнала или по количеству светящихся светодиодов в линейной матрице.

В последнее время с введением в практику электропунктуры шаровидных электродов диаметром 3 мм с крестообразным разрезом специалистами ЭАФ разработана универсальная техника измерения ЭП БАТ. При данной технике измерения ЭП активный электрод-щуп может располагаться к центру БАТ под любым углом, поскольку сфера электрода-щупа обеспечивает надежный контакт с ней. После установления контакта с БАТ активный электрод-щуп может поворачиваться по часовой стрелке одновременно с увеличением силы давления на БАТ.

Переход от поиска к измерению электрических параметров БАТ осуществляется после определения ее центра, с последующим изменением силы прижатия к ней «активного» электрода-щупа, до выхода на так называемое «плато измерения» (рис. 15).

Под термином выхода на «плато измерения» понимается достижение такой силы давления активного электрода-щупа на БАТ, при которой усиление давления на нее до определенного предела не вызывает дальнейшего подъема стрелки индикатора диагностического аппарата. Оптимальной силой давления активного электрода-щупа на БАТ является величина, лежащая в пределах:

- для электрода диаметром 2 мм – 500–1000 грамм-сил,
- для электрода диаметром 3 мм – 600–1100 грамм-сил,
- для электрода диаметром 4 мм – 700–2000 грамм-сил.

Выход на «плато измерения» осуществляется в течение 2–3 с плавно, без рывков активного электрода-щупа, способных приве-

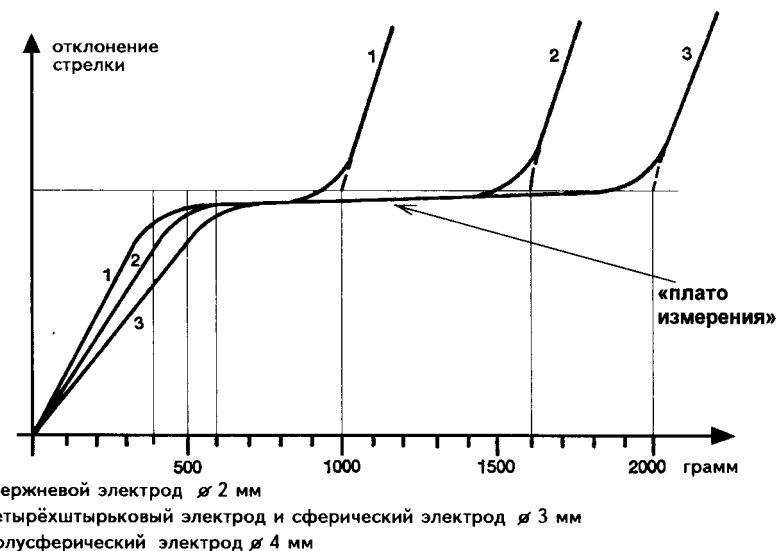


Рис. 15. Зависимость между силой прижатия активного электрода-щупа и результатами измерений

ти к повреждению эпидермиса кожи в зоне проекции БАТ. Навык достижения оптимальной силы давления на БАТ и выхода на «плато измерения» приобретает в процессе работы с диагностическим аппаратом и постоянного совершенствования техники измерения ЭП БАТ.

С целью оптимизации и уменьшения силы давления на БАТ наконечник активного электрода-щупа может смачиваться 0,9% раствором хлористого натрия, что улучшает электрический контакт щупа с БАТ и повышает метрологичность электропунктурной диагностики.

Для удобства смачивания наконечника активного электрода щупа некоторые специалисты используют пластиковую емкость или полое кольцо, содержащее электролит, которое одевается на большой палец свободной руки исследователя.

### 5.3. Последовательность измерения электрических параметров биологически активных точек кожи

Последовательность измерения ЭП БАТ кожи может быть различной в зависимости от целей диагностики и разные авторы рекомендуют различные последовательности измерений точек. Наи-

**Последовательность измерения  
электрических параметров БАТ**

Таблица 7

№ п/п	Положение и перемещение «активного» электрода	Положение и перемещение «пассивного» электрода
1.	БАТ правой кисти: от точек сосуда лимфатической системы до точек меридиана тонкой кишки	Левая ладонь Правая стопа*
2.	БАТ правой стопы: от точек меридиана селезенки-поджелудочной железы до точек меридиана мочевого пузыря	Правая ладонь Левая стопа*
3.	БАТ левой кисти: от точек сосуда лимфатической системы до точек меридиана тонкой кишки	Правая ладонь
4.	БАТ левой стопы: от точек меридиана селезенки-поджелудочной железы до точек меридиана мочевого пузыря	Левая ладонь
5.	Корпоральные БАТ – справа (в том числе БАТ головы и лица)	Правая ладонь
6.	Корпоральные БАТ – слева (в том числе БАТ головы и лица)	Левая ладонь

\* Положение «пассивного» электрода при использовании метода биоэлектронной функциональной регуляционной диагностики (БФД)

более широко применяется последовательность, приведенная в табл. 7.

При проведении электropунктурной диагностики в ЭАФ используется следующая последовательность измерения ЭП БАТ кожи. Исследование начинается с измерения ЭП БАТ сосуда лимфатической системы и проводится до БАТ меридиана тонкой кишки правой руки при расположении пассивного электрода в левой руке. После этого пассивный электрод помещается в правую руку пациента и осуществляется измерение ЭП с БАТ меридиана селезенки и поджелудочной железы последовательно до БАТ меридиана мочевого пузыря. Аналогичным образом осуществляется измерение ЭП БАТ левой кисти и левой стопы.

В противоположность ЭАФ, в методе БФД используется иной методический подход. При измерении ЭП БАТ правой (левой) кисти правая (левая) нога пациента устанавливается на пассивный плоский электрод, а при измерении БАТ правой (левой) стопы в правую (левую) руку пациента помещается пассивный цилиндрический электрод. По мнению Х. Пфлаума и Г. Янке, использование последнего методического подхода позволяет получить более достоверную информацию о состоянии взаимосвязанных с БАТ органов

и тканевых систем, поскольку путь «диагностического» электрического тока идет вдоль силовых линий электрического поля человека и не пересекает их как в ЭАФ [35, 52].

**6. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗМЕРЕНИЯ  
ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ  
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК КОЖИ**

Одной из отличительных черт ЭАФ-диагностики является то, что в ее основе лежит единая система оценки результатов измерений ЭП для всех органов, тканей и взаимосвязанных с ними биологических активных точек.

Развитию этой системы предшествовал большой период экспериментальных исследований, направленных на поиск статистически значимых взаимосвязей между величинами ЭП отдельных БАТ у пациентов с известной формой патологии, ее стадией и обнаруживаемыми в соответствующих органах и тканях морфо-функциональными и патолого-анатомическими изменениями [24, 32, 58, 67, 68, 82].

Итогом этой работы явилась разработка специальной градуировочной диагностической шкалы, с помощью которой оценивается характер нарушения функции различных органов и тканевых систем (см. ниже).

Среди главных диагностических критериев, которые используются в интерпретации результатов измерения электрических параметров БАТ, выделяются три показателя.

Первый из них характеризует тип реакции взаимосвязанных с БАТ органов и тканевых систем в ответ на приложенный электрический ток, что отображается положением стрелки диагностического аппарата.

При этом достигнутое в процессе измерения ЭП БАТ максимальное отклонение стрелки диагностического аппарата от нуля («0») его шкалы условно обозначается в ЭАФ как измерительный уровень (ИУ) БАТ.

Для состояний, характеризующихся развитием во взаимосвязанном с конкретной БАТ органе распространенного острого воспалительного процесса, величина ИУ равна 100 усл. ед.; острого или катарального воспалительного процесса – 99–90 усл. ед.; подострого, локально ограниченного воспалительного процесса – 89–82 усл. ед.

При предпатологических нарушениях функции органа или тканевой системы без воспалительной реакции величина ИУ БАТ лежит в пределах 81–66 усл. ед.

## Интерпретация результатов измерения ЭП БАТ кожи Таблица 8

Величины ИУ (усл. ед.)	Интерпретация
100	Распространенный острый воспалительный процесс (гнойный)
от 90 до 99	Острый или катаральный воспалительный процесс
от 82 до 89	Подострый, очаговый или локальный воспалительный процесс
от 66 до 81	Предпатологическое нарушение функции органа или тканевой системы
от 52 до 65	Зона физиологического напряжения функции органа или тканевой системы
50 <math>\pm 1</math>	«Идеальная» норма
от 42 до 48	Начальная стадия дистрофического процесса, дисметаболические нарушения
от 32 до 41	Прогрессирующий дистрофический процесс
от 22 до 31	Деструктивный процесс с частичной атрофией клеточных структур органа или тканевой системы
от 0 до 21	Полная атрофия или злокачественное перерождение клеточных структур органа и тканевой системы

Состоянию физиологического напряжения соответствуют величины ИУ, лежащие в интервале 65–51 усл. ед., а в «идеальной» норме – 50 усл. ед.

При начальных стадиях развития дистрофического процесса величина ИУ БАТ составляет 49–42 усл. ед., а при его прогрессировании – 41–32 усл. ед.

При развитии деструктивных процессов с частичной атрофией клеточных структур органа величины ИУ БАТ достигают интервала 31–22 усл. ед., а при полной атрофии и злокачественном перерождении – 21–0 усл. ед.

Вторым показателем, используемым в интерпретации результатов измерения электрических параметров БАТ, является так называемый эффект «падения стрелки» (ПС), проявляющийся в обратном движении стрелки диагностического аппарата от максимального установившегося значения ИУ в сторону «0» и изменением высоты тона звукового индикатора (рис. 16).

Данный показатель свидетельствует о развитии функциональных или органических нарушений, связанных с процессами парабиоза или клеточной деструкции во взаимосвязанных с конкретными БАТ органами и тканевых системах.

При отсутствии процессов клеточной деструкции величина ПС, рассчитываемая исходя из разницы максимального значения

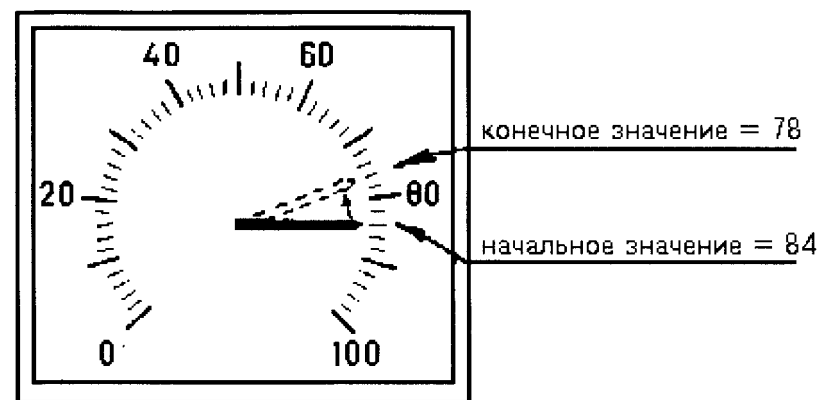


Рис. 16. Эффект «падения стрелки»

ИУ и установившегося в течение всего времени измерения электрических параметров конкретной БАТ, равна нулю (т.е. эффект ПС не наблюдается).

При патологических состояниях величина ПС достигает более 5 усл. ед. и коррелирует с тяжестью их течения.

#### Например:

- при острых воспалительных процессах, сопровождающихся явлениями выраженной клеточной деструкции величина ПС может составлять более 20 усл. ед.;
- при умеренно выраженной клеточной деструкции — 10–20 усл. ед.;
- при нарушениях вегетативного баланса или нейрогуморальной регуляции, а также латентно протекающих воспалительных процессах – 5–10 усл. ед.

При оценке величины ПС следует обратить внимание на конечное положение стрелки диагностического аппарата, «падение» которой заканчивается ниже 50 усл. ед. (например, с 80 до 40 усл. ед.); это свидетельствует о том, что развивающийся патологический процесс сопровождается необратимой клеточной деструкцией, и приведет к рубцовому, жировому или иному перерождению соответствующего органа.

«Падения стрелки», не опускающиеся ниже значений 50 усл. ед., свидетельствуют о сохраненной репаративной функции, взаимосвязанных с БАТ органов и тканевых систем.

Некоторые специалисты рекомендуют оценивать не только ве-

личину, но и скорость ПС, косвенно характеризующую компенсаторные возможности и приспособительные реакции организма.

Так, например, быстрый или очень быстрый эффект ПС (в течение 1–2 с), выражающийся в стремительном движении стрелки диагностического аппарата от первоначального ИУ в сторону нуля, характерен для острых интоксикаций, сопровождающихся быстрым истощением компенсаторных возможностей организма и выраженной клеточной деструкцией.

В то же время, медленный эффект ПС, наблюдающийся в течение 10 и более секунд, чаще всего обнаруживается при хронических, вялотекущих воспалительных процессах.

Помимо описанных выше диагностических критериев, в практике электропунктурной диагностики следует учитывать и количественные показатели. Так, например, обнаружение эффекта ПС более чем на 20 БАТ на различных меридианах, и особенно на точках меридианов кровообращения, сердца, эндокринной системы, селезенки-поджелудочной железы, печени и почек, а также сосудов аллергии и дегенерации нервной ткани, может свидетельствовать о следующих состояниях:

- продромальная стадия остро инфекционного процесса;
- тромбозы или флеботромбозы;
- геморрагический синдром;
- острые инфекционные или химические интоксикации (например, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, интоксикация алкоголем и т.п.);
- аллергические процессы (патологическая или патохимическая стадия);
- синдром предменструального напряжения или состояние предклимакса (особенно у женщин с осложненными менструациями);
- выраженные болевые синдромы (колики) при желчекаменной, мочекаменной болезни, панкреонекрозе, ишиалгии, невралгии тройничного нерва и т.п.;
- сильные и длительные электромагнитные воздействия на рабочем месте пациента или месте сна;
- хронические инфекционные процессы, протекающие одновременно в нескольких органах и, как правило, локализованные в ЛОР-органах или зубах.

Необходимо отметить, что процесс регистрации эффекта ПС требует приобретения определенных навыков работы с активным электродом-щупом. Для облегчения регистрации эффекта ПС можно использовать специальную технику, заключающуюся в ослаблении силы прижатия активного электрода-щупа, без его отрыва от

### Интерпретация результатов ПС при измерении ЭП БАТ

Таблица 9

Величины ИУ (усл. ед.)	Интерпретация
от 5 до 10	Латентное (скрытое) течение патологического процесса с незначительной клеточной деструкцией
от 11 до 20	Патологический процесс с умеренно выраженной клеточной деструкцией
21 и более	Патологический процесс с выраженной клеточной деструкцией
в интервале 50–100	Патологический процесс в возможном «обратном» развитии, репаративная функция сохранена
ниже 50	Патологический процесс с необратимой клеточной деструкцией, репаративная функция нарушена, атрофия, жировое или рубцовое перерождение клеток органа
в интервале 50–75	Нарушение функции вегетативной нервной системы или нейрогуморальной регуляции, компенсаторное повышение холинергической медиации, преобладание процессов торможения над возбуждением

БАТ до достижения стрелкой индикатора диагностического аппарата уровня 0–20 усл. ед. [52].

После этого осуществляется повторное увеличение силы давления активного электрода-щупа на БАТ с выходом на «плато измерения» и производится оценка установившихся значений ИУ БАТ.

Описанный выше технический прием, заключающийся в последовательном усилении и ослаблении силы прижатия активного электрода-щупа к БАТ, повторяется несколько раз до тех пор, пока положение стрелки индикатора диагностического аппарата не будет стабильным.

Если эффект ПС отсутствует, то величина ИУ, определенная при первом, втором и последующих измерениях, не меняется.

При наличии эффекта ПС величина ИУ, определенная при последующем измерении ЭП БАТ, становится меньше, чем при первом.

Использование данного технического приема существенно сокращает время электропунктурной диагностики и актуально в тех случаях, когда ИУ БАТ лежит ниже 42 усл. ед., то есть в том интервале, где регистрация эффекта ПС может занимать достаточно большой промежуток времени (до 30 с и более).

Третьим показателем, используемым в интерпретации результатов диагностики, является величина асимметрии ИУ парных БАТ, различие между которыми, составляющее более 10–15 усл. ед.,

рассматривается как признак дисрегуляции функции соответствующего органа или тканевой системы.

Регистрация этого показателя с диагностической точки зрения заслуживает наибольшего внимания, особенно в тех случаях, когда величины ИУ всех БАТ лежат в пределах 75–50 усл. ед., а эффект ПС отсутствует.

Наряду с этим, косвенный вывод о наличии дисрегуляции функций, взаимосвязанных с БАТ органов, может быть получен при оценке скорости движения стрелки индикатора диагностического аппарата.

Так, например, быстрый, скачкообразный подъем стрелки индикатора, с выходом на «плато измерения» в течение 1 с указывает на гиперфункцию взаимосвязанного с БАТ органа, а медленный – с выходом на «плато измерения» в течение 5 с и более – на его гипофункцию.

Необходимо обратить внимание, что термины клинического языка, используемые для описания результатов электропунктурной диагностики, являются обобщенными и по существу указывают тип реакций организма на патогенную причину или повреждение (воспаление, новообразование, аллергия, аутоаллергия, расстройства аутоиммунитета, нарушение нейрогуморальной регуляции и т.п.), которые могут обозначаться и с помощью других терминов, используемых для характеристики специфических (патологоанатомических или морфофункциональных) изменений, происходящих в определенном органе или тканевой системе.

Например, результаты измерений ЭП БАТ сосуда дегенерации (дезорганизации) соединительной ткани могут интерпретироваться следующим образом:

- мукоидное набухание соединительной ткани, с поверхностной дезорганизацией межучточной ткани и коллагенового комплекса: ИУ 100–82 усл. ед., ПС отсутствует или лежит в интервале 100–50 усл. ед. шкалы диагностического аппарата;
- фибриноидные изменения (фибриноид) с глубокой дезорганизацией соединительной ткани, с образованием различных гранул: ИУ 100–42 усл. ед.; ПС ниже 50 усл. ед.
- склеротические изменения соединительной ткани с образованием рубца в месте фибриноидных изменений или гранулем, кальцином и пр.; ПС ниже 50 усл. ед.

В ряде случаев, особенно при отсутствии эффекта ПС и клинических симптомов болезни со стороны взаимосвязанных с БАТ органов и тканевых систем, результаты измерения их ЭП следует интерпретировать с помощью более обобщенных клинических терминов.

Например, при отсутствии симптомов поражения респираторного тракта результаты измерений ЭП на точках меридиана легких при ИУ 100–80 усл. ед. и ПС = 0 можно трактовать как повышение негазообменной функции.

В свою очередь, аналогичные данные и показатели, регистрируемые на точках кожи, могут указывать на повышение ее выделительной функции (гипергидроз) или на нарушение ее барьерной и иммунной функции. В качестве примеров интерпретации результатов ЭАФ-диагностики можно привести следующие наиболее показательные в этом отношении случаи, описанные Р. Фоллем и другими специалистами [24, 28, 49, 87, 94, 98]:

#### Лф 1-2 КТИ

**Лимфоэпителиальное глоточное кольцо  
Пирогова-Вальдейера**

ИУ 92/80 усл. ед. (ПС = 12 усл. ед.)

Острый тонзиллит;

ИУ 82/74 усл. ед. (ПС = 8 усл. ед.)

Хронический тонзиллит (не полностью вылученные миндалины), рубцы после тонзиллоэктомии;

ИУ 42/38 усл. ед. (ПС = 4 усл. ед.)

Атрофия лимфоидных фолликулов миндалин (показание к тонзиллоэктомии);

#### Лф 2 ТУ

**Отток лимфы от зубов верхней и нижней  
челюсти**

ИУ 88/78 усл. ед. (ПС = 10 усл. ед.)

Очаговая пародонтопатия, кариес, непереносимость зуботехнических материалов;

ИУ 40/36 усл. ед. (ПС = 4 усл. ед.)

Пародонтоз, гранулемы корней зубов;

#### Лф 4б ТИ

**Отток лимфы от гортани и гортаноглотки**

ИУ 88/82 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.)

Подострый ларингит или фарингит;

#### Ле 11 ТИ

**Альвеолы легких**

ИУ 40 усл. ед. (ПС +/-)

Снижение жизненной емкости легких, очаговый пневмосклероз;

#### Ле 10 ТИ

**Бронхи**

ИУ 88/20 усл. ед. (ПС = 68 усл. ед.)

Бронхогенный рак легкого в стадии распада;

<b>Ле 8 ТИ</b>	<b>Вены верхних конечностей до запястья</b>
+	
<b>Кр 8 СТИ</b>	<b>Вены</b> ИУ 36 усл. ед. (ПС +/-) Нарушение венозного оттока или регионарной лимфодинамики в верхних конечностях, например, после мастэктомии;
<b>Тл 1 ТИ</b>	<b>Сигмовидная кишка – слева</b> ИУ 42 усл. ед. (ПС +/-) Долихосигма; ИУ 36 усл. ед. (ПС +/-) Полипоз сигмовидной кишки?
Дифференциальный диагноз полипоза сигмовидной кишки осуществляется с помощью измерения ЭП следующих БАТ:	
<b>Стд 1с КТИ</b>	<b>СТД слизистых оболочек</b> (ЭАФ-диагностика полипов)
+	
<b>Од 1 ТИ</b>	<b>ДЭП органов брюшной полости и малого таза;</b>
<b>Тл 4 ТИ</b>	<b>Левая половина ободочной кишки – слева</b> ИУ 40/36 усл. ед. (ПС = 4 усл. ед.) Дивертикулез левой половины ободочной кишки;
<b>Се 6 ТИ</b>	<b>Миокард</b>
+	
<b>Ал 2 ТИ</b>	<b>Аллергические поражения органов грудной клетки и шеи, в том числе внутрисосудистые</b> ИУ 94/44 усл. ед. (ПС = 50 усл. ед.) Острая дистрофия миокарда, инфекционно-аллергический миокардит; ИУ 40 усл. ед. (ПС +/-) Жировая дистрофия миокарда, постинфарктный или постмиокардитический кардиосклероз;
<b>Энд 1с ТИ</b>	<b>Головка и тело (справа), хвост поджелудочной железы (слева)</b>
+	
<b>Сп 3 ТИ</b>	<b>Регуляция углеводного обмена и секреции панкреатических аминок- и глюколитических ферментов – справа</b> ИУ 42 усл. ед. (ПС +/-)

	или ИУ 68/46 усл. ед. (ПС = 20 усл. ед. или достигает интервала 46–44 усл. ед.) Латентная форма сахарного диабета; ИУ 72/40 усл. ед. (ПС = 32 усл. ед. или достигает интервала 40–30 и менее усл. ед.) Явный сахарный диабет;
<b>Тл 4а ТИ</b>	<b>Аппендикс, илеоцекальные узлы – справа</b> ИУ 82/72 усл. ед. (ПС = 10 усл. ед.) или ИУ 44 усл. ед. (ПС +/-) Хронический аппендицит;
<b>Пе 1 ТИ</b>	<b>Центральная венозная система печени</b>
+	
<b>По 6 ТИ</b>	<b>Прямая кишка</b>
+	
<b>Тл 1б КТИ</b>	<b>Толстый кишечник, включая прямую кишку анальный канал</b> ИУ 78/60 усл. ед. (ПС = 10 усл. ед.) или ИУ 48/42 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.) Венозный стаз в органах брюшной полости и малого таза, геморрой;
<b>Пе 2 ТИ</b>	<b>Гепатоциты и дольки печени</b>
+	
<b>Пе 3 ТИ</b>	<b>Сеть синусных печеночных капилляров</b> ИУ 92/46 усл. ед. (ПС = 46 усл. ед.) Острый гепатит, хронический агрессивный гепатит;
<b>Пе 2а ТИ</b>	<b>Междольковые желчные протоки</b> ИУ 82/72 усл. ед. (ПС = 10 усл. ед.) Холангит;
<b>Пе 3 ТИ</b>	<b>Сеть синусных печеночных капилляров</b> ИУ 92 усл. ед. (ПС +/-) Гепатотоксемический синдром; ИУ 40 усл. ед. (ПС +/-) Цирроз печени;
<b>Пе 1а-1 ТИ</b>	<b>Лимфососуды брюшины, покрывающей печень</b>
+	



<b>Пе 1b ТИ</b>	<b>Глиссонова капсула и серповидная связка печени</b> ИУ 88/80 усл. ед. (ПС = 8 усл. ед.) Перигепатит;
<b>Су 1 ТИ</b>	<b>Суставы тазового пояса и нижних конечностей, включая позвоночник</b>
+	
<b>Мп 61 ТИ</b>	<b>Поясничный отдел позвоночника, крестец и копчик</b> ИУ 82/76 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.) Остеохондропатия пояснично-крестцового отдела позвоночника; ИУ 44 усл. ед. и ниже (ПС +/-) Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника;
<b>Же 45 ТИ</b>	<b>Привратник – справа</b> ИУ 84/78 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.) Гастродуоденит;
<b>Же 43 ТИ</b>	<b>Правая часть тела желудка – справа</b> <b>Кардиальный отдел желудка – слева</b>
+	
<b>Же 45 ТИ</b>	<b>Привратник – справа</b> <b>Левая часть тела желудка – слева</b> ИУ 46–31 усл. ед. (ПС +/-) Снижение желудочной секреции; ИУ 31 усл. ед. и ниже Полипоз желудка?
Дифференциальный диагноз полипоза желудка осуществляется с помощью измерения ЭП следующих БАТ:	
<b>Стд 1с КТИ</b>	<b>СТД слизистых оболочек (ЭАФ-диагностика полипов)</b>
+	
<b>Од 1 ТИ</b>	<b>ДЭП органов брюшной полости и малого таза;</b>
<b>Жп 42 ТИ</b>	<b>Желчный пузырь – справа</b>
+	
<b>Тн 3 ТИ</b>	<b>Нисходящая часть 12-перстной кишки – справа</b> ИУ 82/70 усл. ед. (ПС = 10 усл. ед.) или ИУ 46 усл. ед. и ниже (ПС +/-)

	<b>Желчнокаменная болезнь;</b>
<b>Жп 43a ТИ</b>	<b>Брюшина желчного пузыря</b> ИУ 86/74 усл. ед. (ПС = 12 усл. ед.) Перихолецистит;
<b>Жп 43b КТИ</b>	<b>Желчного пузыря и желчевыводящих путей</b> ИУ 92/78 усл. ед. (ПС = 14 усл. ед.) Острый холецистит; ИУ 84/78 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.) Хронический холецистит; ИУ 81–76 усл. ед. (ПС +/-) Дискинезия желчевыводящих путей, гиперкинетическая форма; ИУ 49 усл. ед. и ниже (ПС +/-) Дискинезия желчевыводящих путей, гипокINETическая форма;
<b>По 2 ТИ</b>	<b>Почечные столбы или пограничная пиелоренальная область, сосочки и чашечки почек</b> ИУ 82-70 усл. ед. (ПС не более 5 усл. ед.) или ИУ 49 усл. ед. и ниже (ПС +/-) Почечнокаменная болезнь, пиелонефрит;
<b>Мп 67 ТИ</b>	<b>Тело мочевого пузыря</b> ИУ 90/84 усл. ед. (ПС = 6 усл. ед.) Острый цистит;
<b>Мп 64 ЧСТИ</b>	<b>Придатки яичек, семенной канатик, яичники, маточные трубы</b>
+	
<b>Мп 65 ЧСТИ</b>	<b>Предстательная железа, семенной бугорок, семенные пузырьки, пенис, широкая связка матки, параметрий, влагалище, уретра</b> ИУ 92–89 усл. ед. (ПС более 5 усл. ед.) Застойный везикопростатит, хронический аднексит, вульвовагинит, параметрит, уретрит; ИУ 49–31 усл. ед. (ПС +/-) Пролапс матки или опущение свода влагалища;
<b>Энд 1d ТИ</b>	<b>Грудные железы (верхние и средние сегменты)</b>
+	

**Же 41а ТИ****Грудные железы (средние и нижние сегменты)**

ИУ 90–82 усл. ед. (ПС более 5 усл. ед.)

Мастодиния, железистая мастопатия

ИУ 49 усл. ед. (ПС более 5 усл. ед.)

Фиброзная или кистозная мастопатия.

В заключение необходимо отметить, что в стадии ремиссии некоторых хронических заболеваний эффект ПС может не наблюдаться, а величины ИУ могут лежать в интервале 75–50 усл. ед.; в стадии реконвалесценции или нестойкой ремиссии эффект ПС может составлять 2–4 усл. ед.

## 7. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕРЕНИЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТОЧЕК ГИПОТАЛАМУСА

Из числа репрезентативных БАТ, используемых в ЭАФ, особое внимание следует уделять измерению ЭП парной точки гипоталамуса (Энд 20), нормальная величина ИУ которой, в противоположность описанным выше критериям, равна 70–80 усл. ед.

Топография данной точки соответствует границе перехода кожи головы в складку, идущую к верхушке уха, сзади прикрепления ушной мышцы, в костной ямке, расположенной выше височной линии. Измерение парной точки гипоталамуса лучше проводить с помощью электрода диаметром 4 мм с использованием вертикальной техники.

При интерпретации результатов измерения ЭП точек гипоталамуса могут быть использованы следующие диагностические критерии.

Высокие значения ИУ на точке гипоталамуса, лежащие выше 94 усл. ед., могут быть обусловлены:

- острыми и хроническими интоксикациями пестицидами, гербицидами, нитратами, соединениями мышьяка, ртути, свинца и другими солями тяжелых металлов;
- острыми бактериальными и вирусными инфекциями;
- злоупотреблением курением, алкоголем, кофеинсодержащими препаратами, наркотиками;
- нарушениями функций гипофиза;
- дефектами расположения зубов (косое расположение или ущемление зубов) и их заболевания;
- повышением радиационного фона;
- воздействием сильных электромагнитных полей на рабочем месте или месте сна пациента.

Значения ИУ, лежащие в интервале 94–82 усл. ед., – острыми и хроническими заболеваниями ЛОР-органов и зубов (пансинусит, хронический средний отит, глубокий кариес, периодонтит).

Значения ИУ, лежащие в интервале 60–68 усл. ед., – посттравматической энцефалопатией, последствиями перенесенного менингита или арахноидита.

Наряду с этим результаты измерения ЭП точек гипоталамуса могут дать следующую информацию [29, 76, 95, 97].

Асимметрия в показателях ИУ справа и слева, составляющая 2–5 усл. ед., может указывать на подострый воспалительный процесс, а 6–10 и более усл. ед. – на острый, локально ограниченный воспалительный процесс, локализованный в ЛОР-органах или зубах.

Значения ИУ точек гипоталамуса, лежащие ниже 50 усл. ед., могут быть обусловлены и связаны с поражением диэнцефалона, цереброваскулярной недостаточностью, хронической интоксикацией барбитуратами, нейролептиками и наркотиками.

Эффект ПС на точках гипоталамуса наиболее часто обнаруживается при психоорганических заболеваниях и аутоиммунных поражениях нервной системы, а также при множественных одонтогенных очагах инфекции, радикулярных кистах, гранулемах корней зубов.

## 8. ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА АЛГОРИТМОВ ЭАФ-ДИАГНОСТИКИ ПО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМ ТОЧКАМ КОЖИ

В своей повседневной практике большинство специалистов ЭАФ используют три диагностических алгоритма, применяемых в случаях первичной ЭАФ-диагностики пациента. Первый включает в себя измерение 40 репрезентативных БАТ (алгоритм измерения по КТИ), второй – алгоритм ЭАФ-1 – 120 БАТ, и третий – базисный алгоритм ЭАФ-диагностики: 294 БАТ, расположенных на коже лица, шеи, кистях и стопах.

Первый алгоритм предназначен для экспресс-оценки «энергетического» состояния меридианов и взаимосвязанных с ними органов и тканевых систем, а второй и третий в основном используются в тех случаях, когда в процессе измерения КТИ на определенной их совокупности выявляются отклонения ЭП БАТ от значений нормы.

### Пример

Отклонение ЭП от значений нормы на контрольной БАТ меридиана (сосуда) лимфатической системы – Лф 1-2 КТИ Лимфоэпителиальное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера-Ланганса указывает на возможное нарушение регионарной лимфодинамики

в миндалинах, лимфооттока от придаточных пазух носа и от органов слуха и зрения, что указывает на необходимость проведения измерений ЭП следующих точек:

- Лф 1-4 ТИ** Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство с оттоком лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи;
- Лф 1-1 ТУ** Отток лимфы от ушей; **Лф 1а ТИ** Трубная миндалина и боковой валик глотки; **Лф 2 ТУ** Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти; **Лф 3 ТУ** Отток лимфы от слизистых оболочек носовой полости и придаточных пазух носа.

При этом, если из числа перечисленных выше БАТ наибольшие отклонения величин ЭП от значений нормы зарегистрированы на БАТ:

- Лф 1 ТИ** Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство с оттоком лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи,

то с целью проведения дифференциальной диагностики дополнительному исследованию могут быть подвергнуты:

- Же 3а ТИ** Язычная миндалина;
- Же 8b ТИ** Небная миндалина;
- Тл 17 ТИ** Гортанная миндалина;
- Тл 18 ТИ** Трубная миндалина;
- Тл 18-2 ТИ** Глоточная миндалина;
- Энд 16а ТИ** Глубокие лимфатические узлы шеи;
- на БАТ **Лф 1-1 ТУ** Отток лимфы от ушей, соответственно:
- Тл 18 ТИ** Трубная миндалина;
- Тл 18-1 ТИ** Евстахиева труба;
- Энд 17 СТИ** Среднее ухо;
- Энд 17а ТИ** Лабиринт;
- Энд 17b ТИ** Улитка;
- Энд 18 СТИ** Внутреннее ухо;
- Тн 19 ТИ** Наружное ухо и слуховой проход и т.д.

Таким образом, измерение ЭП КТИ является как бы прелюдией в системе принятия диагностического решения. Следует подчеркнуть, что описанные выше алгоритмы ЭАФ-диагностики в основном используются для оценки «практически» здоровых лиц при «слепом» методе ЭАФ-диагностики или при исследовании пациентов с неясным клиническим течением заболевания, а также при проведении дифференциальной диагностики.

Для решения частных диагностических задач (частная пато-

логия), а также в тех случаях, когда клинический диагноз верифицирован и не вызывает сомнений, используется простой, более короткий диагностический алгоритм.

При этом выбор БАТ осуществляется с учетом знаний их взаимосвязей с органом или тканевой системой-«мишенью», т.е. по анатомическому названию БАТ.

Например, при железистой или фиброзно-кистозной мастопатии для оценки анатомического и функционального состояния органа, этиологического распознавания и определения прогноза заболевания в структуру диагностического алгоритма включается измерение ЭП следующих БАТ:

- Энд 1d ТИ** Грудные железы (верхние и средние сегменты);
- Же 41a ТИ** Грудные железы (средние и нижние сегменты);
- Од 2 ТИ** ДЭП органов грудной клетки (груди) и шеи (оценка прогноза течения заболевания).

При простатите, дисгормональной простатопатии или аденоме предстательной железы:

- Мп 65 ЧСТИ** Предстательная железа, семенной бугорок, семенные пузырьки, пенис;
- Энд 1 ЧСТИ** Половые железы, надпочечники;
- Энд 3 ЧСТИ** Эпифиз, гипофиз (косвенная оценка антигонадотропной функции эпифиза и гонадотропной функции гипофиза);
- Од 1 ТИ** ДЭП органов брюшной полости и малого таза (оценка прогноза течения заболевания).

При гепатите и/или циррозе печени:

- Же 42 ТИ** Верхняя часть пищевода;
- Же 42a ТИ** Нижняя часть пищевода;
- Же 44-1 ТИ** Левая и правая желудочные вены (варикозное расширение вен пищевода и желудка, при хроническом агрессивном гепатите и циррозах печени);
- Сп 1a КТИ** Селезенка – слева (гепатолиенальный синдром);
- По 1-3 КТИ** Почки (гепаторенальный синдром);
- Мж 1 ТИ** Жировая дегенерация органов брюшной полости и малого таза (жировая дистрофия печени, мускатная печень);
- Стд 1 ТИ** СТД органов брюшной полости и малого таза (фибромы печени);

- Од 1 ТИ** ДЭП органов брюшной полости и малого таза (определение тяжести поражения печеночной паренхимы);
- Ал 1 ТИ** Аллергические поражения органов брюшной полости и малого таза (определение характера и тяжести поражения печеночной паренхимы) и т. д.

## 9. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ И ТЕОРИИ ПОСТАНОВКИ ЭАФ-ДИАГНОЗА

В ЭАФ, как и в методах традиционной диагностики, при проведении измерений ЭП БАТ и БАЗ кожи врачом уже в процессе исследования проводится анализ и синтез получаемых результатов и наблюдаемых симптомов. При этом основная методическая проблема заключается в том, чтобы по совокупности различных диагностических критериев или симптомов распознать заболевание и перейти к формализации диагноза.

На практике переход от симптома к диагнозу осуществляется благодаря логическому скачку, основанному на опыте и памяти конкретного врача. Однако такой методический подход никогда не бывает полным и обоснованным, так как он недоказателен даже для специалиста, ставящего диагноз, который в этом способе диагностики опирается на память и формализует его бессознательно (эвристическое моделирование).

Справедливость этого вывода заключается в следующем. Даже при применении короткого алгоритма ЭАФ-диагностики по 40 контрольным БАТ для вынесения определенного суждения врачу необходимо держать в памяти локализацию точек, их анатомическое название и информационно-функциональные взаимосвязи, одновременно оперировать как минимум шестнадцатью диагностическими ЭАФ-критериями (величина измерительного уровня, «падения стрелки» и т. д.) и на основании их анализа принять диагностическое решение, для выработки которого врачу необходимо мысленно обработать огромное количество информации.

Одним из наиболее простых способов ЭАФ-диагностики является метод распознавания заболеваний по сходству, который заключается в сравнении клинических симптомов болезни с результатами измерений ЭП соответствующих БАТ с проявлениями определенной нозологии.

Например, при жалобах на боли в горле и регистрации максимальных величин ЭП от значений нормы на точке **Лф 1 ТИ** Небные миндалины состояние больного считается идентичным нозо-

логической единице – острый тонзиллит (ИУ 96 усл. ед.). Вместе с тем и такой методический подход мало достоверен, так как он не доказывает отсутствия других заболеваний и, в лучшем случае, дает только название болезни, а не представление о больном в целом.

Характерной чертой индуктивного метода является выдвижение гипотезы о наличии того или иного заболевания. На основании выдвинутой гипотезы врач проверяет ее существование с помощью измерения ЭП репрезентативных БАТ, опровергает ее или доказывает, после чего гипотеза становится фактом, т.е. подтверждается совокупностью специфичных для определенной нозологии симптомов (синдром) или группой диагностических ЭАФ-критериев (ЭАФ-«портрет» болезни).

Основанием для выдвижения диагностических гипотез служит аналогия (диагноз по прямой или сходству), когда при совпадении нескольких симптомов или признаков, установленных у конкретного больного, с симптомами и диагностическими ЭАФ-критериями определенного заболевания, предполагается, что у него существует именно это заболевание.

Таким образом, ЭАФ-диагноз, поставленный по аналогии, имеет только одно доказательство, т.е. большее или меньшее сходство наблюдаемых фактов с известными симптомами определенной нозологии.

Значительно большую достоверность имеет дифференциальный ЭАФ-диагноз, основанный на поисках различия между определенным случаем болезни и всеми другими возможными случаями, с исключением тех, которые не выдержали этой проверки с помощью измерения ЭП соответствующих БАТ.

Необходимость такой проверки диагноза составляет принцип распознавания неясных и клинически сложных случаев, когда симптомы заболевания нечетко выражены или отсутствуют (ранний диагноз).

Именно здесь ЭАФ-диагностика дает наиболее ощутимые результаты. Исходным пунктом в проведении ЭАФ-дифференциальной диагностики является поиск и выбор той совокупности БАТ, которые имеют максимальные отклонения величин ЭП от значений нормы (например, максимальную величину ПС), а также наиболее специфичных симптомов, поскольку, чем специфичнее симптом или ЭАФ-«портрет» болезни, тем меньший круг заболеваний подлежит последующей дифференциации.

При этом наименьшие затраты труда и более быстрая дифференциация возможны лишь в тех случаях, когда в ее основу кладется не изолированный симптом, а их сочетание, т.е. сим-

птомокомплекс (синдром) или объединение ЭАФ-диагностических критериев, формирующих «портрет» болезни.

Например, сопоставление результатов измерений ЭП БАТ меридиана почек и мочевого пузыря с известной долей вероятности позволяет верифицировать двух- или односторонний пиелонефрит, гломерулонефрит, пиелостит, почечнокаменную болезнь, кисты почек, нефросклероз и т.п.

Для последующего уточнения диагноза в ЭАФ широко используются нозоды, с помощью которых путем исключения причин болезни выводится заключение о диагнозе. При этом заключение о диагнозе выводится по названию того нозода, под влиянием которого восстанавливаются нормальные значения ЭП соответствующих БАТ.

Частным примером дифференциальной ЭАФ-диагностики является этиологическое распознавание, осуществляемое с помощью тестирования инфекционных нозодов (антигенов бактерий, вирусов, простейших и др.). Так, например, в случае диагностирования у пациента хронического простатита, этиология данного заболевания может быть уточнена с помощью тестирования нозодов гонококка (*Gonococcus = gonococcinum*), трихомонад (*Trichomonas vaginalis*), хламидий (*Chlamydia trachomatis*), кишечной палочки (*E. coli*), микоплазмы (*Mycoplasma*), В-гемолитического стрептококка (*Streptococcus haemolyticus*), бактероидов (*Bacteroides*), кандиды (*Candida sporogenes*) и др.

Для конкретного определения наличия какого-либо заболевания в ЭАФ-диагностике применяется синтетический или патогенетический метод распознавания, опирающийся на последовательный синтез и установление патогенетической связи различных явлений.

## 10. СИНТЕТИЧЕСКАЯ ЭАФ-ДИАГНОСТИКА

Синтез полученных в процессе ЭАФ-диагностики данных начинается с создания групп и сочетаний симптомов по различным признакам, к которым в ЭАФ относятся и результаты измерений ЭП БАТ.

Ранжирование симптомов заболевания может проводиться по степени отклонений величин ЭП соответствующих БАТ от значений нормы, по времени появления симптомов какого-либо заболевания в суточном, месячном и годовом ритмах, по их периодичности, по отношению наблюдаемых симптомов к определенному меридиану, органу или тканевой системе, а также по происхождению и причинной взаимосвязи различных симптомов (см.

«энергетические» или информационно-функциональные взаимосвязи).

В качестве примера последовательно рассмотрим процесс проведения синтетической ЭАФ-диагностики на модели развития хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе, положив в основу синтеза наблюдаемых явлений следующие постулаты и факты.

Известно, что все описанные в рамках ЭАФ БАТ имеют информационно-функциональные взаимосвязи с конкретной анатомической структурой органа или тканевой системы, что позволяет определить уровень поражения той или иной части органа или системы.

### Пример

Ле 8a ТИ	Гортаноглотка;
Ле 8b ТИ	Гортань;
Ле 9 ТИ	Трахея;
Ле 10 ТИ	Бронхи;
Ле 10a ТИ	Плевра;
Ле 10b ТИ	Бронхиолы;
Ле 11 ТИ	Альвеолы легких.

Величины ЭП каждой конкретной БАТ, измеренные в определенном промежутке времени, характеризуют изменение функционального состояния конкретного органа или тканевой системы во времени (динамике развития процесса) в ответ на антигенный стимул отдельного чужеродного агента (патогена) или их совокупность (полипотентный, кооперативный или ассоциативный антигенный стимул).

При этом соответствующее значение ЭП каждой отдельной БАТ тождественно определенному функциональному состоянию взаимосвязанного с БАТ органа и тканевой системы.

Воздействие на организм человека (или систему АП меридианов) чужеродного агента может приводить к появлению двух взаимосвязанных эффектов: специфическому, отражающему реализацию программы реакции организма на патоген, заложенную в иммунной системе (Ig-гены иммунного ответа), и неспецифическому, отражающему действие чужеродного агента или патогена, как стрессора (неспецифическая реакция организма на стрессор различного вида по Г. Селье).

Специфический эффект действия чужеродного агента зависит от его антигенных (чужеродных), толераногенных и патогенных свойств (токсигенность, инвазивность, скорость репликации, наличие перекрестнореагирующих с тканями антигенов и т.п.), что про-

является в активации или депрессии иммунокомпетентных клеток, локализованных в лимфоидных образованиях. К числу таких образований, в первую очередь, относятся лимфоидные элементы барьерных тканей, т.е. слизистых оболочек верхних дыхательных путей, постоянно контактирующих со всем спектром патогенных агентов окружающей среды, а также лимфатические узлы и сосуды, дренирующие эти области и бронхолегочную систему, в том числе:

<b>Лф 1 ТИ</b>	Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи;
<b>Лф 1а ТИ</b>	Трубная миндалина и боковой валик глотки;
<b>Лф 1-2 КТИ</b>	Лимфоэпителиальное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера-Ланганса;
<b>Лф 2 ТУ</b>	Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти;
<b>Лф 3 ТУ</b>	Отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух;
<b>Лф 4б ТИ</b>	Отток лимфы от гортани и гортаноглотки;
<b>Лф 4 СТИ</b>	Лимфатические сосуды и узлы легких и средостения;
<b>Ле 9б ТИ</b>	Внутренние лимфатические сосуды легких;
<b>Ле 10а-1 ТИ</b>	Лимфатические сосуды плевры.

Некоторые из перечисленных выше БАТ имеют важное диагностическое значение не только в оценке состояния регионарной лимфодинамики в органе-«мишени», но и в выявлении так называемых очаговых полей нарушений (см. выше) или скрытых очагов патологии в миндалинах, зубах и верхних дыхательных путях, способных нарушать функциональное состояние бронхолегочной системы, в связи с чем особое внимание уделяется оценке величин ЭП точек:

<b>Лф 1а ТИ</b>	Трубная миндалина и боковой валик глотки;
<b>Лф 2 ТУ</b>	Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти;
<b>Лф 3 ТУ</b>	Отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух.

Данные БАТ «энергетически» взаимосвязаны через 4–5-й зубы верхней челюсти, 6–7-й зубы нижней челюсти и клетки решетчатого лабиринта (этмоидальная пазуха) с легкими [24].

Наряду с этим, оценка величин ЭП точек:

<b>Лф 3 ТУ</b>	Отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух;
----------------	---

**Лф 4б ТУ** Отток лимфы от гортани и гортаноглотки и их сопоставление с величинами ЭП на БАТ

**Ле 10 ТУ** Бронхи  
позволяет установить последовательность развития воспалительного процесса в верхних и нижних дыхательных путях (сверху вниз или снизу вверх), т.е. выделить ведущий синдром – синобронхиальный или бронхосинусиальный.

При верификации синобронхиального синдрома необходимо учитывать, что верхние дыхательные пути играют роль кондиционера, обеспечивающего соответствующую температуру и влажность поступающего в легкие воздуха, а также представляют обширную рефлексогенную зону, влияющую на тонус бронхов, ритм и глубину дыхания. Именно поэтому выключение носового дыхания приводит к снижению его защитной функции и увеличивает риск развития рецидивов бронхолегочной патологии.

Первичное или повторное распознавание патогенного воздействия на уровне перечисленных выше лимфоидных образований (эффекторная фаза иммунного ответа) приводит к запуску целого каскада реакций, происходящих в регуляторной фазе иммунного ответа.

Эффективность реализации этих реакций может быть оценена с помощью измерения ЭП БАТ центральных органов иммуногенеза, а также других систем, участвующих в регуляции иммунологической реактивности, например:

<b>Энд 2 ЧСТИ</b>	Тимус, щитовидная и паращитовидные железы;
<b>Тн 3а ТИ</b>	Пейеровы бляшки – слева;
<b>Сп 1 ТИ</b>	Иммунная активность селезенки при заболеваниях органов шеи и грудной клетки – слева;
<b>Сп 4 ТИ</b>	Ретикулогистиоцитарная система и ретикулоэндотелиальная сеть селезенки – слева;
<b>Пе 3 ТИ</b>	Сеть синусных печеночных капилляров;
<b>Ко 1-1 ТИ</b>	Лимфатические сосуды кожи;
<b>По 2а ТИ</b>	Мозговое вещество почек.

В частности, измерение ЭП точки  
**Энд 2 ЧСТИ** Тимус, щитовидная и паращитовидные железы

позволяет косвенно оценить эффективность регуляции клеточного иммунитета тимусом, который в условиях хронического стресса может подвергаться акцентальной (случайной) или возрастной инволюции, что увеличивает риск развития аутоиммунных и онкологических заболеваний;

- Тн 3а ТИ** Пейеровы бляшки  
– гуморального иммунитета;
- Пе 3 ТИ** Сеть синусных печеночных капилляров  
– активность Т-лимфоцитов киллеров, которые, проходя через сеть синусных печеночных капилляров здоровой печени и вступая в контакт с ее фиксированными макрофагами, становятся менее агрессивными;
- Сп 4 ТИ** Ретикулогистиоцитарная система;
- По 2а ТИ** Мозговое вещество почек;
- Ле 11 ТИ** Альвеолы легких;  
– фагоцитарную активность фиксированных и альвеолярных макрофагов;
- Ко 1-1 ТИ** Лимфатические сосуды кожи  
– процесс обучения молодых лимфоцитов, приобретающих способность распознавать чужеродные антигены, проходя через лимфатические сосуды и капилляры кожи;
- Од 1-1 ТИ** Нарушения иммунной реактивности (аутоиммунитета) при дегенеративных заболеваниях;
- Сп 4а ТИ** Точка дегенеративных и деструктивных процессов  
– срыв иммунологической толерантности к тканевым аутоантигенам – слева.
- Для оценки характера нарушений иммунологической реактивности, способных приводить к развитию выраженной сенсибилизации к гетеро- и аутоантигенам, индукции аллергического процесса (патохимическая и патофизиологическая стадии) и его осложнений, в структуру диагностического алгоритма синтетической ЭАФ-диагностики необходимо включить измерение ЭП БАТ сосуда аллергии:
- Ал 1 ТИ** Аллергические поражения органов брюшной полости и малого таза (дифференциальная диагностика нутритивной формы бронхиальной астмы);
- Ал 1-1 ТИ** Нарушение регионарной лимфодинамики при аллергических поражениях;
- Ал 2 ТИ** Аллергические поражения органов грудной клетки и шеи;
- Ал 3 ТИ** Аллергические поражения полости рта, носа и придаточных пазух;
- Же 44 ТИ** Свод (fundus-газовый пузырь) желудка – слева (косвенная оценка регуляции секреции гистамина в желудке, см. также **Ко 1-2 ТИ**);
- Ко 1-2 ТИ** Аллергические поражения кожи.

При этом преобладающая топка поражений тканей бронхолегочной системы (эпителий, соединительно-тканная строма, фиброзные кольца бронхов, мышцы, сосуды) может быть определена с помощью измерения ЭП БАТ вторичных тканевых ЭАФ-сосудов дегенерации эпителия и паренхимы органов, соединительно-тканной дегенерации, жировой и мышечной дегенерации:

- Од 1d ТИ** Дегенерация плевры и перикарда;
- Од 2 ТИ** ДЭП органов грудной клетки и шеи (бронхоэктазии);
- Стд 1b КТИ** СТД = ЭАФ-диагностика доброкачественных опухолей из соединительной ткани (хондрома, гамартома легких);
- Стд 1с КТИ** СТД слизистых оболочек;
- Стд 2 ТИ** СТД органов грудной клетки и шеи;
- Мж 2 ТИ** Жировая и мышечная дегенерация органов и сосудов грудной полости.

Как было отмечено выше, неспецифическое действие патогенного агента реализуется как эффект стрессора, опосредованно через передачу информации по афферентным нервным путям, иннервирующим соответствующие лимфоидные образования (или гуморальным путем) в ЦНС, где происходит адекватное силе стрессора изменение активности нейро-эндокринной и вегетативной нервной системы, участвующих в регуляции иммунологического гомеостаза.

Тесная взаимосвязь этих систем подтверждается большим количеством клинко-экспериментальных исследований, результаты которых следует учитывать при проведении синтетической ЭАФ-диагностики. Так, например, в ряде экспериментальных исследований показано, что раздражение различных отделов гипоталамуса (туберальная область, трофотрофная надстройка и др.) неспецифическими факторами (электрический ток, химические вещества и др.) может приводить к усилению или ослаблению иммунореактивности.

Заслуживают внимания факты, свидетельствующие о важной роли в поддержании иммунологического гомеостаза парасимпатического и симпатического отделов ВНС, через которые опосредуются влияния высших отделов ЦНС на иммунологическую реактивность.

Известно, что повышение тонуса симпатического отдела ВНС тормозит развитие аллергических реакций, а парасимпатического их усиливает, что сопровождается гиперпродукцией иммуноглобулинов классов IgE и IgG, высвобождением гистамина из базофилов и тучных клеток.

При этом анализ клинической картины заболеваний, сопровождающихся значительным повышением количества IgE и IgG4 (бронхиальная астма, крапивница, мигрень), показывает, что влияние вегетативной нервной системы на иммунореактивность может отражаться не только в виде развития генерализованной парасимпатикотонии, но, и даже в большей степени, развитием локальной возбудимости парасимпатических нервных окончаний соответствующих органов и тканей при нормальном или умеренно сниженном тоне симпатического отдела вегетативной нервной системы.

В практике ЭАФ этот процесс наблюдается достаточно часто, когда на фоне симпатикотонии (ЭП БАЗ кожи по отведению рука-рука выше 88 усл. ед.) на точках смешанных вегетативных нервных сплетений обнаруживаются низкие значения ЭП (ниже 50 усл. ед.) или большие величины ПС, свидетельствующие о значительном повышении холинэргической медиации.

На уровне органа-«мишени» влияние на него вегетативной нервной системы реализуется через холинэргические и адренэргические рецепторы, имеющиеся как на поверхности клеток органа-«мишени», так и на иммунокомпетентных клетках. Изменение активности и количества этих рецепторов под влиянием ВНС может приводить к повышению (симпатический эффект) или снижению (парасимпатический эффект) устойчивости клеток органа-«мишени» к повреждающим воздействиям патогенных агентов (токсинов) и медиаторам воспаления.

Общая оценка регулирующего влияния различных отделов ЦНС и ВНС на состояние иммунологической реактивности и резистентность бронхолегочной системы к патогенным агентам может быть осуществлена с помощью измерения ЭП дистальных БАТ:

<b>Энд 20 ТИ</b>	Гипоталамус;
<b>Нд 3 ТИ</b>	Ствол головного мозга и большой мозг;
<b>Нд 1b КТИ</b>	Периферическая и центральная нервная система;
<b>Нд 1a СТИ</b>	Вегетативная нервная система;
<b>Нд 2 ТИ</b>	Шейные, грудные сегменты и корешки спинного мозга;
<b>Энд 1a ЧСТИ</b>	Шейные ганглии;
<b>Ле 9a ТИ</b>	Бронхиальное сплетение;
<b>Ле 10d ТИ</b>	Медиастинальное сплетение;
<b>Кр 8e ТИ</b>	Дуга аорты и сердечный ганглий – справа;
<b>Ал 1a ТИ</b>	Нарушения регуляции ВНС при сосудистых и аллергических поражениях;
<b>Од 1a ТИ</b>	Нарушения регуляции ВНС при

дегенеративных заболеваниях (в т.ч. при отрицательных эмоциях – неврогенная бронхиальная астма), или корпоральных БАТ; Шейная часть вагуса;  
Глоточное сплетение вагуса;  
Пищеводное сплетение вагуса;  
Грудная часть вагуса;  
Легочное сплетение вагуса;  
Грудная часть симпатикуса.

**Же 8c ТИ**  
**Же 8d ТИ**  
**Же 15 ТИ**  
**Же 16 ТИ**  
**Же 18 ТИ**  
**Мп 16 СТИ**

Включение этих БАТ в структуру алгоритма синтетической ЭАФ-диагностики бронхолегочных заболеваний определяется не только их влиянием на систему иммунитета, но и на процессы газообмена в легких, и на функцию сердечно-сосудистой системы.

Трофотропная надстройка гипоталамуса (Энд 20) имеет хеморецепторы, чувствительные к углекислому газу (эффект опосредуется через ионы водорода), которые при развитии гиперкалнии стимулируют дыхательный центр (Нд 3 ТИ). В результате этого, за счет афферентной импульсации по парасимпатическим и симпатическим отделам ВНС (Нд 1a СТИ; Нд 1b КТИ; Нд 2 ТИ; Энд 1a ЧСТИ) осуществляется обеспечение вдоха и выдоха, регулируется тонус бронхиального дерева и легочных альвеол, движение реснитчатого эпителия бронхов, секреция слизи (Ле 9a ТИ; Ле 10d ТИ).

В случае развития гипоксии описанный выше процесс возбуждения дыхательного центра и другие взаимосвязанные с ним явления происходят за счет изменения активности хеморецепторов дуги аорты (Кр 8e ТИ), чувствительных к изменениям содержания кислорода в крови, и через усиление афферентной импульсации в дыхательный центр.

При хронических воспалительных процессах и отрицательных эмоциональных реакциях происходит изменение порога возбудимости описанных выше структур на уровне как ЦНС, так и ВНС (Ал 1a ТИ; Од 1a ТИ), что приводит к нарушениям регуляции функций бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, для интегральной оценки состояния которых (перегрузка малого круга кровообращения, легочное сердце) могут использоваться следующие БАТ:

<b>Кр 8 СТИ</b>	Вены;
<b>Кр 9 СТИ</b>	Артерии;
<b>Се 6 ТИ</b>	Миокард;
<b>Се 8 ТИ</b>	Трехстворчатый клапан – справа; Митральный клапан – слева;



**Се 9 ТИ** Клапан легочной артерии – справа;  
Аортальный клапан – слева.

Взаимодействие ЦНС, ВНС и иммунной системы осуществляется совместно с эндокринными железами, а именно, системой:

**ГИПОТАЛАМУС-ГИПОФИЗ-КОРА НАДПОЧЕЧНИКОВ-ТИМУС**, имеющей взаимосвязи с точками меридианов эндокринной системы, тонкой кишки, желудка, желчного пузыря, почек и мочевого пузыря:

**Энд 20 ТИ** Гипоталамус;  
**Энд 3 ЧСТИ** Эпифиз, гипофиз;  
**Тн 15 ТИ** Передняя доля гипофиза (см. **Энд 16 ТИ** и **Жл 21 ТИ**);

**По 10b ТИ** Кора надпочечников;  
**Мп 22 ТС** Точка согласия эндокринной системы (в **ЭАФ ТИ** Надпочечники);

**Энд 1 ЧСТИ** Половые железы, надпочечники;  
**Энд 2 ЧСТИ** Тимус, щитовидная и паращитовидные железы;

**Же 11 ТИ** Тимус.

Оценка функций этой системы, и, в частности, надпочечников, имеет важное значение в определении тактики последующей терапии. Так, например, низкие величины ЭП (ниже 50 усл. ед. или большие значения ПС) в точке **Энд 1 ЧСТИ** Половые железы, надпочечники могут указывать на развитие надпочечниковой недостаточности или на десинхронизацию ритма секреции глюкокортикоидов.

При этом вероятность верификации надпочечниковой недостаточности повышается в том случае, если низкие величины ЭП обнаруживаются в утренние часы, т.е. в период физиологического максимума ритма секреции эндогенных глюкокортикоидов (7.00–10.00), что указывает на необходимость включения в лечебный план гомеопатических средств, стимулирующих функцию надпочечников: *Ac. phosphoricum*; *Ac. sarcolacticum*; *Sulfur colloidale*; *Lachesis* или органоспецифических препаратов коры надпочечников.

При оценке состояния эндокринной системы следует помнить, что сами легкие, помимо респираторной, дренажной (продукция слизи в бронхиолах и бронхах, и ее удаление ресничатым эпителием) и фильтрующей функций (удаление из крови макромолекул липидов, белков и чужеродных клеточных фрагментов альвеолярными макрофагами), имеют собственную гормональную функцию.

В частности, в тканях легких осуществляется синтез и продукция простагландинов, гистамина, серотонина, эндорфинов,

норадреналина, ДОФА, АКТГ, гепарина и других гормоноподобных и биологических активных веществ, участвующих в регуляции иммунологической реактивности.

Помимо перечисленных выше БАТ, в структуру алгоритма синтетической ЭАФ-диагностики бронхолегочных заболеваний могут быть включены дополнительные точки, измерение ЭП которых помогает верифицировать лекарственные осложнения или иные повреждающие и негативные воздействия.

Для верификации дисбактериоза толстого кишечника (последствия длительного применения антибактериальной терапии):

**Тл 1b КТИ** Толстый кишечник;  
**Тн 1 ТИ** Терминальный отдел подвздошной кишки – справа.

Для интегральной оценки дезинтоксикационной, белково-синтетической и выделительной функции гепатобилиарной системы:

**Пе 2 ТИ** Гепатоциты и дольки печени;  
**Пе 3 ТИ** Сеть синусных печеночных капилляров.

Для оценки эффективности проводимой стероидной терапии:

**Энд 1 ЧСТИ** Половые железы, надпочечники;  
**По 1b ТИ** Надпочечниковое сплетение;  
**По 10a ТИ** Мозговой слой надпочечников;  
**По 10b ТИ** Кора надпочечников.

Для уточнения роли неблагоприятных гео- и космобиологических факторов в этиологии развития приступов бронхиальной астмы:

**Энд 20 ТИ** Гипоталамус;  
**Сп 4a ТИ** Точка гелио-селено- и гепатических нарушений – слева.

Следующим этапом синтетической ЭАФ-диагностики является ранжирование ЭАФ-диагностических критериев, в том числе по степени отклонения ЭП БАТ потенциальных органов-«мишеней» от значений нормы, группировка БАТ, имеющих наихудшие величины ЭП, и построение ЭАФ-«портрета» патологического процесса.

При этом дальнейший синтез полученных в процессе ЭАФ-диагностики данных может опираться на положения классической китайской медицины о времени максимальной и минимальной активности энергетического обмена в органах (меридианах) и поиске взаимосвязей этого процесса со временем появления симптомов болезни в суточном ритме.

Анализ времени появления максимума симптомов бронхиальной астмы в суточном ритме (нарастание частоты и тяжести

приступов удушья) позволяет ответить на вопрос, в какой из взаимосвязанных с меридианами системе может быть локализован патологический процесс («входные» ворота инфекции и очаги сенсификации), а также какой системой он может поддерживаться.

Так, например, максимум развития клинических симптомов бронхиальной астмы, приходящийся на время активности меридиана легких (3–5 часов), показывает, что причина заболевания преимущественно обусловлена поражением тканей респираторного тракта. Совпадение приступов со временем активности меридиана желудка (7–9 часов) указывает на доминирующую роль в развитии приступов удушья через нарушения тонуса вегетативной нервной системы, имеющей информационно-функциональные взаимосвязи с парасимпатическими нервными образованиями, иннервирующими бронхи и легкие, в том числе с БАТ:

<b>Же 8с ТИ</b>	Шейная часть вагуса;
<b>Же 8d ТИ</b>	Глоточное сплетение вагуса;
<b>Же 15 ТИ</b>	Пищеводное сплетение вагуса;
<b>Же 16 ТИ</b>	Грудная часть вагуса;
<b>Же 18 ТИ</b>	Легочное сплетение вагуса.

Во время активности меридиана желудка и селезенки-поджелудочной железы (9–11 часов) – на возможный инфекционный генез болезни и нарушения иммунной реактивности лимфоидных образований бронхолегочной системы:

<b>Же 12а ТИ</b>	Верхние средостенные (синоним – медиастинальные), окологрудные и грудные лимфоузлы;
<b>Же 12b ТИ</b>	Бронхомедиастинальный лимфатический ствол, бронхопульмональные передние трахеобронхиальные, задние трахеальные и бронхомедиастинальные лимфоузлы;
<b>Сп 19 ТИ</b>	Диафрагмальные и задние средостенные лимфоузлы;
<b>Сп 20 ТИ</b>	Лимфоузлы легких.

На время активности меридиана мочевого пузыря, «энергетически» взаимосвязанного с сосудом аллергии (15–17 часов), приходится доминирование аллергического компонента в этиологии развития приступов бронхиальной астмы.

На время активности меридианов желчного пузыря (1–3 часа), тройного обогревателя (эндокринной системы) (21–23 часа) и почек (17–19 часов) – на нарушение ритма секреции АКТГ и глюкокортикоидов:

<b>Жп 21 ТИ</b>	Передняя доля гипофиза (см. Энд 16 ТИ и Тп 15 ТИ);
<b>Энд 1 ЧСТИ</b>	Половые железы, надпочечники;
<b>По 10b ТИ</b>	Кора надпочечников.

Определение времени ухудшения состояния больных бронхолегочными заболеваниями имеет в ЭАФ существенное значение в последующем выборе гомеопатических средств для тестирования и схемы гомеотерапии, с учетом хронофармакологического и органоспецифического действия соответствующих препаратов и их модальностей (см. табл. 11 и 12).

Как было отмечено выше, в ЭАФ широко используется этиологическое распознавание причин болезни с помощью нозодов, среди которых для ЭАФ-диагностики (и терапии) заболеваний бронхолегочной системы используются нозоды инфекционных агентов и химических токсинов. При этом, для каждой БАТ, имеющей информационно-функциональные взаимосвязи с различными отделами бронхолегочной системы, в ЭАФ определен свой собственный перечень инфекционных нозодов и химических токсинов, с помощью которых уточняется этиология заболевания, в том числе (данные приведены по классификации и обозначениям фирмы Staufen-Pharma GmbH & Co):

#### Нозоды вирусов:

Grippe Viren	Morbillinum
V. Parainfluenzae	Q-Fieber
V. Rhinosyncytialis	Cytomegalie
Coxsackie B 1-6	Denge-Fieber
Coxsackie A 2+7	Newcastle-Disease-Virus
Rhinotracheitis bov.	Epstein-Barr
Rubeolen	Varicellen
Pertussinum	

#### Нозоды бактерий и других инфекционных агентов:

Staphylococcus koag.pos.	Haemophilus influenzae A
Staphylococcus aureus	Haemophilus influenzae B
Streptococcus viridans	Chlamydia trachomatis
Streptococcus haemolyt.	Branchamela catarrhalis
Klebsiella pneumoniae	Nocardia asteroides
Mycoplasma pneumoniae	Pyocytogeneus
Aerobacter aerogenes	Bacter.coli A + B
Pneumococcinum M	Scarlatinum
Tubercullinum	Morbillinum
Diphtherinum	Legionella

**Энергетические взаимосвязи меридианов  
с органами наиболее частой  
локализации очагов инфекции**

Таблица 10

Меридиан	Орган-«мишень»
Почки и мочевой пузырь	Клиновидная пазуха, лобная пазуха, глоточная миндалина, 1-й и 2-й зубы верхней и нижней челюстей
Печень и желчный пузырь	Клиновидная пазуха, небная миндалина, 3-й зуб верхней и нижней челюстей
Легкие и толстая кишка	Этмоидальный синус, трубная миндалина, 4-й и 5-й зубы верхней, 6-й и 7-й зубы нижней челюстей
Селезенка/поджелудочная железа и желудок	Гайморова пазуха, гортанная миндалина, 6-й и 7-й зубы верхней, 4-й и 5-й зубы нижней челюсти
Сердце и тонкая кишка	Кавернозный синус, язычная миндалина, 8-й зуб верхней и нижней челюстей

**Грибковые нозоды:**

Toluroopsis glabratis	Mucor mucedo
Aspergillus niger	Monilia albicans
Actinomyces Israeli	Aflatoxinum
Candida albicans	

**Нозоды химических токсинов, вызывающие поражения респираторного тракта:**

Asbeststaub (Асбест)	Pix crudum
Aethylenoxyd	Ac. nitricum
Benzpyren	Ac. sulfurosum
Tabacum	Dinitrokresol
Petroleum	Natrium nitricum
Plumbum met.	Alkohol
HSP (Лаки для укладки волос)	Benzinum crudum
Benzol	Chromium oxydatum
Aceton	Chlor
Trichloroethylen	Brom
Toluol	Formaldehyd
Xylol	Kerosin
Carbon. tetrachlor.	Aether

В ЭАФ выбор инфекционных нозодов для этиологического распознавания строится как и в классической медицине, т.е. с учетом знания эпидемической обстановки в семье, на работе (эпидемический период гриппа), данных анамнеза и особенностей клинической картины заболевания, что позволяет уточнить перечень

**Временная биоритмика действия  
некоторых гомеопатических средств**

Таблица 11

Солн. время (час)	Гомеопатическое средство
0	Aconitum, Rumex, Sambucus, Lachesis, Argentum nitricum, Arnica
1	Arsenicum album, Kalium carbonicum, Kalium iod., Kalium nitricum, Arnica
2	Ac. benzoicum, Ac. nitricum, Iris vers., Kalium bichromicum, Zingiber, Arnica
3	Ammonium carbonicum, Kalium carbonicum, Antimonium tartaricum, Actea racemosa, Bryonia, Cuprum metallicum, Petroleum, Magnesium carbonicum, Aethusa, Arnica
4	Aethusa, Aurum, Chelidonium, Sulfur, Lycopodium, Nux vomicum, Podophyllum, Thuja, Tartarus emeticus, Ferrum phosphoricum
5	Aloe, Sulfur, Podophyllum, Ferrum phosphoricum, Allium cepa
6	Eupatorium, Podophyllum, Sulfur, Rhus tox., Chininum arsenicosum
7	Eupatorium, Podophyllum, Sulfur, Quercacho, Cantharis
8	Eupatorium, Podophyllum, Sulfur, Ferrum metallicum, Plantago major
9	Carbo vegetabilis, Kalium carbonicum, Mellilotus, Stannum, Drosera, Magnesium phosphoricum, Natrium muriaticum
10	Argentum nitr., Natrium muriaticum, Gelseminum, Ac. nitricum, Baptisia
11/12	Argentum nitricum, Asa foetida, Jodum, Lachesis, Natrium carbonicum, Sulfur, Zincum, Hydrastis, Ignatia, Cactus
13/14	Phosphorus, Chelidonium
15	Phosphorus, Belladonna, Apis
16	Colocynthis, Crotalus, Lycopodium, Thuja, Podophyllum, Phosphorus, Millefolium, Chelidonium, Ipecacuanha, Pulsatilla, Helleborus niger
17	Phosphorus, Causticum, Chelidonium, China, Helleborus niger, Capsicum, Digitalis, Lycopodium
18	Argentum nitricum, Hepar sulfur, Nux vomica, Phosphorus, Silicea, Capsicum, Digitalis, Bromum, Helleborus niger, Lycopodium
19	Lycopodium, Pulsatilla, Rhus tox., Sulfur, Bromum, Helleborus niger
20	Bromum, Helleborus niger
21	Chamomilla, Bryonia, Aconitum, Bromum, Helleborus niger
22	Squilla maritima, Arnica, Ipecacuanha, Phosphorus, Bromum, Helleborus niger, Chamomilla
23	Squilla maritima, Arnica, Ipecacuanha, Phosphorus, Bromum, Helleborus niger, Chamomilla

**Примечание.** Адаптировано из работы Koehler G.: Die Zeiten der Arznei. In: Erfahrungsheilkunde IX/1. Ulm/Dohau, 1960

потенциальных этиологических факторов (нозодов), используемых для верификации причин болезни.

Например, при долевой пневмонии наиболее частыми этиологическими факторами болезни являются: Pneumococcus, Streptococcus A, Haemophilus influenzae A и Klebsiella pneumoniae (по данным J.P. Sanford, Guide to Antimicrobial Therapy, 1991, USA).

При «атипичной» пневмонии – Pneumococcus, Mycoplasma pneumoniae, Legionella, Chlamydia pneumoniae (trachomatis).

При острой бронхопневмонии и эмпиеме легких:

– у больных сахарным диабетом и алкоголиков – Pneumococcus, Streptococcus A, Haemophilus influenzae A, Legionella, Klebsiella pneumoniae (Tubercullinum);

– у детей в возрасте до 5 лет – E.coli, Streptococcus A и B,

**Органотропные эффекты гомеопатических средств, используемых в ЭАФ-терапии заболеваний бронхо-легочной системы** Таблица 12

БАТ	Гомеопатические средства
Ле 11 ТИ Альвеолы легких	Ammon. brom, Antimonium tart., Coccus cacti, Drosera, Hepar sulfur, Hydrastis, Ipecacuanha, Kalium bichr., Kalium carbon., Kalium nitricum, Kalium sulf., Kreosot, Lobelia, Marum verum, Phellandrum, Senega, Spongia, Stannum, Teuricum, Verbascum
Ле 10d ТИ Медиастинальное сплетение	Ac. nitricum
Ле 10d ТИ Бронхиолы	Cuprum met., Drosra, Lobelia, Arsen. jod., Carbo vegetabilis, Coccus cacti, Naphtalinum, Natrium sulfuricum, Dulcamara, Grindelia, Hedera helix, Hepar sulfur, Kalium bichrom., Viscum
Ле 10а ТИ Плевра	Asklepias, Bryonia, Cantharis, Ranunculus, Apis, Sulfur jod., Arsen. jod., Kalium carbonicum, Mercur. solubilis, Abrotanum, Antimonium tartaricum, Marum verum, Teuricum scor., Silicea, Barium carbonicum
Ле 10 ТИ Бронхи	Ac. nitricum, Kreosot, Bryonia, Phellandrium, Kalium bichrom., Kalium carbonicum, Hepar sulfur, Hyoscyamus, Ammonium carbonicum, Terebinthina, Sanguinaria, Senega
Ле 9а ТИ Бронхиальное сплетение	Tabacum, Plumbum met.
Ле 9 ТИ Трахея Ле 8b ТИ Гортань Ле 8а ТИ Гортаноглотка	Alumina, Argentum nitricum, Arsen. album, Arum maculatum, Arum tri., Bromum, Causticum, Cetraria, Cicuta, Cistus can., Gelseminum, Hepar sulfur, Jodum, Hydrastis, Kalium muriaticum, Kalium sulf., Kalium bichrom., Mercur. cyanat., Phosphor, Rumex, Spongia, Stannum met., Stilingia, Sticta pulm., Thuja

Staphylococcus aureus, Pseudomonas, Chlamydia pneumoniae (trachomatis).

При хронической бронхопневмонии – Pseudomonas, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Serratia, Proteus, Providencia, Acinetobacter, Staphylococcus aureus, Pneumococcus.

При острой и хронической бронхопневмонии в сочетании с нейтропенией – Pneumocystis carinii, Nocardia, Legionella, Cyto-megalie, Candida albicans, Aspergillus niger, Strongyloides.

При диффузной интерстициальной пневмонии – Pseudomonas, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Serratia, Proteus, Providencia, Acinobacter, Pneumocystis carinii, Nocardia, Legionella, Staphylococcus aureus, Pneumococcus.

При диффузной интерстициальной пневмонии у инфицированных ВИЧ – Pneumocystis carinii, Pneumococcus, Legionella, Tubercullinum, Hystoplasmosis, Coccidiomycosis.

При остром бронхолите у детей в возрасте до 5 лет – V.Rhinosyncytialis (50–75%), V.Parainfluenzae (аденовирусы).

При остром бронхите у подростков – V. Rhinosyncytialis (50–75%), V. Parainfluenzae (Аденовирусы), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae (trachomatis), Pertussinum, Bordatella pertussis.

При хроническом бронхите (особенно у курящих) – Pneumococcus, Haemophilus influenzae A и B, Branchamela catarrhalis, V. Rhinosyncytialis и др.

При эмпиеме легких – Staphylococcus aureus, Pneumococcus, Haemophilus influenzae A и B, Streptococcus A, Bacteroides, Enterobacteriaceae.

При аспирационном абсцессе легких – B. fragilis (15%), Per-tostreptococc.anaerob., Fusobacterium sp.

При фиброзном кистозе легких – Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas seracia.

Для дифференциального разграничения профессиональной патологии бронхолегочной системы (асбестоз, силикоз и т.п.), атопической и нутритивной форм бронхиальной астмы в ЭАФ используются нозоды химических токсинов, пыльцевые и бытовые аллергены (нозоды).

Тестирование данных нозодов проводится на точках вегетативных нервных сплетений, иннервирующих бронхи и легкие, а их выбор осуществляется с учетом данных социального анализа, т.е. условий труда, жизни, выяснения таких моментов, как использование в домашних условиях средств бытовой химии, косметики и наличие контактов с другими вредными факторами ок-

ружающей среды (пассивное курение, управление автомобилем или проживание вблизи автомагистралей и химических производств).

Ниже приведен перечень химических токсинов, которые наиболее часто используются при проведении синтетической ЭАФ-диагностики заболеваний бронхолегочной системы [13]:

**Ле 10d ТИ** Медиастинальное сплетение —  
Ac. nitricum, Ac. sulfurosum, Aethylenoxyd,  
Benzol, Trichloroethylen, Formaldehyd, Carbon.  
tetrachlor., Perchloraethylen;

**Ле 9a ТИ** Бронхиальное сплетение —  
Benzinum crudum, Carbon. tetrachlor.,  
Trichloroethylen, Aceton, Ac. sulfurosum,  
Aethylenoxyd, Asbeststaub, Benzpyren,  
Tabacum, Plumbum met., Toluol, Xylol,  
Aether.

Таким образом, наиболее полный или индивидуальный диагноз составляет совокупность симптоматического, анатомического, функционального, этиологического и социального распознавания, т.е. синтез или установление единства различных сторон состояния больного, его индивидуальности, познание которых является необходимым условием для выбора эффективного лечения.

## 11. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЭАФ-ДИАГНОСТИКИ

Наряду с общеклиническими методами, в ЭАФ используются вспомогательные или дополнительные методы диагностирования, в том числе указательная меридианная диагностика, электрокожные провокационные тесты и диагностика по лечебному эффекту.

### 11.1. Указательная ЭАФ-диагностика

От врача, осваивающего ЭАФ, требуются не только знания топографии БАТ и овладение техникой измерения их электрических параметров, но и большая наблюдательность и умение оценивать характер изменений состояния кожных покровов, ногтей, тонуса мышц, особенностей иррадиации боли во взаимосвязи с ходом классических АП меридианов и вторичных ЭАФ-сосудов.

Данный аналитический процесс, обозначаемый в ЭАФ как указательная меридианная диагностика, включает в себя:

- определение места локализации болевых ощущений с учетом хода АП меридианов и вторичных ЭАФ-сосудов;
- определение характера и места расположения локальных

изменений кожных покровов, например, пигментных невусов, бородавок, родимых пятен, рубцов и т.п.;

- оценку состояния ногтей.

Следует подчеркнуть, что указательная меридианная диагностика не только не исключает применения традиционных методов пальпаторной диагностики, например, по точкам максимальной кожной гипер- или гипостезии зон Захарьина-Геда и Хирата, но и существенно дополняет их.

Для объяснения методики проведения меридианной указательной диагностики уместно обратиться к следующим клиническим примерам, описанным в ЭАФ [76].

Согласно наблюдениям Р. Фолля, трудно излечиваемая левосторонняя гемикрания, локализованная в месте проекции точки 1 меридиана желудка, отображает бессимптомное течение рака желудка.

Головная боль, локализованная в затылочной области и иррадирующая в лоб, т.е. совпадающая с ходом правой или левой ветви меридиана мочевого пузыря, обусловлена нарушениями в урогенитальной сфере.

Односторонняя или двухсторонняя головная боль, локализованная в теменной области и совпадающая с ходом меридиана желчного пузыря, часто является следствием нарушения функции гепатобилиарной системы.

Локализованные болевые ощущения под скуловой костью, в месте расположения точки **Тн 18 ТИ**, также как и боли на задней поверхности плечевого сустава являются признаками патологии 12-перстной кишки или терминального отдела подвздошной кишки. При этом боли в задней части правого плечевого сустава могут быть обусловлены дуоденитом или немой язвой луковицы 12-перстной кишки, а слева — дивертикулом Меккеля.

При локализации боли на передней части плечевого сустава, где проходит меридиан толстой кишки, необходимо исключить диагноз хронического аппендицита (правый сустав) или дивертикулеза толстого кишечника (левый сустав).

В зависимости от локализации болевых ощущений в коленных суставах можно судить о нарушениях функции различных органов: урогенитальных — при локализации боли в подколенной ямке, печени — на внутренней стороне и желчного пузыря — на наружной стороне суставов.

Локальные болевые ощущения в различных областях шеи или в так называемых точках Адлера являются отображением заболеваний головного мозга (точка А1), зубочелюстной системы (точки А2-4) и миндалин (точка А5).

Ограниченные видимые изменения состояния кожных покровов также могут помочь уточнить место локализации патологического процесса. Например, множественные атеромы или липомы кожи волосистой части головы могут препятствовать циркуляции «энергии» по проходящим здесь меридианам мочевого и желчного пузыря, заднему срединному меридиану, т.е. нарушать функцию взаимосвязанных с ним органов и систем.

Эритематозные высыпания на коже щек являются отображением нарушения функции желудка. Бородавки, пигментные невусы и родимые пятна, расположенные в местах топографического расположения отдельных БАТ в ЭАФ, рассматриваются как маркеры генетически детерминированной или конституциональной слабости взаимосвязанных с БАТ органов, усиливающейся с возрастом.

Изолированные гиперкератозы, проявляющиеся в виде мозолей, даже в тех случаях, если они вызваны механическим раздражением, также являются признаком нарушения функции того органа, где проходит соответствующий АП меридиан. В частности, мозоли на мизинцах стоп, часто встречающиеся у женщин, в подавляющем числе случаев отображают наличие у них заболеваний половых и мочевыделительных органов.

Механическое сдавление хода АП меридиана резинками тельного белья, как и травмы в зоне прохождения АП меридиана, блокируют циркуляцию в нем «энергии». Так, в практике ЭАФ описаны случаи возникновения спастической дискинезии толстого кишечника при левостороннем переломе лучевой кости, а также различных гастроэнтерологических нарушений после стоматологических операций и т.п.

Послеоперационные рубцы, особенно келлоидные, пересекающие ход АП меридиана, могут являться не только причиной развития спаечных процессов, но и приводить к выраженной дисфункции органа, с которым связан конкретный АП меридиан.

Согласно Р. Фоллю, условно рассматривающему систему АП меридианов, как вертикальные спинномозговые сегменты, их пересечение в процессе хирургических вмешательств блокирует или нарушает циркуляцию в них «энергии».

Наличие блокады циркуляции «энергии» в меридиане может быть определено с помощью измерения ЭП периферических БАТ (например, контрольных точек), значения которых после операции снижается ниже 50 усл. ед. или имеют большие величины ПС.

С целью уточнения потенциальной роли блокады циркуляции «энергии» в АП меридианах в возникновении различных патологических состояний, Г. Хюнеке предлагает вводить в зону после-

операционного рубца раствор новокаина, а Ф. Крамер – соединять прерванный ход АП меридиана металлическим проводником, накладывая один конец на БАТ, лежащие выше, а другой – ниже рубца.

В случае нормализации показателей ЭП соответствующих периферических БАТ, т.е. устранения блокады «энергии», роль рубца в развитии определенного патологического состояния является доказанной. Интегральная оценка этого процесса может быть получена при измерении точки **Ко 1а** Рубцовые изменения кожи (точка рубцов).

Дальнейшая тактика лечения больного, у которого установлено так называемое рубцовое поле нарушения, может сводиться к применению рассасывающих средств.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения некоторые авторы рекомендуют проводить реконструктивные (косметические) операции на рубцах, заключающиеся в иссечении старого и формировании нового рубца с вертикальным ходом, т.е. расположенным вдоль, а не поперек хода соответствующего АП меридиана.

Помимо определения характера и места расположения локальных изменений кожных покровов, большой объем диагностической информации дает анализ характера и формы патофизиологических изменений кожных покровов (эритема, экссудация, форма сыпи и т.п.).

При этом в ЭАФ, как и в классической гомеопатии, кожные симптомы имеют более высокий ранг, чем прочие локальные и патогномоничные симптомы при выборе гомеопатических средств для тестирования и лечения. Так, например, круг выбора гомеопатических средств для тестирования может быть сужен за счет знания их феноменологического подобия, т.е. оценки типа и формы высыпаний, имеющих следующие симптомы:

<b>Сухие высыпания</b>	Alumina, Arsenicum album, Barium carbonicum, Calcium carbonicum, Graphites, Kalium arsenicosum, Phosphorus, Sepia, Silicea, Sulfur;
<b>Мокнущие высыпания</b>	Arsenicum album, Dulcamara, Kreosot, Natrium muriaticum, Rhus tox., Sarsaparilla;
<b>Пузырьки (крапивница)</b>	Cantharis, Rhus tox., Croton, Dulcamara;
<b>Пустулы</b>	Clematis, Rhus tox.;
<b>Папулы (узелки)</b>	Calcium carbonicum, Causticum, Kalium iodatum, Silicea;

<b>Короста (корки)</b>	Antimonium crudum, Arsenicum album, Calcium carbonicum, Calcium sulfuricum, Graphites, Hepar sulfur, Arctium lappa, Lycopodium, Mezerium;
<b>Трещины</b>	Ac. nitricum, Antimonium crudum, Calcium carbonicum, Graphites, Lycopodium, Petroleum, Sepia, Silicea, Sulfur;
<b>Шелушение (чешуйки)</b>	Ac. nitricum, Arsenicum album, Calcium carbonicum, Graphites, Petroleum, Silicea.

Частным примером указательной диагностики является метод вьетнамского врача Вуй Куок Чяу, который на основании длительных клинических исследований разработал специальный атлас лица, на котором как бы послойно представлены проекции отдельных органов и тканей.

Сопоставление мест локальных изменений кожных покровов лица с топографическим расположением рефлексогенных зон различных органов и тканевых систем позволяет уточнить локализацию патологического процесса и выбрать для его лечения специальные БАТ, расположенные на коже лица.

Помимо оценки состояния кожных покровов, в указательной диагностике может использоваться осмотр языка, на котором также представлены рефлексогенные зоны различных органов и тканей. Так, на кончике языка представлена рефлексогенная зона глотки, на корне – прямая кишка, в средней части (по прямой линии) – желудок, селезенка и панкреас, справа в средней части – печень и желчный пузырь. Легкие и тонкий кишечник представлены на среднебоковой поверхности языка.

Появление эрозий, грубых складок или ограниченного налета в определенной зоне языка указывает на нарушение функции соответствующего органа.

Определенное значение в указательной меридианной диагностике имеет оценка состояния ногтей. Расщепление (излом), деформация или грибковое поражение ногтей со стороны хода соответствующих АП меридианов может рассматриваться в ЭАФ как косвенный признак нарушения функции взаимосвязанных с ними органов. При этом дополнительная диагностическая информация может быть получена за счет анализа формы, свойств и цвета ногтей, что также позволяет оптимизировать выбор гомеопатических средств для тестирования и лечения.

Согласно работам Г. Келера, в физической форме ногтей одновременно отражается общий план строения тела (конституция)

и душевное (психическое) состояние человека. Так, например, лицам с короткими, широкими ногтями руки, и коренастым телом соответствуют такие конституциональные гомеопатические средства как: Calcium carbonicum, Barium carbonicum, Antimonium tartaricum, Graphites. Лицам с тонкими пальцами, с узкой, длинной кистью и ногтями – Arsenicum album, Calcium phosphoricum, Silicea и Phosphorus.

В свою очередь, для перечисленных ниже изменений свойств и форм ногтей наиболее полно соответствуют следующие гомеопатические препараты:

<b>Ломкие и хрупкие ногти</b>	Alumina, Ac. fluoricum, Calcium carbonicum, Graphites, Silicea;
<b>Тонкие, прозрачные ногти</b>	Arsenicum album, Ferrum phosphoricum, Calcium phosphoricum, Phosphorus;
<b>Твердые, толстые, ороговевшие ногти</b>	Alumina, Antimonium crudum, Arsenicum album, Calcium carbonicum, Graphites, Silicea;
<b>Слоистые ногти</b>	Secale cornutum, Alumina, Antimonium crudum, Graphites, Silicea;
<b>Ногти с мелкими углублениями и ямками</b>	Thuja;
<b>Ногти с продольными борозками и полосками</b>	Ac. fluoricum, Silicea, Thuja;
<b>Ногти с поперечными полосками и углублениями</b>	Arsenicum album, Thuja;
<b>Ребристые и шероховатые ногти</b>	Thuja, Arsenicum album;
<b>Расщепленные ногти</b>	Antimonium crudum, Silicea;
<b>Деформированные, уродливые ногти</b>	Ac. fluoricum, Graphites, Silicea, Thuja;
<b>Вросшие ногти</b>	Causticum, Graphites, Lachesis, Ac. nitricum, Silicea, Teuricum, Thuja;
<b>Обкусанные ногти (навязчивое обкусывание)</b>	Arum triphyllum, Ammonium bromatum.

## 11.2. Электрокожные провокационные тесты

Электрокожные провокационные тесты (ЭКТ) являются вспомогательным методом, предназначенным для объективизации результатов ЭАФ-диагностики. Они также используются для выяв-



ления латентных очагов инфекции в ЛОР-органах, зубочелюстной системе и других тканях.

ЭКТ как диагностический метод впервые был предложен Ф. Геленом и К. Штанделем, а в дальнейшем усовершенствован и внедрен в клиническую практику М. Глазер-Тюрк [87].

Основополагающим моментом ЭКТ, делающим его диагностически значимым, является то, что наличие острого или хронического очага воспаления приводит к нейротрофическим нарушениям кожи в соответствующей рефлексогенной зоне.

В результате токсического влияния очага на нейровазальные процессы кровеносные капилляры и сосуды теряют способность к сокращению в ответ на электрический стимул, вследствие чего развивается гипералгезия, кожа над очагом становится либо гиперемированной, либо сохраняет естественный цвет, в противоположность здоровым людям, у которых она бледнеет (вазоконстрикторный эффект).

Для проведения ЭКТ может использоваться постоянный или переменный ток отрицательной полярности или синусоидальной формы с частотой следования импульсов 8–12 Гц.

В практике ЭАФ и БФД при проведении ЭКТ рефлексогенных зон головы обычно используется переменный ток силой до 200 мкА при напряжении 2,5 В, а при ЭКТ рефлексогенных зон тела – до 500 мкА при напряжении не более 6 В.

В качестве аппаратов для проведения ЭКТ могут использоваться не только зарубежные, но и отечественный аппарат устройства серии «МИНИ-ЭКСПЕРТ», описанный в разделе 4.

Процесс проведения ЭКТ рефлексогенных зон головы включает в себя несколько этапов, первым из которых является определение индивидуального порога чувствительности пациента к электрическому воздействию.

С этой целью специальной металлической (серебряной) кисточкой или миниатюрным роликовым электродом производится касание кожи лба у границы волосяного покрова и с помощью регулятора интенсивности воздействующего сигнала выбирается тот режим, который вызывает у пациента чувство легкого зуда. После этого силу тока уменьшают до исчезновения зуда или неприятных ощущений. Далее проводится перемещение электрода (методом прокатывания или «штаффирования») по соответствующей рефлексогенной зоне в течение 10–30 с до появления соответствующих реакций кожи в зоне проекции предполагаемого очага, которые классифицируются следующим образом.

При возникновении под влиянием ЭКТ в определенной рефлексогенной зоне гипералгезии без видимых изменений кожи (ги-

перемии) ее ответная реакция классифицируется как слабая, что соответствует очаговому процессу 1-й степени.

При появлении под влиянием ЭКТ зон гиперемии кожи различной интенсивности и протяженности, но без гипералгезии, верифицируется очаговый процесс 2-й степени.

Выраженная гипералгезия и гиперемия кожи указывает на наличие очагового процесса 3-й степени, подлежащего обязательному санированию.

Помимо описанных выше диагностических критериев, при классификации очаговых процессов используется и метод наблюдения за временем «затухания» зон гиперемии кожи. Так, например, в проекции более активного очага кожа бледнеет в последнюю очередь. При этом необходимо помнить, что быстрое «затухание» гиперемии кожи после проведения ЭКТ (до 10 с) не является указанием на наличие очагового воспалительного процесса.

Для регистрации результатов ЭКТ Х. Пфлаумом предложены специальные диагностические карты. Первая из них предназначена для регистрации результатов так называемой комбинированной очаговой диагностики по 32-м рефлексогенным зонам кожи головы и туловища, а вторая – для диагностики головных очагов.

ЭКТ в комплексе с ЭАФ или другими методами электропунктурной диагностики может использоваться в качестве способа объективизации эффективности проведения тестирования медикаментов.

Данная возможность была экспериментально подтверждена М. Глазер-Тюрк, Р. Фоллем и Ф. Крамером, показавшим, что в случае правильного подбора нозодов или гомеопатических медикаментов повторное раздражение электрическим током зон очагов (воспаления в «присутствии» медикаментов) не вызывает явлений гиперемии и гипералгезии кожи. Иными словами, под влиянием ЭАФ-тестирования медикаментов происходит устранение нейротрофических нарушений и восстанавливается чувствительность рефлексогенных зон кожи к вазоконстрикторному эффекту электрического тока.

В заключение необходимо отметить, что большинство из выпускаемых в настоящее время аппаратов для ЭАФ-диагностики и терапии за счет своих больших функциональных возможностей позволяют унифицировать проведение и других электротестов, например, электроодонтометрию (определение жизнеспособности зубов) и тест на электровозбудимость нервов, используемый в дифференциальной диагностике различных нейромышечных заболеваний и гипопаратиреоза (симптом Эрба).



### 11.3. ЭАФ-диагностика по лечебному эффекту

Помимо указательной диагностики в ЭАФ применяется метод диагностирования по лечебному эффекту. Данный метод диагностики относится к категории ретроспективных, когда по результатам назначенного лечения и динамике изменения ЭП БАТ во времени делается вывод о болезни и характере ее течения. При этом в случаях регрессии клинических симптомов заболевания и обнаружения тенденции к нормализации ЭП БАТ выносятся суждения об адекватности проводимой терапии и правильно верифицированном диагнозе.

В противоположность этому, ухудшение ЭП БАТ, изменения значений которых нередко опережают нарастание остроты клинических симптомов болезни и развитие различных осложнений, указывает на отрицательный лечебный эффект и недостаточно достоверное распознавание основного патологического процесса.

## 12. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭАФ-ДИАГНОСТИКИ

Предвидение возникновения и исхода различных заболеваний является основой медицинского прогнозирования, базирующегося на знании закономерностей течения патологических процессов и определяемого как диагноз будущего.

Знание прогноза заболевания необходимо не только для повышения авторитета врача и доверия к нему больного, но и для защиты медицинского искусства от неоправданных обвинений в случаях неизлечимости болезни.

Логическая основа прогноза является более сложной, чем диагностическое распознавание определенной болезни. Так, если процесс диагностического распознавания идет от фактов прошлого и настоящего состояния больного, т.е. от следствия к причине (индуктивный метод умозаключения), то процесс прогнозирования идет от причинной связи явлений к следствию (дедуктивный метод умозаключения) и представляет из себя познание будущего, т.е. определяется знанием того, что может быть, но чего еще нет.

Именно в этом направлении в ЭАФ получены наиболее интересные результаты. Так, многочисленные исследования, проведенные специалистами ЭАФ, показывают, что даже при отсутствии явных клинических симптомов болезни, обнаружение незначительных отклонений ЭП БАТ от значений нормы «сигнализирует» о нарушениях функций взаимосвязанных с БАТ органов, которые в будущем могут трансформироваться в болезнь. Например, у лиц молодого возраста, имеющих избыточный вес, выявление отклонений ЭП на дистальных точках меридиана желчного пузыря,

поджелудочной железы и сосуде жировой дегенерации указывает на высокий риск развития у них в будущем желчекаменной болезни.

Другим примером ЭАФ-прогнозирования является предвидение возникновения различных заболеваний, основанное на анализе энергетических взаимосвязей различных органов и систем. Согласно Р. Фоллю, наличие очага инфекции в одном органе может вызывать развитие патологического «очагового поля нарушения» в другом органе или передаваться по ходу их энергетической цепочки от одного органа к другому.

### Например,

очаговый фокус в 8-х зубах верхней или нижней челюсти (ущемленные 8-е зубы, кариес и т.д.) по истечении некоторого времени может обуславливать развитие нарушений функций сердечно-сосудистой системы, тонкого кишечника, передней доли гипофиза, надпочечников, органов слуха, артропатий суставов верхних конечностей и т.д.

ЭАФ-диагностика и прогнозирование косвенным образом связаны и с медицинской генетикой, поскольку позволяет определить с помощью измерения ЭП соответствующих БАТ (и тестирования нозодов) генетическую детерминированность или передачу определенного заболевания по наследству.

## 13. ПРИЧИНЫ НЕПРАВИЛЬНОЙ ПОСТАНОВКИ ЭАФ-ДИАГНОЗА

Неполное распознавание причин болезни, приводящее к формализации неправильного диагноза, является достаточно частым явлением. По данным различных статических исследований, расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов варьирует в пределах 10–16%, а при патологоанатомической диагностике – в 3–8% случаев.

Среди главных факторов, связанных с неправильной верификацией клинического диагноза, можно выделить следующие причины.

Заболевание не может быть с достаточной уверенностью верифицировано, если оно в настоящее время еще не изучено.

Действительно, ежегодно выявляются и описываются новые болезни, этиопатогенез которых еще недостаточно изучен, что является серьезным препятствием для постановки правильного диагноза.

Наряду с этим, определенное заболевание может быть достаточно хорошо изучено, однако врач не может его достоверно

диагностировать, так как он никогда не встречался с ним в своей практике и может иметь о нем только теоретическое представление.

Другой причиной неправильных диагнозов является ошибочное заключение о причинах развития определенной формы патологии, которое может объясняться недостаточным знанием врачом семиологии и методологии постановки диагноза. Например, неправильная постановка диагноза может являться следствием:

- давления авторитета более опытного специалиста;
- малодушия врача, который из соображений субординации или робости перед авторитетными коллегами не высказал своего мнения о другом возможном диагнозе;
- излишнего самомнения врача, который, полагаясь на собственный опыт и интуицию, может пренебречь необходимыми исследованиями и мнениями коллег.

Наконец, причиной постановки неправильного диагноза может служить и сам больной, который в ряде случаев ставит перед врачом задачу: «... угадай, что у меня болит?» (особенно при проведении ЭАФ-диагностики) или произвольно искажает анамнез жизни или болезни.

Вместе с тем, ошибка в диагнозе – добросовестное заблуждение врача, не разобравшегося в характере болезни. В отличие от диагностических ошибок следует отличать те случаи, когда врач сознательно ставит из каких-либо корыстных побуждений неправильный диагноз, что является нарушением правил медицинской деонтологии и преступлением.

Анализируя другие основные причины, связанные с неправильной постановкой диагноза, можно выделить следующие наиболее существенные моменты:

- трудность количественного порядка, заключающаяся в лавинообразном увеличении научной информации;
- появление новых медицинских дисциплин, например – хрономедицина, хронофармакология, селенобиология, иммунология и др.;
- необходимость решения сложных задач по наиболее ранней и точной диагностике преморбидных состояний и латентных форм заболеваний, когда легче и эффективнее проводить лечение;
- распознавание или верификация предрасположенности к той или иной форме патологии у практически здоровых людей.

Наряду с описанными выше причинами, приводящими к неправильной постановке диагноза в ЭАФ, как и у любого другого

диагностического метода, существуют свои собственные причины, снижающие достоверность ЭАФ-диагностики, к числу которых относятся:

- ошибки измерения ЭП БАТ кожи;
- нарушения правил проведения ЭАФ-диагностики;
- неправильная организация и компоновка рабочего места.

#### 14. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ИЗМЕРЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК КОЖИ

Врачи, не имеющие достаточного опыта в проведении электропунктурной диагностики, нередко допускают ошибки в измерениях ЭП БАТ кожи, наиболее типичными из которых являются:

1. Неправильное определение топографии БАТ кожи;
2. Использование ошибочной техники измерения БАТ кожи, в том числе связанной с неправильным расположением наконечника «активного» электрода-щупа по отношению к центру БАТ кожи;
3. Произвольное усиление давления «активного» электрода-щупа на БАТ с быстрым выходом на «плато измерения» рывком или колющим движением, способным привести к повреждению эпидермиса кожи. Повреждение эпидермиса кожи в проекции БАТ исключает возможность проведения повторных измерений ее ЭП;
4. Повышенная влажность кожи в проекции БАТ может приводить к сползанию или соскальзыванию наконечника «активного» электрода-щупа с центра БАТ и вызывать появление ложного эффекта ПС. Появление ложного эффекта ПС также может быть связано с тремором рук пациента или с потливостью пальцев рук врача, скользящих в процессе измерения БАТ по «активному» электроду-щупу. Для устранения методических ошибок, связанных с этими явлениями, необходимо протереть кожу рук сухой салфеткой;
5. Повышенная сухость кожи пациента затрудняет установление адекватного электрического контакта с БАТ и вызывает у врача произвольное желание увеличить силу прижатия к ней «активного» электрода-щупа, что может приводить к повреждению эпидермиса кожи. При этом процесс повреждения эпидермиса кожи сопровождается резким «броском» стрелки индикатора диагностического аппарата в сторону 100 усл. ед., а также болевыми ощущениями. С целью исключения методических ошибок, возникающих при повышенной сухости кожи, и улучшения электрического контакта с БАТ наконечник «активного» электро-

да-щупа можно смачивать раствором электролита (например, 0,9% раствором хлористого натрия).

### 15. ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМ ТОЧКАМ КОЖИ

С целью исключения методических ошибок и повышения достоверности электропунктурной диагностики необходимо соблюдать ряд правил и требований, предъявляемых к пациенту и рабочему месту, где производится обследование пациента.

К числу основных требований, предъявляемых к пациентам при проведении электропунктурной диагностики, относятся:

- величина ИУ по отведению рука-рука должна составлять не менее 82 усл. ед., что обеспечивает правильную интерпретацию результатов измерения электрических параметров БАТ;
- за 48–72 часа до проведения первого сеанса электропунктурной диагностики пациент не должен принимать сильнодействующих лекарственных препаратов, особенно транквилизаторов, снотворных, обезболивающих и гормональных средств. Нарушение этого правила приводит к снижению достоверности результатов электропунктурной диагностики и сводится лишь к косвенной (ретроспективной) оценке действия фармакологических средств на систему акупунктурных меридианов. Исключения из этого правила составляют случаи, когда применение лекарственных средств невозможно отменить на указанный промежуток времени по жизненным показаниям. Например, при глюкокортикостероидной зависимости, инсулинозависимом сахарном диабете, нестабильной стенокардии и т.п.;
- в день обследования пациенты не должны употреблять продуктов, содержащих кофеин, алкоголь, не курить и не заниматься тяжелым физическим трудом;
- перед проведением электропунктурной диагностики пациенты не должны пользоваться косметикой, смазывать руки и лицо кремами и т.п.;
- перед обследованием необходимо снять все металлические предметы (ювелирные украшения, очки, протезы и пр.), а также синтетическое белье. Соблюдение данного правила особенно важно, поскольку синтетические ткани могут накапливать заряды статического электричества, искажающие результаты измерения электрических параметров БАТ (табл. 13).

Влияние различных тканей и материалов  
на ЭАП БАТ и БАЗ кожи

Таблица 13

Материал	Электрический заряд	Характер изменения ЭП БАЗ и БАТ кожи
Травьера	сильно «+»	сильное снижение
Хлопок	нейтральный	небольшое повышение
Диолон (70% – полиэстер, 30% – вискоза)	нейтральный	не влияет
Нейлон	слабо «-»	небольшое повышение
Шерстяная ткань	«+»	умеренное снижение
Синтетические ткани из полиэфирных смол	сильно «-»	сильное повышение
Дралон (полиамидное волокно)	сильно «-»	сильное повышение
Дрален (полиэфирное волокно)	«-»	умеренное повышение
Менаклон	«-»	умеренное повышение
Камвольная пряжа	«-»	умеренное повышение
Овечья шерсть	«+»	умеренное повышение
Кожа	нейтральный	не влияет
Бархат	нейтральный	небольшое повышение

Врач или функциональный диагност, проводящий ЭАФ-диагностику, перед обследованием пациента должен провести самоконтроль, т.е. измерение собственных БАТ кожи и устранить имеющиеся отклонения ЭП до значений идеальной нормы (50 усл. ед.) с помощью электроимпульсной терапии или иного корректирующего воздействия.

Такой способ самоконтроля Р. Фолль условно назвал «точечной гимнастикой», проведение которой необходимо для поддержания высокой работоспособности врача.

При проведении ЭАФ-диагностики врач должен использовать резиновые напальчники или хлопчатобумажные перчатки (одетые на свободную руку), избегая прямого контакта собственной кожи с кожей пациента.

С точки зрения медицинской деонтологии, врач не должен допускать в процессе проведения ЭАФ-диагностики неоправданных клинических заключений, способных оказать ятрогенный или иной нежелательный эффект.

## 16. ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Аппараты, используемые для электропунктурной диагностики, содержат прецизионную систему, чувствительную к сильным электромагнитным полям, искажающим результаты измерения электрических параметров БАТ.

В связи с этим, при организации кабинета электропунктурной диагностики или рабочего места врача необходимо учитывать следующие правила:

1) под рабочим местом не должны находиться источники рентгеновского излучения и электромагнитных полей (рентгеновские установки, centrifуги, СВЧ-приборы), незаземленные электрические кабели;

2) пол, на котором установлен рабочий стол и кресло, не должен быть синтетическим;

3) рабочее место должно быть удалено от теле- и радиоаппаратуры, осветительных и электрических устройств на расстояние не менее, чем:

- телевизоры - 200 см;
- газоразрядные лампы дневного освещения - 140 см;
- электрические розетки и приборы, имеющие металлический корпус - 130 см;
- радиоприемники - 90 см;
- лампы накаливания - 50 см.

## 17. КОМПОНОВКА РАБОЧЕГО МЕСТА

При организации стационарного рабочего места в кабинете электропунктурной диагностики устанавливается деревянный стол, где располагаются необходимые материалы, оборудование и диагностический аппарат.

Кресла, на которых сидят пациент и врач, должны быть деревянными или из материалов, не накапливающих статического электричества.

Для удобства измерения электрических параметров БАТ, расположенных на пальцах ног, используется специальная подставка, на которую помещается нога пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р.Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии: Методические рекомендации/ Яновский О.Г. и соавторы. - М Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения. - 1999. - 27 с.
2. Готовский Ю.В. Устройство для диагностики и адаптивной терапии. Патент РФ N 2070405 от 20 декабря 1996 г.
3. Самохин А.В., Ставицкий В.А., Кяушайте И.А., Каргопольцев А.А., Чечельницкий Н.П. Авторское свидетельство N 34590, 1990, СССР.
4. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Практическая электропунктура по методу Р. Фолля. - М.: «ИМЕДИС», 1997. - 672 с.
70. Табеева Д.М. Руководство по рефлексотерапии. - М.: Медицина, 1980. - 560 с.
5. Электропунктурный вегетативный тест: Методические рекомендации/ Василенко А.М. и соавторы. - М.: Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ, 2000. - 28 с.
6. Alphabetische Zusammenstellung der KuF-Reihen. Staufent-Pharma, Goppingen, 2.2.1992. - 11 s.
7. Beisch K., Bloess D. Ein Wirksamkeitsnachweis homöopathischer Medikamente am Beispiel der Nozoden. Eine regelphysiologische Studie im Testgang der EAV. MVL mbH-Uelzen, 1978. - 92 s.
8. Beisch K. Wirksamkeitsnachweise getesteter homöopathischer Medikamente durch regelphysiologische Messungen, Pulsoszillographie und Pulsographie. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung (MT), MVL mbH-Uelzen, 1982. - S. 119-151.
9. Bergsmann O. Objektivierung der Akupunktur als Problem der Regulationsphysiologie. - Heidelberg: Haug Verlag, 1974.
10. Bradgley L. A New Method for Locating Acupuncture Points and Body Fields Distortions // American J. Acupuncture. - 1984. - V 12. N 3. - P. 219-228.
11. Bruni F. Diagnosi e terapia delle fasi neoplastiche con elettroagopuntura secondo Voll. Rivista Italiana di Omotossicologia. Anno IX, n-3, 1991. - P. 60-63.
12. Die Therapie mit Nosoden in der Praxis. Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden, 1986. - S. 1-43.
13. Dobler R. La lingua - sintomi in e Yang in immagini. 40 Congresso della Societa' internazionale di EAV, 7-9 Giugno 1996, Fulda.

## Часть II

# ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРНАЯ И ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ

### 1. ВВЕДЕНИЕ

Электроakupунктура и чрезкожная электростимуляция (или электропунктура) биологических активных точек и зон кожи (БАТ, БАЗ) являются разновидностью рефлекторной физиотерапии.

Одно из первых упоминаний о применении статического электрического тока с лечебной целью проводится в работах А. Бертолона (1770 г.) и Г. Ван Швиндена (1785 г.), использовавших электропунктуру для обезболевания стоматологических операций.

Позднее, в 1796 г., английский ученый К. Перкинс, а затем французские врачи Ж. Сарландье и Л. Клоке стали использовать постоянный электрический ток для усиления лечебного эффекта иглоукалывания.

Важный вклад в теорию и практику электроakupунктурной терапии внесли исследования отечественных ученых: А.Р.Киричинского [8]; И.Г.Пашкевича и М.В.Вогралика [1, 10]; Г.Д.Новинского [9]; Ф.Г.Портнова [11]; А.И.Нечушкина и др.

Среди зарубежных исследований, посвященных вопросам электроakupунктурной (ЭАТ) и электропунктурной терапии (ЭПТ) особого внимания заслуживают работы японского врача М. Хиодо в ФРГ – Р. Фолля [46], Ш. Вальдемара [53]; в Австрии – Ф.Бишко [20]; во Франции – Роже де Ла Фюи, П. Ножье, Ж. Нибойе, С. Моранта [21, 33, 38] и др.

Согласно современным представлениям, электроakupунктурная терапия (ЭАТ) и электропунктурная терапия (ЭПТ) рассматриваются с позиций рефлекторной или сегментарной физиотерапии, при которой воздействие на определенную группу БАТ или БАЗ кожи вызывает ряд изменений в соответствующих им метамерах.

В зависимости от вида физического воздействия (постоянный, переменный электрический ток или электромагнитные поля, термическая, механическая стимуляция и т.п.), его влияние может быть реализовано как на уровне поверхностного рецепторного

аппарата кожи, так и в ее более глубоких структурах, например, нервных узлах, сплетениях и стволах.

Воздействие на поверхностные структуры кожи наиболее эффективно достигается с помощью постоянного (гальванического) тока; термическими, механическими стимулами; инфракрасным излучением в видимом спектре, а на глубокие – переменным электрическим током, УВЧ и СВЧ электромагнитными полями.

К числу наиболее часто применяемых в ЭАТ и ЭПТ видов электрического тока относятся: постоянный (гальванический), импульсный, интерференционный и модулированный.

Физиологическое действие этих токов на организм человека различно и зависит от их полярности, амплитуды, формы импульса и частоты.

Наблюдаемый физиологический эффект при применении постоянного электрического тока взаимосвязан с тем, как расположены ткани организма по отношению к электродам. Так, у отрицательного электрода группируются положительные ионы (+), вызывающие поляризацию клеточных мембран, возбуждение нервных окончаний и, как следствие этого, рефлекторную вазодилатацию, гиперемия кожи и гиперестезию.

В противоположность этому, у положительного электрода группируются отрицательные ионы (-), снижающие поляризацию клеточных мембран и возбужденность сенсорных рецепторов, приводя к явлениям гипо- или анестезии.

Под воздействием постоянного электрического тока (или поля) и возникающей разности потенциалов между положительным и отрицательным электродами начинается перемещение ионов электролитов, белков, ферментов и других биологически активных веществ, вследствие чего улучшается трофика тканей.

При лечении постоянным электрическим током необходимо помнить, что в результате электролиза тканевых жидкостей у положительного электрода может образоваться хлористоводородная кислота, а у отрицательного – гидрат окиси натрия, вызывающие ожоги.

С целью устранения этого нежелательного эффекта и усиления лечебного воздействия рекомендуется периодически менять полярность постоянного тока (например, каждые 10–15 с).

Помимо постоянного электрического тока, в ЭАТ широко применяются импульсные токи с низкой частотой (до 20 кГц) и напряжением до 400 В.

С терапевтической целью можно использовать несколько разновидностей электрических импульсов: треугольные (ток Фара-

дея), прямоугольные (ток Ледука), плугообразные или пилообразные (ток Лапика), синусоидальные и частотно-модулированные.

Физиологические эффекты, возникающие при применении импульсных токов, представляют из себя сложное явление, характер которого в первую очередь зависит от их амплитуды и частоты.

Наиболее эффективной считается амплитуда силы тока, лежащая в пределах от 1 до 4 мА. Нижняя граница этого интервала, равная 1 мА, расценивается как сенсорный порог, а 4 мА и более как болевой порог. При этом предполагается, что импульсный ток ниже сенсорного порога (1 мА) в качестве терапевтического средства бесполезен, поскольку не вызывает никаких ощущений, что является неправильным с точки зрения энергоинформационной медицины.

Наряду с величиной амплитуды импульсного тока, существенное значение имеют его форма (крутизна фронта) и частота.

Электрофизические исследования показывают, что треугольные импульсы (ток Фарадея), имеющие большую крутизну фронта (приближающуюся к вертикальной) пригодны лишь для электрической стимуляции здоровых тканей, а на ткани с нарушенной трофикой влияния не оказывают. Это связано с тем, что ткани, имеющие нейтрофические нарушения, не успевают реагировать на раздражение импульсами данной формы.

В противоположность этому, импульсы специальной формы (продолжительностью от 0,005 до 200 мс): плуго- или пилообразные и синусоидальные импульсы, имеющие пологий подъем или спад крутизны фронта, подходят для воздействия как на здоровые, так и на ткани с нейтрофическими нарушениями.

Помимо амплитуды, формы и длительности электрического импульса (которая для достижения положительного эффекта должна быть не менее 0,005 мс) не менее важное значение имеет частота следования импульсов, измеряемая в единицах герц (Гц).

Так, например, электрический ток с частотой следования импульсов, лежащей в диапазоне 1–10 Гц, стимулирует симпатическую нервную систему, сенсорные и моторные рецепторы, а с частотой 100 Гц тормозит тонус симпатической нервной системы.

При частоте 25–100 Гц отмечается стимуляция парасимпатической нервной системы и вазодилататорный эффект.

Частота 20–30 Гц улучшает процесс нервно-мышечной передачи и используется для лечения паралитической атрофии мышц.

Наиболее выраженными противовоспалительным и анальгезирующим эффектами обладают частоты, лежащие в диапазоне 80–250 Гц.

Следует отметить, что при использовании низкочастотного импульсного тока до 200 Гц могут наблюдаться нежелательные эффекты и, в частности, раздражение кожи, явление электролиза и различия в воздействии разнополюсных электродов на ткани.

С целью уменьшения этих явлений используется интерференционный или модулированный ток.

Интерференционный ток (ток Х. Немека) представляет из себя два вида электрического тока, один из которых, например, идет с частотой следования импульсов 5000 Гц, а другой – с частотой 4990–4900 Гц (или 5010–5100 Гц). При подведении интерференционных токов к одному и тому же участку организма с двух взаимно пересекающихся направлений происходит их интерференция и возникновение в тканях импульсов тока низкой частоты, равной разности приведенных выше частот (т.е. 10–100 Гц).

Модулированный ток представляет из себя переменный ток с частотой следования импульсов от 5000 до 20000 Гц, легко проникающий в ткани и не вызывающий раздражения кожи, который модулируется по амплитуде синусоидальными или другими формами колебаний в диапазоне частот от 1 до 250 Гц, выбираемых исходя из клинических показаний.

Для усиления лечебного эффекта используются сложные режимы модуляции импульсов низкой частоты, например, 0,1 Гц – для стимуляции регионарной гемодинамики; 1,2 Гц – как частоты, оказывающей противовоспалительное действие; 72 Гц – для регуляции обмена кальция и 240 Гц – для анальгезии.

Проблеме воздействия электрическими или электромагнитными импульсами различной частоты в настоящее время уделяется особое внимание в связи с предполагаемым не амплитудно, а частотно-зависимом характере передачи информации в биологических системах.

В частности, оказалось, что человеческий организм способен не только реагировать в широком диапазоне частот воздействия (от  $10^1$  до  $10^9$  Гц и выше), но и отвечать на отдельные частоты строго определенными реакциями, причем амплитуда воздействующего сигнала может быть ничтожно малой (т.е. лежать ниже сенсорного порога). Поэтому воздействие импульсами с амплитудой в десятки и сотни Вольт, которые имеются во многих аппаратах, является не физиологичным и может принести вред организму.

Такое избирательное влияние на биологическую систему, не требующее для своей реализации большой энергии, а предполагающее активацию собственных энергетических ресурсов биообъекта под влиянием определенной частоты, называется резонансным эффектом и является одним из видов мультирезонансной терапии.

Для инициации данного эффекта можно использовать не только воздействие электрическими импульсами тока через накожные электроды или акупунктурные иглы, но и катушки индуктивности (катушки Гельмгольца), создающие импульсное электромагнитное поле определенной интенсивности и частоты, а также волноводы специальных конструкций.

Информация о диапазонах частот, вызывающих резонансные отклики в различных системах, органах и тканях организма, может оказаться полезной в целенаправленном управлении его отдельными функциями.

Так, например, установлено, что низкочастотные электрические поля 0,01; 0,04; 0,6; 6; 75 и 80 Гц способны повышать количество лейкоцитов в периферической крови, а частоты 0,06; 0,9; 1; 11 и 26 Гц – снижать его.

В других работах [9], показано, что электрические поля инфра- и звукового диапазона могут активировать некоторые ферменты и медиаторы.

#### **Пример**

Фосфоорилаза 1–676 Гц;  
Фосфоорилаза 2–1600 Гц;  
Дегидрогеназа триозофосфотазы – 166 Гц;  
Фосфоглюкомутаза – 280 Гц;  
Фосфофруктокиназа – 19–20 Гц;  
Дегидрогеназа молочной кислоты – 1215 Гц;  
Цитохромредуктаза – 183 Гц;  
Карбангидраза – 40000 Гц;  
Ацетил-холинэстераза – 14000 Гц.

Для целенаправленной стимуляции высвобождения ионов калия может использоваться частота 10 Гц, а кальция – 15 Гц.

При воздействии частотой 7 кГц отмечается снижение уровня восстановления НАДФ, цитохром С-редуктазы, гликогена, РНК, ДНК, накопление молочной и пировиноградной кислот, аммиака, повышение содержания адреналина.

Увеличение частоты воздействия до 70 кГц может приводить к значительному повышению функции щитовидной железы, разобщению процессов окисления и фосфорилирования.

Интересные данные о возможности восстановления цветовосприятия у дальтоников получены японскими учеными фирмы «Хейякава», использовавшими для этих целей стимуляцию точек орбиты глаза модулированным переменным током с частотой следования импульсов 44,2 и 77 Гц [58].

Для эффективного использования ЭАТ или ЭПТ, помимо зна-

ния диапазонов резонансных частот, не менее важное значение имеет правильный выбор места приложения их воздействия. Это позволяет целенаправленно регулировать активность различных структур ЦНС, участвующих в управлении периферическими вегетативными и другими функциями организма человека.

Так, например, для воздействия на БАТ и БАЗ кожи лица (лоб) используется частота 146 Гц; волосистой части головы и затылка – 18,25 Гц; верхних и нижних конечностей – 9,125 Гц; полости рта, мочеиспускательного канала, влагалища, ануса (переднего срединного меридиана) – 2,28 Гц.

Наряду с этим, руководителем медицинской лаборатории акустики ВМФ Франции (Марсель) Е. Гавро были установлены резонансные частоты для отдельных органов и тканевых систем, например, вестибулярный аппарат – 0,5–13 Гц; глаза – 40–100 Гц; череп – 20–30 Гц; сердце – 6 Гц; желудок – 2–3 Гц; кишечник – 2–4 Гц; рука – 2–5 Гц.

Резюмируя приведенные выше данные, необходимо отметить что лечебный эффект наблюдаемый при проведении электропунктуры может иметь как неспецифический, так и специфический характер.

Исследования, посвященные этому вопросу, позволяют указать на следующие неспецифические механизмы терапевтического эффекта, наблюдаемые при проведении электропунктуры:

1. Обезболивание (гипоанальгезия, анальгезия);
2. Нормализация или повышение секреции некоторых нейропептидов и гормонов:
  - а) стимуляция секреции эндорфинов и энкефалинов;
  - б) стимуляция секреции серотонина в подкорковых ядрах;
  - в) стимуляция секреции АКТГ и кортизона;
  - г) нормализация метаболизма медиаторов (опосредовано через синтез дофамина и ацетилхолина);
  - д) нормализация соотношения в крови триглицеридов и фосфолипидов, снижение уровня холестерина;
  - е) снижение уровня мочевой кислоты в крови;
  - ж) нормализация углеводного обмена;
  - з) восстановление нарушений функции вегетативной и эндокринной систем;
3. Улучшение микроциркуляции;
4. Упазмолитический эффект (расслабление гладких мышц кишечника, матки и т.д.);
5. Нормализация величины артериального и венозного давления;
6. Нормализация функции ЦНС и сердечно-сосудистой системы (по результатам ЭЭГ и ЭКГ контроля);

7. Повышение иммунологической реактивности организма и резистентности к инфекционным агентам;

8. Антидепрессивный и седативный эффекты.

Реализация данных эффектов определяется местом приложения электрического стимула в проекции соответствующей БАТ.

Специфические или резонансные эффекты воздействия, отмечаемые при электропунктуре, практически не зависят от места приложения стимула (БАТ) и определяются точностью выбора его частоты.

## 2. МЕТОДЫ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРНОЙ ТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЭАФ

Электроakupунктурная терапия (ЭАТ\*) является неотъемлемой частью ЭАФ и предназначена для проведения целенаправленного лечения различных заболеваний низкочастотными (0,9–10 Гц) электрическими импульсами тока, условно названными релаксационными колебаниями.

Для воздействия на БАЗ и БАТ кожи в практике ЭАФ применяется несколько терапевтических режимов [46].

Первый из них, обозначаемый как режим седации (дисперсии) или торможения, предусматривает использование электрических импульсов положительной («+») полярности, синусоидальной формы с подпороговой интенсивностью электрического стимула (см. ниже) и применяется для воздействия на БАЗ и БАТ кожи с высокими значениями ЭП:

ЭП БАЗ кожи более 86 усл. ед.,

ЭП БАТ кожи более 65 усл. ед.

Второй режим используется для стимулирующего (тонизирующего) или возбуждающего воздействия на БАЗ или БАТ кожи с низкими значениями ЭП:

ЭП БАЗ кожи менее 82 усл. ед.,

ЭП БАТ кожи менее 50 усл. ед.

и заключается в применении электрических импульсов отрицательной полярности («-») экспоненциальной формы или биполярные импульсы, аналогичные форме импульса блокинг-генератора.

При этом амплитуда электрического стимула должна достигать сенсорного порога и быть даже несколько выше.

(\*) В ЭАФ, в отличие от принятого в России обозначения электропунктурная терапия, используется термин электроakupунктурная терапия, хотя акупунктурные иглы для воздействия электрическим током на акупунктурные точки не используются.

В аппаратах «МИНИ-ЭКСПЕРТ-ДТ» применена универсальная биполярная форма импульсов, для которой режимы тонизирования и седирования устанавливаются только изменением интенсивности.

Длительность импульсов составляет 50 мс, а пауза между ними варьирует в пределах от 50 до 950 мс в зависимости от установленной частоты воздействия 1–10 Гц.

С целью исключения адаптации к одинаковому по частоте воздействию в аппаратах, используемых для ЭАФ-терапии, предусмотрен режим так называемых «волновых качелей». Реализация данного режима электроakupунктурной терапии осуществляется специальным генератором низкочастотных колебаний, обеспечивающих режим свипирования или качания частоты электрических импульсов. С его помощью производится периодическое изменение частоты воздействия от 0,7 до 10 Гц по линейному закону каждые 3 минуты.

По мнению Р. Фолля, использование «волновых качелей» позволяет не только избежать привыкания организма к одинаковому по частоте воздействию, но и активизировать НЧ-резонансные эффекты в органах и тканях по всему диапазону (см. ниже).

Для экспресс-контроля эффективности НЧ-воздействий ЭАФ-аппараты имеют блок переключения режима электроakupунктуры на ЭАФ-диагностику. Это дает возможность периодически оценивать характер изменения электрических параметров БАЗ кожи (например, каждые 30 с) и автоматически выключать режим терапии (с помощью порогового устройства) при достижении нормальных величин ЭП.

При воздействии на БАТ переключение режимов терапии и диагностики осуществляется с помощью кнопки, расположенной на щупе.

В ЭАФ процесс воздействия НЧ-колебаниями предусматривает использование следующих методических приемов:

### 1. Метод воздействия на БАЗ кожи или «квадрантное выравнивание»

Метод электротерапии по БАЗ кожи, условно обозначаемый как «квадрантное выравнивание энергетического баланса» БАЗ кожи, включает в себя два этапа.

На *первом этапе* за счет измерения величин ЭП различных БАЗ кожи определяется, в каком из отведений (например, правая рука-левая рука, правая нога-левая нога) отмечаются наибольшие отклонения величин ЭП от значений нормы (82–86 усл. ед.).

В дальнейшем (*второй этап*) по данным отведениям производится воздействие электрическими импульсами, частота, форма и амплитуда которых выбирается исходя из установленных величин ЭП и нозологии.



При этом особое внимание уделяется отведениям или квадрантам со значениями ЭП ниже 82 усл. ед., на которые электрическое воздействие осуществляется в первую очередь. Воздействие на БАЗ кожи производится до тех пор, пока не будет достигнуто выравнивание или нормализация ЭП по всем отведениям.

С целью контроля за процессом «квадрантного выравнивания» рекомендуется периодически проводить измерение величин ЭП БАЗ кожи по всем отведениям, например, через каждые 30 секунд. Это позволяет оценить характер перераспределения и направление ответных реакций со стороны БАЗ кожи, что, по мнению Р. Фолля, указывает на особенности «рециркуляции энергии» по системе АП меридианов.

Применение метода «квадрантного выравнивания» особенно эффективно в случаях лечения расстройств регионарной гемодинамики и пролежней, а в хирургической практике при предоперационной подготовке и послеоперационного лечения в качестве метода общеукрепляющей неспецифической терапии.

Частным примером использования электротерапии по БАЗ кожи может служить лечение различных воспалительных и нейротрофических заболеваний с помощью наложения на пораженную область двух плоских электродов. Данный режим воздействия близок к тем, которые широко используются в физиотерапии, и может включать в себя электрофоретическое введение лекарственных средств.

## **2. Метод прокатывания хода акупунктурных меридианов роликовым электродом**

Метод прокатывания хода акупунктурных меридианов роликовым электродом включает в себя не только электрическое, но и механическое воздействие на рецепторы кожи и применяется для лечения невритов, параличей, маститов, остеохондроза позвоночника и нарушений лимфодинамики (лимфостазы, отеки и т.п.).

При использовании роликового электрода его движение по коже обычно совпадает с ходом акупунктурных меридианов, а также с путями регионарного оттока лимфы от соответствующего органа или тканевой системы. Но поскольку прокатывание представляет собой поверхностную терапию, то, по показаниям, может проводиться и не по ходу меридианов.

## **3. Метод электроимпульсной «моксы»**

Метод электроимпульсной «моксы» или электрического «прижигания» применяется для лечения переломов, тендовагинитов, а также заболеваний, сопровождающихся нарушениями транспорта кальция.

Воздействие на БАТ кожи осуществляется электрическими

импульсами с пороговой амплитудой сигнала и частотой следования импульсов 9,6 Гц или 10 Гц, регулирующих обмен кальция в тканях.

При применении данного метода «активный» электрод-щуп устанавливается в проекции соответствующей БАЗ или БАТ кожи, а «пассивный» электрод помещается выше или ниже зоны воздействия или используется ручной электрод.

## **4. Штриховой метод воздействия**

Основным техническим приемом данного метода является проведение штриховых движений активным электродом-щупом или маленьким роликовым электродом для десен в проекции соответствующих БАЗ или БАТ кожи.

В практике ЭАФ штриховой метод используется для лечения миофасциальных болей, а также для расслабления мышц диафрагмы и дыхательной мускулатуры у больных бронхиальной астмой.

Оптимальным режимом воздействия при перечисленных выше заболеваниях является применение электрических импульсов с подпороговой амплитудой сигнала и частотой следования импульсов 6,8 Гц.

Достижимые с помощью этой частоты воздействия расслабления мышц и нормализация нервно-мышечной передачи позволяют более эффективно проводить мануальную терапию.

## **5. Электропунктура по биологически активным точкам кожи**

Электропунктура по БАТ кожи может проводиться по традиционным рецептам воздействия, учитывающим форму и стадию заболевания, а также с помощью других методических приемов, повышающих ее эффективность.

### **Например,**

– электропунктура по контрольным точкам, имеющим отклонения величин ЭП от значения нормы;

– электропунктура с «выравниванием» величин ЭП БАТ поперечных Ло-пунктов иньских и янских меридианов до идеальной нормы (50 усл. ед.);

– электропунктура по БАТ сосуда лимфатической системы, для нормализации регионарной лимфодинамики в органе-«мишени».

## **Выбор частот электрического воздействия**

Наиболее интересным разделом ЭАФ-терапии является использование фиксированных низкочастотных колебаний, применяемых для лечения различных заболеваний. Значительный вклад в развитие этого направления внесли исследования О. Клаусса, К. Силлинга, О. Коллмера и других специалистов ЭАФ [46].

В основе этих исследований, продолжавшихся в течение более 20 лет, лежал эмпирический поиск той частоты, которая при воздействии на определенную БАЗ кожи (в режиме «волновых качелей») вызывала у пациента наиболее выраженные сенсорные ощущения.

Таким образом, регистрировался резонансный отклик пораженных органов или систем в ответ на строго определенный по частоте и амплитуде электрический сигнал.

Систематизация этих данных и их сопоставление с ранее установленными клиническими диагнозами позволили О. Клауссу разработать перечень показаний и составить руководство по проведению терапии целенаправленными релаксационными колебаниями.

**Ниже приведены отдельные примеры использования НЧ-колебаний, описанные в работе Р. Фолля «20-тилетие ЭАФ»:**

*Абсцесс* – 1,7 Гц.

Активный плоский электрод помещается на место локализации абсцесса, пассивный электрод в руку со стороны поражения.

*Артрит* – 9,6 Гц.

Активный и пассивный плоские электроды накладываются на наружную и внутреннюю или переднюю и заднюю поверхности суставов. При воспалении голеностопных суставов воздействие осуществляется через плоские (ножные) электроды, на которые ставятся ноги пациента.

*Бессонница* – 2,5 Гц.

Активный электрод помещается на лоб, а пассивный – на затылок. Амплитуда воздействия подпороговая, не вызывающая появления чувства мелькания фосфенов в глазах.

*Выпадение матки* – 2,5 или 9,4 Гц.

Прокатка роликовым электродом меридиана селезенки-поджелудочной железы.

Воздействие на точки:

**Сп (Mi\Pa) 7 ТИ** Диафрагма таза.

При *выпадении влагалища* воздействие на точки меридиана мочевого пузыря:

**Мп (В1) 49а ТИ** Придатки яичек (эпидидимус), брюшное отверстие маточных труб;

**Мп (В1) 49b ТИ** Семенной канатик, ампулы маточных труб;

**Мп (В1) 49с ТИ** Семенные пузырьки, маточные трубы;

**Мп (В1) 50а ТИ** Семенной бугорок, широкая связка матки, параметрий;

**Мп (В1) 51 ТИ** Пенис, влагалище.

Данный рецепт воздействия может использоваться для лечения крипторхизма. При пролапсе прямой кишки рекомендуется воздействовать на точку меридиана почек **По (Ni) 6 ТИ** Прямая кишка.

Для усиления лечебного эффекта необходимо воздействовать на точку меридиана желудка **Же (Ma) 11 ТИ** Тимус, регулирующий тонус всего связочного аппарата.

*Жжение языка* – 3,8 Гц.

Позолоченный активный электрод накладывается на язык, пассивный помещается в руку.

*Ишиас* – 9,7 Гц.

При одностороннем воспалении активный электрод помещается на голень или стопу, а пассивный на заднюю сторону бедра. При двухстороннем воспалении активный электрод помещается на поясничной области, пассивный – на стопы.

*Миома матки* – 2,5 Гц.

Активный электрод помещается на правую стопу, пассивный – на левую или позолоченный активный электрод помещается внутрь влагалища, а пассивный – на стопы.

*Невралгические боли* – 3,9 Гц.

Осуществляется воздействие активным роликовым электродом в зоне невралгии, пассивный электрод – на затылок (при невралгии тройничного нерва) или помещается в руку или на стопу в зависимости от локализации процесса.

*Флебит* – 10 Гц.

Активный электрод помещается на область воспаления, а пассивный – на противоположную конечность. В виду возможности тромбоэмболии при флебитах и варикозном расширении вен конечностей током отрицательных полярности, как и роликовым электродом на пораженную зону не воздействуют.

*Экзема* – 9,2 Гц.

При генерализованном процессе производится воздействие по всем БАЗ кожи. При этом ручные и ножные электроды могут быть соединены попарно. Направление хода электрического тока продольное, т.е. от рук к стопам.

Для лечения некоторых заболеваний О. Клауссом предлагается использовать не одну частоту, а комбинации последовательно меняющихся НЧ-колебаний, обладающих различным эффектом.

**Пример**

*Артриты-Артрозы* – 1,2 + 1,6 + 9,2 + 9,6 Гц (вазогенный, лимфогенный, нефрогенный и артрогенный эффекты).

*Бронхиальная астма* – 0,9 + 4 + 8,0 + 9,45 Гц (гепатогенный, эндокринный и спазмолитический эффекты).

*Цистит* – 8,1 + 9,4 Гц (диуретический, везикальный и урогенитальный эффекты).

*Депрессии* – 5,8 + 9,6 Гц (нейротропный эффект, регуляция функции паращитовидных желез).

*Экзема* – 0,7 + 1,7 + 2,6 + 9,2 + 9,4 Гц (гепатогенный, дерматогенный, билиарный, нефрогенный, пульмональный и вазовазальный эффекты).

*Геморрой* – 2,6 + 3,8 + 4,0 Гц (билиарный, панкреатогенный, спазмолитический эффекты, регуляция функции эндокринных желез).

*Импотенция* – 2,6 + 4,0 + 9,4 Гц (билиарный эффект, регуляция функции эндокринных желез и урогенитальных органов).

*Климакс* – 4,0 + 4,9 Гц (регуляция функции гипофиза и яичников).

*Запоры* – 3,5 + 8,1 + 9,4 Гц (спазмолитический, венозный и диуретический эффекты).

*Острый и хронический нефрит* – 2,8 + 3,3 + 8,1 + 9,2 Гц.

*Нефросклероз* – 2,8 + 3,3 + 9,2 + 9,7 Гц.

*Мочекаменная болезнь* – 2,8 + 3,3 + 8,1 Гц (регуляция функции клубочков и канальцев почек).

*Гепатит (холангит)* – 0,9 + 0,2 + 3,3 + 9,8 Гц.

*Расстройства сна* – 2,5 + 3,6 + 3,9 + 8,1 Гц.

*Дисменорея* – 2,5 + 3,5 + 4,0 + 4,9 Гц.

*Гипертоническая болезнь* – 3,3 + 6,0 + 9,2 + 9,45 + 9,5 Гц.

*Отеки* – 2,5 + 9,4 + 10 Гц.

*Полиомиелит* – 8,25 + 9,35 Гц.

*Рассеянный склероз* – 5,9 + 7,7 + 9,2 Гц.

Для целенаправленного воздействия на симпатическую нервную систему применяется частота 1,75 Гц, на парасимпатическую – 6,0 Гц.

При лечении головных болей, которым в ЭАФ-терапии уделяется особое внимание, можно использовать следующие режимы воздействия:

**Головные боли, наблюдающиеся при заболеваниях висцеральных органов:**

*Гепато-билиарная* – 8,5 Гц.

*Воздействие на БАТ:* Тл 20 ТИ Этмоидальная пазуха и Мп 1 ТИ Кавернозный синус.

**Гастрогенная этиология** – 9,4 Гц.

*Воздействие на БАТ:* Же 1 ТИ Точка соединения меридиана Же с меридианом Жп и Же 5 ТИ Гайморова пазуха.

**Урогенитальная этиология** – 9,4 Гц.

*Воздействие на БАТ:* Мп 1 ТИ Кавернозный синус, Мп 2 ТИ Лобные пазухи, с Мп 49а ТИ по Мп 51 ТИ.

В качестве дополнительных точек использовать БАТ больших янских меридианов: Тн 18 ТИ Преддверно-улитковый нерв – VIII пара ЧМН – Мп 1 ТИ Кавернозный синус; Энд 21 СТИ Передние структуры глаза – Жп 1 СТИ Внутренние структуры глаза; Тл 20 ТИ Этмоидальная пазуха – Же 4 ТИ Хрусталик.

**Сосудистые головные боли:**

*Гипертоническая болезнь* – 6,0 Гц.

*Нейро-циркуляторная дистония* – 9,4 Гц.

*Вегето-сосудистая дистония* – 4,0 Гц.

**Обусловленные гормональными нарушениями** – 5,5 Гц.

*БАТ для воздействия:* Же 12 ТИ Общая сонная артерия и каротидный синус; Нд 3 ТИ Ствол головного мозга и большой мозг; Мп 9 ТИ Варолиев мост и Мп 10 ТИ Продолговатый мозг; Жп 20 СТИ Симпатическая нервная система.

**Головные боли, связанные с нейро-эндокринными нарушениями:**

*При гипофизарных нарушениях* – 4,0 Гц.

*При синдроме предменструального напряжения и других расстройствах функции яичников* – 4,9 Гц.

*При сочетанных нарушениях функции гипофиза и яичников* – 9,4 Гц.

*При нарушениях функции паращитовидных желез* – 9,6 Гц.

*БАТ для воздействия:* Же 9 ТИ Паращитовидные железы, Же 10 ТИ Щитовидная железа; Тн 15 ТИ Передняя доля гипофиза; Энд 16 ТИ Передняя доля гипофиза; Жп 21 ТИ Передняя доля гипофиза; Жп 12 ТИ Задняя доля гипофиза; Мп 8 ТИ Эпифиз; Же 31 ТИ Половые железы; Пе 11 ТИ Половые железы; Сп 11 ТИ Половые железы.

**Головные боли, связанные с последствиями перенесенных черепно-мозговых травм (посттравматическая энцефалопатия), повышение внутричерепного давления** – 1,2 и 6,3 Гц.

*БАТ для воздействия:* Мп 9 ТИ Варолиев мост, Мп 10 ТИ Продолговатый мозг; Жп 7 СТИ Средний мозг (Диэнцефалон) Жп 9 СТИ Межуточный (промежуточный) мозг; Нд 3 ТИ Ствол головного мозга и большой мозг.

**Головные боли при хроническом церебральном арахноидите или менингите** – 4,9 Гц.

*БАТ для воздействия:* Энд 19 ТИ Мозговые оболочки (между Мп 1 ТИ и Зср 23а ТИ), Зср 23а ТИ Передняя стенка основной пазухи носа.

**Головные боли при хронических заболеваниях пазух носа** – 2,5 Гц.

*БАТ для воздействия:* Мп 2 ТИ Лобные пазухи; Тл 20 ТИ Этмоидальные пазухи; Же 5 ТИ Гайморова пазуха; Тл 19 ТИ Латеральная часть полости носа; Лф 13 ТИ Отток лимфы от печени, желчных путей и желчного пузыря и Лф 14 ТИ Подчревное лимфатическое сплетение, лимфатическое сплетение подвздошной кишки, лимфатические узлы и сосуды таза.

**Головные боли при заболеваниях органов зрения** – 3,6 и 4,9 Гц.

*БАТ для воздействия:* Энд 21 СТИ Передние структуры глаза (от века до стекловидного тела); Жп 1 СТИ Внутренние структуры глаза, МП 1 ТИ Кавернозный синус для регуляции оттока венозной крови от глаз. В качестве дополнительных БАТ могут использоваться так называемые орбитальные точки

**Отогенные головные боли** (например, при хроническом среднем отите, евстахиите, отосклерозе и др.) – 5,8 Гц, а при отсутствии эффекта 9,2 Гц.

*БАТ для воздействия:* Энд 17 СТИ Среднее ухо, Энд 17а ТИ Лабиринт, Энд 17б ТИ Улитка, Энд 18 СТИ Внутреннее ухо; Тн 19 ТИ Наружное ухо и слуховой проход; Лф 1-1 ТИ Отток лимфы от ушей, Лф 1а ТИ Трубная миндалина и боковой валик глотки.

**Одонтогенные головные боли** (обусловленные непереносимостью зуботехнических материалов, очагами хронической инфекции в полости рта, например, при пародонтозе, гранулемах, остаточном остите верхней и нижней челюсти и пр.) – 3,6 и 4,9 Гц.

*БАТ для воздействия:* Зср 25 СТИ Челюсти, медиальная часть верхней челюсти с 4-1/1-4 зубами; Же 7 СТИ Боковая поверхность верхней челюсти, 5-8 зубы, Же 8 СТИ Боковая поверхность нижней челюсти, 5-8 зубы; Пср 24 СТИ Середина нижней челюсти, 4-1/1-4 зубы; Лф 2 ТУ Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти.

**Тонзиллогенные головные боли** – 9,4 Гц.

*БАТ для воздействия:* Лф 1 ТИ Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лим-

фатические узлы шеи; Лф 1-2 КТИ Лимфоэпителиальное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера-Ланганса; Лф 1а ТИ Трубная миндалина и боковой валик глотки; Пер 23с ТИ Глоточная миндалина; Тл 18 ТИ Трубная миндалина, Тл 18-2 ТИ Глоточная миндалина; Же 3а ТИ Язычная миндалина; Лф 12 СТИ Эпигастральные и чревные лимфатические узлы.

**Головные боли вертеброгенного генеза** – 9,6 Гц.

*БАТ для воздействия:* Мп 11 СТИ Позвоночник, Мп 29 ТИ Грудной отдел позвоночника, Мп 61 ТИ Поясничный отдел позвоночника, крестец и копчик; Су 3 ТИ 1-2 сустав шейных позвонков и височно-нижнечелюстной сустав; Тл 17 ТИ Гортанная миндалина; Же 11 ТИ Тимус для регуляции тонуса связочного аппарата позвоночного столба.

**Головные боли при аллергических заболеваниях:**

*Для регуляции обмена кальция* – 9,6 Гц.

*Для регуляции водного и электролитного обменов (калий-натрий)* – 8,1 Гц.

*Для стимуляции симпатикуса* – 1,75 Гц.

*БАТ для воздействия:* Ал 1 ТИ Аллергические поражения кожи нижнего отдела туловища, Ал 2 ТИ Аллергические поражения кожи верхнего отдела туловища и Ал 3 ТИ Аллергические поражения кожи головы, органов головы; Энд 14 СТИ Половые железы, надпочечники Же 9 ТИ Надпочечники, Же 12 ТИ Общая сонная артерия и каротидный синус; Же 10а СТИ Вагус – X пара ЧМН; Жп 20 СТИ Симпатическая нервная система.

Для удобства выбора отдельных НЧ-колебаний, используемых для лечения головных болей, можно пользоваться табл. 14.

Сводные данные о применении отдельных НЧ-колебаний в лечении некоторых наиболее распространенных заболеваний приведены в табл. 15 и 16. Табл. 15 содержит перечень показаний низкочастотных импульсных электромагнитных колебаний при отдельных заболеваниях, синдромах и симптомах, упорядоченный по частотам. В табл. 16 дан перечень дифференцированных показаний для использования низкочастотных и комбинированных электромагнитных и импульсных колебаний при отдельных заболеваниях, синдромах и симптомах.

В том случае, если показания или противопоказания к применению отдельных частот воздействия четко не определены или не вошли в их терапевтический спектр, можно ориентироваться на примерный перечень их эффектов, вызывающих резонансный отклик со стороны пораженных органов и систем.

Частоты, используемые в ЭАФ  
для лечения головной боли

Таблица 14

Этиология	Частота, Гц
Гепато-билиарная	8,50 (2,60 + 6,00)
Гастрогенная	9,40
Интестинальная (кишечная)	2,6 + 8,0 + 9,4
Аллергическая	1,75 + 8,1 + 9,6
Вертеброгенная	9,60
Церебральная	1,2 6,3
Менингеальная	4,90
Отогенная	5,8 9,2
Одонтогенная	3,6 4,9
Нефрогенная	9,20
Урогенитальная	9,40
Сосудистая	5,5 9,5
Эндокринная	4,0 + 4,9 + 9,4
Офтальмическая	3,6 4,9
При невралгии тройничного нерва	7,50
При заболеваниях придаточных пазух носа и лобных пазух	7,50

Показания к применению импульсных  
электромагнитных колебаний  
при отдельных заболеваниях

Таблица 15

Частота, Гц	Показания к применению
0,1	Аутоиммунные заболевания
0,7	Дерматит, экзема
0,9	Астма, токсическ. и инфекцион. поражения печени (гепатит, цирроз)
1,2	Аутоиммунные заболевания, тахикардия, слабость в коленных суставах
1,6	Артриты-артрозы
1,7	Акне, абсцесс, гипотония, дерматит, пародонтоз, симпатикотоническое действие, фурункулез, экзема

Таблица 15 (продолжение)

Частота, Гц	Показания к применению
1,75	Аллергозы, нарушения функции симпатоадреналовой системы, вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу
2,2	Усталость, экзема пустулезная
2,5	Бессонница, вегетативные нарушения, гиперменорея, головная боль, связанная с заболеваниями придаточных пазух носа, кровоизлияния, контузии, травмы, меноррагии, миома матки, отеки, токсические и инфекционные поражения печени (гепатит, цирроз), пародонтоз, синусит, ушибы, экземы
2,6	Вирильный синдром, геморрой, головные боли при заболеваниях печени, кишечная головная боль, дерматит, импотенция
2,65	Дискинезия желчевыводящих путей гипокINETическая форма, периостит, периодонтит
2,8	Нефрит, нефролитиаз, почечная колика, нефросклероз, уремия
2,9	Насморк (синусит)
3,3	Артериосклероз, гипертония, отосклероз, токсические и инфекционные поражения печени (гепатит, цирроз), нефролитиаз, почечная колика, нефросклероз, уремия, неврит, фурункулез, гипертония на фоне атеросклероза
3,5	Желчнокаменная болезнь, меланхолия, нефролитиаз, почечная колика, страх, слабость в коленных суставах, меноррагии
3,6	Воспаление, плаксивость, раздражительность
3,8	Аллергия, геморрой, спазмы различного генеза
3,9	Невралгии, расстройства сна (фазы засыпания)
4	Адипозогенитальная дистрофия (ожирение), астма, вирильный синдром, геморрой, гиперменорея, эндокринная головная боль, головокружения, гипофизарные нарушения, импотенция, климакс, меноррагии, панкреатогенные нарушения
4,6	Нарушения функции паращитовидной железы (воздействие на баланс кальция)
4,9	Вирильный синдром, менингеальная головная боль, климакс, меноррагии, ожирение, ригидность затылочных мышц, фурункулез, меноалгии
5,5	Сосудистая головная боль
5,55	Парестезии, ангиоспазмы
5,8	Отогенная головная боль, депрессии
5,9	Паралич спастический
6	Гипертония, головные боли при заболеваниях печени, ригидность затылочных мышц, экстрасистолия, систолическая гипертония

Таблица 15 (продолжение)

Частота, Гц	Показания к применению
от 6 до 10	Повышение работоспособности
6,3	Головные боли, обусловленные церебральными ангиоспазмами, неврозы, раздражительность, сотрясение головного мозга
6,8	Миалгии, судороги мышц
7,5	Невралгия тройничного нерва
7,7	Спастический паралич
8	Головная боль кишечного генеза, астма, аллергический бронхит
8,1	Мочегонное действие (диуретическое, баланс калия и натрия), нефролитиаз, почечная колика, нефрит, цистит (пиелостит)
8,25	Вялый паралич
8,5	Бессонница
8,6	Переломы, язва 12-перстной кишки
9,2	Гипертония, отогенная головная боль, нефрогенная головная боль, подагра, диастолическая гипертония, дерматит, спастический паралич, нефросклероз, уремия, фурункулез, экзема (в т.ч. в сочетании с нарушением функции почек), сахарный диабет
9,3	Вялый паралич
9,4	Аднексит, обструктивный бронхит, гипертония, гастрогенная головная боль, урогенитальная головная боль, эндокринная головная боль, дуоденит, импотенция, отеки, парестезии, парезы, простатит, стенокардия, узловатая эритема, фурункулез, цистит (пиелостит), экзема, параметрит, язва желудка, язвенно-некротический эндомиокардит
9,45	Фолликулярная ангина, астма, тонзиллогенные головные боли, нарушения функции надпочечников, спастическая гипертония
9,5	Гипертония, головная боль сосудистого генеза, климактерическая гипертония, ларингит, пародонтоз
9,6	Артриты-артрозы, болезнь Бехтерева, депрессии, повреждения позвоночника, остеохондроз
9,7	Артриты-артрозы, ишиас, подагра, нефросклероз, уремия, ревматизм
9,8	Токсические и инфекционные поражения печени (гепатит, цирроз)
10	Флебиты, язвы кожи нижних конечностей

Показания для использования электромагнитных Таблица 16 колебаний при отдельных заболеваниях

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
1.	Абсцесс	1,7	АЭ на зону абсцесса ПЭ в руку со стороны абсцедирования
2.	Адипозогенитальная дистрофия (см. ожирение)	2,5 + 2,6 + 4 + 4,9 + 9,4	АЭ правая рука (нога) ПЭ левая рука (нога)
3.	Аднексит	9,4	АЭ влагалитный или ректальный электрод ПЭ ножной электрод
4.	Аллергия	3,8 + 9,6 + 8,1 + 1,7	АЭ правая (левая) рука ПЭ правая (левая) нога
5.	Ангина фолликулярная	9,45	АЭ на шею ПЭ правая или левая рука
6.	Артриты-артрозы внешние	1,2 + 9,2 + 9,6 (1,6 + 9,2 + 9,7)	АЭ на переднюю или внешнюю сторону сустава ПЭ на заднюю или внутреннюю сторону сустава
7.	Артрит (артропатия) голеностопного сустава	9,6	АЭ на пораженный сустав или стопу ПЭ на противоположный сустав или стопу
8.	Артериосклероз	3,3	АЭ правая рука ПЭ левая рука
9.	Астма (инфекционно-аллергическая или атопическая)	0,9 + 4 + 8 + 9,45	АЭ область груди ПЭ область спины
10.	Афония (см. ларингит)	9,5	АЭ гортань ПЭ шея или затылок
11.	Бессонница	2,5 или 8,5	АЭ лоб ПЭ затылок
12.	Болезнь Бехтерева	9,6	АЭ роликовый электрод (прокатка вдоль позвоночного столба) ПЭ спаренные ножные или ручные электроды
13.	Бронхит обструктивный	9,4	АЭ грудь ПЭ спина
14.	Бронхит астмоидный	8	АЭ грудь ПЭ спина

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
15.	Варикоз вен нижних конечностей	2,5	АЭ пораженная сторона ПЭ противоположная сторона
16.	Вегетативные нарушения	2,5	АЭ правая рука ПЭ левая рука
17.	Вириальный синдром	2,6 + 4 + 4,9	АЭ правая рука или нога ПЭ левая рука или нога
18.	Воспаление острое	3,6	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона (смена полярности для ускорения дренирования очага воспаления)
19.	Вульгарные акне	1,7	АЭ на зону поражения ПЭ в руку со стороны поражения
20.	Гемикрания	9,5	АЭ лоб ПЭ затылок
21.	Геморрой	2,6 + 3,8 + 4	АЭ ректальный электрод ПЭ спаренные ножные электроды
22.	Гипертоническая болезнь	3,3 + 6,0 + 9,2 + + 9,4 + 9,5	АЭ правая рука ПЭ левая рука или АЭ лоб ПЭ затылок (квадрантное выравнивание)
23.	Гипертензия систолическая	6	АЭ правая рука ПЭ левая рука
24.	Гипертензия диастолическая	9,25	АЭ правая рука ПЭ левая рука
25.	Гипертензия на фоне атеросклероза	3,3	АЭ правая рука ПЭ левая рука
26.	Гиперменорея	2,54	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана селезенки- панкреас) ПЭ правая или левая нога
27.	Головные боли	9,45 + 9,0	АЭ лоб ПЭ затылок
Специфические частоты при головных болях различной этиологии:			
28.	Церебральная (син. церебро-васкулярная недостаточность, нейроциркуляторная дистония, церебральные ангиоспазмы)	1,2 + 6,3	АЭ лоб ПЭ затылок

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
Специфические частоты при головных болях различной этиологии:			
29.	Менингеальная (хронический менингит, арахноидит)	4,9	АЭ лоб ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
30.	Отогенная (хронический отит)	5,8 + 9,2	АЭ лоб ПЭ правая или левая рука
31.	Синусогенная (связанная с заболеваниями придаточных пазух носа)	2,5	АЭ на пазухи носа ПЭ спаренные ручные электроды
32.	Тонзиллогенная (связанная с заболеваниями миндалин)	9,45	АЭ шея (проекция миндалин) ПЭ правая или левая рука
33.	Печеночная (головная боль при заболеваниях печени, например, при гепатотоксемии)	2,6 + 6	АЭ спаренные ручные электроды ПЭ спаренные ножные электроды
34.	Гастрогенная (головная боль при заболеваниях желудка)	9,4	АЭ спаренные ручные электроды ПЭ спаренные ножные электроды
35.	Кишечная (головная боль при заболеваниях тонкого и толстого кишечника)	2,6 + 8,0 + 9,4	АЭ лоб или правая рука ПЭ спаренные ножные электроды
36.	Нефрогенная (головная боль при заболеваниях почек)	9,2	АЭ лоб или правая рука ПЭ спаренные ножные электроды
37.	Урогенитальная (головная боль при заболеваниях мочеполовой сферы)	9,4	АЭ лоб ПЭ спаренные ножные электроды
38.	Сосудистая (головная боль при вегетососудистой дистонии)	5,5 + 9,5	АЭ лоб ПЭ затылок
39.	Позвоночная (головная боль при вертебробазиллярной недостаточности)	9,6	АЭ лоб ПЭ спаренные ножные электроды АЭ лоб ПЭ затылок или спаренные ножные электроды

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
40.	Гипотония (коллапс)	1,7	АЭ правая рука ПЭ левая рука со сменой полярности воздействия
41.	Гипофизарные нарушения	4	АЭ правая рука ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
42.	Депрессии	5,8 + 9,6	АЭ лоб ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
43.	Дискинезия желчевыводящих путей гиперкинетически-гипертоническая форма	9,2	АЭ правая или левая рука ПЭ правая или левая нога или АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана желчного пузыря) ПЭ правая или левая нога
44.	Дискинезия желчевыводящих путей гипокINETически-гипотоническая форма	2,65	АЭ правая или левая рука ПЭ левая или правая нога со сменой полярности
45.	Дерматит (нейродермит)	0,7 + 1,7 + 2,6 + + 9,2 + 9,4	АЭ роликовый электрод (прокатка меридианов толстого кишечника, печени, почек, лимфососуда) ПЭ спаренные ножные электроды или левая и правая рука
46.	Дуоденит	9,45 + 10	АЭ правая рука ПЭ левая рука
47.	Желчнокаменная болезнь	3,5	АЭ правая рука ПЭ правая нога или АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана желчного пузыря) ПЭ правая или левая нога
48.	Импотенция	2,6 + 4,0 + 4,9	АЭ ректальный электрод или плоский электрод на область поясницы ПЭ спаренные ножные электроды
49.	Ишиас	9,7	АЭ на область боли ПЭ на заднюю поверхность бедра или АЭ область поясницы ПЭ спаренные ножные электроды

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
50.	Климакс (дисменорея)	4,0 + 4,9 + 9,5	АЭ правая рука ПЭ левая рука или квадрантное выравнивание
51.	Кровоизлияния, контузии, травмы	2,5	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона
52.	Меноалгии	3,5 + 4,9	АЭ лобок ПЭ спаренные ножные электроды
53.	Меноррагии	2,5 + 4,0 + 4,9	АЭ правая нога ПЭ левая нога или АЭ ректальный электрод ПЭ спаренные ножные электроды или АЭ область лобка ПЭ спаренные ножные электроды
54.	Меланхолия	3,5	АЭ лоб ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
55.	Миалгии	6,8	АЭ роликовый электрод (прокатка пораженной зоны) ПЭ ручной или ножной электрод с противоположной стороны
56.	Миома матки	2,5	АЭ правая нога - ПЭ левая нога или АЭ влагалищный электрод или область лобка ПЭ спаренные ножные электроды
57.	Мочегонное действие (регуляция диуреза, электролитного баланса калия и натрия)	8,1	АЭ правая нога ПЭ левая нога или АЭ правая рука ПЭ правая нога
58.	Невралгии	3,9	АЭ на зону боли ПЭ на противоположную сторону
59.	Насморк (см. синусит, вазомоторный ринит)	2,9	АЭ на область придаточных пазух носа ПЭ спаренные ручные или ножные электроды



Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЭ кожи
60.	Невралгия тройничного нерва	7,5	АЭ роликовый электрод (прокатка зоны поражения) ПЭ правая или левая рука
61.	Неврозы	6,3	АЭ лоб ПЭ затылок
62.	Нарушение функции надпочечников	9,45	АЭ правая нога ПЭ левая нога или АЭ роликовый электрод (прокатка зоны надпочечников) ПЭ спаренные ножные электроды
63.	Отеки	2,5 + 9,4 + 10	АЭ роликовый электрод ПЭ ручной или ножной электрод с противоположной стороны
64.	Отосклероз	3,3 + 9,2	АЭ на сосцевидный отросток ПЭ ручной электрод со стороны поражения
65.	Ожирение	4,0 + 4,9	АЭ лоб ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
66.	Паралич вялый	8,25 + 9,35	ПЭ стимуляция зоны поражения роликовым электродом АЭ противоположная сторона или ПЭ затылок АЭ рука со стороны поражения
67.	Парестезии, парезы	9,4	АЭ стимуляция зоны поражения ПЭ ручной или ножной электрод с противоположной стороны
68.	Периостит	2,65	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона или АЭ прокатка зоны поражения роликовым электродом ПЭ противоположная сторона – ручной или ножной электрод
69.	Плаксивость	3,6	АЭ лоб ПЭ затылок
70.	Парацитаровидная железа (воздействие на баланс кальция и фосфора)	4,6	АЭ на шею ПЭ правая или левая рука

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЭ кожи
71.	Панкреатит	4	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана панкреас-селезенки слева)
72.	Пародонтоз	1,7 + 2,5 + 9,5	АЭ стоматологический роликовый электрод (прокатка – массаж десен) ПЭ спаренные ручные электроды
73.	Печени токсические и инфекционные поражения (гепатит-цирроз печени)	0,9 + 2,5 + 3,3 + 9,8	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана печени) ПЭ правая или левая нога
74.	Переломы	8,6	АЭ зона перелома ПЭ противоположная сторона
75.	Подагра	9,29	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана поджелудочной железы или зоны поражения) ПЭ правая нога или противоположная сторона
76.	Позвоночные боли на фоне остеохондроза или остеохондропатии	9,6	АЭ роликовый электрод (прокатка позвоночного столба) ПЭ спаренные ручные или ножные электроды со сменой полярности
77.	Простатит	9,4	АЭ ректальный электрод или область поясницы ПЭ спаренные ножные электроды или АЭ правая нога ПЭ левая нога
78.	Почечные колики	2,8 + 3,3 + 3,5 + 8,1	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана почек) ПЭ спаренные ножные электроды
79.	Пиелонефрит	2,8 + 3,3 + 8,1 + 9,2	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана почек) ПЭ спаренные ножные электроды
80.	Пневмония	9,4	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана легких и лимфососуда) ПЭ ручной электрод с противоположной стороны

Отредактировал и опубликовал на сайте : PRESSI (HERSON)

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
81.	Раздражительность	3,6 + 6,3	АЭ лоб ПЭ затылок
82.	Расстройства сна (фазы засыпания)	3,9	АЭ лоб ПЭ затылок
83.	Ревматизм	9,7	квадрантное выравнивание
84.	Ригидность затылочных мышц	4,9 + 6	АЭ область шеи ПЭ спаренные ручные электроды
85.	Спазмы	3,8	АЭ сторона поражения ПЭ противоположная сторона
86.	Синусит	2,5	АЭ область придаточных пазух носа ПЭ спаренные ручные или ножные электроды
87.	Слабость в коленных суставах	1,2 + 3,5	АЭ область поясницы ПЭ спаренные ножные электроды
88.	Страх	3,5	АЭ лоб ПЭ затылок
89.	Судороги мышц	6,8	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона
90.	Сотрясение головного мозга	6,3	АЭ лоб ПЭ затылок или спаренные ручные электроды
91.	Стенокардия	9,45	АЭ правая рука ПЭ левая рука или АЭ область сердца ПЭ область спины (электрофорез с 3% хлоридом магния)
92.	Тахикардия	1,2	АЭ правая рука ПЭ левая рука
93.	Трофические язвы нижних конечностей	10	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона (электрофорез лекарств)
94.	Сахарный диабет (гипогликемическое действие)	9,2	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана панкреас) ПЭ правая нога или АЭ правая рука ПЭ левая рука
95.	Ушибы	2,5	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона

Таблица 16 (продолжение)

NN	Нозология, симптом или синдром	Частота, Гц	Положение активного (АЭ) и пассивного (ПЭ) электрода на БАЗ кожи
96.	Утомление	2,2	АЭ лоб ПЭ затылок или АЭ правая рука ПЭ левая рука
97.	Узловатая эритема	9,4	АЭ область поражения ПЭ противоположная сторона
98.	Уремия (нефросклероз)	2,8 + 3,3 + 8,1 + + 9,2	АЭ роликовый электрод (прокатка меридиана почек, печени)
99.	Фурункулез	1,7 + 3,3 + 4,9 + + 9,2 + 9,4	квадрантное выравнивание
100.	Цистит (пиелостит)	8,1 + 9,4	АЭ правая нога ПЭ левая нога или АЭ лобок ПЭ спаренные ножные электроды
101.	Щитовидная железа – дистериоз	9,5	АЭ область шеи ПЭ спаренные ручные электроды или АЭ правая рука ПЭ левая рука
102.	Экзема сухая	0,7 + 1,7 + 2,5 + + 9,2 + 9,4	квадрантное выравнивание
103.	Экзема пустулезная	2,2	АЭ зона поражения ПЭ противоположная сторона
104.	Эндометрит	9,4	АЭ ректальный или вагинальный электрод ПЭ спаренные ножные электроды
105.	Экстрасистолия	6,0	АЭ правая рука ПЭ левая рука
106.	Язвенная болезнь 12-перстной кишки	8,6 + 10	АЭ правая рука ПЭ левая рука
107.	Язвенная болезнь желудка	9,4 + 10	АЭ правая рука ПЭ левая рука

## Направления воздействия частот

Таблица 17

Частотный диапазон		Направление воздействия
Низкие частоты ЭАП	0,9–4,0 Гц	Кровь и лимфа; костные ткани, мускулатура, кожа и соединительные ткани
Средние частоты ЭАП	4,0–7,0 Гц	Вегетативная и периферическая нервная система
Высокие частоты ЭАП	7,0–10,0 Гц	Паренхиматозные органы
	10,0 Гц	Сердечные заболевания

Так, например, частоты, лежащие в диапазоне от 0,9 до 4,0 Гц, оказывают преимущественное воздействие на кости, мышцы, связки, соединительную ткань, гемо- и лимфодинамику и эндокринные железы; от 4,0 до 7,0 Гц – на вегетативные нервные сплетения и периферическую нервную систему (преимущественно парасимпатическую); от 7,0 до 10,0 Гц регулируют транспорт катионов, анионов и биологических активных веществ в межклеточной жидкости.

Следует подчеркнуть, что в некоторых случаях наибольший терапевтический эффект может быть достигнут при использовании так называемой универсальной частоты воздействия – 9,45 Гц, соответствующей альфа-ритму коры головного мозга.

**Выбор амплитуды и частоты электрического воздействия**

При выборе амплитуды НЧ-импульсов рекомендуется использовать тот режим воздействия на БАЗ и БАТ кожи, который является подпороговым, т. е. не вызывает у пациента неприятных ощущений, фасцилярного подергивания мышц и т.п.

Следует подчеркнуть, что для каждого пациента интенсивность воздействия подбирается индивидуально, по его ответной реакции. Оптимальным считается тот режим воздействия, который вызывает у пациента чувство легкого, едва ощутимого покалывания или небольшого зуда в зоне прикладываемого стимула.

Для облегчения регулировки амплитуды воздействия последние модели ЭАП-аппаратов содержат регуляторы интенсивности НЧ-сигнала (от 0 до 400 В пикового значения), а также аналоговый (стрелочный) или цифровой частотомеры. Установка частоты импульсов осуществляется с помощью специальной клавиатуры (как у микрокалькулятора) или регулятора типа переменного резистора.

Некоторые модели ЭАП-аппаратов снабжены устройством, обеспечивающим «качание» или свипирование НЧ-колебаний

в пределах 1–2% от основной частоты воздействия. Этот режим электротерапии обладает определенными преимуществами перед использованием фиксированной моночастоты, которая у разных пациентов с одной и той же формой патологии по резонансному отклику может смещаться.

**3. РЕЗОНАНСНО-ЧАСТОТНАЯ ТЕРАПИЯ ГРИБКОВ, ВИРУСОВ, БАКТЕРИЙ, ПРОСТЕЙШИХ, ГЕЛЬМИНТОВ**

Найденные специалистами Центра «ИМЕДИС» специфические резонансные частоты для отдельных видов вирусов, бактерий, простейших, гельминтов, грибов позволили осуществлять их электро- или магнитотерапию.

Эталонные резонансные частоты заданы в аппарате «МИНИ-ЭКСПЕРТ-ДТ» и аппаратно-программном комплексе «ИМЕДИС-ФОЛЛЬ» Центра «ИМЕДИС» в виде набора из 867 программ, позволяющих без всякой дополнительной ручной установки обеспечить правильный выбор необходимой частоты (более подробно см. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Фролова Л.А. Резонансно-частотная диагностика и терапия вирусов, бактерий, простейших и гельминтов. Методические рекомендации. 3-е изд., перераб и доп. – М.: «ИМЕДИС», 2000. – 70 с.; Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Мхитарян К.Н., Фролова Л.А. Индукционная терапия. Резонансно-частотная диагностика и терапия грибов, вирусов, бактерий, простейших и гельминтов. Частотные программы периодической системы Д.И. Менделеева: Методические материалы (дополнение) – М.: «ИМЕДИС», 2000. – 22 с.); Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Перов Ю.Ф. Резонансно-частотная диагностика и терапия (дополнение, 2003): Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 2003. – 27 с.

**4. ИНДУКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЧАСТОТАМИ ТОКОВ МОЗГА**

Индукционная терапия использует системно-имманентные раздражения в форме частот, которые соответствуют частотам мозговых волн человека и ориентируются исключительно на восстановление регуляции, предоставляя «вышестоящим областям нашей жизни обучающие импульсы».

Организм человека является открытой кибернетической системой регулирования, которая постоянно подвергается обмену информацией с внешней средой. Это означает, что регулирование смещенных частотных спектров позволяет лечить не только психические, но и физические расстройства. Таким образом, индук-

ция (наведение) – это лишь стимул к выравниванию заданных, но нарушенных функциональных ритмов. Вытекающий отсюда обучающий эффект, связанный с таламусом, предоставляет собой определенный признак индукционной терапии, так как он делает излишним применение внешних раздражений, инородных по отношению к системе. В классическом смысле функциональной медицины организму предлагается помощь в стимулировании саморегуляции. Далее он становится способным лечить себя своими собственными средствами. Индукционная терапия реализуется с помощью электрических или магнитных воздействий, подводимых с помощью электродов или индукторов.

В индукционной терапии, реализуемой на аппаратуре «ИМЕ-ДИС», применяется в настоящее время следующие 87 программ, использующие физиологический частотный спектр мозговых волн:

- программа №1. Альфа-ритмы;
- программа №2. Бета-ритмы;
- программа №3. Тета-ритмы;
- программа №4. Дельта-ритмы;
- программа №5. Программа покоя;
- программа №6. Программа сна I;
- программа №7. Детская программа;
- программа №8. Программа стресса I;
- программа №9. Программа стресса II;
- программа №10. Программа стресса III;
- программа №11. Программа стресса IV;
- программа №12. Программа депрессии I;
- программа №13. Программа депрессии II;
- программа №14. Программа депрессии III;
- программа №15. Церебральная программа;
- программа №16. Программа обучения;
- программа №17. Программа запоминания;
- программа №18. Программа сна II;
- программа №19. Программа «короткий перерыв»;
- программа №20. Программа мышечной релаксации;
- программа №21. Программа прояснения разума;
- программа №22. Программа волн Шумана;
- программа №23. Программа управления состоянием сознания;
- программа №24. Программа развития творческих способностей;
- программа №25. Программа ситуационного моделирования;
- программа №26. Программа развития созерцательности;

- программа №27. Программа развития деловых способностей;
- программа №28. Программа преодоления своего страха;
- программа №29. Программа обезболивания;
- программа №30. Программы развития самоуважения;
- программа №31. Энергизирующая программа;
- программа №32. Спортивная программа;
- программа №33. Событийное регулирование 1;
- программа №34. Событийное регулирование 2;
- программа №35. Увеличение ресурсов адаптации 1;
- программа №36. Увеличение ресурсов адаптации 2;
- программа №37. Увеличение ресурсов нейрогуморальной регуляции;
- программа №38. Сексуальная регуляция 1;
- программа №39. Сексуальная регуляция 2;
- программа №40. Увеличение ресурсов иммунной адаптации 1;
- программа №41. Увеличение ресурсов иммунной адаптации 2;
- программа №42. Увеличение ресурсов адаптации селезенки и ретикулоэндотелиальной формации;
- программа №43. Увеличение ресурсов адаптации произвольного движения 1;
- программа №44. Увеличение ресурсов адаптации произвольного движения 2;
- программа №45. Увеличение ресурсов адаптивной деятельности;
- программа №46. Увеличение ресурсов адаптации чакр, при сублимации жизненной энергии;
- программа №47. Увеличение ресурсов адаптации чакр, при ресублимации жизненной энергии;
- программа №48. Увеличение ресурсов адаптации опорно-двигательного аппарата;
- программа №49. Увеличение ресурсов адаптации крови;
- программа №50. Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани 1;
- программа №51. Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани 2;
- программа №52. Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани 3;
- программа №53. Увеличение ресурсов адаптации мышечной системы;
- программа №54. Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани и тимуса 1;

- программа №55 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани и тимуса 2;
- программа №56 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани при аутоиммунных заболеваниях 1;
- программа №57 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани при аутоиммунных заболеваниях 2;
- программа №58 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани при аутоиммунных заболеваниях 3;
- программа №59 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани при аутоиммунных заболеваниях 4;
- программа №60 Увеличение ресурсов адаптации тимуса, гипофиза и нервной ткани 24;
- программа №61 Увеличение ресурсов адаптации нервной ткани;
- программа №62 Регуляция сексуальной энергии 1;
- программа №63 Регуляция сексуальной энергии 2;
- программа №64 Регуляция сексуальной энергии 3;
- программа №65 Регуляция сексуальной энергии 4;
- программа №66 Регуляция сексуальной энергии 5;
- программа №67 Регуляция сексуальной энергии 6;
- программа №68 Регулирование сна;
- программа №69 Хроносемантическая функциональ Солнца 1;
- программа №70 Хроносемантическая функциональ Солнца 2;
- программа №71 Хроносемантическая функциональ Луны;
- программа №72 Хроносемантическая функциональ Меркурия 1;
- программа №73 Хроносемантическая функциональ Меркурия 2;
- программа №74 Хроносемантическая функциональ Венеры 1;
- программа №75 Хроносемантическая функциональ Венеры 2;
- программа №76 Хроносемантическая функциональ Венеры 3;
- программа №77 Хроносемантическая функциональ Марса 1;
- программа №78 Хроносемантическая функциональ Марса 2;
- программа №79 Хроносемантическая функциональ Юпитера 1;
- программа №80 Хроносемантическая функциональ Юпитера 2;
- программа №81 Хроносемантическая функциональ Сатурна;

- программа №82 Хроносемантическая функциональ Урана;
- программа №83 Хроносемантическая функциональ Нептуна 1;
- программа №84 Хроносемантическая функциональ Нептуна 2;
- программа №85 Хроносемантическая функциональ Плутона 1;
- программа №86 Хроносемантическая функциональ Плутона 2;
- программа №87 Хроносемантическая функциональ Плутона 3.

Более подробная информация приведена в кн. Готовский Ю.В. и др. Краткое руководство по индукционной терапии. Методические рекомендации (издание 2-ое, дополненное). – М.: «ИМЕДИС», 1999. – 28 с.; Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Мхитарян К.Н., Фролова Л.А. Индукционная терапия. Резонансно-частотная диагностика и терапия грибков, вирусов, бактерий, простейших и гельминтов. Частотные программы периодической системы Д.И.Менделеева: Методические материалы (дополнение) – М.: «ИМЕДИС», 2002. – 22 с.

## 5. ЭЛЕКТРОННО-ИОННАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Электронно-ионная рефлексотерапия (ЭИРТ) – разновидность электропунктурной терапии, разработанной одним из ведущих отечественных рефлексотерапевтов Ф.Г.Портновым [11].

В отличие от зарубежных методов ЭАТ, при данном способе используется дозированный, постоянный гальванический ток, а также введение лекарственных средств в БАТ с помощью микроэлектрофореза.

Для проведения ЭИРТ используются серийно выпускаемые аппараты ЭЛАП-1, ЭЛАП-1Б, ЭЛАП-1-ВЭФ. Данные аппараты состоят из активного электрода, заключенного в изолированный корпус с металлическим щупом, содержащим систему светодиодной индикации поиска БАТ; пассивного цилиндрического электрода; пульта управления, на котором размещены переключатели полярности лечебного тока («+» или «-»), расположенного на передней панели аппарата, а также микроамперметра, на котором дублируется процесс поиска БАТ.

Ток срабатывания системы светодиодной индикации поиска БАТ в аппаратах ЭЛАП составляет 10–25 мкА, а ток лечения 0–500 мкА при напряжении 9 В. Сила тока лечебного воздействия подбирается в зависимости от места локализации БАТ. Так, для

Лекарственные препараты для электрофореза, Таблица 18  
вводимые с положительного полюса – анода

Ион или частица лекарственного вещества	Концентрация раствора, %
Алоэ	Экстракт
Аминокaproновая кислота	5 на 2 мл 0,9% NaCl
Анальгин	от 2 до 5
Аскорбиновая кислота	от 0,5 до 1
Натрия или калия бромид (Бром)	от 2 до 5
Витамин В12	100–200 мкг на 2 мл дистиллированной воды
Гидрокортизон	1 ампула в 0,2% NaCl pH 9,0
Гистидин	от 1 до 2
Глутаминовая кислота	от 0,5 до 2
Натрия или калия йодид	от 2 до 5
Никотиновая кислота	от 0,25 до 2
Панангин	от 1 до 2
ПАСК	от 1 до 5
Пенициллин	5000 ед. на 1 мл 0,9% NaCl
Салициловая кислота	от 1 до 10
Теofilлин	1-2, pH 7,8–8,8
Унитиол	от 2 до 5
Натрия фосфат	от 2 до 5
Натрия фторид	1
Фурадонин	1
Цистеин	от 2 до 5
Экмолин	0,5
Натрия хлорид (Хлор)	от 2 до 5

БАТ, расположенных под массивным мышечным слоем, например, в ягодичной области, рекомендуется использовать величины тока порядка 350–500 мкА; для БАТ, локализованных в области спины, пояснично-крестцовой области и нижних конечностей – 250–350 мкА, в области груди и живота – 75–100 мкА, в области ушной раковины и лица – 25–50 мкА.

Для тормозного воздействия (седирования) на БАТ рекомендуется использовать электрический ток положительной полярности (30–120 сек на каждую БАТ), а для стимулирующего – ток отри-

Лекарственные препараты для электрофореза, Таблица 19  
вводимые с отрицательного полюса – катода

Ион или частица лекарственного вещества	Концентрация раствора, %
Адреналин	0,10
Акрихин	1,00
Амидопирин	от 1,00 до 3,00
Аминазин	от 0,50 до 1,00
Антипирин	от 1,00 до 5,00
Атропин	0,10
Ацетилхолин	0,10–0,50 ex tempore
Барбитал	от 2,00 до 5,00
Бензогексоний	от 1,00 до 2,00
Витамин В1	от 1,00 до 5,00
Галантамин	от 0,25 до 0,50
Ганглерон	от 0,20 до 0,50
Гексоний	1,00
Гистамин	0,01
Дибазол	от 0,50 до 2,00
Дикаин	от 0,50 до 1,00
Димедрол	от 0,50 до 2,00
Дионин	от 0,10 до 1,00
Дипразин	1,00
Кальция хлорид (Кальций)	от 1,00 до 5,00
Калия хлорид, бромид (Калий)	от 1,00 до 5,00
Карбохолин	1,00
Кодеин	от 0,10 до 0,50
Лития хлорид (Литий)	от 1,00 до 5,00
Лидокаин	от 0,25 до 0,50
Лобелин	1,00
Магния сульфат (Магний)	от 2,00 до 10,00
Меди сульфат (Медь)	от 0,50 до 2,00
Мезатон	1,00
Натрия хлорид (Натрий)	от 1,00 до 5,00
Новокаин	от 0,50 до 5,00
Но-шпа	1,00

Таблица 19 (продолжение)

Ион или частица лекарственного вещества	Концентрация раствора, %
Папаверин	от 0,50 до 1,00
Пахикарпин	1,00
Пентамин	5,00
Пилокарпин	от 0,10 до 0,50
Пирилен	от 0,10 до 0,50
Платифиллин	от 0,03 до 0,05
Прозерпин	0,10
Резерпин	0,10
Серебра нитрат (Серебро)	от 0,50 до 1,00
Совкаин	от 0,50 до 1,00
Стрихнин	0,10
Строфантин	0,05
Тримекаин	от 0,25 до 0,50
Фенамин	0,20
Фенобарбитал	от 1,00 до 2,00
Физостигмин	0,10
Хинин	от 1,00 до 4,00
Цинка сульфат (Цинк)	от 0,50 до 2,00
Эфедрин	от 0,10 до 1,00

цательной полярности или гальванический ток с изменяющейся полярностью в течение каждых 5–10 с.

С целью усиления лечебного эффекта в ЭИРТ используется введение лекарственных средств в БАТ с помощью микроэлектрофореза. Для его осуществления на активный электрод аппарата одевается специальная насадка, внутрь которой помещается гигроскопическая вата, смоченная соответствующим лекарственным средством.

После этого электрод устанавливается в области БАТ и производится включение лечебного тока, полярность которого выбирается исходя из закономерностей электрической диссоциации лекарственного вещества. В табл. 18 и 19 приведен перечень лекарственных средств, используемых для микроэлектрофореза, а также полюс («+» или «-»), с которого они вводятся в БАТ. Как следует из приведенных данных, алколоиды, некоторые антибиотики и анестезирующие вещества, имеющие положительный заряд вводят

с анода («+»), а металлоиды и кислотные радикалы, приобретающие в растворах отрицательный заряд, с катода («-»).

Согласно исследованиям Ф.Г.Портнова, при электрофорезе происходит депонирование лекарственных средств в области БАТ с последующим тормозным или возбуждающим воздействием на периферические рефлекторные элементы и взаимосвязанные с ними органы и тканевые системы.

По мнению автора, данный способ введения лекарственных веществ не имеет побочных эффектов и способствует их более длительному действию, составляющему: для гепарина 1–2 суток; пенициллина – 2; пилокарпина – 3; новокаина – 3–6; адреналина – до 20 суток.

Более чем 20-летний опыт клинического применения ЭИРТ показал его высокую эффективность в лечении болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника, бронхиальной астме, аллергической риносинусопатии, ринофарингитах, заболеваниях пародонта, нейроциркуляторной дистонии, патологии зрительного аппарата и др.

Схемы и рецепты применения ЭИРТ при отдельных формах патологии подробно описаны в монографии Ф.Г.Портнова «Электропунктурная рефлексотерапия» [11]. Для электронно-ионной терапии можно использовать аппараты «МИНИ-ЭКСПЕРТ-ДТ».

## 6. АУРИКУЛОТЕРАПИЯ

Аурикулотерапия, осуществляемая с помощью воздействия на биологически активные точки ушной раковины электрическими и световыми сигналами с определенной частотой следования, а также постоянным магнитным полем, способна оказывать выраженный лечебный эффект при различных формах патологии.

Основоположником аурикулотерапии является П. Ножье, обнаруживший на ушной раковине 7 рефлексогенных зон, на которых проявляется одинаковая реакция к стимулу определенной частоты.

В качестве воздействующего сигнала автором использовался источник электрического тока и некогерентного светового излучения (красный светодиод), который модулировался с частотой от 1 до 200 Гц.

По степени изменения пульсовой волны на лучевой артерии при той или иной частоте электро- или фотостимуляции на определенные аурикулярные БАТ были установлены следующие резонансные частоты для различных отделов ушной раковины:

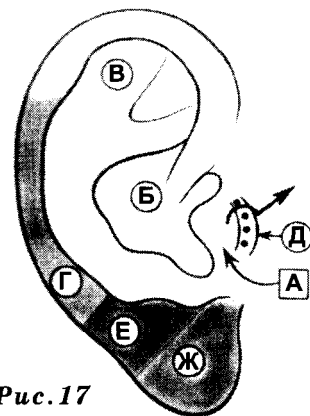
**зона А** (подкозелковая зона) – 2,28 Гц;

- зона Б (полость ушной раковины) – 4,56 Гц;  
 зона В (верхняя часть ушной раковины) – 9,125 Гц;  
 зона Г (задняя часть завитка) – 18,25 Гц;  
 зона Д (внешняя часть козелка) – 36,5 Гц;  
 зона Е (задняя часть мочки уха) – 7,3 Гц;  
 зона Ж (передняя часть мочки уха) – 146 Гц.

Следует отметить, что аналогичные рефлекторные зоны с различными резонансными реакциями на электро- и фотостимуляцию также были обнаружены на коже головы, туловища, конечностей.

**Например,** кожа лба – 146 Гц; волосистая часть головы и затылок – 18,25 Гц; верхние и нижние конечности – 9,125 Гц; полость рта, мочеиспускательный канал, влагалище, анус, проекция переднего срединного меридиана – 2,28 Гц.

Воздействие на данные зоны с использованием «резонансной» электро- или фотостимуляции, по данным П. Ножье, приводило к положительному влиянию на больные органы, проекционно взаимосвязанные с соответствующей рефлексогенной зоной.



*Рис. 17*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Иглорефлексотерапия. Горький. 1978. – 295 с.
2. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р.Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии Методические рекомендации/ Яновский О.Г. и соавторы. – М Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения, 1999. – 27 с.
3. Гапонюк П.Я., Клименко Л.М., Левин В.Н. Акупунктурная рефлексотерапия. – Ярославль: Верхне-Волж. кн. из-во, 1983. – 270 с.
4. Гойденко В.С., Котинева В.Н. Практическое руководство по рефлексотерапии. – М.: Медицина, 1982. – 199 с.
5. Готовский Ю.В. Устройство для диагностики и адаптивной терапии. Патент РФ N 2070405 от 20 декабря 1996 г.
6. Журнал «Техника молодежи». – 1970. – N3. – С. 34.
7. Иглоукальвание. / Под редакцией Хонг Бао Тяу, Ла Куанг, Ниен. Перевод с вьетнамского языка П.И.Алешина. – М.: Медицина 1988. – 672 с.
8. Киричинский А.Р. О «Методе Ножье» – иглоукальвания // Врачебное дело. – 1963. – N 8. – С. 108–113.
9. Новинский Г.Д. Некоторые предложения по конструированию аппаратуры для иглорефлексотерапии // В кн.: Иглорефлексотерапия. – Горький, 1974. – С. 33–34.
10. Пашкевич И.Г., Вогралик М.В. Аппарат для иглогальванизации. В кн.: Вопросы нейроэндокринной патологии и рефлекторной терапии. – Горький, 1960. – С. 75.
11. Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотерапия. – Рига: «Зинатне», 1988. – 351 с.
12. Самохин А.В., Ставицкий В.А., Кяушайте И.А., Каргопольцев А.А., Чечельницкий Н.П. Авторское свидетельство N 34590, 1990, СССР.
13. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля. – М.: «ИМЕДИС», 1995. – 448 с.
14. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Принципы построения компьютерных систем используемых в электропунктурной медицине и биорезонансной терапии // Тезисы и доклады VI Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: ИМЕДИС, 2000. – С. 178–180.



Funktionen - Hypothalamys - MP 20 Dreifacherwarmer. In: Neue Forschungsergebnisse der Elektroakupunktur nach Voll. - ML-Verlag, 1987. - S. 32.

114. Voll R. Messpunkte der vegetativen Plexus an den Füssen. In: Neue Forschungsergebnisse der Elektroakupunktur nach Voll. - ML-Verlag, 1987. - S. 33.

115. Waldemar S. Grosse Akupunktur Atlas. 8 Auflage. Perseus GmbH, Medizintechnik, Sektor: Edition London-München-Zürich. 1982. - 886 s.

116. Wang Y., Wang S. Analgesic effects of electroacupuncture stimulation at different intensities and frequencies. Chen-Tzu-Yen-Chiu. 1993; 18(1). - P. 44-47.

117. Werthmann K. Biologie und die Elektroakupunktur nach Voll. MLV mbH-Uelzen, 1988. - S. 1-4.

118. Weiss U. Nosodes as isopathic and homeopathic remedies. Dtsch-Apoth-Ztg; 130. S. 1573-1576, Jul 12, 1990.

119. Wertamann K. Biologie und die Elektroakupunktur nach Voll. - ML-Verlag. 1982. - S. 1-89.

120. Wu Y.L., Chen S.F., Pan L.L. Effect of electroacupuncture on gastric acid secretion and gut hormones. Chung-Kuo-Chung-Hsi-I-Chieh-Ho-Tsa-Chih. 1994 Dec; 14(12). - P. 709-711.

121. Yang J., Zhao R., Yuan J, Chen G. et al. The experimental study of prevention and treatment of the side-effects of chemotherapy with acupuncture (comparison among the effect of acupuncture at different acupoint). Chen-Tzu-Yen-Chiu, 1994; 19(1). - P. 75-78.

122. Yang S.P., Yu J., He L. Release of gonadotropin-releasing hormone (GnRH) from the medio-basal hypothalamus induced by electroacupuncture in conscious female rabbits. Acupunct-Electrother-Res. 1994 Jan-Mar; 19(1). - P. 19-27.

123. Ying S.X., Cheng J.S. Effects of electroacupuncture on C-FOS expression in gerbil hippocampus during transient global ischemia. Acupunct-Electrother-Res. 1994 Oct-Dec; 19(4). - P. 207-213.

124. Ying S., Cheng J. Effects of electroacupuncture on EEG during transient global ischemia and reperfusion in gerbils. Chen-Tzu-Yen-Chiu. 1994; 19(1). - P. 29-32.

125. Zhu L. X., Li C.Y., Ji C.F., Yang B., Li W.M. The role of substance P and somatostatin in acupuncture and moxibustion-induced postsynaptic inhibition. Chen-Tzu-Yen-Chiu. 1993; 18(4). - P. 290-295.

## Приложение 1

### Атлас биологически активных точек, используемых в электропунктурной диагностике и терапии по методу Р. Фолля

#### Классификация точек, используемых в ЭАФ-диагностике и терапии

Важной заслугой Р. Фолля и его коллег является открытие ими новых БАТ, вторичных ЭАФ-сосудов и взаимосвязей между конкретными БАТ кожи с соответствующими анатомическими структурами органов и тканевых систем. Так, например, оказалось, что хорошо известная рефлексотерапевтам точка **Се 6** (инь-си, «граница инь») является точкой проекции миокарда, **Ле 7** меридиана легких (ле-цзюе, «недостающий ряд») – точкой проекции артерий верхних конечностей и т.п. Как было отмечено выше, к настоящему времени в рамках ЭАФ по анатомической и морфофункциональной принадлежности описано более 1193 точки (таблица П1.1), из них 500 новых БАТ, ранее неизвестных в классической акупунктуре [37, 49, 62, 69, 71-76, 78-80, 81-83].

Для удобства проведения ЭАФ-диагностики БАТ систематизированы по отдельным разделам медицины. Например, для ЭАФ-диагностики сердечно-сосудистых заболеваний описано 43 БАТ, для решения диагностических задач в области пульмонологии – 23, гастроэнтерологии – 68, гепатологии – 29, урологии – 52, гинекологии – 38, отоларингологии – 43, эндокринологии – 28, ортопедии – 64, дерматологии – 20, неврологии – 71, стоматологии – 20, офтальмологии – 16.

Для обозначения БАТ специалисты ЭАФ пользуются условными сокращениями, приведенными в табл. П1.2. По уровню информационной значимости органо- и тканеспецифической принадлежности, а также в зависимости от сложности решаемой диагностической задачи все БАТ, используемые в ЭАФ, можно подразделить на 7 подгрупп, в число которых входят: *суммационные точки измерения (СТИ), частные суммационные точки измерения (ЧСТИ), контрольные точки измерения (КТИ), точки указания (ТУ), точки тревоги (ТТ), точки согласия (ТС), точки измерения функции органов, тканей и их анатомических структур (ТИ).*

Количественное распределение БАТ  
на классических меридианах и в ЭАФ

Таблица П1.1

Меридиан ЭАФ-сосуд	Количество парных БАТ			
	АП	ЭАФ	Новые	АПФ*
Легкие	22	40	18	28
Толстая кишка	40	64	24	56
Кровообращение	18	36	18	28
Эндокринная система	46	80	22	50
Сердце	18	36	18	26
Тонкая кишка**	38	59	21	50
Селезенка/Панкреас	42	62	20	62
Печень	28	42	14	34
Желудок**	90	147	57	119
Желчный пузырь	88	118	30	76
Почки	54	82	28	50
Мочевой пузырь	134	184	50	136
Передний срединный**	24	27	2	13
Задний срединный**	28	33	6	14
Лимфососуд	–	48	48	48
Нервная дегенерация	–	16	16	16
Аллергия	–	14	14	14
Дегенерация эпителия и паренхимы органов	–	22	22	22
Суставная дегенерация	–	14	14	14
Соединительно-тканная дегенерация	–	14	14	14
Кожа	–	14	14	14
Жировая дегенерация	–	8	8	8
Точки структур глаза	6	34	28	34
Общее количество БАТ (справа и слева)	621	1193	506	882

АПФ\* – БАТ, описанные в ЭАФ по анатомо-функциональной принадлежности.

(\*\*) Меридианы, имеющие непарные БАТ.

Сокращенные обозначения меридианов  
и вторичных тканевых сосудов, принятые в ЭАФ

Таблица П1.2

Название меридиана (сосуда) или БАТ	Обозначение или аббревиатура					
	Рус.	Франц.	Англ.	Нем.	Корея	Цифр.
Лимфатической системы	Лф	*	*	Ly	*	*
Легких	Ле	P	Lu	Lu	C	I
Толстой кишки	Тл	GI	Li	Di	D	II
Нервной дегенерации	Нд	*	*	Nd (Ne)	*	*
Кровообращения	Кр	Mc	Hc	Kr (Ks)	K	IX
Аллергии или дегенерации сосудов	Ал	*	*	Al	*	*
Дегенерации эпителия и паренхимы органов	Од	*	*	Od	*	*
Эндокринной системы	Энд	Tr	Th	3E	L	X
Сердца	Се	C	Ht	He (H)	G	V
Тонкой кишки	Тн	IG	Si	Du	H	VI
Селезенки/Панкреас	Сп	RP	SP	Mi/Pa (MP)	F	IV
Печени	Пе	F	Liv	Le	N	XII
Дегенерации суставов	Су	*	*	Gel	*	*
Желудка	Же	E	St	Ma (M)	E	III
Дегенерации соединительной ткани	Стд	*	*	Bind	*	*
Кожи	Ко	*	*	Haut	*	*
Жировой дегенерации и мышц	Мж	*	*	Fett (Fd)	*	*
Желчного пузыря	Жп	VB	Gb	Gbl (G)	M	XI
Почек	По	R	K	Ni (N)	J	VIII
Мочевое пузыря	Мп	V	Bl	Bl (B)	I	VII
Задний срединный	Зср	VG	GV	TM (Gouv)	*	XIII
Передний срединный	Пср	VC	CV	JM (Konz)	*	XIV
БАТ глазницы	Глаз	*	*	Orb	*	*
Внемеридианальные БАТ	ВМ	PC	*	PAM	*	*
Новые БАТ	Н	PN	NP	PN	*	*
Аурикулярные БАТ	АТ	A	A	A (Au)	*	*

### Суммационные точки измерения

СТИ – суммационные (общие) точки измерения дают информацию о состоянии конкретного органа или тканевой системы в целом, указывая на наличие или отсутствие в них нарушений той функции, которую они выполняют [49, 71]:

<b>Лф 4</b>	<b>СТИ</b>	Лимфососуды и лимфоузлы легких и средостения;
<b>Лф 11</b>	<b>СТИ</b>	Лимфатическая система;
<b>Лф 12</b>	<b>СТИ</b>	Лимфоузлы эпигастральной области;
<b>Лф 14</b>	<b>СТИ</b>	Поясничные лимфатические стволы – лимфососуды и лимфоузлы таза;
<b>Кр 7в</b>	<b>СТИ</b>	Лимфатическая система;
<b>Кр 8</b>	<b>СТИ</b>	Вены;
<b>Кр 9</b>	<b>СТИ</b>	Артерии;
<b>Нд 1а</b>	<b>СТИ</b>	Вегетативная нервная система;
<b>Энд 1а</b>	<b>СТИ</b>	Шейные ганглии;
<b>Энд 15</b>	<b>СТИ</b>	Суставы верхних конечностей;
<b>Энд 17</b>	<b>СТИ</b>	Среднее ухо;
<b>Энд 18</b>	<b>СТИ</b>	Внутреннее ухо;
<b>Же 7</b>	<b>СТИ</b>	Боковая поверхность верхней челюсти, 5–8 зубы;
<b>Же 8</b>	<b>СТИ</b>	Боковая поверхность нижней челюсти, 5–8 зубы;
<b>Же 10а</b>	<b>СТИ</b>	Вагус – X пара ЧМН;
<b>Жп 7</b>	<b>СТИ</b>	Межуточный мозг;
<b>Жп 9</b>	<b>СТИ</b>	Средний мозг;
<b>Жп 20</b>	<b>СТИ</b>	Симпатическая нервная система;
<b>Жп 33</b>	<b>СТИ</b>	Суставы нижних конечностей;
<b>Жп 34</b>	<b>СТИ</b>	Мышцы нижних конечностей;
<b>Мп 11</b>	<b>СТИ</b>	Позвоночник;
<b>Мп 12</b>	<b>СТИ</b>	Костная система;
<b>Мп 16</b>	<b>СТИ</b>	Грудная часть симпатикуса;
<b>Мп 24</b>	<b>СТИ</b>	Брюшная часть симпатикуса;
<b>Пер 24</b>	<b>СТИ</b>	Срединная часть нижней челюсти, 1–4/4–1 зубы;
<b>Зер 13</b>	<b>СТИ</b>	Спинной мозг;
<b>Зер 25</b>	<b>СТИ</b>	Средняя часть верхней челюсти, 1–4/4–1 зубы.

### Частные суммационные точки измерения

ЧСТИ – частные суммационные точки дают информацию о состоянии органов и тканевых систем с подобными или похожими функциями [49; 72]:

<b>Энд 1</b>	<b>ЧСТИ</b>	Половые железы, надпочечники;
<b>Энд 2</b>	<b>ЧСТИ</b>	Тимус, щитовидная и паращитовидные железы;

<b>Энд 3</b>	<b>ЧСТИ</b>	Эпифиз, гипофиз;
<b>Мп 64</b>	<b>ЧСТИ</b>	Придатки яичек, семенной канатик, яичники, маточные трубы;
<b>Мп 65</b>	<b>ЧСТИ</b>	Предстательная железа, семенной бугорок, семенные пузырьки, пенис, широкая связка матки, параметрий, влагалище, уретра.

### Контрольные точки измерения

Контрольные точки (КТИ) наиболее часто используются в ЭАФ. При измерении их электрических параметров можно получить информацию о наличии или отсутствии патологии во всех органах и тканевых системах, имеющих информационно-функциональные взаимосвязи с соответствующим меридианом [37, 62, 74]:

<b>Лф 1-2</b>	<b>КТИ</b>	Лимфоэпителиальное глоточное кольцо Пирогова-Ланганса-Вальдейера;
<b>Ле 10с</b>	<b>КТИ</b>	Легкие;
<b>Тл 1в</b>	<b>КТИ</b>	Толстый кишечник, включая прямую кишку и анальный канал;
<b>Нд 1в</b>	<b>КТИ</b>	Периферическая и центральная нервная система;
<b>Нд 3а</b>	<b>КТИ</b>	Парасимпатические головные ганглии;
<b>Нд 4</b>	<b>КТИ</b>	Черепномозговые нервы;
<b>Кр 8d</b>	<b>КТИ</b>	Кровообращения;
<b>Ал 1в</b>	<b>КТИ</b>	Аллергические (иммунотоксические) и сосудистые поражения;
<b>Од 1в</b>	<b>КТИ</b>	Дегенерация эпителия и паренхимы органов (ДЭП органов);
<b>Энд 1в</b>	<b>КТИ</b>	Эндокринная система;
<b>Се 8с</b>	<b>КТИ</b>	Сердце;
<b>Тн 1в</b>	<b>КТИ</b>	Тонкий кишечник и 12-перстная кишка;
<b>Сп 1а</b>	<b>КТИ</b>	Селезенка, экзо- и эндокринные функции поджелудочной железы;
<b>Пе 1а</b>	<b>КТИ</b>	Печень;
<b>Су 1в</b>	<b>КТИ</b>	Суставы, включая суставы позвоночника;
<b>Же 44в</b>	<b>КТИ</b>	Желудок;
<b>Стд 1в</b>	<b>КТИ</b>	Соединительно-тканная дегенерация (ЭАФ-диагностика фибром, фибромиом и т.п.);
<b>Стд 1с</b>	<b>КТИ</b>	Дегенерация слизистых оболочек (ЭАФ-диагностика полипов, папиллом и т.п.);
<b>Ко 1-3</b>	<b>КТИ</b>	Кожа;
<b>Мж 1в</b>	<b>КТИ</b>	Жировая и мышечная дегенерация;
<b>Жп 43в</b>	<b>КТИ</b>	Желчный пузырь и желчевыводящие пути;

По 1-3	КТИ	Почки;
Мп 66в	КТИ	Мочевой пузырь и урогенитальные органы;
Зср 23-1	КТИ	Большой мозг;
Зср 23-1а	КТИ	Дегенерация органов («глаз Циклопа»);
Зср 23-2	КТИ	Лимбическая система.

### Точки указания

В качестве точек указания (ТУ) в ЭАФ используются некоторые точки лимфососуда, расположенные по тыльно-лучевому краю большого пальца кисти и в области лучезапястного сустава. Эти точки предназначены для оценки состояния лимфооттока от органов и тканей, наиболее подверженных контакту с неблагоприятными факторами окружающей среды [62, 68, 70, 75, 76]:

Лф 1-1	ТУ	Отток лимфы от ушей;
Лф 2	ТУ	Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти;
Лф 2а	ТУ	Отток лимфы от глаз;
Лф 3	ТУ	Отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух.

Необходимо отметить, что некоторые специалисты, в совершенстве владеющие ЭАФ, за счет знания информационно-функциональных взаимосвязей точек указания (и других точек сосуда лимфатической системы) способны уже в процессе измерения их ЭП сделать предположение о том, на какие из сопряженных с ними классические меридианы следует обратить особое внимание [37]. Так, например, в случае наибольшего отклонения величин ЭП на точке:

Лф 1-1	ТУ	Отток лимфы от ушей необходимо обратить внимание на «энергетически» взаимосвязанные с данной БАТ меридианы сердца, тройного обогревателя (эндокринной системы) и тонкой кишки;
Лф 2	ТУ	Отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти – на меридианы желудка и толстой кишки;
Лф 2а	ТУ	Отток лимфы от глаз – на меридианы печени и желчного пузыря;
Лф 3	ТУ	Отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух – на меридианы почек, мочевого пузыря и желудка и т.д.

### Точки тревоги и согласия

Точки тревоги и согласия в ЭАФ рассматриваются как прототипы контрольных точек. В рамках ЭАФ их измерение используется в тех случаях, когда измерение контрольных точек не представляется возможным (например, при ампутации конечностей). Некоторые авторы [68] считают, что измерение величин ЭП на точках согласия отражают состояние реактивности симпатических нервных сплетений, а точек тревоги – парасимпатических нервных сплетений соответствующих органов, причем низкие величины ЭП (менее 50 усл. ед.) указывают на повышение холиноэргической медиации, а высокие (более 80 усл. ед.) – адреноэргической медиации в нервных синапсах.

#### Точки тревоги:

Ле 1	ТТ	Легкие;
Же 25	ТТ	Толстый кишечник;
Кр 1	ТТ	Кровообращение;
Пср 4	ТТ	Тонкий кишечник и 12-перстная кишка;
Пср 5	ТТ	Эндокринная система;
Пср 12	ТТ	Желудок;
Пср 14	ТТ	Сердце;
Пе 13	ТТ	Селезенка и поджелудочная железа;
Пе 14	ТТ	Лимфососуды печени;
Жп 23	ТТ	Дополнительная точка тревоги желчного пузыря;
Жп 24	ТТ	Желчный пузырь и желчевыводящие пути;
Жп 25	ТТ	Почки;
Пср 3	ТТ	Мочевой пузырь и урогенитальные органы.

#### Точки согласия:

Мп 13	ТС	Легкие;
Мп 18	ТС	Печень;
Мп 19	ТС	Желчный пузырь;
Мп 20	ТС	Селезенка и поджелудочная железа;
Мп 21	ТС	Желудок;
Мп 22	ТС	Надпочечники;
Мп 23	ТС	Почки;
Мп 25	ТС	Толстая кишка;
Мп 27	ТС	Тонкая кишка, крестцово-подвздошное сочленение;
Мп 28	ТС	Мочевой пузырь;
Мп 30	ТС	Сфинктер мочевого пузыря и прямая кишка.

### Точки измерения функции органов и их анатомических структур

ТИ – точки измерения функции органов позволяют определить выраженность поражения той или иной анатомической структуры конкретного органа [68]. Так, например, для оценки состояния толстого кишечника может быть использовано измерение электрических параметров следующих БАТ:

- Тл 1 ТИ** Правая половина поперечной ободочной кишки – справа, сигмовидная кишка – слева;
- Тл 1с ТИ** Брюшина толстого кишечника;
- Тл 2 ТИ** Правый изгиб ободочной кишки – справа, нисходящая часть ободочной кишки – слева;
- Тл 3 ТИ** Восходящая часть ободочной кишки – справа, левый изгиб ободочной кишки – слева;
- Тл 4 ТИ** Слепая кишка – справа, левая половина ободочной кишки – слева;
- Тл 4а ТИ** Аппендикс, илеоцекальные лимфоузлы – справа, мезентериальные лимфоузлы – слева.

Аналогичным образом может быть оценено функциональное состояние отделов и других органов: печени, почек и т.д.

### Вторичные тканевые ЭАФ-сосуды (меридианы)

Наряду с известными 14 классическими акупунктурными меридианами в ЭАФ описаны 8 новых меридианов, названных Р. Фоллем вторичными тканевыми ЭАФ-сосудами или сосудами тканевой дегенерации [70, 76]. Измерение ЭП БАТ этих сосудов позволяет получить информацию о морфо-функциональном состоянии соответствующей тканевой системы на уровне определенных ангио-, висцеро-, дермо-, мио- и нейротомов, верхней, средней и нижней частей тела. В число вторичных тканевых ЭАФ-сосудов входят:

- сосуд лимфатической системы;
- сосуд нервной дегенерации;
- сосуд аллергии или внутрисосудистой дегенерации;
- сосуд дегенерации эпителия и паренхимы органов;
- сосуд суставной дегенерации;
- сосуд соединительно-тканной дегенерации;
- сосуд кожи;
- сосуд жировой дегенерации.

Как и классические меридианы, вторичные ЭАФ-сосуды подразделяются по принципу «инь-ян».

К числу «иньских» вторичных ЭАФ-сосудов, условно обозначаемых Ф. Крамером как внутрисекреторные сосуды, относятся сосуды лимфатической системы, аллергии или внутрисосудистой дегенерации, соединительно-тканной дегенерации и дегенерации суставов.

Вторичные ЭАФ-сосуды нервной дегенерации, эпителия и паренхимы органов, кожи, жировой дегенерации относятся к категории «ян» и рассматриваются как внешнесекреторные ЭАФ-сосуды.

При этом сосуды аллергии или внутрисосудистых поражений, дегенерации соединительной и нервной ткани дополнительно описываются как интерстициальные сосуды.

Помимо классификации вторичных ЭАФ-сосудов по принципу «инь-ян» Г. Мюске [84], предложена собственная схема информационных взаимосвязей вторичных ЭАФ-сосудов и классических меридианов, приведенная ниже (см. табл. П1.3), что может рассматриваться как модель морфо-функциональных связей различных органов и тканей.

Следует отметить, что приведенная выше схема взаимосвязей вторичных ЭАФ-сосудов и классических меридианов во многом условна, так как на каждом меридиане имеется представительство БАТ, относящихся ко всем тканевым системам. Вместе с тем, для более глубокого анализа результатов ЭАФ-диагностики некоторые специалисты и натуропаты используют эмбриогенетическую модель развития различных заболеваний, предложенную Х.Х.Реквегом.

Сущность данной модели заключается в том, что различные органы и ткани, развившиеся из одного и того же эмбрионального

**Взаимосвязи вторичных ЭАФ-сосудов  
и классических меридианов**

**Таблица П1.3**

Вторичный ЭАФ-сосуд	Классический меридиан
Сосуд лимфатической системы	Меридиан почек
Сосуд соединительно-тканной дегенерации	Меридиан легких
Сосуд нервной дегенерации	Меридиан желудка
Сосуд аллергии или внутрисосудистой дегенерации	Меридиан мочевого пузыря
Сосуд дегенерации эпителия и паренхимы органов	Меридиан селезенки/панкреас
Сосуд суставной дегенерации	Меридиан желчного пузыря
Сосуд кожи	Меридиан толстой кишки
Сосуд жировой дегенерации	Меридиан печени

листка, на первом этапе болезни с большей долей вероятности одновременно могут быть вовлечены в патологический процесс, чем органы, развившиеся из разных эмбриональных листков (коллагенозы, полиневриты и т.п.). При этом, болезнь может идти по пути «биологического среза», т.е. от «эктодермальных» органов и тканей к «энтодермальным», и далее к «мезенхимальным» или «мезодермальным» органам, проходя различные фазы патологического процесса от воспаления до дегенерации с обратным развитием или прогрессированием. Например, воспаление слизистых оболочек полости рта и верхнего неба (эктодермальная ткань – ородерма) может распространяться на эпителий глотки и респираторного тракта (энтодермальная ткань – мукодерма), в дальнейшем индуцировать воспаление лимфоидных фолликулов миндалин (мезенхимальная ткань – лимфодерма → тонзиллит) и в конечном счете вызывать поражение почек или сердечной мышцы (мезодермальные ткани: нефродерма → нефрит; мускулодерма → миокардит).

### Репрезентативные БАТ классических меридианов

Большинство из наиболее часто используемых в ЭАФ-диагностике и терапии БАТ относятся к дистальным точкам, локализованным на кистях и стопах. Корпоральные или проксимальные БАТ в практике ЭАФ применяются несколько реже и в основном при лечении хронических заболеваний, при которых воздействие на корпоральные точки дает больший терапевтический эффект, чем на дистальные, которые, в свою очередь, чаще используются при лечении острых воспалительных процессов.

Топография данных точек достаточно подробно описана не только в специальной литературе по ЭАФ-диагностике и терапии [37, 49, 62, 69, 71–76, 78–80, 81–83], но и в руководствах по классическому иглоукалыванию.

Изучение информационно-функциональных взаимосвязей БАТ меридианов лучше начинать с классических точек, нумерация которых и описание локализации в большинстве случаев соответствует международной классификации, за исключением топографии и нумерации некоторых БАТ.

Новые БАТ, расположенные на классических меридианах, в ЭАФ обозначаются дополнительным цифровым и/или буквенным индексом, который ставится после номера ближайшей к новой БАТ точке, описанной в китайской акупунктуре, например,

VI\Mп8	ТИ Эпифиз («ло-цзюе» – граница ло);
VI\Mп9	ТИ Варолиев мост («юй-чжень» – подушка жара);
VI\Mп10	ТИ Продолговатый мозг («тянь-чжу» – столб неба);

- \*VI\Mп10a ТИ Верхний шейный ганглий;
- \*VI\Mп10a-1 ТИ Добавочный нерв – XI пара ЧМН;
- \*VI\Mп10b ТИ Средний шейный ганглий;
- \*VI\Mп10c ТИ Нижний шейный ганглий;
- VI\Mп11 СТИ Позвоночник («да-чжу» – большой челнок).

Для удобства изучения и запоминания топографии дистальных БАТ, их анатомических и информационно-функциональных взаимосвязей можно пользоваться следующей схемой:

- БАТ, расположенные над бугристостью дистальных (ногтевых – I) фаланг пальцев рук и стоп, как правило, взаимосвязаны с органами брюшной полости, малого таза или нижней части туловища;
- У основания дистальных фаланг расположены БАТ, взаимосвязанные с лимфатическими сосудами, обеспечивающими отток лимфы от соответствующих органов или регуляцию иммунной реактивности;
- На средних, медиальных фалангах, в месте перехода тела кости в головку расположены БАТ, взаимосвязанные с вегетативными нервными сплетениями, которые иннервируют соответствующий орган или область, а в месте перехода тела кости в основание – большинство контрольных БАТ классических и новых меридианов или сосудов;
- На проксимальных (III) фалангах пальцев рук и стоп, в месте перехода тела кости в головку расположены БАТ плевры, брюшины, синовиальных оболочек, перикарда, также других оболочек, содержащий коллаген; а в месте перехода тела кости в основание расположены БАТ, взаимосвязанные с органами грудной клетки, шеи и «средними» частями соответствующих органов или тканевых систем. На пястных и плюсневых костях расположены БАТ, взаимосвязанные с органами головы или «верхними» отделами органов.

### Репрезентативные БАТ сосуда лимфатической системы

Сосуд лимфатической системы (лимфососуд) представлен 24 БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии нарушений регионарной лимфодинамики при воспалительных и дегенеративных заболеваниях различных органов и систем. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом почек.

Ход сосуда лимфатической системы начинается над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги большого пальца кисти

на тыльно-лучевой поверхности. Данный сосуд проходит между меридианами легких и толстой кишки, поднимается по передней поверхности предплечья и плеча к надключичной ямке, переходит на спину и на расстоянии 3 цуней от промежутка между остистыми отростками 2 и 3 грудных позвонков соединяется с точкой 36 второй ветви меридиана мочевого пузыря (Мп\В136 – по немецкой классификации; Мп/V 41 «фу-фэнь» – по международной классификации).

Локализация первой точки лимфососуда – **Лф 1 ТИ** Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи соответствует локализации классической точки 11 меридиана легких (Р 11 – «шао-шан»).

Из числа БАТ, принадлежащих данному сосуду, особое внимание уделяется так называемым точкам указания (ТУ – см. ниже), которые используются в указательной диагностике, в основу которой положено знание их «энергетических» взаимосвязей с классическими меридианами.

БАТ, лежащие на сосуде лимфатической системы, используются для оценки действия противовоспалительных средств, антибиотиков, иммунокорректоров, а также препаратов, стимулирующих лимфодренаж тканей.

#### Топографическое расположение БАТ сосуда лимфатической системы (рис. П1.1, П1.2):

- Лф 1 ТИ:** небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 1 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.
- Лф 1-1 ТИ:** отток лимфы от ушей.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 1 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.
- Лф 1-2 КТИ:** лимфоэпителиальное глоточное кольцо Пирогова-Вальдейера-Ланганса.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 1 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Лф 1а ТИ:** трубная миндалина и боковой валик глотки.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 1 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

- Лф 2 ТУ:** отток лимфы от зубов верхней и нижней челюсти.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 1 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Лф 2а ТИ:** отток лимфы от глаза.  
**ЛТ:** на середине тыльно-лучевой поверхности тела 1 пястной кости.
- Лф 3 ТИ:** отток лимфы от слизистых оболочек полости носа и придаточных пазух носа.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 1 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Лф 4 СТИ:** лимфатические сосуды и узлы легких и средостения.  
**ЛТ:** на передней поверхности лучезапястного сустава между шиловидным отростком лучевой кости и ладьевидной костью.
- Лф 4а ТИ:** лимфатические сосуды пищевода.  
**ЛТ:** у острия шиловидного отростка лучевой кости.
- Лф 4б ТИ:** отток лимфы от гортани и гортаноглотки.  
**ЛТ:** у латерального края шиловидного отростка лучевой кости.
- Лф 5 ТУ:** лимфатические сосуды сердца.  
**ЛТ:** на латеральной поверхности лучевой кости у места перехода тела кости в ее дистальный отрезок.
- Лф 6 ТИ:** отток лимфы от верхних конечностей и грудной клетки.  
**ЛТ:** на задней поверхности лучевой кости в сухожильном углу, образованном сухожилиями плечелучевой и длинной мышцы, отводящей большой палец кисти.
- Лф 7 ТИ:** кишечный лимфатический ствол с лимфоузлами брыжейки.  
**ЛТ:** на задней поверхности лучевой кости в мышечном углу, образованном плечелучевой мышцей и длинным разгибателем запястья.
- Лф 7а ТИ:** чревный лимфатический ствол.  
**ЛТ:** на задней поверхности лучевой кости, на 2 цуня выше **Лф 7 ТИ**.
- Лф 8 ТИ:** отток лимфы от брыжейки ободочной и сигмовидной кишки – слева;

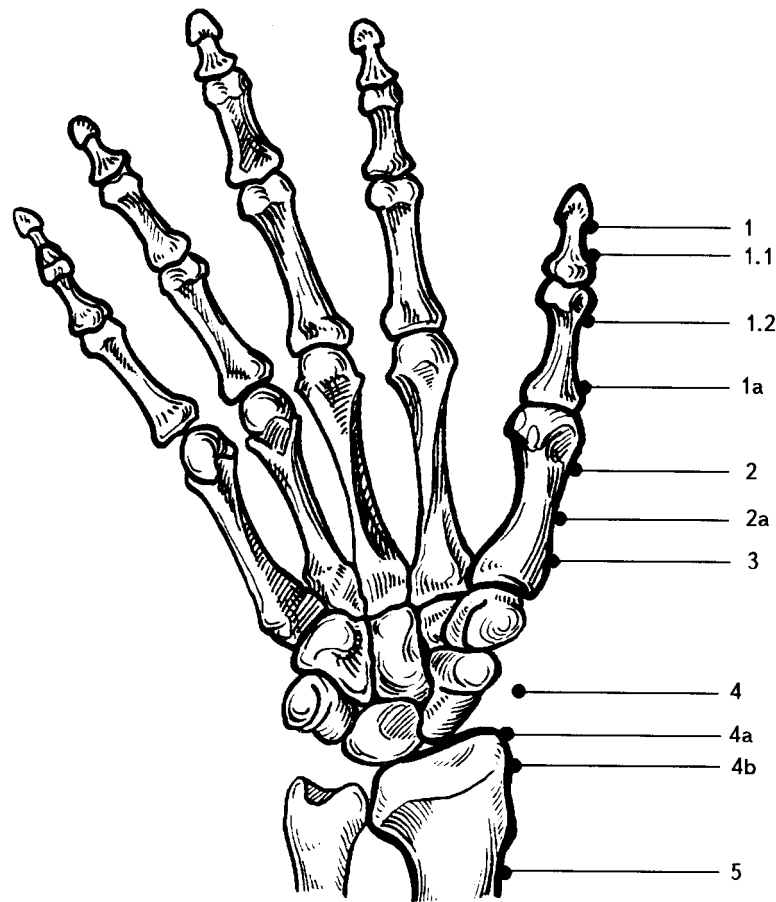


Рис. III.1. Локализация точек лимфатического меридиана на ладонно-лучевой поверхности большого пальца правой руки

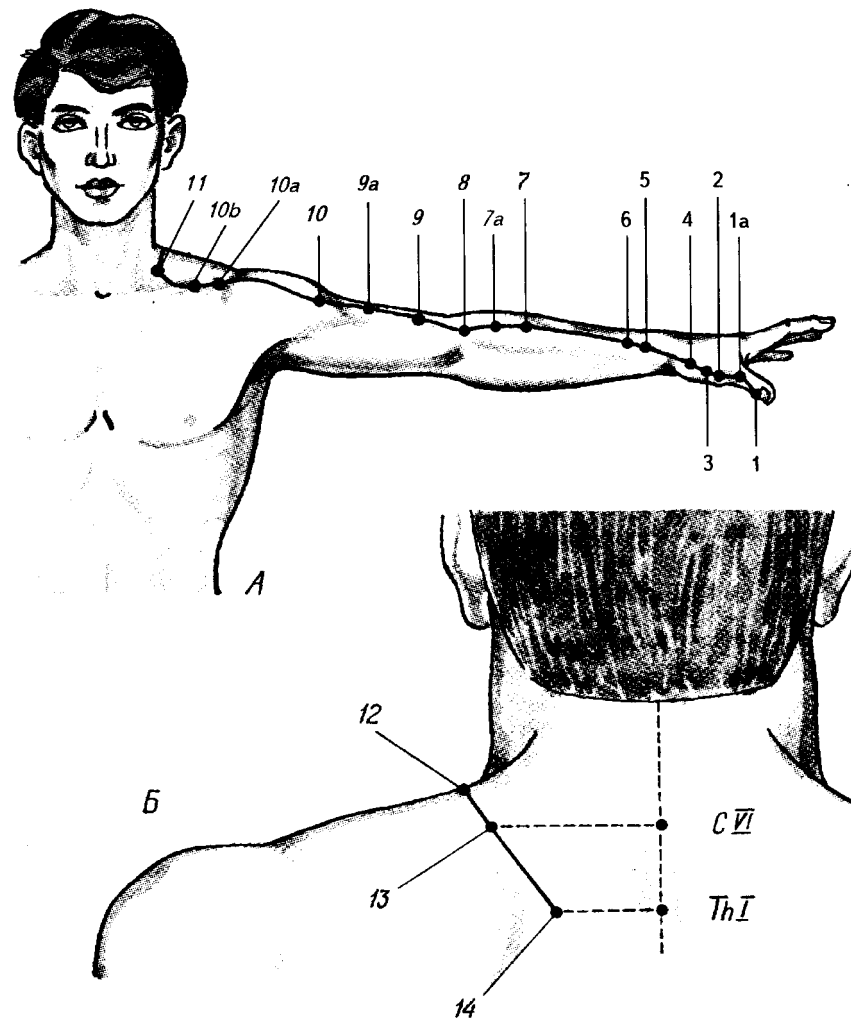


Рис. III.2. Локализация точек лимфатического меридиана на руке (а) и на спине (б)



- ТИ:** верхние брыжеечные лимфатические узлы, отток лимфы от тощей и подвздошной кишки – справа.
- ЛТ:** у радиального конца локтевой борозды предплечья.
- Лф 9** **ТИ:** отток лимфы от щитовидной железы и тимуса.  
**ЛТ:** в латеральной борозде двухглавой мышцы плеча в месте соединения ее длинной и короткой головок или на 0,5 цуня проксимальнее точки **Тн 12**.
- Лф 9а** **ТИ:** аортальное лимфатическое сплетение и лимфоузлы аорты.  
**ЛИ:** в межмышечной борозде бицепса и трицепса на переднем крае дельтовидной мышцы.
- Лф 10** **ТИ:** поясничные лимфатические стволы и лимфатические узлы поясничной области.  
**ЛИ:** на плече, в мышечном углу, образованном малой грудной мышцей и медиальной головкой двухглавой мышцы плеча.
- Лф 10а** **ТИ:** подключичный лимфатический ствол.  
**ЛИ:** на нижнем крае середины ключицы.
- Лф 10б** **ТИ:** шейная часть грудного лимфатического протока – слева;  
**ТИ:** Правый лимфатический проток (добавочный грудной лимфатический проток) – справа.  
**ЛИ:** на нижнем крае середины ключицы.
- Лф 11** **СТИ:** лимфатическая система.  
**ЛИ:** на 2 цуня выше ключицы, в нижнем углу лопаточно-ключичного треугольника, в месте пересечения нижнего брюшка лопаточноподъязычной мышцы и ключицы.
- Лф 12** **СТИ:** эпигастральные и чревные лимфатические узлы.  
**ЛТ:** в медиальном углу лопаточнотрапециевидного треугольника, в месте пересечения трапециевидной мышцы и нижнего брюшка лопаточноподъязычной мышцы (или на 2 цуня выше лопатки).
- Лф 13** **ТИ:** отток лимфы от печени, желчных путей и желчного пузыря.  
**ЛТ:** на 4 цуня латеральнее остистого отростка 6 шейного позвонка.

- Лф 14** **ТИ:** подчревное лимфатическое сплетение, лимфатическое сплетение подвздошной кишки, лимфатические узлы и сосуды таза.  
**ЛТ:** на 3 цуня латеральнее остистого отростка 1 грудного позвонка.

### Репрезентативные БАТ меридиана легких

В ЭАФ меридиан легких насчитывает 40 парных БАТ, взаимосвязанных с различными отделами верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы, артериями и венами верхних конечностей, а также вегетативными нервными сплетениями, иннервирующими сердце, перикард, дугу аорты, бронхи и легкие.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана легких:

По традиционным представлениям, меридиан легких, как и другие классические меридианы, имеет *внутренний* и *наружный* пути следования.

*Наружный (основной) путь следования* меридиана легких начинается на нижнем крае 2 ребра, на 1,5 цуня латеральнее сосковой линии (*Lin. mammillarae*) в точке тревоги легких (**Ле 1 ТТ** Точка тревоги легких – «чжун-фу»).

Далее меридиан легких переходит на плечо и спускается вниз по латеральному краю двухглавой мышцы плеча (*M. bicepsbrachii*) до локтевого сустава, переходит на предплечье и следует между плечелучевой мышцей и лучевым сгибателем кисти (*M. brachioradialis* и *M. flexor carpi radialis*), выходит на ладонную поверхность у начала шиловидного отростка лучевой кости (*Processus styloideus radii*).

На ладонно-локтевой поверхности лучезапястного сустава меридиан легких следует между ладьевидной (*Os naviculare*) и лучевой (*Os radii*) костями, а на ладонной поверхности межзапястного сустава – между ладьевидной и трапециевидной костями (*Os multangium majus – Os trapezium*), проксимальнее бугорка трапециевидной кости (*Tuberculum ossis trapezii*) и, проходя пястную кость и фаланги 1 пальца кисти, заканчивается над бугристостью дистальной фаланги на тыльно-локтевой поверхности, в точке меридиана легких **Ле 11**, имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с альвеолами легких.

Следует отметить, что в противоположность классической акупунктуре, в ЭАФ меридиан легких заканчивается над бугристостью дистальной фаланги 1-го пальца кисти на тыльно-локтевой поверх-

ности, а не на тыльно-лучевой поверхности, где локализована первая точка сосуда лимфатической системы –

**Лф 1 ТИ** Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи.

*Внутренний путь следования* меридиана легких начинается в точке переднего срединного меридиана 12 – «чжун-вань» (Пер 12 ТТ – Точка тревоги желудка), расположенной на середине белой линии живота, затем спускается вниз к пупку до точки переднего срединного меридиана 9 – «шуй-фэнь», вновь поднимается вверх к мечевидному отростку вдоль проекции малой кривизны желудка, пересекает диафрагму, проходит по средне-грудной линии и охватывает легкие, трахею и гортань, образуя правильной формы квадрат на передней грудной поверхности, где начинается его наружный путь следования.

#### Топографическое расположение БАТ меридиана легких (рис. П1.3, П1.4):

- Ле 1 ТИ:** точка тревоги легких.  
**ЛТ:** на нижнем крае 2 ребра, на 1,5 цуня латеральнее сосковой линии.
- Ле 2\*** **ЛТ:** на верхнем крае 2 ребра, на 1 цунь латеральнее сосковой линии.
- Ле 3\*** **ЛТ:** Точка «энергии» меридиана эндокринной системы. на 3 цуня книзу от латерального края двухглавой мышцы плеча.
- Ле 4\*** **ЛТ:** на 1 цунь книзу от точки **Ле 3**, на середине двухглавой мышцы плеча.
- Ле 5\*** **ЛТ:** Седативная точка меридиана легких. на линии расположения точек **Лф 8 ТИ**, **Тл 11 3-ТИ**, **Кр 3 2-ТИ**, в кожной складке, образованной при сгибании локтевого сустава, на лучевом крае двухглавой мышцы плеча.
- Ле 6\*** **ЛТ:** на середине предплечья, между плече-лучевой мышцей и лучевым сгибателем кисти.
- Ле 7** **ТИ:** артерии верхних конечностей до запястья.  
**ЛТ:** на 1 цунь выше дистальной лучезапястной складки, над лучевой артерией, между плече-лучевой мышцей и поверхностным сгибателем пальцев.
- Ле 8** **ТИ:** вены верхних конечностей до запястья.

- ЛТ:** на 1 цунь дистальнее **Ле 7 ТИ**, над лучевой артерией.
- Ле 8a** **ТИ:** гортаноглотка.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности, у начала шиловидного отростка лучевой кости.
- Ле 8b** **ТИ:** гортань.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности шиловидного отростка лучевой кости, чуть дистальнее **Ле 8a ТИ**.
- Ле 9** **ТИ:** трахея.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности лучезапястного сустава между ладьевидной и лучевой костями.
- Ле 9a** **ТИ:** бронхиальное сплетение.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности межзапястного сустава между ладьевидной и трапециевидной костями, проксимальнее бугорка трапециевидной кости.
- Ле 9b** **ТИ:** внутренние лимфатические сосуды легких.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности запястья над щелью 1 запястно-пястного сустава.
- Ле 10** **ТИ:** бронхи.  
**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности 1 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Ле 10a** **ТИ:** плевра.  
**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности 1 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Ле 10a-1** **ТИ:** лимфатические сосуды плевры (субплевральная лимфатическая сеть).  
**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности над щелью 1 пястнофалангового сустава.
- Ле 10b** **ТИ:** бронхиолы.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 1 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Ле 10c** **КТИ:** легкие.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 1 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Ле 10d** **ТИ:** медиастинальное сплетение.

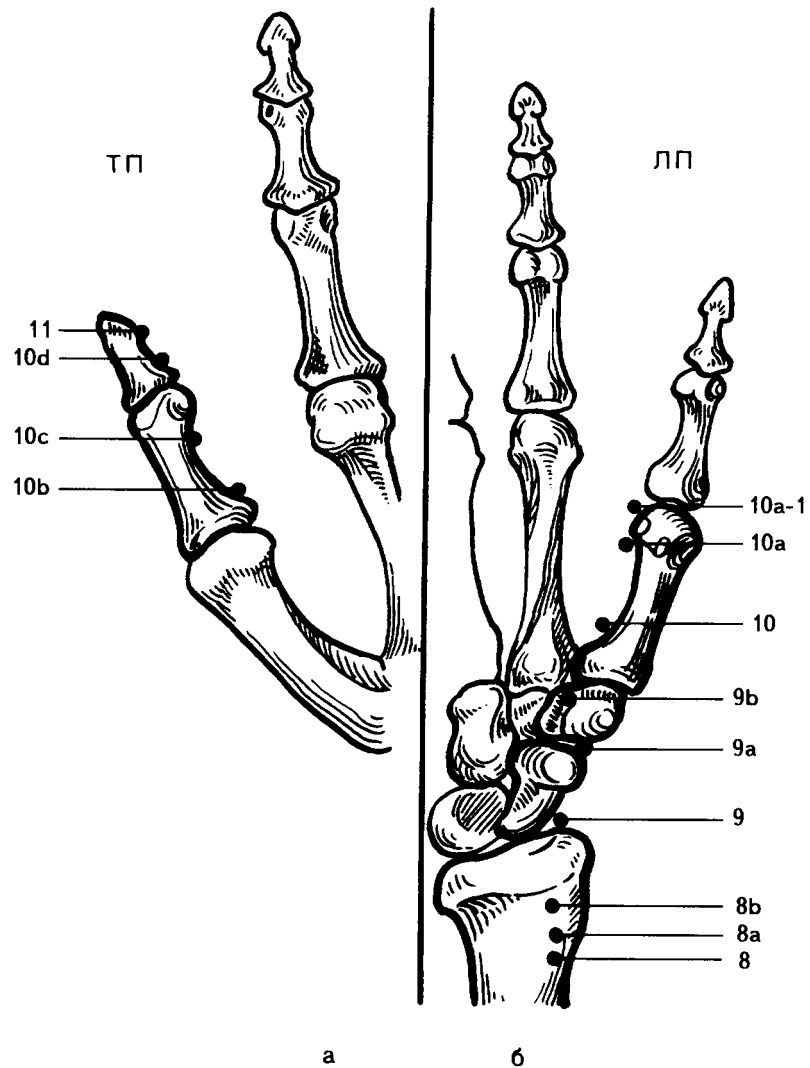


Рис. ПЛ.3. Локализация точек меридиана легких на тыльно-локтевой поверхности большого пальца (а) и на ладонной поверхности правой кисти (б)

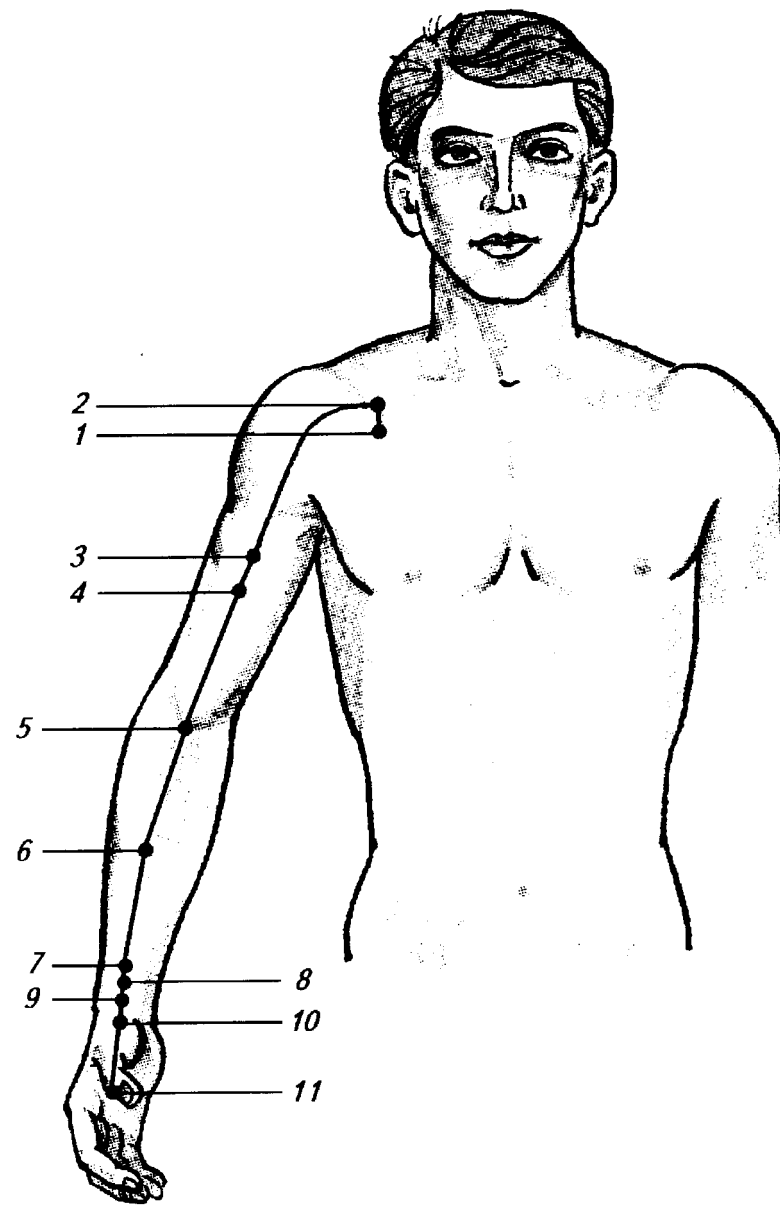


Рис. ПЛ.4. Локализация точек меридиана легких на руке и груди

**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 1 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.

**Ле 11 ТИ:** альвеола и паренихма легких.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 1 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.

В классической акупунктуре данная точка расположена над бугристостью дистальной фаланги 1-го пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности, что в ЭАФ соответствует локализации точки **Лф 1 ТИ** Небная миндалина, пери- и ретротонзиллярное пространство, отток лимфы в глубокие лимфатические узлы шеи.

### Репрезентативные БАТ меридиана толстой кишки

В ЭАФ парный меридиан толстой кишки насчитывает 64 репрезентативные БАТ, которые имеют информационно-функциональные взаимосвязи с различными отделами толстого кишечника, суставами верхних конечностей, гортанной, глоточной и трубной миндалинами, евстахиевыми трубами, этмоидальной пазухой (ячейками решетчатой кости) и латеральной частью полости носа, 4–5 зубами верхней и 6–7 зубами нижней челюстей.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана толстой кишки:

*Наружный путь следования* меридиана толстой кишки начинается над бугристостью дистальной фаланги 2-го пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности, где локализована его первая точка «шан-ян», соответствующая в ЭАФ правой половине поперечной ободочной кишки и сигмовидной кишке.

Затем, проходя фаланги и пястную кости 2-го пальца кисти по его тыльно-лучевой поверхности, выходит в месте соприкосновения суставных поверхностей трапецевидной (*Os trapezium = Os multangulum majus*) и ладьевидной (*Os naviculare*) костей на проксимальную часть лучезапястного сустава (с лучевой стороны) и поднимается вверх, по локтевой стороне предплечья, между коротким лучевым разгибателем кисти (*M. extensor carpi radialis brevis*) и длинной мышцей, отводящей большой палец (*M. abductor pollicis longus*).

В средней и верхней трети предплечья меридиан толстой кишки следует между общим, коротким и длинным лучевыми разгибателями пальцев кисти (*M. extensor digitorum communis*, *M. extensor carpi radialis brevis*, *M. extensor carpi radialis longus*), достигает наружного края локтевого сустава и на 2 цуня кнаружи

от надмыщелка лучевой кости, у края мышцы длинного лучевого разгибателя кисти (*M. extensor carpi radialis longus*) вновь поднимается вверх, следуя между латеральной головкой двухглавой мышцы плеча (*M. biceps brachii*) и плечевой мышцей (*M. brachialis*).

От места прикрепления дельтовидной мышцы (*M. deltoideus*), проходя между двухглавой мышцей плеча и плече-лучевой мышцей (*M. brachioradialis*), меридиан толстой кишки переходит на плечо к точке грудино-акромиального сочленения и от нее поднимается вверх по шее, проходя на 1 цунь латеральнее переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы (*M. sternocleidomastoideus*), к нижнему краю щитовидного хряща («Адамова яблока»).

От центра раздвоения грудино-ключично-сосцевидной мышцы меридиан толстой кишки переходит на нижнюю поверхность нижней челюсти, далее идет по передней поверхности жевательной мышцы (*M. masseter*) и заканчивается у верхнего края конца боковой бороздки крыла носа, во впадине на краю грушевидного отростка в точке меридиана толстой кишки **Тл 20 ТИ**, имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с этмоидальной пазухой.

*Внутренние ходы и ответвления меридиана* толстой кишки лучше прослеживаются от точки 15 «цзянь-юй», соответствующей в ЭАФ первой точке плечевого сустава, расположенной между акромиальным отростком и большим бугорком плечевой кости (соответствует впадине, образующейся при поднятии руки вверх), где меридиан толстой кишки горизонтально переходит на спину к точке заднего срединного меридиана 14 «да-чжуй», расположенной на остистом отростке 7-го шейного позвонка (в ЭАФ – на остистом отростке 3-го шейного позвонка).

При этом следует помнить, что в ЭАФ точка «да-чжуй» соответствует не 14-й, а 13-й точке заднего срединного меридиана (**Зсп 13 СТИ** Спинной мозг), локализованной на конце остистого отростка 7-го шейного позвонка (в классической акупунктуре – под остистым отростком 1-го шейного позвонка).

Затем меридиан толстой кишки вновь возвращается на передне-верхнюю поверхность туловища к точке меридиана желудка 12 «цюе-пень», расположенной в надключичной ямке по ходу сосковой линии и имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь общей сонной артерией и каротидным синусом.

В данной точке меридиан толстой кишки раздваивается: нисходящая ветвь направляется вниз по срединно-ключичной линии снаружи от меридиана желудка, огибает легкие, по срединно-

реберной линии спускается на абдоминальную поверхность и оканчивается в точке меридиана желудка **Же 25 ТТ** – «тянь-шу», являющейся точкой тревоги толстой кишки, и расположенной у середины наружного края прямой мышцы живота, на уровне пупка и на 4 цуня латеральнее передней срединной линии.

Восходящая ветвь меридиана толстой кишки поднимается вверх по шее по описанным выше анатомическим ориентирам выходит на лицо и повторно раздваивается у наружного угла рта, следуя от собственной точки **19 «хэ-ляо»** (связанной в ЭАФ с латеральной частью полости носа) к точке заднего срединного меридиана **Зсп 25 СТИ**, где он перекрещивается с противоположной своей ветвью (правой или левой).

На пути следования к точке **Зсп 25 СТИ** меридиан толстой кишки образует новую внемеридианальную точку, соответствующую в ЭАФ точке перегородки носа (см. ниже).

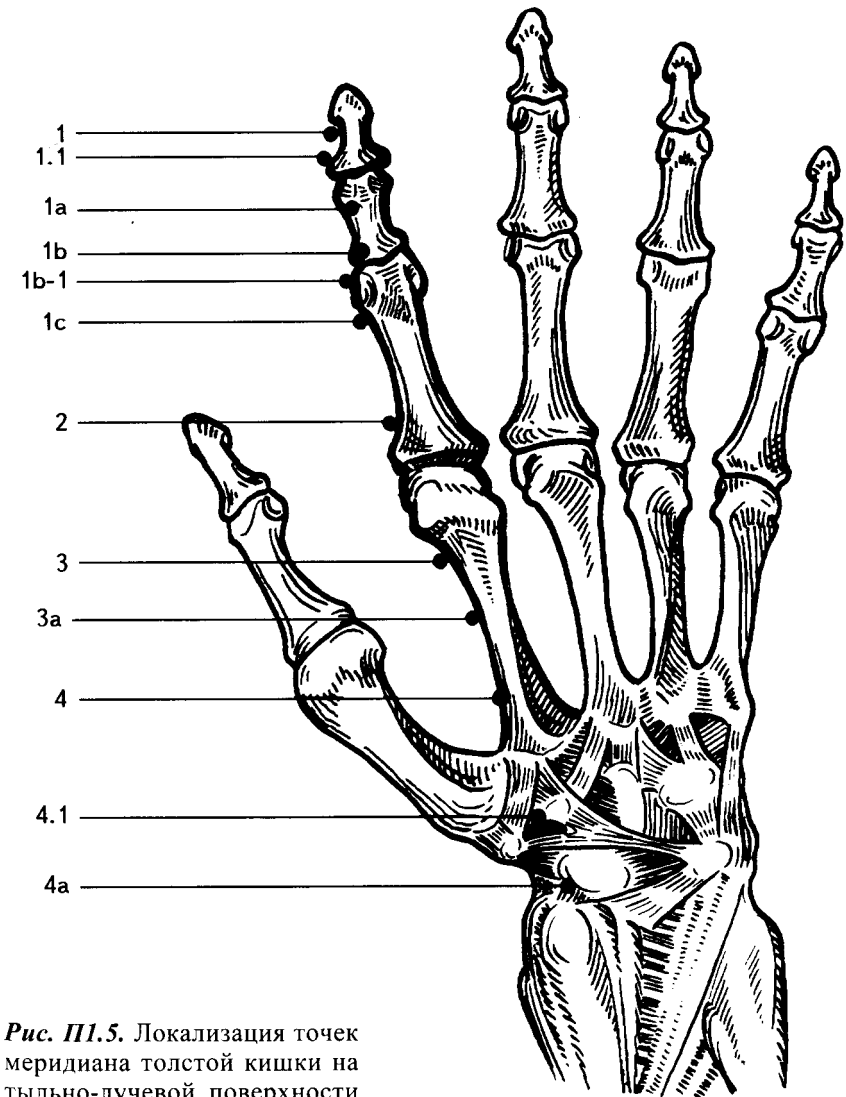
Наряду с этим, меридиан толстой кишки от собственной точки **20** (этмоидальная пазуха = клетки решетчатой кости) дает ответвление к точке меридиана мочевого пузыря **Мп 1 «цин-мин»**, взаимосвязанной в ЭАФ с кавернозным синусом, между которыми локализована новая внемеридианальная точка – клиновидная пазуха.

#### Топографическое расположение БАТ меридиана толстой кишки (рис. П1.5, П1.6):

- Тл 1** **ТИ:** правая половина поперечной ободочной кишки – справа;  
**ТИ:** сигмовидная кишка – слева.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 2 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.
- Тл 1-1** **ТИ:** лимфососуды слепой, правой части поперечной ободочной кишки, восходящей части ободочной кишки и правого изгиба ободочной кишки – справа;  
**ТИ:** лимфососуды левой части поперечной ободочной кишки, левого изгиба ободочной кишки, нисходящей части ободочной кишки и сигмы – слева.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 2 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.
- Тл 1а** **ТИ:** верхнее подчревное сплетение – справа;  
**ТИ:** подвздошное сплетение – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.

- Тл 1б КТИ:** толстый кишечник, включая прямую кишку и анальный канал.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Тл 1б-1 ТИ:** лимфатические сосуды брюшины толстого кишечника.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 2 пальца кисти над щелью проксимального межфалангового сустава.
- Тл 1с ТИ:** брюшина толстого кишечника.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Тл 2 ТИ:** правый изгиб ободочной кишки – справа.  
**ТИ:** нисходящая часть ободочной кишки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Тл 3 ТИ:** восходящая часть ободочной кишки – справа.  
**ТИ:** левый изгиб ободочной кишки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Тл 3а ТИ:** большой сальник.  
**ЛТ:** на середине тыльно-лучевой поверхности тела 2 пястной кости.
- Тл 4 ТИ:** слепая кишка – справа.  
**ТИ:** левая половина поперечной ободочной кишки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Тл 4-1 ТИ:** нижние брыжеечные лимфатические узлы – слева;  
**ТИ:** илеоцекальные лимфатические узлы – справа.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности кисти над щелью 2 запястнопястного сустава.
- Тл 4а ТИ:** аппендикс, илеоцекальные лимфоузлы – справа;  
**ТИ:** мезентериальные лимфоузлы – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности запястья над щелью межзапястного сустава.

- Тл 5** **1-ТИ:** проксимальная часть лучезапястного сустава с лучевой стороны.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности кисти в месте соприкосновения суставных поверхностей трапецевидной и ладьевидной костей.
- Тл 6\*** Стабилизирующий Ло-пункт меридиана толстой кишки.  
**ЛТ:** на 3 цуня выше точки **Тл 5**, на локтевой стороне предплечья между коротким лучевым разгибателем кисти и длинной мышцей, отводящей большой палец.
- Тл 7\*** **ЛТ:** в мышечном углу, образованном общим и коротким лучевым разгибателями пальцев кисти.
- Тл 8\*** **ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Тл 7**.
- Тл 9\*** **ЛТ:** в мышечном углу, образованном общим лучевым разгибателем пальцев и длинным лучевым разгибателем кисти.
- Тл 10\*** **ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Тл 9**.
- Тл 11** **3-ТИ:** локтевой сустав.  
**ЛТ:** в углу наружной кожной складки локтевого сустава, образующейся при сгибании предплечья.
- Тл 12** **ТИ:** лимфососуды нижней трети руки и пальцев.  
**ЛТ:** на 2 цуня кнаруже от надмыщелка лучевой кости, у края мышцы длинного лучевого разгибателя кисти.
- Тл 13\*** **ЛТ:** на линии расположения точки **Энд 11**, между латеральной головкой двухглавой мышцы плеча и плечевой мышцей.
- Тл 14\*** **ЛТ:** в месте прикрепления дельтовидной мышцы, между двухглавой мышцей плеча и плече-лучевой мышцей.
- Тл 15** **1-ТИ:** плечевой сустав.  
**ЛТ:** над плечевым суставом, между акромиальным отростком и большим бугорком плечевой кости (соответствует впадине, образующейся при поднятии руки вверх).
- Тл 16\*** **ЛТ:** на верхнем крае ключицы, в точке грудинно-акромиального сочленения.



*Рис. П.5.* Локализация точек меридиана толстой кишки на тыльно-лучевой поверхности 2 пальца правой кисти

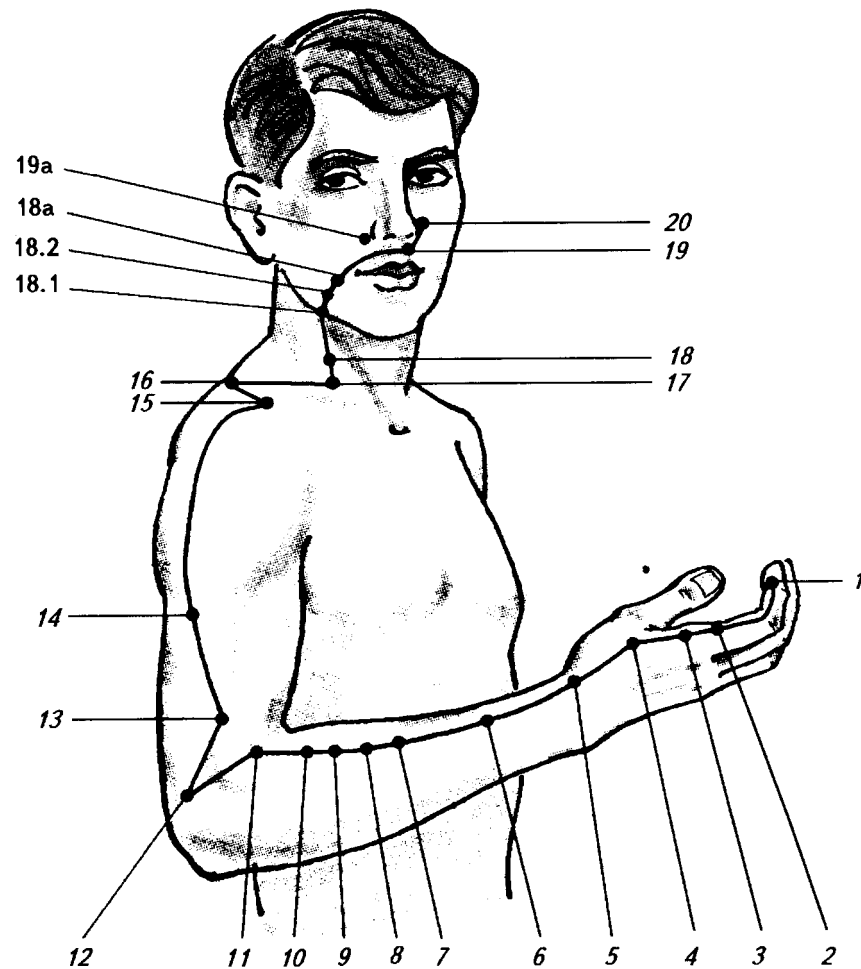


Рис. П1.6. Локализация точек меридиана толстой кишки на руке, шее и лице

- Тл 17** **ТИ:** гортанная миндалина.  
**ЛТ:** на уровне нижнего края щитовидного хряща (Адамова яблока), на 1 цунь латеральнее переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- Тл 18** **ТИ:** трубная миндалина.  
**ЛТ:** в центре раздвоения грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края хряща.
- Тл 18-1** **ТИ:** евстахиевы трубы.  
**ЛТ:** на нижней поверхности нижней челюсти, передней поверхности жевательной мышцы.
- Тл 18-2** **ТИ:** глоточная миндалина.  
**ЛТ:** между точками **Тл 18-1 ТИ** и **Тл 18а ТИ**, выше положения точки **Пср 24 СТИ**.  
**СТИ:** Середина нижней челюсти, 1-4/4-1 зубы.
- Тл 18а** **ТИ:** 4-й участок нижней челюсти, 6-7 зубы.  
**ЛТ:** на уровне нижнего края губы, в зоне проекции круговой мышцы рта на 0,5 цуня латеральнее ротовой щели.
- Тл 19** **ТИ:** латеральная часть полости носа (от данной точки к **Пср 25 ТИ** идет вторичный сосуд, на котором находится **ТИ Перегородка носа**).  
**ЛТ:** выше линии расположения точки **Зср 25 СТИ** Челюсти, медиальная часть верхней челюсти, 1-4/4-1 зубы, латеральнее и ниже середины линии перехода крыла носа в носогубную складку.
- Тл 19а** **ТИ:** 3-й участок верхней челюсти, 4-5 зубы.  
**ЛТ:** в точке пересечения линии носогубной складки нижнего края крыла носа.
- Тл 20** **ТИ:** этмоидальная пазуха (син. Клетки решетчатой кости; от данной точки к **Мп 1 ТИ** идет вторичный сосуд, на котором расположена **ТИ Клиновидная пазуха**).  
**ЛТ:** у верхнего края конца боковой бороздки крыла носа, во впадине на краю грушевидного отростка.

## Репрезентативные БАТ сосуда нервной дегенерации

Сосуд нервной дегенерации (дегенерации нервной ткани) представлен 8 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ диагностики и терапии заболеваний центральной и периферической нервной системы. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом желудка.

Измерение ЭП БАТ, принадлежащих данному сосуду, может быть использовано для оценки действия психотропных препаратов, транквилизаторов, нейролептиков, снотворных, наркотических средств, препаратов, действующих на периферические нервные окончания и ганглии.

Ход сосуда нервной дегенерации начинается над бугристостью дистальной фаланги 2-го пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности и заканчивается на 2-й пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

### Топографическое расположение БАТ сосуда нервной дегенерации (рис. П1.7):

- |       |   |
|-------|---|
| Нд 1  | <b>ТИ:</b> поясничные и крестцовые сегменты и корешки спинного мозга.<br><b>ЛТ:</b> над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 2 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.         |
| Нд 1а | <b>СТИ:</b> вегетативная нервная система.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.                              |
| Нд 1b | <b>КТИ:</b> периферическая и центральная нервная система.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.            |
| Нд 1с | <b>ТИ:</b> оболочки спинного и головного мозга.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.                  |
| Нд 2  | <b>ТИ:</b> шейные и грудные сегменты и корешки спинного мозга.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание. |
| Нд 3  | <b>ТИ:</b> ствол головного мозга и большой мозг.  |

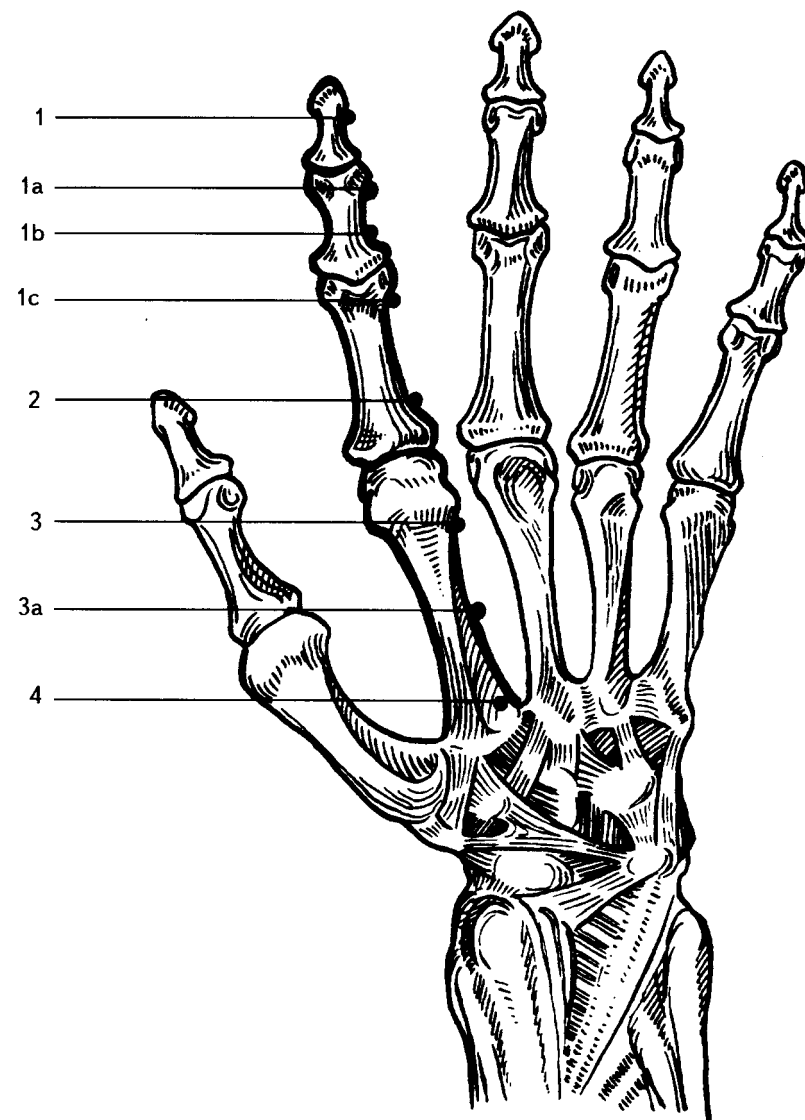


Рис. П1.7. Локализация точек меридиана нервной дегенерации на тыльно-локтевой поверхности 2 пальца кисти и на тыльной поверхности правой кисти



- ЛТ: на тыльно-локтевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Нд 3а КТИ: парасимпатические (внутричерепные) ганглии головы (ресничный, крылонебный, слуховой, поднижнечелюстной).
- ЛТ: на середине тыльно-локтевой поверхности тела 2 пястной кости.
- Нд 4 КТИ: черепномозговые нервы.
- ЛТ: на тыльно-локтевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

### Репрезентативные БАТ меридиана кровообращения (перикарда)

В ЭАФ меридиан кровообращения насчитывает 36 БАТ, используемых в диагностике и терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В классической восточной медицине этому меридиану уделяется особое внимание, так как меридиан перикарда «... не имея собственной формы, ни собственной функции, покрывает и защищает сердце – стержневой орган, и в то же время выполняет команды сердца».

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана кровообращения:

*Основной путь следования* меридиана кровообращения начинается из точки переднего срединного меридиана 17 «тянь-чжун» соответствующую в ЭАФ точке бронхов. Из данной точки, расположенной в центре грудины (на уровне 5 грудинно-реберного сочленения), меридиан направляется горизонтально к соску, образует латерально и книзу от соска небольшую петлю, поднимается вдоль наружного края большой грудной мышцы и выходит в своей первой точке «тянь-чи» – точке тревоги кровообращения, расположенной на нижнем крае 4 ребра, между сосковой и передней подмышечной линией.

Далее проходит через новую точку, открытую в ЭАФ – подмышечное лимфатическое сплетение, лимфоотток от грудных желез (Кр 1а), расположенную на переднем крае дельтовидной мышцы (M. deltoideus) у нижнего края ключично-акромиального сочленения, затем выходит на переднюю поверхность плечевой кости, на 2 цуня ниже подмышечной складки, между головками двухглавой мышцы плеча (M. biceps brachii).

Спускаясь вниз по внутренней поверхности плеча, достигает центра локтевого сгиба и переходит на предплечье, следуя между мышцами лучевого сгибателя кисти (M. flexor carpi radialis) и длинным ладонным сгибателем (M. palmaris longus) к ладонной поверхности лучезапястного сустава.

На ладонной поверхности лучезапястного сустава меридиан кровообращения проходит между лучевой (Radius) и полулунной (Os lunatum) костями, межзапястный сустав, образованный головчатой (Os capitatum) и полулунной костями, 3-й запястно-пястный сустав и пястную кость и выходит сквозь ладонь на тыльно-лучевую поверхность проксимальной фаланги 3-го пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

Проходя фаланги 3-го пальца кисти по его тыльно-лучевой поверхности, меридиан кровообращения заканчивается над бугристостью дистальной фаланги 3-го пальца кисти в собственной точке 9, являющейся в ЭАФ суммарным пунктом всех артерий.

*Внутренний путь следования* меридиана кровообращения (перикарда) начинается также, как и его основной ход в точке переднего срединного меридиана «тань-чжун» (в ЭАФ – Зср 17 ТИ Бронхи), направляется вниз, огибает перикард, пересекает диафрагму по средней линии, выходит из точки переднего срединного меридиана 13 «шан-вань» (Пср 13 ТИ Точка «энергии» желудка и тонкой кишки).

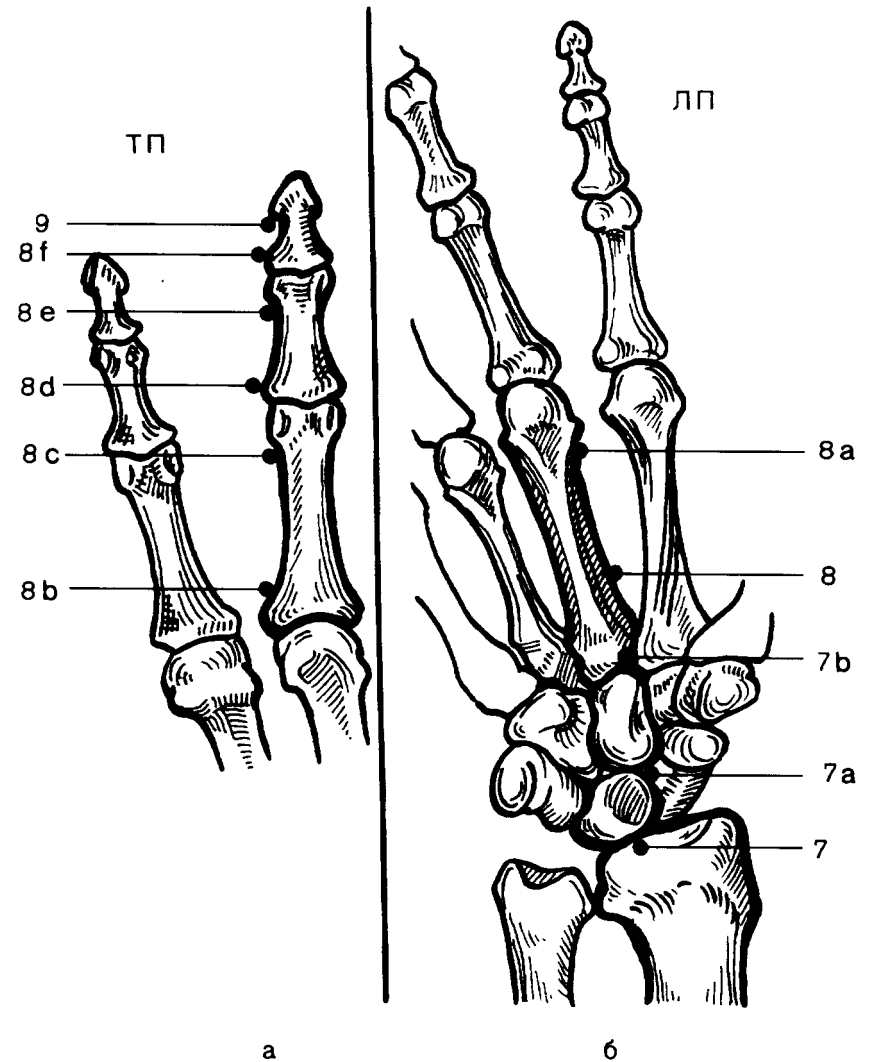
Далее внутренний ход меридиана совпадает с ходом переднего срединного меридиана и заканчивается в точке «инь-цзяо» (Пср 7 ТТ), расположенной на 1 цунь ниже пупка по передней срединной линии живота, являющейся точкой тревоги эндокринной и урогенитальной систем.

Наряду с этим, на ладонно-лучевой поверхности 3-й пястной кости в месте перехода тела кости в основание в точке 8 «лаогун», соответствующей в ЭАФ суммарной точке всех вен, меридиан кровообращения имеет одно ответвление, которое идет через основание 4-го пальца кисти к 1 точке меридиана эндокринной системы (тройного обогревателя) Энд 1 ЧСТИ, имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с половыми железами и надпочечниками.

#### Топографическое расположение БАТ меридиана кровообращения (перикарда) (рис. П1.8, П1.9):

- Кр 1 ТТ: точка тревоги меридиана кровообращения.
- ЛТ: на нижнем крае 4 ребра, между сосковой и передней подмышечной линиями.

- Кр 1а** **ТИ:** подмышечное лимфатическое сплетение, лимфоток от грудных (молочных) желез.  
**ЛТ:** на переднем крае дельтовидной мышцы у нижнего края ключично-акромиального сочления.
- Кр 2** **2-ТИ:** плечевой сустав.  
**ЛТ:** на медиальной передней поверхности плечевой кости на 2 цуня ниже подмышечной складки, между головками двухглавой мышцы плеча.
- Кр 3** **2-ТИ:** локтевой сустав.  
**ЛТ:** в центре локтевого сгиба.
- Кр 4\*** **ЛТ:** на границе верхней и средней третей предплечья, между мышцами лучевого сгибателя кисти и длинным ладонным сгибателем.
- Кр 5\*** **ЛТ:** на 4 цуня выше верхней линии лучезапястного сустава.
- Кр 6\*** **ЛТ:** на 3 цуня выше верхней линии лучезапястного сустава.
- Кр 7** **ТИ:** венечные артерии.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности лучезапястного сустава между лучевой и полулунной костями.
- Кр 7а** **ТИ:** коронарное сплетение сердца.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности межзапястного сустава, образованного головчатой и полулунной костями, ближе к лучевому краю.
- Кр 7б** **СТИ:** лимфатическая система.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности 3 запястно-пястного сустава, у его лучевого края.
- Кр 8** **СТИ:** вены.  
**ЛТ:** на ладонно-лучевой поверхности 3 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Кр 8а** **ТИ:** грудной лимфатический проток – слева;  
**ТИ:** правый (добавочный) лимфатический проток – справа.  
**ЛТ:** на ладонно-лучевой поверхности 3 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Кр 8б** **ТИ:** лимфатическая цистерна (цистерна грудного лимфатического протока).



**Рис. III.8.** Локализация точек меридиана кровообращения на тыльно-лучевой поверхности 3 пальца (а) и на ладонной поверхности правой кисти (б)

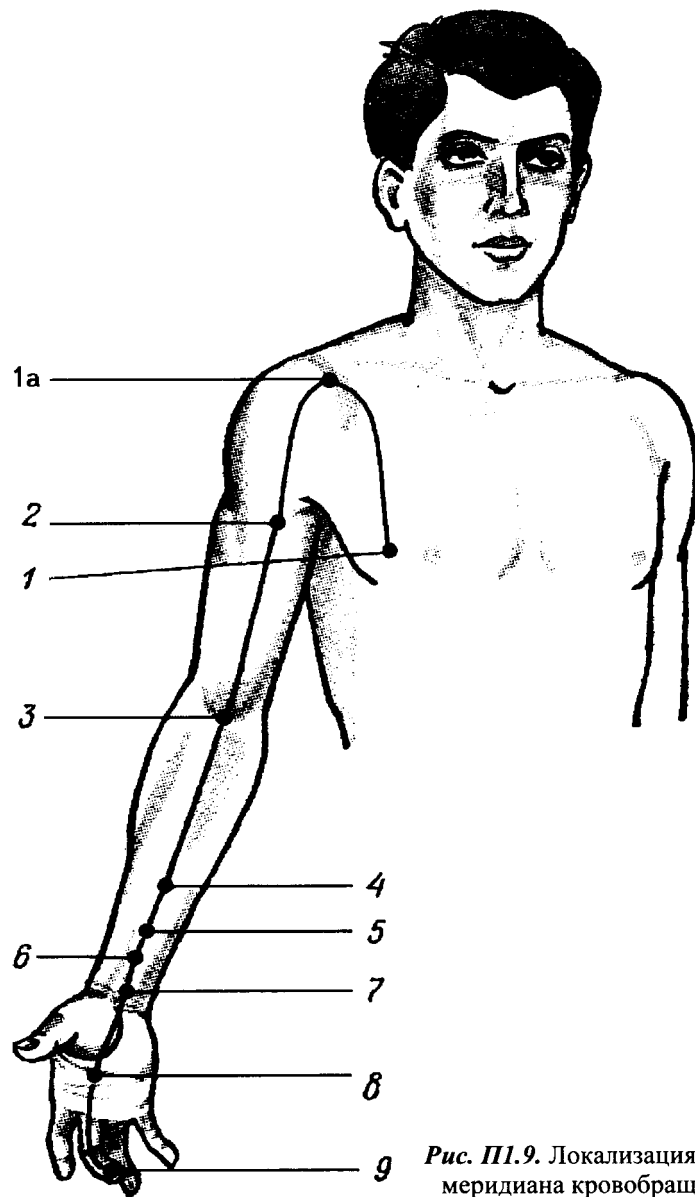


Рис. III.9. Локализация точек меридиана кровообращения на руке и груди

- ЛТ: на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Кр 8с** **ТИ:** брюшная аорта с аортальным брюшным сплетением.
- ЛТ: на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Кр 8d** **КТИ:** кровообращение.
- ЛТ: на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Кр 8е** **ТИ:** дуга аорты с сердечным ганглием – справа;  
**ТИ:** грудная аорта с грудным аортальным сплетением – слева.
- ЛТ: на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Кр 8f** **ТИ:** лимфокапилляры стенки лимфатических сосудов.  
ЛТ: у основания дистальной фаланги 3 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.
- Кр 9** **СТИ:** артерии.  
ЛТ: над бугристостью дистальной фаланги 3 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.

### Репрезентативные БАТ сосуда аллергии или внутрисосудистых поражений

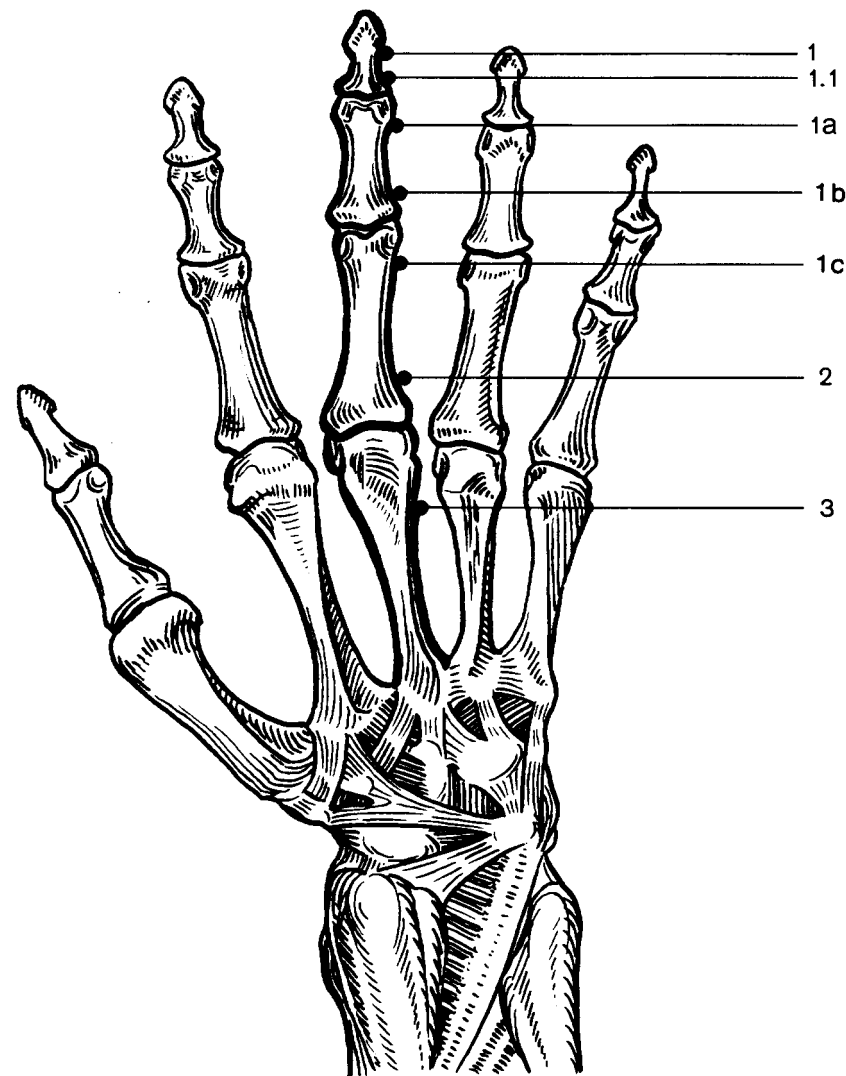
Сосуд аллергии или внутрисосудистых поражений насчитывает 7 репрезентативных БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии аллергических (аутоаллергических), аутоиммунных заболеваний, а также состояний, сопровождающихся повреждениями сосудистой стенки и расстройствами микроциркуляции. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом мочевого пузыря.

Измерение ЭП БАТ данного сосуда может использоваться для оценки эффективности действия антигистаминных, антисеротонинергических и других десенсибилизирующих средств, антикоагулянтов, реокорректоров, ангиопротекторов, антиоксидантов, бактериальных и бытовых аллергенов, вакцин, ксенобиотиков и т.п.

Ход сосуда аллергии и внутрисосудистых поражений начинается над бугристостью дистальной фаланги 3-го пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности и заканчивается на 3-й пястной кости в месте перехода тела кости в головку.

**Топографическое расположение БАТ сосуда аллергии и внутрисосудистых поражений (рис. П1.10):**

- Ал 1** **ТИ:** аллергические поражения кожи нижнего отдела туловища, нижних конечностей, органов брюшной полости и малого таза, в т.ч. внутрисосудистые.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 3 пальца кисти, на тыльно-локтевой поверхности.
- Ал 1-1** **ТИ:** очаговотоксическое аллергическое отягощение.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 3 пальца кисти, на тыльно-локтевой поверхности.
- Ал 1а** **ТИ:** нарушения вегетативной регуляции при сосудистых и аллергических поражениях.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Ал 1б** **КТИ:** аллергические (иммунотоксические) и сосудистые поражения.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Ал 1с** **ТИ:** «склероз сосудов».  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Ал 2** **ТИ:** аллергические поражения кожи верхнего отдела туловища, затылка, верхних конечностей, органов грудной клетки и шеи, в т.ч. внутрисосудистые.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Ал 3** **ТИ:** аллергические поражения кожи головы, органов головы, полости рта, носа и придаточных пазух, в том числе внутрисосудистые (см. также точки сосуда лимфатической системы).



**Рис. П1.10.** Локализация точек меридиана аллергии на тыльно-лучевой поверхности 3 пальца правой кисти

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 3 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.

### Репрезентативные БАТ сосуда дегенерации эпителия и паренхимы органов

Сосуд дегенерации эпителия и паренхимы органов представлен 11 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии заболеваний, сопровождающихся нарушениями функций и целостности полых органов и клеток паренхиматозных органов, в том числе нарушениями процессов регенерации, митотической активности клеток, регуляции процессов перекисного окисления и функции антиоксидантной системы, а также явлениями цитолиза и парабиоза. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом селезенки/поджелудочной железы.

Наряду с этим, БАТ, лежащие на данном сосуде, используются для ЭАФ-диагностики онкологических и аутоиммунных заболеваний, различных иммунодефицитных состояний, для верификации которых особое внимание следует уделять БАТ с величинами ЭП, лежащими ниже 20–30 усл. ед. (см. ниже).

Согласно Х. Пфлауму [48], по результатам измерения ЭП БАТ сосуда дегенерации эпителия и паренхимы органов может косвенно оцениваться психический статус пациента (психосоматические нарушения), в связи с чем данный сосуд еще условно называется меридианом психики.

Измерение ЭП БАТ, принадлежащих сосуду дегенерации эпителия и паренхимы органов, может использоваться для оценки эффективности действия цитостатических, антиоксидантных препаратов, глюкокортикостероидов, витаминов, психотропных средств, нейропептидов и других препаратов, влияющих на обмен веществ и процессы регенерации.

Ход сосуда дегенерации эпителия и паренхимы органов начинается над бугристостью дистальной фаланги 4-го пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности и заканчивается в области лучезапястного сустава между полулунной и лучевой костями. При этом БАТ Од 4, 5, 6 дублируют точки Од 1, 2, 3 и используются в случаях невозможности измерения ЭП последних, например, при ампутации 4 пальца кисти.

#### Топографическое расположение БАТ сосуда дегенерации эпителия и паренхимы органов (рис. П1.11):

**Од 1** **ТИ:** ЭПД органов брюшной полости и малого таза.

**ЛТ:** над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 4 пальца кисти, на тыльно-лучевой поверхности.

**Од 1-1** **ТИ:** отягощение лимфы при дегенеративных заболеваниях.

**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 4 пальца кисти, на тыльно-лучевой поверхности.

**Од 1а** **ТИ:** нарушения регуляции вегетативной нервной системы при дегенеративных заболеваниях.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.

**Од 1б** **КТИ:** ЭПД органов, за исключением эндокринных и грудных желез.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

**Од 1с** **ТИ:** дегенерация брюшины.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.

**Од 1д** **ТИ:** дегенерация плевры.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

**Од 2** **ТИ:** ЭД органов грудной клетки и шеи.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.

**Од 3** **ТИ:** ЭПД органов головы.

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

**Од 4** **ТИ:** ЭПД органов брюшной полости и малого таза.

**ЛТ:** на задней поверхности запястно-пястного сустава в месте соприкосновения 3 и 4 пястных, головчатой и крючковидной костей.

**Од 5** **ТИ:** ЭПД органов грудной клетки и шеи.

**ЛТ:** на задней поверхности межзапястного сустава в месте соприкосновения суставных поверхностей головчатой, крючковидной, трехгранной и полулунной костей.

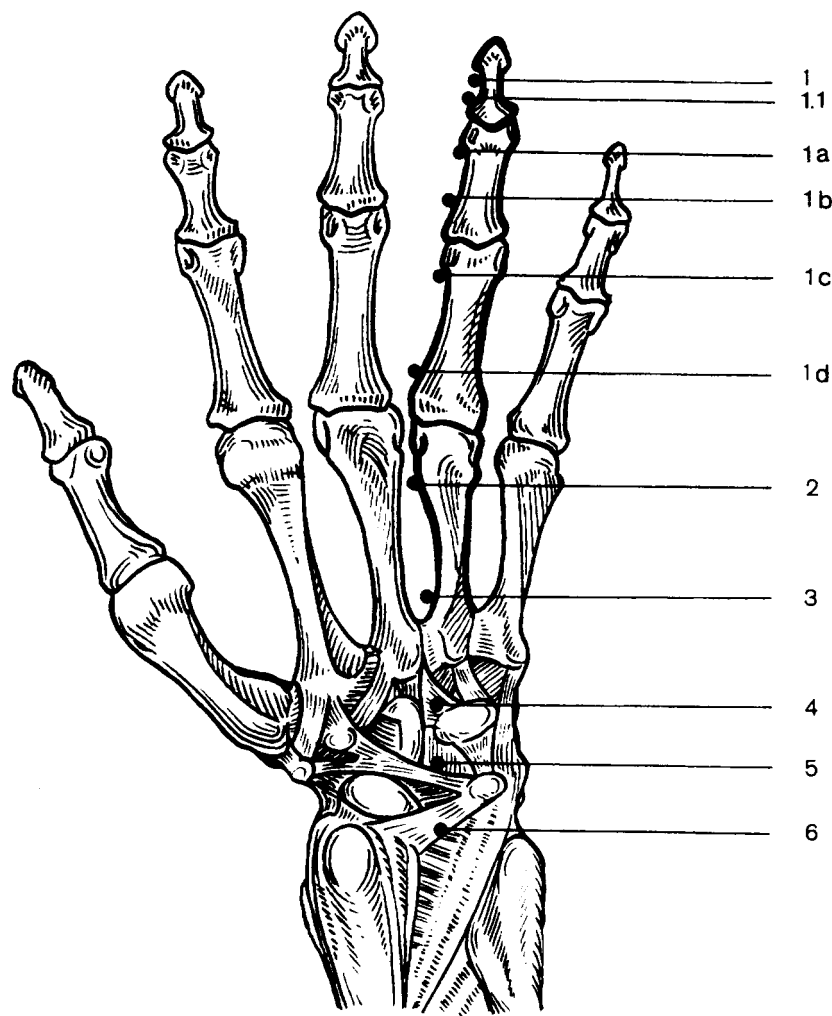


Рис. III.11. Локализация точек меридиана эпителиальной и паренхиматозной дегенерации на тыльно-лучевой поверхности 4 пальца и на тыльной поверхности правой кисти

Од 6 **ТИ:** ЭПД органов головы.  
**ЛТ:** на задней поверхности лучезапястного сустава в месте соприкосновения суставных поверхностей лучевой, полулунной и трехгранной костей.

### Репрезентативные БАТ меридиана эндокринной системы (тройного обогревателя)

Китайское название трех обогревателей (трех частей) туловища, по китайской терминологии «сань-цзяо» связано с понятием источника тепла, выделяющегося вследствие обмена веществ в организме, а именно в его трех частях – в верхней, средней и нижней.

По представлениям восточной медицины в трех частях туловища усваивается приобретенная и «исходная энергия», полученная от родителей (бодрость и продолжительность жизни).

После рождения с помощью трех частей туловища человек принимает в свой организм два вида энергии, а именно небесную (атмосферную) и земную энергии. Последние два вида энергии перевариваются, усваиваются и циркулируют по пяти основным и шести вспомогательным органам и, тем самым, дополняют врожденную исходную энергию.

Верхняя часть туловища служит местом нахождения небесной исходной энергии и имеет свою активную точку, расположенную на переднем срединном меридиане – «тань-чжун» (Пср 17 ТИ Бронхи).

Средняя часть выполняет важную функцию, переваривая пищу в желудке и направляя усвоенную пищу «через» поджелудочную железу в пять органов: основной ее пункт находится в точке переднего срединного меридиана «чжун-вань» (Пср 12 ТТ Желудка), расположенную на 4 цуня выше пупка.

Нижняя часть туловища осуществляет работу по выделению циркулирующих продуктов распада пищи из тонкой кишки в толстую или мочевой пузырь, которой «управляют» активные точки «тянь-шу» (Же 25 ТТ Толстой кишки) и «инь-цзяо» (Пср 7 ТТ Эндокринной и уrogenитальной систем).

В ЭАФ меридиан эндокринной системы насчитывает 80 репрезентативных точек, используемых в диагностике и терапии эндокринопатий, нарушений обмена веществ, заболеваний грудных желез, органов слуха, невритов слухового и языкоглоточного нервов, артропатий суставов верхних конечностей и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболеваний органов зрения, рта и ротоглотки (см. точку Энд 16а ТИ Глубокие шейные лимфоузлы,

имеющую взаимосвязи со всеми миндалинами лимфоэпителиального глоточного кольца Пирогова-Ланганса-Вальдейера).

**Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана эндокринной системы (трех частей туловища):**

Меридиан эндокринной системы начинается над бугристостью дистальной фаланги 4-го пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности, в своей первой точке «гуань-чун», имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с половыми железами и надпочечниками.

Далее меридиан эндокринной системы поднимается вверх по тыльно-локтевой поверхности фаланг 4-го пальца кисти, пястной кости к средней точке лучезапястного сустава – «ян-чи», соответствующей в ЭАФ третьей точке – дистальной части лучезапястного сустава, расположенной на тыльной стороне кисти, между крючковидной (*Os hamatum*), головчатой (*Os capitatum*) и полулунной (*Os lunatum*) костями.

В области нижней трети предплечья меридиан эндокринной системы идет вверх по лучевому краю мышцы локтевого разгибателя кисти (*M. extensor carpi ulnaris*), переходит ближе к локтевому краю мышцы общего разгибателя пальцев кисти (*M. Extensor digitorum communis*) и, наконец, достигает наружной поверхности локтевого сустава, следуя на 1 цунь выше надмыщелка лучевой кости, между длинным лучевым разгибателем кисти (*M. extensor carpi radi-alis longus*) и плече-лучевой мышцами (*M. brachioradialis*).

От области локтевого сустава меридиан эндокринной системы следует к краю трехглавой мышцы плеча (*M. tricipitis*) и переходит на плечо, идет по межмышечной борозде образованной дельтовидной мышцей (*M. deltoideus*) и двухглавой мышцей плеча (*M. biceps*), достигает акромиального отростка лопатки и проходит по межмышечной борозде, образованной мышцей, поднимающей лопатку (*M. levator scapulae*), и трапецевидной мышцей (*M. trapezius*).

У медиально-верхнего угла лопатки меридиан эндокринной системы изменяет направление и идет в область шеи, следуя по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (*M. sternocleidomastoideus*), переходит на сосцевидный отросток, где образует группу новых точек, имеющих информационно-функциональные взаимосвязи с органами слуха, переходит на височную кость и далее направляется к концу лобно-височного сочленения (*Sutura zygomaticofrontalis*), ближе к наружному краю брови.

Отсюда меридиан эндокринной системы идет вниз к скулово-

му отростку височной кости и заканчивается в точке 23, соответствующей в ЭАФ верхней части височно-нижнечелюстного сустава, расположенной на 1 цунь впереди от наружного слухового отверстия.

*Внутренний путь следования* меридиана эндокринной системы начинается в его точке 15 «тянь-ляо», соответствующей в ЭАФ точке суставов верхних конечностей. В данной точке меридиан резко меняет направление и переходит на переднюю поверхность туловища к точке меридиана желудка **Же 12 ТИ** – «цюе-пень», имеющей информационно-функциональную взаимосвязь с общей сонной артерией и каротидным синусом, и расположенной на середине нижнего края ключицы (в ЭАФ в надключичной ямке по ходу сосковой линии).

В точке «цюе-пень» путь следования меридиана эндокринной системы раздваивается: одна его ветвь идет к средней линии спины, где соединяется с меридианом толстой кишки в точке заднего срединного меридиана 13 «да-чжуй» (в ЭАФ – **Зер 13 СТИ** Спинного мозга) и далее полностью повторяет его основной путь описанный выше. Другая внутренняя ветвь меридиана эндокринной системы спускается вниз по средней линии груди и живота, через точку переднего срединного меридиана 12 «чжун-вань» (в ЭАФ – **Пер 12 ТТ** Желудка) идет в гипогастральную область и заканчивается в точке одноименного меридиана «ши-мень» (в ЭАФ – **Пер 5 ТТ** эндокринной системы).

**Топографическое расположение БАТ меридиана эндокринной системы (рис. П1.12, П1.13):**

- Энд 1 ЧСТИ:** половые железы, надпочечники.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 4 пальца кисти, на тыльно-локтевой поверхности.
- Энд 1-1 ТИ:** лимфососуды эндокринных и грудных желез.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности дистальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Энд 1а СТИ:** шейные ганглии.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Энд 1б КТИ:** эндокринная система.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание, включая внутреннюю секрецию поджелудочной железы и грудной железы.

- Энд 1с** **ТИ:** внутренняя секреция поджелудочной железы (головка и тело) – справа;  
**ТИ:** внутренняя секреция поджелудочной железы (хвост) – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Энд 1d** **ТИ:** грудные железы.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Энд 2** **ЧСТИ:** тимус, щитовидная и паращитовидные железы.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Энд 3** **ЧСТИ:** эпифиз, гипофиз.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Энд 4** **3-ТИ:** дистальная область лучезапястного сустава.  
**ЛТ:** на тыльной стороне кисти, между крючковидной, головчатой и полулунной костями.
- Энд 5\*** **ТИ:** Стабилизирующий Ло-пункт меридиана эндокринной системы.  
**ЛТ:** на 2,5 цуня выше складки лучезапястного сустава, на лучевом крае локтевого разгибателя кисти.
- Энд 6\*** **ЛТ:** на лучевом крае локтевого разгибателя кисти, на 1 цунь выше точки **Энд 5**.
- Энд 7\*** **ЛТ:** на линии расположения точки **Энд 6**, на 0,75 цуня ближе к локтевому краю мышцы общего разгибателя пальцев кисти.
- Энд 8\*** **ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Энд 7**.
- Энд 9\*** **ЛТ:** на 1,5 цуня выше точки **Энд 8**.
- Энд 10\*** **ЛТ:** на наружной поверхности локтевого сустава, на 1 цунь выше надмышцелка лучевой кости, между длинным лучевым разгибателем кисти и плече-лучевой мышцей.
- Энд 11\*** **ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Энд 10**, на краю трехглавой мышцы плеча.

- Энд 12\*** **ЛТ:** на 1,5 цуня выше точки **Энд 11**.
- Энд 13\*** **ЛТ:** на плече, в начале межмышечной борозды, образованной дельтовидной мышцей и двухглавой мышцей плеча.
- Энд 14** **ТИ:** акромиально-ключичный сустав.  
**ЛТ:** в ямке на задне-нижнем крае акромиального отростка лопатки, в межмышечной борозде, образованной мышцей, поднимающей лопатку, и трапециевидной мышцей.
- Энд 15** **СТИ:** суставы верхних конечностей.  
**ЛТ:** на медиально-верхнем углу лопатки.
- Энд 16** **ТИ:** передняя доля гипофиза (см. **Тн 15 ТИ** и **Жп 21 ТИ**).  
**ЛИ:** у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне угла нижней челюсти.
- Энд 16a** **ТИ:** глубокие шейные лимфоузлы.  
**ЛТ:** на 1,5 цуня кзади от нижнего края нижней челюсти и на 0,25 цуня вверх по горизонтали; или в середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- Энд 16a-1** **ТИ:** лицевой нерв – VII пара ЧМН.  
**ЛТ:** на 0,5 цуня вверх и чуть кзади от точки **Энд 16a ТИ** и от середины грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- Энд 16b** **ТИ:** паутиная оболочка и ячейки решетчатого тела сосцевидного отростка.  
**ЛТ:** дистальнее конца шва сосцевидного отростка.
- Энд 17** **СТИ:** среднее ухо.  
**ЛТ:** непосредственно на середине сосцевидного отростка.
- Энд 17a** **ТИ:** лабиринт.  
**ЛТ:** на середине сосцевидного отростка, чуть выше и кзади от точки **Энд 17 СТИ**.
- Энд 17b** **ТИ:** улитка, пери- и эндолимфатический протоки (Субарахноидальное пространство).  
**ЛТ:** в верхней трети сосцевидного отростка, по горизонтальной линии от отверстия наружного слухового прохода.
- Энд 18** **СТИ:** внутреннее ухо.



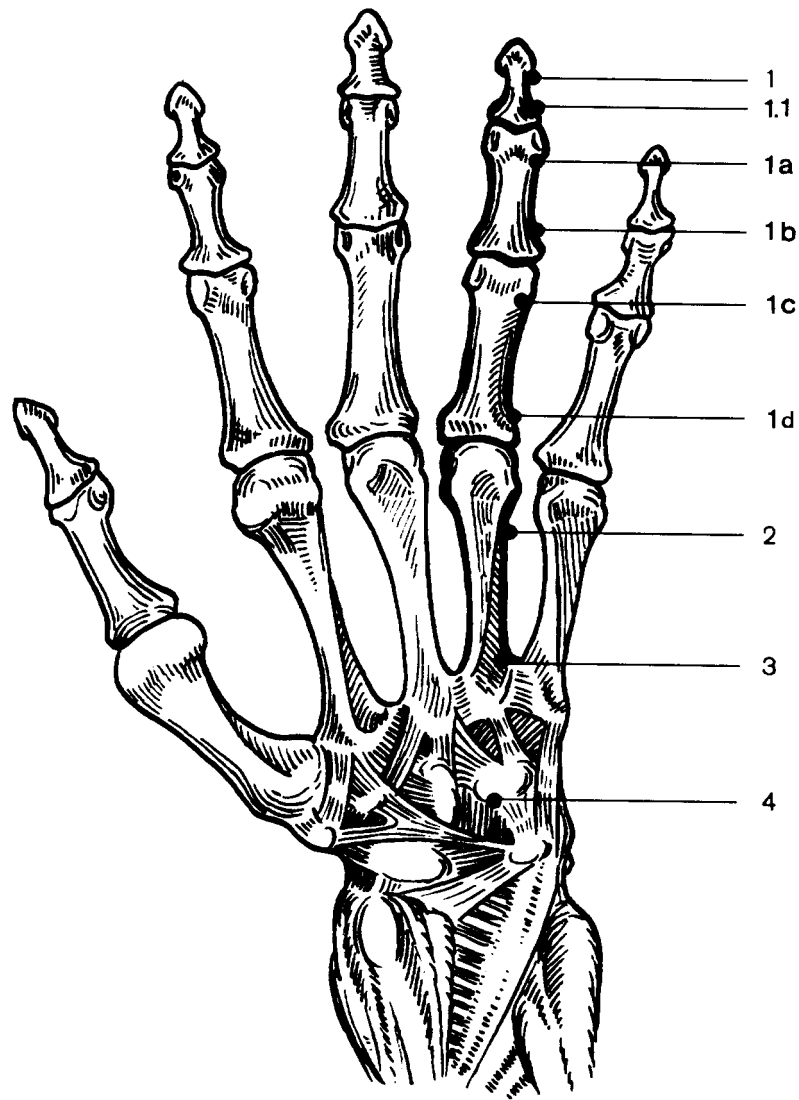


Рис. III.12. Локализация точек меридиана эндокринной системы на тыльно-локтевой поверхности 4 пальца и на тыльной поверхности правой кисти

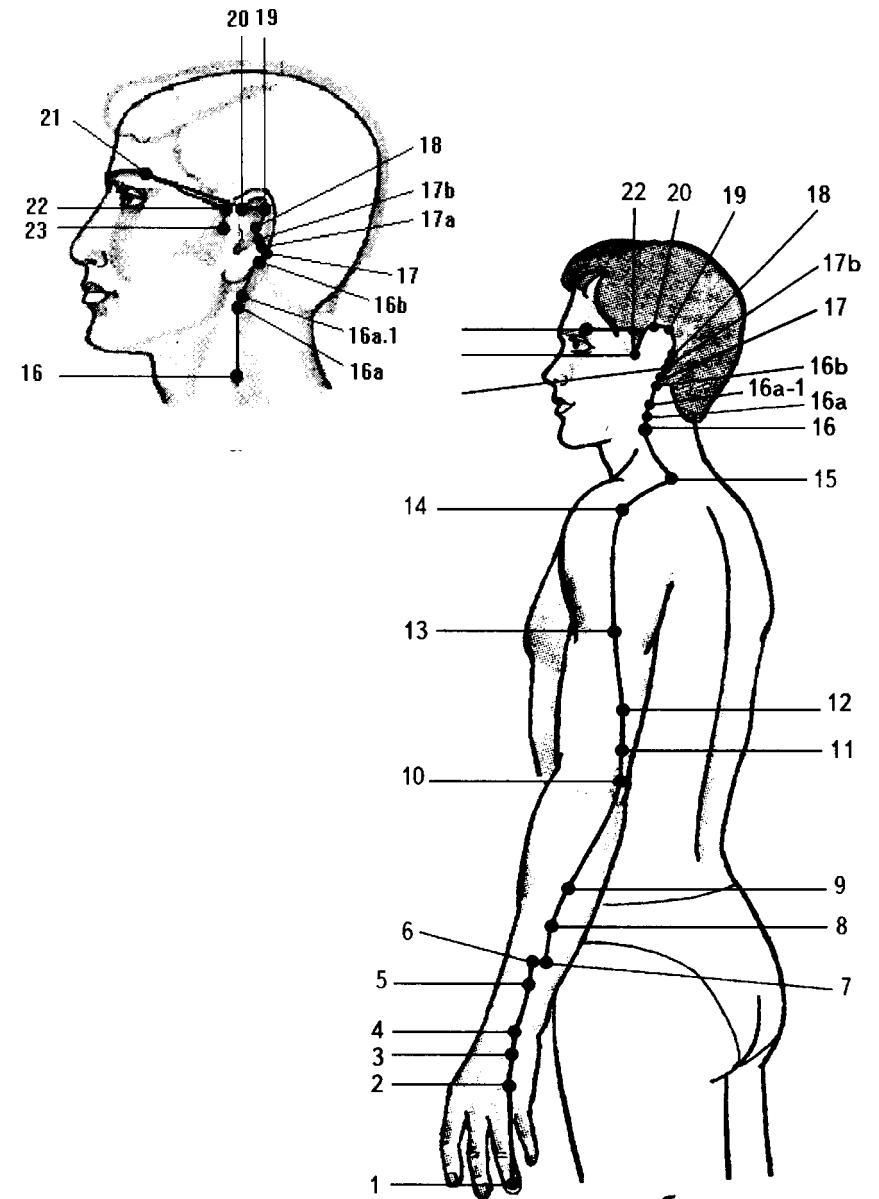


Рис. III.13. Локализация точек меридиана эндокринной системы на голове (а) и туловище (б)

- ЛТ:** ниже линии скулового отростка височной кости, впереди от наружного слухового отверстия.
- Энд 19** **ТИ:** мозговые оболочки.  
**ЛТ:** в точке пересечения линии, проходящей по верхней поверхности скулового отростка височной кости, и вертикальной линии, проходящей через середину сосцевидного отростка.
- Энд 20** **ТИ:** гипоталамус.  
**ЛТ:** на границе перехода кожи головы в складку, идущую к верхушке уха.
- Энд 21** **СТИ:** передние структуры глаза.  
**ЛТ:** в конце лобно-височного сочления (шва) или в конце брови.
- Энд 22** **ТИ:** языкоглоточный нерв – IX пара ЧМН.  
**ЛТ:** на 1 цунь впереди от точки **Энд 20 ТИ** (в месте, где пальпируется пульсация височной артерии).
- Энд 23** **ТИ:** верхняя часть височнонижнечелюстного сустава.  
**ЛТ:** ниже линии скулового отростка височной кости, на 1 цунь впереди от наружного слухового отверстия, на одной линии с точкой **Энд 18 СТИ** Внутр. ухо.

### Репрезентативные БАТ меридиана сердца

В ЭАФ меридиан сердца насчитывает 36 репрезентативных точек, используемых в диагностике и терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана сердца:

*Основной путь следования меридиана сердца* начинается в его первой точке – «цзи-цюань» (Се 1), расположенной на нижнем крае 3-го ребра, по средней подмышечной линии. От этой точки меридиан сердца идет по внутренней поверхности плеча к надмыщелку локтевой кости, проходит предплечье и достигает верхней складки лучезапястного сустава, где на лучевом крае мышцы локтевого сгибателя кисти (*M. flexor carpi ulnaris*), непосредственно над локтевой артерией расположен стабилизирующий Ло-пункт – меридиана сердца (Се 5).

Далее меридиан следует по передней поверхности лучезапястного сустава, проходит по ладонной поверхности межзапястный сустав и проксимальный край трехгранной кости (*Os triquetrum*),

минует запястнопястный сустав в месте соприкосновения суставных поверхностей 5-й пястной (*Os Metacarpale V*) и крючковидной (*Os hamatum*) костей, пястно-фаланговый сустав, выходит на тыльно-лучевую поверхность проксимальной фаланги 5-го пальца кисти в месте перехода тела кости в основание и заканчивается над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 5-го пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности в точке меридиана сердца **Се 9 ТИ**, соответствующей в ЭАФ клапану легочной артерии и аортальный клапану.

*Внутренний путь следования меридиана сердца*, также как и основной его ход, начинаются в точке «цзи-цюань», от которой меридиан, дугообразно огибая молочную железу, следует к точке переднего срединного меридиана 17 «тань-чжун» (в ЭАФ – **Пср 11 ТИ** Бронхи), где раздавливается на *восходящую* и *нисходящую ветви*.

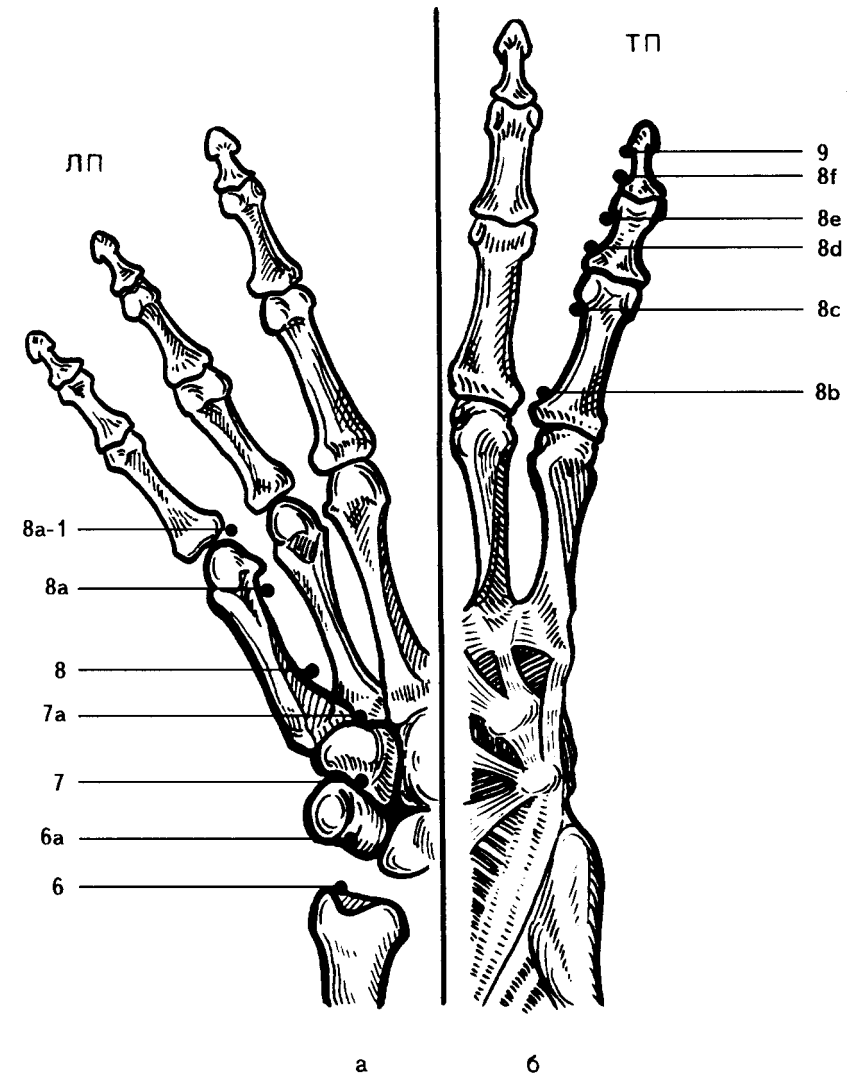
*Восходящая ветвь* от точки «цзинь-цюань» поднимается по переднему срединному меридиану вверх к середине подбородка к точке **Пср 24 СТИ**, соответствующей в ЭАФ середине нижней челюсти и проекции 1-4\4-1 зубов, затем, огибая снаружи угол рта, направляется кверху и заканчивается в точке меридиана желудка 4, расположенной у верхнего края скуловой кости у подглазничного бугорка, которая в ЭАФ имеет информационно-функциональную взаимосвязь с хрусталиком. В противоположность ЭАФ локализация данной точки в классической акупунктуре соответствует расположению первой точки меридиана желудка «чэн-ци».

*Нисходящая ветвь* — проходит вдоль левой и правой границы сердца, идет к мечевидному отростку, к точке соединения переднего срединного меридиана с меридианом сердца (**Пср 15**), и затем спускается по средней линии живота до пупка к точке переднего срединного меридиана **Пср 8**, являющейся точкой концентрации «энергии».

#### Топографическое расположение БАТ меридиана сердца (рис. П1.14, П1.15):

- Се 1\*** **ЛТ:** на нижнем крае 3 ребра, по средней подмышечной линии.
- Се 2\*** **ЛТ:** на 3 цуня выше надмыщелка локтевой кости.
- Се 3\*** **ЛТ:** на 0,5 цуня выше надмыщелка локтевой кости.
- Се 4\*** **ЛТ:** на 2 цуня выше верхней складки лучезапястного сустава, над локтевой артерией.
- Се 5\*** **ЛТ:** Стабилизирующий Ло-пункт меридиана сердца.  
на 0,5 цуня выше верхней складки лучезапяст-

- ного сустава, на лучевом крае мышцы локтевого сгибателя кисти, над локтевой артерией.
- Се 6** **ТИ:** миокард.  
**ЛТ:** на передней поверхности лучезапястного сустава на середине соприкосновения суставного диска и суставной поверхности локтевой кости.
- Се 6a** **ТИ:** синусовый или синусно-предсердный узел – справа.  
**ТИ:** внутрипредсердные межузловые пути или синоурикулярный пучок – слева.  
**ЛТ:** на передней поверхности сустава гороховидной кости на середине соприкосновения поверхностей гороховидной и трехгранной костей.
- Се 7** **ТИ:** проводящая система.  
**ЛТ:** на передней поверхности межзапястного сустава, образованного крючковидной и гороховидной костями.
- Се 7a** **ТИ:** предсердно-желудочковый узел, правая ножка пучка Гисса – справа.  
**ТИ:** левая ножка пучка Гисса – слева.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности запястно-пястного сустава в месте соприкосновения суставных поверхностей 4 и 5 пястных и крючковидной костей.
- Се 8** **ТИ:** трехстворчатый клапан – справа;  
**ТИ:** митральный клапан – слева.  
**ЛТ:** на ладонно-лучевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Се 8a** **ТИ:** перикард, субперикардиальная сеть лимфососудов.  
**ЛТ:** на ладонно-лучевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Се 8a-1** **ТИ:** лимфатические сосуды перикарда.  
**ЛТ:** на ладонной поверхности кисти, медиально от щели 5 пястнофалангового сустава.
- Се 8b** **ТИ:** эндокард.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Се 8c** **КТИ:** сердце.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности проксимальной



*Рис. III.14.* Локализация точек меридиана сердца на ладонной поверхности (а) правой кисти и на тыльно-лучевой поверхности мизинца (б)

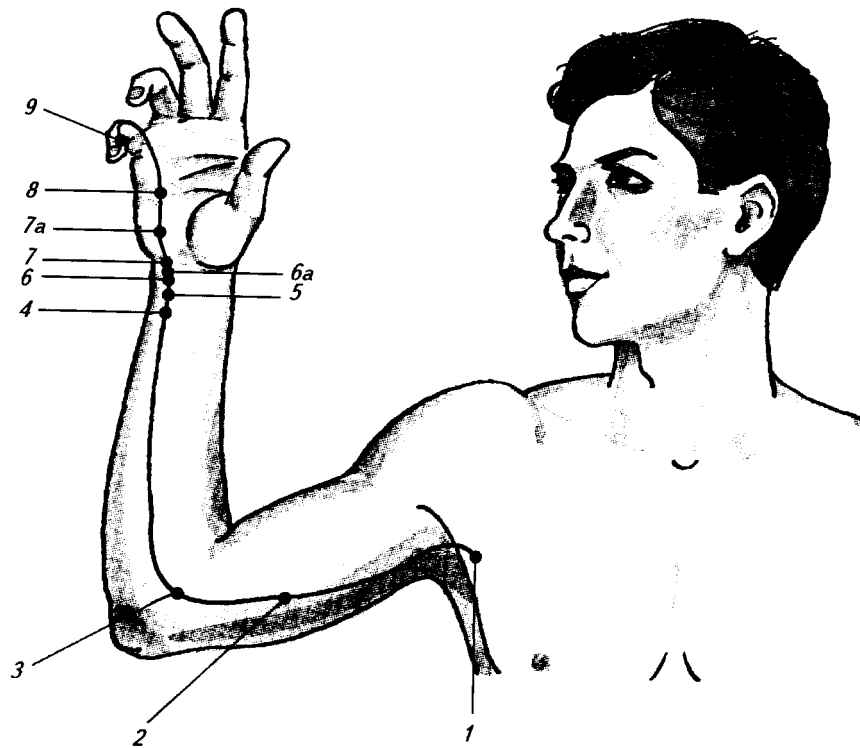


Рис. П1.15. Локализация точек меридиана сердца на руке

- фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Ce 8d** **ТИ:** сеть лимфососудов миокарда.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Ce 8e** **ТИ:** сердечное сплетение.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Ce 8f** **ТИ:** субэндокардиальная сеть лимфососудов.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 5 пальца кисти, на тыльно-лучевой поверхности.

- Ce 9** **ТИ:** клапан легочной артерии – справа;  
**ТИ:** аортальный клапан – слева.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 5 пальца кисти на тыльно-лучевой поверхности.

### Репрезентативные БАТ меридиана тонкой кишки

В ЭАФ меридиан тонкой кишки насчитывает 59 репрезентативных точек, используемых в электропунктурной диагностике и терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, органов слуха, зрения, позвоночника и эндокринных нарушений, обусловленных дисфункцией передней доли гипофиза.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана тонкой кишки:

Меридиан тонкой кишки начинается над бугристостью дистальной фаланги 5-го пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности, в точке «шао-цзе», имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с подвздошной кишкой и ее терминальным отделом.

Далее меридиан тонкой кишки поднимается вверх по тыльно-локтевой поверхности фаланг 5-го пальца кисти, 5-й пястной кости к точке лучезапястного сустава – «ян-гу», соответствующей в ЭАФ второй точке – проксимальной части лучезапястного сустава, расположенной у проксимального края крючковидной кости (Os hamatum) (в ямке под головкой локтевой кости).

Пройдя лучезапястный сустав, меридиан тонкой кишки выходит на тыльно-локтевую поверхность предплечья, поднимается к локтевому отростку локтевой кости (olecranon), проходит точку «сяо-хай» (Тн 8 1-ТИ), соответствующую в ЭАФ первой точке локтевого сустава, и следует по задней поверхности плеча к межмышечному пространству образованному задним краем дельтовидной мышцы (M. deltoideus) и лучевой головкой трехглавой мышцы плеча (Caput radiale, M. triceps brachii).

В пункте пересечения заднего края дельтовидной мышцы с лучевой головкой трехглавой мышцы плеча меридиан тонкой кишки образует точку «цзянь-чжень» (Тн 9 ТИ), соответствующую в ЭАФ мышцам верхних конечностей.

Далее меридиан тонкой кишки переходит задний край плечевого сустава и спускается вниз к мышечной ямке, образованной малой круглой (M. teres minor) и подостной (M. infraspinatus) мышцами, продвигается по нижнему краю лопаточной ости (Spina scapula) и поднимается вверх по задней поверхности шеи к точке

«цзянь-вай-шоу» (Тн 1 ТИ), расположенной на 4 цуня латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка.

От данной точки меридиан тонкой кишки дает ответвление к точке заднего срединного меридиана 13 «да-чжуй», расположенный на остистом отростке 7-го шейного позвонка (в ЭАФ – Зср 13 СТИ Спинной мозг), где соединяется с меридианами толстой кишки и эндокринной системы, а сам продолжает свой ход по грудино-ключично-сосцевидной мышце вверх по заднему краю (M. sternocleidomastoideus).

У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 4 цуня латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка, меридиан тонкой кишки пересекается с меридианами эндокринной системы и желчного пузыря и образует точку, взаимосвязанную в ЭАФ с передней долей гипофиза (Тн 15 ТИ + Энд 16 ТИ + Жл 21 ТИ).

Далее меридиан тонкой кишки направляется рострально по боковой поверхности шеи, идет к углу нижней челюсти, где раздваивается на две ветви.

Первая ветвь меридиана в целом повторяет его основной ход и идет к наружному углу глаза к первой точке меридиана желчного пузыря «тун-цзы-ляо», взаимосвязанной в ЭАФ с задними структурами глаза, а затем кзади и горизонтально к козелку уха и заканчивается сзади суставного отростка нижней челюсти, в точке «тин-гу» (Тн 19 ТИ), имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с наружным ухом и слуховым проходом.

Вторая ветвь меридиана тонкой кишки от угла нижней челюсти следует к нижнему краю глазницы и заканчивается на медиальном конце брови в первой точке меридиана мочевого пузыря «цин-мин», имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с кавернозным синусом.

*Внутренний путь следования* меридиана тонкой кишки начинается в точке 13 заднего срединного меридиана «да-чжуй», где меридиан тонкой кишки изменяет направление и под прямым углом идет к верхней поверхности плеча к 12 точке меридиана желудка «цюе-пень», соответствующей в ЭАФ общей сонной артерии и каротидному синусу.

От данной точки внутренний ход меридиана тонкой кишки идет книзу и медиально, пересекает правую границу сердца, меридиан желудка, и в точке 17 переднего срединного меридиана «тань-чжун» (в ЭАФ – Пср 17 ТИ Бронхи), расположенной в центре грудины на уровне прикрепления 5-го ребра, спускается по средней линии вниз через точки и заканчивается в 7-й точке передне-срединного меридиана «инь-цзяо», являющейся точкой тревоги эндокринной и урогенитальной систем.

### Топографическое расположение БАТ меридиана тонкой кишки (рис. П1.16, П1.17):

- |                |  |
|----------------|--|
| <b>Тн 1</b>    | <b>ТИ:</b> терминальный отдел подвздошной кишки – справа;<br><b>ТИ:</b> левые отделы подвздошной кишки – слева.<br><b>ЛТ:</b> над бугристостью дистальной (ногтевой) фаланги 5 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.                  |
| <b>Тн 1-1</b>  | <b>ТИ:</b> лимфососуды 12-перстной кишки и терминального отдела подвздошной кишки – справа;<br><b>ТИ:</b> лимфососуды тонкого кишечника – слева.<br><b>ЛТ:</b> у основания дистальной фаланги 5 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности. |
| <b>Тн 1а</b>   | <b>ТИ:</b> верхнее брыжеечное сплетение – справа;<br><b>ТИ:</b> нижнее брыжеечное сплетение – слева.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.                      |
| <b>Тн 1б</b>   | <b>КТИ:</b> тонкая кишка.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.   |
| <b>Тн 1б-1</b> | <b>ТИ:</b> лимфатические сосуды брюшины тонкой и 12-перстной кишки.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности 5 пальца кисти над щелью проксимального межфалангового сустава.   |
| <b>Тн 1с</b>   | <b>ТИ:</b> брюшина 12-перстной кишки – справа;<br><b>ТИ:</b> брюшина тонкой кишки – слева.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.                          |
| <b>Тн 1д</b>   | <b>ТИ:</b> верхняя брыжеечная вена – справа;<br><b>ТИ:</b> нижняя брыжеечная вена – слева.<br><b>ЛТ:</b> на середине тыльно-локтевой поверхности тела проксимальной фаланги 5 пальца кисти.  |
| <b>Тн 2</b>    | <b>ТИ:</b> нижняя горизонтальная часть 12-перстной кишки – справа.<br><b>ТИ:</b> тощая кишка – слева.<br><b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности проксимальной   |

- фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Тн 3** **ТИ:** нисходящая часть 12-перстной кишки – справа;  
**ТИ:** 12-перстно-тощекишечный изгиб – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.
- Тн 3а** **ТИ:** Фатеров сосок и сфинктер Одди – справа;  
**ТИ:** Пейеровы бляшки – слева.  
**ЛТ:** на середине тыльно-локтевой поверхности тела 5 пястной кости.
- Тн 4** **ТИ:** верхняя горизонтальная часть 12-перстной кишки – справа;  
**ТИ:** восходящая часть 12-перстной кишки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.
- Тн 4а** **ТИ:** лимфососуды брыжейки тонкого кишечника – только слева.  
**ЛТ:** на наружной поверхности запястья выше головчатой кости.
- Тн 5** **2-ТИ:** проксимальная часть лучезапястного сустава.  
**ЛТ:** у проксимального края крючковидной кости (в ямке под головкой локтевой кости).
- Тн 6** **ТИ:** шейный отдел позвоночника.  
**ЛТ:** над шиловидным отростком локтевой кости.
- Тн 7** **ТИ:** нервы верхних конечностей.  
**ЛТ:** у края локтевой кости на 4 цуня выше точки **Тн 6 ТИ**.
- Тн 8** **1-ТИ:** локтевой сустав.  
**ЛТ:** в ямке между локтевым отростком и внутренним мыщелком плечевой кости.
- Тн 9** **ТИ:** мышцы верхних конечностей до запястья.  
**ЛТ:** у задне-нижнего края подмышечной ямки, между лопаткой и плечевой костью.
- Тн 10** **3-ТИ:** задняя часть плечевого сустава.  
**ЛТ:** у заднего края плечевого сустава, по задней подмышечной линии в углублении ости лопатки.
- Тн 11\*** **ЛТ:** у заднего края дельтовидной мышцы, в мышеч-

- ной ямке, образованной малой круглой и подостной мышцами.
- Тн 12\*** **ЛТ:** в углу, образованном нижним краем лопаточной кости и верхним краем дельтовидной мышцы.
- Тн 13\*** **ЛТ:** в ямке, в области надостной мышцы.
- Тн 14\*** **ЛТ:** на 4 цуня латеральнее от остистого отростка 7 шейного позвонка.
- Тн 15** **ТИ:** передняя доля гипофиза.  
**ЛТ:** у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 4 цуня дистальнее угла нижней челюсти или на 4 цуня латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка (**Энд 16 ТИ** и **Жп 21 ТИ**).
- Тн 16** **ТИ:** головной отдел вагуса.  
**ЛТ:** на середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 0,5 выше точки **Тн 15 ТИ**.
- Тн 17\*** **ЛТ:** на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 1 цунь ниже угла нижней челюсти.
- Тн 17а** **ТИ:** 5-й участок нижней челюсти – 8 зуб.  
**ЛТ:** на середине жевательной мышцы.
- Тн 17б** **ТИ:** 5-й участок верхней челюсти – 8 зуб.  
**ЛТ:** на нижнем крае скуловой кости в месте прикрепления жевательной мышцы.
- Тн 18** **ТИ:** преддверно-улитковый нерв – VIII пара ЧМН.  
**ЛТ:** у наружного края впадины, образованной дугой скуловой кости, на передней поверхности жевательной мышцы.
- Тн 18а** **ТИ:** слуховой ганглий (имеет вторичную связь с точкой **Жп 1 ТИ** Ресничный ганглий, между этими точками находится точка Крылонебного ганглия).  
**ЛТ:** на ниже-внутреннем крае височно-скулового сращения (шва).
- Тн 19** **ТИ:** наружное ухо и слуховой проход.  
**ЛТ:** спереди от козелка и сзади суставного отростка нижней челюсти.

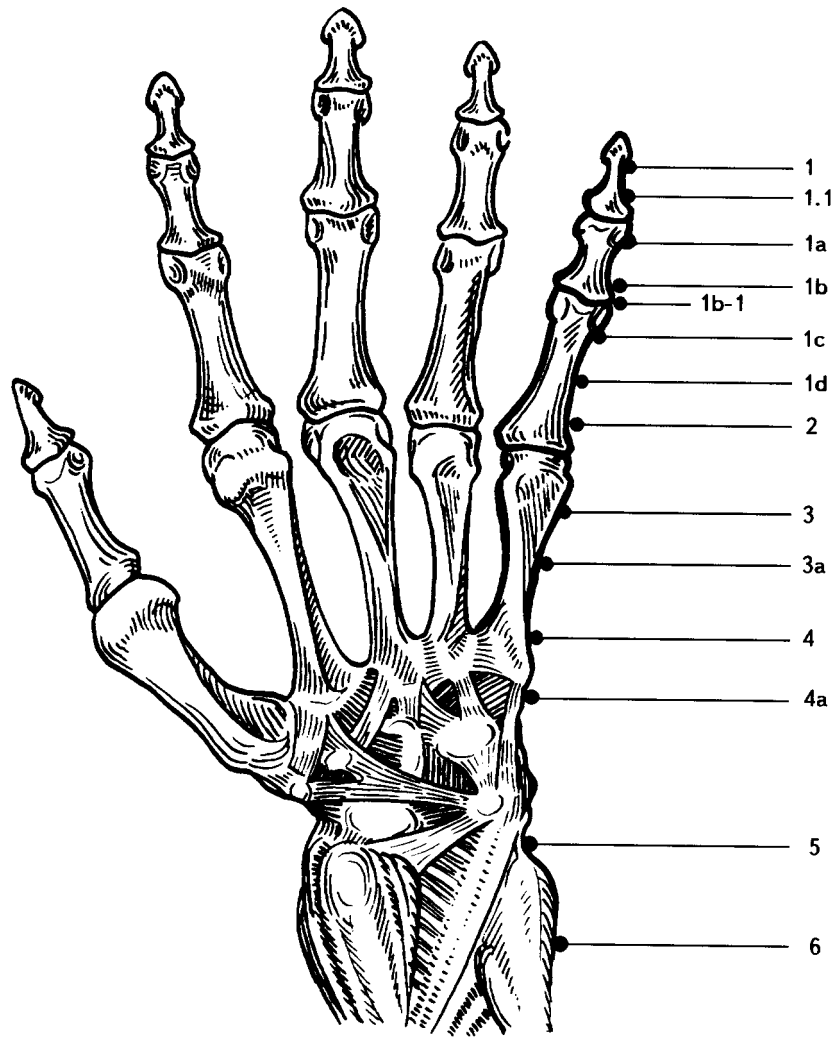


Рис. III.16. Локализация точек меридиана тонкой кишки на тыльно-локтевой поверхности мизинца

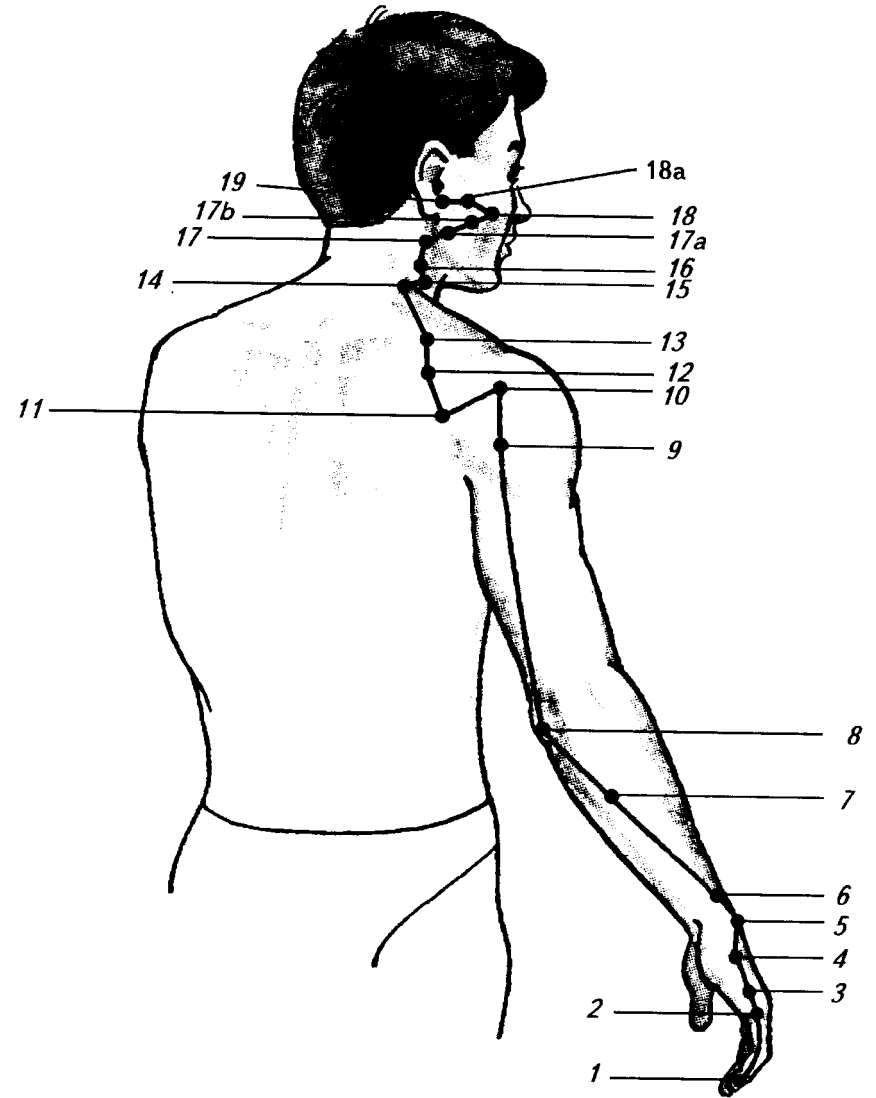


Рис. III.17. Локализация точек меридиана тонкой кишки на руке, шее и лице

## Репрезентативные БАТ меридиана селезенки и поджелудочной железы

В ЭАФ меридиан селезенки/поджелудочной железы насчитывает 80 точек, имеющих информационно-функциональные взаимосвязи с различными лимфоидными образованиями, а также с экзо- и эндокринными клетками поджелудочной железы. Помимо оценки состояния регионарной лимфодинамики и обмена веществ, некоторые БАТ данного меридиана используются для ЭАФ-диагностики и терапии коагулопатий, а также верификации состояний, обусловленных гелио-, селено- и геопатическими нарушениями.

### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана селезенки/поджелудочной железы:

*Основной путь следования* меридиана селезенки/поджелудочной железы начинается на тыльно-медиальной поверхности дистальной фаланги 1-го пальца стопы, над ее бугристостью.

Проходя дистальную и проксимальную фаланги, первую плюсневую кость, меридиан идет по медиальной поверхности стопы над щелью 1-го предплюсно-плюсневого сустава, следует по внутренней поверхности дистальной части медиальной клиновидной кости (*Os cuneiforme medialis*) и выходит на внутреннюю (медиальную) лодыжку большеберцовой кости.

Далее меридиан селезенки/поджелудочной железы поднимается вверх по медиальному краю большеберцовой кости, достигает ее медиального мышечка и, минуя нижний край коленной чашечки, выходит на внутреннюю поверхность бедра, следуя по нижнему краю длинной приводящей мышцы бедра (*M. adductor longus*). Поднимаясь вверх по внутренней поверхности бедра, меридиан пересекает паховую связку (*Lig. inguinale*) и бедренный нерв (*N. femoralis*) и на 4 цуня латеральнее передней срединной линии, у верхнего края симфиза переходит на переднюю брюшную стенку.

На передней брюшной стенке меридиан селезенки/поджелудочной железы проходит на расстоянии 5 пропорциональных цуней от передней срединной линии (белой линии живота), медиальнее наружного края косой наружной мышцы живота (*M. obliquus externus*).

Продвигаясь вверх, меридиан переходит на переднюю поверхность грудной клетки и следует до точки 19 «сюн-сян» (Сп 19 ТИ Лимфоузлы диафрагмы и заднего средостенния) на 2,5 цуня латеральнее сосковой линии, далее смещается на 2 цуня латеральнее сосковой линии и заканчивается в точке 21 «да-бао», расположен-

ной между 6-м и 7-м ребрами, по передней подмышечной линии, имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с лимфоузлами хвоста поджелудочной железы и селезенки.

Меридиан селезенки поджелудочной железы имеет два *внутренних хода*. Первый из них связывает его с точкой переднего срединного меридиана 17 «тань-чжун» (в ЭАФ – Пср 17 ТИ Бронхи), через ветвь идущую от его собственной точки 16 «фу-ай» (в ЭАФ – Сп 16 ТИ Лимфоузлы правой части желудка и селезенки).

*Второй внутренний ход* – начинаясь в последней точке меридиана селезенки/поджелудочной железы идет вверх, поднимается вдоль наружного края большой грудной мышцы до плечевого сустава; пересекает ключицу на границе средней и наружной третей и направляется к выступу щитовидного хряща, проходит по средней линии шеи, подбородка, нижней губы; проникает в преддверие ротовой полости к основанию языка и заканчивается на его кончике.

### Топографическое расположение БАТ меридиана селезенки/поджелудочной железы (рис. П1.18, П1.19, П1.20):

- |       |      |  |
|-------|------|--|
| Сп 1  | ТИ:  | регуляция белкового обмена и секреции панкреатических протеолитических ферментов – справа;                     |
|       | ТИ:  | функция белой пульпы селезенки при заболеваниях органов шеи и грудной клетки – слева.                          |
|       | ЛТ:  | на тыльно-медиальной поверхности дистальной фаланги 1 пальца стопы над бугристостью.                           |
| Сп 1а | КТИ: | экзо- и эндокринные функции поджелудочной железы – справа.   |
|       | КТИ: | селезенка – слева.   |
|       | ЛТ:  | у основания дистальной фаланги 1 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.                                |
| Сп 1б | ТИ:  | брюшина панкреас – справа.   |
|       | ТИ:  | брюшина селезенки – слева.   |
|       | ЛТ:  | на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 1 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.   |
| Сп 2  | ТИ:  | образование нуклеаз и обмен мочевиной кислоты и секреции ДНК-азы – справа;                                     |
|       | ТИ:  | функция белой пульпы при заболеваниях органов брюшной полости и малого таза – слева.                           |
|       | ЛТ:  | на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 1 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание. |



- Сп 3** **ТИ:** образование углеводных ферментов – справа;  
**ТИ:** красная пульпа селезенки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности 1 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Сп 3а** **ТИ:** панкреатический проток — справа.  
**ТИ:** точка коагулопатий — слева.  
**ЛТ:** на середине тыльно-медиальной поверхности тела 1 плюсневой кости.
- Сп 4** **ТИ:** регуляция липидного обмена и секреции панкреатических липолитических ферментов – справа;  
**ТИ:** ретикулоэндотелиальная система селезенки – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности 1 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.
- Сп 4-1** **ТИ:** внутренние лимфатические сосуды поджелудочной железы – справа;  
**ТИ:** внутренние лимфатические сосуды селезенки – слева.  
**ЛТ:** на медиальной поверхности стопы над щелью 1 предплюсно-плюсневого сустава.
- Сп 4а** **ТИ:** точка дегенеративных и деструктивных процессов – справа;  
**ТИ:** точка гелио-, селено- и гепатических нарушений (излучение Землей волн дециметрового диапазона и т. п.) – слева.  
**ЛТ:** на внутренней поверхности дистальной части медиальной клиновидной кости.
- Сп 5-1** **ТИ:** верхняя часть голеностопного сустава.  
**ЛТ:** в ямке книзу и кпереди от внутренней лодыжки.
- Сп 6** **ТИ:** «Мастер крови» (см. **Пе 5 ТИ** и **По 8 ТИ**).  
**ЛТ:** на 4 цуня выше медиальной лодыжки, у края большеберцовой кости.
- Сп 7** **ТИ:** диафрагма таза.  
**ЛТ:** у медиального края большеберцовой кости на 6 цуней выше верхнего края медиальной лодыжки.
- Сп 8** **ТИ:** диафрагма малого таза.  
**ЛТ:** у медиального края большеберцовой кости на 10 цуней выше верхнего края медиальной лодыжки.
- Сп 9** **ТИ:** лимфососуды нижних конечностей.  
**ЛТ:** у заднеберцового мышечка большеберцовой кости

- во впадине на 2 цуня ниже нижнего края коленной чашечки.
- Сп 10** **ТИ:** тазовые вены.  
**ЛТ:** на 1 цунь выше и 3 цуня латеральнее медиального мышечка бедренной кости.
- Сп 11** **ТИ:** половые железы (см. **Пе 11 ТИ** и **Же 31 ТИ**).  
**ЛТ:** на середине внутренней поверхности бедренной кости, у нижнего края длинной приводящей мышцы бедра.
- Сп 11-1** **ТИ:** паховое лимфатическое сплетение.  
**ЛТ:** на середине расстояния между точками **Сп 11 ТИ** и **Сп 11а 2-ТИ**.
- Сп 11а 2-ТИ:** тазобедренный сустав.  
**ЛТ:** в точке пересечения паховой связки и бедренного нерва.
- Сп 12** **ТИ:** лимфатические сосуды яичек, придатков яичек, семявыносящего протока, яичников и маточных труб.  
**ЛТ:** на 4 цуня латеральнее передней срединной линии, у верхнего края симфиза.
- Сп 13** **ТИ:** лимфатические сосуды простаты, семенных пузырьков, уретры, матки, влагалища.  
**ЛТ:** на 5 цуней латеральнее передней срединной линии выше границы на середине паховой складки.
- Сп 13а** **ТИ:** подвздошное лимфатическое сплетение.  
**ЛТ:** на 5 цуней латеральнее передней срединной линии и на 1 цунь выше точки **Сп 13 ТИ**.
- Сп 13б** **ТИ:** подчревное лимфатическое сплетение.  
**ЛТ:** на 5 цуней латеральнее передней срединной линии и на 2 цуня выше точки **Сп 13 ТИ**.
- Сп 14** **ТИ:** лимфоузлы желчного пузыря и желчевыводящих протоков.  
**ЛТ:** на 5 цуней латеральнее передней срединной линии и на 2 цуня ниже пупка.
- Сп 15** **ТИ:** лимфоузлы поджелудочной железы – справа;  
**ТИ:** панкреатиколиенальные лимфоузлы (син. сеть лимфоузлов селезенки, хвоста панкреас, дна желудка) – слева.  
**ЛТ:** на 5 цуней латеральнее передней срединной

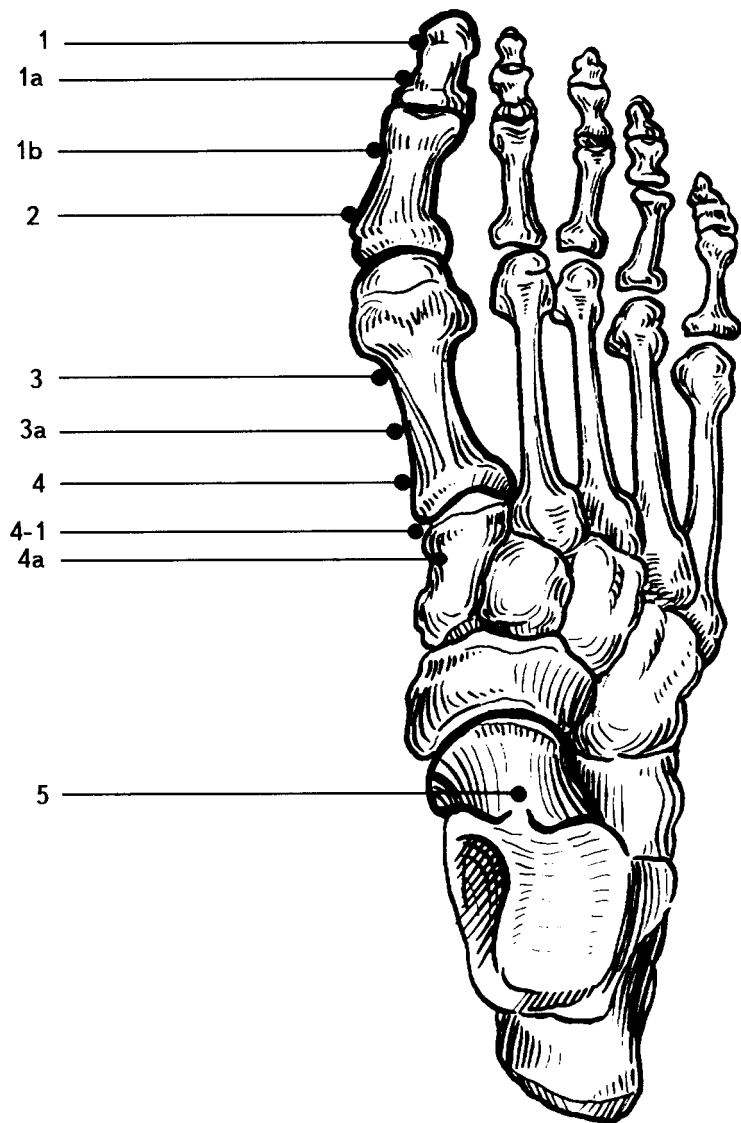


Рис. П1.18. Локализация точек меридиана селезенки-поджелудочной железы на тыльно-медиальной поверхности 1 пальца правой стопы

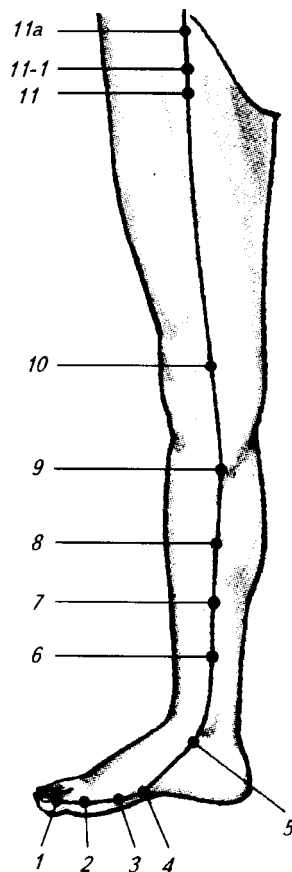


Рис. П1.19. Локализация точек меридиана селезенки-поджелудочной железы на ноге

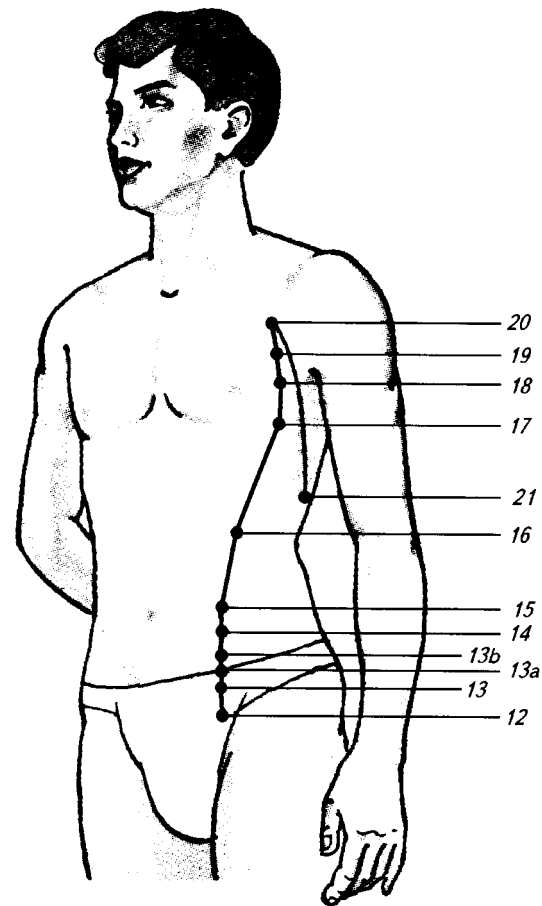


Рис. П1.20. Локализация точек меридиана селезенки-поджелудочной железы на туловище

- линии и медиальнее наружного края косой наружной мышцы живота.
- Сп 16** **ТИ:** лимфоузлы правой части желудка (син. гастропилорические и пилорические лимфоузлы) – справа;  
**ТИ:** лимфоузлы селезенки – слева.  
**ЛТ:** между 10 и 11 ребрами и на 2,5 цуня латеральнее сосковой линии.
- Сп 17** **ТИ:** лимфоузлы левой части желудка и кардии.  
**ЛТ:** между 6 и 7 ребрами и на 1,5 цуня латеральнее сосковой линии.
- Сп 18** **ТИ:** печеночные и портальные лимфоузлы.  
**ЛТ:** между 4 и 5 ребрами и на 2,5 цуня латеральнее сосковой линии.
- Сп 19** **ТИ:** лимфоузлы диафрагмы и заднего средостения.  
**ЛТ:** на верхнем крае 4 ребра, на 2,5 цуня латеральнее сосковой линии.
- Сп 20** **ТИ:** лимфоузлы легких.  
**ЛТ:** на верхнем крае 3 ребра, на 2 цуня латеральнее сосковой линии.
- Сп 21** **ТИ:** лимфоузлы хвоста поджелудочной железы – справа;  
**ТИ:** Лимфоузлы и лимфососуды селезенки – слева.  
**ЛТ:** между 6 и 7 ребрами, по передней подмышечной линии, около точки **Сп 17 ТИ**.

### Репрезентативные БАТ меридиана печени

В ЭАФ меридиан печени насчитывает 42 точки, используемые в диагностике и терапии заболеваний гепатобилиарной системы, заболеваний половых органов и суставов.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана печени:

*Основной путь следования* меридиана печени начинается на тыльно-латеральной поверхности дистальной фаланги 1-го пальца стопы, над ее бугристостью.

Проходя дистальную, проксимальную фаланги и первую плюсневую кость, меридиан идет над щелью 1-го предплюсно-плюсневого сустава и выходит у медиального края сухожилия мышцы разгибателя большого пальца (*M. digitorum longus*) на уровне верхушки медиальной лодыжки.

От верхушки медиальной лодыжки меридиан печени поднимается вверх по краю большеберцовой кости, к бугристости ее медиальной мыщелка и, минуя коленную чашечку, переходит на внутреннюю поверхность бедра, следуя по межмышечному пространству, образованному нижним краем длинной приводящей мышцы бедра (*M. adductor magnus*) и портняжной мышцей (*M. sartorius*).

Далее меридиан печени идет к углу, образованному портняжной мышцей и паховой связкой, поднимается вверх, ориентируясь на свободный конец 11 ребра и заканчивается между 5 и 6 ребром, на 1 цунь латеральнее сосковой линии в точке тревоги печени 14 – «ци-мэнь», взаимосвязанной в ЭАФ с лимфососудами печени.

Меридиан печени имеет *два внутренних хода*, которые начинаются от точки тревоги печени и следуют к надключичной области.

При этом одна ветвь меридиана проходит латеральнее соска молочной железы, а другая – медиальнее, через ареол соска молочной железы.

*Медиальная ветвь* направляется к центру рукоятки грудины к точке 14 переднего срединного меридиана «цзюй-цюе» («сюань-цзи»), являющейся точкой тревоги сердца, где сливается с одноименным меридианом и спускается вниз по переднему срединному меридиану до точки 12 «чжун-вань» (**Пср 12 ТТ** Точка тревоги желудка).

*Латеральная ветвь* поднимается по боковой поверхности шеи, впереди жевательной мышцы по щечной поверхности к наружному углу глаза, где вновь раздваивается.

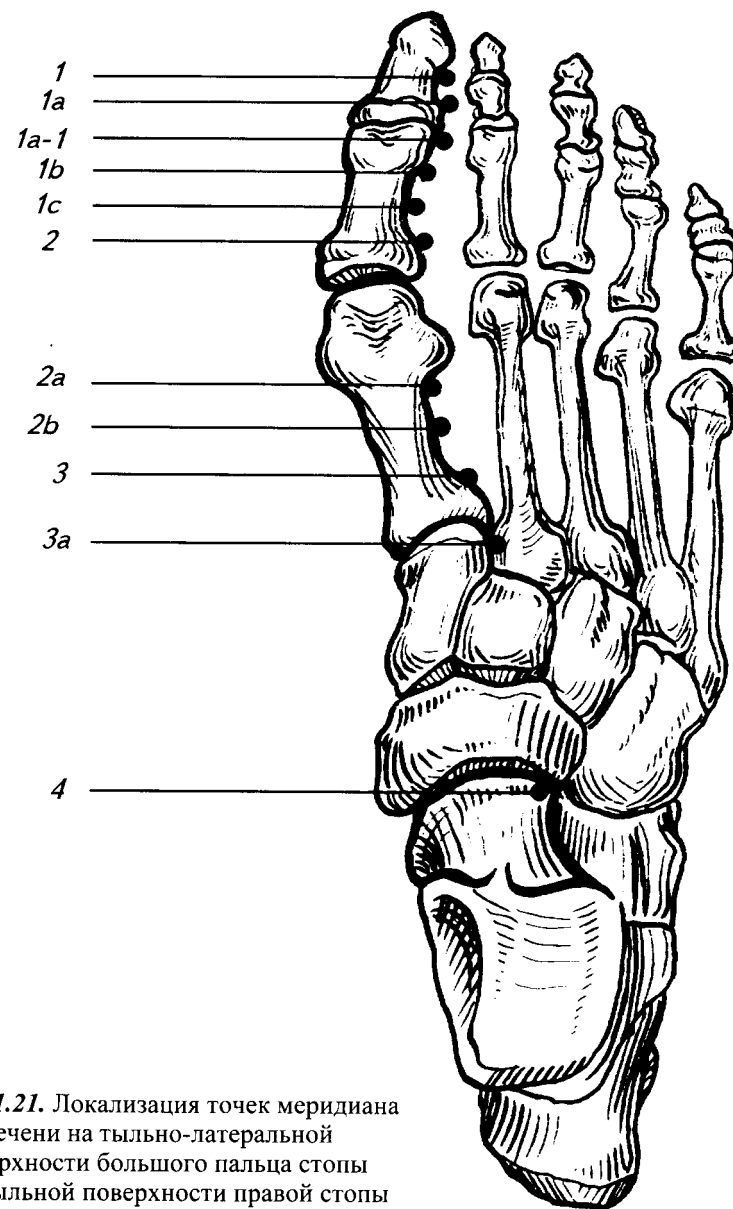
Нисходящая веточка спускается к наружному углу рта (проекция третьих зубов) и, проходя вдоль верхней губы, заканчивается в носогубной ямке.

Восходящая веточка направляется на свод черепа и заканчивается в точке 20 заднего срединного меридиана «бай-хуэй», обозначаемой в ЭАФ как **Зср 20 ТИ** «Самая высокая точка черепа».

#### Топографическое расположение БАТ меридиана печени (рис. П1.21, П1.22, П1.23):

- Пе 1** **ТИ:** центральная венозная система печени.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности дистальной фаланги 1 пальца стопы над бугристостью.
- Пе 1а** **ТИ:** меридиана печени.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 1 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.

- Пе 1a-1** **ТИ:** лимфососуды брюшины, покрывающей печень.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 1 пальца стопы над щелью межфалангового сустава.
- Пе 1b** **ТИ:** брюшина и серповидная связка печени.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 1 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Пе 1c** **ТИ:** вены печени.  
**ЛТ:** на середине тыльно-латеральной поверхности тела проксимальной фаланги 1 пальца стопы.
- Пе 2** **ТИ:** гепатоциты и дольки печени.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 1 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Пе 2a** **ТИ:** междольковые желчные протоки.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 1 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Пе 2b** **ТИ:** воротная вена печени.  
**ЛТ:** на середине тыльно-латеральной поверхности тела 1 плюсневой кости.
- Пе 3** **ТИ:** сеть синусных печеночных капилляров.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 1 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.
- Пе 3a** **ТИ:** внутренние лимфососуды печени.  
**ЛТ:** на латеральной поверхности над щелью 1 предплюсно-плюсневой сустава.
- Пе 4** **ТИ:** передняя часть голеностопного сустава.  
**ЛТ:** у медиального края сухожилия мышцы-разгибателя большого пальца на уровне верхушки медиальной лодыжки.
- Пе 5** **ТИ:** «Мастер крови» (см. **Сп 6 ТИ** и **По 8 ТИ**).  
**ЛТ:** на 4 цуня выше медиальной лодыжки, на крае большеберцовой кости.
- Пе 6\*** **ЛТ:** на 2 цуня выше точки **Пе 5 ТИ**.
- Пе 7** **ТИ:** вены нижних конечностей.  
**ЛТ:** на бугристости медиального мыщелка большеберцовой кости.



*Рис. П1.21.* Локализация точек меридиана печени на тыльно-латеральной поверхности большого пальца стопы и на тыльной поверхности правой стопы

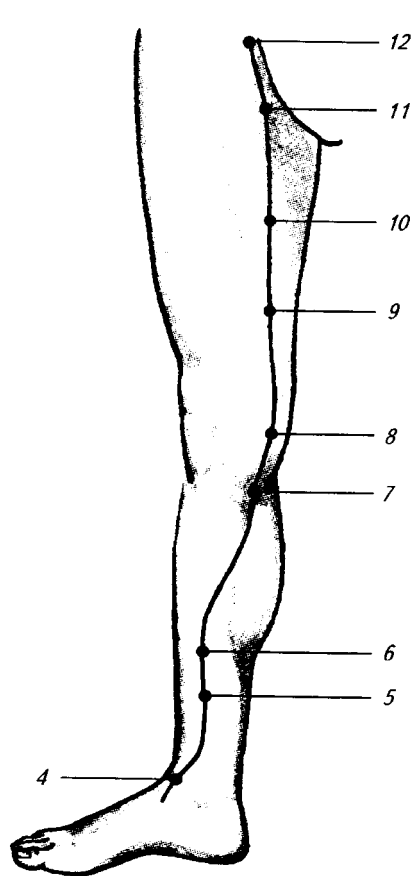


Рис. П1.22. Локализация точек меридиана печени на ноге

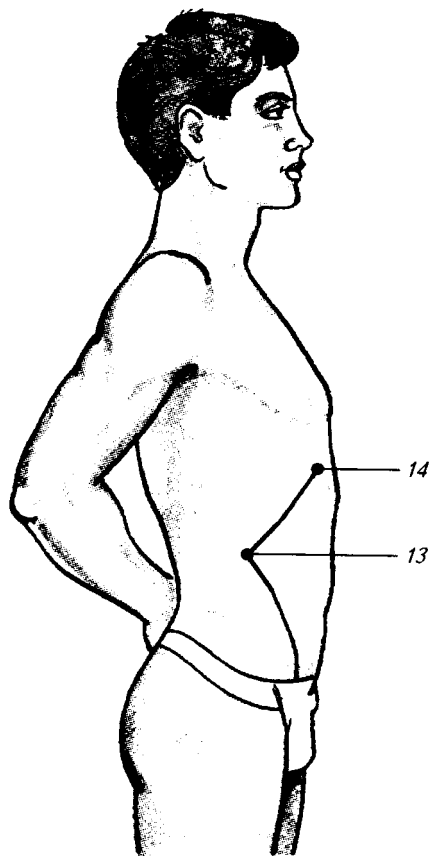


Рис. П1.23. Локализация точек меридиана печени на туловище

- Пе 8** **1-ТИ:** коленный сустав.  
**ЛТ:** кзади от медиального мыщелка бедренной кости в углублении, на уровне центра коленной чашечки.
- Пе 9\*** **ЛТ:** в мышечном углу, образованном длинной приводящей мышцей бедра и портняжной мышцей, на 5 цуней выше точки **Пе 8 1-ТИ**.
- Пе 10** **ТИ:** задняя часть (стенка) большого сальника.  
**ЛТ:** на крае портняжной мышцы, на 3 цуня выше точки **Пе 9**.
- Пе 11** **ТИ:** половые железы (см. **Сп 11 ТИ** и **Же 31 ТИ**).  
**ЛТ:** на середине внутренней поверхности бедренной кости, у нижнего края длинной приводящей мышцы бедра.
- Пе 12\*** **ЛТ:** в углу, образованном портняжной мышцей и паховой связкой.
- Пе 13** **ТГ:** точка тревоги поджелудочной железы – справа;  
**ТГ:** точка тревоги селезенки – слева.  
**ЛТ:** на свободном конце 11 ребра.
- Пе 14** **ТИ:** лимфососуды печени (син. Точка тревоги печени).  
**ЛТ:** между 5 и 6 ребром, на 1 цунь латеральнее сосковой линии.

### Репрезентативные БАТ сосуда суставной дегенерации

Сосуд суставной дегенерации, включая суставы позвоночника, представлен 7 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии различных артропатий, бурситов, синовитов, остеохондроза позвоночника, спондиллитов и т.п. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом желчного пузыря.

Измерение ЭП БАТ данного сосуда может использоваться в оценке действия различных противовоспалительных средств, используемых в лечении заболеваний суставов и позвоночного столба, а также препаратов, влияющих на процессы остеосинтеза.

Ход сосуда суставной дегенерации начинается над бугристостью дистальной фаланги 2-го пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности и заканчивается на 2-й плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.

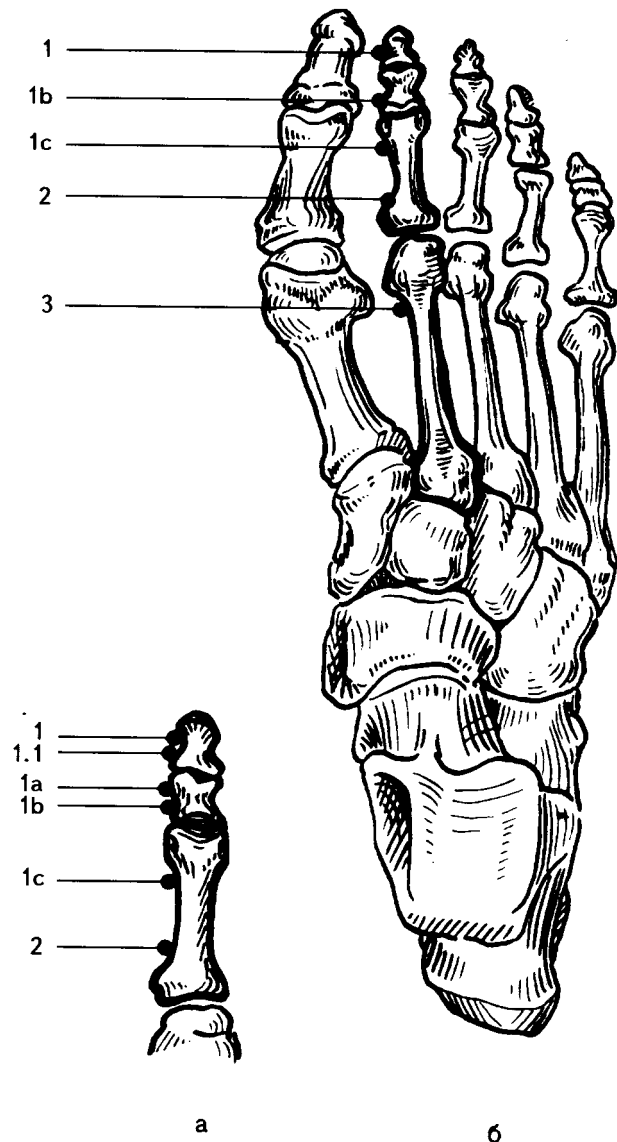


Рис. П1.24. Локализация точек меридиана суставной дегенерации на тыльно-медиальной поверхности 2 пальца стопы (а) и на тыльной поверхности стопы (б)

### Топографическое расположение БАТ сосуда суставной дегенерации (рис. П1.24):

- Су 1** **ТИ:** суставы тазового пояса и нижних конечностей.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности бугристости дистальной фаланги 2 пальца стопы.
- Су 1-1** **ТИ:** очагово-токсические или инфекционные поражения суставов.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 2 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.
- Су 1а** **ТИ:** аллергические поражения суставов.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности средней фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Су 1б** **КТИ:** суставы, включая суставы позвоночника.  
**ЛТ:** у основания средней фаланги 2 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.
- Су 1с** **ТИ:** синовиальные оболочки суставов.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Су 2** **ТИ:** суставы плечевого пояса и руки до запястья.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Су 3** **ТИ:** сустав 1-2 шейных позвонков и височно-нижнечелюстной сустав.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности 2 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

### Репрезентативные БАТ меридиана желудка

В ЭАФ меридиан желудка насчитывает 147 репрезентативных точек, используемых в диагностике и терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта, периферической нервной системы, полости рта, щитовидной и паращитовидных желез, грудных и половых желез, нарушений иммунной реактивности и обмена веществ.

### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана желудка:

В ЭАФ *основной ход* меридиана желудка начинается в пункте

соединения лобной и теменной костей, который еще обозначается, как точка соединения меридиана желудка с меридианом желчного пузыря (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 8 СТИ**).

От данной точки меридиан желудка идет к нижнему краю дуги скуловой кости, от которого спускается по наружной поверхности щеки до основания молярного бугорка дуги скуловой кости. Здесь меридиан желудка меняет свое направление, поднимается вверх к внутреннему краю скуловой дуги и затем вновь спускается вниз по переднему краю жевательной мышцы (*M. masseter*) к нижнему краю нижней челюсти.

Далее меридиан желудка переходит на шею и следует вниз на расстоянии 1 цуня от передней средней линии, на уровне верхнего края щитовидного хряща («Адамово яблоко») отклоняется от средней линии 1,5 цуня латеральнее, проходит по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (*M. sternocleidomastoideus*), направляясь по ходу сосковой линии к надключичной ямке, пересекает акромиальную часть ключицы и выходит на переднюю по верхность грудной клетки.

По передне-верхней поверхности грудной клетки меридиан желудка следует на 4 цуня латеральнее передней срединной линии, далее, от ключицы до 5-го межреберья по сосковой линии выходит на брюшную стенку, отклоняясь от передней срединной линии на 4–5 цуня.

У нижнего края лобковой кости меридиан желудка следует на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии и направляется в паховую область, проходя по мышечному промежутку, образованному длинной отводящей (*M. adductor longus*) и гребешковой (*M. pectineus*) мышцами бедра.

Из паховой области меридиан желудка переходит на наружную поверхность бедра, спускается вниз по латеральному краю прямой мышцы бедра (*M. rectus femoris*) и латеральной части четырехглавой мышцы бедра (*M. vastus lateralis*) до верхнего края коленной чашечки, а затем к латеральной ямке надколенника.

От данного пункта меридиан желудка продолжает свой основной ход, следуя между передней большеберцовой мышцей (*M. tibialis anterior*) и мышцей общего разгибателя пальцев стопы (*M. extensor digitorum communis*), достигает верхушки медиальной лодыжки, переходит на тыльно-латеральную поверхность стопы, последовательно проходя 2-ю плюсневую кость, проксимальную, медиальную и дистальную фаланги 2-го пальца ноги.

Конечным пунктом основного пути следования меридиана желудка является точка 45 – «ли-дуй», расположенная на тыль-

но-латеральной поверхности бугристости дистальной фаланги 2-го пальца стопы, имеющая в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с привратником и левой частью тела желудка.

*Внутренний ход* меридиана желудка начинается в общей для многих меридианов точке «цюе-пэнь» (**Же 12 ТИ**), соответствующей в ЭАФ общей сонной артерии и каротидному синусу.

В данной точке меридиан желудка разветвляется на *латеральную нисходящую ветвь*, повторяющую основную путь следования меридиана, описанный выше, и *медиальную нисходящую ветвь*.

*Медиальная ветвь* меридиана желудка спускается вниз по передней поверхности грудной клетки, идет медиальнее соска молочной железы и направляется к белой линии живота. Пересекает ее и выходит точку 16 меридиана почек «хуан-шу», от которой следует вниз к точке меридиана желудка 30 «ци-чун», соответствующей в ЭАФ первой точке тазобедренного сустава, в которой обе ветви меридиана желудка вновь соединяются.

В некоторых китайских источниках описаны и другие внутренние ходы меридиана желудка, например, от его парных точек – «чэн-ци» (в ЭАФ – **Же 4 ТИ** Хрусталик) к точке заднего срединного меридиана «инь-тан» (в ЭАФ – **Зсп 23-1а ТИ** «Глаз циклопа» – точка психосоматических и дегенеративных нарушений).

#### Топографическое расположение БАТ меридиана желудка (рис. П1.25, П1.26, П1.27, П1.28):

- |               |            |   |
|---------------|------------|---|
| <b>Же 1</b>   | <b>ТИ:</b> | точка соединения меридиана желудка с меридианом желчного пузыря.  |
|               | <b>ЛТ:</b> | в лобном углу, на 1,5 цуня вглубь от границы роста волос к височной впадине, в месте соединения лобной и теменной костей (локализация данной точки соответствует расположению классической точки <b>Же 8 СТИ</b> ). |
| <b>Же 2</b>   | <b>ТИ:</b> | нижняя часть височно-нижнечелюстного сустава.   |
|               | <b>ЛТ:</b> | у нижнего края дуги скуловой кости на уровне средины жевательной бугристости нижней челюсти (локализация данной точки соответствует расположению классической точки <b>Же 7 СТИ</b> ).                              |
| <b>Же 3</b>   | <b>ТИ:</b> | околоушная железа.  |
|               | <b>ЛТ:</b> | на середине жевательной бугристости нижней челюсти (или на нижнем крае жевательной мышцы), локализация данной точки соответствует расположению классической точки <b>Же 6 ТИ</b> .                                  |
| <b>Же 3-1</b> | <b>ТИ:</b> | ретромолярная область и 6 зуб нижней челюсти.   |

- ЛТ:** в проекции 6 зуба нижней челюсти на наружной поверхности щеки.
- Же 3-2 ТИ:** язык.
- Же 3-3 ТИ:** подъязычная железа.  
**ЛТ:** под нижним краем дуги скуловой кости, выше и медиальнее точки **Же 3-2 ТИ**.
- Же 3а ТИ:** язычная миндалина.  
**ЛТ:** на переднем крае жевательной мышцы в месте ее прикрепления к скуловой кости.
- Же 3а-1 ТИ:** носоглотка.  
**ЛТ:** на молярном бугорке дуги скуловой кости.
- Же 3б ТИ:** глотка.  
**ЛТ:** на 0,5 цуня выше точки **Же 3а ТИ**, у основания молярного бугорка дуги скуловой кости.
- Же 4 ТИ:** хрусталик.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через наружный край зрачка, с внутренним краем скуловой дуги (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 1 ТИ**).
- Же 5 ТИ:** гайморова пазуха.  
**ЛТ:** на вертикальной линии, проведенной через наружный угол глаза, в месте ее пересечения с нижним краем дуги скуловой кости.
- Же 5а ТИ:** подъязычный нерв – XII пара ЧМН.  
**ЛТ:** на 0,5 цуня медиальнее точки **Же 3а ТИ** (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 2 ТИ**).
- Же 6 ТИ:** 4-участок верхней челюсти, 6-7 зубы.  
**ЛТ:** в углу, образованном передним краем жевательной мышцы и нижним краем скуловой кости.
- Же 7 СТИ:** боковая поверхность верхней челюсти, 5–8 зубы.  
**ЛТ:** в нижнем конце носогубной складки (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 3 ТИ**).
- Же 8 СТИ:** боковая поверхность нижней челюсти, 4–5 зубы.  
**ЛТ:** на коже лица в проекции 4-5 зубов нижней челюсти.

- ти (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 4 ТИ**).
- Же 8-1 ТИ:** 3-участок нижней челюсти, 4-5 зубы.  
**ЛТ:** на наружно-латеральном крае круговой мышцы рта, несколько ниже точки **Же 8 СТИ**.
- Же 8-2 ТИ:** ротоглотка.  
**ЛТ:** медиально у основания бугорка нижней челюсти.
- Же 8-3 ТИ:** подчелюстной ганглий.  
**ЛТ:** на нижнем крае нижней челюсти, латеральнее и ниже точки **Же 8-2 ТИ**.
- Же 8а ТИ:** подчелюстная железа.  
**ЛТ:** на нижнем крае нижней челюсти, на 1 цунь кпереди от нижнего края жевательной мышцы (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Же 5 ТИ**).
- Же 8б ТИ:** небная миндалина.  
**ЛТ:** у латерального края подъязычной мышцы, на середине расстояния от нижней челюсти до подъязычной кости.
- Же 8с ТИ:** шейная часть вагуса.  
**ЛТ:** под подъязычной костью, на 1 цунь латеральнее передней срединной линии.
- Же 8д ТИ:** глоточное (син. Фарингеальное) сплетение вагуса.  
**ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Же 8с ТИ**.
- Же 9 ТИ:** параситовидные железы.  
**ЛТ:** на уровне верхнего края щитовидного хряща (Адамового яблока) и на 1,5 цуня латеральнее от передней срединной линии, на переднем крае грудино-подъязычной мышцы.
- Же 10 ТИ:** щитовидная железа.  
**ЛТ:** у переднего (внутреннего) края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне нижнего края щитовидного хряща.
- Же 10а СТИ:** вагус – X пара ЧМН.  
**ЛТ:** на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на границе ее средней и нижней третей.
- Же 10б ТИ:** яремный лимфатический проток.  
**ЛТ:** в углу, образованном наружным краем грудино-



- ключично-сосцевидной мышцы (кивательной) и передним краем лестничной мышцы шеи (верхний угол предлестничного пространства).
- Же 11** **ТИ:** тимус.  
**ЛТ:** на внутреннем крае грудино-ключичного сочленения между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
- Же 12** **ТИ:** общая сонная (син. Каротидная) артерия и каротидный синус.  
**ЛТ:** в надключичной ямке по ходу сосковой линии.
- Же 12а** **ТИ:** верхние средостенные (син. Медиастинальные), окологрудные и грудинные лимфоузлы.  
**ЛТ:** на акромиальной части ключицы латеральнее точки **Же 12 ТИ**.
- Же 12б** **ТИ:** бронхомедиастинальный лимфатический ствол, бронхопульмональные передние трахеобронхиальные, задние трахеальные и бронхомедиастинальные лимфоузлы.  
**ЛТ:** на 1 ребре на 4 цуня латеральнее передней срединной линии.
- Же 13** **ТИ:** верхняя часть пищевода.  
**ЛТ:** между 1 и 2 ребром, на 4 цуня латеральнее передней срединной линии.
- Же 14** **ТИ:** нижняя часть пищевода.  
**ЛТ:** между 2 и 3 ребром, на 4 цуня латеральнее передней срединной линии.
- Же 15** **ТИ:** пищеводное сплетение вагуса.  
**ЛТ:** между 3 и 4 ребром, на 5 цуней латеральнее срединной линии.
- Же 16** **ТИ:** грудная часть вагуса.  
**ЛТ:** на нижнем крае 4 ребра, по сосковой линии (или чуть медиальнее).
- Же 17** **ТИ:** грудные железы.  
**ЛТ:** в центре соска.
- Же 18** **ТИ:** легочное сплетение вагуса.  
**ЛТ:** между 5 и 6 ребром по сосковой линии (пункт пересечения с точкой **Пе 14 ТИ** Точка тревоги печени).

- Же 19** **ТИ:** диафрагмальное сплетение вагуса.  
**ЛТ:** между 6 и 7 ребром, у нижнего края реберно-хрящевое соединения.
- Же 20** **ТИ:** заднее желудочное сплетение вагуса – справа;  
**ТИ:** переднее желудочное сплетение вагуса – слева.  
**ЛТ:** между 7 и 8 ребром, у нижнего края реберно-хрящевое соединения.
- Же 21** **ТИ:** брюшная часть вагуса.  
**ЛТ:** между 8 и 9 ребром, у нижнего края реберно-хрящевое соединения.
- Же 22** **ТИ:** верхнее желудочное сплетение симпатикуса – справа;  
**ТИ:** Селезеночное сплетение – слева.  
**ЛТ:** между 9 и 10 ребром, у нижнего края реберно-хрящевое соединения.
- Же 23** **ТИ:** сплетение поджелудочной железы (панкреатическое).  
**ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Же 22 ТИ**.
- Же 24\*** **ЛТ:** на 0,5 цуня ниже точки **Же 23 ТИ** и на 5 цуней латеральнее передней срединной линии.
- Же 25** **ТТ:** точка тревоги толстой кишки.  
**ЛТ:** на уровне пупка и на 4 цуня латеральнее передней срединной линии.
- Же 26\*** **ЛТ:** на линии расположения точки **Пер 6**, ниже точки **Же 25 ТТ** и на 2 цуня ниже пупка.
- Же 27\*** **ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Же 26**.
- Же 28\*** **ЛТ:** на линии расположения точки **Пер 4 ТТ**, на 4 цуня латеральнее передней срединной линии, на верхней границе нижней трети расстояния между пупком и симфизом.
- Же 29\*** **ЛТ:** на линии расположения точки **Пер 3 ТТ**, на 3 цуня латеральнее передней срединной линии и на 2 цуня выше верхнего края симфиза.
- Же 30 1-ТИ:** тазобедренный сустав.  
**ЛТ:** у нижнего края лобковой кости, на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- Же 30а** **ТИ:** брюшное симпатическое сплетение яичников и яичек.

- ЛТ:** в мышечном промежутке, образованном длинной отводящей и гребешковой мышцами бедра.
- Же 31** **ТИ:** половые железы (см. **Сп 11 ТИ** и **Пе 11 ТИ**).  
**ЛТ:** на середине внутренней поверхности бедренной кости, у нижнего края длинной приводящей мышцы бедра.
- Же 31а** **ТИ:** передняя стенка сумки сальника.  
**ЛТ:** на латеральном крае портняжной мышцы и на 2 цуня дистальнее точки **Же 31 ТИ**.
- Же 32** **ТИ:** артерии нижних конечностей.  
**ЛТ:** на латеральном крае прямой мышцы бедра и латеральной части четырехглавой мышцы бедра.
- Же 33** **ТИ:** вены брюшной полости (портальная, верхняя и нижняя полые, подвздошные вены и др.).  
**ЛТ:** на конце прямой мышцы бедра выше конца мышечного пучка латеральной части четырехглавой мышцы бедра и на 2 цуня выше верхнего края коленной чашечки.
- Же 34\*** **ЛТ:** на верхнем крае коленной чашечки.
- Же 35** **2-ТИ:** коленный сустав.  
**ЛТ:** в латеральной ямке надколенника.
- Же 36\*** **ЛТ:** у латерального края головки большеберцовой кости, у медиального края сухожилия мышцы общего разгибателя пальцев стопы.
- Же 37\*** **ЛТ:** в середине передней средней линии голени, между передней большеберцовой мышцей и мышцей общего разгибателя пальцев стопы, на уровне расположения точек **Жп 36** и **Жп 35**.
- Же 38\*** **ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Же 37** или на 5 цуней ниже точки **Же 36**.
- Же 39\*** **ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Же 38**.
- Же 40\*** **ЛТ:** на медиальном крае передней большеберцовой мышцы, на одной линии с точкой **Сп 6 ТИ**.
- Же 41** **2-ТИ:** верхняя часть голеностопного сустава.  
**ЛТ:** на сгибе стопы, на уровне верхушки медиальной лодыжки, у шейки таранной кости, на середине крестообразной связки.

- Же 41а** **ТИ:** грудные железы.  
**ЛТ:** на тыльной поверхности стопы, в месте соприкосновения суставных поверхностей ладьевидной, кубовидной и латеральной клиновидной костей.
- Же 42** **ТИ:** верхняя часть пищевода.  
**ЛТ:** на тыльной поверхности стопы в месте соприкосновения суставных поверхностей ладьевидной, промежуточной и латеральной клиновидных костей.
- Же 42а** **ТИ:** нижняя часть пищевода.  
**ЛТ:** на тыльной поверхности стопы между 2 плюсневой, промежуточной и латеральной клиновидными костями.
- Же 43** **ТИ:** правая часть тела желудка – справа;  
**ТИ:** кардиальный отдел желудка – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 2 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.
- Же 43а** **ТИ:** слизистая оболочка малой кривизны желудка – справа;  
**ТИ:** слизистая оболочка большой кривизны желудка – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 2 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Же 44** **ТИ:** антральный отдел желудка – справа.  
**ТИ:** свод (газовый пузырь) желудка – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Же 44-1** **ТИ:** левая желудочная вена – слева;  
**ТИ:** правая желудочная вена – справа.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности середины тела проксимальной фаланги 2 пальца стопы.
- Же 44а** **ТИ:** брюшина желудка.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Же 44а-1** **ТИ:** лимфососуды брюшины, покрывающей желудок.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 2 пальца стопы над щелью проксимального межфалангового сустава.

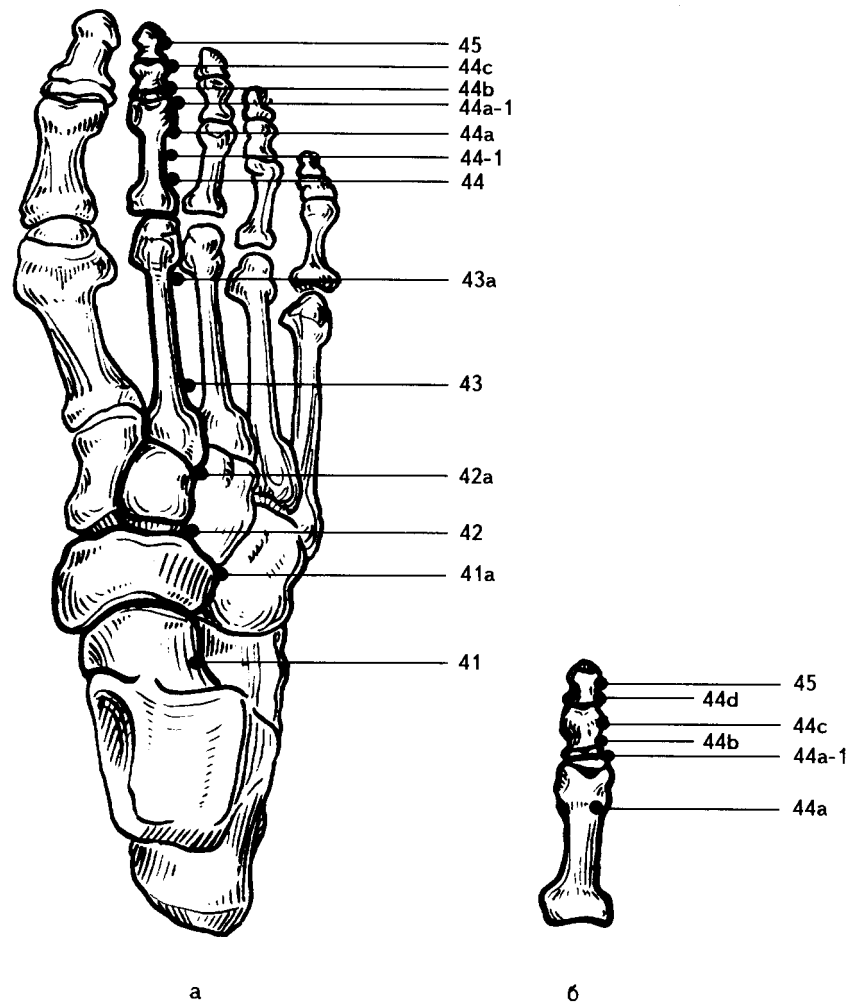


Рис. III.25. Локализация точек меридиана желудка на тыльной поверхности правой стопы (а) и на тыльно-латеральной поверхности 2 пальца (б)

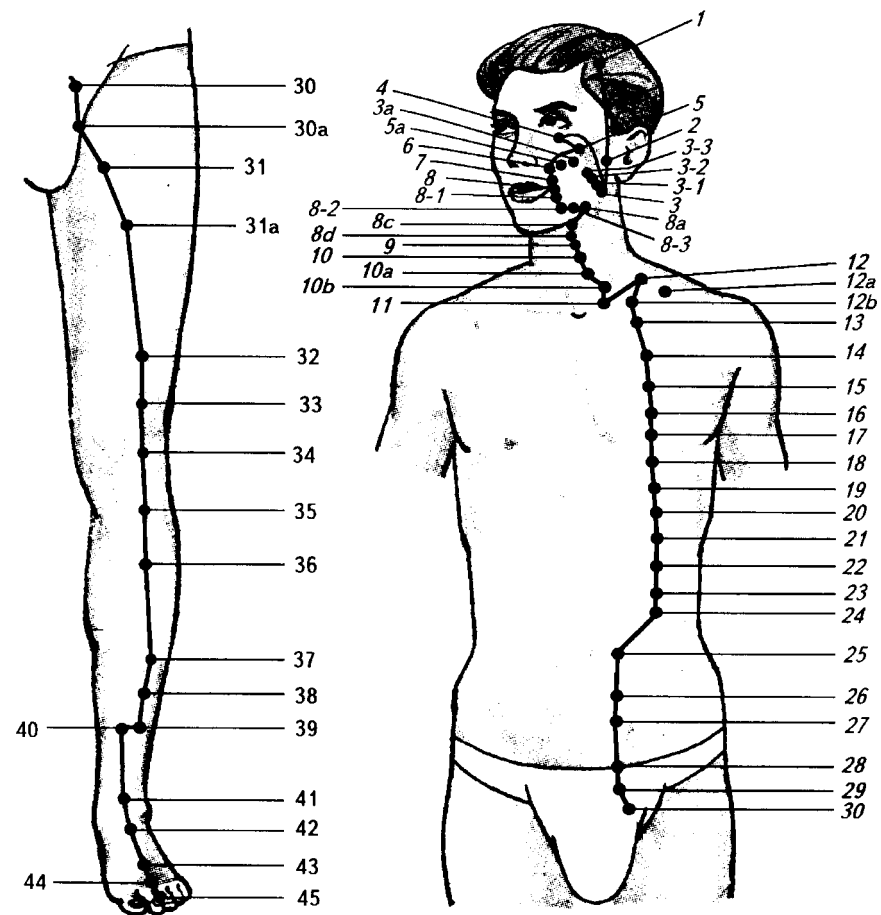


Рис. III.26. Локализация точек меридиана желудка на ноге

Рис. III.27. Локализация точек меридиана желудка на передней поверхности туловища и лице

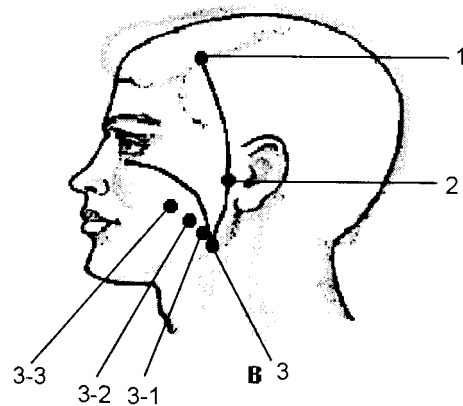
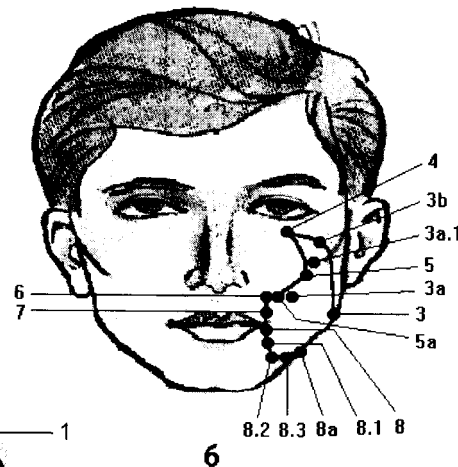
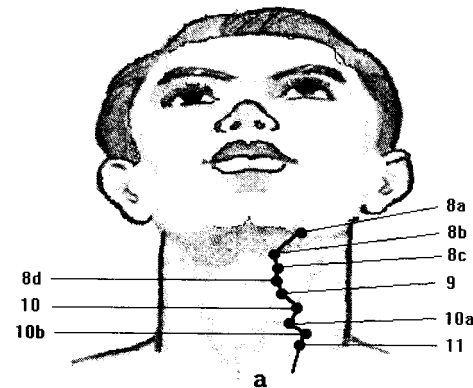


Рис. III.28. Локализация точек меридиана желудка на шею (а), лице (б) и (в)

- Же 44b КТИ:** желудок.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности медиальной фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Же 44c ТИ:** чревное (солнечное) сплетение.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 2 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Же 44d ТИ:** лимфососуды желудка.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 2 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.
- Же 45 ТИ:** привратник – справа;  
**ТИ:** левая часть тела желудка – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности бугристости дистальной фаланги 2 пальца стопы.

### Репрезентативные БАТ меридиана желчного пузыря

В ЭАФ меридиан желчного пузыря представлен 118 репрезентативными точками, имеющими информационно-функциональные взаимосвязи с внутренними структурами глаза (сетчатка, стекловидное тело, зрительный нерв), различными отделами головного мозга, нейроэндокринной системой, третьими зубами верхней и нижней челюсти, суставами и мышцами нижних конечностей, костным мозгом, а также различными отделами гепато-билиарной системы.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана желчного пузыря:

Основной путь следования меридиана желчного пузыря начинается на латеральной поверхности внутреннего края глазницы в точке «тун-цзы-ляо» (**Жп 1 СТИ**), имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи со всеми внутренними структурами глаза.

Далее меридиан желчного пузыря следует в латеральном направлении по верхнему краю скуловой дуги, образуя по пути следования новую точку, соответствующую в ЭАФ ресничному ганглию (**Жп 1а ТИ**). От данной точки меридиан идет к точке меридиана тонкой кишки **Тн 18а ТИ**, взаимосвязанной со слуховым ганглием; к ниже-внутреннему краю височно-скулового сращения (шва) идет вторичный сосуд (ответвление), на котором расположена внемеридианальная точка крылонебного ганглия.

От верхнего края скуловой дуги (*Arcus zygomaticus*) меридиан желчного пузыря идет к нижнему краю сустава нижней челюсти, откуда вновь возвращается на верхний край дуги скуловой кости и поднимается вверх по передне-медиальной поверхности виска до линии пересечения венечного (*Sutura coronaria*) и крыловидного-теменного швов (*Sutura sphenoparietalis*). Здесь меридиан желчного пузыря меняет свое направление и следует вниз, по височной кости (*Os temporale*), до точки межзатылочного мозга «цзю-бинь» (**Жп 7 СТИ**), расположенной на переднем крае передней ушной мышцы (*M. auricularis superior*), на 1 цунь впереди и выше завитка уха (*Helix auris*).

В этой точке меридиан желчного пузыря вновь меняет направление, поднимается вверх к затылочной кости и дугообразно опускается по чешуйчатому шву сосцевидного отростка (*Sutura squamomastoidea*) до его конца.

От нижнего края сосцевидного отростка меридиан желчного пузыря снова меняет свое направление и идет к лобному бугру (*Tuber frontale*) лобной кости (*Os frontale*), далее следует по своду черепа на расстоянии 3 цуней от срединной линии, доходит до лямбдовидного шва (*Sutura lambdoidea*) и переходит на заднюю поверхность шеи.

На задней поверхности шеи меридиан желчного пузыря идет по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (*M. sternocleidomastoideus*), переходит на боковую поверхность грудной клетки и спускается вниз по передней подмышечной линии до 5-го межреберья.

В области живота и таза меридиан желчного пузыря идет от свободного края 12-го ребра, переходит на вершину гребня подвздошной кости (*Spina iliaca anterior superior*) и спускается вниз между передней верхней остью подвздошной кости и большим вертелом бедренной кости.

Далее идет позади большого вертела бедренной кости, переходит на заднюю срединную линию бедра, следует по заднему краю боковой широкой мышцы бедра (*M. vastus lateralis*) и медиальному краю двухглавой мышцы бедра (*M. biceps femoris*), переходит на средне-боковую линию голени.

По средне-боковой линии голени меридиан желчного пузыря идет вдоль заднего края длинной малоберцовой мышцы (*M. peroneus longus*), спускается вниз по заднему краю мышцы длинного сгибателя пальцев стопы (*M. extensor digitorum longus*), достигает передне-медиальной поверхности мышечка малой берцовой кости, откуда переходит на тыльную поверхность стопы.

По тыльной поверхности стопы меридиан желчного пузыря

идет между кубовидной (*Os cuboideum*) и пяточной (*Os calcaneum*) костями, далее по тыльно-латеральной поверхности 4-й плюсневой кости, фалангам 4-го пальца и закачивается над бугристостью дистальной фаланги 4-го пальца стопы в точке «цзу-цяо-инь» (**Жп 44 ТИ**), имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с общим желчным и печеночным протоками.

В классической акупунктуре описаны несколько внутренних ходов и ответвлений меридиана желчного пузыря.

*Внутренний ход* меридиана желчного пузыря начинается в точке 13 заднего срединного меридиана «да-чжуй» (в ЭАФ – **Зер 13 СТИ** Спинной мозг), расположенную на остистом отростке 7-го шейного позвонка, где он пересекается с меридианами мочевого пузыря, тонкой кишки, эндокринной системы и толстой кишки (по некоторым источникам, внутренний ход меридиана желчного пузыря начинается от его 21 точки «цзянь-цзин», связанной в ЭАФ с передней долей гипофиза и являющейся пунктом пересечения точек **Тн 15 ТИ** и **Энд 21 СТИ**).

От данной точки внутренний ход меридиана идет на передне-верхнюю поверхность туловища, к точке 12 меридиана желудка «цзюе-пень», расположенной в надключичной ямке по ходу сосковой линии. В ЭАФ эта точка имеет информационно-функциональную взаимосвязь с общей сонной артерией и каротидным синусом, в которой меридиан желчного пузыря вновь пересекается с меридианами эндокринной системы, толстой кишки и тонкой кишки.

Далее внутренняя ветвь спускается вниз, следуя чуть медиальнее от передней подмышечной линии до точки тревоги желчного пузыря **Жп 24 ТТ** («жи-юе»), расположенной на передней подмышечной линии, на уровне 5-го межреберья, где сливается с основным ходом меридиана желчного пузыря. От этой точки внутренний ход меридиана идет медиальнее его основного пути следования, с которым он сливается в точке «хуань-тяо» (**Жп 30**) и дает ответвление к первой точке заднего срединного меридиана «чан-цян», поднимается к точке 31 меридиана мочевого пузыря «шан-ляо» и по горизонтальной линии повторно выходит на основной путь следования меридиана желчного пузыря, соединяясь с ним в точке 28, расположенной на передней верхней ости подвздошной кости.

#### Топографическое расположение БАТ

меридиана желчного пузыря (рис. П1.29, П1.30, П1.31, П1.31а):

- Жп 1 СТИ:** внутренние структуры глаза.  
**ЛТ:** на латеральной поверхности внутреннего края глазницы между точкам и **Жп 1-1 ТИ** и **Глаз 7**.

- Жп 1-1** **ТИ:** Зрительный нерв – II пара ЧМН.  
**ЛТ:** в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной через нижний край глазного яблока, и латеральной поверхности внутреннего края глазницы.
- Жп 1а** **ТИ:** ресничный ганглий (от данной точки идет вторичный сосуд к точке **Тп 18а ТИ**, на котором расположена **ТИ Крылонебного ганглия**).  
**ЛТ:** латерально, на верхнем крае дуги скуловой кости.
- Жп 2\*** **ЛТ:** Точка соединения меридианов эндокринной системы, тонкой кишки, желудка и желчного пузыря.  
**ЛТ:** на нижнем крае сустава нижней челюсти.
- Жп 3** **ТИ:** Тройничный нерв – V пара ЧМН.  
**ЛТ:** на середине верхнего края дуги скуловой кости.
- Жп 4** **ТИ:** Зрительный бугор (таламус).  
**ЛТ:** в передне-медиальной части височной области, в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной по верхнему краю надбровной дуги, с латеральным краем чешуи лобной кости.
- Жп 5\*** **ЛТ:** на 0,5 цуня кзади от точки **Жп 4 ТИ**.
- Жп 6\*** **ЛТ:** на одной линии с расположением точек меридиана желудка: **Же 1 ТИ, Же 2 ТИ, Же 3 ТИ**, на 1 цунь книзу и кзади от точки **Жп 5**.
- Жп 7** **СТИ:** Средний мозг (Диэнцефалон).  
**ЛТ:** в височной области, в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной по нижнему краю надбровной дуги (от переносицы), и вертикальной линии, проведенной от наружного слухового прохода.
- Жп 8** **ТИ:** Серый бугор.  
**ЛТ:** на границе между височной и теменной костями, на 1 цунь выше и кзади от точки **Жп 7 СТИ**.
- Жп 9** **СТИ:** Межуточный (промежуточный) мозг.  
**ЛТ:** на 1 цунь выше и кзади от точки **Жп 8 ТИ**, на вертикальной линии, проведенной от сосцевидного отростка.
- Жп 10** **ТИ:** Красное ядро.  
**ЛТ:** на задней границе чешуи височной кости, в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной

- по нижнему краю надбровной дуги, и височно-затылочного шва.
- Жп 10а** **ТИ:** Преганглионарные волокна вагуса в среднем мозге.  
**ЛТ:** на заднем крае чешуи височной кости, на 1 цунь кзади и книзу от точки **Жп 10 ТИ**.
- Жп 11** **ТИ:** Центр ритма сна и бодрствования в среднем мозге.  
**ЛТ:** на 2 цуня кзади от верхнего края ушной раковины.
- Жп 11а** **ТИ:** Медиальные коленчатые тела.  
**ЛТ:** на 1 цунь кпереди и книзу от точки **Жп 11 ТИ**.
- Жп 11б** **ТИ:** Ядра вагуса в продолговатом мозге.  
**ЛТ:** на основании сосцевидного отростка, на уровне наружного слухового прохода.
- Жп 12** **ТИ:** Задняя доля гипофиза.  
**ЛТ:** на середине нижнего края сосцевидного отростка.
- Жп 13\*** **ЛТ:** по ходу височной линии, на 1 цунь книзу и кзади от точки **Жп 14 ТИ**.
- Жп 14** **ТИ:** Латеральные коленчатые тела (Конечная часть зрительного тракта; точка соединения меридианов желудка, толстой кишки и эндокринной системы).  
**ТЛ:** на вершине бугра лобной кости, на 1,5 цуня латеральнее срединной линии.
- Жп 15\*** **ЛТ:** на 3 цуня латеральнее срединной линии и на 1 цунь выше точки **Жп 14 ТИ**.
- Жп 16** **ТИ:** центр сна и его глубины в среднем мозге.  
**ЛТ:** на 3,5 цуня латеральнее срединной линии свода черепа, на верхней височной линии.
- Жп 17** **ТИ:** ретикулярная формация.  
**ЛТ:** на вертикальной линии, проведенной от верхнего края ушной раковины, на 3 цуня латеральнее срединной линии.
- Жп 18** **ТИ:** верхние ручки бугорков четверохолмия (включая латеральные коленчатые тела и конечную часть зрительного тракта).  
**ЛТ:** на 1 цунь кзади от точки **Жп 17 ТИ** и на 3 цуня латеральнее срединной линии черепа.
- Жп 18а** **ТИ:** Нижние ручки бугорков четверохолмия (включая

- медиальные коленчатые тела – подкорковые слуховые центры).
- ЛТ:** на 1 цунь кзади от точки **Жп 18 ТИ** и на 3 цуня латеральнее срединной линии черепа.
- Жп 19 ТИ:** ножки мозга.  
**ЛТ:** на затылочно-теменном (лямбдовидном) шве, на 3 цуня латеральнее срединной линии черепа.
- Жп 19а ТИ:** головная часть симпатикуса.  
**ЛТ:** на медиальном крае места прикрепления затылочной мышцы к гребню затылочной кости, на 3 цуня латеральнее срединной линии черепа.
- Жп 20 СТИ:** симпатическая нервная система.  
**ЛТ:** в ямке, между задним краем сосцевидного отростка и затылочной мышцей.
- Жп 20а ТИ:** промежуточная доля гипофиза.  
**ЛТ:** на 2 цуня выше точки **Жп 21 ТИ**.
- Жп 21 ТИ:** передняя доля гипофиза.  
**ЛТ:** у заднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы на 4 цуня дистальнее угла нижней челюсти или на 4 цуня латеральнее остистого отростка шейного позвонка.
- Жп 22 ТИ:** точка объединения меридианов легких, кровообращения и сердца.  
**ЛТ:** по передней подмышечной линии на уровне 3 межреберья.
- Жп 23 ТТ:** дополнительная точка тревоги желчного пузыря.  
**ЛТ:** по передней подмышечной линии на уровне 4 межреберья.
- Жп 24 ТТ:** точка тревоги желчного пузыря.  
**ЛТ:** по передней подмышечной линии на уровне 5 межреберья.
- Жп 25 ТТ:** точка тревоги почек.  
**ЛТ:** на свободном конце 12 ребра.
- Жп 26\* ЛТ:** на вершине гребня подвздошной кости.
- Жп 27\* ЛТ:** на середине расстояния между точками **Жп 26** и **Жп 28**, на верхнем крае гребня подвздошной кости.

- Жп 28\* ЛТ:** на передней верхней ости подвздошной кости.
- Жп 29 3-ТИ:** тазобедренный сустав.  
**ЛТ:** между передней верхней остью подвздошной кости и большим вертелом бедренной кости.
- Жп 30\* ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Жп 29 3-ТИ**, позади большого вертела бедренной кости.
- Жп 31\* ЛТ:** в верхнем углу, образованном короткой головкой двухглавой мышцы бедра, и боковой широкой мышцы бедра, на середине задне-срединной линии бедра.
- Жп 32\* ЛТ:** между точками **Жп 31** и **Жп 33 СТИ**, на заднем крае боковой широкой мышцы бедра.
- Жп 33 СТИ:** суставы нижних конечностей.  
**ЛТ:** на ниже-медиальном крае двухглавой мышцы бедра на 4 цуня выше головки малоберцовой кости.
- Жп 34 СТИ:** мышцы нижней конечности.  
**ЛТ:** в углублении под головкой малоберцовой кости.
- Жп 35\* ЛТ:** на одной линии с точками **Мп 58** и **Же 37**, на середине средне-боковой линии голени.
- Жп 36\* ЛТ:** на линии расположения точки **Жп 35**, на переднем крае длинной малоберцовой мышцы.
- Жп 37\* ЛТ:** на линии расположения точек **Мп 59** и **Же 38**, у заднего края длинной малоберцовой мышцы.
- Жп 38\* ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Жп 37**.
- Жп 39 ТИ:** костный мозг.  
**ЛТ:** на 3 цуня выше наружной лодыжки на задней поверхности малоберцовой кости, на линии расположения точки **Сп 6 ТИ**.
- Жп 39а3-ТИ:** латеральный участок верхнего отдела голеностопного сустава.  
**ЛТ:** на передне-медиальной поверхности мыщелка малой берцовой кости.
- Жп 40\* ЛТ:** на тыльной поверхности стопы, между кубовидной и пяточной костями.
- Жп 41 ТИ:** желчные протоки правой доли печени – справа;  
**ТИ:** желчные протоки левой доли печени – слева.

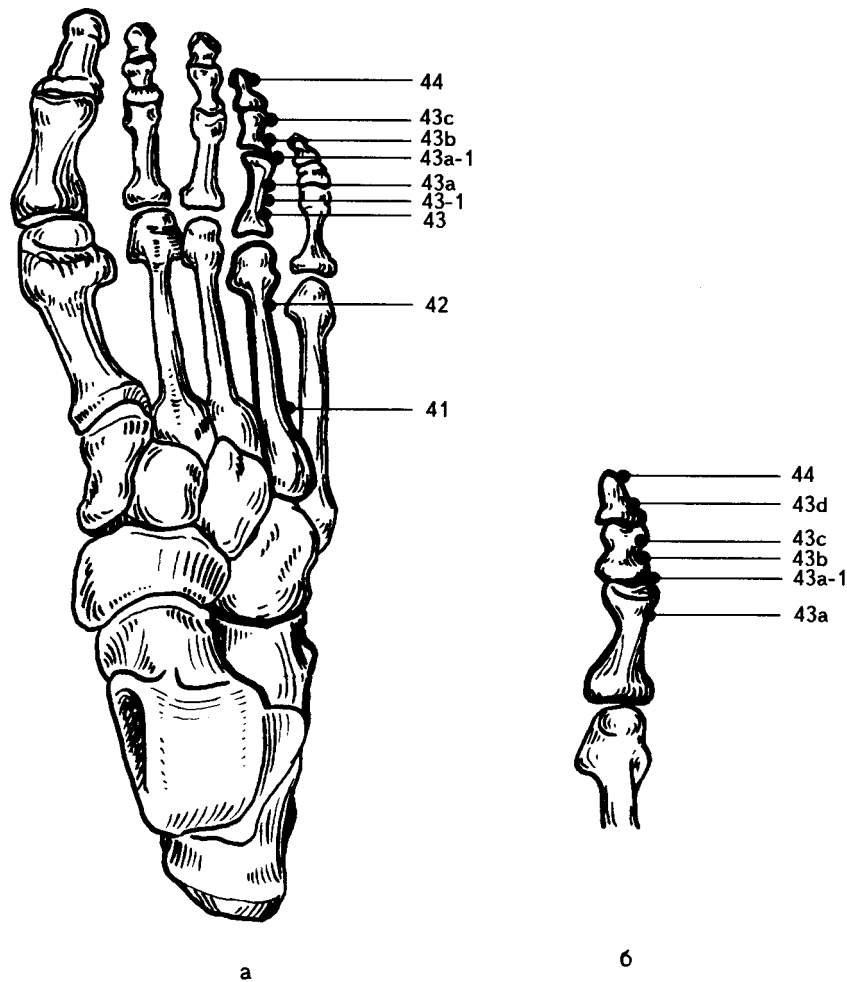


Рис. П1.29. Локализация точек меридиана желчного пузыря на тыльной поверхности правой стопы (а) и на тыльно-латеральной поверхности 4 пальца (б)

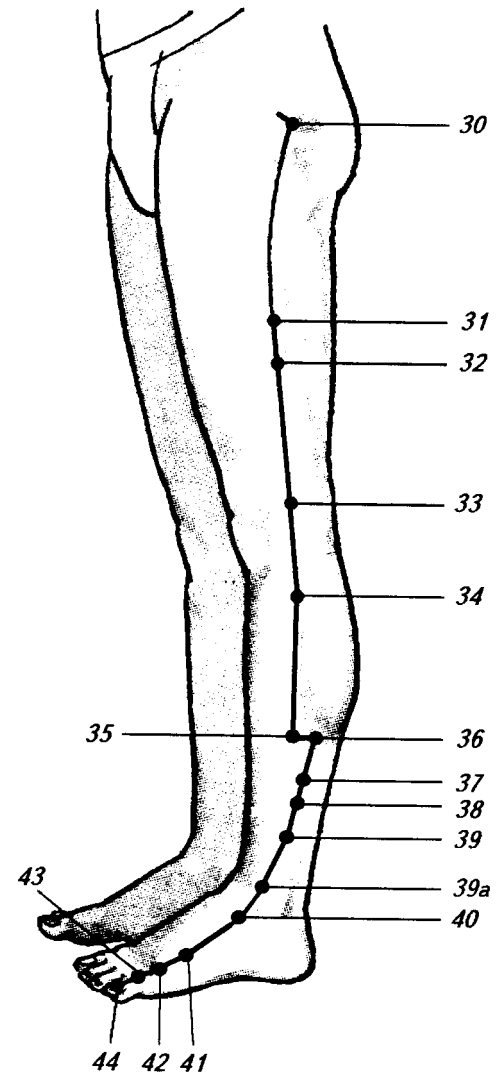


Рис. П1.30. Локализация точек меридиана желчного пузыря на ноге



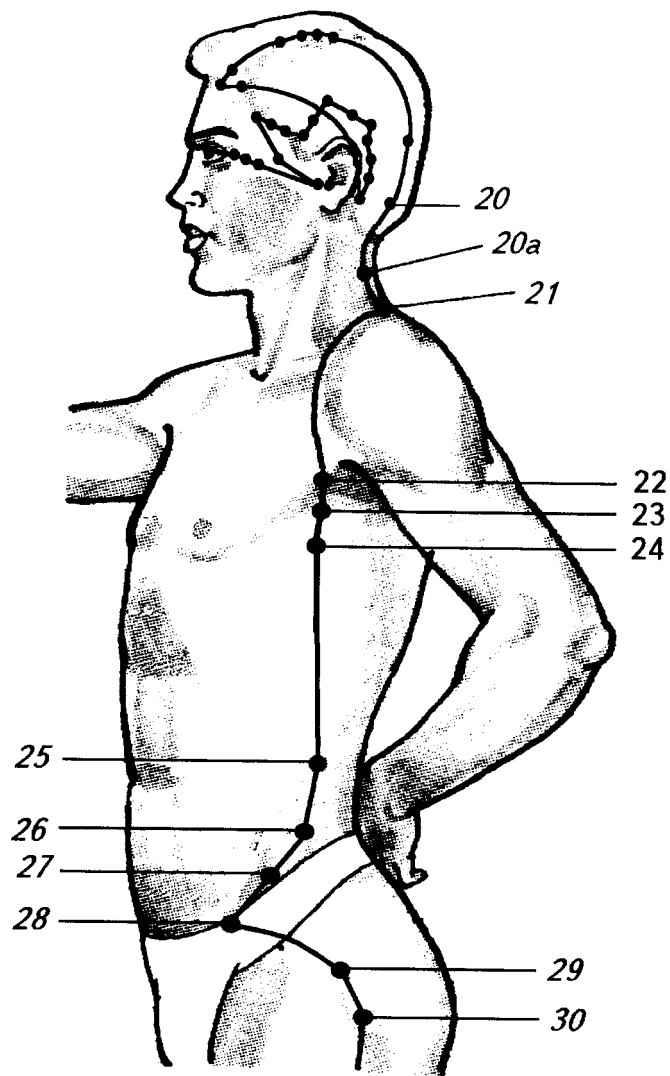


Рис. III.31. Локализация точек меридиана желчного пузыря на туловище

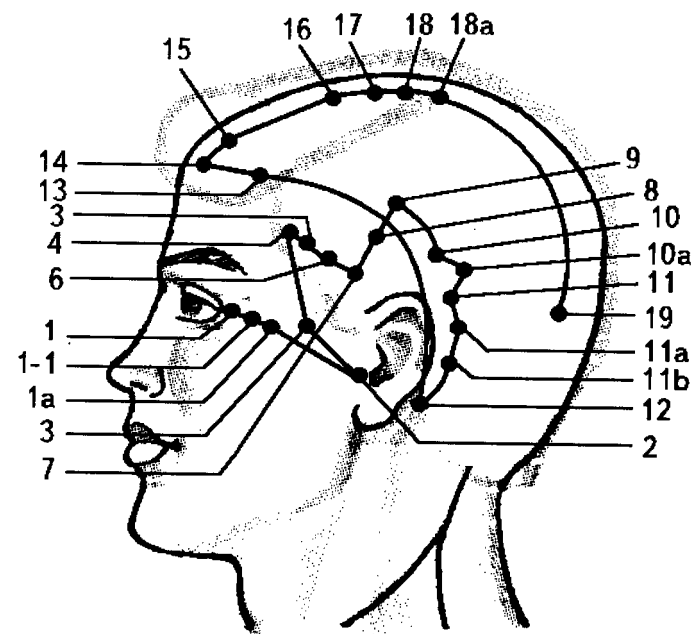


Рис. III.31a. Локализация точек меридиана желчного пузыря на голове

- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 4 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.
- Жп 42** **ТИ:** желчный пузырь – справа;  
**ТИ:** левый печеночный проток – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 4 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Жп 43** **ТИ:** пузырный проток – справа;  
**ТИ:** правый печеночный проток – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 4 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Жп 43-1** **ТИ:** пузырная вена.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности середины тела проксимальной фаланги 4 пальца стопы.
- Жп 43а** **ТИ:** брюшина желчного пузыря.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксималь-

- ной фаланги 4 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Жп 43а-1ТИ:** лимфатические сосуды брюшины, покрывающей желчный пузырь.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 4 пальца стопы над щелью проксимального межфалангового сустава.
- Жп 43б КТИ:** желчного пузыря и желчевыводящих путей.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 4 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Жп 43с ТИ:** печеночное сплетение.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 4 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Жп 43д ТИ:** лимфососуды желчного пузыря и желчных протоков.
- ЛТ:** у основания дистальной фаланги 4 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.
- Жп 44 ТИ:** общий желчный проток – справа.
- ТИ:** общий печеночный проток – слева.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности бугристости дистальной фаланги 4 пальца стопы.

### Репрезентативные БАТ меридиана почек

В ЭАФ меридиан почек представлен 82 репрезентативными точками, имеющими информационно-функциональные взаимосвязи с различными отделами мочевыделительной системы, надпочечниками, прямой кишкой, 1 и 2 зубами верхней и нижней челюсти, глоточной миндалиной, лобной пазухой, грудино-ключичным суставом и вегетативными парасимпатическими нервными сплетениями, иннервирующими органы грудной клетки, брюшной полости и малого таза.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана почек:

В классической акупунктуре *основной путь следования* меридиана почек начинается в центре свода стопы в точке «юн-цюань», от которой ход меридиана направляется к основанию первой плюсневой кости к его второй точке «жань-гу».

В противоположность этому, в ЭАФ основной путь следования меридиана почек начинается в его новой первой точке, расположенной на тыльно-медиальной поверхности бугристости дистальной фаланги 5-го пальца стопы, имеющей информационно-функциональную взаимосвязь с лоханками почек.

От этой точки меридиан почек следует вверх по тыльно-медиальной поверхности медиальной, проксимальной фаланг и 5-й плюсневой кости, от которой он, прободая стопу выходит на внутреннюю поверхность ладьевидной кости (*Os naviculare*), проходит по верхне-внутренней поверхности пяточного бугра (*Tuber calcanei*) к заднему отростку таранной кости (*Processus posterior tali*) и выходит к медиальной лодыжке. От медиальной лодыжки меридиан почек поднимается вверх по краю большеберцовой кости, проходит медиальный край коленной чашечки и переходит на бедро, следуя по внутреннему краю грациозной мышцы (*M. gracilis*).

Поднимаясь вверх по медиальной поверхности бедра, меридиан почек пересекает верхний край лобковой кости и на 0,5 цуня латеральнее срединной линии живота следует до пупка, где отклоняется от передней срединной линии на 4 цуня, доходит до межреберного сочленения и продвигается по его краю в сторону передней срединной линии.

На расстоянии 1 цуня от передней срединной линии меридиан почек переходит на грудную клетку, поднимается вверх и заканчивается между ключицей и 1 ребром в точке «шу-фу», имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с грудино-ключичным суставом.

*Внутренний ход* меридиана почек начинается в его последней точке (**По 27 ТИ**), от которой он следует к точке «лянь-цюань» переднего срединного меридиана, далее поднимается по передней срединной линии шеи вверх к подбородку и к медиальному концу брови, где соединяется с меридианом мочевого пузыря в его первой точке — «цин-мин», соответствующей в ЭАФ точке кавернозного синуса.

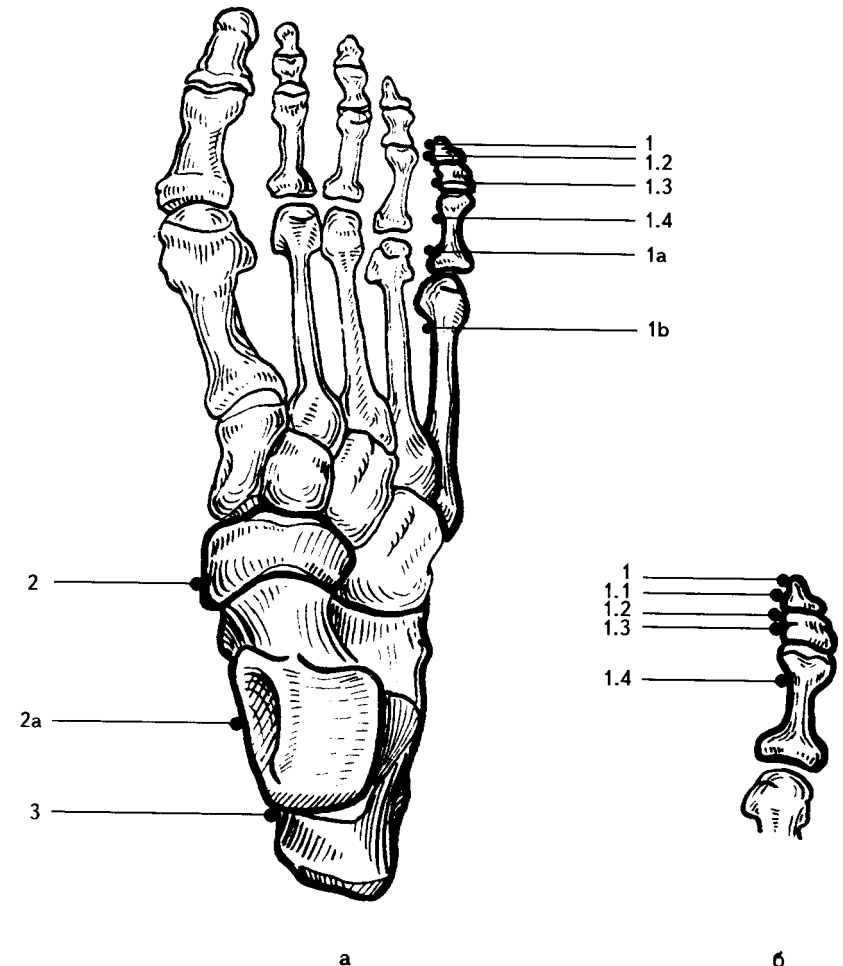
#### Топографическое расположение БАТ меридиана почек (рис. П1.32, П1.33, П1.34):

- По 1 ТИ:** почечные лоханки.
- ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности бугристости дистальной фаланги 5 пальца стопы.
- По 1-1 ТИ:** лимфососуды почек и надпочечников.
- ЛТ:** у основания дистальной фаланги 5 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.

- По 1-2** **ТИ:** почечное сплетение.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности средней фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- По 1-3** **КТИ:** почек.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности средней фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- По 1-4** **ТИ:** брюшина почек.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- По 1а** **ТИ:** мочеточники.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- По 1б** **ТИ:** надпочечниковое сплетение.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности 5 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку в дистальном отделе.
- По 2** **ТИ:** почечные столбы или пограничная пиелоренальная область, сосочки и чашечки почек.  
**ЛТ:** на внутренней поверхности ладьевидной кости перед бугристостью.
- По 2а** **ТИ:** прямые каналцы и собирательные трубочки почек.  
**ЛТ:** на 2 цуня дистальнее острия медиальной лодыжки.
- По 3** **ТИ:** паренхима почек: кора, клубочки и извитые каналцы.  
**ЛТ:** на середине пяточной кости.
- По 4** **ТИ:** среднее и нижнее прямокишечные.  
**ЛТ:** во впадине на верхне-внутренней поверхности бугра пяточной кости кпереди от места прикрепления ахиллова сухожилия.
- По 4а** **ТИ:** анальный сфинктер и область заднего прохода.  
**ЛТ:** в углу, образованном пяточной костью и задним отростком таранной кости (между **По 4 ТИ** и **По 5 ТИ**).
- По 5** **ТИ:** анальный канал.

- ЛТ:** на 1 цунь ниже и дорзально от острия медиальной лодыжки.
- По 5а** **ТИ:** ректальное венозное сплетение.  
**ЛТ:** на 0,5 цуня выше **По 5 ТИ**.
- По 6** **ТИ:** прямая кишка.  
**ЛТ:** на 0,5 цуня ниже медиальной лодыжки.
- По 6а** **ТИ:** лимфососуды терминального отдела кишечника и аноректальные лимфоузлы.  
**ЛТ:** проксимальнее **По 6 ТИ**.
- По 6б** **ТИ:** лимфососуды Дугласова пространства.  
**ЛТ:** над острием медиальной лодыжки.
- По 6с** **ТИ:** дугласово пространство.  
**ЛТ:** рядом с точкой **По 6б ТИ**, на внутренней поверхности медиальной лодыжки.
- По 7** **ТИ:** «Мастер крови».  
**ЛТ:** на 2 цуня выше медиальной лодыжки, у края большеберцовой кости (по данным Р. Фолля).
- По 8** **ТИ:** «Мастер крови» (см. **Сп 6 ТИ** и **Пе 5 ТИ**).  
**ЛТ:** на 4 цуня выше медиальной лодыжки, у края большеберцовой кости (по данным И. Руфа).
- По 9\*** **ЛТ:** на 2 цуня выше точки **По 8 ТИ**.
- По 10\*** **ЛТ:** на медиальной поверхности коленного сустава, по линии нижнего края коленной чашечки.
- По 10а** **ТИ:** мозговой слой надпочечников.  
**ЛТ:** на середине верхней и средней трети бедра, на внутренней поверхности грациозной мышцы.
- По 10б** **ТИ:** кора надпочечников.  
**ЛТ:** на 1 цунь выше точки **По 10а ТИ**.
- По 11\*** **ЛТ:** на верхнем крае лобковой кости, на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- По 12\*** **ЛТ:** на 1 цунь выше точки **По 11**, на уровне расположения точки **Пср 3 ТТ** и на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- По 13\*** **ЛТ:** на 2 цуня выше точки **По 11**, на уровне расположения точки **Пср 4 ТТ** и на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- По 14\*** **ЛТ:** на 3 цуня выше точки **По 11**, на уровне располо-

- жения точки **Пер 5 ТТ** и на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- По 15\*** ЛТ: на 4 цуня выше точки **По 11**, на уровне расположения точки **Пер 7 ТТ** и на 0,5 цуня латеральнее передней срединной линии.
- По 16\*** ЛТ: Точка центра жизни.  
ЛТ: на 3 цуня латеральнее пупка, на уровне расположения точки **Пер 8**.
- По 17\*** ЛТ: на 2 цуня выше точки **По 16**, на уровне расположения точки **Пер 10**.
- По 18\*** ЛТ: на 3 цуня выше пупка, на 4 цуня латеральнее передней срединной линии, на уровне расположения точки **Пер 11**.
- По 19** ТИ: почечные ветви вагуса.  
ЛТ: на 4 цуня выше пупка и 4 цуня латеральнее от передней срединной линии.
- По 20** ТИ: чревные ветви вагуса.  
ЛТ: на 5,5 цуней выше пупка и на 4 цуня латеральнее от передней срединной линии.
- По 21** ТИ: печеночные ветви вагуса.  
ЛТ: на 2 цуня латеральнее передней срединной линии, на уровне острия грудины.
- По 22\*** ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии, между 5 и 6 ребром.
- По 23\*** ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии, между 4 и 5 ребром.
- По 24\*** ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии, между 3 и 4 ребром.
- По 25\*** ЛТ: «Точка» тонзиллокардиального синдрома или ревмокардита (по А. Вейхе).  
ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии, между 2 и 3 ребром. Согласно работам Августа Вейхе (A. Weihe), при появлении спонтанной боли или повышенной чувствительности в данной точке необходимо исключить ревмокардит, например, как осложнение инфектартрита или тонзиллита. Наличие боли в данной точке является показанием к применению следующих гомеопатических средств:



**Рис. П1.32.** Локализация точек меридиана почек на тыльной поверхности правой стопы (а), на тыльно-медиальной поверхности 5 пальца (б)

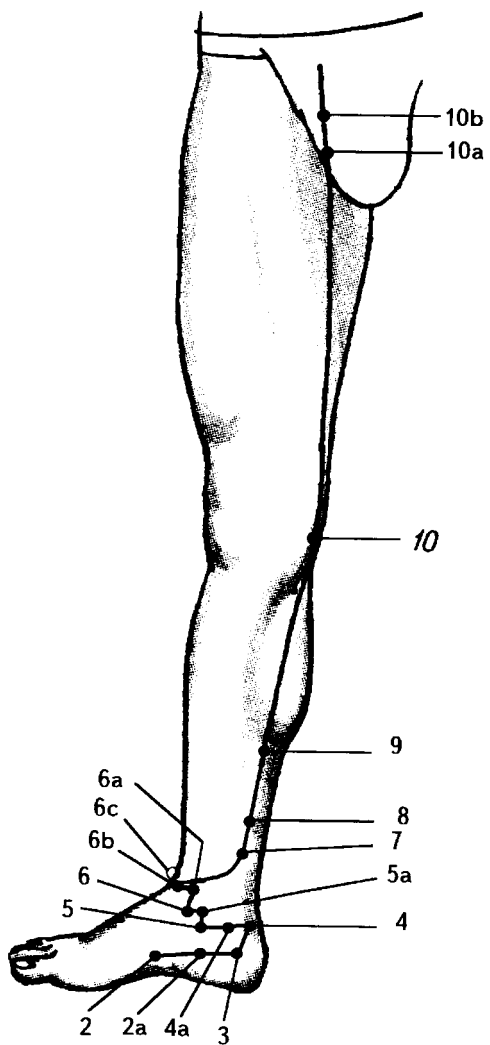


Рис. П1.33. Локализация точек меридиана почек на ноге

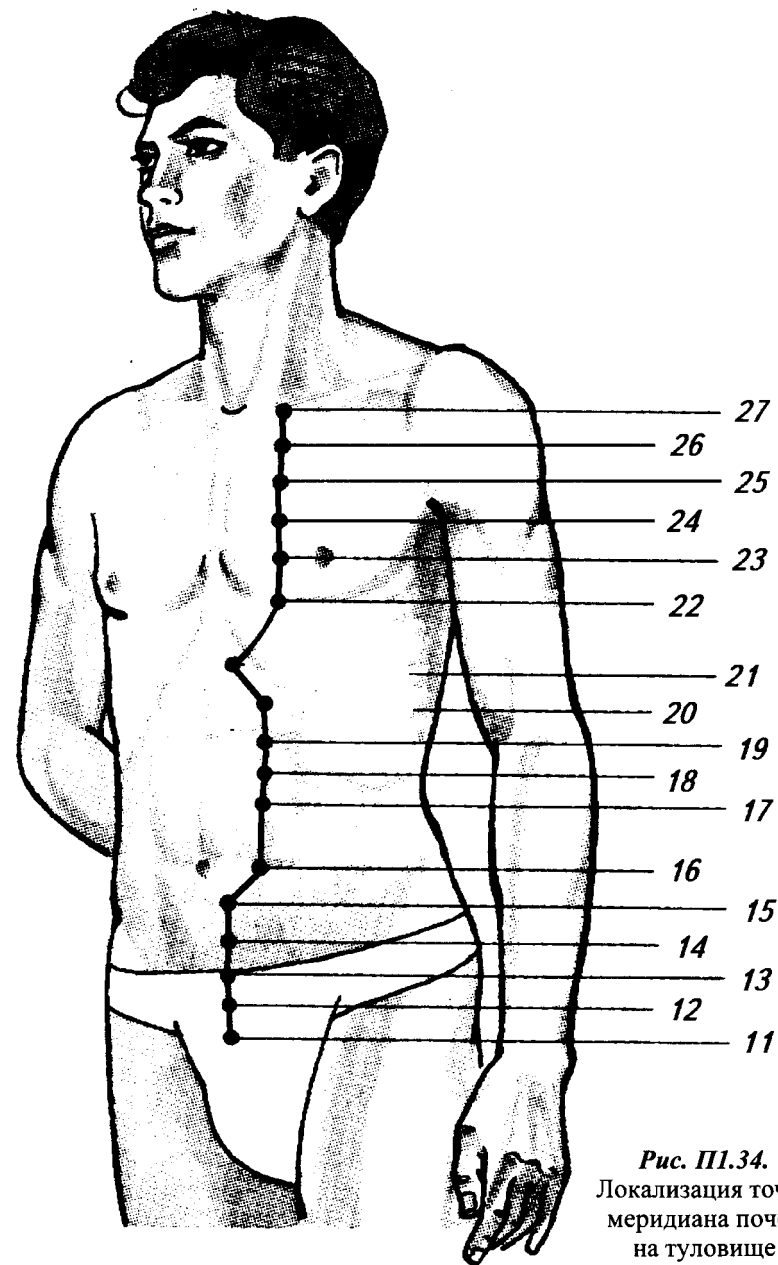


Рис. П1.34. Локализация точек меридиана почек на туловище

Veratrum viridum (D6-D12), Pyrogenium (D12-C30), Lachesis (D12)+ Pyrogenium (D30) + Echinacea (D3-D4) в смеси, Spigelia (D6-D12), Kalmia (D3-D6).

**По 26\*** ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии, между 1 и 2 ребром.

**По 27** ТИ: грудино-ключичный сустав.  
ЛТ: на 1 цунь латеральнее передней срединной линии между ключицей и 1 ребром.

### Репрезентативные БАТ меридиана мочевого пузыря

Меридиан мочевого пузыря наиболее длинный из 14 классических меридианов и насчитывает в ЭАФ 184 точки, из них 86 точек принадлежат его первой ветви, а 98 – второй.

В практике ЭАФ точки, лежащие на данном меридиане, используются для диагностики и терапии заболеваний эндокринных и половых желез, органов мочевыделительной системы, заболеваний периферической и центральной нервной системы, а также позвоночника.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования меридиана мочевого пузыря:

*Основной ход* меридиана мочевого пузыря начинается (по некоторым авторам – у внутреннего угла глаза) в своей первой точке «цин-мин», имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с кавернозным синусом.

От этой точки меридиан мочевого пузыря идет к медиальному краю надглазничного бугра, после чего на 2 цуня латеральнее от срединной линии головы поднимается вверх по лобной кости к вершине свода черепа, где сливается со своей противоположной ветвью в точке 20 заднего срединного меридиана «бай-хуэй» (в ЭАФ – **Зсп 20 ТИ** «Самая высокая точка черепа»).

Отсюда правая и левая ветви меридиана расходятся вправо и влево и проходят по своду черепа на расстоянии 2 цуней от его срединной линии.

Далее они проходят затылочные бугры и спускаются вниз по задней поверхности шеи, следуя на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.

На границе волосистой части затылка правая и левая ветви меридиана мочевого пузыря достигают точки 10 «тянь-чжу», имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с продолговатым мозгом.

В классической акупунктуре в этой точке правая и левая ветви меридиана мочевого пузыря образуют две ветви: нисходящую медиальную и нисходящую латеральную.

Первая, нисходящая, медиальная ветвь меридиана мочевого пузыря дает ответвление к точке заднего срединного меридиана 13 «да-чжуй» (в ЭАФ – **Зсп 13 СТИ** Спинной мозг), расположенной на остистом отростке 7-го шейного позвонка.

От этой точки меридиан мочевого пузыря идет к своей 11 точке «да-чжу», расположенной на нижнем крае поперечного отростка 1-го грудного позвонка и рассматриваемой в ЭАФ как «суммарная точка позвоночника».

В точке «да-чжу», обозначаемой в классической акупунктуре как «специальная седативная точка ян-энергии», меридиан мочевого пузыря перекрещивается с меридианами эндокринной системы и тонкой кишки (по работам некоторых авторов, с меридианом толстой кишки).

Необходимо отметить, что в традиционной акупунктуре, ввиду различия диалектов китайского языка (например, кантонского, мандаринского и других), классическое описание пунктов пересечений и путей следования перечисленных выше меридианов из-за общности корней названия точек «да-чжу» и «да-чжуй» дается по разному.

От точки «да-чжу» (**Мп 11 СТИ**), меридиан мочевого пузыря идет вниз, следуя на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии (паравerteбрально и парааксиально) и образуя группу точек между поперечными остистыми отростками позвонков и крестцовыми отверстиями, заканчивается у нижнего края копчика в точке 35 «хуэй-ян», имеющей в ЭАФ информационно-функциональные взаимосвязи с преганглионарными парасимпатическими крестцовыми нервными волокнами.

В классической акупунктуре первая ветвь меридиана мочевого пузыря от этой точки продолжает свой ход, следуя через средину подъягодичной складки, спускается вниз по задней срединной линии бедра до середины подколенной ямки, где сливается с латеральной ветвью в точке 54 «вэй-чжун», соответствующей в ЭАФ задней части коленного сустава.

В ЭАФ, вторая, нисходящая, латеральная ветвь меридиана мочевого пузыря начинается в точке 36 «тянь-чжу» (точка соединения меридиана мочевого пузыря с сосудом лимфатической системы), расположенной в 1 межреберье, на 2,5 цуня латеральнее задней срединной линии. От данной точки вторая ветвь меридиана мочевого пузыря спускается вниз, проходит через средину подъягодичной складки и продолжает свой ход по задней срединной линии бедра и голени.

На середине задней срединной линии голени, между медиальной и латеральной головками камбаловидной мышцы (*Sarut mediale et laterale M. gastocnemius*) меридиан мочевого пузыря переходит на ее латеральный край и далее следует к заднему краю латеральной лодыжки, переходит на наружную поверхность пяточной кости.

Далее проходит по тыльно-латеральной поверхности 5-й плюсневой кости и фалангам 5-го пальца и заканчивается в точке 67 «чжи-инь», расположенной над бугристостью дистальной фаланги 5-го пальца стопы и имеющей в ЭАФ информационно-функциональную взаимосвязь с телом и шейкой мочевого пузыря.

**Топографическое расположение БАТ  
меридиана мочевого пузыря (рис. П1.35, П1.36, П1.37):**

<b>Мп 1</b>	<b>ТИ:</b> кавернозный синус. <b>ЛТ:</b> на медиальном конце брови.
<b>Мп 2</b>	<b>ТИ:</b> лобные пазухи. <b>ЛТ:</b> на внутреннем крае круговой мышцы глаза, у медиального края надглазничного бугра и на 0,5 цуня медиальнее от отверстия надглазничного нерва.
<b>Мп 2-1</b>	<b>ТИ:</b> обонятельный нерв – I пара ЧМН. <b>ЛТ:</b> на 0,25 цуня выше и несколько латеральнее точки <b>Мп 2 ТИ</b> .
<b>Мп 2а</b>	<b>КТИ:</b> ствол головного мозга, продолговатого мозга, Варолиева моста, мозжечка, среднего и промежуточного мозга. <b>ЛТ:</b> на 0,5 цуня выше и несколько латеральнее точки <b>Мп 2 ТИ</b> .
<b>Мп 3*</b>	<b>ЛТ:</b> на границе роста волос, на 2 цуня латеральнее срединной линии.
<b>Мп 4*</b>	<b>ЛТ:</b> на 2 цуня латеральнее срединной линии и на 1 цунь выше точки <b>Мп 3</b> .
<b>Мп 5*</b>	<b>ЛТ:</b> на 1 цунь выше точки <b>Мп 4</b> .
<b>Мп 6*</b>	<b>ЛТ:</b> на 2 цуня латеральнее срединной линии в месте сочленения теменной и височной костей (теменно-височного шва).
<b>Мп 7*</b>	<b>ЛТ:</b> на 2 цуня латеральнее срединной линии и на 1 цунь выше точки <b>Мп 6</b> .
<b>Мп 8</b>	<b>ТИ:</b> эпифиз.

	<b>ЛТ:</b> на линии затылочного бугра (на 2 цуня латеральнее срединной линии свода черепа) в точке пересечения с затылочно-теменным швом (лямбдовидным).
<b>Мп 8а</b>	<b>ТИ:</b> верхние холмики крыши четверохолмия. <b>ЛТ:</b> на 1 цунь ниже точки <b>Мп 2 ТИ</b> .
<b>Мп 8b</b>	<b>ТИ:</b> нижние холмики крыши четверохолмия. <b>ЛТ:</b> на 2 цуня ниже точки <b>Мп 2 ТИ</b> .
<b>Мп 9</b>	<b>ТИ:</b> варолиев мост. <b>ЛТ:</b> кнаруже от выйной связки, на 2 цуня латеральнее задней срединной линии (затылочной плоскости).
<b>Мп 10</b>	<b>ТИ:</b> продолговатый мозг. <b>ЛТ:</b> на 2 цуня латеральнее задней срединной линии (выйной связки), между грудино-ключично-сосцевидной мышцей и затылочной мышцей.
<b>Мп 10а</b>	<b>ТИ:</b> верхний шейный ганглий. <b>ЛТ:</b> на поперечном отростке 3 шейного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 10а-1</b>	<b>ТИ:</b> добавочный нерв – XI пара ЧМН. <b>ЛТ:</b> на поперечном отростке 4 шейного позвонка, на 1 цунь латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 10b</b>	<b>ТИ:</b> средний шейный ганглий. <b>ЛТ:</b> на поперечном отростке 6 шейного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 10с</b>	<b>ТИ:</b> нижний шейный ганглий. <b>ЛТ:</b> на поперечном отростке 7 шейного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 11</b>	<b>СТИ:</b> позвоночник. <b>ЛТ:</b> на нижнем крае поперечного отростка 1 грудного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 12</b>	<b>СТИ:</b> костная система. <b>ЛТ:</b> на нижнем крае поперечного отростка 2 грудного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
<b>Мп 13</b>	<b>ТС:</b> точка согласия легких. <b>ЛТ:</b> на нижнем крае поперечного отростка 3 грудного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии.

- Мп 14** ТС: точка согласия кровообращения (перикарда).  
ЛТ: между поперечными отростками 4 и 5 грудных позвонков.
- Мп 15** ТС: точка согласия сердца.  
ЛТ: между поперечными отростками 5 и 6 грудных позвонков.
- Мп 16** СТИ: грудная часть симпатикуса (точка согласия «крови»);  
ЛТ: между поперечными отростками 6 и 7 грудных позвонков.
- Мп 17** ТИ: диафрагма и пищевод.  
ЛТ: между поперечными отростками 7 и 8 грудных позвонков.
- Мп 18** ТС: точка согласия печени.  
ЛТ: между поперечными отростками 9 и 10 грудных позвонков (между поперечными отростками 8 и 9 грудных позвонков БАТ нет).
- Мп 19** ТС: точка согласия желчного пузыря.  
ЛТ: между поперечными отростками 10 и 11 грудных позвонков.
- Мп 20** ТС: точка согласия селезенки – слева;  
ТС: точка согласия поджелудочной железы – справа.  
ЛТ: между поперечными отростками 11 и 12 грудных позвонков.
- Мп 21** ТС: точка согласия желудка.  
ЛТ: между поперечными отростками 12 грудного и 1 поясничного позвонков.
- Мп 22** ТС: точка согласия эндокринной системы (в ЭАФ ТИ Надпочечники).  
ЛТ: между поперечными отростками 1 и 2 поясничных позвонков.
- Мп 23** ТС: точка согласия почек.  
ЛТ: между поперечными отростками 2 и 3 поясничных позвонков.
- Мп 24** СТИ: брюшная часть симпатикуса.  
ЛТ: между поперечными отростками 3 и 4 поясничных позвонков.
- Мп 25** ТС: точка согласия толстого кишечника.

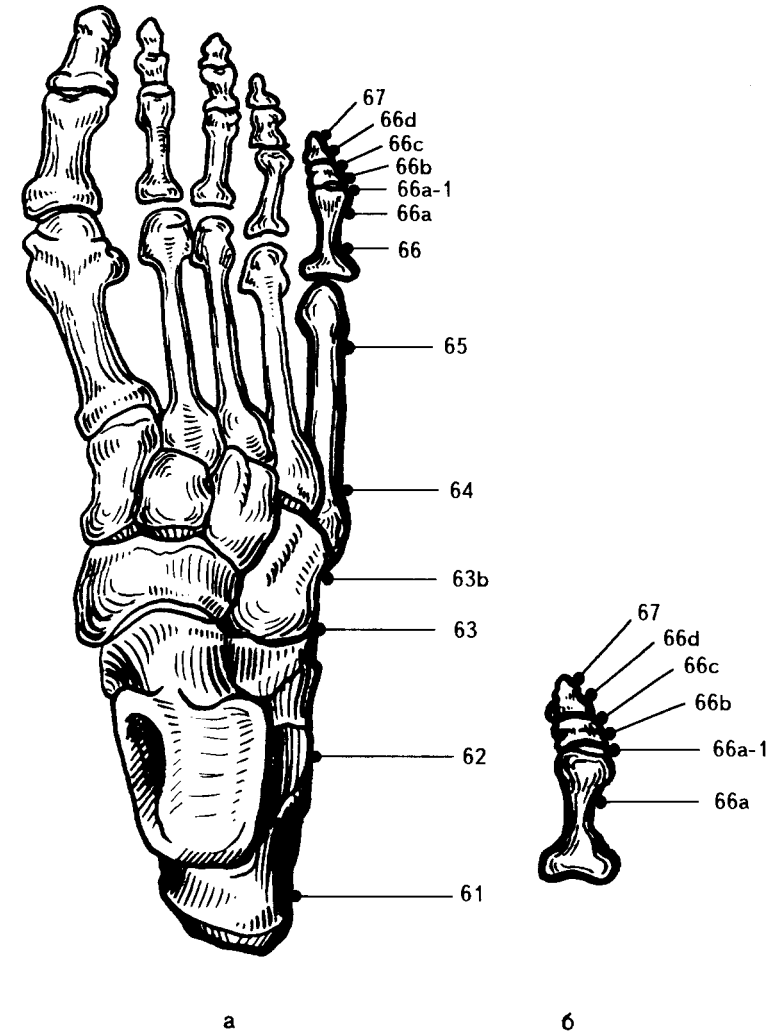
- ЛТ: между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков.
- Мп 26\*** Дополнительная точка тревоги тонкой кишки.  
ЛТ: между поперечными отростками 5 поясничного и 1 крестцового позвонков.
- Мп 27** ТС: точка согласия тонкой и 12-перстной кишки (в ЭАФ ТИ Крестцово-подвздошное сочленение).  
ЛТ: на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии между поперечными отростками 1 и 2 крестцовых позвонков.
- Мп 28** ТС: точка согласия мочевого пузыря и урогенитальных органов.  
ЛТ: на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии, между поперечными отростками 2 и 3 крестцовых позвонков.
- Мп 29** ТИ: грудной отдел позвоночника.  
ЛТ: на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии, между поперечными отростками 3 и 4 крестцовых позвонков.
- Мп 30** ТС: точка согласия сфинктера мочевого пузыря и прямой кишки.  
ЛТ: на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии, между поперечными отростками 4 и 5 крестцовых позвонков.
- Мп 31\*** ТС: точка соединения меридиана желчного пузыря.  
ЛТ: в проекции 1 крестцового отверстия.
- Мп 32** ТИ: тазовые нервы.  
ЛТ: в проекции 2 крестцового отверстия.
- Мп 33** ТИ: тазовая часть симпатикуса.  
ЛТ: в проекции 3 крестцового отверстия.
- Мп 34** ТИ: тазовое парасимпатическое сплетение.  
ЛТ: над 4 крестцовым отверстием.
- Мп 35** ТИ: преганглионарные парасимпатические крестцовые нервные волокна.  
ЛТ: у верхнего края копчика.
- Мп 36\*** Точка соединения с сосудом лимфатической системы.



- ЛТ:** на уровне 1 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки (или второй боковой линии спины).
- Мп 37\*** **ЛТ:** на уровне 2 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 38\*** **ЛТ:** на уровне 3 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 39\*** **ЛТ:** на уровне 4 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 40\*** **ЛТ:** на уровне 5 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 41\*** **ЛТ:** на уровне 6 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 42\*** **ЛТ:** на уровне 7 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 43\*** **ЛТ:** на уровне 10 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 44\*** **ЛТ:** на уровне 11 межреберья, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 45\*** **ЛТ:** на нижнем свободном конце 12 ребра, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 46\*** **ЛТ:** между поперечными отростками 1 и 2 поясничных позвонков, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии лопатки.
- Мп 47\*** **ЛТ:** между поперечными отростками 2 и 3 поясничных позвонков, на 3,5 цуня латеральнее задней срединной линии.
- Мп 48\*** **ЛТ:** между поперечными отростками 4 и 5 поясничных позвонков, на 4 цуня латеральнее задней срединной линии.
- Мп 49\*** **ЛТ:** на верхнем крае большой ягодичной мышцы, на 4 цуня латеральнее задней срединной линии.
- Мп 49а** **ТИ:** придатки яичек (эпидидимус), брюшное отверстие маточных труб.  
**ЛТ:** на 2 цуня латеральнее точки **Мп 29 ТИ**, между 3 и 4 крестцовыми позвонками, на большой ягодичной мышце.

- Мп 49b** **ТИ:** семенной канатик, ампулы маточных труб.  
**ЛТ:** на 2 цуня латеральнее точки **Мп 35 ТИ**, у верхнего края копчика, на большой ягодичной мышце, на 3 цуня ниже точки **Мп 49а ТИ**.
- Мп 49c** **ТИ:** Семенные пузырьки, маточные трубы.  
**ЛТ:** на середине седалищного бугра на большой ягодичной мышце или на 3 цуня ниже точки **Мп 49b ТИ**.
- Мп 49d** **ТИ:** предстательное, маточновлагалищное и нервное сплетение семявыносящих протоков.  
**ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Мп 49c ТИ** или на 1 цунь выше точки **Мп 50 ТИ**.
- Мп 50** **ТИ:** боковые доли простаты, тело матки.  
**ЛТ:** по средней линии задней поверхности бедра под ягодичной складкой.
- Мп 50-1** **ТИ:** средняя доля простаты, шейка матки.  
**ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Мп 50 ТИ**.
- Мп 50-2** **ТИ:** синус простаты, шейка матки (влагалищная часть матки).  
**ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Мп 50 ТИ**.
- Мп 50а** **ТИ:** семенной бугорок, широкая связка матки, параметрий.  
**ЛТ:** на 3 цуня ниже точки **Мп 50 ТИ** под ягодичной складкой.
- Мп 50b** **ТИ:** купферовские или бартолиниевые железы.  
**ЛТ:** на 3 цуня ниже точки **Мп 50а ТИ**.
- Мп 50c** **ТИ:** кавернозное сплетение полового члена и клитора.  
**ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Мп 51 ТИ**.
- Мп 51** **ТИ:** пенис, влагалище.  
**ЛТ:** по средней линии задней поверхности бедра на границе средней и нижней трети, между наружной и внутренней головками двухглавой мышцы бедра.
- Мп 51а** **ТИ:** задняя часть уретры.  
**ЛТ:** на 1 цунь ниже точки **Мп 51 ТИ**.
- Мп 52** **ТИ:** передняя часть уретры.  
**ЛТ:** на 2 цуня ниже точки **Мп 51 ТИ**.
- Мп 53** **ТИ:** лимфососуды нижней конечности.  
**ЛТ:** на латеральной точке коленного сгиба (на лате-

- ральном мышечном крае двухглавой мышцы бедра кнутри от широкой фасции бедра).
- Мп 54 3-ТИ:** задняя часть коленного сустава.  
**ЛТ:** в середине подколенной ямки.
- Мп 55\*** **ЛТ:** в подколенной ямке, между медиальной и латеральной головками камбаловидной мышцы.
- Мп 56\*** **ЛТ:** между точками **Мп 55** и **Мп 57**.
- Мп 57\*** **ЛТ:** на середине задней срединной линии голени, между медиальной и латеральной головками камбаловидной мышцы.
- Мп 58\*** **ЛТ:** у середины наружного края латеральной головки камбаловидной мышцы, на уровне точки **Мп 57**.
- Мп 59\*** **ЛТ:** на середине линии, проведенной от головки малоберцовой кости к задней поверхности наружной лодыжки.
- Мп 60** **ТИ:** нервы нижних конечностей.  
**ЛТ:** у заднего края латеральной лодыжки, между ахилловым сухожилием и лодыжкой.
- Мп 60a** **ТИ:** лимфоузлы крестцовокопчиковой области и таза.  
**ЛТ:** дистальнее точки **Мп 60 ТИ**.
- Мп 61** **ТИ:** поясничный отдел позвоночника, крестец и копчик.  
**ЛТ:** в центре наружной поверхности пяточной кости во впадине.
- Мп 62** **ТИ:** голеностопный сустав, задняя часть.  
**ЛТ:** непосредственно под латеральной лодыжкой.
- Мп 63** **ТИ:** нижнее подчревное симпатическое сплетение.  
**ЛТ:** в углублении под латеральной лодыжкой и кпереди на 0,25 цуня.
- Мп 63b** **ТИ:** наружные подвздошные лимфоузлы.  
**ЛТ:** на 1 цунь дистальнее точки **Мп 63 ТИ**.
- Мп 64 ЧСТИ:** придаток яичка, семенной канатик, маточные трубы.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 5 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.
- Мп 65 ЧСТИ:** предстательная железа, семенной бугорок, семен-



**Рис. ПП.35.** Локализация точек меридиана мочевого пузыря на тыльной поверхности правой стопы (а) и на тыльно-латеральной поверхности 5 пальца (б)

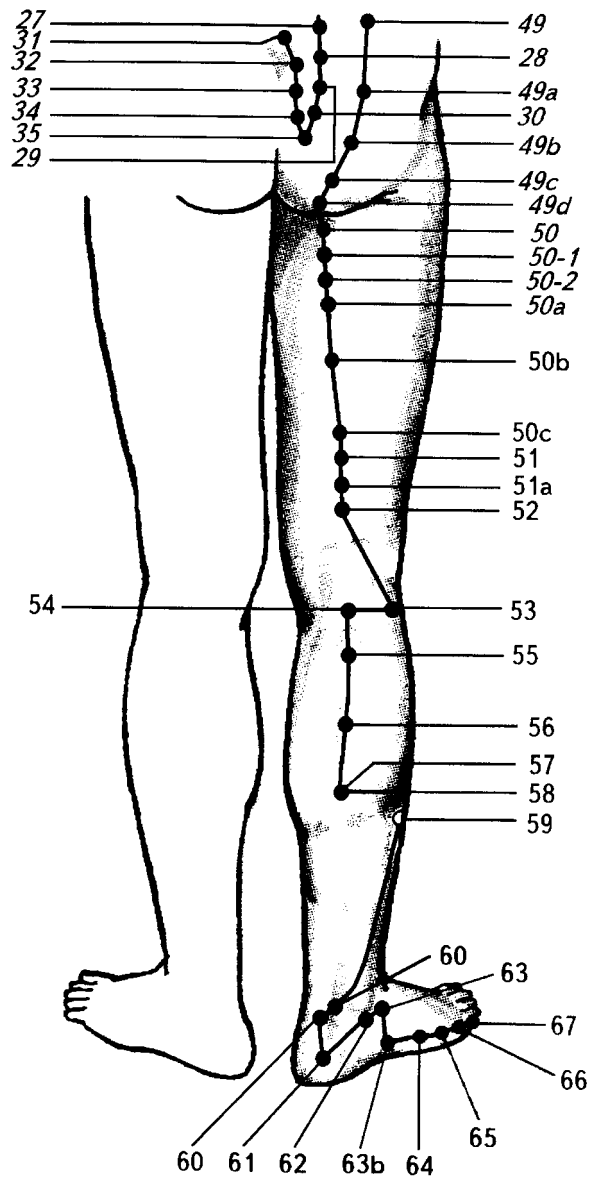


Рис. III.36. Локализация точек меридиана мочевого пузыря на ноге

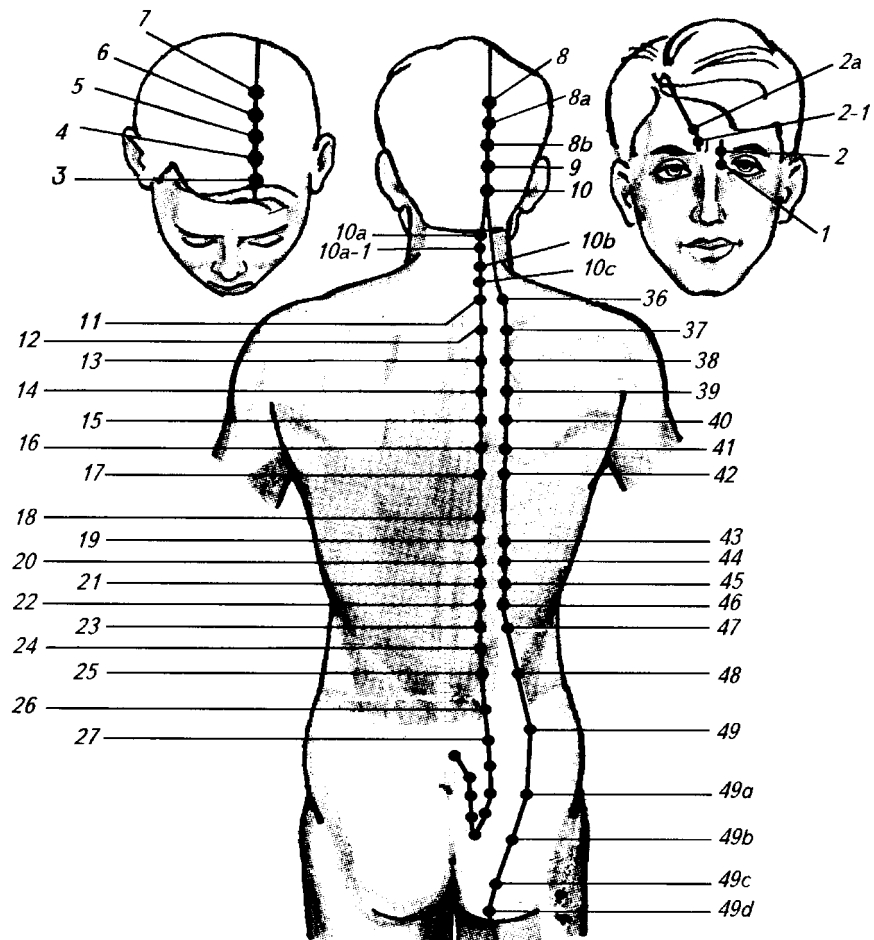


Рис. III.37. Локализация точек меридиана мочевого пузыря на туловище и голове

- ной пузырек, пенис, широкая связка матки, параметрий, влагалище, уретра.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 5 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Мп 66 ТИ:** дно, шейка и сфинктер мочевого пузыря, моче-пузырный треугольник.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Мп 66а ТИ:** брюшина мочевого пузыря и уrogenитальных органов.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Мп 66а-1 ТИ:** лимфососуды брюшины, покрывающей мочевой пузырь.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 5 пальца стопы над щелью проксимального межфалангового сустава.
- Мп 66b КТИ:** мочевой пузырь и уrogenитальные органы.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Мп 66с ТИ:** пузырное сплетение.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Мп 66d ТИ:** лимфососуды мочевого пузыря.
- ЛТ:** у основания дистальной фаланги 5 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.
- Мп 67 ТИ:** тело мочевого пузыря.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности бугристости дистальной фаланги 5 пальца стопы.

### Репрезентативные БАТ переднего срединного меридиана

В ЭАФ передний срединный меридиан насчитывает 27 непарных репрезентативных точек, имеющих информационно-функцио-

нальные взаимосвязи с парасимпатическими вегетативными нервными сплетениями, иннервирующими органы средостения, брюшной полости и малого таза, а также языком, подъязычной железой, глоточной миндалиной, тимусом, 1-4 зубами нижней челюсти.

### Основные анатомические ориентиры путей следования переднего срединного меридиана:

Передний срединный меридиан начинается на середине расстояния между сфинктером прямой кишки и гениталиями в точке «хуэй-инь» (**Пер 1**) и направляется строго по средней линии вверх по белой линии живота, через пупочную область затем проходит через мечевидный отросток и следует вверх по средней линии грудины и шеи. В области центра подъязычной кости и подбородка, между классическими точками «лянь-цюань» (**Пер 23**) и «чэн-цзянь», соответствующей в ЭАФ не **Пер 24 СТИ**, а точке **Пер 23с ТИ** Глоточная миндалина, формирует новые точки:

**Пер 23а ТИ:** язык;

**Пер 23b ТИ:** подъязычная железа.

Передний срединный меридиан заканчивается на середине между подбородком и краем нижней губы в точке соответствующей в ЭАФ – **Пер 24 СТИ** Середина нижней челюсти, 1-4/4-1 зубы.

### Топографическое расположение БАТ переднего срединного меридиана (рис. П1.38):

- Пер 1\*** Точка регуляции функции почек и надпочечников (точка соединения переднего и заднего срединных меридианов).
- ЛТ:** между сфинктером прямой кишки и гениталиями.
- Пер 2\*** Точка «энергии» печени.
- ЛТ:** на середине верхнего края лобкового сочленения.
- Пер 3 ТТ:** точка тревоги мочевого пузыря.
- ЛТ:** на 4 цуня ниже пупка.
- Пер 4 ТТ:** точка тревоги тонкой кишки.
- ЛТ:** на 3 цуня ниже пупка.
- Пер 5 ТТ:** точка тревоги эндокринной системы.
- ЛТ:** на 2 цуня ниже пупка.
- Пер 6\*** Море янской «энергии».
- ЛТ:** на 2 цуня ниже пупка.
- Пер 7\*** ТТ: точка тревоги эндокринной и уrogenитальной систем.
- ЛТ:** на 1 цунь ниже пупка.

- Пер 8\*** Точка концентрации «энергии».  
ЛТ: в центре пупка.
- Пер 9\*** Точка регуляции водного обмена.  
ЛТ: на 1 цунь выше пупка.
- Пер 10\*** Точка «энергии» селезенки и поджелудочной железы.  
ЛТ: на 2 цуня выше пупка.
- Пер 11\*** ЛТ: на 3 цуня выше пупка.
- Пер 12** ТТ: точка тревоги желудка (в ЭАФ дно желудка).  
ЛТ: на 4 цуня выше пупка.
- Пер 13** ТИ: точка «энергии» желудка и тонкой кишки.  
ЛТ: на 5 цуней выше пупка.
- Пер 14** ТТ: точка тревоги сердца.  
ЛТ: на 6 цуней выше пупка.
- Пер 15\*** Точка соединения переднего срединного меридиана с меридианом сердца.  
ЛТ: на острие грудины.
- Пер 16\*** ЛТ: на середине грудины, на уровне 5 грудино-реберного сочленения.
- Пер 17** ТИ: бронхи.  
ЛТ: на середине грудины, на уровне 4 межреберья. В ЭАФ данная точка еще рассматривается как дополнительная БАТ меридианов кровообращения и эндокринной системы, а также как БАТ соединения (концентрации) всех вторичных ЭАФ сосудов.
- Пер 18** ТИ: точка концентрации «энергии» печени.  
ЛТ: на середине грудины, на уровне 3 грудино-реберного сочленения.
- Пер 19** ТИ: трахея (см. **Ле 9 ТИ**).  
ЛТ: на середине грудины, на уровне 2 грудино-реберного сочленения.
- Пер 20** ТИ: Точка «энергии» переднего срединного меридиана.  
ЛТ: на середине грудины, на уровне 1 грудинно-реберного сочленения.
- Пер 21** ТИ: гортань.  
ЛТ: в центре рукоятки грудины, во впадине, на уровне суставной вырезки 1 ребра.

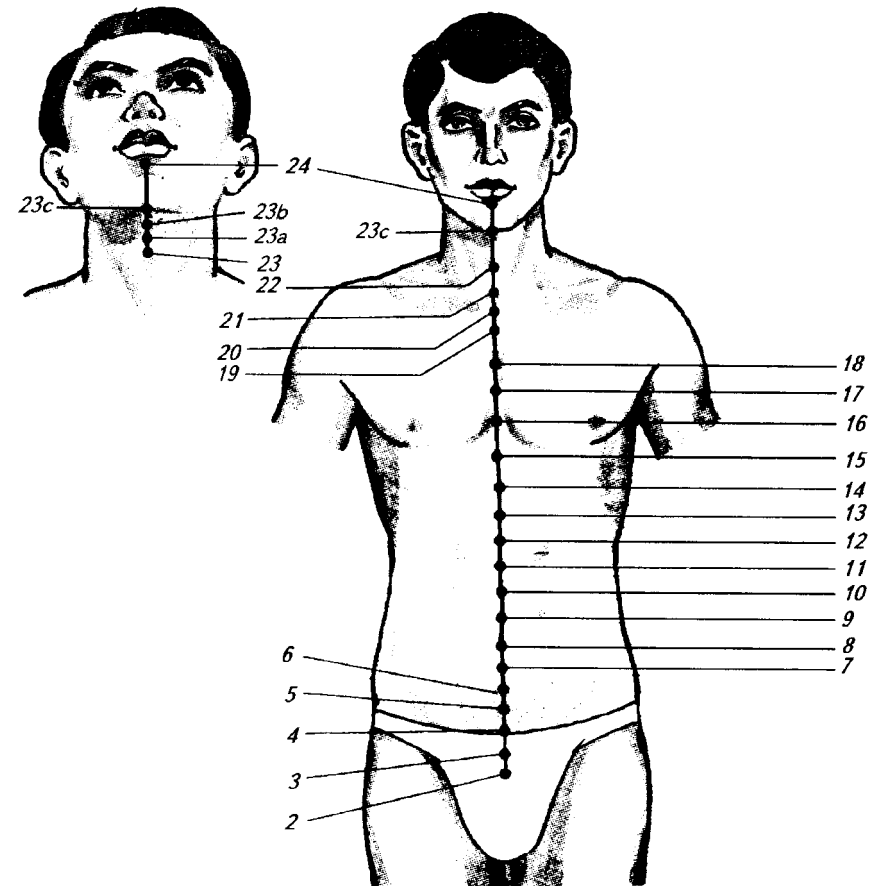


Рис. П1.38. Локализация точек переднего-срединного меридиана

Пространственное расположение БАТ на передне-боковой поверхности туловища Таблица П1.4

Межреберья	МЕРИДИАНЫ					
	Пср	По	Же	Пе	Сп	Жп
I	20	26	13	*	*	*
II	19	25	14	*	*	*
III	18	24	15	*	20	22
IV	17	23	16,17	*	19	23
V	16	22	18	*	18	24
VI	*	*	19	14	*	*
VII	15	21	20	*	17,21	*
VIII	*	*	21	*	*	*
IX	14	*	22	*	*	*
X	*	*	23	*	*	*
XI	13	20	24	*	16	*
XII	*	*	*	13**	*	25

(\*\*) На данной поверхности свободного конца XII ребра расположена точка 45 меридианов мочевого пузыря, а на переднем – точка 13 меридиана печени (точка тревоги селезенки и поджелудочной железы).

- Пер 22 ТИ:** тимус.  
**ЛТ:** на верхнем крае перешейка щитовидного хряща.
- Пер 23\* ТИ:** Точка концентрации «энергии» почек.  
**ЛТ:** на верхнем крае щитовидного хряща.
- Пер 23а ТИ:** язык.  
**ЛТ:** под подъязычной костью.
- Пер 23б ТИ:** подъязычная железа.  
**ЛТ:** по середине между подъязычной костью и подбородком.
- Пер 23с ТИ:** глоточная миндалина.  
**ЛТ:** в центре подбородка на гребешке нижней челюсти (локализация точки соответствует топографии классической точки **Пер 24 СТИ**).
- Пер 24 СТИ:** середина нижней челюсти, 1–4/4–1 зубы.  
**ЛТ:** по середине между подбородком и краем нижней губы.

Сопоставление топографии точек переднего срединного мери-

диана и других меридианов, пути следования которых идут по передней и боковой поверхности туловища приведены в табл. П1.4.

### Репрезентативные БАТ заднего срединного меридиана

В ЭАФ задний срединный меридиан насчитывает 33 репрезентативные точки, из числа которых по анатомо-функциональной принадлежности описано 19 БАТ, используемых в диагностике и терапии заболеваний центральной и периферической нервной системы, а также в стоматологической и отоларингологической практике.

#### Основные анатомические ориентиры путей следования заднего срединного меридиана:

Задний срединный меридиан начинается в точке «чжан-цань» или «чан-цян» (**Зср 1**), расположенной на конце копчика, и направляется вверх по остистым отросткам позвонков, строго по задней средней линии туловища.

Далее следует рострально по срединной линии затылка и образует между классическими точками «хоу-дин» (**Зср 19 ТИ** Передняя часть мозжечка) и «бай-хуэй» (**Зср 20 ТИ** «Самая высокая точка черепа») группу новых точек, открытых в ЭАФ:

**Зср 19а ТИ:** задняя часть мозжечка;

**Зср 19б ТИ:** «старый» мозжечок, *Palleocerebellum*.

В ЭАФ задний срединный меридиан заканчивается в точке «дуй-дуань» (**Зср 25 СТИ** Челюсти, медиальная часть верхней челюсти, 1–4/4–1 зубы), расположенной на середине носогубной ямки, топография которой соответствует локализации классической точки **Зср 26**.

В классической акупунктуре задний срединный меридиан заканчивается в точке **Зср 28**, которая в ЭАФ соответствует **Зср 27**, являющейся пунктом соединения меридиана желудка, заднего и переднего срединного меридианов, расположенной на середине верхней десны, в проекции альвеолярных отростков 1 зубов.

При изучении топографии точек заднего срединного меридиана необходимо помнить, что начиная с точки «цян-дин» (**Зср 21 ТИ** Миндалевидное тело – лимбическая система), расположенной в месте пересечения лобно-теменных и теменного швов (центр большого родничка), нумерация точек, используемых в ЭАФ, изменяется и имеет следующее соответствие китайским обозначениям:

**Зср 22 ТИ:** опоясывающая извилина – лимбическая система – «инь-хуэй»;

- Зсп 23 ТИ:** гиппокамп – «шан-син»;  
**Зсп 23-1 КТИ:** большой мозг – «э-чжун»;  
**Зсп 23-1aТИ:** «глаз циклопа» – точка психосоматических и дегенеративных нарушений – «инь-тан»;  
**Зсп 23-2 КТИ:** лимбическая система – «шань-гэнь» (Зсп 24);  
**Зсп 23a ТИ:** верхняя стенка основной пазухи носа;  
**Зсп 24\*** «Жэнь-чжун» (Зсп 25);  
**Зсп 25 СТИ:** челюсти, медиальная часть верхней челюсти, 1-4/4-1 зубы – «дуй-дуань» (Зсп 26).

**Топографическое расположение БАТ заднего срединного меридиана (рис. П1.39):**

- Зсп 1\*** ЛО-пункт паравертебральных точек.  
 ЛТ: на конце копчика.  
**Зсп 2 СТИ:** поясничные и крестцовые сегменты спинного мозга.  
 ЛТ: в центре копчиковой щели или между рожками 5 крестцового позвонка. В классической акупунктуре данная точка имеет «энергетические» взаимосвязи с почками.  
**Зсп 3\*** ЛТ: под остистым отростком 4 поясничного позвонка.  
**Зсп 4\*** ЛТ: под остистым отростком 2 поясничного позвонка.  
**Зсп 5\*** ЛТ: под остистым отростком 1 поясничного позвонка.  
**Зсп 6 СТИ:** грудные сегменты спинного мозга.  
 ЛТ: под остистым отростком 11 грудного позвонка.  
**Зсп 7\*** Точка «соединения энергии».  
 ЛТ: под остистым отростком 10 грудного позвонка.  
**Зсп 8\*** ЛТ: под остистым отростком 8 грудного позвонка (в классической акупунктуре под остистым отростком 9 грудного позвонка).  
**Зсп 9\*** ЛТ: под остистым отростком 7 грудного позвонка.  
**Зсп 10\*** ЛТ: под остистым отростком 5 грудного позвонка (в классической акупунктуре под остистым отростком 6 грудного позвонка).  
**Зсп 11\*** ЛТ: под остистым отростком 3 грудного позвонка (в классической акупунктуре под остистым отростком 5 грудного позвонка).  
**Зсп 12\*** ЛТ: под остистым отростком 1 грудного позвонка

- (в классической акупунктуре под остистым отростком 3 грудного позвонка).  
**Зсп 13 СТИ:** спинной мозг.  
 ЛТ: на конце остистого отростка 7 шейного позвонка. В классической акупунктуре топография данной точки соответствует расположению точки заднего срединного меридиана 14 «да-чжуй», в которой пересекаются основные и вторичные пути следования меридианов мочевого пузыря, тонкой кишки, эндокринной системы и толстой кишки.  
**Зсп 14\* КТИ:** точка 3–8 шейных сегментов спинного мозга.  
 ЛТ: на остистом отростке 3 шейного позвонка, в классической акупунктуре соответствует точке «да-чжуй» (Зсп 14), расположенной на остистом отростке 7 шейного позвонка (по данным других авторов, между остистыми отростками 7 шейного и 1 грудного позвонков).  
**Зсп 15\*** ЛТ: на 0,5 цуня выше точки Зсп 14 или на остистом отростке 2 шейного позвонка.  
**Зсп 16 СТИ:** симпатические нервы шейной части спинного мозга.  
 ЛТ: в центре нижнего края затылочной ямки.  
**Зсп 17 ТИ:** пластинка крыши четверохолмия – центр тимической психики.  
 ЛТ: на середине верхнего края затылочного бугра.  
**Зсп 18\*** ЛТ: на 1,5 цуня выше Зсп 17 ТИ.  
**Зсп 19 ТИ:** передняя часть мозжечка.  
 ЛТ: на 3 цуня выше Зсп 17 ТИ, на заднем участке стреловидного шва.  
**Зсп 19a ТИ:** задняя часть мозжечка.  
 ЛТ: на 1 цунь выше точки Зсп 19 ТИ.  
**Зсп 19b ТИ:** «старый» мозжечок.  
 ЛТ: на 2 цуня выше точки Зсп 19 ТИ.  
**Зсп 20 ТИ:** «самая высокая точка черепа» (Точка концентрации энергии яньских вторичных меридианов).  
 ЛТ: на вершине свода черепа или в точке пересечения срединной линии свода черепа с воображаемой линией, проходящей через середину ушных отростков височной кости.

- Зср 21** **ТИ:** миндалевидное тело – лимбическая система.  
**ЛТ:** в точке пересечения лобно-теменных и теменного шва или на 6 цуней выше переносицы (у детей центр большого родничка).
- Зср 22** **ТИ:** опоясывающая извилина – лимбическая система.  
**ЛТ:** на 2 цуня кпереди от точки **Зср 21 ТИ**.
- Зср 23** **ТИ:** гиппокамп.  
**ЛТ:** на 3 цуня кпереди от точки **Зср 21 ТИ**.
- Зср 23-1 КТИ:** большой мозг.  
**ЛТ:** на середине расстояния между переносицей и линией роста волос.
- Зср 23-1а ТИ:** «глаз циклопа» – точка психосоматических и дегенеративных нарушений.  
**ЛТ:** по середине между точками **Зср 23-1 КТИ** и **Зср 23-2 КТИ**.
- Зср 23-2 КТИ:** лимбическая система.  
**ЛТ:** по середине между точками **Зср 23-1 КТИ** и **Зср 23а ТИ**.
- Зср 23а** **ТИ:** передняя стенка основной пазухи носа.  
**ЛТ:** в центре переносицы.
- Зср 24\*** **ЛТ:** в центре кончика носа – локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Зср 25 СТИ**.
- Зср 25 СТИ:** челюсти, медиальная часть верхней челюсти, 1-4/4-1 зубы (точка пересечения заднего срединного меридиана с меридианом толстой кишки).  
**ЛТ:** в середине носогубной ямки (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Зср 26**).
- Зср 26\*** **ЛТ:** по середине края красной каймы верхней губы (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Зср 27**).
- Зср 27\*** **ТИ:** точка соединения заднего, переднего срединного меридианов и меридиана желудка.  
**ЛТ:** по середине верхней десны, в проекции альвеолярных отростков 1 зуба (локализация данной точки соответствует расположению классической точки **Зср 28**).

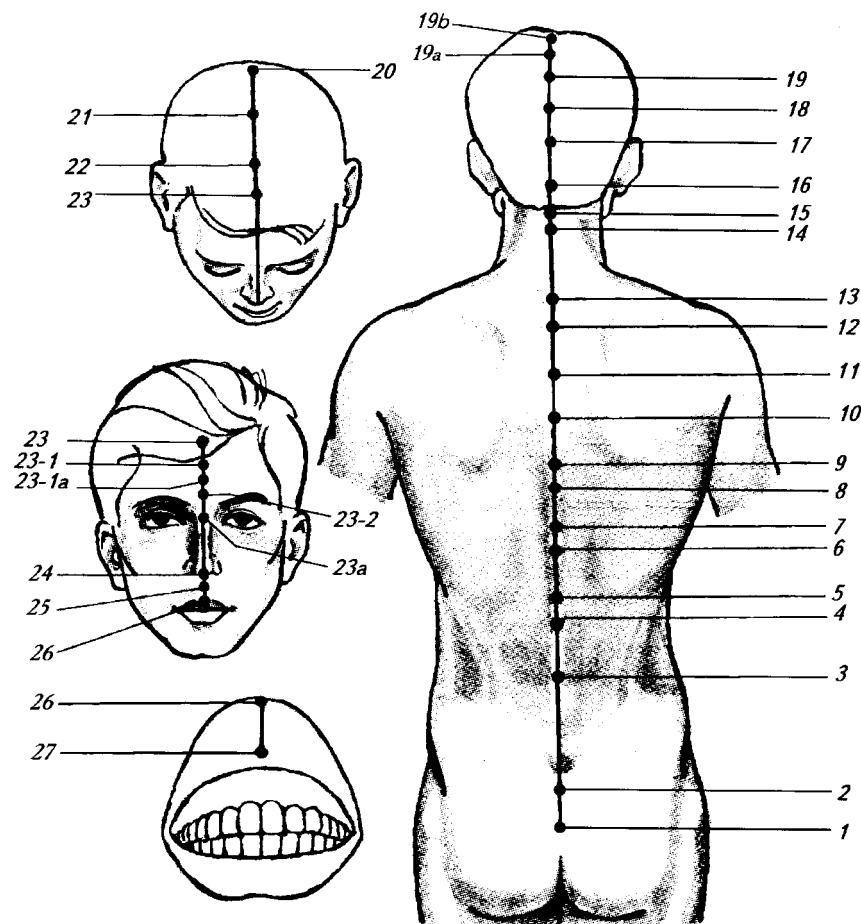


Рис. П1.39. Локализация точек заднего срединного меридиана



**Пространственное расположение БАТ  
на задней поверхности туловища** Таблица П1.5

Позвоночник Сегменты	МЕРИДИАН			
	Задний срединный	Мочевого пузыря		
		1	2	
C1	16	10	*	Зубы
C2	15	*	*	
C3	14	10a	*	Миндалины
C4	*	10a-1	*	
C5	*	*	*	Легкие
C6	*	10b	*	Толстая кишка
C7, C8	13	10c	*	
Th1	12	11	36	Сердце
Th2	*	12	37	Тонкая кишка
Th3	11	13	38	Легкие
Th4	*	14	39	Толстая кишка
Th5	10	15	40	Селезенка/Панкреас
Th6	*	16	41	Желудок
Th7	9	17	42	Печень
Th8	8	*	*	
Th9	*	18	*	Желчный пузырь
Th10	7	19	43	
Th11	6	20	44	Слезенка/Панкреас
Th12	*	21	45	Желудок
L1	5	22	46	
L2	4	23	47	Почки
L3	*	24		Мочевой пузырь
L4	3	25	48	Легкие
L5	*	26		Толстая кишка
S1	*	27,31	49	Сердце
S2	*	28,32		Тонкая кишка
S3	*	29,33	49a	Почки
S4	*	30,34	49a	Мочевого пузыря
S5	2	30,35	49b	
Cocug	1	*		

Для удобства изучения топографического расположения некоторых БАТ заднего срединного меридиана и меридиана мочевого пузыря, ход которых идет по задней поверхности туловища, можно использовать анатомические ориентиры позвоночного столба, приведенные в табл. П1.5, где также приведены информационно-функциональные взаимосвязи сегментов спинного мозга и позвонков с другими классическими меридианами.

### Репрезентативные БАТ сосуда соединительно-тканной дегенерации

Сосуд соединительно-тканной дегенерации (дезорганизации соединительной ткани) представлен 5 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии коллагенозов, а также процессов, связанных с дезорганизацией ретикулиновых и коллагеновых волокон стромы полых и паренхиматозных органов, перикарда, плевры, брюшины (висцероптозы), образованием дивертикулов, грыж, рубцовых и спаечных процессов после перенесенных воспалительных заболеваний или полостных операций. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом легких.

Некоторые БАТ сосуда соединительно-тканной дегенерации используются в ЭАФ-диагностике доброкачественных опухолей: фибром, полипов, папиллом, хондром и т.п.

Измерение ЭП БАТ этого сосуда может использоваться для оценки действия цитостатических, глюкокортикостероидных, противовоспалительных и рассасывающих средств, а также других препаратов, влияющих на метаболизм соединительной ткани.

Ход сосуда соединительно-тканной дегенерации начинается над бугристостью дистальной фаланги 3-го пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности и заканчивается на 3-й плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

### Топографическое расположение БАТ сосуда соединительно-тканной дегенерации (рис. П1.40):

**Стд 1 ТИ:** СТД органов брюшной полости и малого таза.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности бугристости дистальной фаланги 3 пальца стопы.

**Стд 1b\*КТИ:** СТД = ЭАФ-диагностика доброкачественных опухолей из соединительной ткани: фибромы, фибромиомы и т.п.

**ЛТ:** у основания средней фаланги 3 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.

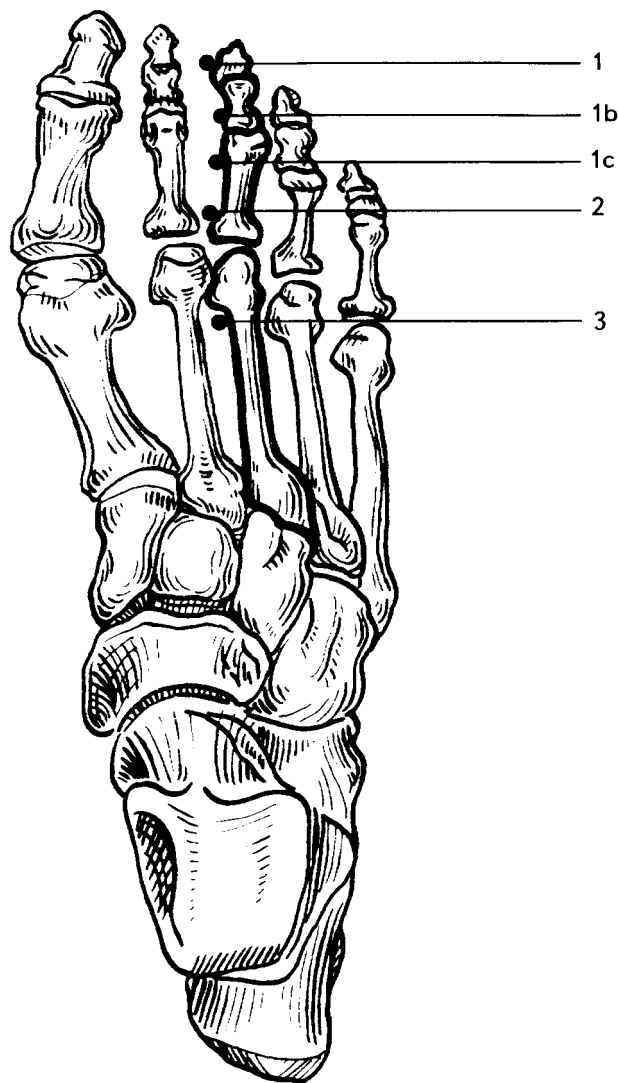


Рис. П1.40. Локализация точек меридиана соединительно-тканной дегенерации на тыльно-медиальной поверхности 3 пальца стопы

- Стд 1с\* КТИ:** СТД слизистых оболочек.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 3 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Стд 2** **ТИ:** СТД органов грудной клетки и шеи.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности проксимальной фаланги 3 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.
- Стд 3** **ТИ:** СТД органов головы.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности 3 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

### Репрезентативные БАТ сосуда кожи

Сосуд кожи представлен 6 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии состояний, связанных с нарушениями барьерной, иммунной, дыхательной и обменной функций кожи, а также заболеваний, связанных с нарушениями ее нервной трофики и, так называемых, «рубцовых полей нарушений», возникающих после оперативных вмешательств, при образовании келоидных рубцов или при пересечении в процессе операций хода того или иного меридиана. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом толстой кишки.

Измерение ЭП БАТ сосуда кожи может использоваться для оценки действия препаратов, влияющих на обменные процессы кожи (косметические средства, витамины А и D, производные линоленовой кислоты и др.).

Ход сосуда кожи начинается над бугристостью дистальной фаланги 3-го пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности и заканчивается на 3-й плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

#### Топографическое расположение БАТ сосуда кожи (рис. П1.41):

- Ко 1** **ТИ:** кожа нижней части туловища и нижних конечностей.  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности бугристости дистальной фаланги 3 пальца стопы.
- Ко 1-1** **ТИ:** лимфатические сосуды кожи.  
**ЛТ:** у основания дистальной фаланги 3 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.
- Ко 1-2** **ТИ:** аллергические поражения кожи.

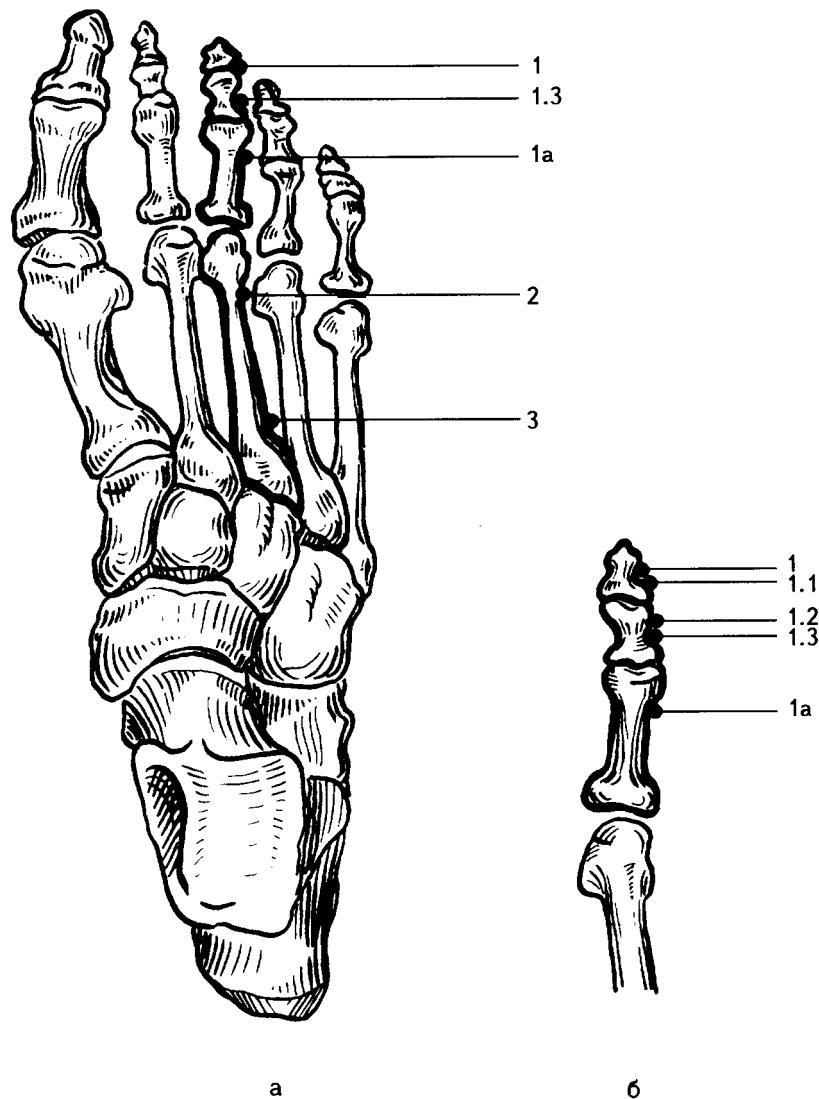


Рис. П1.41. Локализация точек меридиана кожи на тыльной поверхности правой стопы (а) и на тыльно-латеральной поверхности 3 пальца (б)

- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности средней фаланги 3 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Ко 1-3 КТИ:** кожа.
- ЛТ:** у основания средней фаланги 3 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.
- Ко 1a ТИ:** рубцовые изменения кожи (точка рубцов).
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 3 пальца стопы в месте перехода тела кости в головку.
- Ко 2 ТИ:** кожа верхней части туловища, включая руку, затылок и шею.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 3 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.
- Ко 3 ТИ:** кожа головы, включая волосяные фолликулы.
- ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности 3 плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.

### Репрезентативные БАТ сосуда жировой дегенерации

Сосуд жировой дегенерации представлен 4 репрезентативными БАТ и предназначен для ЭАФ-диагностики и терапии заболеваний, обусловленных нарушениями жирового обмена, например: жировых дистрофий, атеросклероза и других состояний, связанных с повышением содержания холестерина, неэстерифицированных жирных кислот и пр. Имеет информационно-функциональную взаимосвязь с меридианом печени.

Согласно Ф. Крамеру, на данном сосуде оценивается и функциональное состояние мышц, в связи с чем этот сосуд называется также мышечно-жировым.

Измерение ЭП БАТ сосуда жировой дегенерации может использоваться для оценки действия гипохолестеринемических, липолитических и энергодающих препаратов. Ход сосуда жировой дегенерации начинается над бугристостью дистальной фаланги 4-го пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности и заканчивается на 4-й плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

### Топографическое расположение БАТ сосуда жировой и мышечной дегенерации (рис. П1.42):

- Мж 1 ТИ:** ЖД органов и сосудов брюшной полости и малого таза.

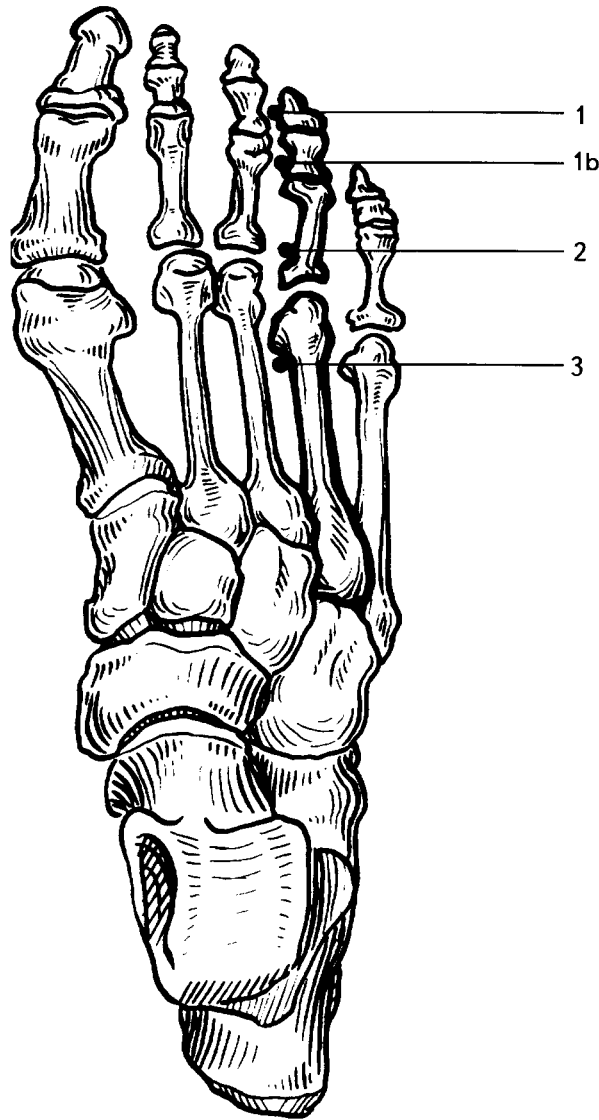


Рис. П1.42. Локализация точек меридиана жировой дегенерации на тыльно-медиальной поверхности 4 пальца стопы

- ЛТ: на тыльно-медиальной поверхности бугристости дистальной фаланги 4 пальца стопы.
- Мж 1b КТИ:** жировая и мышечная дегенерация.  
ЛТ: у основания средней фаланги 4 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.
- Мж 2 ТИ:** ЖД органов и сосудов грудной полости.  
ЛТ: у основания проксимальной фаланги 4 пальца стопы на тыльно-медиальной поверхности.
- Мж 3 ТИ:** ЖД органов и сосудов головы.  
ЛТ: на тыльно-медиальной поверхности 4 плюсневой кости в месте перехода тела кости в головку.

### Точки структур глаза

В число репрезентативных БАТ, предназначенных для ЭАФ-диагностики и терапии заболеваний органов зрения, входит 19 точек, расположенных на бровном и скуловом краях дуги орбиты.

Для более подробного изучения функции зрительного анализатора и проведения дифференциальной диагностики дополнительному исследованию могут быть подвергнуты следующие БАТ:

#### Топографическое расположение БАТ структур глаза (рис. П1.43):

- Глаз 1 ТИ:** блоковый нерв – IV пара ЧМН.  
ЛТ: на крае бровной дуги в точке пересечения вертикальной линии, идущей от внутреннего угла глаза к бровной дуге орбиты.
- Глаз 2 ТИ:** отводящий нерв – VI пара ЧМН.  
ЛТ: на середине расстояния между точками Глаз 1 ТИ и Глаз 3 ТИ.
- Глаз 3 ТИ:** глазодвигательный нерв – III пара ЧМН.  
ЛТ: в проекции надглазничного (супраорбитального) отверстия.
- Глаз 4 ТИ:** склера.  
ЛТ: на крае бровной дуги в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через середину зрачка к краю бровной дуги.
- Глаз 4а ТИ:** слезная железа.  
ЛТ: на крае бровной дуги в точке пересечения вертикальной линии идущей от наружного угла глаза к бровной дуге орбиты.

- Энд 21С** **ТИ:** наружные (передние) структуры глаза.  
**ЛТ:** в точке сращения лобной и скуловой костей (в проекции лобно-скулового шва) на бровной дуге (конце брови).
- Глаз 5** **ТИ:** сетчатка.  
**ЛТ:** на середине расстояния между точками **Глаз 4а ТИ** и **Глаз 6 ТИ**.
- Глаз 6** **ТИ:** сосудистая оболочка глаза.  
**ЛТ:** в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной через наружный угол глаза, и края скуловой дуги (латерального края глазницы).
- Жп 1-1** **ТИ:** зрительный нерв – II пара ЧМН.  
**ЛТ:** в точке пересечения горизонтальной линии, проведенной через нижний край глазного яблока, и внутренней поверхностью латерального края глазницы.
- Жп 1** **СТИ:** внутренние структуры глаза.  
**ЛТ:** на внутренней поверхности латерального края глазницы между точками **Жп 1-1 ТИ** и **Глаз 7 ТИ**.
- Глаз 7** **ТИ:** желтое пятно.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через наружный угол глаза, с внутренней поверхностью края нижней стенки глазницы.
- Глаз 8** **ТИ:** стекловидное тело.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через наружный край глазного яблока, с внутренней поверхностью края скуловой кости (нижнего края глазницы).
- Же 4** **ТИ:** хрусталик.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через наружный край зрачка, с внутренней поверхностью края скуловой кости.
- Глаз 9** **ТИ:** ресничатое тело.  
**ЛТ:** на внутреннем крае скуловой кости в точке пересечения вертикальной линии проведенной через середину зрачка к краю скуловой кости.
- Глаз 10** **ТИ:** радужная оболочка.  
**ЛТ:** на середине расстояния между точками **Глаз 9 ТИ**

- и **Глаз 11 ТИ** на внутренней поверхности края скуловой кости (нижний край глазницы).
- Глаз 11** **ТИ:** роговица.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной через подглазничное отверстие, и края скуловой кости (нижнего края глазницы).
- Глаз 12** **ТИ:** конъюнктура.  
**ЛТ:** на середине расстояния между точками **Глаз 11 ТИ** и **Глаз 13 ТИ**.
- Глаз 13** **ТИ:** веки.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, проведенной от слезного мешочка, с внутренней поверхностью края скуловой кости (нижнего края глазницы).
- Глаз 14** **ТИ:** слезные пути.  
**ЛТ:** в точке пересечения вертикальной линии, идущей от внутреннего угла глаза к внутренней поверхности края скуловой кости (на границе контакта со скуловым отростком верхней челюсти).

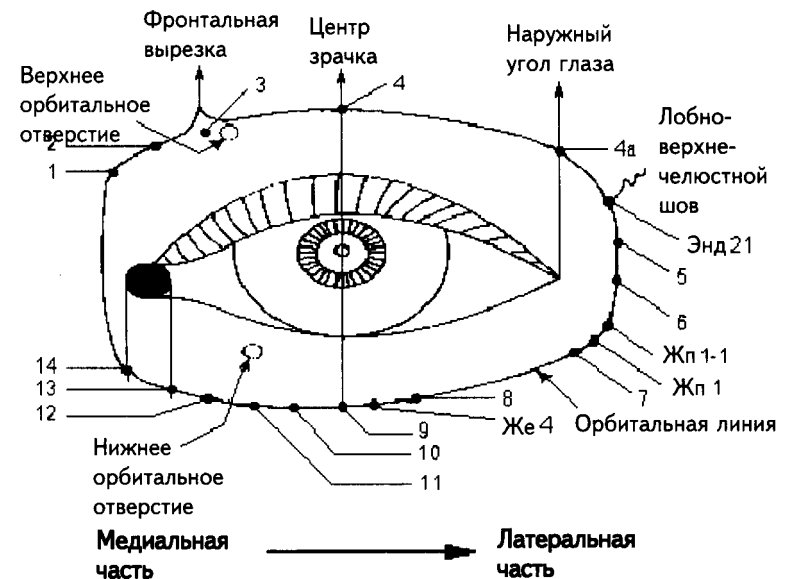


Рис. П1.43. Локализация точек структур глаза

Наряду с этим, при анализе результатов измерения ЭП БАТ структур глаза следует обращать внимание на следующие их информационно-функциональные («энергетические») взаимосвязи с классическими меридианами:

- Глаз 7 ТИ:** желтое пятно – меридиан легких;  
**Глаз 8 ТИ:** стекловидное тело – меридиан толстой кишки;  
**Глаз 9 ТИ:** ресничатое тело – меридиан селезенки и поджелудочной железы;  
**Глаз 11 ТИ:** роговица – меридиан печени;  
**Глаз 12 ТИ:** конъюнктивa – меридиан мочевого пузыря;  
**Глаз 13 ТИ:** веки – меридиан почек.

### Соответствие классических точек в ЭАФ

Опыт китайской акупунктуры насчитывает более 3000 лет, вместе с тем, до настоящего времени существует определенная проблема, связанная с интерпритацией (переводом) той смысловой информации, которую древние медики вкладывали в диагностическое и лечебное назначение той или иной биологически активной точки.

Несмотря на то, что существует большое количество переводов китайского названия точек, ввиду различий их иероглифического написания и произношения в китайском языке, имеющем множество диалектов (например кантонский, мандаринский, хокенский, кейский и др.), нередко функциональное назначение точек теряется из-за их мнемонического описания.

Вместе с тем, анализ иероглифического и синтаксического описания позволяет сделать вывод, что китайские медики, также как и западные врачи, использовали определенную систему формализации медицинских знаний применительно к акупунктуре.

Так, например, в древней акупунктуре (кантонский диалект), для выбора точек иглоукалывания использовались иероглифы, обозначающие место локализации точек на поверхности тела человека или их взаимосвязь с анатомическими ориентирами, что являлось основой китайской анатомии.

Далее использовалась группа иероглифов, обозначающих функциональное назначение БАТ, т.е. их взаимосвязь с физиологией человека, а также тем или иным внутренним органом.

И, наконец, использовалась группа иероглифов, обозначающих (часто на уровне мнемонического описания – ветер, солнце, луна), клинические симптомы болезни, в отношении которых при иглоукалывании в определенную точку наблюдался наибольший лечебный эффект.

Ниже приведены переводы названий некоторых иероглифов и примеры их объединения, отображающие взаимосвязь китайской и западной школ медицинских знаний.

### Группа иероглифов, обозначающих место локализации точек на поверхности тела человека:

Жэнь	–	человек
Шень	–	тело
Тян	–	голова, часть тела выше шеи
Цин	–	глазное яблоко, склера, мышцы глаза, слезы (слезная железа)
Дин	–	возвышение теменной кости
Цзяо	–	лобные бугры
Тоу	–	сосцевидный отросток
Ли	–	висок
Цюань	–	скуловая кость
Вань-гу	–	скуловые кости
Хэ	–	носогубная складка
Цзюй	–	губной желобок
Цзя	–	щека
Чэ	–	височно-нижнечелюстной сустав
Чжу	–	затылок, 1-2 шейные позвонки
Шоу	–	рука
Би	–	предплечье
Цюй	–	локоть
Цюй-гуань	–	локтевой сустав
Нао	–	плечо
Цзянь	–	плечо
Пень	–	надключичная впадина
Цзю-вей	–	мечевидный отросток
Дай	–	пояс
Цюй-гу	–	лонная дуга, симфиз
Чжу	–	позвонок, столб
Шень-чжу	–	позвоночник
Яо	–	поясница
Шан-ляо	–	первое заднее крестцовое отверстие
Цы-ляо	–	второе заднее крестцовое отверстие
Инь	–	промежность
Цзу	–	нога
Би	–	бедро
Фу-ту	–	широкая мышца бедра
Хуань-тяо	–	движение в тазобедренном суставе

**Группа иероглифов, обозначающих место локализации точек по отношению к определенному анатомическому ориентиру:**

Цюе	—	место расположения
Чжу	—	центр
Жень	—	передний
Цянь	—	спереди, впереди, впереди
Нэй	—	внутренний
Ду	—	задний
Ся	—	внизу, нижний, книзу от ...
Бу	—	начало
Вай	—	снаружи
Тун	—	глаз, отверстие, проход
Ляо	—	угол (анатомический ориентир, например, угол лопатки)
Лянь	—	угол, опора
Юй	—	угол кости
Гу	—	кость
Цзинь	—	мышца
Цюй	—	поворот
Цзун	—	исток
Шан	—	один (1)
Цы	—	два (2)
Сань	—	три (3)
Чжун	—	средний
Ся	—	нижний
Цзяо	—	костное отверстие
Кун	—	отверстие
Шу	—	отверстие
Хуан	—	отверстие
Сун	—	мера длины = 2 см (+ 2–3 мм)
Чи	—	мера длины = 20 см
Цюй	—	сгибаться (анатомический ориентир, образующийся при сгибании определенной части тела)
Си	—	ложбинка
Хэ	—	углубление
Си	—	щель между мышцей и костью
Мэнь	—	вход и выход
Лин	—	большой бугор, возвышение
Цю	—	возвышение, возвышенность, холм, большой, высокий

Шань	—	возвышенность
Да	—	большой
Шао	—	малый, узкий
Лянь	—	сторона
Чун	—	путь, проход
Сюэ	—	вена
Цюань	—	исток
Цзинь	—	сухожилие, мышца
Хай	—	место (здоровствовать)
Чун	—	место пульсации (артерии)

**Группа иероглифов, обозначающих взаимосвязь точек с внутренними органами и системами:**

Шуй	—	почки
Ту	—	гортань, горло
Жун	—	пищевод, свод желудка
Шэнь	—	сердце
Синь	—	сердце
Цзюй	—	сердце
Шень-чжу	—	позвоночник
Фэй	—	легкие
Гэ	—	диафрагма
Гань	—	печень
Дань	—	желчный пузырь
Пи	—	поджелудочная железа, селезенка
Вэй	—	желудок
Да-чан	—	толстая кишка
Бао	—	матка
Бао-хуан	—	шейка матки
Ли	—	желудочно-кишечный тракт
Ди	—	селезенка
Сюань-чжун	—	костный мозг

**Группа иероглифов, обозначающих информационно-функциональную взаимосвязь с внутренними органами, системами и процессами:**

Ин	—	мыслительный процесс, восприятие информации, встреча, контакт
Тан	—	анализ информации
Сян	—	запах, ощущение запахов, обоняние
Чэн	—	слух, острота слуха, восприятие речи
Цзян	—	слюна, секреция, секрет
Цин	—	глазное яблоко, склера, мышцы глаза

Мин	-	зрение, ясновидение, восприятие света
Цан	-	переваривание пищи
Тин	-	слух
Гун	-	центр, например, тин-гун - слуховой центр
Цзяо	-	сношение (половое сношение)
Цзюе	-	нарушение кровообращения
Хуань-тяо	-	движение в тазобедренном суставе
Шэнь	-	ясный (ясность мышления, зрения)

**Группа иероглифов, обозначающих симптомы определенной патологии:**

И	-	туман перед глазами
Фен	-	шум (например шум в ушах), простуда, внешний негативный фактор, инфекционный агент
Сюань	-	мигрень, головная боль
Да	-	горячий
Чи	-	место локализации патогенного очага, входные ворота инфекции
Ци	-	продукт болезни, токсин, патогенный агент, миазмы (патогенные выделения, зловоние)
Шэ	-	останавливать (например, патологический процесс)
Тянь	-	обратное развитие болезни
Мэнь	-	входные ворота болезни
Чжуй	-	удаление продуктов болезни (миазмов)
Мэнь	-	входные ворота инфекции
Шу	-	место локализации патогенного очага
Цзюе	-	нарушение кровообращения
Инь	-	негативные или отрицательные симптомы
Юань	-	застой, отек
Лю	-	накапливаться

**Группа иероглифов, обозначающих взаимосвязи точек с меридианами и показания к применению:**

Бай	-	множество линий (меридианов)
Хуэй	-	пересечение, соединение в одной точке
Синь	-	соединение (продолжение рода, поколение - внук)
Жи	-	солнце (день)

Юе	-	луна (ночь)
Цзун	-	исток
Цюань	-	исток
Цзяо	-	обогревать, обогреватель
Чжи	-	жизненная энергия
Чан	-	постоянный, вечный
Цзе	-	место контакта, перехода
Чи	-	накапливаться
Вэнь	-	тихий, умеренный
Гуань	-	застава
Мэнь	-	ворота
Тай	-	важный
Инь	-	скрываться, убежать
Чэн	-	помогать, спасать
Фу	-	помогать защищать
Вэй	-	поручать, следовать, изгибаться
Чэн	-	принимать
Шэнь	-	ясный
Цзинь	-	ценный (золото)
Хай	-	место, здравствовать
Чжао	-	освещать, сверкать
Чжу	-	взводить
Чжу-бинь	-	точка обезвреживания ядов
Ци	-	слезы
Цюань	-	родник, место выхода жизненной силы
Юнь	-	бить ключем

**Примеры формализации сложных (иероглифических) описаний названия точек в китайской акупунктуре:**

- Би - колено + гуань - сустав = Коленный сустав;  
 Бао - матка + Хуан - отверстие = Шейка матки, цервикальный канал;  
 Сюань - боль (страдание) + ли - висок = головная боль в височной области, мигрень;  
 Чжун - центр + вань - желудок = центр желудка;  
 Хуан - отверстие + шу - выливаться, лить = точка для лечения поноса;  
 Фэн - простуда + мэнь - ворота (вход) = точка для лечения простуды;  
 Да - большой + чжуй - позвонок = 7-й шейный позвонок;  
 Шень - тело + чжу - столб (опора) = позвоночник;  
 Дан - толстый + чан - кишка = толстая кишка.



## БАТ меридиана легких

Таблица П1.6

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
P	Lu	Lu	Ле	1	ТТ	Точка тревоги легких	чжун-фу	центральное положение
P	Lu	Lu	Ле	2	*	—	юнь-мэнь	врата облака
P	Lu	Lu	Ле	3	*	—	тянь-фу	плодородная земля
P	Lu	Lu	Ле	4	*	—	ся-бай	общая белизна
P	Lu	Lu	Ле	5	*	—	чи-цзе	трясина метра
P	Lu	Lu	Ле	6	*	—	кун-цзуй	самое маленькое отверстие
P	Lu	Lu	Ле	7	ТИ	Артерии верхних конечностей до запястья	ле-цюе	недостающий ряд
P	Lu	Lu	Ле	8	ТИ	Вены верхних конечностей до запястья	цзин-цюй	продольный канал
P	Lu	Lu	Ле	8a	ТИ	Гортаноглотка	—	—
P	Lu	Lu	Ле	8b	ТИ	Гортань	—	—
P	Lu	Lu	Ле	9	ТИ	Трахея	тай-юань	очень большая пропасть
P	Lu	Lu	Ле	9b	ТИ	Бронхиальное сплетение	—	—
P	Lu	Lu	Ле	10	ТИ	Внутренние лимфатические сосуды легких	—	—
P	Lu	Lu	Ле	10a	ТИ	Бронхи	юй-ци	встреча рыбы
P	Lu	Lu	Ле	10a-1	ТИ	Лимфатические сосуды плевры (субплевральная сеть)	—	—

Таблица П1.6 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
P	Lu	Lu	Ле	10b	ТИ	Бронхиолы	—	—
P	Lu	Lu	Ле	10c	КТИ	Легких	—	—
P	Lu	Lu	Ле	10d	ТИ	Медиастинальное сплетение	—	—
P	Lu	Lu	Ле	11	ТИ	Альвеолы легких	—	—

## БАТ меридиана толстой кишки

Таблица П1.7

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Gi	Li	Di	Тл	1	ТИ	Правая часть поперечной ободочной кишки – справа	шан-ян	торговля ян
					ТИ	Сигмовидная кишка – слева		
				1-1	ТИ	Лимфососуды левой части поперечной ободочной к-ки, нисходящей части ободочной к-ки – слева	—	—
Gi	Li	Di	Тл		ТИ	Лимфососуды поперечной ободочной кишки, восходящей части ободочной к-ки и правого изгиба ободочной кишки (син. Печеночный угол ободочной к-ки) – справа	—	—

Таблица П1.7 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Gi	Li	Di	Тл	1a	ТИ	Верхнее подчревное сплетение – справа	—	—
					ТИ	Подвздошное сплетение – слева		
Gi	Li	Di	Тл	1b	ТИ	Толстый кишечник, включая прямую кишку и анальный канал	—	—
Gi	Li	Di	Тл	1b-1	ТИ	Лимфатические сосуды брюшины толстого кишечника	—	—
Gi	Li	Di	Тл	1c	ТИ	Брюшина толстого к-ка	—	—
Gi	Li	Di	Тл	2	ТИ	Правый изгиб ободочной кишки (син. Печеночный угол ободочной к-ки) – справа	эр-цзянь	два промежутка
					ТИ	Нисходящая часть ободочной к-ки – слева		
Gi	Li	Di	Тл	3	ТИ	Восходящая часть ободочной к-ки – справа	сань-цзянь	три промежутка
					ТИ	Левый изгиб ободочной кишки		
Gi	Li	Di	Тл	3a	ТИ	Большой сальник	—	—

Таблица П1.7 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Gi	Li	Di	Тл	4	ТИ	Слепая кишка – справа	хэ-гу	закрытая долина
					ТИ	Брюшина толстого кишечника		
Gi	Li	Di	Тл	4-1	ТИ	Нижние брыжеечные лимфоузлы – слева	—	—
					ТИ	Илеоцикальные лимфоузлы – справа		
Gi	Li	Di	Тл	4a	ТИ	Аппендикс, илеоцекальные лимфоузлы – справа	—	—
					ТИ	Ободочные лимфоузлы – слева		
Gi	Li	Di	Тл	5	1-ТИ	Проксимальная часть лучезапястного сустава с радиальной стороны	ян-си	освещенный солнцем ручей
Gi	Li	Di	Тл	6*		—	пянь-ли	постепенный наклон
Gi	Li	Di	Тл	7*		—	вэнь-лю	спокойное вытекание
Gi	Li	Di	Тл	8*		—	ся-лянь	малая цена
Gi	Li	Di	Тл	9*		—	шань-лянь	большая цена
Gi	Li	Di	Тл	10*		—	шоу-сань-ли	три промежутка на руке
Gi	Li	Di	Тл	11	3-ТИ	Локтевой сустав	цюй-чи	извилистый пруд
Gi	Li	Di	Тл	12*		—	чжоу-ляо	угол руки

Таблица П1.7 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Gi	Li	Di	Тл	13*		—	шоу-у-ли	пять промежутков
Gi	Li	Di	Тл	14*		—	би-нао	мышцы руки
Gi	Li	Di	Тл	15	1-ТИ	Плечевой сустав	цзянь-юй	ложе плеча
Gi	Li	Di	Тл	16*		—	цзюй-гу	большая кость
Gi	Li	Di	Тл	17	ТИ	Гортанная миндалина	тянь-дин	небесный треножник
Gi	Li	Di	Тл	18	ТИ	Трубная миндалина	фу-ту	поддерживаемая выпуклость
Gi	Li	Di	Тл	18-1	ТИ	Евстахиевы трубы	—	—
Gi	Li	Di	Тл	18-2	ТИ	Глоточная миндалина	—	—
Gi	Li	Di	Тл	18a	ТИ	4-й участок нижней челюсти, 6-7 зубы	—	—
Gi	Li	Di	Тл	19	ТИ	Латеральная часть полости носа	хэ-ляо	ложе знаков
Gi	Li	Di	Тл	19a	ТИ	3-й участок верхней челюсти, 4-5 зубы	—	—
Gi	Li	Di	Тл	20	ТИ	Этмоидальная пазуха	инь-ся	прием благуханий

БАТ меридиана кровообращения

Таблица П1.8

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
MC	Cx	Ks	Кр	1	ТТ	Точка тревоги кровообращения	тянь-чи	небесный приз
MC	Cx	Ks	Кр	1a	ТИ	Подмышечное лимфатическое сплетение, л/о от грудных (молочных) желез	—	—
MC	Cx	Ks	Кр	2	2-ТИ	Плечевой сустав	тянь-цюань	небесный источник
MC	Cx	Ks	Кр	3	2-ТИ	Локтевой сустав	цюй-цзе	извитый приз
MC	Cx	Ks	Кр	4	*	—	си-мэнь	пограничные ворота
MC	Cx	Ks	Кр	5	*	—	цзянь-ши	между посланными
MC	Cx	Ks	Кр	6	*	—	нэй-гуань	внутренняя граница
MC	Cx	Ks	Кр	7	ТИ	Венечные артерии	да-линь	огромный холм
MC	Cx	Ks	Кр	7a	ТИ	Коронарное сплетение сердца	—	—
MC	Cx	Ks	Кр	7b	СТИ	Лимфатической системы	—	—
MC	Cx	Ks	Кр	8	СТИ	Вены	лао-гун	дворец труда
MC	Cx	Ks	Кр	8a	ТИ	Грудной лимфатический проток	—	—
MC	Cx	Ks	Кр	8b	ТИ	Начальная часть грудного лимфатического протока, лимфатическая цистерна	—	—

Таблица П1.8 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
MC	Cx	Ks	Kp	8c	ТИ	Брюшная аорта с аортальным брюшным сплетением	—	—
MC	Cx	Ks	Kp	8d	КТИ	Кровообращения	—	—
MC	Cx	Ks	Kp	8e	ТИ	Дуга аорты с сердечным ганглием – справа	—	—
					ТИ	Грудная аорта с грудным аортальным сплетением – слева	—	—
MC	Cx	Ks	Kp	8f	ТИ	Лимфокапилляры стенки сосудов	—	—
MC	Cx	Ks	Kp	9	СТИ	Артерии	чжун-чун	средняя точка приступа

БАТ меридиана эндокринной системы  
(тройного обогревателя)

Таблица П1.9

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Tr	Th	3E	Энд	1	ЧСТИ	Половые железы, надпочечники	чуань-чун	границная точка приступа
Tr	Th	3E	Энд	1	ТИ	Лимфососуды эндокринных и грудных желез	—	—
Tr	Th	3E	Энд	1a	СТИ	Шейные ганглии	—	—
Tr	Th	3E	Энд	1b	КТИ	Эндокринная система	—	—

Таблица П1.9 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Tr	Th	3E	Энд	1c	ТИ	Головка и тело панкреаса – справа	—	—
					ТИ	Хвост панкреаса – слева	—	—
Tr	Th	3E	Энд	1d	ТИ	Грудные железы	—	—
Tr	Th	3E	Энд	2	ЧСТИ	Тимус, щитовидная и паращитовидные железы	е-мэнь	ворота жидкости
Tr	Th	3E	Энд	3	ЧСТИ	Эпифиз, гипофиз	чжун-чжу	средний остров
Tr	Th	3E	Энд	4	3-ТИ	Дистальная часть лучезапястного сустава	ян-чи	пруд ян
Tr	Th	3E	Энд	5*		—	вай-гуань	наружная граница
Tr	Th	3E	Энд	6*		—	чжи-гоу	ямы ветви
Tr	Th	3E	Энд	7*		—	хуэй-цзун	встреча с предками
Tr	Th	3E	Энд	8*		—	сань-ян-ло	ло трех ян
Tr	Th	3E	Энд	9*		—	сы-ду	четыре течения воды
Tr	Th	3E	Энд	10*		—	тянь-цзин	небесный источник
Tr	Th	3E	Энд	11*		—	цин-лэн-юань	ясный прохладный водоворот
Tr	Th	3E	Энд	12*		—	сяо-лэ	отвод стоячей воды
Tr	Th	3E	Энд	13*		—	нао-хуэй	точка плеча
Tr	Th	3E	Энд	14	ТИ	Угол плечевого сустава, акромиальное сочленение	цзянь-ляо	плечевая ямка

Таблица П1.9 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Tr	Th	3E	Энд	15	СТИ	Суставы верхних конечностей	тянь-ляо	небесная ямка
Tr	Th	3E	Энд	16	ТИ	Передняя доля гипофиза	тянь-о	небесное окно с решеткой
Tr	Th	3E	Энд	16a	ТИ	Глубокие шейные лимфоузлы	—	—
Tr	Th	3E	Энд	16a_1	ТИ	Лицевой нерв – VII пара ЧМН	—	—
Tr	Th	3E	Энд	16b	ТИ	Паутинная оболочка и ячейки решетчатого тела сосцевидного отростка	—	—
Tr	Th	3E	Энд	17	ТИ	Среднее ухо	и-фэн	защита от ветра
Tr	Th	3E	Энд	17a	ТИ	Лабиринт	—	—
Tr	Th	3E	Энд	17b	ТИ	Улитка, пери- и эндолимфатические протоки	—	—
Tr	Th	3E	Энд	17a	ТИ	Лабиринт	—	—
Tr	Th	3E	Энд	17b	ТИ	Улитка, пери- и эндолимфатические протоки	—	—
Tr	Th	3E	Энд	18	СТИ	Внутреннее ухо	ци-май	пульсирующая артерия
Tr	Th	3E	Энд	19	ТИ	Мозговые оболочки	лу-си	дыхание черепа
Tr	Th	3E	Энд	20	ТИ	Гипоталамус	цзя-сунь	ход верхушки уха
Tr	Th	3E	Энд	21	ЧСТИ	Передние структуры глаза	эр-мэнь	шелковый бамбук
Tr	Th	3E	Энд	22	ТИ	Языкоглоточный нерв – IX пара ЧМН	хэ-ляо	ямка виска
Tr	Th	3E	Энд	23	ТИ	Верхняя часть височно-нижнечелюстного сустава	сы-чжукун	ворота уха

БАТ меридиана сердца

Таблица П1.10

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
C	He	He	Ce	1	*	—	цзи-цюань	высший источник
C	He	He	Ce	2	*	—	цин-лин	молодая душа
C	He	He	Ce	3	*	—	шао-хай	крошечное море
C	He	He	Ce	4	*	—	лин-дао	дорога духа
C	He	He	Ce	5	*	—	тун-ли	соединение с внутренним
C	He	He	Ce	6a	ТИ	Синусно-предсердный (син. Синусовый) узел – справа	—	—
					ТИ	Внутрипредсердные межузловые пути (син. Синоаурикулярный пучек) – слева	—	—
C	He	He	Ce	7	ТИ	Межпредсердный проводящий пучек (син. Проводящая система сердца)	шэнь-мэнь	божественные ворота
C	He	He	Ce	7a	ТИ	Предсердно-желудочковый узел (син. Атрио-вентрикулярный) и правая ножка пучка Гисса – справа	—	—
					ТИ	Левая ножка пучка Гисса – слева	—	—

Таблица П1.10 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
С	He	He	Ce	8	ТИ	Трехстворчатый клапан – справа	шао-фу	маленький район
					ТИ	Митральный клапан – слева		
С	He	He	Ce	8a	ТИ	Перикард, субперикардальная сеть лимфососудов	—	—
С	He	He	Ce	8a-1	ТИ	Лимфатические сосуды	—	—
С	He	He	Ce	8b	ТИ	Эндокард	—	—
С	He	He	Ce	8c	КТИ	Сердца	—	—
С	He	He	Ce	8d	ТИ	Сеть лимфососудов миокарда	—	—
С	He	He	Ce	8e	ТИ	Сердечное сплетение	—	—
С	He	He	Ce	8f	ТИ	Субэндокардиальная сеть лимфососудов	—	—
С	He	He	Ce	9	ТИ	Клапан легочной артерии – справа	шау-гун	маленькая точка атаки
					ТИ	Аортальный клапан – слева		

БАТ меридиана тонкой кишки

Таблица П1.11

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
IG	SI	Du	Тн	1	ТИ	Терминальный отдел подвздошной к-ки – справа	шао-цзе	меленький пруд
					ТИ	Подвздошная кишка – слева		
IG	SI	Du	Тн	1-1	ТИ	Лимфососуды 12-перстной кишки и терминального отдела тонкой к-ки – справа	—	—
					ТИ	Лимфососуды тонкого кишечника – слева		
IG	SI	Du	Тн	1a	ТИ	Верхнее брыжеечное сплетение – справа	—	—
					ТИ	Нижнее брыжеечное сплетение – слева		
IG	SI	Du	Тн	1b	КТИ	12-перстная кишка – справа	—	—
					КТИ	Тонкая кишка – слева		
IG	SI	Du	Тн	1b-1	ТИ	Лимфососуды брюшины 12-перстной и тонкой к-ки	—	—
IG	SI	Du	Тн	1c	ТИ	Брюшина 12-перстной к-ки – справа	—	—
					ТИ	Брюшина тонкой к-ки – слева		

Таблица П1.11 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
IG	SI	Du	Тн	1d	ТИ	Верхняя брыжеечная вена – справа	—	—
					ТИ	Нижняя брыжеечная вена – слева		
IG	SI	Du	Тн	2	ТИ	Нижняя горизонтальная часть 12-перстной к-ки – справа	цзянь-гу	передняя долина
					ТИ	Тонкая и тощая кишка – слева		
IG	SI	Du	Тн	3	ТИ	Нисходящая часть 12-перстной к-ки – справа	хоу-си	заднее ущелье
					ТИ	12-перстнотощекишечный изгиб – слева		
IG	SI	Du	Тн	3а	ТИ	Фатеров сосок и сфинктер Одди – справа	—	—
					ТИ	Пейеровы бляшки – слева		
IG	SI	Du	Тн	4	ТИ	Верхняя горизонтальная часть 12-перстной к-ки – справа	вань-гу	кости лучезапястного сустава
					ТИ	Восходящая часть 12-перстной к-ки – слева		
IG	SI	Du	Тн	4а	ТИ	Лимфососуды брыжейки тонкого к-ка	—	—

Таблица П1.11 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
IG	SI	Du	Тн	5	2-ТИ	Проксимальная часть лучезапястного сустава	ян-гу	солнечная долина
IG	SI	Du	Тн	6	ТИ	Шейный отдел позвоночника	ян-ляо	ухаживание старика
IG	SI	Du	Тн	7	ТИ	Нервы верхних конечностей	чжи-чжэнь	правильное звено
IG	SI	Du	Тн	8	1-ТИ	Локтевой сустав	сяо-хай	маленькое море
IG	SI	Du	Тн	9	ТИ	Мышцы верхних конечностей до запястья	цзянь-чжэнь	чистота плеча
IG	SI	Du	Тн	10	3-ТИ	Задняя часть плечевого сустава	нао-сиу	точка плеча
IG	SI	Du	Тн	11		—	тянь-цзун	небесные предки
IG	SI	Du	Тн	12		—	бин-фэн	поездка ветра
IG	SI	Du	Тн	13		—	цзюй-юань	согнутая спина
IG	SI	Du	Тн	14		—	цзянь-вай-шоу	рядом с плечом
IG	SI	Du	Тн	15	ТИ	Передняя доля гипофиза	цзянь-чжун	середина плеча
IG	SI	Du	Тн	16	ТИ	Головной отдел вагуса	тянь-чуань	небесное окно
IG	SI	Du	Тн	17*		—	тянь-жун	небесная фигура
IG	SI	Du	Тн	17а	ТИ	5-й участок нижней челюсти – 8 зубы	—	—
IG	SI	Du	Тн	17b	ТИ	5-й участок верхней челюсти – 8 зубы	—	—

Таблица П1.11 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
IG	SI	Du	Tn	18	ТИ	Предверноулитковый нерв – VIII пара ЧМН	цюань-ляо	ямка скуловой кости
IG	SI	Du	Tn	18a	ТИ	Слуховой ганглий	—	—
IG	SI	Du	Tn	18b	ТИ	6-й участок верхней челюсти, ретромолярная область – 9 зубы	тянь-цзун	небесные предки
IG	SI	Du	Tn	19	ТИ	Наружное ухо и слуховой проход	тин-гу	дворец слуха

**БАТ меридиана  
селезенки/поджелудочной железы**

Таблица П1.12

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Rp	Sp	Mp	Cn	1	ТИ	Регуляция белкового обмена и секреции панкреатических протеолитических ферментов – справа	инь-бай	скрытая ясность
					ТИ	Иммунная активность селезенки при заболеваниях органов шеи и грудной клетки – слева		

Таблица П1.12 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Rp	Sp	Mp	Cn	1a	КТИ	Экзо- и эндокринные функции поджелудочной железы – справа	—	—
					КТИ	Селезенка – слева		
Rp	Sp	Mp	Cn	1b	ТИ	Брюшина панкреас – справа	—	—
					ТИ	Брюшина селезенки – слева		
Rp	Sp	Mp	Cn	2	ТИ	Регуляция обмена нуклеиновых кислот и секреции панкреатических РНК- и ДНКазы – справа	да-ду	большой город
					ТИ	Иммунная активность селезенки при заболеваниях органов брюшной полости и малого таза – слева		
Rp	Sp	Mp	Cn	3	ТИ	Регуляция углеводного обмена и секреции панкреатических амил- и глюконолитических ферментов – справа	тай-бай	высшая ясность
					ТИ	Красная пульпа селезенки – слева		

Отредактировал и опубликовал на сайте : PRESSI (HERSON)



Таблица П1.12 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Rp	Sp	Mr	Sp	3a	ТИ	Панкреатический проток – справа	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	3a	ТИ	Точка коагулопатий – слева	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	4	ТИ	Регуляция липидного обмена и секреции панкреатических липолитических ферментов – справа	гунь-сунь	внук князя
					ТИ	Ретикулоэндотелиальная система – слева		
Rp	Sp	Mr	Sp	4-1	ТИ	Внутренние лимфатические сосуды поджелудочной железы – справа	—	—
					ТИ	Внутренние лимфатические сосуды селезенки – слева		
Rp	Sp	Mr	Sp	4a	ТИ	Точка гелио-, селено- и гепатических нарушений – справа	—	—
					ТИ	Точка дегенеративных и деструктивных процессов – слева		
Rp	Sp	Mr	Sp	5	1-ТИ	Верхняя часть голеностопного сустава	шан-цю	холм совещаний

Таблица П1.12 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Rp	Sp	Mr	Sp	6	ТИ	«Мастер крови»	сань-инь-цзяо	точка встречи трех инь
Rp	Sp	Mr	Sp	7	ТИ	Диафрагма таза	хоу-гу	открытый холм
Rp	Sp	Mr	Sp	8	ТИ	Диафрагма малого таза	ди-цзи	божественная сила
Rp	Sp	Mr	Sp	9	ТИ	Лимфососуды нижних конечностей	инь-лин-цюань	источник на холме
Rp	Sp	Mr	Sp	10	ТИ	Тазовые вены	сюе-хай	море крови
Rp	Sp	Mr	Sp	11	ТИ	Половые железы	цзи-мэнь	седьмые ворота
Rp	Sp	Mr	Sp	11-1	ТИ	Паховое лимфатическое сплетение	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	11a	ТИ	Тазобедренный сустав	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	12	ТИ	Лимфатические сосуды яичек, придатков яичек, семявыносящего протока, яичников и маточных труб	чун-мэнь	ворота атаки
Rp	Sp	Mr	Sp	13	ТИ	Лимфатические сосуды простаты, семенных пузырьков, уретры, матки, влагалища	фу-шэ	районный дом
Rp	Sp	Mr	Sp	13a	ТИ	Подвздошное лимфатическое сплетение	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	13b	ТИ	Подчревное лимфатическое сплетение	—	—

Таблица П1.12 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Rp	Sp	Mr	Sp	13a	ТИ	Подвздошное лимфатическое сплетение	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	13b	ТИ	Подчревное лимфатическое сплетение	—	—
Rp	Sp	Mr	Sp	14	ТИ	Лимфоузлы желчного пузыря и желчевыводящих протоков	ди-ци	божественная сила
Rp	Sp	Mr	Sp	15	ТИ	Лимфоузлы панкреас – справа	да-хэн	великий поворот
					ТИ	Панкреатиколиенальные лимфоузлы – слева		
Rp	Sp	Mr	Sp	16	ТИ	Лимфоузлы правой части желудка – только справа	фу-ай	страдание живота
Rp	Sp	Mr	Sp	17	ТИ	Лимфоузлы левой части желудка и кардии	ши-доу	отверстие питания
Rp	Sp	Mr	Sp	18	ТИ	Печеночные и портальные лимфоузлы	тянь-си	небесное ущелье
Rp	Sp	Mr	Sp	19	ТИ	Диафрагмальные и задние средостенные лимфоузлы	сюн-сян	район груди
Rp	Sp	Mr	Sp	20	ТИ	Лимфоузлы легких	чжоу-жун	всюду блеск
Rp	Sp	Mr	Sp	21	ТИ	Лимфоузлы и лимфососуды селезенки	да-бао	великий развиватель

БАТ меридиана печени

Таблица П1.13

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
F	Liv	Le	Пе	1	ТИ	Центральная венозная система печени	да-дунь	великое откровение
F	Liv	Le	Пе	1a	ТИ	Печень (правая и левая доли печени)	—	—
F	Liv	Le	Пе	1a-1	ТИ	Лимфососуды брюшины, покрывающей печень	—	—
F	Liv	Le	Пе	1b	ТИ	Брюшина и серповидная связка печени	—	—
F	Liv	Le	Пе	1c	ТИ	Правая и левая печеночные вены	—	—
F	Liv	Le	Пе	2	ТИ	Гепатоциты и доли печени	син-цзянь	хороший интервал
F	Liv	Le	Пе	2a	ТИ	Междольковые желчные протоки	—	—
F	Liv	Le	Пе	2b	ТИ	Воротная вена печени	—	—
F	Liv	Le	Пе	2a	ТИ	Междольковые желчные протоки	—	—
F	Liv	Le	Пе	2b	ТИ	Воротная вена печени	—	—
F	Liv	Le	Пе	3	ТИ	Сеть синусоидных печеночных капилляров	тай-чжун	высшая точка приступа
F	Liv	Le	Пе	3a	ТИ	Внутренние лимфососуды печени	—	—
F	Liv	Le	Пе	4	ТИ	Передняя часть голеностопного сустава	чжун-фэн	средняя печать

Таблица П1.13 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
F	Liv	Le	Пе	5	ТИ	«Мастер крови»	ли-гоу	конечный желобок
F	Liv	Le	Пе	6	*	—	чжун-ду	город центра
F	Liv	Le	Пе	7	ТИ	Вены нижних конечностей	ци-гуань	граница колена
F	Liv	Le	Пе	8	1-ТИ	Коленный сустав	цюй-цюань	согнутый источник
F	Liv	Le	Пе	9	*	—	инь-бао	оболочка
F	Liv	Le	Пе	10	ТИ	Задняя часть (стенка) большого сальника	цзу-у-ли	пять ли
F	Liv	Le	Пе	11	ТИ	Половые железы	инь-лянь	угол инь
F	Liv	Le	Пе	12	*	—	цзи-май	овечья стрела
F	Liv	Le	Пе	13	ТТ	Точка тревоги поджелудочной железы – справа	чжан-мэнь	посаженные ворота
					ТТ			
F	Liv	Le	Пе	14	ТИ	Лимфососуды печени (син. Точка тревоги печени)	ци-мэнь	ворота времени

## БАТ меридиана желудка

Таблица П1.14

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
E	St	Ma	Же	1	*	Точка соединения меридианов желудка и желчного пузыря	той-вей (Же 8)	хранитель головы

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
E	St	Ma	Же	2	ТИ	Нижняя часть височно-нижнечелюстного сустава	ся-гуань (Же 7)	нижнее закрытие
E	St	Ma	Же	3	ТИ	Околоушная железа	цзюй-ляо	ось щеки
E	St	Ma	Же	3-1	ТИ	Ретромолярная область и 6 зубы нижней челюсти	—	—
E	St	Ma	Же	3-2	ТИ	Язык	—	—
E	St	Ma	Же	3-3	ТИ	Подъязычная железа	—	—
E	St	Ma	Же	3a	ТИ	Язычная миндалина	—	—
E	St	Ma	Же	3a-1	ТИ	Носоглотка	—	—
E	St	Ma	Же	3b	ТИ	Глотка	—	—
E	St	Ma	Же	4	ТИ	Хрусталик	чэн-ци (Же 1)	средоточие слез
E	St	Ma	Же	5	ТИ	Гайморова пазуха	—	—
E	St	Ma	Же	6	ТИ	4-й участок верхней челюсти 6–7 зубы	—	—
E	St	Ma	Же	7	СТИ	Боковая поверхность верхней челюсти, 5–8 зубы	цзюй-ляо (Же 3)	большая кость
E	St	Ma	Же	8	СТИ	Боковая поверхность нижней челюсти, 4–5 зубы	ди-цан (Же 4)	земная кладовая
E	St	Ma	Же	8-1	ТИ	3-й участок нижней челюсти, 4–5 зубы	—	—

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Е	St	Ma	Же	8-2	ТИ	Ротоглотка	—	—
Е	St	Ma	Же	8-3	ТИ	Подчелюстной ганглий	—	—
Е	St	Ma	Же	8a	ТИ	Подчелюстная железа	да-ин (Же 5)	большой прием
Е	St	Ma	Же	8b	ТИ	Небная миндалина	—	—
Е	St	Ma	Же	8c	ТИ	Шейная часть вагуса	—	—
Е	St	Ma	Же	8d	ТИ	Глоточное (син. Фарингеальное) сплетение вагуса	—	—
Е	St	Ma	Же	9	ТИ	Паращитовидные железы	жень-инь	прием человека
Е	St	Ma	Же	10	ТИ	Щитовидная железа	шуй-туй	водопровод
Е	St	Ma	Же	10a	СТИ	Вагус – X пара ЧМН	—	—
Е	St	Ma	Же	10b	ТИ	Яремный лимфатический проток	—	—
Е	St	Ma	Же	11	ТИ	Тимус	ци-шэ	жилище воздуха
Е	St	Ma	Же	12	ТИ	Общая сонная (син. Каротидная) артерия и каротидный синус	цюе-пэнь	впадина чашечки
Е	St	Ma	Же	12a	ТИ	Верхние средостенные (син. медиастинальные), окологрудные и грудные лимфоузлы	—	—

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Е	St	Ma	Же	12b	ТИ	Бронхо-диастиальный лимфатический ствол, бронхопульмональные передние трахеобронхиальные, задние трахеальные и бронхо-диастиальные лимфоузлы	—	—
Е	St	Ma	Же	13	ТИ	Верхняя часть пищевода	ци-ху	очаг воздуха комната
Е	St	Ma	Же	14	ТИ	Нижняя часть пищевода	ку-фан	сокровища
Е	St	Ma	Же	15	ТИ	Пищеводное сплетение вагуса	у-и	комнатная ширма
Е	St	Ma	Же	16	ТИ	Грудная часть вагуса	ин-чуан	прочное окно
Е	St	Ma	Же	18	ТИ	Грудные железы	жу-чжун	центр соска
Е	St	Ma	Же	19	ТИ	Легочное сплетение вагуса	ку-гэнь	основание груди
Е	St	Ma	Же	20	ТИ	Заднее желудочное сплетение вагуса – справа	чэн-мэнь	восприятие полноты
					ТИ	Переднее желудочное сплетение вагуса – слева		
Е	St	Ma	Же	21	ТИ	Брюшная часть вагуса	лянь-мэнь	врата перекрестка

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
E	St	Ma	Же	22	ТИ	Верхнее желудочное сплетение симпатика – справа	гуань-мэнь	закрытая дверь
					ТИ	Селезеночное сплетение – слева		
E	St	Ma	Же	23	ТИ	Сплетение поджелудочной железы	тай-и	очень большой подарок
E	St	Ma	Же	24	*	—	хуа-жоу-мэнь	дверь смазывающей подкладки
E	St	Ma	Же	25	ТТ	Точка тревоги толстой к-ки	ин-чуан	прочное окно
E	St	Ma	Же	26	*	—	вай-лин	наружный бугорок
E	St	Ma	Же	27	*	—	дай-цзюй	большое явление
E	St	Ma	Же	28	*	—	шуй-дао	дорога воды
E	St	Ma	Же	29	*	—	гуй-лай	дорога возврата
E	St	Ma	Же	30	1-ТИ	Тазобедренный сустав	ци-чун	вызов энергии
E	St	Ma	Же	30a	ТИ	Брюшное симпатическое сплетение яичников и яичек	—	—
E	St	Ma	Же	31	ТИ	Половые железы	би-гуань	барьер бедра
E	St	Ma	Же	32	ТИ	Артерии нижних конечностей	фу-ту	поддерживающий выступ
E	St	Ma	Же	33	ТИ	Вены брюшной полости	инь-ши	неизвестный путь
E	St	Ma	Же	34	*	—	лян-цю	вершина холма

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
E	St	Ma	Же	35	2-ТИ	Коленный сустав	ду-би	нос теленка
E	St	Ma	Же	36	*	—	цзу-сань-ли	три промежуток на ноге
E	St	Ma	Же	37	*	—	шан-цзюй-суй	верхняя ямка
E	St	Ma	Же	38	*	—	тяо-коу	начало ветви
E	St	Ma	Же	39	*	—	ся-цзюй-суй	нижняя ямка
E	St	Ma	Же	40	*	—	фэн-лун	грациозный выступ
E	St	Ma	Же	41	2-ТИ	Верхн. часть голеностопного сустава	цзе-си	свободная лощина
E	St	Ma	Же	41a	ТИ	Грудные железы	—	—
E	St	Ma	Же	41a	ТИ	Грудные железы	—	—
E	St	Ma	Же	42	ТИ	Верхняя часть пищевода	чун-ян	наплыв солнца
E	St	Ma	Же	42a	ТИ	Нижняя часть пищевода	—	—
E	St	Ma	Же	43	ТИ	Тело желудка – справа	сянь-гу	ямка долины
					ТИ	Кардия желудка – слева		
E	St	Ma	Же	43a	ТИ	Слизистая оболочка малой кривизны желудка – справа	—	—
					ТИ	Слизистая оболочка малой кривизны желудка – слева		

Таблица П1.14 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
E	St	Ma	Же	44	ТИ	Антральный отдел желудка – справа	мэй-тин	нижний зал
					ТИ	Свод (газовый пузырь) желудка – слева		
E	St	Ma	Же	44-1	ТИ	Левая и правая желудочные вены	—	—
E	St	Ma	Же	44a	ТИ	Брюшина желудка	—	—
E	St	Ma	Же	44a-1	ТИ	Лимфососуды брюшины, покрывающей желудок	—	—
E	St	Ma	Же	44b	КТИ	Желудок	—	—
E	St	Ma	Же	44c	ТИ	Чревное (солнечное) сплетение	—	—
E	St	Ma	Же	44d	ТИ	Лимфососуды желудка	—	—
E	St	Ma	Же	45	ТИ	Привратник желудка – справа	ли-дуй	строгое видоизменение
					ТИ	Левая часть тела желудка – слева		

## БАТ меридиана желчного пузыря

Таблица П1.15

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	1	СТИ	Внутренние структуры глаза	тун-цзы-ляо	зрачковая ямка
Vb	G	Gbl	Жп	1-1	ТИ	Зрительный нерв – II пара ЧМН	—	—

Таблица П1.15 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	1a	ТИ	Ресничный ганглий	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	2		—	тин-хуэй	точка слуха
Vb	G	Gbl	Жп	3	ТИ	Тройничный нерв – V пара ЧМН	шан-гуань	верхний проход
Vb	G	Gbl	Жп	4	ТИ	Зрительный бугор (таламус)	хань-янь	давление на челюсти
Vb	G	Gbl	Жп	5		—	сюань-ху	перевес лба
Vb	G	Gbl	Жп	6		—	сюань-хи	свободный висячий балкон
Vb	G	Gbl	Жп	7	СТИ	Межуточный мозг	цюй-бинь	извитые волосы виска
Vb	G	Gbl	Жп	8	ТИ	Серый бугор	шуай-гу	конец долины
Vb	G	Gbl	Жп	9	СТИ	Средний мозг	тянь-чун	небесная точка
Vb	G	Gbl	Жп	10	ТИ	Красное ядро	фу-бай	прилив ясности
Vb	G	Gbl	Жп	10a	ТИ	Преганглионарные волокна вагуса в среднем мозге	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	11	ТИ	Центр ритма сна и бодрствования в среднем мозге	тоу-цяо-инь	начало инь
Vb	G	Gbl	Жп	11a	ТИ	Медиальные коленчатые тела	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	11b	ТИ	Ядра вагуса в продолговатом мозге	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	12	ТИ	Задняя доля гипофиза	вань-гу	исполнение кости

Таблица П1.15 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	13*		—	бэнь-шэнь	дух причины
Vb	G	Gbl	Жп	14	ТИ	Латеральные коленчатые тела	ян-баи	ворота времени
Vb	G	Gbl	Жп	15*		—	тоу-ли-ци	спуск слез
Vb	G	Gbl	Жп	16	ТИ	Центр сна и его глубины в среднем мозге	му-чуан	окно глаз
Vb	G	Gbl	Жп	17	ТИ	Ретикулярная формация	чжэн-ин	правое руководство
Vb	G	Gbl	Жп	18	ТИ	Верхние ручки бугорков четверохолмия	чэн-лин	прием духа
Vb	G	Gbl	Жп	18a	ТИ	Нижние ручки бугорков четверохолмия	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	19	ТИ	Ножки мозга	нао-кун	пространство мозга
Vb	G	Gbl	Жп	19a	ТИ	Головная часть симпатикуса	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	20	СТИ	Симпатическая нервная система	фэн-чи	ветер-пруд
Vb	G	Gbl	Жп	20a	ТИ	Промежуточная доля гипофиза	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	21	ТИ	Передняя доля гипофиза	цзянь-цин	плечо-источник
Vb	G	Gbl	Жп	22*			юань-у	водоворот воды
Vb	G	Gbl	Жп	23	ТТ	Дополнительная точка тревоги желчного пузыря	чжэ-цин	боковая мышца

Таблица П1.15 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	24	ТТ	Точка тревоги желчного пузыря	жи-юе	солнце-луна
Vb	G	Gbl	Жп	25	ТТ	Точка тревоги почек	цзинь-мэнь	ворота столицы
Vb	G	Gbl	Жп	26*		—	дай-май	сосуд пояса
Vb	G	Gbl	Жп	27*		—	у-шу	пять центральных столбов
Vb	G	Gbl	Жп	28*		—	вэй-дао	соединяющий путь
Vb	G	Gbl	Жп	29	3-ТИ	Тазобедренный сустав	цзюй-ляо	покой яма
Vb	G	Gbl	Жп	30	ТИ	—	хуань-тяо	прыгать в зрелость
Vb	G	Gbl	Жп	31	ТИ	—	фэн-ши	ветер-рынок
Vb	G	Gbl	Жп	32	ТИ	—	чжун-ду	среднее течение
Vb	G	Gbl	Жп	33	СТИ	Суставы нижних конечностей	цзу-ян-гуань	граница ян
Vb	G	Gbl	Жп	34	СТИ	Мышцы нижних конечностей	ян-лин-цюань	ян-холм-источник
Vb	G	Gbl	Жп	35*		—	ян-цзяо	точка встречи ян
Vb	G	Gbl	Жп	36*		—	вай-цю	наружный холм
Vb	G	Gbl	Жп	37*		—	гуан-мин	сияющая ясность
Vb	G	Gbl	Жп	38*		—	ян-фу	опора ян
Vb	G	Gbl	Жп	39	ТИ	Костный мозг	сюань-чжун	висячий колокол
Vb	G	Gbl	Жп	39a	3-ТИ	Латеральный участок верхнего отдела голеностопного сустава	—	—

Таблица П1.15 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	40*		—	цю-суй	холм- рынок
Vb	G	Gbl	Жп	41	ТИ	Желчные протоки правой и левой долей печени	цзу-линъ-ци	спуск слез
Vb	G	Gbl	Жп	42	ТИ	Желчный пузырь – справа	ди-у-хуэй	пятое соединение земли
					ТИ	Левый печеночный проток – слева		
Vb	G	Gbl	Жп	43	ТИ	Пузырный проток – справа	ся-си	узкая долина
					ТИ	Правый печеночный проток – слева		
Vb	G	Gbl	Жп	43-1	ТИ	Пузырная вена	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	43a	ТИ	Брюшина желчного пузыря	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	43a-1	ТИ	Лимфатические сосуды брюшины, покрывающей желчный пузырь	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	43b	КТИ	Желчного пузыря и желчновыводящих путей	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	43c	ТИ	Печеночное сплетение	—	—
Vb	G	Gbl	Жп	43d	ТИ	Лимфососуды желчного пузыря и желчных протоков	—	—

Таблица П1.15 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
Vb	G	Gbl	Жп	44	ТИ	Общий желчный проток – справа	цзу-цюо-инь	начало инь
					ТИ	Общий печеночный проток – слева		

## БАТ меридиана почек

Таблица П1.16

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
R	K	Ni	По	1*	ТИ	Почечные лоханки	—	—
R	K	Ni	По	1-1	ТИ	Лимфососуды почек и надпочечников	—	—
R	K	Ni	По	1-2	ТИ	Почечное сплетение	—	—
R	K	Ni	По	1-3	КТИ	Почек	—	—
R	K	Ni	По	1-4	ТИ	Брюшина почек	—	—
R	K	Ni	По	1a	ТИ	Мочеточники (брюшная часть)	—	—
R	K	Ni	По	1b	ТИ	Надпочечниковое сплетение	—	—
R	K	Ni	По	2	ТИ	Почечные столбы (син. Пограничная пиелоренальная область)	—	—
R	K	Ni	По	2a	ТИ	Прямые канальцы и собирательные трубочки почек (син. Пирамиды почек)	—	—



Таблица П1.16 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
R	K	Ni	По	3	ТИ	Паренхима почек (син. Почечные нефроны, кора, клубочки и извитые канальцы)	шуй-цюань (По 5)	высшее ущелье
R	K	Ni	По	4	ТИ	Среднее и нижнее прямокишечные и анальное сплетения	да-чжун	источник воды
R	K	Ni	По	4а*	ТИ	Анальный сфинктер	тай-си (По 3)	море света
R	K	Ni	По	5	ТИ	Анальный канал	—	
R	K	Ni	По	5а	ТИ	Ректальное венозное сплетение	чжао-хай	большой бокал
R	K	Ni	По	6	ТИ	Прямая кишка		
R	K	Ni	По	6а	ТИ	Лимфососуды терминального отдела толстого кишечника и аноректальные лимфоузлы	фу-лю	задний поток
R	K	Ni	По	7*	ТИ	«Мастер крови» (по Р. Фоллю)	фу-лю	задний поток
R	K	Ni	По	8**	ТИ	«Мастер крови» (по И. Руфу)	цзяо-синь	обменное доверие
R	K	Ni	По	9	*	—	чжу-бинь	постройка плотины
R	K	Ni	По	10	*	—	инь-гу	долина инь
R	K	Ni	По	10а	ТИ	Мозговой слой надпочечников	—	—

Таблица П1.16 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
R	K	Ni	По	10b	ТИ	Кора надпочечников		
R	K	Ni	По	11	*		хен-гу	поперечно кости
R	K	Ni	По	12	*	—	да-хе	великий блеск
R	K	Ni	По	13	*	—	ци-сую	точка энергии
R	K	Ni	По	14	*	—	си-мань	4х-кратная полнота
R	K	Ni	По	15	*	—	чжун-чжу	среднее течение
R	K	Ni	По	16	*	—	хуан-шу	пункт согласия жизненных центров
R	K	Ni	По	17	*	—	шан-цюй	поворотная точка купцов
R	K	Ni	По	18	*	—	ши-гуань	каменная граница
R	K	Ni	По	19	ТИ	Почечные ветви вагуса	инь-ду	главный город
R	K	Ni	По	20	ТИ	Чревные ветви вагуса	фу-тун-гу	проход долиной
R	K	Ni	По	21	ТИ	Печеночные ветви вагуса	ю-мень	ворота тьмы
R	K	Ni	По	22	*	—	бу-лань	вход в веранду
R	K	Ni	По	23	*	—	шень-фэн	боги-печать
R	K	Ni	По	24	*	—	ли-суй	дух-пустота
R	K	Ni	По	25	*	—	шэнь-цан	боги-говорящий
R	K	Ni	По	26	*	—	юй-чжун	в сомнении
R	K	Ni	По	27	ТИ	Грудино-ключичный сустав	шу-фу	мастерская согласия

БАТ первой ветви меридиана мочевого пузыря Таблица П1.17

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	1	ТИ	Кавернозный синус	цин-мин	блеск глазного яблока
V	VI	VI	Мп	2	ТИ	Лобные пазухи	цуань-чжу	сбор бамбука
V	VI	VI	Мп	2-1	ТИ	Обонятельный нерв – I пара ЧМН	—	—
V	VI	VI	Мп	2a	СТИ	Ствол головного мозга	—	—
V	VI	VI	Мп	3*		—	мэй-чун	проход бровей
V	VI	VI	Мп	4*		—	цзюй-ча	изогнутые отклонения
V	VI	VI	Мп	5*		—	у-чу	пятое место
V	VI	VI	Мп	6*		—	чэн-гуан	увеличение блеска
V	VI	VI	Мп	7*		—	тун-тянь	небесный пассаж
V	VI	VI	Мп	8	ТИ	Эпифиз	ло-цюе	граница ло
V	VI	VI	Мп	8a	ТИ	Верхние холмики крыши четверохолмия	—	—
V	VI	VI	Мп	8b	ТИ	Нижние холмики крыши четверохолмия	—	—
V	VI	VI	Мп	9	ТИ	Варолиев мост	юй-чжень	подушка жара
V	VI	VI	Мп	10	ТИ	Продолговатый мозг	тянь-чжу	столб неба
V	VI	VI	Мп	10a	ТИ	Верхний шейный ганглий	—	—
V	VI	VI	Мп	10a-1	ТИ	Добавочный нерв – XI пара ЧМН	—	—
V	VI	VI	Мп	10b	ТИ	Средний шейный ганглий	—	—

Таблица П1.17 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	10c	ТИ	Нижний шейный ганглий	—	—
V	VI	VI	Мп	11	СТИ	Позвоночник	да-чжу	большой челнок
V	VI	VI	Мп	12	СТИ	Костная система	фэн-мэнь	врата ветра
V	VI	VI	Мп	13	ТС	Точка согласия легких	фэй-шу	точка согласия легких
V	VI	VI	Мп	14	ТС	Точка согласия кровотока (перикарда)	цзюе-инь-шу	пустая точка
V	VI	VI	Мп	15	ТС	Точка согласия сердца	синь-шу	точка согласия сердца
V	VI	VI	Мп	16	СТИ	Грудная часть симпатического ганглия	ду-шу	точка согласия
V	VI	VI	Мп	17	ТИ	Диафрагма	гэ-шу	диафрагма
V	VI	VI	Мп	18	ТС	Точка согласия печени	гань-шу	точка согласия печени
V	VI	VI	Мп	19	ТС	Точка согласия желчного пузыря	дань-шу	точка согласия желчного пузыря
V	VI	VI	Мп	20	ТС	Точка согласия селезенки – слева	пи-шу	точка согласия селезенки
V	VI	VI	Мп		ТИ	Точка согласия поджелудочной железы – справа		точка согласия поджелудочной железы
V	VI	VI	Мп	21	ТС	Точка согласия желудка	вэй-шу	точка согласия желудка
V	VI	VI	Мп	22	ТС	Точка согласия эндокринной системы (в ЭАФ ТИ Надпочечники)	сянь-цзя-шу	точка согласия тройного обогревателя
V	VI	VI	Мп	23	ТС	Точка согласия почек	шэнь-шу	точка согласия почек

Таблица П1.17 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	24	СТИ	Брюшная часть симпатикуса	ци-хай-шу	точка моря дыхания
V	VI	VI	Мп	25	ТС	Точка согласия толстого кишечника	да-чан-шу	точка согласия толстой кишки
V	VI	VI	Мп	26*		—	гуань-юань-шу	точка границы и возникновения
V	VI	VI	Мп	27	ТС	Точка согласия тонкой и 12-перстной кишки (в ЗАФ ТИ Крестцово-подвздошное сочленение)	сяо-чан-шу	точка согласия тонкой кишки
V	VI	VI	Мп	28	ТС	Точка согласия мочевого пузыря и уrogenитальных органов	пан-гуан-шу	точка согласия мочевого пузыря
V	VI	VI	Мп	29	ТИ	Грудной отдел позвоночника	чжун-люй-шу	точка согласия среднего позвонка
V	VI	VI	Мп	30	ТС	Точка согласия сфинктера мочевого пузыря и прямой кишки	пан-гуан-шу	точка сфинктера
V	VI	VI	Мп	31			шан-ляо	верхняя ямка
V	VI	VI	Мп	32	ТИ	Тазовые нервы	цы-ляо	следующая ямка
V	VI	VI	Мп	33	ТИ	Тазовая часть симпатикуса	чжун-ляо	средняя ямка
V	VI	VI	Мп	34	ТИ	Тазовое парасимпатическое сплетение	ся-ляо	нижняя ямка

Таблица П1.17 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	35	ТИ	Преганглионарные парасимпатические крестцовые нервные волокна	хуэй-ян	сторона четыре позвонка

БАТ второй ветви меридиана мочевого пузыря Таблица П1.18

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	36**		—	фу-фэнь	рядом с мышцей
V	VI	VI	Мп	37*		—	по-ху	седалище души
V	VI	VI	Мп	38*		—	гао-хуан	жизненный центр
V	VI	VI	Мп	39*		—	шэнь-тан	место ощущение
V	VI	VI	Мп	40*		—	и-си	крик боли
V	VI	VI	Мп	41*		—	гэ-гуань	граница диафрагмы
V	VI	VI	Мп	42*		—	хунь-мэнь	врата души
V	VI	VI	Мп	43*		—	ян-ган	соединение ганг
V	VI	VI	Мп	44*		—	и-шэ	место ощущение
V	VI	VI	Мп	45*		—	вэй-цан	амбар желудка
V	VI	VI	Мп	46*		—	хуан-мэнь	врата жизненных центров
V	VI	VI	Мп	47*		—	чжи-ши	место воли
V	VI	VI	Мп	48*		—	бао-хуан	жизненный центр матки – плацента

Таблица П1.18 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	49	ТИ	Предстательное, маточновлагалищное и нервное сплетение семявыносящих протоков	чжи-бэнь	сторона IV позвонка
V	VI	VI	Мп	49a	ТИ	Придатки яичек (эпидимус), брюшное отверстие маточных труб	—	—
V	VI	VI	Мп	52	ТИ	Передняя часть уретры	—	—
V	VI	VI	Мп	49c	ТИ	Семенные пузырьки, маточные трубы	фу-си	поверхностная долина
V	VI	VI	Мп	50	ТИ	Боковые доли простаты, тело матки	чэн-фу	место опоры
V	VI	VI	Мп	50-1	ТИ	Средние доли простаты, шейка матки	—	—
V	VI	VI	Мп	50-2	ТИ	Синус простаты, шейка матки (влагалищная часть матки)	хунь-мэнь	врата души
V	VI	VI	Мп	50a	ТИ	Семенной бугорок, широкая связка матки, параметрит	—	—
V	VI	VI	Мп	50b	ТИ	Купферовские и бартолиновые железы	—	—
V	VI	VI	Мп	50c	ТИ	Кавернозное сплетение полового члена и клитора	—	—

Таблица П1.18 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	VI	VI	Мп	51	ТИ	Пенис, влагалище	инь-мень	врата богатства
V	VI	VI	Мп	51a	ТИ	Задняя часть уретры	—	—
V	VI	VI	Мп	52	ТИ	Передняя часть уретры	фу-си	поверхностная долина
V	VI	VI	Мп	53*		—	вэй-ян	накопление ян
V	VI	VI	Мп	54	3-ТИ	Задняя часть коленного сустава	вэй-чжун	средние накопления
V	VI	VI	Мп	55*		—	хэ-ян	точка встречи ян
V	VI	VI	Мп	56*		—	чэн-цзинь	поддержка мышцы
V	VI	VI	Мп	57*		—	чэн-шань	опора горы
V	VI	VI	Мп	58*		—	фэй-ян	взлет
V	VI	VI	Мп	59*		—	фу-ян	ян костей стопы
V	VI	VI	Мп	60	ТИ	Нервы нижних конечностей	кунь-лунь	название горы в Тибете
V	VI	VI	Мп	60a	ТИ	Крестцовые, копчиковые и тазовые лимфоузлы	—	—
V	VI	VI	Мп	61	ТИ	Поясничный отдел позвоночника, крестец, копчик	пу-шэнь	помощь работникам
V	VI	VI	Мп	62	ТИ	Задняя часть голеностопного сустава	шэнь-май	сосуд растяжения
V	VI	VI	Мп	63	ТИ	Нижнее подвздошное и тазовое нервное симпатическое сплетение	цзинь-мэнь	золотые ворота

Таблица П1.18 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	Bl	Bl	Мп	64	СТИ	Придатки яичек, семенной канатик, яичники, маточные трубы	цзин-гу	главные кости
V	Bl	Bl	Мп	65	СТИ	Простата, семенной бугорок, семенные пузырьки, пенис, уретра, широкая связка матки, параметрий, матка, влагалище	вэй-чжун	средние накопления
V	Bl	Bl	Мп	66	ТИ	Дно и сфинктер мочевого пузыря, мочепузырный треугольник	цзу-тун-гу	проход долиной
V	Bl	Bl	Мп	66a	ТИ	Брюшина мочевого пузыря и уrogenитальных органов, межмочеточниковая складка, устья мочеточников, внутреннее отверстие уретры	—	—
V	Bl	Bl	Мп	66a-1	ТИ	Лимфососуды брюшины, покрывающей мочевой пузырь	—	—
V	Bl	Bl	Мп	66b	КТИ	Мочевой пузырь и уrogenитальные органы	—	—

Таблица П1.18 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	Bl	Bl	Мп	66c	ТИ	Пузырное сплетение	вэй-чжун	средние накопления
V	Bl	Bl	Мп	66d	ТИ	Лимфососуды мочевого пузыря	—	—
V	Bl	Bl	Мп	67	ТИ	Тело (и шейка) мочевого пузыря	чхи-инь	достижение инь

(\*\*) Вторая ветвь меридиана мочевого пузыря через МП 36 соединяется с точкой ЛФ 14.

## БАТ переднего срединного меридиана

Таблица П1.19

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
VC	CV	Konz*	Пср	1	*	—	хуэнь-инь	половая точка
VC	CV	Konz	Пср	2	*	—	цзюй-гу	согнутая кость
VC	CV	Konz	Пср	3	ТТ	Точка тревоги мочевого пузыря	чжун-цзи	средняя точка вершины
VC	CV	Konz*	Пср	4	ТТ	Точка тревоги тонкой к-ки	гуань-юань	выступ-граница
VC	CV	Konz	Пср	5	ТТ	Точка тревоги эндокринной системы	ши-мэнь	каменные ворота
VC	CV	Konz	Пср	6	*	—	ци-хай	море энергии
VC	CV	Konz	Пср	7	*	—	инь-цзяо	объединение инь
VC	CV	Konz	Пср	8	*	—	шень-цзюэ	божественная граница
VC	CV	Konz	Пср	9	*	—	шуй-фэнь	распределение воды
VC	CV	Konz	Пср	10	*	—	ся-вань	нижний канал
VC	CV	Konz	Пср	11	*	—	цзянь-хи	опустошенная местность
VC	CV	Konz	Пср	12	ТТ	Точка тревоги желудка	чжун-ван	средний канал

Таблица П1.19 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
VC	CV	Konz	Пср	13	*	Точка «энергии» желудка и тонкой кишки	шан-ван	верхний канал
VC	CV	Konz	Пср	14	ТТ	Точка тревоги сердца	цзюй-цюе	граница силы
VC	CV	Konz	Пср	15	*	—	цзю-вэй	хвост голубя
VC	CV	Konz	Пср	16	*	—	чжун-тин	средний двор
VC	CV	Konz	Пср	17	ТИ	Бронхов	тань-чжун	середина груди
VC	CV	Konz*	Пср	18	*	Точка концентрации «энергии» печени	юй-тан	светло-зеленый зал
VC	CV	Konz	Пср	19	ТИ	Трахея	цзю-гун	красный дворец
VC	CV	Konz	Пср	20	*	—	хуа-гай	цветочный покров
VC	CV	Konz	Пср	21	ТИ	Гортань	сюань-цзи	бледно-зеленая жемчужина
VC	CV	Konz	Пср	22	ТИ	Тимус	тянь-ту	небесная тропа
VC	CV	Konz	Пср	23	*	—	лянь-цюань	боковой источник
VC	CV	Konz	Пср	23a	ТИ	Язык	—	—
VC	CV	Konz	Пср	23b	ТИ	Подъязычная железа	—	—
VC	CV	Konz	Пср	23c	ТИ	Глоточная миндалина	—	—
VC	CV	Konz	Пср	24	СТИ	Середина нижней челюсти, 1–4/4–1 зубы	чэн-цзянь	приемник жидкости

БАТ заднего срединного меридиана

Таблица П1.20

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
VG	GV	Gonv*	Зср	1	*	—	чан-цян	увеличение силы
VG	GV	Gonv*	Зср	2	ТИ	Поясничные и крестцовые сегменты, и корешки спинного мозга	яо-шу	точка поясницы
VG	GV	Gonv	Зср	3	*	—	яо-ян-гуань	граница янь
VG	GV	Gonv	Зср	4	*	—	мин-мэнь	врата жизни
VG	GV	Gonv	Зср	5	*	—	сюань-шу	висячая стена
VG	GV	Gonv	Зср	6	ТИ	Грудные сегменты спинного мозга	цзи-чжун	середина позвоночника
VG	GV	Gonv	Зср	7	*	—	чжун-шу	средняя дверная петля
VG	GV	Gonv	Зср	8	*	—	цзинь-со	натягиватель мышц
VG	GV	Gonv	Зср	9	*	—	чжи-ян	прибытие ян
VG	GV	Gonv	Зср	10	*	—	лин-тай	терраса духа
VG	GV	Gonv	Зср	11	*	—	шэнь-чдо	божественная дорога
VG	GV	Gonv	Зср	12	*	—	шэнь-чжу	столб тела
VG	GV	Gonv	Зср	13	СТИ	Спинальный мозг	тао-дао	дорога странствий
VG	GV	Gonv	Зср	14	*	—	да-чжуй	большой позвонок
VG	GV	Gonv*	Зср	15	*	—	я-мэнь	врата молчания
VG	GV	Gonv	Зср	16	*	—	фэн-фу	район ветра
VG	GV	Gonv	Зср	17	ТИ	Пластинка крыши четверохолмия – центр тимической психики	нао-ху	дверь мозга

Таблица П1.20 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
VG	GV	Gonv	Зср	18	*	—	цян-цзяньи	место силы
VG	GV	Gonv	Зср	19	ТИ	Передняя часть мозжечка	хоу-дин	задний холм головы
VG	GV	Gonv	Зср	19a	ТИ	Задняя часть мозжечка	—	—
VG	GV	Gonv	Зср	19b	ТИ	«Старый» мозжечок	—	—
VG	GV	Gonv	Зср	20	ТИ	«Самая высокая точка черепа»	бай-хуэй	стократный сборщик
VG	GV	Gonv	Зср	21	ТИ	Миндалевидное тело – лимбическая система	цян-дин	передний холм
VG	GV	Gonv	Зср	22	ТИ	Опоясывающая извилина – лимбическая система	синь-хуэй	точка покрытия черепа
VG	GV	Gonv	Зср	23	ТИ	Гиппокамп	шин-син	верхняя звезда
VG	GV	Gonv	Зср	23-1	КТИ	Большой мозг	э-чжун	середина лба
VG	GV	Gonv*	Зср	23-1a	ТИ	«Глаз циклопа» – точка психосоматических и дегенеративных нарушений	инь-тан шань-	линия лба
VG	GV	Gonv	Зср	23-2	КТИ	Лимбическая система	гэнь (Зср 24)	подножие горы
VG	GV	Gonv	Зср	23a	ТИ	Верхняя стенка основной пазухи носа	—	—
VG	GV	Gonv	Зср	24	*	—	жэнь-чжун (Зср 24)	водяная яма

Таблица П1.20 (продолжение)

Аббревиатура				№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Фр.	Анг.	Нем.	Рус.					
V	GV	Gonv	Зср	25	СТИ	Челюсти, медиальная часть верхней челюсти, 1—4/ 4—1 зубы	дуй-дуань (Зср 26)	верхний край губы

## БАТ структур глаза

Таблица П1.21

Аббревиатура		№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Нем.	Рус.					
Orb	Глаз	1	ТИ	Блоковидный нерв – IV пара ЧМН	—	—
Orb	Глаз	2	ТИ	Отводящий нерв – VI пара ЧМН	—	—
Orb	Глаз	3	ТИ	Глазодвигательный нерв – III пара ЧМН	—	—
Orb	Глаз	4	ТИ	Склера	—	—
Orb	Глаз	4a	ТИ	Слезная железа	—	—
Orb	Глаз	5	ТИ	Сетчатка	—	—
Orb	Глаз	6	ТИ	Сосудистая оболочка	—	—
Orb	Глаз	7	ТИ	Желтое пятно	—	—
Orb	Глаз	8	ТИ	Стекловидное тело	—	—
Orb	Глаз	9	ТИ	Реснитчатое тело	—	—
Orb	Глаз	10	ТИ	Радужная оболочка	—	—
Orb	Глаз	11	ТИ	Роговица	—	—
Orb	Глаз	12	ТИ	Конъюнктив	—	—
Orb	Глаз	13	ТИ	Веки	—	—
Orb	Глаз	14	ТИ	Слезные пути	—	—
3E	Энд	21	СТИ	Передние структуры глаза	—	—

Таблица П1.21 (продолжение)

Аббревиатура		№	Шифр	Анатомическое название	Китайское название	Перевод
Нем.	Рус.					
Ma	Же	4	ТИ	Хрусталик	эр-мэнь	шелковый бамбук
Gbl	Жп	1	СТИ	Задние структуры глаза	чэн-ци (Же 1)	средоточие слез
Gbl	Жп	1-1	ТИ	Зрительный нерв – II пара ЧМН	тун-цзы- ляо	зрачковая ямка

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Иглорефлексотерапия. Горький. 1978. – 295 с.
2. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р.Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии: Методические рекомендации/ Яновский О.Г., и соавторы. – М.: Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения. 1999. – 27 с.
3. Гапонюк П.Я., Клименко Л.М., Левин В.Н. Акупунктурная рефлексотерапия. – Ярославль: Верхне-Волж. кн. из-во, 1983. – 270 с.
4. Гойденко В.С., Плоцкий Л.С., Грузман Г.Б. Эффективность лечения гиперкинезов лица иглорефлексотерапией и блокадами// Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1978. – 78, вып. 11. – С. 1652–1656.
5. Гойденко В.С., Котинева В.Н. Практическое руководство по рефлексотерапии. – М.: Медицина, 1982. – 199 с.
6. Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. – Ташкент: Медицина, 1982. – 64с.
7. Дуринян Р.А., Решетняк В.К., Зарайская С.М. Нейрофизиологические механизмы иглоукалывания (обзор) // Мед. реф. журн. – 1981. – Разд. IX, N 5. – С. 13–20.
8. Иглорефлексотерапия. Под ред. В.Г. Вогралика/МЗ СССР, Горький, 1974. – 151 с.
9. Иглоукалывание. /Под редакцией Хонг Бао Тяу, Ла Куанг, Ниен; Перевод с вьетнамского языка П.И.Алешина. – М.: Медицина, 1988. – 672 с.
10. Имгамджинов Н.И. Практическое руководство по иглотерапии. – Ташкент: Медгиз УзССР, 1960. – 140 с.
11. Кассиль Г.Н., Боева Е.М., Вейн А.М. Лечение иглоукалыванием. – М.: Знание 1959. – 32 с.
12. К вопросу об эффективности иглоукалывания /Н.И.Гращенков, Е.М.Боева, А.М.Вейн и др. – К.: Вища шк., 1977. – 319 с.
13. Киричинский А.Р. О «методе Ножье» – иглоукалывания // Врачебное дело. – 1963. – N 8. – С. 108–113.
14. Лакуста В.Н., Гроссу Г.С. Краткие основы рефлексотерапии. Кишинев: Штиинца, 1980. – 194 с.
15. Лувсан Г. Очерки методов рефлексотерапии. – Новосибирск: Наука: Сиб. отделение, 1984. – 278 с.
16. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. – К.: Вища школа, 1982. – 302 с.



## Приложение 2

### Новые биологически активные точки, используемые в ЭАФ для оценки синтеза и секреции гормонов и нейропептидов

В данном приложении в краткой форме описаны основные физиологические функции наиболее изученных гормонов и нейропептидов, изменения их синтеза и секреции при некоторых формах патологии [2, 3, 21–42; 44–46; 50–53], локализация соответствующих им новых БАТ кожи [43, 49].

В части описания новых БАТ нами использовались исследования зарубежных авторов [43, 49], которыми были установлены БАТ для косвенной оценки синтеза и секреции различных гормонов и нейропептидов, расположенные по ходу так называемых специальных сосудов (Special Vessels – SV/CC). Ход этих сосудов и проекция их на ладонной поверхности отчасти совпадает с ручными ладонными и тыльными меридианами (Manus meridians), описанными в корейских и других школах акупунктуры [1, 4–20].

Помимо этих БАТ приведены новые точки для оценки чувствительности тканевых гормональных рецепторов [43].

Наряду с этим, в настоящем разделе работы приведены некоторые гомеопатические препараты, обладающие сходными эффектами с нейропептидами и гормонами, которые могут использоваться в качестве комPLEMENTАРНЫХ им средств.

Разумеется, что между эффектами классических гомеопатических препаратов и действием нейропептидов нельзя поставить знак равенства, поскольку последние воздействуют на систему PNEI прицельно точно и более физиологичны для организма.

Поиск соответствия модальностей классических гомеопатических средств с аналогичными описанными у нейропептидов и гормонов осуществлялся с помощью разработанных нами пакетов прикладных программ «IMEDIS-PROVIZOR».

При работе с программами особое внимание уделялось выявлению психических симптомов, которые в гомеопатии являются более ценными, чем соматические. Наряду с унитарными гомеопатическими средствами, в данном разделе работы приведены клинически испытанные новые комплексные препараты содержащие отдельные нейропептиды и гормоны.

### 1. БАТ гипоталамических релизинг-гормонов и нейропептидов

Гипоталамус и гипофиз рассматривается как комплекс двух тесно связанных желез внутренней секреции. Различные релизинг-гормоны, секретлируемые гипоталамусом, оказывают прямое влияние на стимуляцию или торможение секреции гормонов гипофиза.

В настоящее время выделяют гипоталамо-аденогипофизарную и гипоталамо-нейрогипофизарную системы.

Гипоталамо-аденогипофизарная система образована областью медиально-базального гипоталамуса, включая аркуатные, вентромедиальные и перивентрикулярные ядра, ретрохиазматическую область, часть лимбической системы (гиппокамп), где синтезируются и секретруются релизинг-гормоны (релизинг-факторы), поступающие через портальные сосуды в аденогипофиз. Из числа релизинг-гормонов, образующихся в медиально-базальном гипоталамусе, выделяют:

*Гонадотропин-релизинг-гормон*, стимулирующий секрецию лютропина (люлиберин) и фоллитропина (фоллилиберин);

*Тиротропин-релизинг-гормон*, стимулирующий секрецию тиротропного гормона гипофиза;

*Соматотропин-релизинг-гормон*, который представлен двумя гипоталамическими факторами, один из которых стимулирует секрецию соматотропного гормона гипофиза, а другой тормозит его секрецию;

*Кортикотропин-релизинг-гормон*, стимулирующий секрецию адренокортикотропного гормона гипофиза;

*Пролактин-ингибирующий и пролактин-стимулирующий факторы*, регулирующие секрецию пролактина. В выделении этих факторов (гормонов) активное участие принимают серотонин и катехоламины (дофамин). Под влиянием последних происходит увеличение содержания пролактин-ингибирующего фактора и уменьшение уровня пролактина в плазме.

*Меланоцит-ингибирующий и меланоцит-стимулирующие факторы*, регулирующие секрецию меланоцит-стимулирующего гормона гипофиза.

Образованные в гипоталамусе релизинг-гормоны поступают в область срединного возвышения мозга и далее через капилляры портальной системы гипофиза вступают в непосредственный контакт с секреторными клетками аденогипофиза.

Гипоталамо-нейрогипофизарная система или гипоталамо-гипофизарная железа внутренней секреции состоит из нейросекре-

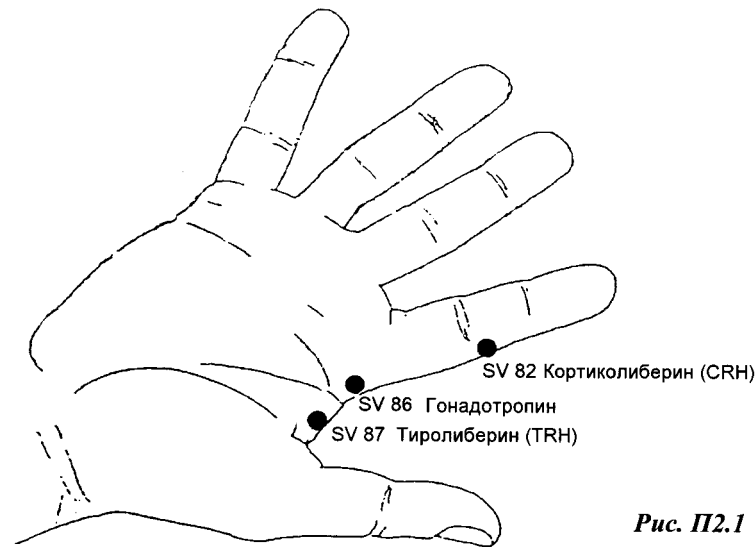


Рис. П2.1

торных ядер гипоталамуса, супраоптико-гипофизарного тракта и нейрогипофиза (задней доли гипофиза). В супраоптических и паравентрикулярных ядрах гипоталамуса синтезируются вазопрессин (антидиуретический гормон) и окситоцин, которые после завершения их синтеза в нейросекреторных клетках по нейросекреторному тракту через срединное возвышение поступают в нейрогипофиз, ликвор третьего желудочка или общую циркуляцию.

Для оценки состояния секреции гипоталамических релизинг-гормонов описаны три новые БАТ:

**SV/CC 82 ТИ:** кортикотропин-релизинг-гормон (кортиколиберин);

**SV/CC 86 ТИ:** гонадотропин-релизинг-гормон (гонадолиберин);

**SV/CC 87 ТИ:** тиротропин-релизинг-гормон (тиролиберин).

Локализация данных БАТ кожи приведена на рис. П2.1.

### 1.1. Кортикотропин-релизинг-гормон

Кортикотропин-релизинг-гормон (кортиколиберин) стимулирует высвобождение адренкортикотропного гормона в аденогипофизе (АКТГ). Помимо гипоталамо-гипофизарной системы содержится в панкреас и пищеварительном канале.

Кортиколиберин обладает анальгетическим эффектом. Содержание кортиколиберина снижено при болезни Альцгеймера, при старческой деменции и других хронических дегенеративных забо-

леваниях ЦНС. Аналогами кортиколиберина являются саваган и уротензин. Ингибиторами синтеза и секреции кортиколиберина являются мет-энкефалин, альфа- и бета-эндорфины, а стимуляторами – лей-энкефалин, гамма-эндорфин, вазопрессин и ангиотензин II.

Кортиколиберин стимулирует процесс бодрствования и двигательную активность.

В клинической практике кортиколиберин оказался эффективным в лечении ожогов. Предполагается его эффективность в лечении болезни Альцгеймера, старческой деменции и других хронических дегенеративных заболеваний ЦНС.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 82 ТИ:** кортикотропин-релизинг-гормон.

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке межфалангового сустава проксимальной фаланги и I пястной кости I пальца кисти с лучевой стороны. Соответствует корейской точке меридиана сердца С 7 (МС).

### 1.2. Гонадотропин-релизинг-гормон

Гонадотропин-релизинг-гормон (люлиберин и фоллилиберин) стимулирует синтез и секрецию в аденогипофизе лютропина или лютеинизирующего гормона (ЛГ), фоллитропина или фолликулостимулирующего гормона (см. ниже). Нарушение синтеза гонадолиберина наблюдается при опухолях передней доли гипофиза, юношеском питуитаризме, опухолях эпифиза и нейроинфекциях, приеме противозачаточных средств.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 86 ТИ:** гонадотропин-релизинг-гормон.

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке образованной I за пястно-пястным суставом с лучевой стороны. Соответствует корейской точке меридиана сердца С 2 (МС).

### 1.3. Тиротропин-релизинг-гормон

Тиротропин-релизинг-гормон или тиролиберин помимо медиально-базального гипоталамуса обнаруживается в моторных ядрах ЧМН, передних рогах спинного мозга и латеральных ядрах перегородки мозга, а также в обонятельной луковице, в связи с чем предполагается его участие в обработке информации обонятельной системы. Относится к категории антипсихотических пептидов. Повышает толерантность к наркотикам, регулирует температуру тела (гипертермия). Является модулятором чувства комфорта и настрое-

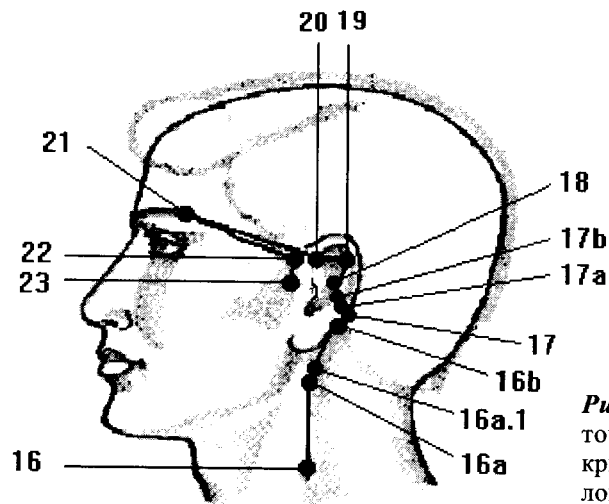


Рис. П2.2. Локализация точек меридиана эндокринной системы на голове

ния. Обладает антидепрессивным эффектом, обусловленным его способностью ингибировать ГАМК (гамма-аминомасляную кислоту), анальгетическим, адаптогенным и противосудорожным эффектами, ингибирует тремор. Усиливает сердечный выброс, повышает АД и ЧСС. Стимулирует высвобождение пролактина и тиротропина, АЦХ и тирозина. Содержание тиролиберина снижено при психозах, шизофрении, наркомании. Антагонистом тиролиберина является соматостатин.

В клинической практике тиролиберин оказался эффективным в лечении следующих заболеваний: маниакально-депрессивные психозы; шизофрения; эпилепсия; ишемия мозга; отравления барбитуратами; хронический алкоголизм и морфинизм.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 87 ТИ:** тиротропин-релизинг-гормон.

**ЛТ:** на ладонной поверхности межзапястного сустава между ладьевидной и трапецевидной костями с лучевой стороны. Соответствует корейской точке меридиана сердца С 1 (МС).

Помимо перечисленных выше релизинг-гормонов в гипоталамусе синтезируется большое количество других нейропептидов, например такие, как: вазопрессин; окситоцин; нейропептид Y; эндорфины; лей- и мет-энкефалины; бомбесин, нейротензин, предсердный натрийуретический гормон; пептид дельта-сна; ангиотензин II; FMRM-амид; бомбесин и многие другие, часть из которых

будет описана ниже, с учетом их тканеспецифической принадлежности.

Косвенный вывод о характере секреции этих и других нейропептидов в гипоталамусе может дать измерение ЭП одной из главных БАТ, используемых в ЭАФ-диагностике, а именно – Энд 20 ТИ Гипоталамус, которая локализована на границе перехода кожи головы в складку, идущую к верхушке уха (рис. П2.2).

## 2. БАТ гормонов передней доли гипофиза

Основными гормонами или нейропептидами аденогипофиза являются тиротропин (ТТГ), аденокортикотропный гормон или кортикотропин (АКТГ), лютропин или лютеинизирующий гормон (ЛГ), фоллитропин или фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), соматотропин или соматотропный гормон гипофиза (СТГ) и пролактин. Для оценки состояния секреции гормонов передней доли гипофиза описаны следующие новые БАТ:

**SV/CC 32 ТИ:** аденокортикотропный гормон (АКТГ);

**SV/CC 33 ТИ:** тиротропин (ТТГ);

**SV/CC 31 ТИ:** лютропин (лютеинизирующий гормон – ЛГ);

**SV/CC 34 ТИ:** фоллитропин (фолликулостимулирующий гормон – ФСГ);

**SV/CC 38 ТИ:** соматотропный гормон (СТГ);

**SV/CC 39 ТИ:** пролактин (лактотропин).

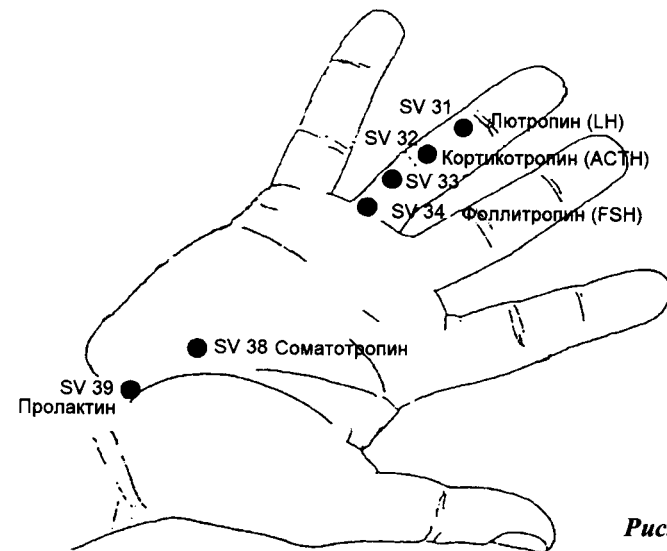


Рис. П2.3

К числу прочих нейропептидов, синтезирующихся в передней доле гипофиза, относятся бета-эндорфин, динарфин, лей-и мет-энкефалины, холецистокинин и вазоактивный кишечный пептид, биологические эффекты которых будут описаны ниже, в специальных разделах.

Локализация БАТ перечисленных выше гормонов передней доли гипофиза приведены на рис. П2.3.

### 2.1. Адrenокортикотропный гормон

Адrenокортикотропный гормон (АКТГ) синтезируется из своего предшественника бета-липотропина (фракция 47-53) в передних отделах гипоталамуса и гипофиза. Обнаружен в Сильевиевом водопроводе и околопроводном сером веществе, в дорсальном и большом ядре срединного (серого) шва, добавочном ядре, голубом пятне и ядрах одиночного пути. Как и другие гормоны гипофиза относится к категории нейропептидов, основными центральными эффектами которого являются: повышение бодрости и операторской деятельности, бдительности, внимания, зрительной памяти, повышение оперативного выделения стимула из системы «сигнал-шум», повышение психического тонуса и мотиваций. Угнетает аппетит, обладает анальгетическим эффектом.

Периферические эффекты АКТГ проявляются в стимуляции роста пучковой и сетчатой зон коры надпочечников, усилении секреции стероидных гормонов и их эффектов, улучшении нейро-мышечной передачи, силы мышечного сокращения и регенерации нервных стволов. АКТГ – неотъемлемый компонент стресса. Отсутствие секреции АКТГ вследствие удаления или разрушения аденогипофиза делает невозможным адаптацию организма к действию стрессоров.

АКТГ может оказывать действие на обмен веществ независимо от гормонов коры надпочечников, повышать потребление кислорода и стимулировать распад липидов в жировых депо. АКТГ ингибирует синтез ГАМК и стимулирует синтез альдостерона, дофамина и серотонина. Агонистами АКТГ являются бомбезин, гамма-эндорфин, лей-энкефалин и вазопрессин.

Некоторые эффекты АКТГ связаны с тем, какой из его фрагментов воздействует на определенные структуры ЦНС. Например, фрагменты АКТГ 1-24; 5-10; 4-7; 4-9; 4-10 улучшают кратковременную память, 1-17 повышает неспецифическую реактивность организма при хронических заболеваниях; 1-24 обладает противосудорожной активностью и препятствует развитию ишемии мозга, 4-10 устраняет абстинентный синдром при алкоголизме, 1-39 вызывает гипергликемию.

**Повышение содержания АКТГ наблюдается при:** стресс-синд-

роме, болезни Аддисона, болезнь Иценко-Кушинга, врожденной гиперплазии надпочечников, при эктопической гиперпродукции кортикотропина (легкие, панкреас, печень).

**Снижение АКТГ наблюдается при:** вторичной надпочечниковой недостаточности, опухолях надпочечников и при нерациональном использовании стероидных гормонов.

**Репрезентативная БАТ:**

**SV/CC 32 ТИ:** адrenокортикотропный гормон (АКТГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке между II и III фалангами 4 пальца кисти с локтевой стороны.

### 2.2. Тиротропин

Тиротропин (ТТГ) опосредован, но через влияние на секрецию тиролиберина (см. выше), регулирует функции щитовидной (синтез кальцитонина, тироксина и трийодтиронина), паращитовидных и молочных желез.

Содержание тиротропина повышено при первичном гипотиреозе подостром тиреоидите, тиреоидите Хашимото, при его эктопическом образовании (опухоли легкого и молочных желез).

**Повышение содержания тиротропина наблюдается при** применении следующих фармакологических средств: препараты лития; йодид калия; тиролиберин.

**Содержание тиротропина снижено при** вторичном гипотиреозе и гипертиреозе (исключая тиротропинпродуцирующие опухоли). Снижение содержания тиротропина наблюдается при применении аспирина, кортикостероидов, гепарина, трийодтиронина.

**Репрезентативная БАТ:**

**SV/CC 33 ТИ:** тиротропин (ТТГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности на середине III фаланги IV пальца кисти с локтевой стороны.

**Комплементарные ТТГ гомеопатические средства:**

*Kalium jodatum 3 CH - 6 CH* стимулирует секрецию и синтез ТТГ, подавляет эффекты тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3);

*Kalium jodatum 12 CH - 30 CH* стимулирует эффекты Т3 - Т4, усиливает действие эстрогенов (эстрогена, эстрадиола).

### 2.3. Лютропин и фоллитропин

Лютропин или лютеинизирующий гормон (ЛГ), фоллитропин или фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) вырабатываются в аденогипофизе под стимулирующим влиянием гонадотропин-релизинг-гормона. Количественные соотношения и ритм секреции этих гормонов зависят от пола. В мужском организме ФСГ сов-

местно с ЛГ стимулирует рост семенников и усиливает сперматогенез. ЛГ активизирует синтез и секрецию тестостерона. У мужчин оба гормона секретируются тонически.

У женщин ЛГ совместно с ФСГ стимулируют синтез и продукцию эстрогенов яичниками.

Под влиянием ЛГ происходит овуляция и образование желтого тела. До полового созревания секреция этих гормонов в женском организме происходит тонически, а после полового созревания – циклически. Содержание этих гормонов у женщин значительно выше, чем у мужчин.

**Содержание ЛГ повышено при:** первичной дисфункции половых желез; аменорее, вызванной недостаточностью яичников; синдроме Штейна-Левинтала.

Снижение содержания лютропина наблюдается при: синдроме галактореи-аменореи; изолированном дефиците гонадотропных гормонов с аносмией или гипосмией (синдром Каллмана); изолированном дефиците лютропина («фертильный евнух»).

Нарушение начала синтеза и действия лютропина и фоллитропина в пубертатном периоде характеризует синдром конституциональной задержки роста и полового развития.

Снижение содержания лютропина наблюдается при применении следующих фармакологических средств: дигоксин; мегестрол; прогестерон; эстрогены (большие дозы); пероральные контрацептивы; фенотиазины.

**Содержание фоллитропина повышено при:** первичном гипогонадизме, синдроме Клайнфельтера, синдроме Тернера, алкоголизме, агенезии яичников и яичек.

**Содержание фоллитропина снижено при:** гипофункции гипоталамуса, вторичном гипогонадизме, невротической анорексии, раке предстательной железы или яичников с гиперпродукцией эстрола или андрогенов, гемохроматозе, серповидноклеточной анемии.

#### Репрезентативные БАТ:

**SV/CC 31 ТИ:** лютропин (ЛГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке между I и II фалангами 4 пальца кисти с локтевой стороны.

**SV/CC 34 ТИ:** фоллитропин (ФСГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке, образованной 4-м запястно-пястным суставом, у локтевого края.

#### Комплементарные ЛГ и ФСГ гомеопатические средства:

*Cimicifuga D3 - 3 CH* стимулирует секрецию ЛГ и эстрогенов; *Cimicifuga 6 CH* и выше тормозит секрецию ЛГ и эстрогенов;

*Petroleum 6 CH* – коадъювант ЛГ и пролактина;

*Pulsatilla 3 CH - 6 CH - 12 CH* стимулирует синтез и секрецию ФСГ;

*Pulsatilla 60 CH - 100 CH* тормозит синтез и секрецию ФСГ;

*Pulsatilla 1000 CH* устраняет негативные психические симптомы, связанные с гиперсекрецией ФСГ.

### 2.4. Соматотропин

Соматотропин или соматотропный гормон гипофиза (СТГ) усиливает биосинтез белка, что обусловлено активацией им процессов транспорта аминокислот через клеточную мембрану и их включение в белки, цитоплазму клеток, главным образом костной ткани, мышц, печени и почек. Указанный эффект осуществляется совместно с инсулином. СТГ стимулирует липолиз и продукцию молока у женщин. У подростков липолитический эффект СТГ выражается в снижении жировых отложений в периоды усиленного роста.

Действие СТГ осуществляется не непосредственно, а через соматомедины – полипептиды, которые синтезируются в печени.

Недостаточность продукции СТГ в детском возрасте приводит к развитию гипофизарной карликовости, а гиперпродукция – к гигантизму.

У взрослых людей после закрытия зон роста повышенное содержание СТГ приводит к акромегалии, т.е. к увеличению лицевой части черепа, костей и стоп.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 38 ТИ:** соматотропный гормон (СТГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности межпястного сустава, образованного головчатой и полудунной костями с локтевой стороны.

#### Основные комплементарные гомеопатические средства:

*Hydrastis 3 CH - 6 CH* подавляет синтез СТГ;

*Hydrastis 30 CH - 100 CH* стимулирует синтез СТГ.

При гипофизарной карликовости положительный эффект отмечен при применении *Plumbum met.*, *Plumbum acet.*, *Plumbum iod.*, в потенциях 12CH - 30 CH, а при акромегалии – *Barium carbonicum 6 CH - 12 CH*, *Luesinum - 12 CH - 100 CH*.

### 2.5. Пролактин

Пролактин – белковый гормон аденогипофиза, близкий по химическому строению с плацентарным лактогенным и соматотропным гормонами. Стимулирует процессы лактации, способствует формированию родительских инстинктов. Тормозит секре-

цию ЛГ и ФСГ, оказывая тем самым антигонадотропный эффект. У мужчин пролактин совместно с ЛГ стимулирует развитие мужских половых желез. Пролактин усиленно секретируется при стрессе.

Пролактин обладает следующими эффектами: антигонадотропным эффектом; стимулирует процессы лактации; регулирует процесс беременности и родов; регулирует функцию яичек и яичников; регулирует процесс полового созревания в пубертатном периоде; снижает либидо после достижения оргазма; регулирует водно-электролитный обмен; регулирует иммунологическую реактивность – антагонист гормонов тимуса; эффективен при лечении аутоиммунных заболеваний.

**Содержание пролактина повышено при:** опухолях гипофиза, синдроме галактореи-аменореи, диэнцефальном синдроме, первичном гипотиреозе, невротической анорексии, поликистозе яичников, почечной недостаточности, циррозе печени, дисфункции коры надпочечников, эктопической гиперпродукции пролактина.

**Повышение содержания пролактина наблюдается при применении** следующих фармакологических средств и наркотиков: пероральные контрацептивы; допегит; седативные препараты; галоперидол; церукал; резерпин; циметидин; пимозид; морфин; героин.

#### **Репрезентативная БАТ:**

**SV/CC39 TI:** Пролактин (лактотропин).

**ЛГ:** на ладонной поверхности лучезапястного сустава между лучевой и полулунной костями. В зоне проекции данной БАТ находится точка, описанная в ЭАФ как **Кр 7 TI** Венечные артерии. Соответствует корейской точке переднего срединного меридиана **J 1 (MJ)**.

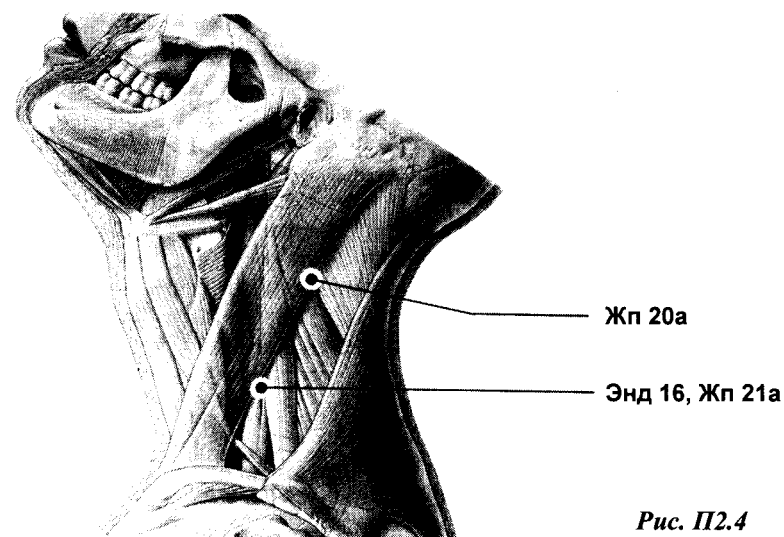
**Из числа классических гомеопатических средств достоверно установлено влияние на секрецию пролактина у следующих препаратов:**

*Petroleum 6 CH* – коадьювант пролактина и ЛГ;

*Hydrastis 3 CH - 6 CH* опосредованно через ЛГ подавляет секрецию пролактина, эффективен при синдроме галактореи-аменореи;

*Phytolacca 3 CH - 6 CH* блокирует эффекты пролактина и эстрогенов. Обладает мягким гестагенным эффектом. Препарат эффективен при кистозно-фиброзных мастопатиях и синдроме Шиари-Фроммеля. Особенно показан полным женщинам, впервые забеременевшим до 25 лет, страдающими постоянными головными болями.

*Phytolacca 15 CH* и выше стимулирует синтез и секрецию пролактина;



*Рис. П2.4*

*Aurum muriaticum natronatum 6 CH - 12 CH* блокирует эффекты пролактина и эстрогенов. Препарат эффективен при лечении фибром матки и фиброзно-кистозной мастопатии.

Интегральную информацию о состоянии передней доли гипофиза можно получить при измерении электрических параметров БАТ **Жп 21 (Энд 16 и Тн 15) TI** Передняя доля гипофиза и его нейропептидные гормоны: АКТГ; ТТГ; ЛГ; ФСГ; фоллитропин; пролактин; бета-эндорфин, динорфин, лей-и мет-энкефалины; соматотропин; холецистокинин; вазоактивный кишечный пептид. Данная БАТ расположена у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 4 цуня дистальнее угла нижней челюсти или на 4 цуня латеральнее отростка 7 шейного позвонка (рис. П2.4).

### **3. БАТ гормонов промежуточной доли гипофиза**

В число гормонов и нейропептидов промежуточной доли гипофиза относятся нейротензин, меланостимулирующий гормон, меланостатины, а также нейропептид Y, пептид дельта-сна, гастрин-тетрапептид и нейромедиатор – брадикинин, биологические эффекты которых будут описаны ниже.

#### **3.1. Нейротензин**

Нейротензин – нейропептид, синтезирующийся в следующих

отделах ЦНС: промежуточная доля гипофиза; ядра гипоталамуса; лимбическая система; базальные ганглии мозга; задние рога спинного мозга.

Центральные эффекты нейротензина заключаются в снижении биоэлектрической активности мозга, а также анальгетическом и гипотермическом действии.

Местом синтеза нейротензина на периферии являются: нервные сплетения кишечника; подвздошная кишка; желудок; панкреас; кожа; сердце; легкие; скелетные мышцы.

Периферические эффекты нейротензина: стимуляция тимуса; повышение сахара крови; снижение АД; улучшение кровотока по коронарным сосудам; увеличение проницаемости капилляров; уменьшение секреторной активности желудка и кишечника.

### 3.2. Меланостимулирующий гормон

Меланостимулирующий гормон (МСГ), меланотропин или интермедин синтезируется в промежуточной доле гипофиза, где представлен альфа-, бета- и гамма-меланотропинами. Синтез МСГ стимулируется гипоталамическим релизинг-фактором – меланолиберинном. Под влиянием МСГ регулируется пигментный обмен, происходит перераспределение меланина в клетках кожи и ее придатках. Считается, что МСГ стимулирует активность световоспринимающего аппарата глаза и тем самым участвует в темновой адаптации (регуляция чувствительности колбочек и палочек глаза).

Центральный эффект МСГ заключается в ускорении формирования новых поведенческих программ и адаптации.

Альфа-меланотропин в большом количестве содержится в периферических нервах. Обладает выраженным нейротрофическим эффектом, ускоряет регенерацию отростков периферических нервов. Нарушение синтеза альфа-меланотропина может являться одной из причин развития витилиго.

Бета-меланотропин уменьшает потребление пищи, но увеличивает потребление воды.

Гамма-меланотропин участвует в регуляции водно-солевого обмена.

**Комплементарным гомеопатическим средством является *Sepia 3 CH - 6 CH*.**

### 3.3. Меланостатин

Меланостатин или меланоцитингибирующий фактор (МИФ) – антагонист МСГ относится к антипсихотическим пептидам, повышает толерантность к наркотикам, повышает оперативную память. Имеет две активные формы – МИФ 1 и МИФ 2.

Местом синтеза меланостатина в ЦНС является мезолимбическая область, промежуточный мозг, гипоталамус (линейная часть) и промежуточная доля гипофиза.

Периферические эффекты: регуляция тонуса поперечно-полосатой мускулатуры; устранение тремора, напряжения и скованности мышц; повышение точности и координации движений.

Меланостатин понижает плотность дофаминовых рецепторов в полосатом теле и мезолимбической области головного мозга. Данный нейропептид оказался эффективным в профилактике и лечении эстрапирамидных расстройств, связанных с дисбалансом эстрогенов.

Интегральный вывод об изменениях секреции этих гормонов может быть получен при измерении ЭП БАТ промежуточной доли гипофиза (**Жп20а**), расположенной на 2 цуна выше точки **Жп21**. Топография данной БАТ показана на рис. П2.4.

## 4. БАТ гормонов задней доли гипофиза

К числу основных гормонов гипоталамо-нейрогипофизарной железы внутренней секреции или задней доли гипофиза относятся вазопрессин (антидиуретический гормон – АДГ) и окситоцин, которые в нейрогипофизе находятся в связанном состоянии с белком, названным нейрофизином. Помимо задней доли гипофиза вазопрессин и окситоцин синтезируются в дорсальной части пояснично-крестцового отдела спинного мозга. Наряду с этими нейропептидными гормонами в задней доле гипофиза секреторируются альфа- и бета-неоэндорфины, динорфин, лей-и мет-энкефалины, которые относятся к классу опиоидных нейропептидов, а также гастрин. Эффекты этих нейропептидов и соответствующих им БАТ кожи описаны ниже.

### 4.1. Вазопрессин

Основная физиологическая функция вазопрессина или антидиуретического гормона состоит в поддержании постоянства объема и осмотической концентрации жидкостей в организме на нормальном уровне. Вазопрессин стимулирует реабсорбцию воды в почечных канальцах, что обуславливает снижение общего диуреза и повышение концентрации мочи. В регуляции секреции вазопрессина принимают участие тканевые барорецепторы каротидного синуса и хеморецепторы каротидных телец. При увеличении осмотического давления плазмы крови или тканевой жидкости импульсы с этих рецепторов вызывают увеличение секреции вазопрессина. Поступающий в кровеносное русло вазопрессин стимулирует реабсорб-



цию воды в почечных канальцах, тормозит диурез и выравнивает нарушенный уровень осмотического давления. Механизм действия вазопрессина на почечные канальцы связан с увеличением проницаемости стенок канальцев для воды, что опосредуется через активацию цАМФ, увеличение освобождения и транспорта ионов натрия. В больших дозах вазопрессин действует на мышечные волокна стенок сосудов и вызывает повышение артериального давления.

Вазопрессин опосредует стимуляцию выработки АКТГ, 17-ОКС, ДОФА и норадреналина в соответствующих областях ЦНС.

В настоящее время вазопрессин рассматривается как нейропептид, участвующий в регуляции психики. Центральные эффекты вазопрессина при введении его в гомеопатических дозах заключаются в следующем: улучшение запоминания физических действий; восстановление социальной адаптации и интеллекта; антидегенеративный и наркотический эффекты (только при совместном введении с окситоцином).

В исследованиях на здоровых людях установлена способность вазопрессина повышать уровень VIII фактора свертываемости крови. Поэтому данный нейропептид может применяться в амбулаторных условиях для лечения гемофилии А, ангиогемофилии, серповидноклеточной анемии и при коррекции гемостаза при хирургических операциях.

Снижение содержания вазопрессина в плазме крови наблюдается при несахарном диабете (гипофизарная форма), нефротическом синдроме и хронических дегенеративных процессах различной локализации.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 10 ТИ:** вазопрессин (антидиуретический гормон – АДГ).

**ЛТ:** на ладонной поверхности в кожной складке между I и II фалангами 5 пальца кисти с локтевой стороны. Соответствует корейской точке меридиана желудка E 42 (ME).

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.5.

**Комплементарными гомеопатическими средствами для терапии несахарного диабета являются:**

*Natrium muriaticum 12 CH - 30 CH, Mercurius dulcis 12 CH - 30 CH, Ac. phosphoricum 6 CH - 12 CH, Argentum nitricum 12 CH, Lycopodium 6 CH - 12 CH, Arsenicum album 6 CH - 17 CH, Phosphor 6 CH - 30 CH, Alfa-Alfa 0.*

**При избыточной продукции вазопрессина положительный эффект может быть достигнут при применении следующих гомеопатических препаратов:**

*Acidum fluoricum 6 CH - 12 CH, Acidum phosphoricum 6 CH -*

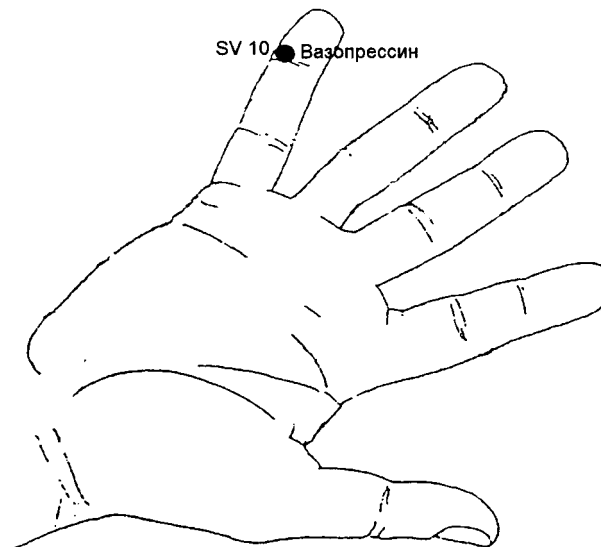


Рис. П2.5

*12 CH, Ammonium carbonicum 6 CH - 12 CH, Berberis D3 - D6, Borax 6 CH - 12 CH, Calcarea carbonica 6 CH - 12 CH, Calcarea phosphorica 6 CH - 12 CH, Helonias D6 - D12, Ferrum metallicum 6 CH - 12 CH, Ferrum aceticum 3 CH - 12 CH, Oleandr D6 - D12, Sarsaparilla D3 - D6, Senna D3 - D6, Stroncium carbonicum 12 CH - 30 CH.*

#### 4.2. Окситоцин

Окситоцин, как и вазопрессин, синтезируется в паравентрикулярных и супраоптических ядрах гипоталамуса, откуда он поступает в заднюю долю гипофиза. В больших количествах окситоцин содержится в таламусе, среднем мозге, ядрах вагуса продолговатого мозга, в большом мозге, четверохолмии. На периферии окситоцин и вазопрессин синтезируются в корковом и мозговом веществе надпочечников.

Окситоцин по химическому строению близок к вазопрессину, но отличается от последнего двумя аминокислотными остатками в третьем и восьмом положении. Окситоцин, как и вазопрессин, относится к категории центральных нейропептидов.

Центральные эффекты окситоцина: эффект активного избегания (система «бегство-борьба»); повышение долговременной памяти; при совместном введении с вазопрессинном усиление пристрастия к морфию, а без него – ингибирование действия морфия (конкуренция за опиатные рецепторы).



Окситоцин регулирует выделение молока молочными железами за счет сокращения миоэпителиальных альвеол и молочных ходов, стимулирует гладкую мускулатуру матки, усиливает родовую деятельность, регулирует тонус шейки матки и влагалища. Специфическим возбудителем секреции окситоцина служит раздражение сосков при сосании.

Антагонистами окситоцина являются энкефалины и эндорфины.

#### Репрезентативная БАТ:

**Энд 1d ТИ:** окситоцин (по Р. Фоллю – ТИ Молочные железы, а по С. Мелентани – ТИ Тимус).

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание (рис. П2.6).

В качестве дополнительных БАТ для оценки секреции окситоцина и вазопрессина может быть использована точка

**Энд 1 ЧСТИ:** половые железы, надпочечники (по данным С. Мелентани – ТИ Надпочечники).

**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 4 пальца кисти;

также БАТ коркового или мозгового слоя надпочечников, расположенных по ходу меридиана почек:

**По 10a ТИ:** мозговой слой надпочечников (секретируемые гормоны и нейропептиды: адреналин; норадреналин; вазопрессин; окситоцин; лей-и мет-энкефалины; бета-эндорфин, эритропоэтины; натрийуретический гормон; кальцитонин-ген-родственный пептид).

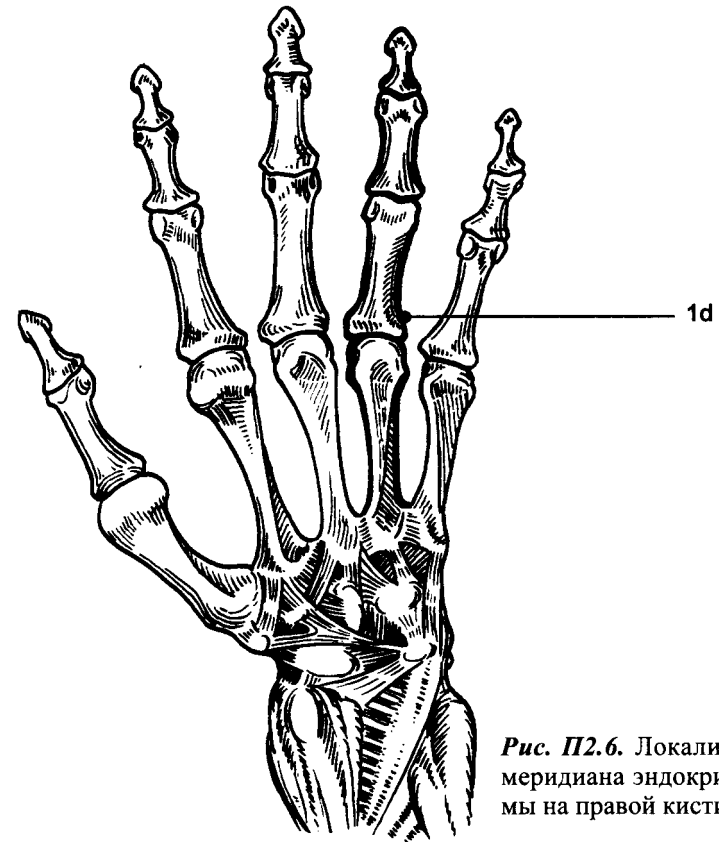
**ЛТ:** на середине верхней и средней трети бедра, на внутренней поверхности грациозной мышцы;

**По 10b ТИ:** кора надпочечников (секретируемые гормоны и нейропептиды: кортизол; альдостерон; вазопрессин; окситоцин; андрогены и эстрогены).

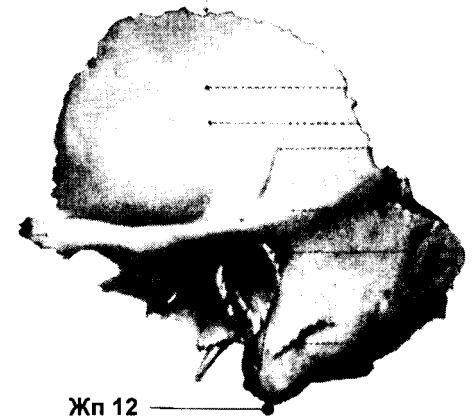
**ЛТ:** на 1 цунь выше точки Мп 10b.

Топография перечисленных выше БАТ кожи подробно описана в соответствующих разделах Приложения 1.

Интегральный вывод об изменениях секреции этих гормонов, как и других нейропептидов задней доли гипофиза, может быть получен при измерении ЭП БАТ задней доли гипофиза (Жп 12 ТИ), расположенной на середине края сосцевидного отростка (рис. П2.7).



*Рис. П2.6. Локализация точек меридиана эндокринной системы на правой кисти*



*Рис. П2.7*

Жп 12

#### 4.3. Некоторые гомеопатические средства, используемые в терапии заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы

В настоящем разделе работы приведены схемы терапии гомеопатическими средствами некоторых заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы, которые в настоящее время сложно связать с недостаточностью или гиперпродукцией синтезируемых данной системой нейропептидов и гормонов.

Схемы гомеопатической терапии перечисленных ниже заболеваний приведены из книги С.В. Тарасюка «Нейро-эндокринно-обменные нарушения и гомеопатия» М., Гомеопатический Центр, издательство «Валанг».

Болезнь Голландера-Симонса (синдром Барракера – синдром прогрессирующей или парадоксальной липодистрофии) – характеризуется ограниченным уменьшением или исчезновением подкожного жира в различных частях тела. Одновременно может наблюдаться гиперплазия жира в подкожножировой клетчатке передней брюшной стенке, нижних конечностей, в области шеи и других частях тела. Характерными симптомами данной болезни являются: исхудание лица и верхней половины тела с усиленным отложением жира в нижних частях тела; диспластичная внешность. Данная болезнь часто сочетается с отосклерозом, костными кистами, олигофренией, расстройствами менструаций и гипертиреозом. Заболевание имеет выраженный гинекотропизм (ЛГ, ФСГ).

**Гомеопатические средства:** *Natrium muriaticum 12 CH - 200 CH; Calcarea fluorica D6 - D12.*

Болезнь Деркума-Витаута (синдром Андерса – апидпозоалгия или липоалгия) – характеризуется образованием болезненных, симметрично расположенных липом с фиброзной капсулой в различных участках тела в сочетании с адинамией, астенией, депрессией и кожным зудом. Данным заболеванием болеют преимущественно женщины в период менопаузы.

**Гомеопатическое средство:** *Phytolacca D6 - D30.*

Синдром Клейне-Левина – симптомокомплекс, наблюдающийся у больных перенесших черепно-мозговую травму, или инфекцию мезо- или гипоталамической области. Данной болезнью преимущественно болеют подростки.

Выраженными клиническими симптомами синдрома Клейне-Левина являются:

- перемежающаяся гиперсомния, напоминающая нормальный сон;

- периодическая полифагия с гипергликемией;
- брадикардия;
- снижение мышечного тонуса;
- дисфория;
- забывчивость, замедленное мышление, плохое настроение, снижение активности (ЭЭГ обычно в норме).

**Гомеопатическое средство:** *Anacardium orientale D6-D30.*

Синдром Морганьи-Мореля-Стюарта (синдром Грега-Мореля или метаболическая краниопатия) – наследственное заболевание, характеризующееся аномалиями развития черепа и эндокринными нарушениями.

Для данной формы патологии характерна триада симптомов – фронтальный гиперостоз, ожирение, вирилизм или гирсутизм. Кроме этого, характерны:

- нарушения сна;
- нарушения равновесия;
- головная боль;
- эпилептиформные припадки;
- гипергликемия и глюкозурия;
- приросшие ушные мочки, сросшиеся брови;
- перерастяжимые суставы;
- язвы на коже голени.

Предполагается доминантное наследование болезни сцепленное с X-хромосомой.

**Гомеопатические средства:** *Ammonium carbonicum D6 - D12; Calcarea carbonica D3 - D6; Graphytes D6 - D12.*

## 5. БАТ гормонов эпифиза

Эпифиз или шишковидная железа расположена под четверохолмием мозга. К числу желез внутренней секреции эпифиз отнесен недавно, поскольку его гормональные продукты еще мало изучены. Известны три вещества, образующиеся в эпифизе: серотонин, мелатонин и аденогломерулотропин.

Серотонин не является продуктом, специфичным для эпифиза и не считается истинным гормоном, хотя и обладает биологической активностью (сужает сосуды, выполняет роль медиатора).

Из серотонина образуется основной гормон эпифиза – мелатонин, а из него (продукт восстановления мелатонина) – аденогломерулотропин.

Считается, что эпифиз выполняет роль внутренних «биологи-

ческих часов» организма и участвует в поддержании циркадных ритмов. Установлено, что эпифиз реагирует на свет, холод, раздражение обонятельных нервов, изменение уровня циркулирующего тестостерона в крови.

С нарушением функции эпифиза (нейроинфекции, опухоли и т.п.) связано развитие гипер-, гипо- и диспинеализма, подробное описание симптомов и синдромов которых приведено ниже.

#### **Ведущие симптомы гиперпинеализма:**

- раннее половое созревание (*Macrogenitosomia praecox*);
- гигантомастия;
- задержка роста;
- раннее поседение волос;
- преждевременное старение;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- ожирение.

#### **Ведущие симптомы гипопинеализма:**

- дерматит;
- диарея;
- тревожная депрессия;
- псевдопеллагрический полиневрит;
- гипогонадизм;
- повышение чувствительности к действию мутагенных факторов;
- нарушения противоопухолевого и аутоиммунитета;
- витилиго, диспигментации кожи, экзема, узловая эритема;
- многоформная эритема, экссудативный диатез, скрофулез; гиперкератоз.

#### **Ведущие симптомы диспинеализма:**

- нарушения, протекающие по типу недостаточности витамина В<sub>2</sub>;
- вялость, адинамия;
- отежный синдром (опосредован адреногломерулотропином и вазопрессином).

Для оценки функции эпифиза в ЭАФ используются следующие БАТ:

- Энд 3** **ТИ:** эпифиз (мелатонин, адреногломерулотропин), которая по Р. Фоллю соответствует ЧСТИ Эпифиз, гипофиз.
- ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в основание;
- Мп 8** **ТИ:** эпифиз – парная БАТ.
- ЛТ:** на линии затылочного бугра (на 2 цуня латераль-

нее средней линии свода черепа) в точке пересечения с затылочно-теменным швом (лямбдовидным).

Учитывая тот факт, что эпифиз иннервируется верхним шейным ганглием, при нарушениях его функции в структуру диагностического алгоритма должно быть включено измерение ЭП соответствующих БАТ:

**Энд 1а СТИ:** шейные ганглии.

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку;

**Мп 10а ТИ:** верхний шейный ганглий.

**ЛТ:** на уровне поперечного отростка III шейного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее срединной линии и на 1 цунь от 14 точки заднего срединного меридиана.

Топография перечисленных выше БАТ кожи подробно описана в соответствующих разделах Приложения 1.

В гомеопатической практике для устранения нарушений функции эпифиза широко используются органоспецифические препараты фирм «WALA» и «HEEL», в единичных или восходящем ряде потенций («HEEL» – *Coprus pineale suis Injeel&forte*).

При использовании органоспецифических препаратов эпифиза фирмы «WALA» для устранения симптомов гиперпинеализма используются высокие потенции D30-D12, диспинеализма средние потенции – D10-D5, гипопинеализма низкие потенции – D4-D1.

Восходящие ряды потенций органоспецифических препаратов эпифиза (выделенных из свиней) фирмы «HEEL» оказались эффективны при лечении злокачественных новообразований, папилломы мочевого пузыря и малой хорей.

В методе вегетативного резонансного теста органоспецифический препарат эпифиза в потенции D26 используется в качестве базисного препарата, с помощью которого регулируется энергетическая цепочка: пациент – электродиагностическое устройство – врач.

В качестве комплементарного средства, органоспецифические препараты эпифиза входят в состав комплексного гомеопатического препарата *Sepia compositum* фирмы «GUNA». Данный препарат предназначен для лечения депрессий, страха, периодических головных болей, булимии и нарушений углеводного обмена.

**Состав формулы** этого комплексного средства **и ее расшифровка:** *Acidum phosphoricum D6-12-30-200* (антидепрессивный, расстройства памяти), *Alfa-Alfa D6* (антиастенический), *Avena sativa D6* (нейротонический), *Sepia 6-30CH* (антидепрессивный), *Corpus*

*pinealis D6-12-30-200* (регуляция биологических ритмов организма), *Salmonella thyphi 30CH* (дезинтоксикационный, восстановление функциональной активности нейронов ЦНС, *Serotoninum 6-30CH* (прекурсор мелатонина), *Tryptophanum D3* (прекурсор мелатонина), *Glandula thymi D6-12-30-200* (иммуномодулирующий) (Gl. Thymus).

Нваряду с этим, в ЭАФ в качестве **сопутствующих классических гомеопатических средств** используемых в коррекции функции эпифиза, используются: *Silicea 3CH - 6CH*, *Phosphor 6CH -12CH*, *Acidum hydrocyanicum 30CH*.

### 5.1. Мелатонин

Мелатонин – N-Ацетил 5-Метокситриптамин, дериват индольной группы серотонина. Секреция мелатонина изменяется в зависимости от интенсивности освещения и температуры (увеличивается ночью и снижается днем).

Помимо эпифиза, мелатонин обнаружен в гипоталамусе, средней доле гипофиза, периферических нервах и корешках спинальных нервов человека.

Считается, что данный нейrogормон (нейропептид) поддерживает циркадные (суточные) ритмы организма. Мелатонин оказывает тормозящее влияние на секрецию фоллитропина и лютропина и поэтому служит физиологическим тормозом для развития половых желез. Предполагается роль мелатонина в регуляции пигментного обмена (антагонист меланотропина) и подавлении секреции тиреоидных гормонов.

**Нарушение секреции мелатонина может обуславливать развитие:**

- аффективных психозов с выраженной депрессией;
- психосоматических заболеваний;
- иммунодефицитных состояний;
- заболеваний кожи, включая псориаз и витилиго;
- нарушений аппетита (центральная анорексия или булимия);
- нарушений ритма сна;
- пубертатных расстройств (преждевременное половое созревание);
- механизмов инициации онкогенеза (развития злокачественных новообразований).

Применение потенцированного мелатонина в деление 4CH, как «стартера» любого вида гомеотерапии (нозоды; органоспецифические препараты; катализаторы цикла лимонной кислоты; экологические токсины и пр.), **оказалось эффективным при лечении следующих заболеваний [7]:**

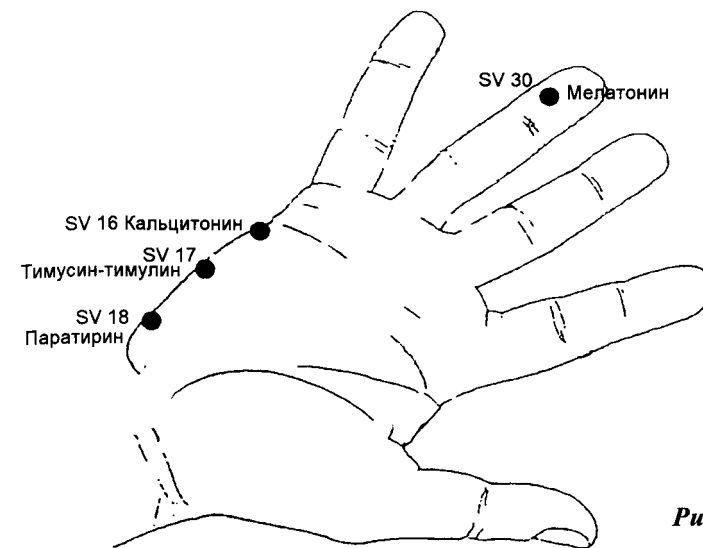


Рис. П2.8

- расстройства тимической психики, эндогенная и экзогенная депрессии, страх, гиперчувствительность нейровегетативной системы, синдром хронической усталости, стрессы урбанизации;
- булимия (в сочетании с диетотерапией);
- периодические головные боли связанные с нарушениями менструального цикла;
- бессонница;
- спастические запоры;
- нарушения мочеотделения;
- псориаз, псориазоформные синдромы, себоррейный дерматит, экзема;
- аллергические и аутоиммунные заболевания (мелатонин в концентрации  $10^{-15}$  М повышает чувствительность рецепторов иммунокомпетентных клеток к интерлейкину 1 и 4, в связи с чем рекомендуется их совместное применение).

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 30 ТИ:** мелатонин (N-Ацетил 5-Метокситриптамин).

**ЛТ:** на ладонной поверхности в центре I фаланги 4 пальца кисти ближе к локтевому краю. Соответствует корейской точке меридиана сердца С 13 (MC).

Локализация БАТ мелатонина приведена на рис. П2.8.

### 5.2. Адреногломерулотропин

Адреногломерулотропин является продуктом восстановления мелатонина. В экспериментальной эндокринологии адреногломерулотропин, выделенный из эпифизов крупного рогатого скота, стимулирует секрецию альдостерона (см. ниже). В связи с этим считается, что данный гормон принимает участие в поддержании водно-солевого гомеостаза.

Для оценки секреции адреногломерулотропина можно использовать измерение ЭП БАТ – Энд 3 ТИ Эпифиз (мелатонин, адреногломерулотропин) – по С. Мелентани (см. выше).

## 6. БАТ гормонов щитовидной железы

К числу гормонов щитовидной железы относятся: тироксин, трийодтиронин, кальцитонин, а также синтезирующийся в ней соматостатин и другие нейропептиды.

Помимо ТТГ на синтез и секрецию гормонов щитовидной железы оказывают влияние и другие нейропептиды. Так, например, бета-эндорфин и меланотонин тормозят секрецию тиреоидных гормонов, а гамма-эндорфин стимулирует.

### 6.1. Тироксин, трийодтиронин, кальцитонин

Тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) – тиреоидные гормоны, вырабатываемые эпителием фолликулов щитовидной железы. Их продукция стимулируется ТТГ. Тиреоидные гормоны стимулируют рост и развитие организма во внутриутробном периоде онтогенеза и, особенно, нервной ткани. Под влиянием этих гормонов увеличивается продукция тепла («калоригенный эффект»), активизируется обмен белков, жиров и углеводов. Большинство эффектов Т3-Т4 являются зависимыми от концентрации йода в организме.

При недостаточном содержании йода развивается Базедова болезнь или гипотиреоз, который иногда может иметь смазанную клиническую картину (эутиреоидные состояния). Для гипотиреоидных и пограничных эутиреоидных состояний характерны развитие зоба; ожирение; головные боли; апатия; сонливость днем; невроvegetативные нарушения (особенно в период климакса); артралгии и различные остеопатии (остехондроз позвоночника и т.п.).

Дефицит йода в организме, как правило, сопровождается нарушениями обмена марганца и кобальта. Нередко, гипотиреоз развивается после инфекционных заболеваний, вызывающих тиреоидит (подострый тиреоидит Де'Кервена, аутоиммунный тиреоидит Хашимото), а также при радиационных поражениях.

При гиперпродукции ТТГ и Т3-Т4 развивается гипертиреоз,

характеризующийся увеличением щитовидной железы; потливостью; ощущением чувства жара; экзофтальмом; тремором рук на фоне психоэмоционального напряжения; дисфункциональными маточными кровотечениями; нарушениями эрекции на фоне повышенного либидо. Наиболее частой причиной развития гипертиреоза является токсическая аденома щитовидной железы или эктопически образованное большое количество ТТГ (например, при опухолях легких).

Кальцитонин – гормон щитовидной железы, понижающий содержание кальция в крови. Продуцируется С-клетками щитовидной железы. Кальцитонин предохраняет распад костного материала – оксиапатита и усиливает отложение кальция в костях. Наряду с этим, кальцитонин тормозит секреторную деятельность желудочно-кишечного тракта, секрецию паратиринина и функцию других эндокринных желез.

Соматостатин – пептидный гормон – продуцируется эпителиальными клетками щитовидной железы и дельта-клетками поджелудочной железы (см. ниже).

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 16 ТИ:** кальцитонин, трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), (соматостатин).

**ЛТ:** на середине ладонно-локтевой поверхности тела 5 пястной кости.

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.8.

Дополнительной БАТ для оценки секреции тиреоидных гормонов является точка **Же 10 ТИ** Щитовидная железа, которая локализована у переднего (внутреннего) края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне нижнего края щитовидного хряща.

К числу **основных классических гомеопатических средств**, используемых в регуляции синтеза и секреции Т3 и Т4 относятся следующие: *Kalium jodatum 3 CH - 6 CH* подавляет эффекты Т4 - Т3; *Kalium jodatum 12 CH - 30 CH* стимулирует эффекты Т3 - Т4.

При лечении гипертиреоза хорошие результаты получены при использовании *Lycopus virg D3 - D6*, *Belladonna D3 - D6*, *Arsenicum album D6*, *Sulfur jod D12*.

При гипотиреозе: *Fucus ves 1. 0 0 1, 0 Sepia D6*, *Pulsatilla D3*, *Calcarea carbonica D6*, *Ammonium carbonicum D6*, *Graphytes D6*, *Kalium carbonicum D6*, *Rauwolfia D12*.

При терапии эутиреоидного, фиброзного, узлового, ретростверального зоба и кист щитовидной железы – *Spongia D3*, *Colchicum D3*, *Badiaga D3 - D6*, *Lapis albus D6 - D12*, *Calcium fluoricum D6 - D12*, *Conium D3 - D6*.

## 7. БАТ гормонов паращитовидных желез

Основным гормоном, синтезирующимся в паращитовидных железах, является паратирин или паратгормон.

### 7.1. Паратирин

Паратирин – гормон паращитовидных (околощитовидных) желез. Вместе с гормоном щитовидной железы кальцитонином и витамином D обеспечивает нормальный кальциево-фосфорный обмен организма. Паратгормон способствует распаду костной ткани и выведению в кровь кальция. Поэтому при его избытке содержание кальция в крови увеличивается, а фосфора – уменьшается. Паратгормон является антагонистом кальцитонина. Различают две формы нарушений продукции паратгормона: гипер- и гипопаратиреоз. Характеристика этих нарушений приведена ниже.

#### Ведущие симптомы и синдромы гиперпаратиреоза:

- повышенная утомляемость, вялость, адинамия;
- двухсторонний рецидивирующий нефролитиаз с кораллоподобными камнями, нефрокальциноз, пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность;
- диффузный остеопороз, остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника; миалгии; боли в костях;
- язвенная болезнь 12-перстной кишки со множественными язвами в нижних отделах, панкреатит;
- висцеральный кальциноз, кальциноз сосудов;
- парезы, параличи;
- прогрессирующая гипертония;
- раннее облысение;
- минеральный обмен – снижение фосфора, повышение кальция (при гиперпаратиреозе кальций может находиться в пределах нормы или немного ниже нормы).

#### Ведущие симптомы и синдромы гипопаратиреоза:

- рахит;
- головокружения, вегетивные кризы, генуинная эпилепсия; навязчивые состояния, фобии, снижение интеллекта и памяти, обмороки;
- сердцебиения;
- повышение нервной возбудимости, судороги сгибателей скелетных мышц, спазмы гладких мышц;
- стеаторея;
- нарушения свертываемости крови;
- кандидомикоз, онихомикоз;

- усиление пигментации кожи (как при болезни Аддисона);
- дефекты зубной эмали.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 18 ТИ:** паратирин (паратгормон).

**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности запястья выше головчатой кости. Соответствует корейской точке меридиана почек R 15 (MR).

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.8.

#### Дополнительная БАТ:

**Же 9 ТИ:** паращитовидные железы.

**ЛТ:** на уровне верхнего края щитовидного хряща (Адамового яблока) и на 1,5 цуня латеральнее от передней срединной линии, на переднем крае грудино-подъязычной мышцы.

Для оценки антагонистических взаимодействий кальцитонина и паратирина можно использовать измерение ЭП БАТ

**Энд 2 ТИ:** щитовидная и паращитовидные железы (по Р. Фоллю – ЧСТИ Тимус, щитовидная и паращитовидные железы).

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в головку.

В качестве комPLEMENTАРНЫХ средств гормоны паращитовидных желез входят в состав комплексных гомеопатических препаратов *Ledum Yin – Ledum Yang* фирмы «GUNA», предназначенных для лечения артрозов, артропатий аутоиммунной и неспецифической природы, а также для восстановления метаболизма кальция и фосфора в костной ткани.

**Состав формул и их расшифровка:** *Calcium fluoratum D6 - D12* (экзостозы, боли в костях, пролапсы межпозвоночных дисков, деформирующие артрозы), *Paratirinum D6 - D30 - D200*, *Calcitoninum D6 - D12* (регуляция метаболизма кальция и фосфора, усиление роста остеобластов и остеокластов), *Luesinum D12 - D30 - D200* (суставные боли различного генеза), *PGE2 - 30CH* (простагландин E2 – противовоспалительный эффект), *Causticum 6CH - 9CH - 15CH - 30CH* (хронические суставные боли, сикозы), *Thuja 6CH - 30CH - 200CH* (хронические мезенхимопатии), *Medhorinum D12 - D30 - D200* (хронические артропатии), *Tuberculinum 9CH - 30CH* (коллагенозы, аутоиммунные болезни), *Ovarium D6 - D12 - D3* (остеопорозы, стимуляция образования матрикса кости входит в состав LEDUM-YIN, хронические аутоиммунные заболевания, пролапс

дисков), *Testis D6 - D12 - D30* (остеопорозы, стимуляция образования матрикса кости, входит в состав LEDUM-YANG), *Rhus Tox. 6CH - 30CH* (суставные и мышечные боли, заболевания связочного аппарата), *Ledum 6CH - 30CH* (суставные боли различного генеза).

К числу других комплементарных средств, обладающих действием сходным с эффектами паратиринна относятся: *Acidum fluoricum D6 - D12*, *Calcarea carbonica D6 - D12*, *Magnesium carbonicum D6 - D12*, *Magnesium muriaticum D6 - D12*.

При вегето-сосудистой дистонии, обусловленной дисфункцией паращитовидных желез – *Aurum met. D6/D10*.

## 8. БАТ гормонов тимуса

В настоящее время установлено большое количество биологических активных фракций полипептидных гормонов вилочковой железы, имеющих различные названия: тимозин; тимусин; тимулин; тимоптин и др.

### 8.1. Тимулин

Тимулин – наиболее активный полипептидный гормон вилочковой железы, участвующий в регуляции иммунологической реактивности организма. Наиболее выраженное влияние оказывает на систему Т-клеточного иммунитета и кооперацию различных иммунокомпетентных клеток (модулятор активности Т-хелперов, Т-супрессоров, Т-киллеров, Т-лимфоцитов «памяти» и др.). Снижение синтеза и секреции данного гормона наблюдается при акцентальной (случайной, вызванной стрессом) или возрастной инволюции тимуса. Недостаточность тимулина повышает риск развития инфекционных, онкологических и, особенно, аутоиммунных заболеваний, поскольку в этом случае утрачивается контроль Т-лимфоцитов за размножением В-лимфоцитов.

К числу основных центральных механизмов действия тимулина относятся его антистрессогенный эффект, улучшение памяти и концентрации внимания.

Нарушение функции тимуса и секреции тимулина сказывается на работе щитовидной железы, желудочно-кишечной секреции и функции других органов. В эндокринологии с нарушением функции тимуса связано развитие тимико-лимфатического состояния, преждевременного полового созревания и миастении.

Агонистами тимулина являются лей- и мет-энкефалины, мелатонин и бомбезин.

Антагонистами тимулина являются АКТГ, кортизол и прогестерон.

### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC17 ТИ:** тимулин.

**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в основание. Соответствует корейской точке меридиана почек R 14 (MR).

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.8.

### Дополнительная БАТ:

**Же 11 ТИ:** тимус.

**ЛТ:** на внутреннем крае грудино-ключичного сочленения между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Комплементарными гомеопатическими средствами, эффекты которых сходны с действием тимулина, являются: *Cuprum met. D12-D30* (подавляет аутоиммунные реакции), *Calcium fluoricum D6-D12*, *Silicea 200 CH*, *Stannum D12*.

При вегето-сосудистой дистонии обусловленной, дисфункцией тимуса – *Lycopus D3*, *Melissa D4*, *Cuprum sulfuricum D6*, *Arsenicum album D6*, *Vespa crabo D4*.

## 9. БАТ гормонов и нейропептидов надпочечников

Ткань надпочечников является местом синтеза и секреции большого количества нейропептидов и различных биологических активных веществ.

Так, в мозговом слое надпочечников синтезируются: адреналин; норадреналин; дофамин; серотонин; вазопрессин; окситоцин; лей-и мет-энкефалины; бета-эндорфин, эритропоэтины; натрий-урический гормон; кальцитонин-ген-родственный пептид; соматостатин.

В коре надпочечников синтезируются: кортизол; альдостерон; вазопрессин; окситоцин, соматостатин; адрогены; эстрогены, гестагены и прогестины.

Ниже приведены БАТ нейропептидов, которые традиционно относятся к гормонам надпочечников.

### 9.1. Адреналин

Адреналин (эпинефрин) – гормон, синтезирующийся в хромаффинных клетках мозгового слоя надпочечников, постганглионарных симпатических нейронах и ЦНС.

Центральные и периферические эффекты адреналина заключаются в его стимулирующем влиянии на альфа- и бета-адренэр-

гические рецепторы. На уровне ЦНС эффекты адреналина рассматриваются как эрготропная реакция.

Секретируемый надпочечниками адреналин не проходит гемато-энцефалический барьер.

Под влиянием адреналина отмечается вазоконстрикция артерий, капилляров и вен, расширение сосудов скелетных мышц и миокарда, увеличение минутного объема сердца (положительное ино- и хронотропное действие), повышается систолическое и диастолическое АД.

Адреналин вызывает уменьшение почечной фильтрации без изменений клубочковой фильтрации, тормозится перистальтика кишечника, расслабляется мускулатура бронхов. Воздействие на метаболизм характеризуется усилением липолиза, гликогенолиза и образования молочной кислоты.

Повышение секреции адреналина наблюдается при феохромоцитоме и гипертиреозе, а снижение – при надпочечниковой недостаточности.

Адреналин – один из наиболее хорошо известных в классической гомеопатии гормонов. Наиболее часто используется в потенциях 3 СН–6 СН.

**Основными показаниями к применению потенцированного адреналина являются:**

- сильная раздражительность, беспокойство, общая слабость, приливы крови к голове, неврастения;
- кровотечение из носа, склонность к желудочно-кишечным кровотечениям, метрорагии;
- головокружения, обмороки, сильное сердцебиение; пульс малый, слабый, ускоренный, с перебойми;
- припадки удушья, кашель с обильной, трудно отхаркиваемой мокротой, бронхиальная астма, эмфизема легких;
- сильный текучий насморк;
- атония желудка и кишечника;
- олигоурия, глюкозурия;
- снижение тонуса кожных капилляров (проведение по коже живота пальцем оставляет на ней длительно сохраняющийся красный след).
- хроническая крапивница, зуд кожи;
- артериосклероз;
- неврастения;
- базедова болезнь;
- аддисонова болезнь.

### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 26 ТИ:** адреналин.

**ЛТ:** на ладонно-лучевой поверхности 5 пястной кости в месте перехода тела кости в основание. В ЭАФ топография данной БАТ соответствует точке меридиана сердца **Се 8 ТИ** Трехстворчатый клапан – справа; митральный клапан – слева.

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.9.

### 9.2. Норадреналин

Норадреналин (норэпинефрин) – гормон, синтезирующийся в хромаффинных клетках мозгового слоя надпочечников, постганглионарных симпатических нейронах и ЦНС, является медиатором постганглионарных нервов. Норадреналин повышает тонус и сужает все сосуды, за исключением коронарных, повышает систолическое и диастолическое АД, уменьшает почечный кровоток. Несмотря на стимуляцию бета-1 адренэргических рецепторов сердца, под влиянием норадреналина рефлекторно возникает брадикардия. Влияние норадреналина на мускулатуру бронхов, кишечника и обмен веществ выражены слабо.

Повышение секреции норадреналина наблюдается при феохромоцитоме и гипертиреозе, а снижение – при надпочечниковой недостаточности.

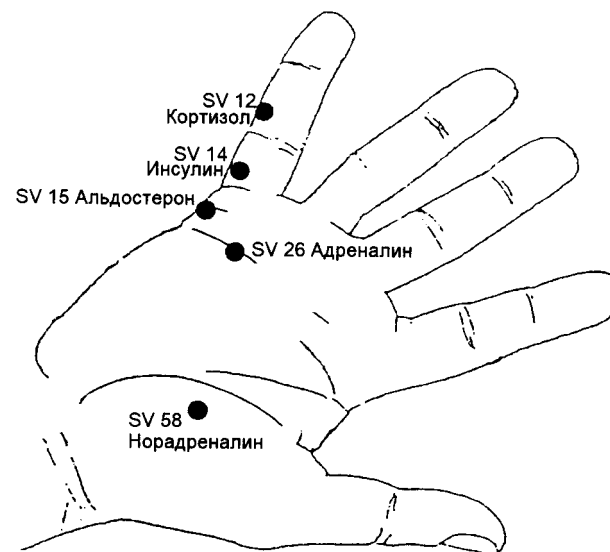


Рис. П2.9



**Репрезентативная БАТ:****SV/CC 58 ТИ:** норадреналин.**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности 1 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.9.

**9.3. Дофамин**

Дофамин – является эндогенным предшественником норадреналина и адреналина. Образуется из ДОФА. Под влиянием дофамина увеличивается минутный объем сердца, но без увеличения ЧСС. В низких дозах (сопоставимых с гомеопатическими – D 3) вызывает расширение почечных, печеночных и мезентериальных сосудов.

Для интегральной оценки секреции гормонов мозгового слоя надпочечников используется точка

**По10а ТИ:** мозговой слой надпочечников.**ЛТ:** на середине верхней и средней трети бедра, на внутренней поверхности грациозной мышцы (см. Приложение 1).**9.4. Кортизол и кортикостерон**

В корковом веществе надпочечников синтезируются два глюкокортикоидных гормона: кортизол (гидрокортизон) и кортикостерон. Оба гормона обладают минералкортикоидной активностью, которая выше у кортикостерона. Секреция этих гормонов регулируется по принципу обратной связи кортиколиберин – АКТГ – глюкокортикостероиды.

Скорость секреции кортизола и кортикостерона повышается при неспецифических ответах организма на различные нагрузки (травма, инфекции и т.п.), что необходимо для преодоления стресса.

В отличие от кортикостерона, кортизол выделяется в большем количестве. Секреция кортизола происходит периодически и подчинена циркадному ритму с максимумом секреции в 7–9 часов утра и минимумом в вечерние часы и ночью. Суточная секреция кортикостерона более стабильна, чем у кортизола.

Действие кортизола и кортикостерона на организм многогранно. Влияние на обмен веществ этих гормонов (ГК) заключается в регуляции транскрипции и образования информационной РНК, синтеза определенных белков, ингибирования синтеза простагландинов на ранней стадии.

ГК стимулируют глюконеогенез, подавляют утилизацию глюкозы в периферических тканях, вызывают атрофию лимфоидной ткани, мышц и белкового матрикса костей, усиливают липогенез в области туловища.

Под влиянием ГК уменьшается количество лимфоцитов и эозинофилов, увеличивается количество нейтрофильных лейкоцитов и тромбоцитов, уменьшается всасывание кальция и усиление его выделения, подавляется активность витамина D.

ГК стабилизируют клеточные лизосомальные мембраны, предотвращают выделение ферментов, повреждающих клетки (противовоспалительный и антитоксический эффекты), снижается проницаемость капиллярного эндотелия.

ГК подавляют активность иммунокомпетентных клеток, ускоряют катаболизм иммуноглобулинов, уменьшают образование интерферона, снижают чувствительность клеток к медиаторам аллергии (анафилотоксин, гистамин, серотонин, кинины и т.п.).

У недоношенных детей ГК стимулируют развитие сурфактанта ткани легких.

Центральные эффекты ГК выражаются в развитии эйфории и повышении аппетита.

**Повышение содержания ГК наблюдается при следующих заболеваниях:**

- эктопическое образование АКТГ;
- синдром Иценко-Кушинга;
- стресс-синдром;
- псевдопервичный альдостеронизм;
- кортикостерома.

**Снижение ГК наблюдается при следующих заболеваниях:**

- адреногенитальный синдром;
- ранний токсикоз беременных;
- липоидная гиперплазия надпочечников;
- аддисонова болезнь;
- пангипопитуитаризм;
- туберкулез;
- острая и хроническая надпочечниковая недостаточность.

**Репрезентативная БАТ:****SV/CC 12 ТИ:** кортизол-кортикостерон.**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности II фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание. Соответствует корейской точке меридиана желудка E 39 (ME).

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.9.

Включение в состав различных комплексных гомеопатических препаратов потенцированных глюкокортикостероидов (кортизона) направлено на усиление эффективности действия других гомеопатических препаратов и, в частности, управления процессами

мезенхимной реактивации, восстановления нормального эндокринного профиля и иммунологической реактивности организма.

В качестве примеров ниже приведены 4 рецепта комплексных гомеопатических препаратов фирмы «О.Т.И.», содержащих кортизон.

**CARCINOSINUM OTI COMPOSTO** – комплексный гомеопатический препарат, предназначенный для профилактики и терапии различных онкологических заболеваний. Включает в себя обработанные протеолитическими ферментами нозоды карцином (бронхи, кишечник, печень, гортань, матка), полихресты Sulfur, Pulsatilla и ацетат кортизона.

**Состав формулы препарата:** *Carcinoma bronchium fermenti 12CH, Carcinoma coli fermenti 12CH, Carcinoma hepatis fermenti 12CH, Carcinoma laringis fermenti 12CH, Carcinoma uteri fermenti 12CH, Sulfur 12CH, Pulsatilla 12CH, Cortisono acetato 12CH.*

Препарат назначается утром (до 10 ч.) по 10–15 капель 1 раз в 2–3 дня.

**DETOXINA** – комплексный гомеопатический препарат, усиливающий процессы мезенхимной реактивации:

**Состав формулы препарата:** *Pulsatilla 6CH, Sulfur 8CH, Cortisono acetato 18CH.*

Препарат назначается утром (до 10 ч.) по 15–20 капель 1 раз в сутки на протяжении 2–3 недель.

**PRODIF** – комплексный иммунокорректирующий гомеопатический препарат, действие которого целиком охватывает систему PNEI. В состав препарата включен витамин С, комплекс органоспецифических препаратов (ОСП лимфатических узлов, миндалин, костный мозг, пупочный канатик, селезенка, гипоталамус, печень, эмбриональная ткань, корковое вещество надпочечников), а также ряд классических гомеопатических средств, обладающих иммунокорректирующими, антиоксидантными и дезинтоксикационными свойствами.

**Состав формулы препарата:** *Vit. C 4CH, Ghiandola linfatica 4CH, Tonsilla 4CH, Midollo osseo 4CH, Funicolo ombelicale 4CH, Milza 4CH, Ipotalamo 4CH, Fegato 4CH, Embrione 4CH, Corteccia surrenale 4CH, Cortisone acetato 10CH, Tiroxina 10CH, Pulsatilla 6CH, Acidum lacticum 6CH, Echinacea angustifolia 4CH, Calcium phosphoricum 10CH, Aesculus 6CH, Tartatus stibiatus 6 CH, Dulcamara 4CH, Coccus cacti 6CH, Ferrum phosphoricum 10CH, Gentiana lutea 6CH, Geranium robertianum 6CH, Mercurius solubilis 10CH, Baryta carbonica 30CH, Conium 4CH, Galium aparine 6CH, Sulfur 10CH, Psorinum 30CH, Pyrogenium 200CH.*

Препарат назначается утром (до 10 ч.) по 10–15 капель 1 раз в 2–3 дня.

К числу других **гомеопатических препаратов**, стимулирующих секрецию ГК, относятся: *Selen D6-D12, Cardus marianus D3-D6, Kalium carbonicum D6-D12, Sulfur iod. D6-D12, Thalium aceticum D12-D30* (полигландулярная недостаточность).

### 9.5. Альдостерон

Альдостерон – основной минералкортикоид, образующийся в корковом слое надпочечников. Под его воздействием усиливается обратное всасывание натрия из первичной мочи в канальцевом аппарате нефрона, уменьшается реабсорбция калия и водорода, стимулируется выведение ионов магния и аммония.

Альдостерон вторично регулирует водоотдачу через почки, слюнные и потовые железы, слизистую оболочку кишечника. Вместе с вазопрессином увеличивает количество циркулирующей крови. Суточный ритм секреции альдостерона имеет акрофазу от 3 до 9 ч. В нормальных условиях содержание альдостерона резко повышено у женщин в период родов и у новорожденных. Избыток альдостерона ведет к усилению всасывания ионов натрия, задержке жидкости и увеличению массы тела.

**Повышение альдостерона наблюдается при следующих формах патологии:**

- первичный гиперальдостеронизм – Синдром Конна;
- псевдопервичный гиперальдостеронизм при гиперплазии надпочечников;
- вторичный гиперальдостеронизм;
- сердечная недостаточность;
- цирроз печени;
- асцит;
- синдром Бартера;
- стеноз почечных артерий;
- злокачественная гипертензия;
- гиперплазия юкстагломерулярного аппарата почек;
- идиопатические периодические отеки;
- интенсивное потоотделение;
- воспалительные процессы.

**Снижение альдостерона наблюдается при следующих формах патологии:**

- эктопическое образование кортикотропина;
- уриногенитальный синдром;
- врожденный гипоальдостеронизм;
- липоидная гиперплазия надпочечников;

- болезнь Аддисона;
- синдром Тернера;
- сахарный диабет;
- токсикоз беременных;
- обезвоживание, потеря натрия;
- первичная гипотония с ортостатическими нарушениями.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC15 ТИ:** альдостерон

**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности в щели 5 запястно-пястного сустава. Соответствует корейской точке меридиана почек R 12 (MR).

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.9.

Для интегральной оценки секрети гормонов коры надпочечников используется точка

**По 10b ТИ:** кора надпочечников.

**ЛТ:** на 1 цунь выше точки **Мп 10b**.

К числу новых БАТ относится точка – **Мп 46 ТИ** Надпочечниковая артерия, расположенная между I и II поясничными позвонками, на 2,5 цуня латеральнее срединной линии. Измерение ЭП данной БАТ имеет важное значение в диагностике и терапии хронической и острой надпочечниковой недостаточности.

Топография этих БАТ приведена в Приложении 1.

К числу **основных классических гомеопатических препаратов**, влияющих на синтез и секрецию альдостерона, относятся: *Hydrastis 3 CH-6 CH*, подавляющий синтез альдостерона; *Hydrastis 30 CH*, стимулирующий синтез альдостерона.

## 10. БАТ гормонов панкреас

Основными гормонами, синтезирующимися в панкреас, являются инсулин, глюкагон, соматостатин и панкреатический полипептид. Помимо классических гормонов в панкреас также синтезируются: кортиколиберин; АКТГ; лей- и мет-энкефалины; нейротензин; вазоактивный интестинальный пептид и гастрин (см. соответствующие разделы).

### 10.1. Инсулин

Инсулин – анаболический гормон, синтезирующийся бета-клетками хвоста панкреас, а также клетками АПУД-системы в печени и кишечнике. Способствует утилизации глюкозы, биосинтезу гликогена, белков, подавляет гликогенолиз, липолиз и глюконеогенез. Инсулин стимулирует процессы синтеза белка в

жировой и мышечной тканях, а также активирует транспорт сахаров, аминокислот и электролитов через мембраны в клетки инсулиночувствительных тканей.

Содержание инсулина может снижаться за счет гиперпродукции контррегуляторных гормонов, в число которых входят: АКТГ, соматотропный гормон гипофиза, кортизол, адреналин, норадреналин, глюкагон, гормоны щитовидной железы (Т3-Т4), эстрогены и андрогены.

Недостаточная продукция инсулина приводит к гипергликемии, а хроническая инсулиновая недостаточность к развитию сахарного диабета. Основными симптомами сахарного диабета являются: жажда, сухость во рту, похудание, полиурия, общая слабость. У части больных сахарный диабет развивается бессимптомно и выявляется при обследовании в связи с другими заболеваниями (нарушения кровообращения в нижних конечностях, полиневриты, катаракта и пр.).

Для сахарного диабета характерно развитие осложнений практически со стороны всех органов и тканевых систем организма, например:

- **кожа и подкожная клетчатка:** дегидратация, гнойные и грибковые поражения кожи; фурункулы; карбункулы; кожный и аногенитальный зуд; липоидный некробиоз; ксантомы; атрофические пятна на коже голеней; рубероз в области скуловых костей, надбровных дуг и подбородка, связанный с расширением кожных капилляров и артериол;
- **мышцы и нервы:** ишемическая мышечная атрофия; диабетическая полинейромиопатия или диабетическая амиотрофия; миалгии; снижение рефлексов; импотенция;
- **кости:** остеороз и остеолитизис;
- **сердечно-сосудистая система:** диабетическая микро- и макроангиопатия; атеросклероз; инфаркт миокарда; тромбоз мозговых артерий; перемежающаяся хромота; гангрены; кальцификация артерий мышечного типа – кальцифицирующий склероз Менкенберга; диабетическая нейроангиопатия сосудов сетчатки – ретинопатия;
- **почки:** диабетический гломерулосклероз (синдром Киммештиль-Вильсона); уремия; некроз дистальных канальцев и пирамид почечных лоханок; пиелостит и пиелонефрит;
- **органы дыхания:** туберкулез легких (чаще кавернозный); очаговые пневмонии;
- **желудочно-кишечный тракт:** гингивостоматит; пародон-

тоз; альвеолярная пиорея; абсцессы корней зубов; гипо- и анацидные гастриты; поносы в ночное время (связанные с поражениями вегетативных сплетений иннервирующих органы брюшной полости); симптомы острого живота и острое расширение желудка;

– **печень:** синдром Мариака (гепатоспленомегалия – гипогенитализм – задержка роста); цирроз печени;

– **половые железы:** дисменорея или аменорея; импотенция; кальцификация семявыносящих протоков; снижение плодовитости.

#### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 14 ТИ:** инсулин – слева.

**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности III фаланги 5 пальца кисти. Соответствует корейской точке меридиана желудка E 39 (ME) – слева.

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.10.

### 10.2. Глюкагон

Глюкагон – пептидный гормон, синтезирующийся альфа-клетками хвоста панкреас, желудка и тонкого кишечника. В ЦНС глюкагон обнаружен в гипоталамусе, гиппокампе, миндалевидном комплексе и коре большого мозга. Окончательная его функция как центрального нейропептида не установлена.

На периферии под влиянием глюкагона ускоряется распад

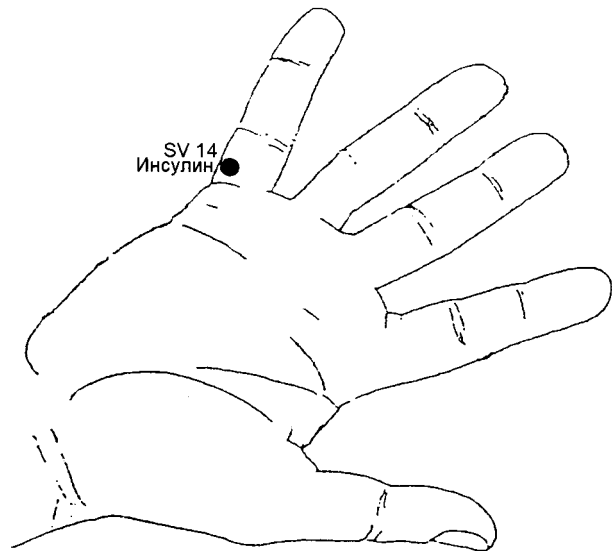


Рис. П2.10

гликогена в печени до глюкозы, активируется липолиз и катаболизм белков. Секреция глюкагона уменьшается при гипергликемии и стимулируется при гипогликемии. У больных сахарным диабетом нормального подавления секреции глюкагона не происходит, что указывает на зависимость этого механизма от продукции инсулина. Повышение содержания глюкагона в крови приводит к развитию гипергликемии. Содержание глюкагона значительно повышено при кетоацидозе и снижается по мере компенсации сахарного диабета. Инсулиновая недостаточность приводит к преобладанию эффектов глюкагона над эффектами инсулина в результате относительного или абсолютного повышения функции альфа-клеток панкреас, что имеет большое значение в патогенезе диабетических нарушений обмена веществ.

Глюкагон подавляет биосинтез и секрецию энзимов в ацинарных клетках панкреас, в то время как инсулин их стимулирует. В связи с этим при сахарном диабете отмечается снижение экзокринной функции панкреас.

### 10.3. Соматостатин

Соматостатин – пептидный гормон, синтезирующийся дельта-клетками хвоста панкреас. Наряду с этим он секретируется эпителиальными клетками антрального отдела желудка, в 12-перстной и тощей кишке, надпочечниках, слюнными железами и щитовидной железой.

В ЦНС соматостатин обнаруживается в мозжечке, спинном мозге, преоптических и паравентрикулярных ядрах гипоталамуса, кохлеарных ядрах, в стволе мозга, ретикулярной формации, обонятельных ядрах, нейрогипофизе и эпифизе, в медиальном возвышении.

К числу центральных эффектов соматостатина относятся: аналептический, анальгезирующий и седативный эффекты; усиление действия снотворных и противосудорожных медикаментов; связывание опиатных рецепторов; угнетение синтеза соматотропного гормона гипофиза.

Периферические эффекты соматостатина: регулятор тонуса поперечно-полосатой мускулатуры и поступления питательных веществ внутрь клеток; угнетение секреции глюкагона, гастрилина и инсулина (при выраженной гиперсекреции); торможение пролиферации клеток (онкостатический эффект); торможение действия соматомединов в печени.

**При выраженной гиперсекреции соматостатина** отмечаются: дрожь; тремор; стереотипные движения (автоматизмы); нарушения структуры сна.

При выраженной недостаточности соматостатина может развиваться язвенная болезнь желудка.

#### 10.4. Панкреатический полипептид

Панкреатический полипептид синтезируется РР-клетками панкреаса, стимулирует высвобождение панкреатического сока, проферментов и ферментов (трипсиноген, химотрипсиноген, альфа- и бета-прокарбонпептидазы, альфа- и бета-проэластазы, про-фосфолипазы, амилаза, мальтаза, нуклеазы и др.).

##### Репрезентативная БАТ:

**SV/CC 14 ТИ:** глюкоагон, соматостатин, панкреатический полипептид – справа.

**ЛТ:** на ладонно-локтевой поверхности III фаланги 5 пальца кисти. Соответствует корейской точке меридиана желудка E 39 (ME) – справа.

Локализация данной БАТ приведена на рис. П2.10.

Тактика гомеопатической терапия сахарного диабета наиболее хорошо изучена и общем виде представлена в таблице П2.1.

#### Эффекты и модальности основных гомеопатических средств, используемых в лечении осложнений сахарного диабета

Таблица П2.1

Название	Потенция	Показания к применению
Argentum met.	D6-D30	ИНСД, полиурия, диабетическая нефропатия
Aurum met.	D6-D30	ИНСД, повышение внутричерепного давления, церебральная форма гипертонической болезни
Arsenicum album	D6-D30	Диабетические нейроангиопатии, диарея, жажда, голод, упадок сил, карбункулы, фурункулез
Arsenicum brom.	D6-D30	ИНСД («диабет толстых»), фурункулез
Alloxanum	C3-C30	ИЗСД, ИНСД, диабетические артропатии
Berillum	C6-C30	ИНСД на фоне острого или хронического панкреатита
Aminasinum	C6-C30	ИНСД («диабет толстых»), гиперхолестеринемия
Echinacea	D3-D12	Кетоацидоз, выраженная ацетонурия
Opium	D4-D6	Гипергликемическая кома и прекоматозные состояния
Syzygium Jamb.	D3-D6	ИЗСД, ИНСД – гипогликемизирующее действие, диабетическая пародонтопатия

Таблица П2.1 (продолжение)

Название	Потенция	Показания к применению
Chimophylla	D3-D6	ИНСД, гипогликемизирующее действие, заболевания гепатобилиарной системы, (жировая дистрофия печени)
Rhus arom.	D3-D30	Диабетическая нефроангиопатия, гломерулосклероз (с-м Киммештиль-Вильсона)
Ceanotus	D3-D30	ИНСД, жировая дистрофия печени
Iris vers.	D3-D6	ИНСД на фоне хронического панкреатита
Lycopodium	D3-D6	ИЗСД, ИНСД, гиперхолестеринемия, повышение содержания НЭЖК, заболевания гепатобилиарной системы
Nux vom.	0-D6	ИНСД, злоупотребление медикаментами, аутоинтоксикационный с-м
Lycopus	D3-D6	ИНСД в сочетании с дистиреозом, экзофтальм
Faseoleus	D3-D30	ИЗСД, ИНСД, диабетические макро- и микроангиопатии, гипогликемизирующее действие
Curare	D6-C30	Диабетические полинейропатии
Coca	D6-C30	ИЗСД, ИНСД в сочетании с импотенцией
Colchicum	D6-D30	Диабетические полинейро- и артропатии
Cobaltum met.	D6-D30	Гипогликемизирующее действие, нарушения микроциркуляции
Zincum met.	D6-D30	ИЗСД, ювенильный диабет, с-м Мариака, гипогликемизирующее действие, повышение чувствительности тканей к глюкозе, регуляция функции гипофиза (гипофизарный диабет), нарушения микроциркуляции
Nicelinum	C3-C30	ИЗСД, ИНСД, повышает чувствительность тканей к инсулину (инсулинорезистентные формы ИЗСД), нарушения микроциркуляции
Codeinum	D6-D30	ИНСД, ИЗСД, головные боли, нарушения функции ЦНС
Secale corn.	D6-D30	Диабетические макро-и микроангиопатии, сухая диабетическая гангрена, с-м Киммештиль-Вильсона
Kreosotum	D6-D30	Диабетические макро-и микроангиопатии, влажная диабетическая гангрена
Morphinum	C3-C30	Диабетический нефросклероз, азотемия
Allium cepa	D3-D6	Эффект непрямого антикоагулянта, улучшает микроциркуляцию

Таблица П2.1 (продолжение)

Название	Потенция	Показания к применению
Vinca min.	D3-D30	Эффект непрямого антикоагулянта, улучшает микроциркуляцию
Senecio	D6-D30	ИЗСД, гипогликемизирующий эффект
Bryonia	D6-D30	ИЗСД, гипогликемизирующий эффект
Juglans reg.	D6-D30	ИЗСД, гипогликемизирующий эффект
Senna	D6-D30	ИЗСД, ИНСД, кетоацидоз
Arctium lappa	D6-D30	Эффект непрямого антикоагулянта, улучшает микроциркуляцию
Barium iod.	D6-D30	ИНСД (старческий диабет), панкреосклероз
Crotalus	D12-D30	ИЗСД, ИНСД с доминирующими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта
Lachesis	D12-D30	ИЗСД, ИНСД с геморрагическим синдромом
Lac defl.	D6-D30	ИНСД, головные боли в области висков
Elaps cor.	D6-D30	ИЗСД, ИНСД с доминирующими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта
Heleborus	D6-D30	ИЗСД, ИНСД, диабетическая нефропатия, гломерулосклероз, церебросклероз
Moschus	D6-D12	ИЗСД, ИНСД с ведущим симптомом тахикардия
Causticum	D6-D30	Диабетические макро- и микроангиопатии, миопатии, влажная диабетическая гангрена
Kalium brom.	D6-D12	Диабетические полинейропатии
Kalium acet.	D6-D12	Диабетические полинейропатии, щелочная моча
Natrium sulf.	D3-D12	ИНСД, нарушения функции гепатобилиарной системы, почек, поражения слизистых оболочек, характерные с-мы: горечь во рту, рези в животе утром
Ac. aceticum	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, истощение, глюкозурия, кетоацидоз, диспепсия, характерные с-мы: анемия, бледность кожи, склонность к частым гипогликемическим реакциям, изъязвления слизистых оболочек, судороги мышц
Ac. lacticum	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, истощение, глюкозурия, кетоацидоз, характерные с-мы: онемение и тяжесть в мышцах, нарушения функции гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, запоры, тошнота, диабетические артропатии
Ac. picric.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, диабетические полинейропатии, импотенция

Таблица П2.1 (продолжение)

Название	Потенция	Показания к применению
Ac. carb.	D6-D12	ИЗСД, диабетические макро- и микроангиопатии, прострация
Ac. boricum	D6-D12	ИНСД на фоне климакса, диабетический нефросклероз, зуд во влагалище
Ac. phosph.	D6-D12	ИЗСД, ювенильный диабет, ИНСД
Ac. fluor.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, диабетические макро- и микроангиопатии, полинейропатии
Ac. nitricum	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, кахексия, поражения слизистых оболочек
Plumbum met.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, диабетические полинейропатии, нейроангиопатия сетчатки, снижение сухожильных рефлексов, поражения спинного мозга
Plumbum iod.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, диабетические полинейропатии, нейроангиопатия сетчатки, снижение сухожильных рефлексов, поражения спинного мозга
Ferrum met.	D6-D12	ИНСД, анемия, полные люди, с отеками дряблыми мышцами
Ferrum acet.	D6-D12	ИНСД, анемия, полные люди, с отеками дряблыми мышцами
Cuprum met.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, склонность к кетоацидозу, диабетические полинейроангиопатии, нарушения функции надпочечников
Sulfur	D3-D12	ИЗСД, ИНСД (диабет "толстых"), нарушения периферического кровообращения, аутоинтоксикационный с-м, диабетическая экзема, фурункулез, гастрит
Sulfur iod.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, гипогликемизирующий эффект, поражения слизистых оболочек, лимфоаденопатии, диабетическая парадонтопатия
Taraxacum	D3-D6	ИЗСД, ИНСД, гипогликемизирующий эффект
Potassium	0-D2	ИЗСД, ИНСД, гипогликемизирующий эффект
Platinum chlor.	D6-D12	ИЗСД, ИНСД, панкреосклероз
Cichorium	D3-D6	ИЗСД, ИНСД, панкреосклероз
Oxalis acet.	D3-D6	ИЗСД, ИНСД, панкреосклероз
Carbo betul.	D6	ИЗСД, ИНСД, панкреосклероз
Barium citr.	D12-D30	ИЗСД, ИНСД, панкреосклероз

Отредактировал и опубликовал на сайте : PRESSI (HERSON)

Таблица П2.1 (продолжение)

Название	Потенция	Показания к применению
Rosmarinus	D3	ИЗСД, ИНСД, поражения кожи, почек
China	D3	Диабетический гастрит
Hexamedinum	D6	Диабетические микроангиопатии
Barbamylum	D6	Диабетические микроангиопатии
Stigmata maydis	D3-D30	Диабетическая парадонтопатия
Uranium nitricum	C30	Жировая дистрофия печени (с-м Мариака), диастолическая гипертензия

## 11. БАТ половых стероидов

В число половых гормонов входят андрогены, эстрогены и гестагены.

### 11.1. Андрогены

Основным и самым важным представителем андрогенов является тестостерон. Тестостерон образуется в клетках Лейдига под влиянием ЛГ. Основной путь образования тестостерона в организме идет по следующей цепочке: холестерин → прегненолон → прогестерон → 17-альфа-дегидропрогестерон → андростендион → тестостерон.

Тестостерон подвергается различным превращениям, среди которых самым важным является его превращение в биологически активный 5-альфа-дигидротестостерон.

Эндогенный или экзогенный (при терапии) тестостерон инактивируется в печени. Небольшая часть тестостерона превращается в эстрогены, а большая часть трансформируется в 17-кетостероиды, которые выводятся через почки. У мужчин 70% всех 17-кетостероидов имеют надпочечниковое происхождение, а 30% образуются в гонадах.

Физиологические эффекты тестостерона многогранны. При половом созревании мальчиков он способствует развитию гениталий, вторичных половых признаков и мужской психики, стимулирует рост, формирование скелета, регулирует сперматогенез.

В пренатальном периоде жизни под влиянием тестостерона происходит дифференциация соматического пола (трансформация вольфова протока в семенные пузырьки и семявыносящие протоки, формирование мошонки и полового члена); формирование психосексуальной направленности и характера секреции гонадотропинов. Недостаточная продукция тестостерона в этом

периоде жизни может приводить к интерсексуальности, гомо- или транссексуальности.

В пубертатном периоде тестостерон стимулирует: рост и секрецию добавочных половых желез (простаты, семенных пузырьков, придатков яичка), рост полового члена и мошонки, сперматогенеза (совместно с ФСГ), пубертатный скачок роста и закрытие эпифизарных зон (совместно с СТГ и тироксином), формирование мужских пропорций тела, роста мышц, гортани и ломки голоса, вторичного оволосения, пигментации кожи, потовых и сальных желез, мужской психики и сексуальности. Недостаточная продукция тестостерона в пубертатном периоде характеризуется развитием психического инфантилизма и евнухоидных пропорций тела.

В период половой зрелости тестостерон поддерживает либидо, половую потенцию, сперматогенез, повышает общую активность и работоспособность (психотропный и анаболический эффекты). Наряду с этим тестостерон оказывает: анаболический эффект (рост, положительный азотистый баланс, фосфаты, сера, электролиты); ренотропный эффект (увеличение размеров, веса и кровоснабжения почек); активизирует синтез и эффективность действия эритропоэтинов; регулирует жировой и углеводный обмены. Недостаточность секреции тестостерона в период половой зрелости приводит к гипогонадизму, снижению полового влечения и распаду личности.

Перечисленные выше эффекты тестостерона реализуются через цитоплазматические рецепторы андроген-чувствительных клеток, расположенных в мышцах, придатках яичек и коре головного мозга, а дигидротестостерона – через аналогичные рецепторы, расположенные в пенисе, коже и волосных фолликулах.

Андрогены обладают иммуномодулирующими свойствами, стимулируют активность Т-супрессоров, в противоположность эстрогенам, которые стимулируют Т-хелперы.

**Содержание андрогенов повышено при следующих заболеваниях:**

- синдром андрогенизации у женщин (гирсутизм, облысение по мужскому типу, акне, себорея);
- гиперсексуальность у мужчин, совершающих сексуальные преступления;
- тяжелые формы акне;
- рак и аденома простаты;
- рак молочных желез и гинекомастия у мужчин;
- рак печени, доброкачественная гепатома;
- идиопатическое преждевременное половое созревание.



**Содержание андрогенов снижено при следующих заболеваниях:**

- период мужского климакса;
- эндокринный гипогонадизм;
- крипторхизм;
- синдром Калльмана;
- синдром Клайнфельтера;
- синдром Тернера;
- сахарный диабет;
- остеопороз;
- задержка пубертатного развития;
- импотенция.

Следует отметить, что у больных циррозом печени вследствие нарушения трансформации андрогенов, т.е. превращения их в эстрогены, развивается гинекомастия и атрофия яичек.

Антагонистами тестостерона являются эстрогены и глюкокортикостероиды.

Наиболее выраженные андрогенные свойства имеют следующие гомеопатические препараты: *Yochimbi D3-D6*, *Lycopodium D3-D6*, *Selen D6-D12*, *Conium D3-D6*, *Cantharis D3-D6*.

### 11.2. Эстрогены

Эстрогены – стероидные гормоны, секретирующиеся овариальными фолликулами яичников под влиянием ФСГ. В настоящее время выделено более 30 эстрогенов, из числа которых основными классическими эстрогенами считаются: эстрон (E1), 17-бета-эстрадиол (E2) и эстриол (E3).

Наиболее активным эстрогеном является E2, 95% которого секретируется зреющими фолликулами яичников и только 5% – надпочечниками.

E3 обладает специфическим действием, вызывает расслабление шейки матки и пролиферацию молочных желез.

В период менопаузы в организме синтезируется только E1, который образуется из андрогенных предшественников в жировой ткани и печени.

Биологическое действие эстрогенов состоит в стимуляции роста миометрия и эндометрия матки, влагалища, маточных труб, наружных половых органов и молочных желез. Эстрогены усиливают чувствительность фолликулов яичников к действию гонадотропинов и особенно ФСГ. Итогом действия эстрогенов является развитие вторичных половых признаков по женскому типу, характерное развитие скелета с усилением развития тазовых костей,

специфическое распределение жировых отложений, рост молочных желез, в которых эстрогены стимулируют развитие протоков.

При усиленном образовании эстрогенов в мужском организме развивается гинекомастия, атрофия яичек, гипотрофия пениса и простаты.

Эстрогены обладают анаболическим действием, усиливают процессы окостенения, прекращают рост костей при достижении полового созревания, снижают уровень холестерина, вызывают задержку воды и натрия в организме.

Центральные эффекты эстрогенов характеризуются усилением полового влечения, которые связаны с их влиянием на вентромедиальные центры гипоталамуса.

Повышение секреции эстрогенов может приводить к эндометриозу, метрорагиям, раку эндометрия, миоме матки, фиброзно-кистозной и узловой мастопатии.

Снижение секреции эстрогенов приводит к аменорее, развитию раннего климакса.

Антагонистами эстрогенов являются андрогены и гестагены.

К числу основных классических гомеопатических препаратов, влияющих на синтез и секрецию эстрогенов, относятся: *Kalium iodatum 12CH-30CH*, усиливающий действие эстрогенов (эстрона, эстрадиола); *Aurum iod 6CH-12CH*, обладающий андрогенным действием, подавляет у женщин функцию яичников, обладает противоопухолевым эффектом.

Препарат эффективен при лечении дермоидных кист, дисгермином, полипов шейки матки: *Aurum muriaticum natronatum 6CH-12CH*, блокирующий эффекты пролактина и эстрогенов. Препарат эффективен при лечении фибром матки и фиброзно-кистозной мастопатии; *Sanquinaria 3CH-6CH*, подавляющий секрецию эстрадиола и его периферические эффекты (оволосение по женскому типу, развитие молочных желез).

### 11.3. Гестагены

Гестагены или гормоны желтого тела представлены прогестгенами, среди которых наибольшей активностью обладает прогестерон, вырабатываемый под влиянием ЛГ и лютеотропного гормона гипофиза (ЛТГ).

Вне беременности прогестерон синтезируется в основном желтым телом. Метаболизм прогестерона преимущественно происходит в печени.

Физиологические эффекты прогестерона заключаются в секреторной трансформации эндометрия. Под его влиянием происходит торможение пролиферации эндометрия, вызванной эстрогенами,



стимуляция секреции эндометриальными железами богатой гликогеном слизи, разрыхление субглангулярной стромы слизистой оболочки матки и подготовка ее к имплантации blastocита. Другим важным механизмом действия прогестерона является обеспечение «покоя» миометрия, посредством понижения его чувствительности к окситоцину (эффект поддержания беременности).

Прогестерон вызывает рост альвеол молочных желез. Из экстрагенитальных эффектов отмечена способность прогестерона задерживать в организме воду, натрий и хлориды, а также повышать температуру тела.

Содержание прогестерона зависит от фазы менструального цикла. Наименьшее содержание прогестерона обнаруживается в фолликулиновую фазу менструального цикла и период менопаузы, а наибольшее в лютеиновую фазу менструального цикла и в период беременности. Снижение прогестерона в период беременности указывает на угрозу выкидыша.

Повышение содержания прогестерона наблюдается при гиперплазии надпочечников, опухолях яичников, пузырьном заносе, хорионэпителиоме яичников.

Снижение содержания прогестерона наблюдается при привычных абортax, синдроме галактореи-аменореи, а также при приеме ампициллина, динопроста и трометамола (препараты простагландина PGF 2a), этинилэстрадиола, пероральных контрацептивов.

#### Репрезентативные БАТ для оценки действия половых стероидов:

- Энд 1 ЧСТИ:** половые железы, надпочечники.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 4 пальца кисти, на тыльно-локтевой поверхности.
- Энд 1a ТИ:** половые железы – андрогены, эстрогены, гестагены (по Р. Фоллю – СТИ Шейные ганглии).  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в головку.
- Энд 1d ТИ:** молочные железы (точка приложения действия андрогенов и эстрогенов).  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Пе 2 ТИ:** гепатоциты и дольки печени (трансформация половых стероидов).  
**ЛТ:** на тыльно-латеральной поверхности проксимальной фаланги 1 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.

#### Корпоральная БАТ:

- СП 11 ТИ:** половые железы.  
**ЛТ:** на середине внутренней поверхности бедренной кости, у нижнего отдела длинной приводящей мышцы бедра (**Пе 11** и **Же 31**).

Топография перечисленных выше БАТ приведена в соответствующих разделах Приложения 1.

**Гомеопатическими аналогами прогестерона являются:** *Sabina D3-D6, Secale corn. D3-D6, Lycium Berberis D3-D6, Berberis D3-D12, Viburnum D6, Caulophyllum D6-D12, Helonias D6.*

## 12. БАТ гормонов сердца

К числу гормонов сердца относятся предсердный натрийуретический гормон (фактор), обозначаемый некоторыми авторами терминами – аурикулин, кардионатрин, атриопептид (Natriuretic factor-like, Auriculin, Cardionatrin, Atriopепtid). Помимо этого нейропептида к гормонам сердца относятся кардиоактивный пептид, кальцитонин-ген-родственный пептид, а также нейропептид Y, нейротензин и пептид дельта-сна (см. ниже).

### 12.1. Предсердный натрийуретический гормон

Предсердный натрийуретический гормон относится к нейропептидам АПУД-системы. В ЦНС данный нейропептид синтезируется в стенке третьего желудочка (паравентрикулярные ядра), перегородке мозга, в медиальной преоптической области, медиальном возвышении мозга, среднем мозге, гипоталамусе и спинном мозге. Предсердный натрийуретический гормон обладает выраженным антистрессорным эффектом.

На периферии данный гормон синтезируется преимущественно в кардиомиоцитах правого предсердия сердца, мозговом веществе надпочечников, желудке (зоны секреции гастрина), кишечнике и альвеолах легких.

Предсердный натрийуретический гормон вызывает расслабление почечных, брыжеечных и сонных артерий, брюшной и грудной аорты, легочных вен, снижает внутриглазное давление при глаукоме.

При сердечной недостаточности натрийуретический гормон расширяет сосуды сердца, снижает капиллярное давление, увеличивает диурез и выведение натрия с мочой, снижает объем внеклеточной жидкости и уровень альдостерона.

Натрийуретический гормон вызывает снижение артериального давления и увеличение диуреза. Механизм гипотензивного дейст-

вия натрийуретического фактора связан с его влиянием на гладкие мышцы сосудов, а также на синтез альдостерона и систему ренин-ангиотензин.

Данный гормон подавляет эффекты АКТГ и ангиотензина II на секрецию альдостерона, подавляет секрецию дофамина, стимулирует высвобождение тестостерона и кортикостерона, стимулирует накопление цГМФ.

**Гомеопатическим аналогом предсердного натрийуретического гормона является:** *Digitalis D3-D6, Phosphor D6-D12, Glonoinum D4-D6, Jaborandi D6-D12, Prunus spinosa D3, Aurum metal. D4-D6.*

### 12.2. Кардиовозбуждающий пептид

Кардиовозбуждающий пептид (кардиоактивный пептид или FMRF-amid) относится к нейропептидам АПУД-системы. В ЦНС он синтезируется в дугообразном, паравентрикулярных, вентромедиальном ядрах гипоталамуса и дорсальных ядрах спинного мозга. Данный нейропептид стимулирует двигательную активность, увеличивает ЧСС и активизирует оборонительный рефлекс.

**Гомеопатическими аналогами кардиовозбуждающего пептида являются:** *Agaricus musc. D6-D12, Kalmia D3-D6, Veratrum album D6, Veratrum Viride D4-D12.*

### 12.3. Кальцитонин-ген-родственный пептид

Кальцитонин-ген-родственный пептид относится к нейропептидам АПУД-системы. Местом синтеза этого нейропептида являются: студенистое вещество спинного мозга; варикозные аксоны кожи; внутренние органы и сердечно-сосудистая система; хромоаффинные клетки надпочечников.

Кальцитонин-ген-родственный пептид вызывает расширение коронарных и других сосудов, является модулятором проведения и восприятия болевой чувствительности.

#### Репрезентативные БАТ сердечных нейропептидов:

Се 6	<b>ТИ:</b>	миокард – справа; нейропептиды: предсердный натрийуретический гормон; нейропептид Y; нейро-тензин; пептид дельта-сна; кардиовозбуждающий пептид; кальцитонин-ген-родственный пептид.
	<b>ЛТ:</b>	на передней поверхности лучезапястного сустава на середине соприкосновения суставного диска и суставной поверхности локтевой кости.
Кр 7	<b>ТИ:</b>	венечные артерии сердца.
	<b>ЛТ:</b>	на передней поверхности лучезапястного сустава,

на середине границы соприкосновения суставных поверхностей лучевой и полулунной костей.

Энд 1	<b>ЧСТИ:</b>	половые железы, надпочечники.
	<b>ЛТ:</b>	над бугристостью дистальной фаланги 4 пальца кисти, на тыльно-локтевой поверхности.
Ле 11	<b>ТИ:</b>	альвеолы легких.
	<b>ЛТ:</b>	над бугристостью дистальной фаланги 1 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

**Гомеопатическими аналогами кальцитонин-ген-родственного пептида являются:** *Crataegus 0, Cactus 0-D3, Arnica D3, Nux vom D6.*

## 13. БАТ Опиоидных нейропептидов

В группу опиоидных нейропептидов входят: метионин-энкефалин; лейцин-энкефалин; бета-эндорфин; гамма-эндорфин; альфа-эндорфин; сигма-эндорфин; альфа-и бета-неоэндорфин; бета-неоэндорфин; динорфин А; динорфин В-13; дерморфин; бета-казоморфин; неокиоторфин.

### 13.1. Бета-эндорфин

Бета-эндорфин (бета-липотропин фракция 61-91) – представитель класса физиологически активных веществ – «эндогенных опиоидов» или морфиноподобных веществ, которые участвуют в регуляции секреции пролактина, соматотропина и лютропина.

Ведущими центральными эффектами бета-эндорфина являются анальгетический, анорексигенный и гипотермический.

Бета-эндорфин – облегчает внушаемость и самовнушаемость, способствует развитию охранительного торможения в коре головного мозга, индуцирует галлюцинации и иллюзии, повышает активность нейронных цепей. Центральные эффекты бета-эндорфина зависят от того, с какими опиоидными рецепторами коры головного мозга он связывается.

При связывании с мю-рецепторами головного мозга вызывает анальгетический и гипногенный эффекты.

При связывании с каппа-рецепторами головного мозга вызывает чувство успокоения и комфорта.

При связывании с дельта- и каппа-рецепторами вызывает чувство удовольствия собой и окружающей средой.

При недостаточности секреции бета-эндорфина возникает озбоченность, тоска, невралгические боли, недовольство собой и окружающей средой.

Местом продукции бета-эндорфина в ЦНС являются задние отделы гипоталамуса, передняя доля гипофиза, пути интеграции болевой чувствительности.

На периферии бета-эндорфин синтезируется в мозговом слое надпочечников, плаценте и коже.

К числу основных периферических эффектов бета-эндорфина относятся: снижение функции щитовидной железы; регуляция лактации и состояния молочных желез; сохранение беременности.

Агонистами бета-эндорфина являются: альфа- и бета-неоэндорфины; китоморфин; динорфин; дерморфин (возможна конкуренция).

Антагонистами бета-эндорфина являются альфа-, сигма- и гамма-эндорфины, с которыми он конкурирует за связывание опиатных рецепторов.

Биологические аналоги: казаморфин бета-цепи казеина молока и дерморфин кожи амфибий.

Растительный аналог бета-эндорфина – глютенная фракция ростков пшеницы.

Помимо бета-эндорфина, в перечисленных выше зонах ЦНС синтезируются альфа, сигма- и гамма-эндорфины, среди которых наиболее изучен гамма-эндорфин. Центральные эффекты этого нейропептида проявляются в повышении температуры тела, стимуляции либидо, при связывании с сигма-опиатными рецепторами – в развитии слуховых и зрительных галлюцинаций, а при связывании с дельта-опиатными рецепторами – в развитии комплекса психических реакций типа «тоска-агрессия» (маниакально-депрессивный синдром).

Периферические эффекты гамма-эндорфина проявляются в повышении функции щитовидной железы.

### 13.2. Лей- и мет-энкефалины

Лейцин- и метионин-энкефалины относятся к классу опиоидных анорексигенных и анальгетических нейропептидов. Данные нейропептиды синтезируются в супраоптических (лей-энкефалин), паравентрикулярных (мет-энкефалин) ядрах гипоталамуса и в задней доле гипофиза. В большом количестве в ЦНС они обнаруживаются в среднем мозге, бледном шаре, хвостом ядра, четверохолмий, ядрах вагуса продолговатого мозга, желатинозной субстанции спинного мозга (особенно в области верхнего шейного сплетения).

Основными центральными эффектами лей- и мет-энкефалинов являются анорексигенный (подавляют рефлекс на прием пищи)

и анальгетический. Нарушение синтеза этих нейропептидов в ЦНС усиливает абстиненцию к наркотикам, алкоголю и табаку, снижает оперативную память и восприятие новой информации, вызывает слуховые и зрительные галлюцинации.

На периферии мет-энкефалин и в меньшей степени лей-энкефалин синтезируются в мозговом веществе надпочечников, а также в панкреас (угнетают выделение ацетилхолина). Высокое содержание этих нейропептидов установлено в панкреас, надпочечниковом сплетении, синоаортальной области (сплетение дуги аорты), в радужной и сосудистой оболочках глаза, в стекловидном теле и плаценте.

Помимо этого, на периферическом уровне лей- и мет-энкефалины снижают функцию щитовидной железы, стимулируют эритропоэз и гранулопоэз, стимулируют процессы регенерации и активность Т-лимфоцитов киллеров.

Агонистами этих нейропептидов являются: анонин, А- и В-неоэндорфины, киторфин и дерморфин, а антагонистом – динорфин (усиление аппетита).

К числу природных аналогов лей- и мет-энкефалинов относится казаморфин бета-цепи казеина молока.

### 13.3. Альфа- и бета-неоэндорфины

Альфа- и бета-неоэндорфины относятся к классу опиоидных нейропептидов. Эти нейропептиды синтезируются в паравентрикулярных и супраоптических ядрах гипоталамуса, откуда они поступают в заднюю долю гипофиза.

Аналогами неоэндорфинов являются следующие опиоидные нейропептиды: динорфин; киторфин; анонин; дерморфин (опиоидный нейропептид, выделенный из кожи земноводных).

Центральные эффекты неоэндорфинов заключаются в регуляции пищевого поведения, модулировании чувства комфорта и настроения («хорошее–плохое» настроение).

Помимо этого, они регулируют секрецию вазопрессина и окситоцина, водно-солевой обмен и снижают болевые ощущения. Агонистом неоэндорфинов является лей-энкефалин, а антагонистом – бета-эндорфин, с которым они конкурируют за связывание опиоидных рецепторов.

### 13.4. Динорфин

Динорфин – нейропептид опиоидной группы, сходный с неоэндорфинами. Синтезируется в гипоталамусе (зоны синтеза вазопрессина и окситоцина), в задней и частично в передней долях гипофиза, гиппокампе и спинном мозге. Легко проходит через

гемато-ликворный барьер. В ЦНС ингибирует высвобождение кортиколиберина, норадреналина и дофамина при одновременной стимуляции секреции вазопрессина, гонадотропинов, пролактина, серотонина и гистамина. На периферии местом синтеза динорфина является Ауэрбаховое сплетение 12-перстной кишки. Динорфин стимулирует аппетит, обладает выраженным противоязвенным эффектом.

**Основными репрезентативными БАТ, используемыми в оценке действия эндорфинов и энкефалинов, являются:**

- Нд 1b КТИ:** периферическая и центральная нервная система.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
- Нд 3 ТИ:** ствол головного мозга и большой мозг.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода головки кости в тело.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

**Гомеопатическими аналогами энкефалинов и эндорфинов являются:** *Opium D6-D30, Canabis sativa D6-D30, Avena sativa 0, Chamomilla D400.*

Помимо этих гомеопатических препаратов известны комплексные гомеопатические средства, регулирующие обмен эндорфинов и энкефалинов, состав формул которых и показания к применению приведены ниже.

**КОМПЛЕКС I:** *Valeriana D12, Asa foetida D6, Ignatia D6, Artemisia absinthum D6, Anacardium orientale D6, Chininum sulfuricum D6, Conium D6, Hepar sulfuris D12, Mercur solubilis D6, Paulinia D6, Zincum metal. D12, Moschus D12.*

**Показания:** выраженные психические нарушения со сменой настроения, истероидные реакции, меланхолия, сомнабулизм и т.п.

**КОМПЛЕКС II:** *Acidum phosphoricum D6, Acidum hydrocyanicum D12, Arsenicum album D6, Jodum D6, Digitalis D6, Carbo vegetabilis D12, Laucerathus D6, Rhus tox. D6, Secale corn. D6, Spigelia D6, Sulfur D6, Zincum valerianicum D12, Cuprum aceticum D6, Tartaricus emet. D6.*

**Показания:** случаи токсикоманий и наркоманий с выраженными симптомами истощения, снижение либидо и т.п.

## 14. БАТ гастроинтестинальных нейропептидов

К числу основных гастроинтестинальных нейропептидов от-

носятся: холецистокинин (ХЦК), вазоактивный интестинальный пептид (ВИП), гастрин, гастрин-релизинг-пептид, гастрин-ингибирующий пептид, панкреатический полипептид, нейропептид Y, секретин, церулеин, пептид гистидин-изолейцин.

### 14.1. Холецистокинин

Холецистокинин или холецистоподобный пептид (ХЦК) относится к семейству гастрин, класс нейропептидов пищеварительной системы и АПУД-системы. Наиболее активной считается его 8-я фракция (ХЦК-8).

Помимо гипоталамуса и передней доли гипофиза (частично задней), ХЦК синтезируется в гиппокампе, в зоне Сильвиевого водопровода и околопроводного вещества головного мозга (центр насыщения и аппетита).

На периферии ХЦК синтезируется в слизистой оболочке 12-перстной и тонкой кишки.

ХЦК является модулятором болевой чувствительности и пищевого поведения. При центральных нарушениях его синтеза возникает анорексия или патологическое стремление принимать пищу (булимия), в том числе несъедобные предметы.

Холецистокинин увеличивает оборот серотонина в головном мозге (кора большого мозга, полосатое тело, гиппокамп, таламус, гипоталамус, средний и продолговатый мозг), тормозит активность дофаминергических структур, снижает двигательную активность.

ХЦК является противоязвенным трофическим нейропептидом. Регулирует тонус гладкой мускулатуры желчного пузыря и желчевыводящих путей, вызывает сокращение желчного пузыря с одновременным расслаблением сфинктера Одди; повышает продукцию панкреатических ферментов; тормозит перистальтику желудка, его опорожнение и секрецию желудочного сока; понижает тонус нижнего пищеводного сфинктера; усиливает перистальтику тонкого кишечника; замедляет всасывание воды, натрия и хлоридов в тонком кишечнике; стимулирует секрецию панкреатического сока и инсулина.

Агонистами ХЦК являются гастрин, химоденин, панкреозимин, энтерокинин, секретин и соматостатин, а основным антагонистом – вазоактивный кишечный пептид.

Животным аналогом ХЦК является церумин кожи амфибий (например, жабы – гомеопатический аналог *Bufo rana D6-D12*).

В клинической практике отмечен положительный эффект при использовании ХЦК-8 в лечении болезни Паркинсона, тревожных депрессий, алкоголизма и шизофрении, резистентной к действию нейролептиков.

В число репрезентативных БАТ, которые могут использоваться в косвенной оценке действия ХЦК, входят:

<b>Тн 1b</b>	<b>КТИ:</b> 12-перстная кишка – справа. <b>ЛТ:</b> на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.
<b>Тн 3a</b>	<b>ТИ:</b> Фатеров сосок и сфинктер Одди – справа. <b>ЛТ:</b> на середине тыльно-локтевой поверхности 5 пястной кости.
<b>Жп 43b</b>	<b>КТИ:</b> желчный пузырь и желчевыводящие пути. <b>ЛТ:</b> у основания медиальной фаланги 4 пальца стопы на тыльно-латеральной поверхности.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

#### 14.2. Гастрин

Семейство гастрин включает в себя «большой» гастрин, гастрин-5, гастрин-17, гастрин-34 и холецистокинин. На уровне ЦНС и на периферии секреция гастрин регулируется гастрин рилизинг-пептидом и гастрин-ингибирующим пептидом. В ЦНС гастрин синтезируется в гипоталамусе, задней доле гипофиза (зоны секреции вазопрессина, окситоцина и динарфина). Большое количество гастрин содержится в инфундибулярном ядре, медиальном возвышении и преоптической зоне.

Основными центральными эффектами гастрин являются модуляция пищевого поведения и болевой чувствительности.

На периферии гастрин синтезируется и секретируется обкладочными и главными клетками слизистой оболочки желудка (G-клетки) и панкреас. Под влиянием гастрин осуществляются: стимуляция выделения соляной кислоты и пепсиногена в желудке; усиление кровоснабжения и перистальтики желудка; стимуляция синтеза ДНК, РНК и белка в эндокринной части панкреас, в слизистой желудка и кишечника; контроль тонуса нижнего сфинктера пищевода; содействие выбросу инсулина и кальцитонина; релаксация сфинктера Одди и илеоцекального сфинктера; сокращение гладкой мускулатуры тонкого и толстого кишечника, желчного пузыря и матки.

Повышение секреции гастрин является одним из ведущих факторов развития язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. При ulcerогенной аденоме панкреас, вырабатывающей гастрин (гастринома), развивается синдром Золлингера-Эллисона (Zollinger-Ellison), сопровождающийся тошнотой, общей слабостью, приливами жара, дрожью и аллергическими реакциями (крапивница).

Наряду с этим, повышение гастрин наблюдается при следующих заболеваниях:

- пернициозная анемия;
- рак желудка;
- атрофический гастрит;
- хроническая почечная недостаточность;
- синдром Шегрена.

Агонистами гастрин являются холецистокинин (ХЦК-8), гистамин, вазоактивный кишечный пептид (ВИП).

К нейропептидам ингибирования выделения гистамина в первую очередь относятся опиоидные нейропептиды, соматостатин, гастрин-ингибирующий пептид и панкреатический полипептид.

**Гомеопатическими аналогами гастрин являются:** *Nux vom D1, Capsicum D1, China D3, Brionia D3-D6, Ferrum phosphoricum D3-D6.*

**Гомеопатическими ингибиторами секреции гастрин являются:** *Arsenicum album D6-D12, Nux vom D6-D12, Argentum nitricum D4.*

#### 14.3. Вазоактивный кишечный пептид

Вазоактивный кишечный (интестинальный) пептид (ВИП) относится к семейству гастрин, класс нейропептидов пищеварительной системы, АПУД-системы, группа сомногенных нейропептидов. Помимо гипоталамуса и передней доли гипофиза, ВИП синтезируется в коре большого мозга, гиппокампе, среднем мозге (центры быстрого и медленного сна), а также во II-III слоях зрительной части коры, где он выполняет роль локального регулятора метаболизма этой зоны ГМ.

Ведущими центральными эффектами ВИП являются: стимуляция секреции пролактина, серотонина, ДОФА, цАМФ; увеличение быстрой и медленной фазы сна; модуляция пищевого поведения. Большинство других центральных эффектов ВИП сходно с действием ТТГ (см. выше). Содержание ВИП в ЦНС значительно снижено при экзогенных депрессиях.

На периферии ВИП синтезируется Р 1-клетками панкреас, слизистой оболочки 12-перстной и проксимального отдела тонкой кишки, а также апудоцитами легких.

Основными периферическими эффектами ВИП являются: регуляция тонуса гладкой мускулатуры; стимуляция движения ворсинок кишечника и продвижения пищи; стимуляция кровотока в панкреас и секреции хомотрипсиногена и синтеза белков; регуляция тонуса Фатерова соска и сфинктера Одди. ВИП вызывает

расширение мозговых и коронарных сосудов, снижение диастолического АД.

ВИП участвует в развитии аллергических реакций, стимулирует высвобождение лейкотриенов и серотонина, вызывает развитие локальных и системных реакций типа гиперчувствительности немедленного типа (ГНТ). Содержание ВИП значительно повышено при опухолях панкреаса и кишечника (випома), продуцирующих данный нейропептид, что сопровождается развитием синдрома Вернера-Моррисона (Verner-Morrison), характеризующегося развитием панкреатита и аллергии.

Агонистами ВИП являются холецистокинин (ХЦК-8) и гастрин, а антагонистом – панкреатический полипептид.

**Гомеопатическими антагонистами ВИП являются:** *Anacardium orientale D8-D12, Uranium nitricum D4, Robinia D3-D6, Kalium bichromicum D4, Apis D6-D12.*

#### 14.4. Нейропептид Y

Нейропептид Y – наиболее распространенный из всех нейропептидов, содержащихся в головном и спинном мозге. Наибольшая концентрация данного нейропептида обнаруживается в промежуточной доле гипофиза, гипоталамусе и гиппокампе.

Нейропептид Y имеет отношение к регуляции пищевого и сексуального поведения, а также к неврологическим и психическим нарушениям у человека. Влияет на высвобождение гипофизарных гормонов, участвует в модуляции центральных кардиоваскулярных ответов.

На периферии наибольшее содержание данного нейропептида обнаружено в различных отделах желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путях, нервных волокнах сердца и кардиомиоцитах. В надпочечниках обнаружен совместно с ВИП и норадреналином.

Нейропептид Y участвует в модуляции холинэргических процессов, в регуляции артериального давления, стимулирует секрецию дофамина и серотонина и ингибирует секрецию норадреналина.

#### 14.5. Секретин

Секретин – гастроинтестинальный нейропептид, модулирующий центральные механизмы пищевого поведения (центр насыщения и аппетита в ЦНС).

На периферии синтезируется S-клетками 12-перстной кишки. К числу основных периферических эффектов секретина относятся: стимуляция секреции воды и бикарбонатов поджелудочной

железой; торможение стимулированной гастрином секреции в ответ на пищевой раздражитель, возбуждение секреции пепсина; содействие высвобождению секреции инсулина и торможение выделения глюкагона; усиление секреции желчи и действия холецистокинина на желчный пузырь; торможение перистальтики желудка и 12-перстной кишки и всасывания воды в тонком кишечнике; противоязвенный эффект.

При гиперпродукции секретина возможно развитие острого панкреатита. Основным агонистом данного нейропептида является холецистокинин.

#### 14.6. Церулеин

Церулеин – гастроинтестинальный нейропептид, центральные эффекты которого подобны эффектам гастрина и холецистокинина (см. выше). На периферии синтезируется эпителиальными клетками кишечника и кожи. Церулеин обладает анальгетическим эффектом; вызывает дилатацию дистальной части пищевода и 12-перстной кишки; стимулирует желудочную секрецию, секрецию панкреатических ферментов и желчи; стимулирует перистальтику тонкого и толстого кишечника. Эффективен при лечении послеоперационной атонии кишечника и паралитического илеуса, даже в случае отсутствия эффекта после введения других стимуляторов перистальтики.

Противопоказаниями для применения церулеина являются: декомпенсированные сердечно-сосудистые заболевания; беременность; острый панкреатит; холелитиаз; декомпенсированная почечная недостаточность.

**Репрезентативные БАТ для оценки действия гастрина, ВИП, нейропептида Y, церулеина:**

- |              |             |   |
|--------------|-------------|---|
| <b>Ал 1а</b> | <b>ТИ:</b>  | нарушения вегетативной регуляции при аллергии (для гастрина, ВИП).  |
|              | <b>ЛТ:</b>  | на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела головки кости в тело. |
| <b>Ал 1б</b> | <b>КТИ:</b> | аллергические и сосудистые поражения (для гастрина, ВИП).   |
|              | <b>ЛТ:</b>  | на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 3 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.    |
| <b>Тн 1б</b> | <b>КТИ:</b> | 12-перстная кишка – справа.   |
|              | <b>ЛТ:</b>  | на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.    |

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

## 15. БАТ нейропептидов диффузной эндокринной системы клеток

К данной группе относятся все перечисленные выше описанные нейропептиды, включая нейротензин, субстанцию Р, бомбезин (саваган, эледоизин, физамелин, калледин) ангиотензин, нейропептид Y, галанин и брадикинин.

### 15.1. Нейротензин

Нейротензин – нейропептид, синтезирующийся в следующих отделах ЦНС: промежуточная доля гипофиза; ядра гипоталамуса; лимбическая система; базальные ганглии мозга; задние рога спинного мозга.

Центральные эффекты нейротензина заключаются в снижении биоэлектрической активности мозга, а также в анальгетическом и гипотермическом действии.

Местом синтеза нейротензина на периферии являются: нервные сплетения кишечника; подвздошная кишка; желудок; панкреас; кожа; сердце; легкие; скелетные мышцы.

Периферические эффекты нейротензина: стимуляция функции тимуса; повышение сахара крови; снижение АД; улучшение кровотока по коронарным сосудам; увеличение проницаемости капилляров; уменьшение секреторной активности желудка и кишечника.

#### Репрезентативные БАТ для оценки действия нейротензина:

- Тл 1а** **ТИ:** верхнее подчревное сплетение – справа; подвздошное сплетение – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 2 пальца кисти в месте перехода головки кости в тело.
- Тн 1а** **ТИ:** верхнее брыжеечное сплетение – справа; нижнее брыжеечное сплетение – слева.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности средней фаланги 5 пальца кисти в месте перехода головки кости в тело.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

### 15.2. Субстанция Р

Субстанция Р – нейропептид АПУД-системы, относящийся

к категории тахикининов. Максимальное количество субстанции Р содержится в черной субстанции (веществе) и задних рогах спинного мозга, а минимальное – в гиппокампе и мозжечке. В ЦНС субстанция Р преимущественно содержится в астроцитах, имеющих отношение к регуляции местного мозгового кровообращения. Наряду с этим данный нейропептид является специфическим кининовым пептидом в системе блуждающего нерва.

Основными центральными эффектами субстанции Р являются повышение порога болевой чувствительности и усиление проведения болевых сигналов из вставочных нейронов спинного мозга в ЦНС.

Субстанция Р синтезируется в коже и сосудистой стенке. В большом количестве данный нейропептид содержится в блуждающем, седалищном, большеберцовом и малоберцовом нервах, в ресничном ганглии и нервных окончаниях слюнных желез и бронхов. В сенсорных нейронах субстанция Р сосуществует с кальцитонин-ген-родственным пептидом, галонином, гистидин-изолейцином, ХЦК, ВИП, соматостатином, энкефалинами, динорфином, бомбезином и нейрокининами.

К числу периферических эффектов субстанции Р относятся: сокращение гладкой мускулатуры, усиление секреции слизи, перистальтики ЖКТ и слюноотделения; расширение и гиперемия кожи; увеличение проницаемости сосудистой стенки; снижение АД и ЧСС; регуляция бронхиального кровотока.

Лигандами субстанции Р являются филаземин, кассинин, нейрокинин, нейромедин К и эледоизин (тахикинины кожи амфибий), которые стимулируют сократительную активность 12-перстной кишки и тонкого кишечника. Субстанция Р совместно с нейрокинами альфа- и бета участвуют в патогенезе бронхиальной астмы. При гиперпродукции субстанции Р развиваются различные двигательные нарушения, параличи нижних конечностей и спонтанные вращательные движения головой и туловищем.

#### Репрезентативные БАТ:

- Нд 1д** **ТИ:** сосуды головного мозга.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в центре тела кости.
- Нд 3а** **ТИ:** парасимпатические головные ганглии (ресничный, крылонебный, ушной, поднижнечелюстной).  
**ЛТ:** на середине тыльно-локтевой поверхности тела 2 пястной кости.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.



### 15.3. Бомбезин

Бомбезин – нейропептид АПУД-системы, впервые выделенный из кожи амфибий. В ЦНС человека синтезируется в гиппокампе и заднем гипоталамусе. К числу основных центральных эффектов бомбезина относятся: центральную регуляцию температуры тела; стимуляцию выделения АКТГ и кортизола; стимуляцию синтеза дофамина; подавление чувства голода (анорексигенный эффект); стимуляцию синаптической передачи.

Содержание бомбезина снижено у больных шизофренией. У больных алкоголизмом бомбезин вызывает «сигнал насыщения», что обуславливает сокращение приема этанола.

На периферии данный нейропептид синтезируется в коже, нервных клетках и секреторных клетках желудочно-кишечного тракта. Основными периферическими эффектами бомбезина являются его способность повышать АД и ЧСС, провязвенный эффект и ингибирование секреции соматотропина, индуцированное инсулином («тройственное» взаимодействие), а также иммуномодулирующий эффект.

В гомеопатических дозах бомбезин (15 СН) совместно с соматостатином (4 СН) и бета-эндорфином (4 СН) применяется в лечении болевых синдромов у онкологических больных.

Биологическими аналогами бомбезина являются ранатензин, литорин, буфостимулин, саваган, алитензин кожи и подлопаточных желез амфибий (лягушек и жаб).

Гомеопатическим аналогом бомбезина является классический препарат Вио, который в потенции D6 и выше стимулирует активность противинфекционного иммунитета в отношении вирусов простого герпеса (тип 1 и 2), Эпштейн-Барра, гепатита А и В, зеленящего стрептококка, хламидий, уреоплазм и грибов. Наряду с этим, данный препарат усиливает эффект цитостатиков при экспериментальных опухолях.

#### Репрезентативная БАТ:

**ЭПД 1b КТИ:** дегенерация эпителиальных и паренхиматозных органов (за исключением молочных и эндокринных желез).

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности средней фаланги 4 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

**По Ф.** Крамеру, данный меридиан рассматривается как сосуд «психики», который может использоваться в дифференциальной диагностике эндогенных и экзогенных механизмов формирования пограничных психических расстройств.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

### 15.4. Ангиотензин

Ангиотензин – нейропептид АПУД-системы, представленный тремя биологически активными формами: ангиотензин I, II и III. Из них наиболее активным является ангиотензин II, опосредующий эффекты вазопрессина.

На уровне ЦНС ангиотензин II синтезируется в гиппокампе, новой коре, гипоталамусе, лимбической системе и продолговатом мозге (зоны собственной ренин-ангиотензинной системы головного мозга), а также в нервных структурах, отвечающих за поддержание АД и регуляцию водно-солевого обмена.

Ангиотензин II подавляет чувство агрессии и является регулятором питьевого поведения, вызывает жажду и сухость во рту.

На периферии данный нейропептид синтезируется в почках (система ренин-карбоксикаптепсин-ангиотензин I и ангиотензин II).

**Основными периферическими эффектами ангиотензина II** являются: повышение секреции альдостерона надпочечниками; повышение систолического и диастолического АД (как периферического, так и центрального генеза); сокращение гладких мышц сосудов – прямой сосудосуживающий эффект; регуляция водно-солевого равновесия; гипергликемизирующее действие.

Повышение содержания ангиотензина II отмечается при гипертонической болезни и ренинсекретирующих опухолях юкстагломерулярного аппарата почек.

**Агонисты ангиотензина II:** вазопрессин; ренин; карбоксикаптепсин; ангиотензин I; альдостерон.

**Антагонисты ангиотензина II:** предсердный натрийуретический гормон; субстанция P (устраняет развитие жажды); каликреин-кининовая система.

#### Репрезентативные БАТ:

**Нд 3** **ТИ:** ствол мозга и большой мозг.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода головки кости в тело.

**По 1-3 КТИ:** почки.  
**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности медиальной фаланги 5 пальца стопы в месте перехода тела кости в основание.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.



### 15.5. Брадикинин

Брадикинин относится к классу нейропептидов АПУД-системы, а именно – кининовых пептидов всех тканей организма. В ЦНС брадикинин синтезируется в латеральной септальной области, Сильвиевом водопроводе, околопроводном сером веществе и коре головного мозга, мозжечке, продолговатом мозге, гипоталамусе и промежуточной доле гипофиза.

**Основные центральные эффекты брадикинина:** повышение тонуса барорецепторов ЦНС и синокаротидной зоны; регуляция черепно-мозгового давления; повышение порога болевой чувствительности.

Наиболее выраженные антагонистические отношения брадикинина обнаружены к ренину.

#### Репрезентативная БАТ:

**Нд 3 ТИ:** ствол мозга и большой мозг.

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 2 пястной кости в месте перехода головки кости в тело.

Топография данной БАТ приведена в Приложении 1.

## 16. БАТ мозговых специфических нейропептидов

К числу специфических мозговых нейропептидов относятся: пептид дельта-сна, пептид S-100, октадеканейропептид, пептид 14-3-2, гликофибрилярный пептид и мембранный гликопротеин D2. Среди этих нейропептидов наиболее хорошо изучен пептид дельта-сна.

### 16.1. Пептид дельта-сна

Пептид дельта-сна был открыт различными учеными независимо друг от друга. Он также известен как фактор Моннье, Палпенгеймера, Учизоно и Нагасаки. Данный нейропептид относится к категории сомногенных и гипногенных нейропептидов, которые образуются в ЦНС в процессе длительного бодрствования. В ЦНС пептид дельта-сна секретируется: в среднем мозге; ядрах таламуса (II зона сна или собственно сон); зрительном бугре; ядрах ствола мозга; ядрах ретикулярной формации в области Варолиева моста; полоске Брока; концевой части третьего желудочка; субфорникальном органе; передней части гипоталамуса и промежуточной доле гипофиза.

Пептид дельта-сна легко проходит гематоликворный барьер.

**Центральными эффектами** пептида дельта-сна являются: генерация медленно-волнового дельта-сна, быстрой или парадоксальной фазы сна; восстановление физиологических фаз цикла сон-

бодрствование; генерация ярких сновидений; снижение страха при необычных и угрожающих стимулах (в малых дозах); антистрессорный эффект; генерация альфа-ритма; пробуждение от сна (в больших дозах); увеличивает количество серотонина в мозге.

К числу основных периферических эффектов пептида дельта-сна относятся: повышение выносливости сердца в условиях предельной физической нагрузки, профилактика инфаркта миокарда; противосудорожный и противоукачивающий эффекты. Пептид дельта-сна оказывает прямое сосудорасширяющее действие и снижает ЧСС.

В эксперименте применение пептида дельта-сна оказалось эффективным при восстановлении памяти у пациентов, страдающих деменцией, при шизофрении, хроническом алкоголизме и наркоманиях, при ИБС и инфаркте миокарда.

Агонистами пептида дельта-сна являются все сомногенные аминокислоты, нейропептиды и некоторые иммуномодуляторы (L-триптофан, ВИП, кортиколиберин, бета-эндорфин, субстанция P, интерлейкин 1 – IL-1).

К числу основных репрезентативных БАТ для данного нейропептида относятся:

**ЭПД 3 ТИ:** ЭПД органов головы (точка психики по Ф. Крамеру).

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

**Жп 11 ТИ:** центр ритма сна и бодрствования в среднем мозге.  
**ЛТ:** на 2 цуня назад от верхнего края ушной раковины.

**Жп 16 ТИ:** центр сна и его глубины в среднем мозге.  
**ЛТ:** на 3,5 цуня латеральнее срединной линии свода черепа, на верхней височной линии.

Топография перечисленных выше БАТ приведена в Приложении 1.

### 16.2. Прочие специфические мозговые нейропептиды

Октадеканейропептид является антагонистом бензодиазепиновых рецепторов нейронов и клеток нейроглии головного мозга, преимущественно расположенных в коре большого мозга, миндале и гиппокампе. Повышение содержания этого нейропептида в ЦНС приводит к усилению агрессивного поведения. Аналогичными свойствами обладает пептид S-100, который под стимулирующим влиянием АКТГ участвует в формировании энграммы памяти.

Функции остальных специфических мозговых пептидов окончательно не изучены. Повышение их содержания отмечено при

аутоиммунных и других дегенеративных заболеваний головного мозга.

**Репрезентативная БАТ для ЭАФ-тестирования специфических мозговых пептидов:**

**ЭПД 3 ТИ:** ЭПД органов головы (точка п сихики по Ф. Крамеру).

**ЛТ:** на тыльно-лучевой поверхности 4 пястной кости в месте перехода тела кости в основание.

Топография данной БАТ приведена в Приложении 1.

## 17. Неклассифицированные нейропептиды

К данному классу нейропептидов условно относятся карнозин, хромодиопсин и лейкокинин.

### 17.1. Карнозин

Карнозин (гомокарнозин) – специфический нейропептид, синтезирующийся в обонятельной луковице, обонятельном нерве и нервных сплетениях слизистой оболочки носа. Данный нейропептид участвует в нейротрансдукции сигналов в обонятельном нерве. Нарушение синтеза карнозина приводит к извращенному восприятию запахов, гиперосмии или гипосмии. Агонистом карнозина является тиреолиберин, синтезирующийся в обонятельной луковице и принимающий участие в обработке информации обонятельной системы.

**Репрезентативная БАТ:**

**Мп 2-1 ТИ:** обонятельный нерв – I пара ЧМН.

**ЛТ:** на 0,25 цуня выше и несколько латеральнее точки Мп 2.

Топография данной БАТ приведена в Приложении 1.

К числу **основных классических гомеопатических препаратов**, используемых при расстройствах восприятия запахов (обонятельные галлюцинации и иллюзии), относятся: *Agaricus; Beladonna; Digitalis; Selen; Sulfur; Mancinella*.

### 17.2. Хромодиопсин

Хромодиопсин – специфический нейропептид, синтезирующийся в сетчатке глаза и создающий предпочтение к определенному цвету. С особенностями синтеза и секреции данного нейропептида связывают не только расстройства цветоощущения у дальтоников, но и более сложные механизмы центрального цветоощущения, включая формирование предпочтения к определенному цвету, например, при проведении цветового теста Люшера.

Агонистами хромодиопсина условно считаются лей- и мет-энкефалины, синтезирующиеся в сетчатке.

**Репрезентативная БАТ:**

**Глаз 5 ТИ:** сетчатка.

**ЛТ:** на середине расстояния между точками Глаз 4а и Глаз 6.

Топография данной БАТ приведена в Приложении 1.

К числу **основных классических гомеопатических препаратов**, используемых в терапии нарушений цветоощущения и имеющих органотропный эффект к сетчатке, относятся: *Titanium; Cina; Ignatia; Phosphor*.

### 17.3. Лейкокинин

Лейкокинин (тафцин) – нейропептид, синтезирующийся в гиппокампе и белой пульпе селезенки. По химической структуре напоминает фрагменты иммуноглобулинов.

**Центральные эффекты** данного нейропептида заключаются в улучшении долговременной памяти (подобно вазопрессину, окситоцину, АКТГ 1-17, пептиду дельта-сна, люлиберину, ангиотензину II, нейротензину Y, мозгоспецифическим белкам S100, S 14-3-2, гормонам тимуса) и антидепрессивном действии (подобно тиролиберину, ХЦК-8 и мелатонину).

**Периферические эффекты** лейкокинина заключаются в активации фагоцитоза.

У наркоманов, использующих наркотики группы морфия в сочетании с димедролом (эффект «ломки»), лейкокинин участвует в развитии цинк-зависимой стимуляции выпота в суставы.

**Репрезентативные БАТ:**

**СП 4 ТИ:** ретикулоэндотелиальная система и ретикулоэндотелиальная сеть селезенки – слева.

**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности I плюсневой кости в месте перехода тела кости в основание.

Топография данной БАТ приведена в Приложении 1.

## 18. БАТ для оценки состояния тканевых гормональных рецепторов

Для интегральной оценки состояния тканевых рецепторов, чувствительных к действию гормонов и нейропептидов, определены 4 новые БАТ, расположенные на меридианах тройного обогрвателя, желчного пузыря, вторичных ЭАФ-сосудах аллергии и кожи. Локализация данных БАТ и их информационно-функциональные взаимосвязи приведены ниже.

### 18.1. БАТ для оценки чувствительности гормональных рецепторов

**Ал 3а ТИ:** точка чувствительности гормональных рецепторов тканевых систем организма.

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности в центре 3 пястной кости.

Топография данной БАТ приведена на рис. П2.11.

В ЭАФ данная БАТ используется для определения чувствительности к гормонам, сенсibilизации к антибиотикам, грибам и токсинам, вызывающим нарушения синтеза нейропептидов и гормонов.

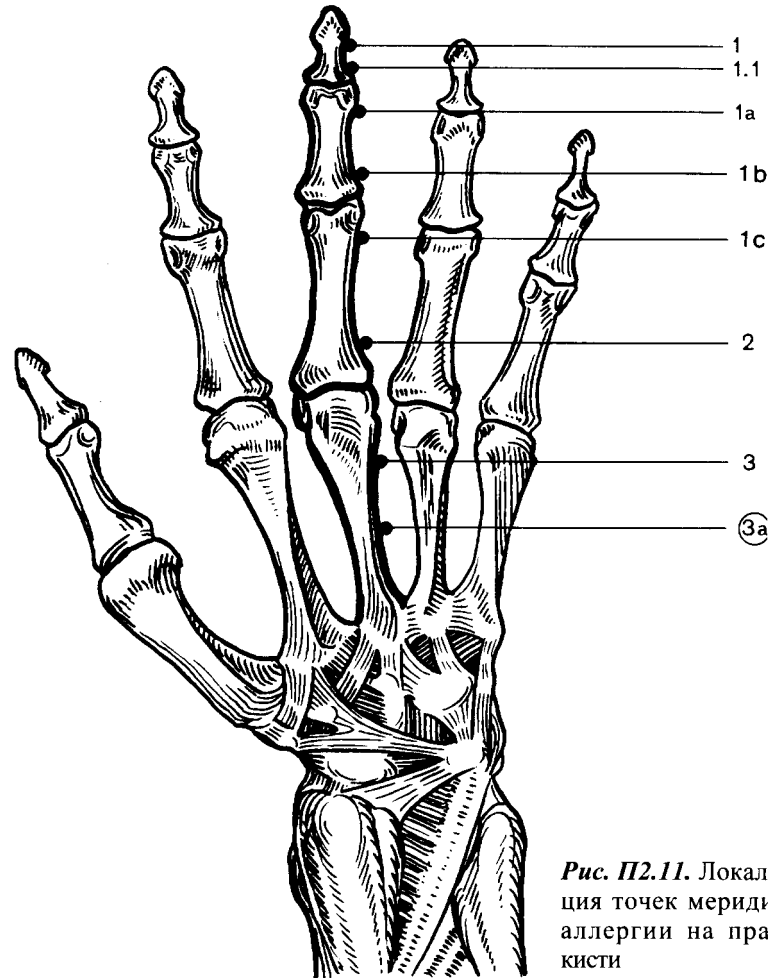


Рис. П2.11. Локализация точек меридиана аллергии на правой кисти

Учитывая информационно-функциональные взаимосвязи вторичного ЭАФ-сосуда аллергии при измерении ЭП данной БАТ, можно получить информацию о соотношении регуляторных влияний нейропептидов, которые индуцируют или блокируют развитие аллергических реакций. Так, например, ВИП, гастрин, субстанция Р, нейротензин, соматостатин, динорфин и бета-эндорфин стимулируют высвобождение различных медиаторов аллергии (серотонин, гистамин, лейкотриены и т.п.), вызывающих как системные, так и локальные аллергические реакции, а тимулин, меланотонин, кортизол, АКТГ и адреналин – блокируют их развитие.

Помимо этого, при измерении ЭП этой БАТ можно установить потенциальный риск развития аллергических реакций на синтетические гормоны и нейропептиды, а также явления резистентности к действию этих препаратов, например, явления инсулинорезистентности или гормональной зависимости (ГК и др.).

Интересные результаты можно получить при тестировании на данной БАТ потенцированных антибиотиков тетрациклиновой группы – Aureomycinum и Terrafungunum, которые оказывают положительный эффект, например, при ожирении, вызванном гиперпродукцией АКТГ.

Наряду с этим, по результатам измерения ЭП этой БАТ можно сделать вывод об эффективности проведения заместительной гормонотерапии. Например, при снижении величин ЭП (ниже 50 усл. ед.) у больных гипотиреозом, получающих тиреоидные препараты, можно сделать вывод об их недостаточной дозировке и т.п.

### 18.2. БАТ тканевых гормональных рецепторов

**Энд 2а ТИ:** тканевые гормональные рецепторы (в целом). По данным Е. Сапиенца соответствует **ТИ** Гипофиз.

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности 4 пястной кости в центре тела кости.

Условно данную БАТ можно считать суммационной (СТИ), где может быть оценена чувствительность тканевых рецепторов к гормонам и нейропептидам, синтезирующимся в гипофизе:

- передняя доля гипофиза: АКТГ, ТТГ, ЛГ, ФСГ, СТГ, пролактин, эндорфины, ХЦК, ВИП;
- промежуточная доля гипофиза: нейротензин, меланостимулирующий гормон, меланостатины, нейропептид Y, пептид дельта-сна, гастрин-тетрапептид, брадикин;
- задняя доля гипофиза: окситоцин, вазопрессин,  $\alpha$ - и  $\beta$ -нео-эндорфины, динорфин, лей- и мет-энкефалины, гастрин.

Топография данной БАТ приведена на рис. П2.12.

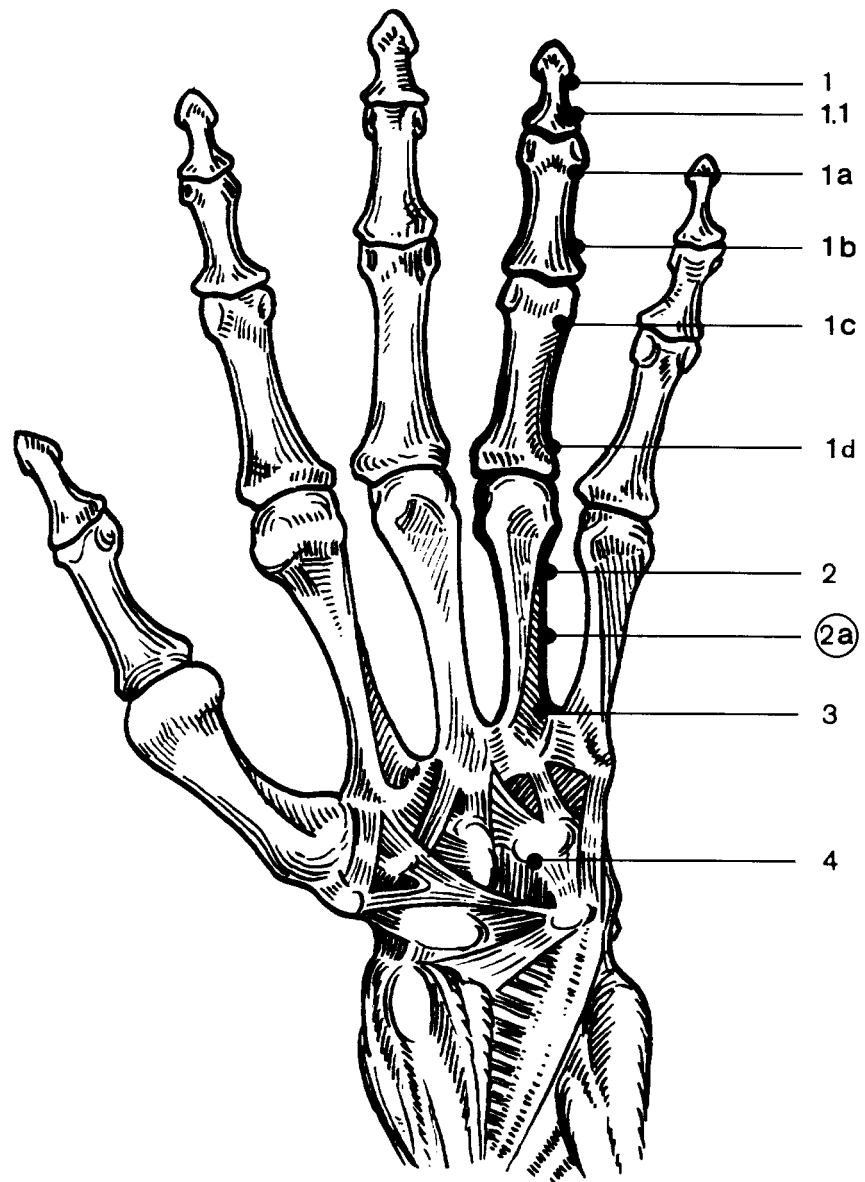


Рис. П2.12. Локализация точек меридиана эндокринной системы на правой кисти

18.3. БАТ гормональных рецепторов кожи и гормонов, синтезируемых кожей

Ко За ТИ: гормональные рецепторы кожи и гормоны, синтезируемые кожей.

ЛТ: на тыльно-медиальной поверхности в центре 3 плюсневой кости.

Топография данной БАТ приведена на рис. П2.13.

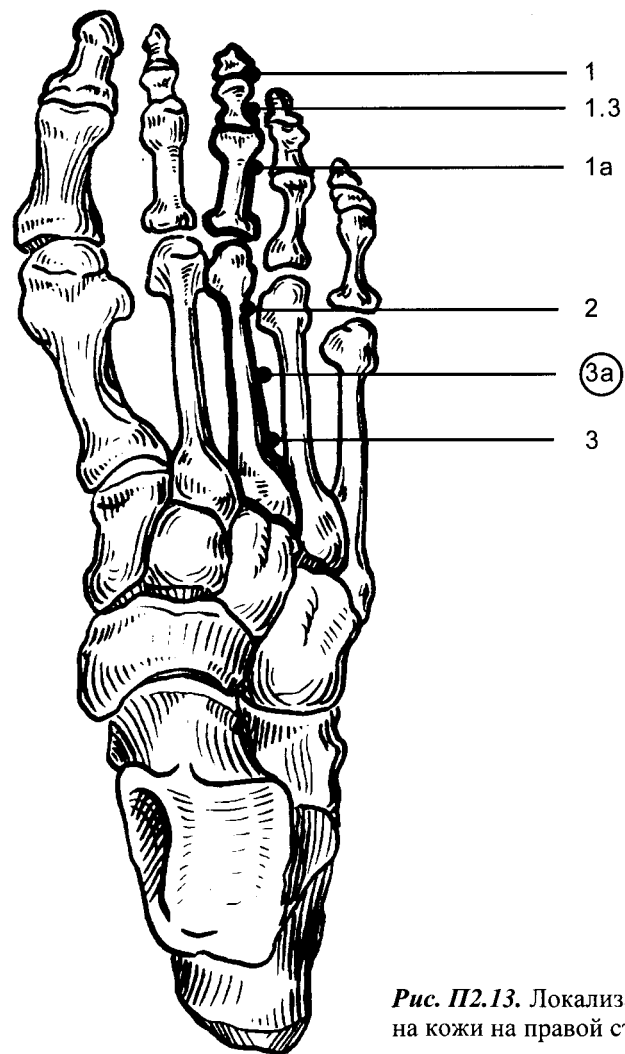


Рис. П2.13. Локализация точек меридиана кожи на правой стопе

Кожа помимо чувствительной (нервной), дыхательной и барьерной, обладает гормонопродуцирующей, витамин-синтезирующей и иммунной функциями.

Из числа нейропептидов и гормонов в коже синтезируются: бета-эндорфин (возможно и другие опиоидные нейропептиды); нейротензин; МСГ; мелатонин; кальцитонин-ген-родственный пептид; субстанция Р; ХЦК; бомбезин; церулеин. Под влиянием паратирин и ультрафиолета в коже синтезируется витамин D. Рецепторы кожи чувствительны к инсулину, под влиянием которого регулируется синтез в эпидермисе уроганиновой кислоты. Снижение содержания в коже уроганиновой кислоты наблюдается при инсулинозависимом сахарном диабете, онкологических и хронических дегенеративных заболеваниях.

Наряду с этим в коже содержится большое количество биологических активных веществ – гистамин, серотонин и др.

Кожа является органом иммуногенеза, где происходит обучение иммунокомпетентных клеток и экспрессия на их поверхности рецепторов. Предполагается, что данный процесс происходит под влиянием ультрафиолетовых лучей и сенсбилизации антиген-представляющих клеток антигенами сапрофитных микроорганизмов кожи.

С изменением чувствительности гормональных рецепторов кожи связано развитие целого ряда дерматологических заболеваний: витилиго; псориаз; меланома; эксфолиативные и аллергические дерматиты и т.п.

Согласно нашим исследованиям измерение ЭП данной БАТ может использоваться в интегральной оценке воздействия на организм в целом лазеров, КВЧ-терапии, индукционной терапии и чрезкожной электростимуляции, которые вызывают существенные изменения в системе ЦНС-гипоталамус-гипофиз-надпочечники-иммунная система.

#### 18.4. БАТ фоторецепторов

**Жп 42а ТИ:** гормональные рецепторы, связанные с восприятием света и темноты и распознаванием цвета (фоторецепторы).

**ЛТ:** на тыльно-медиальной поверхности в центре 4 плюсневой кости.

Топография данной БАТ приведена на рис. П2.13.

Информационно-диагностическое значение данной БАТ можно рассматривать в нескольких аспектах. В первую очередь это касается синтеза и секреции мелатонина, который участвует в регуляции суточных (циркадных) ритмов. Секреция мелатонина

увеличивается в ночное время и снижается днем. Десинхронизация ритма секреции мелатонина, обусловленная социальными (работа в ночное время) или технопатогенными факторами (ЭМП большой напряженности), приводит к расстройствам психонейроиммуноэндокринной системы. Одновременно с этим, измерение ЭП данной БАТ позволяет оценить и эффективность темновой адаптации, в регуляции которой участвуют гормоны промежуточной доли гипофиза – МСГ, МИФ 1 и МИФ 2 (см. выше).

Другой диагностический аспект связан с распознаванием фоторецепторами цветов различных электромагнитных спектров (красный 750–650 нМ; розовый ~ 650–600 нМ; желтый ~ 600–560 нМ; зеленый ~ 560–470 нМ; синий ~ 470–420 нМ; фиолетовый ~ 420–400 нМ; ультрафиолет-А ~ 400–310 нМ; ультрафиолет-В ~ 310–270 нМ; ультрафиолет-С ~ 270–200 нМ). Данный процесс связан с несколькими механизмами, распознаванием цвета и формированием предпочтения к определенному цвету с помощью нейропептида сетчатки – хродіопсина (см. выше) и кожным зрением. В частности доказано, что слепые люди способны подсознательно воспринимать различные цвета. Так например, пребывание слепых детей в комнате, окрашенной в красный цвет, вызывает у них повышение ЧСС и делает их поведение агрессивным, в комнате, окрашенной в голубой цвет – наоборот.

Оба этих механизма имеют электромагнитную природу и связаны с возбуждением фоторецепторов, генерацией в них электрических импульсов определенной частоты и передачей их в зрительную кору головного мозга, где осуществляется анализ цветового электромагнитного спектра. Преобладание определенного цветового спектра или повышенная чувствительность к одному или гамме цветов вызывает изменения психофизиологического состояния человека. Данное явление широко используется в цветовом тесте Люшера и проведении терапии с помощью воздействия на БАЗ или БАТ кожи когерентными и некогерентными источниками света с различной длиной волны (например, «VEGA-LUX»).

На данной БАТ могут тестироваться гомеопатические препараты, электромагнитный спектр которых соответствует длинам электромагнитных волн определенного цвета.

## Приложение 3

### Новые БАТ сосудов головного и спинного мозга

К числу новых БАТ, предназначенных для ЭАФ-диагностики и терапии заболеваний артериальных сосудов, относятся вновь описанные 5 классических БАТ, расположенные по ходу меридиана мочевого пузыря и 1 БАТ, локализованная на сосуде нервной дегенерации [2–13].

По нашим данным, интегральную информацию о состоянии мозгового кровотока можно получить при измерении ЭП БАТ:

**Нд 1d ТИ:** сосуды головного мозга.

**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в центре тела кости.

Локализация данной БАТ приведена на рис. ПЗ.1.

Для определения состояния артериального кровоснабжения спинного мозга нами описаны следующие БАТ:

**Мп 10b СТИ:** радикуло-медуллярные артерии шейного утолщения.

**ЛТ:** на поперечном отростке 6 шейного позвонка, на 1,5 цуня латеральнее задней срединной линии, в ЭАФ соответствует ТИ Средний шейный ганглий.

**Мп 16 ТИ:** верхняя дополнительная радикуло-медуллярная артерия.

**ЛТ:** между поперечными отростками 6-7 грудных позвонков. В классической акупунктуре данная точка соответствует точке согласия заднего срединного меридиана, а в ЭАФ – точке меридиана кровообращения и СТИ Грудная часть симпатикуса.

**Мп 45 ТИ:** большая передняя радикуло-медуллярная артерия Адамкевича.

**ЛТ:** на нижнем крае 12 ребра.

**Мп 26 ТИ:** нижняя дополнительная радикуло-медуллярная артерия Депрож-Готтерона (артерия «длинного пути»).

**ЛТ:** между поперечными отростками 5 поясничного и 1 крестцового позвонков. В классической акупунктуре данная точка соответствует точке тревоги тонкой кишки, а в ЭАФ – точке согласия переднего срединного меридиана.

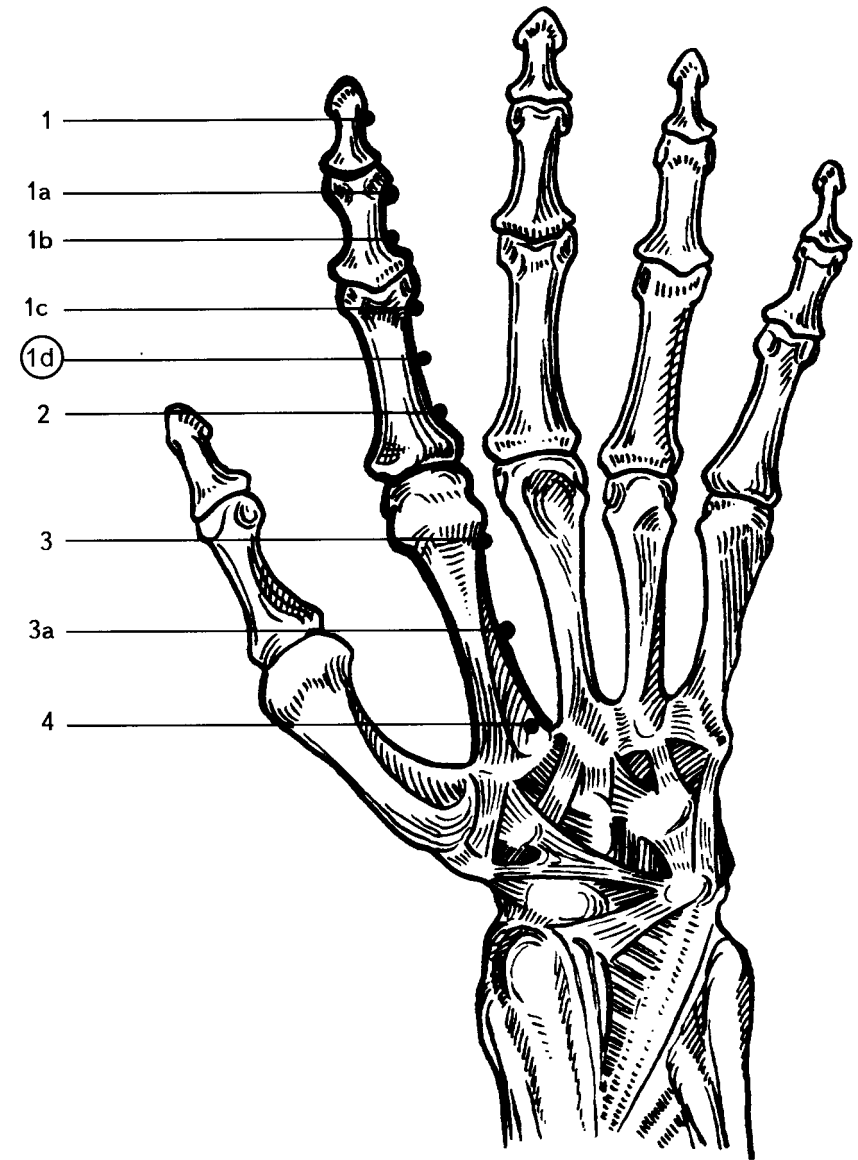


Рис. ПЗ.3. Локализация точек меридиана нервной дегенерации на правой кисти

Локализация данных БАТ приведена в Приложении 1.

Измерение ЭП этих БАТ предназначено для диагностики вертеброгенных компрессионно-васкулярных ишемий спинного мозга. При анализе результатов измерения ЭП БАТ артериальных сосудов спинного мозга необходимо учитывать следующие анатомические сведения [1].

Артериальные сосуды спинного мозга подразделяются на верхний и нижний бассейны.

Верхний сосудистый бассейн спинного мозга имеет два отдела. Первый включает в себя сегменты С1-С4, которые кровоснабжаются из передних спинальных артерий, отходящих от позвоночных артерий, а второй включает в себя территорию от сегмента С5 до Th3 и кровоснабжается радикуло-медуллярными артериями, отходящими от позвоночных и глубоких артерий шеи.

Нижний сосудистый бассейн, включающий в себя сегмент Th 4 и ниже, кровоснабжается большой передней радикуло-медуллярной артерией Адамкевича, проникающей в спинномозговой канал с корешками Th11, Th12 или L1. Данный тип кровоснабжения спинного мозга встречается в 60–75% случаев, чаще наблюдается у относительно низкорослых людей (рост ниже 172–176 см) и описывается как магистральный тип кровоснабжения спинного мозга.

В 25–40% случаев (у лиц ростом выше 172–176 см) сегменты Th4-Th8 кровоснабжаются верхней дополнительной радикуло-медуллярной артерией, входящей в позвоночный канал со спинномозговым корешком Th6, а сегменты спинного мозга ниже Th8 кровоснабжаются нижней дополнительной радикуло-медуллярной артерией Депрож-Готтерона (артерия «длинного пути»), которая входит в спинномозговой канал с корешком L5 (реже – S1). Данный тип кровоснабжения спинного мозга определяется как рассыпчатый.

Все описанные выше радикуло-медуллярные артерии, анастомозируя между собой, образуют переднюю и две нижние спинальные артерии. В свою очередь, передняя и задние спинальные артерии образуют сосудистый венец, от которого идут сосудистые ветви, питающие поверхностные слои белого вещества спинного мозга. Данные ветви образуют «критические зоны», которые наиболее часто поражаются при недостаточности кровоснабжения спинного мозга и обычно расположены на уровне сегментов С4, Th4, L1 и в зоне конуса.

В патогенезе нарушений кровоснабжения спинного мозга особенно важную роль играет уменьшение размеров межпозвоночных отверстий, через которые проходят радикуло-медуллярные артерии.

Сдавлению сосудов способствует нестабильность позвонков

(псевдоспондилолистез), что является следствием расслабления связочного аппарата позвоночника, разрастание костно-хрящевой ткани с образованием остеофитов, артрозов, сужением межпозвоночных отверстий.

Среди основных форм вертеброгенных сосудистых миелоишемий выделяют приведенные ниже поражения.

### **I. Поражение радикуло-медуллярных артерий шейного утолщения**

Заболевание возникает после травм шейного отдела позвоночника и характеризуется развитием сегментарных и проводниковых двигательных и чувствительных нарушений, расстройств функции тазовых органов. Двигательные нарушения могут выражаться в развитии парезов и тетраплегий. Остаточные явления заболевания проявляются в развитии периферического пареза дистальных отделов верхних конечностей и пирамидными знаками в нижних конечностях, напоминающими синдром бокового амиоτροφического склероза.

### **II. Поражение большой передней радикуло-медуллярной артерии Адамкевича**

Сдавнение большой передней радикуло-медуллярной артерии Адамкевича развивается после подъема тяжестей, длительной езды на транспорте и при неловких движениях. Клиническая картина поражения большой передней радикуло-медуллярной артерии Адамкевича характеризуется развитием синдрома «перемежающей хромоты». Во время ходьбы появляются ощущения тяжести и слабости в ногах, парестезий, которые распространяются на промежность, нижнюю часть туловища, императивные позывы к мочеиспусканию.

Все перечисленные выше симптомы исчезают в покое. В отличие от периферической перемежающей хромоты (болезнь Шарко) – при данной форме патологии не отмечается болей и ослабления пульсации периферических сосудов нижних конечностей. Другими клиническими симптомами компрессии данной артерии являются: развитие вялого паралича; снижение всех видов поверхностной чувствительности (реже глубокой); расстройства функции тазовых органов и их сфинктеров центрального или периферического типа. Регрессия симптомов происходит очень медленно.

### **III. Поражение нижней дополнительной радикуло-медуллярной артерии Депрож-Готтерона**

Поражение нижней дополнительной радикуло-медуллярной

артерии Депрож-Готтерона протекает по типу миелогенной (каудогенной) перемежающейся хромоты (синдром Вербиста). Клинические симптомы при поражении этой артерии проявляются в развитии парестезий в нижних конечностях и промежности, болей и параличей отдельных мышц, анестезии в аногенитальной области, грубых тазовых и двигательных расстройств («парализующий ишиас»). При длительном сохранении нарушений кровообращения в бассейне этой артерии возникают явления каудогенной перемежающейся хромоты, наступает паралич мышц голени и ягодицы, гипотония мышц ягодицы, бедра и голени, фасцикулярные подергивания мышц ног, свисание стопы («пяточная стопа»). Характерно развитие пареза в симметричных миотомах L4, L5, S1 и S2, а не односторонних нарушений, как при корешковом варианте парализующего ишиаса.

#### IV. Поражение задних спинальных артерий

Ишемические расстройства в бассейне задних спинальных артерий чаще развиваются в шейном отделе спинного мозга, реже – в грудном и поясничном. Ведущими симптомами поражения этих артерий являются чувствительные расстройства с нарушением всех видов чувствительности (поражения задних рогов спинного мозга). Отмечаются выпадения проприоцептивных рефлексов, возникает сенситивная атаксия из-за нарушения суставно-мышечного чувства и признаки поражения пирамидных трактов.

В зависимости от уровня локализации поражения задних спинальных артерий выделяют следующие компрессионно-сосудистые синдромы:

1) синдром полного поперечного поражения спинного мозга и/или синдром ишемии вентральной части спинного мозга (вялый или смешанный парез верхних конечностей с нижним спастическим парапарезом – нарушения поверхностных видов чувствительности, расстройства функции тазовых органов по типу задержки кала и мочи – синдром Преображенского);

2) ишемический синдром Броун-Секара развивается вследствие ишемии в бассейне одной из задних спинальных артерий, при этом глубокие виды чувствительности, как правило, не страдают;

3) ишемический синдром бокового амиотрофического склероза встречается при хроническом поражении шейных радикуло-медуллярных артерий. Клинически данный синдром проявляется смешанными парезами верхних и нижних конечностей, фасцикулярными подергиваниями мышц и легкими сегментарными нарушениями чувствительности;

4) ишемический переднероговой синдром или полимиелоишемия развивается при поражении ветвей спинальной артерии. Возникает вялый паралич определенных мышечных групп с атонией, атрофией и арефлексией;

5) ишемический синдром псевдосирингомиелии возникает при ишемии центрального серого вещества спинного мозга и характеризуется сегментарными нарушениями чувствительности и вялыми парезами конечностей;

6) заднеканатиковый сосудистый синдром развивается при грубом шейном остеохондрозе с компрессией задних корешковых артерий, что сопровождается поражением пучков Бурдаха и развитием сенситивной атаксии;

7) ишемический синдром Персонедж-Тернера развивается при шейном остеохондрозе. Данный синдром связан с поражением корешково-спинномозговых артерий в области шейного утолщения и ишемией рогов и корешков спинного мозга. Клинически этот синдром проявляется в амиотрофии плечевого пояса, появлении болей в проксимальных отделах верхних конечностей с последующим развитием пареза руки. Иногда ишемический синдром Персонедж-Тернера развивается после введения вакцин и сывороток в подлопаточную область.

#### V. Поражения спинного мозга, обусловленные нарушениями венозного кровообращения

Венозный отток от спинного мозга осуществляется по передней и задней непарным спинномозговым венам, которые имеют извилистый ход и могут раздваиваться. Данные вены образуют перимедуллярную венозную сеть, в которую впадает кровь из интрамедуллярных вен. Из перимедуллярной венозной сети кровь оттекает по передней и задней корешковым венам, которые следуют с соответствующими корешками. Количество корешковых вен варьирует от 6 до 35.

Основной венозный отток от спинного мозга идет по задним корешковым венам, которые в 90% случаев образуют большую корешковую вену. Данная вена с 1 или 2 поясничными корешками слева. В 10% случаев эта вена может входить в спинномозговой канал с корешками грудных или крестцовых сегментов (от Th6 до S3).

Поражения спинного мозга, обусловленные нарушениями венозного кровообращения изучены недостаточно. Считается, что вертеброгенные спинальные расстройства венозного кровообращения развиваются при тех же условиях, что артериальные радикуломиелопатии и миелопатии.



Характерными симптомами вертеброгенной венозной радикуломиелоишемии является расширение подкожных вен в пояснично-крестцовом ромбе, наличие геморроидальных узлов, развитие нарушений глубокой чувствительности и поверхностных видов чувствительности по сегментарному типу, выявляются сенситивная атаксия и пирамидные знаки. Функции тазовых органов страдают незначительно.

**Интегральную оценку состояния венозного кровоснабжения спинного мозга можно получить при измерении точки:**

**Мп 22** **ТИ:** большая корешковая спиномозговая вена.  
**ЛТ:** между поперечными отростками I-II поясничных позвонков – слева. В ЭАФ данная БАТ соответствует **ТИ** Надпочечники и точке согласия эндокринно бй системы (см. Приложение 1).

Помимо перечисленных выше БАТ, для ЭАФ-диагностики вертеброневрологических или вертебровисцеральных нарушений может использоваться измерение ЭП репрезентативных точек вторичного ЭАФ-сосуда нервной дегенерации, имеющих информационно-функциональные взаимосвязи с различными отделами спинного мозга:

**Нд 1** **ТИ:** шейные и грудные спиномозговые сегменты и корешки.  
**ЛТ:** над бугристостью дистальной фаланги 2 пальца кисти на тыльно-локтевой поверхности.

**Нд 1с** **ТИ:** оболочки головного и спинного мозга.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода головки кости в тело.

**Нд 2** **ТИ:** поясничные и крестцовые спиномозговые сегменты и корешки.  
**ЛТ:** на тыльно-локтевой поверхности проксимальной фаланги 2 пальца кисти в месте перехода тела кости в основание.

Локализация БАТ вторичного ЭАФ-сосуда нервной дегенерации подробно приведена в Приложении 1.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В.П. Практическая вертебродология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 372 с.
2. Нечушкин А.И. Электропунктура при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Методические рекомендации МЗ СССР. – М., 1977. – 24 с.
3. Elektropunktur nach Voll: EAV; eine Dartstellung in Bereich/ von Friedrich Bechloff. – Uelzen, MLVS, 1991. – 356 s.
4. Ruf I. Atlas der Elektroakupunktur nach Voll. ML-Verlag, 2., uberarbeitete Auflage 1988. – 218 s.
5. Ruf I. EAV: tradizione e visione. 40 Congresso della Societa' internazionale di EAV, 7-9 Giugno 1996, Fulda. 6. Voll R.: Topographische Lage der Messpunkte der Elektropunktur. Textband, Bildband und Supplementband. I-IV Auflage. – ML-Verlag: Uelzen, 1976–1984.
7. Voll R. Sonderheft, 850 EAV-Messpunkte auf Meridianen und Gefaben einschlieBlich Sekundargefass. MLV mbH-Uelzen, 2 Auflage 1981. – 80 s.
8. Voll R. Summationsmesspunkt fur Organgeneration auf beiden Korperseiten. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 30.
9. Voll R. Messpunkte der EAV fur die synthetische Diagnostik. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 27.
10. Voll R. Systemmesspunkte an der dreigliedrigen Phalangen. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 31
11. Voll R. Kontrollmesspunkte der EAV. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 31–32.
12. Voll R. Neue EAV-Messpunkte auf den Meridianen mit besonderer Berucksichtigung der Lymphgefasspunkte. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 33.
13. Voll R. Hinweispunkte auf dem von der EAV erarbeiteten Lymphgefass. In: 25 Jahre Elektroakupunktur nach Voll (EAV) und Medikamententestung. MLV mbH-Uelzen. – S. 41.