

53.59я2
С-82 - Кос

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ



народной медицины

Д. Н. Стояновский

ТОМ **1**

ВВЕДЕНИЕ

Не следует краснеть,
заимствуя у народа средства,
служащие его излечению.

Гиппократ

Медицина как наука с годами меняется. Вместе с тем, следует отметить, что медицина — это не только наука, но и искусство. Искусство врача меняется соответственно эпохе и развитию общества.

В последние десятилетия происходит переоценка многих способов лечения больных. Все чаще применяются немедикаментозные методы лечения, так как многие синтетические и антибиотические вещества оказывают побочное действие, плохо переносятся больными, вызывают различные варианты лекарственной болезни. Эффективность народных средств лечения при некоторых острых и хронических заболеваниях оживила интерес к игло-, фито-, диетотерапии и другим древним народным методам, к сожалению, полузабытым.

Мы все чаще слышим: «Народное средство, народная медицина, традиционная медицина, нетрадиционная медицина...» А что такое народная медицина? Народная медицина — это традиционная медицина, это знания, которые передавались из поколения в поколение, из уст в уста, по традиции. На одном из совещаний экспертов ВОЗ дано следующее определение: «Народная медицина — это сумма всех знаний и практических методов (как объяснимых, так и необъяснимых), которые применяются для диагностики, предотвращения и ликвидации нарушения физического, психического и социального равновесия и которые опираются исключительно на практический опыт, наблюдения, передаваемые из поколения в поколение как в устной, так и в письменной форме».

Представители народной медицины — лекари, знахари, ведуны — не имели специального образования, а подчас были просто неграмотны. Тем не менее, обладая пронзительным умом, они нередко делали правильные выводы из наблюдений, что позволяло им с определенным успехом использовать некоторые средства растительного и животного происхождения с целебными целями.

Применение природных средств в народной медицине освящено многовековым опытом, сохранившимся в народных традициях. Поэтому народная медицина — это традиционная медицина.

Народную медицину отличают следующие характерные признаки:

1. Средства народной медицины направлены не только на лечение болезни, они оказывают и общеукрепляющее воздействие на организм.

2. Принцип народной медицины — индивидуальное лечение всего организма, при этом воздействуют и на симптомы болезни.

3. Чаще всего с лечебной целью используются природные средства, которые не оказывают неблагоприятного воздействия на организм.

4. Народная медицина лечит главным образом словом, лекарственными растениями, питанием, продуктами живых существ (пчел, пиявок), физическими факторами (водой, воздухом, солнцем и движением).

5. Народная медицина рассматривает человеческий организм как сотворенное природой гармоническое целое. Все его системы взаимосвязаны, и на поражение одной из них реагирует весь организм. Наш организм как неделимое целое находится в состоянии неустойчивого равновесия. На него воздействуют внешние (земные и космические) и внутренние факторы.

Исходя из этого, все обменные процессы в нашем организме и связанные с ними реакции крайне динамичны. Живой организм является открытой системой, которая постоянно отдает энергию во внешний мир и воспринимает ее извне, чтобы преобразовать ее биохимически. Человеческий организм, как и все живое на земле, создается под влиянием электромагнитной энергии планет, особенно Солнца. А. Л. Чижевский (1926) показал, что многочисленные функциональные и органические нарушения в жизнедеятельности и развитии биологических систем — от отдельных организмов до популяций и сообществ — обуславливаются комплексом возмущений во внешней физико-химической среде. Особенно резкие нарушения наблюдаются при изменении нормального течения физических процессов на Солнце.

Энергетическая система человека очень сложна. Нарушения в ее работе приводят к заболеванию. Еще Гиппократ указывал, что «врачует больного его природа, врач должен этой природе прислуживать».

Профессор Н. В. Склифосовский писал, что «природа в неисчерпаемых явлениях жизни показывает нам

идеалы; высшая задача врача — стремиться приблизиться к ним по мере сил».

Основные принципы народной медицины могут быть сформулированы следующим образом:

1. Больных нужно лечить главным образом естественными средствами. Медикаментозное (синтетические препараты) и хирургическое лечение следует применять только в крайних случаях.

2. Во время лечения нужно изменить образ жизни и режим питания больного.

3. Лечение должно быть строго индивидуальным.

4. Лечение должно быть комплексным — нужно воздействовать как на больной орган, так и на весь организм.

5. Лечение не следует форсировать, чтобы предоставить организму возможность самому справиться с болезнью.

6. Необходимо внушить больному веру в выздоровление.

Народные врачеватели Востока, Европы, Азии и Америки использовали такие методы:

1. Иглоукалывание и прижигание. 2. Разнообразные природные процедуры: водные ванны, компрессы, обтирания, массаж; воздушные и солнечные ванны и т. д. 3. Фитотерапия, ароматотерапия. 4. Правильное питание, сыроедение, лечение молоком, голодание и т. д. 5. Внушение.

В последние годы было издано много книг и брошюр о лекарственных растениях, в которых знахарские рецепты переписаны из одних и тех же дореволюционных источников. Однако всеобъемлющего руководства по традиционной медицине, за исключением книги «Народная медицина», изданной в 1992 г., до сего времени нет.

«Энциклопедия народной медицины» состоит из двух томов. В 1-м томе рассмотрены методы лечения, применяемые в народной медицине, и механизмы их воздействия, а также показания и противопоказания к применению этих методов.

Во 2-м томе описано комплексное лечение различных заболеваний, синдромов и симптомов. Последовательность проведения процедур, их количество на курс и число курсов лечения приведены с учетом характера и стадии заболевания, а также индивидуальных особенностей больного.

В «Энциклопедии народной медицины» описаны методы лечения, которые могут быть использованы не только в условиях стационара или поликлиники, но и в домашних условиях.



АКУПУНКТУРА

Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания

Акупунктура (от лат. *acus* — игла и *punctum* — укол), или иглоукальвание, и прижигание (чжэнь-цзю) — метод лечения, существующий в китайской народной медицине более 5000 лет и широко распространенный в восточной медицине. Метод заключается в нанесении специальными стальными иглами уколов различной глубины и прижигании строго определенных зон тела, соответствующих анатомическому расположению нервов и сосудов. Всего, по старым китайским канонам, акупунктурных точек 695. Точки для уколов и прижигания выбирают в зависимости от заболевания. Иглу вкальвают коротким толчком и затем продвигают вращательными движениями на определенную глубину до появления своеобразных ощущений (жжение, распирание, в виде тока). Иглы оставляют на 5 — 30 мин. Иногда иглоукальвание сочетают с прижиганием моксой (специальная сигара с полынной начинкой). Место укола предварительно дезинфицируют.

Иглоукальвание (или акупунктура) является одним из важных и ценных наследий народной медицины. Чжэнь-цзю-терапия имеет длительную историю и сформировалась как метод лечения на протяжении многих столетий. Начало использования иглоукальвания (чжэнь) и прижигания (цзю) теряется в глубокой древности. Точных сведений об этом в книгах не сохранилось. В Китае все сочинения об иглоукальвании перепечатывались с уцелевших старых книг, в которых говорится только то, что метод лечения иглоукальванием был применен при императоре Хуан Ди. Поэтому Китай считает себя родиной иглоукальвания.

В развитии медицины в Китае большую роль играли китайские императоры, очень интересовавшиеся ею. Поэтому большинство классических сочинений по медицине были написаны благодаря их активной поддержке.

По свидетельству некоторых историков, древнейшая медицинская книга «Нэй-цзинь», или «Хуан-Ди-нэй-цзинь-еу-вэй-лин-шу» («Книга о природе и жизни»), была написана в 2637 г. до н. э. по приказу императора Хуан Ди и при содействии его министра доктора Ци Бо и врача Ван Чу-хэ. Другие ученые датируют написание этого труда не позднее III в. до н. э. В нем собраны и систематизированы все рассеянные до той поры медицинские познания. Книга состав-

лена таким образом: император задавал своим докторам вопросы о причинах самых важных и трудных болезней и о способах их лечения и получал ответы, которые были записаны.

«Нэй-цзинь» состоит из двух книг: одна называется «Су-вынь» и содержит ответы на вопросы, другая — «Лин-шу-цзинь». Во 2-й книге исследуется истинный «корень» болезней. В этих книгах имеются следующие медицинские разделы: «Правила гигиены», «Симптоматология болезней», «Правила исследования пульса», «О пяти внутренностях и шести вместилищах человеческого тела», «О двенадцати больших кровеносных сосудах», «Об акупунктуре, моксах», а также рецепты, которые применяются при самых распространенных болезнях. Это кодекс китайской медицины, которому следовали врачи глубокой древности, а также источник составления руководств по китайской медицине.

Приведен любопытный указ императора Хуан Ди, от имени которого написана «Нэй-цзинь»: «Мне прискорбно, что мой народ, отягощенный бременем болезней, рассчитывается с податями и оброками. Моя воля — не назначать ему больше лекарств, лишь отравляющих его, но так же и не пользоваться древними каменными острьями. Мне угодно, чтобы применялись только «таинственные иглы из металла», которыми направляется энергия». Медицинская книга представляет собой описание анатомии и физиологии человеческого тела (хотя оно и примитивное), взаимосвязи организма с окружающей средой. В ней рассмотрены система «жизненных сосудов» (цзи-сюэ), по которым циркулирует кровь с воздухом, и «жизненные точки» (кун-сюэ). Подробно излагается чжэнь-цзю — укалывание и прижигание, описаны 9 видов металлических иглол и 365 точек (мест) укола, детально освещены приемы и техника лечения этим методом.

Русский врач А. А. Татаринов, находясь с XII духовной миссией в Пекине в начале октября 1840 г., усердно занимался китайским языком и китайской медициной. Он перевел на русский язык книгу «Хуан-Ди-нэй-цзинь».

В классическом медицинском труде «Су-вэнь», написанном более чем за 2000 лет до н. э., говорится, что еще в первобытном обществе помимо лекарств применялось лечение прижиганием при помощи высушенных трав и укалыванием каменными иглами. Китайцы называли этот метод лечения «Бень-ши», что в переводе на русский язык означает «колоть камнем».

В период правления династии Хань (206 г. до н. э. — 219 г. н. э.) была написана книга «Шоу-эн-че-дзи» (аналитический словарь характеров). В ней говорится, что «биан» — это использование камня для лечения болезней. В дальнейшем «Бень-ши» были заменены на «иголки» из костей и бамбука. При династии Шан (XVI — XI в. до н. э.) была развита техника литья из бронзы. Тогда применяли иглы из бронзы. Примерно в IV — III в. до н. э. на смену бронзовым иглам пришли металлические, а обычным средством прижигания стала полынь. Народные врачи могли уже оказывать воздействие не только на поверхностные, но и на более глубокие ткани организма человека.

Сохранению древних понятий медицина обязана императору Цинь, царствовавшему в 213 г. до н. э. Он повелел сжечь все сочинения древних

философов и мудрецов (так как считал, что они проповедуют непокорность), кроме медицинских и астрологических книг, которые, по его мнению, были полезны для человека. Сожжение книг исторически доказано. Уцелели сочинение Хуан Ди и книга «Нэй-цзинь». При последней династии Хань (ханькоу) ее перепечатали и издали под названием «Хуань-ди-су-винь».

В 256 г. н. э. (цзинский период) в Китае работал врач Хуанфу Ми (215—282 гг.) по прозвищу господин Сюань Их. Это был образованный человек, который обобщил данные о чжэнь-цзю-терапии и написал специальный трактат «Чжэнь-цзю-цзя-и-цзинь». Тем самым были заложены основы иглоукалывания и прижигания как самостоятельной области медицины.

Начиная с 265 г. н. э. иглоукалывание и мокса развивались очень бурно. Появилась книга, которая была посвящена только этому методу, — «Классическая иглотерапия и мокса». В книге были приведены названия и число точек каждого сосуда, указано их точное местоположение, рассмотрены свойства каждой точки и методы манипуляции. Эта книга содержит больше сведений об иглоукалывании и моксе, чем все предыдущие. Цветные диаграммы и карты сосудов и точек способствовали распространению знаний из этой области народной медицины.

При династии Тан (618—907 гг. н. э.) значительно увеличилось число специалистов, владеющих чжэнь-цзю. Известный в то время врач Сун Цзи-мао выдвинул идею о том, что большие места могут быть подвергнуты укалыванию, так же как и особенные точки.

В VII в. Сун Сы-мяо (581—673 гг.) посвятил 29-й и 30-й тома своего сочинения «Цзянь-цзин-фан» («Тысяча золотых рецептов») методу чжэнь-цзю. В VIII в. Ван Чу опубликовал «Важные тайны иглоукалывания».

Сун Сы-мяо вошел в историю китайской медицины как выдающийся диагност и терапевт. Сохранилось немало легенд о его удивительном искусстве.

В период правления династии Сун в 1026 г. была издана книга «Тун-жень-шу-сюе-чжэнь-цзю-тунци» (иллюстрированное руководство по точкам укалывания). Ее автор — Ван Вай-и. В этой книге он упорядочил топографию точек иглоукалывания. В 1027 г. по его предложению были отлиты две бронзовые фигуры человека, на которые были нанесены точки иглоукалывания. Одна из статуй находится в настоящее время в Эрмитаже в отделе китайского искусства, а другая — в Японии. Отливка этих фигур оказала большое влияние на дальнейшее развитие чжэнь-цзю.

В 1303 г. вышло в свет произведение монгольского специалиста Хутай Биле (чиновника Юаньского императорского двора) под названием «Цзинь-лань-сюнь-цзин» («Драгоценная книга о ходе сосудов и точках»). На основе этой книги специалист по чжэнь-цзю Хуа Шоу написал в 1341 г. книгу «Ши-сы-цзин-фа-хуэй» («Развитие учения о 14 сосудах») и иллюстрировал схемы хода сосудов. Эта книга посвящена главным образом теории сосудов и ее связи с фармакологией.

В период правления династии Мин (1368—1644 гг.) лечение иглоукалыванием и прижиганием применяли очень широко. Придворные врачи были разделены по роду занятий: врачи внутренних болезней, врачи болезней

наружных, врачи детских болезней, врачи глазных болезней, потиратели (массажисты) и др. При дворе состояли также иглоукальватели (чжэнь-цзю-кэ).

В 1443 г. была отлита бронзовая фигура человека. В минский период всего было отлито три бронзовых фантома человека, на которых было указано размещение 657 отверстий для укальвания.

Специальных заведений по обучению врачей иглоукальванию в Китае не было. Обыкновенно врач обучался своему искусству или у отца (врачебное искусство передавалось от отца к сыну), или у учителя, у которого он проживал с малых лет.

В цинский период (1664—1911 гг.) в этой области медицины наступил застой, так как императоры Китая, считали, что на «императорском теле» нельзя делать уколы. Представители знати перестали лечиться у иглоукальвателей. Таким образом, в эпоху маньчжурского господства (1644—1844 гг.) и в период империалистического закабаления Китая метод чжэнь-цзю существовал лишь как народный метод лечения.

После Великой освободительной войны китайского народа чжэнь-цзю вновь получило широкое распространение. В 1955 г. в Пекине был организован Центральный институт китайской народной медицины. При нем был создан отдел чжэнь-цзю-терапии, который возглавила Чжу Лянь — женщина-врач, получившая современное медицинское образование, большой специалист по акупунктуре. Она является автором книги «Руководство по современной чжэнь-цзю-терапии», переведенной на русский язык в 1959 г. Книга, написанная Чжу Лянь, — это оригинальное произведение, в котором нашли отражение и большой личный опыт автора, и некоторые ее взгляды на сущность и механизмы метода иглоукальвания. Автор изложила общие положения о рефлекторном механизме воздействия чжэнь-цзю-терапии. «Руководство по современной чжэнь-цзю-терапии» является как бы мостом между классической китайской народной медициной и современной.

Иглоукальвание и прижигание начало проникать из Китая в соседние страны еще в глубокой древности. «Шелковый путь», проложенный по меньшей мере за 1000 лет до н. э. для торговли шелковыми тканями с другими странами, в том числе европейскими, возможно, способствовал и распространению знаний, накопленных китайской медициной. Так называемый период Дун Чжоу (XI—V в. до н. э.) был благоприятен для обмена опытом и накопления знаний. В это время в Китае развивалась торговля с другими восточными странами. Тогда на востоке Китая для лечения различных заболеваний широко применяли каменные иглы, а на юге — металлические. На западе страны изготавливали различные лекарства, на севере болезни лечили с помощью прижигания (точнее, тепловой терапии, или люксібущи), а в центральных районах для лечения применяли массаж. Предполагают, что в этот период впервые начали применять лечебную гимнастику.

В 219 г. до н. э. император Цинь отправил в Японию посла с наказом раздобыть эликсир бессмертия. Это первый зафиксированный исторический факт установления связей между Китаем и Японией.

В 443 г. император Иккёо пригласил в Японию врачей из Кореи, где под влиянием китайской медицины уже широко применяли иглоукальвание и прижигание. В 552 г. в Японию были завезены первые классические труды

по иглоукаливанию. В 562 г. в этой стране был издан китайский атлас сосудов и точек для иглоукаливания и прижигания. Японский микадо Сунко в 608 г. направил специальных послов для изучения китайской медицины и искусства иглоукаливания.

Китайская народная медицина получила широкое распространение в странах южной части Тихого океана и на арабском Востоке. Авиценна (980—1037 г.) в своих медицинских трудах развил заимствованные у китайцев концепции энергетических сосудов.

Упоминание об иглоукаливании встречается в западных источниках уже в XVI в., а в XVII в. оно было описано двумя хирургами голландской компании в восточной Индии. В 1683 г. голландским врачом Тин-Реином была написана диссертация, посвященная китайскому и японскому методам акупунктуры. В XVIII в. в Европе было издано 6 книг по иглоукаливанию и прижиганию. Согласно некоторым источникам, первым французским автором, описавшим иглоукаливание как метод лечения, был Феликс д'Азьер (1748—1794).

В 1816 г. Л. Берлиоз — отец знаменитого композитора — в «Записках о хронических заболеваниях, кровопусканиях и акупунктуре» сообщил о положительных результатах иглотерапии при многих хронических заболеваниях. Он полагал, что «этот метод действует, по-видимому, тем, что раздражает нервы и возвращает им «принцип», который они утратили вследствие болезни». Скоро у Л. Берлиоза нашлись последователи как во Франции, так и в других странах — Германии, Англии, Италии. Так, в Швеции Г. Ландгрэн в 1829 г. представил в Упсальский университет трактат об иглотерапии на соискание ученой степени доктора медицины. В 1863 г. во Франции П. Дабри написал книгу «Медицина Китая», в которой он описывал пульсовую диагностику при некоторых заболеваниях и приводил схемы сосудов (каналов) и последовательную нумерацию точек на них.

В России в 1828 г. профессор Медико-хирургической академии П. Чаруковский впервые опубликовал сведения об иглоукаливании и прижигании в «Военно-медицинском журнале». Чаруковский использовал этот метод для лечения люмбаго, ишиалгий и мышечного ревматизма. Он писал: «Несколько лет назад начали употреблять укаливание во Франции и Англии, и свидетельства о его действительности, даже в упорных, другим средствам не уступающих случаях, так благоприятны и так многочисленны, что я неизлишним почтито сообщать о сем предмете моим соотечественникам, тем более, что я сам видел явственную от него пользу».

В 1845 г. врач А. А. Татаринов написал книгу «Иглоукаливание и мокса — каковы они в Китае» (сохранилась в рукописи), в которой описаны 12 больших нервов (дзинь), или 12 больших сосудов, и 15 малых сосудов; методы иглоукаливания и прижигания, показания к их применению. А. А. Татариновым были подготовлены рукописи по всем разделам китайской медицины: лекарственной терапии различных заболеваний, пульсовой диагностике, обследованию больных, по судебной медицине и др. За труды по китайской медицине ему была присуждена ученая степень доктора медицины.

Об иглоукалывании и прижигании неоднократно писали П. А. Корниевский (1876), П. Я. Пясецкий (1882), В. В. Корсаков (1901), Э. С. Вязьменский (1948).

С 1954 г. в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова иглоукалывание и прижигание применял автор данной книги (в клиниках нервных и внутренних болезней), а в мае 1957 г. он представил на научную конференцию доклад «Лечение способом наколов и прижиганий эпилепсии, невралгии тройничного нерва, пояснично-крестцового радикулита и бронхиальной астмы».

В 1956 г. чжэнь-цзю-терапию изучали в Китае советские специалисты (В. Г. Вогралик, И. И. Русецкий, Н. Н. Осипова, М. К. Усова, Э. Д. Тыкочинская). В декабре 1958 г. на I Всероссийском съезде терапевтов В. Г. Вогралик сделал доклад о клинико-физиологическом обосновании применения метода чжэнь-цзю-терапии в клинике внутренних болезней.

В 1977 г. в Москве был организован Центральный НИИ рефлексотерапии. В последние десятилетия рефлексотерапия получила широкое распространение в Европе, Азии и Америке.

Теоретические основы традиционной китайской медицины

Древний Китай не избежал периода господства мифологического, социоантропоморфического мировоззрения. Современный ученый Юань Кэ (1965) собрал мифы Древнего Китая. Среди них есть миф об образовании земли и неба и организации мироздания. Мифы складывались под влиянием теософии. Согласно этим мифам, мир возник из первобытного хаоса под действием противоположных упорядочивающих этот хаос космических сил — небесной (Ян) и земной (Инь). Из легких частиц хаоса возникли небо, а из тяжелых — земля.

Учение об Инь — Ян и пяти элементах. Теория Инь — Ян является философской концепцией, которая сформировалась в результате наблюдения и анализа явлений окружающего мира.

В книге «Шу-цзин» («Книга истории»), входящей в древнекитайское «Пятикнижие» («У-цзин») и отредактированной Конфуцием, говорится о пяти началах мира: «Первое начало — вода, второе — огонь, третье — дерево, четвертое — металл и пятое — земля. Постоянная природа воды — быть мокрой и течь вниз; огня — греть и подниматься вверх; дерева — поддаваться сгибанию и выпрямлению; металла — подчиняться внешнему воздействию и изменяться; природа земли проявляется в том, что она принимает посев и дает урожай». В этой же книге упоминаются пять явлений природы — дождь, солнечное сияние, жара, холод и ветер. От их своевременности зависит благосостояние народа. Зима и лето существуют благодаря движению Солнца и Луны: «Движение Луны среди звезд приводит к ветру и дождю, ведь есть звезды, которые любят ветер, и есть звезды, которые любят дождь». Все эти явления природы, как сказано в книге, зависят от поведения правителя, мудрости главы государства и от порядка в стране. Одновременно с этим получили развитие древнейшие представления о двух антагонистических и в то же время сотрудничающих



Рис. 1. 8 триграмм

силах Ян и Инь. Вначале они олицетворяли свет и тьму, освещенную и теневую стороны горы, тепло и холод, упорство и податливость, мужское и женское начала. Затем антагонистические силы представляли в виде энергии «ци» — своего рода первобытной материи: «Шесть состояний «ци» есть Инь, Ян, ветер, дождь, мрак, свет».

Эти представления получили дальнейшее развитие в книге «И-цзин» («Книга перемен»). Ее написание связывают с именем императора Древнего

Китая — Фу Си, жившего, по одним данным, в 2900—2852 гг. до н. э. Он был создателем древнекитайской письменности. Фу Си увидел во сне на спине лошади-дракона, вышедшей из Хуанхэ, рисунок — магическую фигуру, которую он зарисовал. Эта фигура представляла собой 8 триграмм (рис. 1). Они легли в основу книги «И-цзин». Фактически это была первая в истории человечества попытка представить природные явления и человеческие взаимоотношения в двоичной системе — системе Инь и Ян, изображаемых сплошной и прерывистой чертами. Две сплошные (расположенные друг над другом) черты — большой Ян — символизировали Солнце и тепло, две прерывистые черты — большой Инь — Луну и холод, малый Ян (прерывистая черта над сплошной) — дневной свет, малый Инь (сплошная черта над прерывистой) — ночь. Сочетания Инь и Ян по три образуют те самые 8 триграмм, которые якобы Фу Си увидел на спине мифической лошади-дракона. При этом три Ян символизируют небо, а три Инь — землю. Промежуточные 6 триграмм обозначают все, что находится между небом и землей: небесную воду, небесный огонь, гром, ветер, земную воду и горы. Далее составляются комбинации их 6 элементов — гексаграммы. Всего из 64. Если Инь отождествить с нулем, а Янь — с единицей, то, например, «исполнение» изображается шестью нулями, а «творчество» — 111110 (считая снизу вверх).

Китайские врачи полагали, что человеческая жизнь есть результат взаимодействия двух великих начал — Ян — радикальной теплоты, активного принципа или активной жидкости мужского начала и Инь — совершенной влаги, пассивного принципа или пассивной жидкости, женского начала. Лишь при полной их гармонии человек бывает здоров. Эти два принципа символически изображены на особом рисунке (магической фигуре, нарисованной императором Фу Си), называемом «Па-куа» или «Ян и Инь». Как указывалось выше, это комбинация прямых и пунктирных линий по кругу. В центре этих линий изображен круг, в котором заключены две фигуры — одна белая, другая черная, или одна зеленая, другая красная. Весь круг изображает Вселенную, фигуры в виде запятой — Ян и Инь. Посредством прямых (Ян) и пунктирных (Инь) линий можно

получить 64 комбинации, которые и дают ответы на интересующие вопросы.

Эти два принципа действуют в человеческом организме благодаря 12 главным органам: сердцу, печени, легким, селезенке, почкам, мозгу, желудку, желчному и мочевому пузырям. Каждый из этих 12 органов имеет сосуд (кинг), посредством которого он соединяется с другими. Некоторые из них заканчиваются на руках, другие — на ногах. Сосуды играют большую роль, так как по ним циркулируют соки организма, через них происходит очищение тела при лечении акупунктурой. Шесть из этих сосудов переносят активный принцип (Ян), шесть других — пассивный (Инь). Принципы Ян и Инь распространяются по всему организму при помощи паров и крови. Ян имеет очень нежную натуру. Он пребывает в животе и некоторых внутренностях, имеет стремление подниматься. Инь находится в мозге, позвоночнике и внутренних органах, «имеет стремление опускаться». Шесть внутренних органов относят к Ян (активных): желчный пузырь, желудок, тонкая и толстая кишки, мочевой пузырь и левая почка. Кроме того, Ян находится «в трех очагах тепла (трех обогревателях), которые расположены ниже грудной преграды». Пассивный принцип Инь представлен в сердце, печени, легком, селезенке, правой почке.

Итак, от равновесия принципов Инь и Ян зависит здоровье человека. Если преобладает принцип Ян, то наблюдается возбуждение, а если Инь — угнетение.

Пар, или жизненный дух, находящийся в человеческом теле, зависит от активного принципа (Ян), кровь — от пассивного (Инь). Пары волнуют, направляют кровь, «как ветер заставляет волноваться море». Эти два элемента циркулируют в трубках и, ударяя в стенки, заставляют их пульсировать. Пульс видоизменяется в зависимости от того, находятся ли в равновесии в том или ином органе активный и пассивный принципы.

Человеческий организм, по убеждению китайских врачей и ученых, состоит из пяти элементов — огня, воды, земли, минералов и растительного начала и стольких же газообразных веществ, каковы, например, воздух, сырость, холод. Все они при нормальных условиях находятся в равновесии и соединении с внутренними органами человеческого тела. Как эти элементы природы, так и человеческий организм, из них составленный, зависят от влияния планет, широты местности, времени года и т. п. Плохое влияние оказывают дурные испарения и злые духи, проникающие в тело человека. Каждая болезнь имеет, по понятиям древних китайцев, соответствующего злого духа. Иногда злого духа удается выпустить, проколов сосуд. Однако большинство болезней, которые вызваны злым духом, должен лечить не обыкновенный врач, а духовный жрец, даос или лама.

В последние десятилетия в руководствах по рефлексотерапии некоторые ученые как за рубежом, так и в нашей стране подводят под древнекитайские мифы сложную изощренную символику и предфилософию конфуцианской философской школы, современные физиологические понятия и законы диалектического материализма.

Так, считают, что человек построен из тех же «пяти элементов». Энергия «чи» («ки» — по-японски, «прана» — по-индусски) — это инте-

гральная функция всей деятельности организма, его энергии, тонус. Брахман (1959) пишет, что «энергия стоит за пределами материи и доступна лишь теологическому анализу».

Эти суждения догматичны, они опираются на теософию. Оккультная философия учит, что прана — это мировая энергия. Жизненная сила присутствует во всех формах жизни; жизнь присутствует во всех вещах — в каждом атоме. Кажущееся отсутствие жизни есть лишь слабое ее проявление, прана есть везде и во всем. Прана хотя и находится во всех формах материи, однако же она не материя, а лишь энергия или сила, которая оживляет материю. Под праной подразумевают «вездесущий жизненный дух».

Традиционная китайская медицина основана на натурфилософии Древнего Китая, особенно древние связи имеются с таоизмом. Согласно этой философии, Вселенная в первоначальном состоянии была неделимым целым. Затем она распалась на противоположные энергии Инь и Ян. Вследствие полярности этих сил появляется текущая (струящаяся) энергия «ки» и образуется порядок. Порядок связан с движением и превращением. Некоторые современные ученые считают, что учение о «полярности сил» подобно закону единства и борьбы противоположностей.

Точную и краткую формулировку основного закона (Инь и Ян) и 12 аксиом (изложений) приписывают легендарному императору Фу Си. Основной закон Фу Си гласит следующее. Вселенная представляет взаимодействие двух сил Ян и Инь и 12 аксиом.

1-я аксиома. То, что создает и составляет Вселенную, — это Тао, внутренняя природа (может также переводиться как нуль, ничто или всемирный эфир).

2-я аксиома. Внутренняя природа (нуль) поляризуется: один полюс заряжается Ян, а другой — Инь.

3-я аксиома. Ян и Инь являются противоположностями.

4-я аксиома. Существа и явления во Вселенной заряжены Ян и Инь в разных соотношениях.

5-я аксиома. Существа и явления находятся в динамическом равновесии, ничто в мире не стабильно либо, конечно, все находится в исчезающем движении, так как поляризация не имеет начала и конца.

6-я аксиома. Ян и Инь притягивают друг друга.

7-я аксиома. Ничто не является полностью Ян или полностью Инь.

8-я аксиома. Ничто не нейтрально. Поляризация является бесконечной и универсальной.

9-я аксиома. Сила притяжения между двумя существами является функцией различия между их зарядами противоположных сил.

10-я аксиома. Одинаковые силы отталкиваются друг от друга. Отталкивание между двумя существами одинаковой полярности будет тем больше, чем ближе их сходство.

11-я аксиома. Инь создает Ян, Ян создает Инь.

12-я аксиома. Все существа имеют заряд. Ян — внутренне, Инь — внешне.

Попытаемся объяснить более подробно формулировку Фу Си о взаимодействии двух сил Вселенной. Почему в законе говорится: «Что составляет

Вселенную», а не «Кто ее создал?» Тысячи лет тому назад на Востоке появились саги о создателе как о математической абстракции, а не человеке.

Китайская «история сотворения» описана в книге «Тао-тэнь-чжень» (глава XLII): «Тао породил одного. Один родил две вещи и так до 10 000. Эти 10 000 созданий не могут повернуть своих спин к тени, чтобы солнце не светило на их лица, а от этого сияния зависит их гармония». Это можно изложить другими словами: Тао, ничто (абсолютный нуль), получил ничто во время первичного акта самосознания и таким образом поляризовал себя на Ян и Инь.

Это высказывание подразумевает возможность отрицания. Таким образом китайские ученые хотят показать парадоксальную ситуацию положительного и отрицательного (плюс и минус), встречающихся вместе, хотя плюс появляется первым. Они полагают, что можно думать об этом первичном акте самосознания (нуль становится чем-то) как о «фокусировании», «организации», создании ограничения, конденсации до точки и т. д.

Движение в одном направлении подразумевает движение в противоположном направлении. Приводится пример наполнения мешка рисом. Наполненный мешок имеет фактическую полноту (риса) и потенциальную пустоту. Всякая организация может быть дезорганизована. Всякая фокусировка в центре может рассеяться по краям. Все «живое» подразумевает «мертвое». Все родившееся подразумевает смерть. Ян и Инь (плюс и минус) представляют целое в том смысле, что одно не может существовать без другого. В то же время плюс и минус можно рассматривать как противоположности. Ян и Инь — космические силы. Две силы, действующие в космосе, были названы Ян и Инь. Они являются источником того, чтобы стать чем-то (Ян) и вернуться в ничто (Инь).

Из первичного акта поляризации появляется первичная материя. Из первичной материи возникают все вещи. В данном контексте «10 тысяч вещей» просто означает «все».

Из первичной материи в результате конденсации (или отделения) образуются земная материя и первичные элементы. Из этих первичных элементов произошли отдельные предметы и явления.

Эта общая биполярная энергия является материей, из которой все сотворено. В зависимости от качества, свойства «держаться вместе» она может быть твердой, жидкой, газообразной, радиационной и т. д. Две силы должны существовать и динамично уравновешивать друг друга.

Основной закон взаимодействия двух сил Ян и Инь подобен закону диалектики о единстве и борьбе противоположностей.

В основе диалектической философии Древнего Востока лежит бинарная классификация, а сама она явно дуалистична (двойственна). Инь и Ян — два начала, порождающие «дао». Как было сказано выше, «дао» — это «мать всех вещей». «Дао» — это первооснова и завершение всего существующего и происходящего в мире.

Если в первом случае в биполярности проявляется дуализм, то во втором — «дао» обожествляется, рождает два первоначала (Ян и Инь), «Дао повсюду действует и не имеет преград», «никто в мире не может подчинить его себе». Это противоречит диалектическому закону единства и борьбы противоположностей, ибо он выражает объективный процесс

развития, внутренние противоречия, присущие предметам и явлениям материального мира.

Философия Древнего Востока с общим законом взаимодействующих двух сил более соответствует практической диалектике, так как в ее основе лежит бинарная классификация. По сути она монистична, ибо Инь и Ян не только противоборствующие, но и взаимодополняющие силы. Эта философия проста — ведь нужно усвоить всего два понятия: Инь и Янь. Они применимы во всех случаях жизни. Все явления материального мира можно отнести к Инь или Ян, например: ум и глупость, симпатия и антипатия, влечение и отвращение, добро и зло, тепло и холод. Все эти состояния противоположны, антагонистичны и противоречивы.

Восточная медицина по существу является лишь приложением философии Инь и Ян, которая объясняет любое явление.

Таким образом, всеобщий закон, управляющий всеми явлениями, поляризуемый монизмом Инь и Ян,— это компас, правило, применимое к любой науке и методу, к любому искусству. Философия (практическая диалектика) и медицина Востока необычайно просты и практичны.

Цель макробиотической медицины Востока — установление равновесия в организме между двумя противоборствующими силами — Инь и Ян.

Указанный единый принцип, управляющий всеми явлениями, противоречит диалектическому материализму. Жизнь и смерть, здоровье и болезнь представляют собой диалектическое единство. В этом, в частности, проявляются законы диалектики. В каждом проявлении болезни можно видеть диалектическое единство и борьбу двух противоположных процессов: например, нарушение нормальной структуры и функции (кровоизлияние в мозг) и защиту, компенсацию (воспалительная реакция и разлитое торможение и т. п.).

Болезнь можно характеризовать как наличие качественных и количественных сдвигов (той или иной интенсивности) в жизнедеятельности организма в целом или его отдельных систем и органов. Болезнь представляет собой новое качественное состояние органа, системы, организма, в котором проявляется внутренняя «борьба» за восстановление гомеостаза. В ходе этой «борьбы» и через «борьбу» организм постепенно приспосабливается к новым условиям существования или погибает. Согласно закону Инь — Ян, болезнь — это нарушение равновесия, относительного физиологического баланса. Инь и Ян взаимозависимы и тесно связаны. Инь не может существовать изолированно от Ян и наоборот. В 5-й главе «Су-вэнь» сказано: «Инь находится внутри и охраняет Ян, а Ян стоит снаружи и защищает Инь».

Инь и Ян находятся не в фиксированном состоянии, а постоянно поддерживают друг друга. Если такие взаимоотношения нарушатся, то изменится баланс Инь и Ян и возникнет болезнь.

Жизнь представляет собой единство противоположностей — ассимиляция и диссимиляция, наследственность и изменчивость и т. д.

Внутренняя трансформирующая взаимосвязь проявляется в том, что при определенных состояниях Ян может переходить в Инь, и наоборот. В 5-й главе «Су-вэнь» сказано: «Сильный Ян будет обязательно образовывать Инь, а сильный Инь всегда приводит к образованию Ян... Сильный

холод порождает жару, а сильный жар порождает холод. Так, при остром лихорадочном состоянии сильный жар (Ян) исходит защитные силы организма, а после высокой лихорадки могут появиться такие признаки «сильного внутреннего холода», как внезапное снижение температуры тела, бледность, похолодание конечностей (Инь). Если своевременно применить надлежащее лечение, то энергия Ян будет сохранена и состояние больного станет постепенно улучшаться, конечности потеплеют, нормализуется температура тела. Первое является трансформацией Ян в Инь, а второе — Инь в Ян.

Противоположности, находясь в сфере единого целого, взаимодействуют, взаимопроникают и взаимоисключают друг друга.

Мы проиллюстрировали единство противоположностей. Но есть другая сторона этого закона, и притом важнейшая — борьба противоположностей, которая не отражена в законе Инь — Ян. Противоположности борются между собой, причем борьба противоположных сторон и тенденций в предметах и явлениях служит средством разрешения противоречий между ними, источником их развития, качественного изменения.

Единство и борьба противоположностей в предметах и явлениях неразрывны.

По закону Инь — Ян болезнь — это нарушение равновесия двух сил (Инь-чи и Ян-чи), следовательно, у здорового человека должно быть полное равновесие Инь и Ян. Они как бы в полном согласии, что предполагает их единство. Однако такое единство существует лишь при определенных условиях, а именно тогда, когда организм человека находится в состоянии относительного равновесия, покоя. Но и в этом случае единство противоположных сторон человеческого организма не может быть абсолютным, так как внутри этого единства протекает борьба, которая постоянно нарушает данное единство и приводит в конце концов к новому единству противоположностей.

По закону диалектики относительность единства противоположностей есть выражение того, что постоянство предметов временно, что каждый из них имеет свое начало и свой конец. Абсолютность борьбы противоположностей выражается в том, что она никогда не прекращается, что движение есть непрерывный процесс, а не равновесие двух сил (Инь и Ян). Движение разрушает постоянство в предметах и явлениях, подготавливает их качественное изменение. Соединение этих двух сторон — относительности единства противоположностей и абсолютности борьбы между ними — и образует сложное диалектическое противоречие развития всех предметов и явлений материального мира.

Борьба противоположностей присуща всем явлениям.

Она лежит и в основе деятельности коры большого мозга, проявляясь во взаимодействии таких двух противоположных процессов, как возбуждение и торможение. «Торможение, — писал И. П. Павлов, — в некотором роде является как бы изнанкой раздражения» (И. П. Павлов. Полн. собр. соч., т. III, кн. 1, с. 234—235).

При определенных условиях противоположности могут меняться местами, превращаться друг в друга, что не отражено в законе Инь — Ян. Положительное может стать отрицательным, отрицательное — положи-

тельным, новое может превратиться в старое, прогрессивное — в консервативное или даже реакционное и т. д.

Применение закона Инь—Ян в медицине Востока. Восточная медицина считает, что организм человека представляет собой единое целое. Рассмотрим, как соотносятся Инь и Ян со структурой и функциями организма, патологическими изменениями в нем, а также рассмотрим Инь и Ян как метод диагностики и лечения.

1. Инь — Ян и структура организма. 12-я аксиома гласит: все существа имеют заряд. В 4-й аксиоме сказано, что внутренняя природа поляризуется: один полюс заряжается положительно (Ян), а другой — отрицательно (Инь). По частям тела поляризация следующая: верх — Ян, низ — Инь; наружная сторона — Ян, внутренняя — Инь; правая сторона — Инь, левая — Ян; спина — Ян, грудь и живот — Инь.

2. Инь — Ян и функции организма. По функциональной активности «плотные органы» (сердце, печень, селезенка, почки, легкие) относят к Инь, а «полые» органы (желчный пузырь, кишки, желудок, мочевой пузырь) — к Ян. Функциональную активность относят к Ян, а питательные вещества — к Инь. Они не могут существовать друг без друга, питают и поддерживают друг друга.

3. Инь — Ян и патологические изменения в организме. Возникновение заболевания является результатом потери относительного равновесия Инь — Ян, их избытком или недостаточностью.

Следует сразу пояснить два термина — «орган» и «патогенный фактор». Под термином «орган» в традиционной китайской медицине понимают структурно-функциональные единицы — системы, объединенные не столько по анатомическому принципу, сколько по общности функциональной деятельности, то есть по принципу функциональных систем. Так, например, «орган» легкие выполняет не только функцию дыхания, но и «управляет» кожей, волосами. Сердце не только управляет кровью и сосудами, но и контролирует эмоции человека и т. д.

Под термином «патогенный фактор» понимают природные влияния на организм: ветер относят к патогенному фактору Ян, холод — к Инь, жар и легкий зной — к Ян.

Таким образом, воздействие патогенного фактора Инь приводит к преобладанию Инь и повреждению Ян, что проявляется синдромом «холода типа избытка» (абсолютный избыток Инь и недостаток Ян). Воздействие же патогенного фактора вызывает преобладание Ян и повреждение Инь, что проявляется синдромом «жара типа избытка» (абсолютный избыток Ян и недостаток Инь). При каком-либо истощении Ян возникает относительное преобладание Инь, что проявляется синдромом «холода типа недостатка», а при истощении или повреждении Инь наблюдается относительное преобладание Ян, что сопровождается синдромом «жара типа недостатка».

4. Инь—Ян как метод диагностики и лечения заболевания. Главной причиной заболевания является дисбаланс между Инь и Ян. Иглоукалывание восстанавливает баланс между Инь и Ян. Вышеизложенное трудно интерпретировать с научных позиций западной медицины, особенно если в организме произошли не только функциональные, но и органические изменения.

Точки акупунктуры

Метод иглоукалывания и прижигания (иглорефлексотерапия) отличается от методов лечения наружными раздражающими средствами и физиотерапии тем, что раздражение наносят на предельно малую зону чувствительных нервных окончаний, заложенных в коже, мышцах, сухожилиях, околососудистых сплетениях, оболочках нервов, надкостнице. При этом развиваются сложные рефлекторные реакции, которые изменяют функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной системы, а также оказывают выраженное влияние на тканевую трофику.

Авторы некоторых руководств по рефлексотерапии утверждают, что точки акупунктуры находятся на коже. Их исследования уводят от истины, так как они не раскрывают механизм физиологического действия рефлексотерапии. Издавна иглоукалывание и прижигание производили в определенное место (зону), а не в точку на коже. Об этом свидетельствуют древние литературные источники, а также современные исследования («Анатомический атлас китайских акупунктурных точек», 1990). Народные врачи Китая определяли место для укалывания указательным или средним пальцем по анатомическим признакам (складки, ямки, бугорки). Они никогда не стремились (да это и невозможно) в следующий сеанс попасть иглой в ту же самую точку.

Первые анатомические вскрытия в целях изучения зон иглоукалывания были проведены в Китае в 1102—1106 гг., однако никаких отличий от окружающих тканей выявлено не было.

За последние 20 лет древний метод акупунктуры постепенно становится на современную физиологическую основу. Подтверждением того, что в акупунктурную зону входят не только кожа, но и нижележащие ткани, является следующий факт. Человеку с ожогом III степени в области точек хэ-гу, ян-си, вай-гуань сделали пересадку кожи с бедра. На коже этого участка тела находятся соответственно точки фэн-ши, чжун-ду, фу-ту. После приживления трансплантата при иглоукалывании получен эффект реакции точек хэ-гу, ян-си, вай-гуань.

Гистологические и морфологические исследования отечественных и зарубежных авторов показали, что зоны акупунктуры (условно называемые точками акупунктуры) располагаются в коже с ее чувствительными структурными элементами; вдоль крупных нервных стволов; в местах максимального приближения нервных стволов и их ветвей к поверхности тела; над бифуркацией крупных нервных стволов, несущих большое количество вегетативных волокон; в месте нервно-мышечных соединений; в местах выхода нервов из костных отверстий (особенно на черепе); вдоль швов черепа; в месте пересечения кожными нервами глубокой фасции; над чувствительными местами сухожильных связок. Расположение зон акупунктуры нередко совпадает с моторными точками, электрическое раздражение которых вызывает мышечное сокращение.

Таким образом, акупунктурная зона представляет собой анатомо-морфологический субстрат, который включает находящиеся в коже окончания

нервных волокон, преобразующих воспринимаемые извне (экстерорецепторы) или из внутренней среды организма (интерорецепторы) раздражения и нервное возбуждение, импульсы, передаваемые в ЦНС.

Сосуды (меридианы)

В современных руководствах и других источниках литературы по иглоукалыванию линии, объединяющие акупунктурные точки, истолковываются по-разному. При этом не учитываются описания врачей Древнего Китая. Одни авторы считают, что от каждого внутреннего органа на поверхность кожи выходит отдельный канал с «точками жизни». Soulie de Morant на основании своей фантастической теории о циклометрическом строении человеческого тела ввел термин «меридианы». Он получил широкое распространение в западной литературе. Некоторые исследователи вообще отрицают существование такой морфофункциональной системы, считают ее вымыслом.

Японский физиолог Ишигава отождествляет меридианы с анатомическими образованиями, указывая на близость их хода к сосудисто-нервным стволам и местам расположения нервных окончаний.

Древние источники свидетельствуют о правильном понимании функции кровообращения (труды ученых Древнего Китая III в. до н. э.)

Дневнегреческий врач Эрасистрат (III в. до н. э.) обнаружил застывание артерий после смерти и ошибочно предположил, что они несут тканям воздух. Это направление развил римский врач и ученый, основоположник экспериментальной медицины К. Гален (II в. до н. э.).

Гарвей считал, что кровь, поступающая в правый желудочек, смешивается с воздухом и, обогащенная «жизненными духами», попадает во все части тела, в том числе в мозг. В мозге кровь превращается в «животные духи», необходимые для движения каждой части тела. Это представление о кровообращении стало традиционной догмой, просуществовавшей около 1500 лет.

В период правления последней династии Хань из «Нэй-цзинь» были перепечатаны материалы об анатомическом строении тела человека. Они вышли под названием «Хуань-ди-су-винь». В этой книге были описаны внутренние органы, нервы и особенно подробно кровеносные сосуды. Под кожей, под мышцами проходят кровеносные сосуды — «дудочки, проводящие кровь со спутником ее, воздухом». Сосуды еще не распределялись на вены и артерии. Их разделяли на большие и малые, от тех и других шли ветви, соединяющие один сосуд с другим, и т. д. О сердце было написано следующее: «Сердце начинается только внутренностью, приготавливающей кровь, источник же ее есть середина тела».

Далее в книге приведено описание главных сосудов. На каждой стороне тела их 12, из них 6 идут на руке и 6 на ноге, 3 сосуда из каждых 6 берут начало снизу и идут вверх, а 3, наоборот, начинаются сверху и спускаются к низу. Каждый из 12 больших сосудов имел свое название. Все сосуды, идущие к пальцам кисти, относили к Ян, а отходящие от пальцев кисти — Инь. Сосуды, идущие к пальцам стоп, относили к Ян, вверх — к Инь.

Древние врачи Китая считали, что головной и спинной мозг начинается вместе с костным. Началом нерва, по их мнению, был какой-нибудь палец конечности. Далее нерв шел по ходу главного сосуда. Число нервов соответствовало числу главных сосудов — 12. Каждому главному сосуду соответствовал орган, например, ручному сосуду шоу-тай-инь — легкие, ножному сосуду цзу-цзё-инь — печень, ручному сосуду шао-инь — сердце. По книге «Хуань-ди-су-винь» сердечная оболочка (в настоящее время — перикард) является одним из шести «перепончатых внутренностей». Она обволакивает сердце, но «отправление ее состоит в помощи почек и печени, а не сердца».

Некоторые врачи в число шести «перепончатых внутренностей» включали сань-цзяо (три цзяо), не указывая, что это за внутренность, просто ли это полость (верхняя, средняя или нижняя) или что-нибудь другое. Речь идет о меридиане трех обогревателей. Важно отметить, что в одних источниках сань-цзяо представлена тремя полостями: грудной, брюшной и тазовой, а иногда главными ветвями нисходящей аорты. В других источниках третьей полостью называют матку. Вместе с тем указывают, что сань-цзяо «служит для проведения соков, пришедших из пищи и питья».

В «Хуань-ди-су-винь» о кровообращении говорится следующее: «Кровь и воздух, способствующий движению крови, вырабатываются в тонких кишках из пищи и питья. Грубый воздух остается в кишках, а тончайший вместе с тончайшим питательным соком идет к легким и в сердце. Из сердца кровь и воздух поступают в ручной сосуд тай-инь, затем — в ручной сосуд ян-минь и т. д. Обойдя все главные кровеносные сосуды, кровь поступает опять в сердце, совершая таким образом круговое движение. Этим движением управляет воздух, окружающий кровь внутри сосудов. При нарушении согласия воздуха с кровью происходят болезненные явления во внутренностях или застои крови или воздуха».

Все 12 главных сосудов пульсируют в определенных местах: ручной тай-янь — в чжун-фу (около наружного конца ключицы) и в инь-минь (акромиальный отросток лопатки), цзя-бо пульсирует в середине плеча, тянь-фу — у нижнего его края, ян-минь — в хэ-гу (соединение большого пальца с указательным), ян-си — в конце лучевой кисти с наружной стороны ее мышелка, тай-ян — в тянь-чуань (позади грудиноключично-сосцевидной мышцы) и т. д.

На главных сосудах располагаются зоны акупунктуры и прижигания. Так, ручной тай-инь на правой и левой стороне имеет 22 зоны, ручной ян-минь (сосуд толстой кишки) — 40, ножной ян-минь (сосуд желудка) — 90 зон и т. д.

Таким образом, в тот период, когда вышла «Хуань-ди-су-винь», у врачей не было четкого представления о строении и физиологии человеческого организма.

Вместе с тем, древние источники подтверждают наши доказательства того, что акупунктурные зоны располагаются в основном по ходу главных кровеносных сосудов и нервов, а не на мнимых каналах, меридианах или линиях, объединяющих точки акупунктуры на голове, туловище и конечностях.

Следовательно, понятие о «меридианах» как о топографической системе, объединяющей зоны акупунктуры в определенные группы, является условным. Зоны акупунктуры расположены по ходу кровеносных сосудов и нервов, а связь между отдельными зонами объясняется анатомо-физиологическими особенностями нервной системы.

Жизненная энергия «чи»

Китайская традиционная медицина считает, что крупные сосуды и их ветви — это реки и ручьи, по которым в человеческом теле циркулирует «кровь» и «чи», или «ки» (жизненная энергия). Они образуют сеть, соединяющую внешние и внутренние участки тела, регулируют функции всего организма.

Древние врачи Китая, как и Гарвей, полагали, что кровь образуется из «пищи и питья», а воздух через легкие поступает в сердце. Там он смешивается с кровью, обогащается «жизненными духами» и по кровеносным сосудам разносится по всему телу, а в мозге кровь с «жизненными духами» превращается в «животные духи», т. е. в «жизненную энергию». Таким образом, сложилось представление о циркуляции в человеческом организме крови и жизненной энергии «чи».

Представления древних врачей, формировавшиеся в течение тысячелетий под влиянием мифологии и религиозной философии, нуждаются в адаптации к современным медицинским понятиям. Еще важнее дать строгое физиологическое обоснование механизма действия всех видов рефлексотерапии.

Всем известно, что кровь образуется органами кроветворения. К ним относят вилочковую железу, костный мозг, лимфатические узлы, селезенку. В регуляции деятельности кроветворных органов большую роль играют нервные и гуморальные факторы. Кровообращение — непрерывное движение крови по замкнутой системе полостей и кровеносных сосудов, обеспечивающее функционирование организма. С помощью кровообращения осуществляются доставка к тканям кислорода, питательных веществ, воды, соли и выведение из тканей углекислоты, конечных продуктов обмена веществ. Кровообращение обеспечивает перенос гормонов и других биологически активных веществ от одних органов к другим. Таким образом осуществляется функционирование организма как целостной системы.

Источником энергии, необходимой для обеспечения продвижения крови по сосудистой системе, является работа сердца. Сокращение миокарда сообщает крови энергию, расходуемую на преодоление сопротивляемости стенок сосудов. Часть энергии, сообщаемой крови, аккумулируется в упругих стенках крупных артерий вследствие их растяжения. Во время диастолы стенки артерий сокращаются, и аккумулированная в них энергия превращается в конце концов в кинетическую энергию движущейся крови. Следовательно, не воздух, который течет вместе с кровью, представляет собой энергию «чи», а кровь, обогащенная кислородом, движется по сосудам человеческого организма и несет к каждому органу, к каждой клетке питательные вещества — потенциальную энергию.

Несмотря на то что ученые древности еще не знали о существовании большого и малого круга кровообращения, они разделили кровообращение по главным сосудам на правую и левую стороны (12 главных сосудов с одной стороны и 12 — с другой).

В древних медицинских источниках написано, что энергия «чи» в сосудах организма человека в течение суток совершает 50 круговых движений. По современным данным, время кругооборота крови (время, в течение которого частица крови проходит большой и малый круг кровообращения) в норме составляет 20—25 с. При физической нагрузке оно уменьшается, при нарушении кровообращения — увеличивается до (50—60 с).

Если принять, что частица крови совершает один кругооборот в течение 25 с, то за сутки она пройдет большой и малый круг кровообращения 3456 раз, а не 50. В таком случае, энергия «чи» должна за сутки совершить кругооборот также 3456 раз. Это свидетельствует о недостаточности знаний ученых Востока о суточном кругообороте крови в теле человека. Кроме того, с циркулирующей жизненной энергии китайские врачи связывали наиболее напряженную деятельность органа (сердца, легких и др.), соответствующего им сосуда, в котором в течение 2 ч якобы бывает наибольший приток жизненной энергии за сутки. Из этого следует, что 49 раз в сутки жизненная энергия совершает кругооборот в сосудах без напряжения.

Таким образом, теория суточной циркуляции энергии «чи» в меридианах (каналах) является несостоятельной.

В мае 1979 г. в Пекине состоялся Национальный симпозиум по акупунктуре, прижиганию и акупунктурной анестезии. Китайские специалисты представили 500 докладов, однако на протяжении всего съезда они ни разу не упомянули понятие «энергия «чи».

Что такое энергия жизни? Что называют энергией? Энергия (от греч. *energeia* — действие, деятельность) — общая количественная мера различной формы движения материи.

Жизнь неразрывно связана с работой. Что бы человек ни делал, он непрерывно затрачивает энергию. Организм и его части движутся, преодолевая сопротивление среды. При этом они выполняют механическую работу. Менее заметна внутренняя работа организма. Для синтеза биологических молекул требуется химическая работа, а для создания разности электрических потенциалов — электрическая. Способность выполнять работу называют энергией.

Откуда же черпает энергию наш организм? В каких аккумуляторах он ее хранит? По каким проводникам передает? Какие трансформаторы помогают ей превращаться из одного вида в другой?

В 1930 г. В. А. Энгельгардт открыл, что энергия, выделяющаяся при усвоении пищи, накапливается в химических связях молекулы аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ). Энергетика клетки человека схематически изображена на рис. 2.

Пища человека состоит из белков, жиров и полимерных углеводов — крахмала и гликогена. В пищеварительном канале полимеры расщепляются на мономеры. Сотни белков распадаются в желудке и кишках до 20

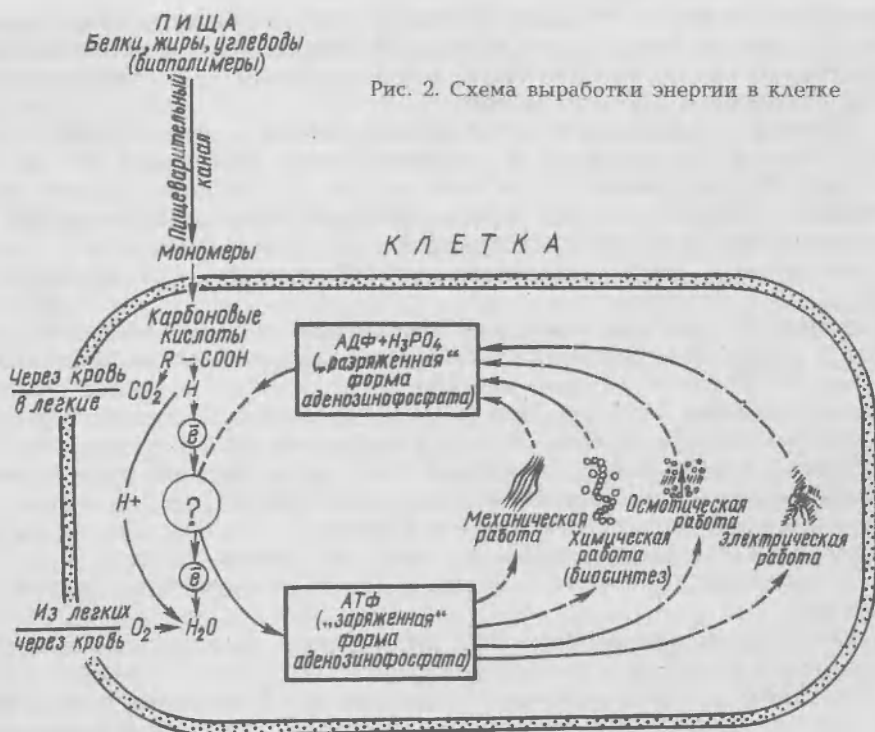


Рис. 2. Схема выработки энергии в клетке

аминокислот. Различные полисахариды гидролизуются до глюкозы. Жиры в кишках превращаются в глицерин и несколько жирных кислот. Образовавшиеся мономеры доставляются клеткам тканей по кровеносным и лимфатическим сосудам. В клетках мономеры превращаются в более простые молекулы карбоновых кислот (всего их десять) с углеродной цепочкой от 2 до 6 атомов. Независимо от того, какое вещество поступило с пищей — белок, жир или углевод, пути его обмена всегда приводят к образованию карбоновых кислот. Следующий этап универсализации — отщепление от карбоновых кислот водорода. Продуктами превращения карбоновой кислоты всегда оказываются атомы водорода и углекислый газ, который мы выдыхаем.

Атом водорода содержит электрон и протон. Энергия заключена в атомном ядре, она недоступна для клетки. Следовательно, надо освободиться от протона. Превращения электрона дают большую часть той энергии, которая затем будет использована в процессах жизнедеятельности организма.

При помощи биокатализатора — фермента флавопротеида — клетка освобождается от протона, электрон попадает на другой фермент — цитохром В, затем на цитохром С, цитохром А и, наконец, на кислород. Приняв два электрона, кислород заряжается отрицательно, присоединяет два протона и образует воду. Так совершается акт клеточного дыхания — потреб-

ление кислорода, который поступает в наш организм с воздухом через легкие и переносится кровью к клеткам тканей. Дыхание сопровождается синтезом АТФ.

Образованием воды заканчивается сложный путь окисления питательных веществ в клетке.

Какова судьба освободившейся энергии? Часть ее рассеивается в виде тепла, а часть используется для синтеза всегда одного и того же вещества — АТФ из АДФ. Присоединение фосфорной кислоты к АДФ (фосфорилирование) связано с энерготратами, которые компенсируются за счет энергии любой живой клетки. Образующаяся при этом АТФ является аккумулятором энергии.

При распаде АТФ на АДФ и фосфорную кислоту выделяющаяся энергия может быть использована для мышечного сокращения (если это мышечная клетка), осмотической работы (если это почки), проведения нервного импульса (если это нерв).

Биосинтез веществ, из которых клетка строит свои структуры, также обеспечивается энергией АТФ. АДФ «заряжается» за счет энергии, содержащейся в пище, и солнечной энергии и переходит в АТФ. Все энергетические процессы в живых организмах связаны с АТФ.

Академик В. А. Энгельгардт писал, что «... все биологические функции всегда и неизменно в качестве обязательного звена имеют те или иные трансформации энергии в биологических системах. Сюда относятся все важнейшие проявления жизнедеятельности, например: превращение химической энергии в механическую работу при сокращении мышцы; образование тепла при химических процессах дыхания; возникновение электрических потенциалов при возбуждении нервной клетки; выполнение осмотической работы при функционировании выделительных органов или транспорте веществ через мембрану вопреки градиенту концентрации. Превращения энергии лежат в основе деятельности органов чувств; всего яснее это проявляется при восприятии света — фоторецепции, когда энергия поглощенных фотонов трансформируется в энергию нервного импульса».

Таковы основы многообразия трансформации энергии в живой системе.

Таким образом, доказано, что необходимая для жизни энергия содержится в любой живой клетке в АТФ — аккумуляторе энергии. Следовательно, иной жизненной энергии («чи»), якобы движущейся по меридианам, не существует.

Механизм действия иглоукалывания и прижигания

Теории физиологического действия иглоукалывания и прижигания, выдвинутые за последние два десятилетия, не объяснили их лечебного эффекта. Большинство из них недооценивают роль нервной системы.

Отечественные физиологи и медики, изучавшие механизм действия иглоукалывания и прижигания, в своих исследованиях руководствовались

учениями И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Веденского и А. А. Ухтомского о рефлекторной деятельности организма.

Принцип классического иглоукалывания основан на соматотопии. Любое воздействие на зоны тела, обильно снабженные рецепторными образованиями, прежде всего адресуется наиболее возбудимым структурам организма — рецепторам, которые передают информацию в ЦНС, кору большого мозга.

Нервная система играет первостепенную роль как посредник и переносчик раздражения, вызываемого рефлексотерапевтической процедурой. Однако при нарушении постоянства внутренней среды (гомеостаза) организм стремится его восстановить путем саморегуляции соответствующих вегетативных функций. Вегетативная нервная система влияет на вегетативные функции посредством регионарных изменений тонуса, адаптационно-трофического действия и управления функциями внутренних органов (сердце, пищеварительный канал, селезенка, надпочечники и др.).

Необходимо отметить, что вегетативная и соматическая части нервной системы образуют анатомически тесно связанную систему. Вегетативная нервная система внедряется в соматическую, окутывая ее сетью волокон и клеток.

Симпатико-адреналовая система является составной частью вегетативной нервной системы. В головном мозге обнаружены адренергические структуры, образующие норадренергические и дофаминергические пути. В области окончаний адренергических нервов и в хромаффинных клетках надпочечников протекают различные процессы, обеспечивающие нормальное функционирование, рецепцию, захват и ферментативную инактивацию медиаторов симпатической нервной системы (норадреналин, дофамин) и гормонов мозгового вещества надпочечников (адреналин и норадреналин).

В нашей стране и за рубежом проблемами биофизических и биохимических явлений, связанных с акупунктурой, занимаются многие ученые. На основании проведенных исследований установлено:

1. Медиаторы, выделяющиеся в нервных окончаниях восходящих и нисходящих путей при акупунктуре, особенно допамин, норадреналин и серотонин, играют решающую роль во взаимодействии сегментно-спинальных рефлекторных путей.

2. Под воздействием акупунктуры изменяется, во-первых, функциональное состояние и кинетика торакальных структур. Функциональное состояние грудной клетки влияет на кожно-висцеральные рефлексы, устраняя патологические механизмы обратной связи в этой области. Во-вторых, механизм акупунктуры связан с сосудистой системой с помощью аксон-рефлекса. Оба механизма дополняют друг друга, воздействуя на периферическое кровообращение.

3. Под действием акупунктуры существенно изменяется состав белой крови, фагоцитарная активность и антителопродукция, что свидетельствует об активном вовлечении иммунных процессов в общую реакцию организма на рефлекторные воздействия.

4. Большинство акупунктурных рефлекторных воздействий приводят к значительному изменению содержания серотонина, катехоламинов и

ацетилхолина и усилению продукции эндогенных опиатов, которые выполняют важную роль в регуляции иммунных процессов.

5. Фармакологический анализ показал, что серотонинергическая система ядер шва обеспечивает тормозной механизм модуляции иммунного ответа, а дофаминергическая — стимулирующий. Реализация эффектов серотонинергической системы на иммуногенез осуществляется через гипоталамус — гипофиз — корковое вещество надпочечников, а дофаминергический — через гипоталамус — гипофизитимус.

Изменение содержания катехоламинов, оказывающее стимулирующее влияние на иммуногенез, является частью более общих реакций организма на акупунктуру, которые реализуются гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой. Непосредственные медиаторы этих реакций — кортикостероидные гормоны. Они участвуют в таких ключевых моментах функционирования иммунной системы, как иммуноспецифичность и толерантность.

Механизм действия прижигания начали изучать еще в 1880 г. Однако до сих пор эта проблема еще недостаточно исследована.

Кожа представляет собой сложный орган, тесно связанный со всеми системами организма. Она играет существенную роль как в гомеокинезе, так и в гомеостазе. Различные рефлексотерапевтические раздражители влияют прежде всего на экстерорецепторы кожи, определенная зона которых соответствует конкретному симпатическому или парасимпатическому сплетению, имеющему связь с внутренними органами.

Кожа является многофункциональным органом. Ни один орган человеческого организма не превосходит кожу по широте происходящих в ней физиологических и патологических процессов. Орган как целое представляет собой интеграцию функциональных элементов. Различают следующие основные компоненты (части) функционального элемента любого органа и, в частности, кожи:

1. Рабочая часть, которая представлена специфическими клетками, выполняющими основную функцию (поэтому специальные клетки кожи весьма различны по структуре и функции).

2. Соединительнотканые клетки. Это специализированные клетки, предназначенные для выполнения трофической функции.

3. Микрососудистый компонент. Он имеет очень своеобразное и сложное строение. Ауторегуляция микрососудов кожи осуществляется с помощью не только нервных, но и гуморальных влияний.

4. Лимфатические сосуды (капилляры). Они представляют собой дренажную систему. Микроциркуляция кожи является как микрогемоциркуляцией, так и микролимфообращением.

5. Нервные образования кожи состоят из цереброспинальных чувствительных нервных окончаний и нервных образований вегетативной нервной системы. Влияние на ткани в пределах функционального элемента кожи осуществляется биологически активными веществами.

6. Биологически активные вещества.

Нервы кожи, туловища и конечностей берут начало от спинного мозга. Они состоят из пучков афферентных и эфферентных волокон. Первые являются отростками клеток спинномозговых ганглиев, вторые — отрост-

ками клеток передних и боковых рогов спинного мозга. Кожа головы иннервируется в основном ветвями тройничного нерва, в меньшей степени — веточками спинномозговых нервов.

Афферентные нервы служат, с одной стороны, каналом связи кожи с ЦНС, а с другой — каналом химической связи с кожей, что лежит в основе трофического влияния нервной системы, поддерживающего целостность кожи.

Рецепторы кожи реагируют на специфический раздражитель, что подтверждает регистрация потенциалов действия. Их рецепторные участки снабжены жгутиками и ресницами (антенны), они первыми воспринимают энергию механических, физических и химических раздражителей. В плазматических мембранах антенн содержатся особые белковые молекулы, которые специфически взаимодействуют с энергией внешнего стимула. Под влиянием механических колебаний или химических реакций происходят конформационные (форма, положения) изменения в молекулах белка, вследствие чего увеличивается (или уменьшается) проницаемость мембран, развивается процесс деполяризации (возбуждения) или гиперполяризации (торможения) (А. М. Винников, 1971).

Направленная на кожу энергия должна достичь определенного уровня порога восприятия. Возбуждение рецепторов передается нервным волокнам, которые реагируют на тепло, холод, электрический ток, химические вещества.

Исходя из функциональных характеристик, рецепторы кожи делят на механо-, термо- и ноцирецепторы, что соответствует трем основным видам кожной чувствительности: тактильной, тепловой и болевой. Рука человека как активный орган осязания снабжена всеми видами механо-, термо- и ноцичувствительных окончаний. На ладонной поверхности кисти чувствительных волокон в 11 раз больше, чем на предплечье (рис. 3). Механорецепторы отличаются высокой чувствительностью к механической деформации, они реагируют на смещение кожи в 1 мкм.



Рис. 3. Нервные окончания на ладонной поверхности кисти

Терморцепторы расположены в основании эпидермиса. Они чувствительны не только к изменениям тепловой энергии, но и к механическим стимулам. Ноцирцепторы представляют собой свободные нервные окончания. Наибольшее их количество расположено на коже кончиков пальцев, наименьшее — на коже спины, подошвенной поверхности стопы.

Исследования показали, что даже малейшее повреждение ткани является адекватным болевым раздражителем. Повреждение касается не самих рецепторов, а окружающих клеток, из которых высвобождаются биологически активные вещества. Установлено, что количество тепловой энергии, вызывающее появление боли, одновременно приводит и к повреждению ткани.

Биологически активные вещества изменяют концентрацию водородных ионов на участке, где расположены ноцирцепторы, нарушают соотношение кальция и калия, приводят к накоплению молочной и фосфорной кислот, дефициту кислорода.

Болевая рецепция тесно связана с зоной задних рогов спинного мозга. Здесь воспринимаются импульсы от первичных эфферентных волокон, включая малокалиберные болевые волокна. Нейроны этой области посылают отростки через спиноталамический тракт в таламус. Электронно-микроскопические исследования показали, что в желатинозной субстанции, где заканчиваются первые эфферентные волокна, имеются аксон-аксональные синапсы, некоторые из которых образованы мультиполярными тормозными нейронами. Пресинаптическое торможение первичных афферентных нейронов может осуществляться нейронами постцентральной извилины через кортикоспинальный тракт и нейронами ретикулярной формации через спиноретикулярный тракт.

По вашим исследованиям, при нагревании кожи до 44 °С в течение 5 мин «кляющим» методом в ней происходит термогенное максимальное расширение сосудов. После 5-минутного прижигания тем же методом при 40—45 °С возникает гиперемия кожи (15—20 мм), которая сохраняется в течение 25—30 мин. В зоне гиперемии увеличивается количество лейкоцитов, в частности нейтрофильных гранулоцитов (в течение 2 дней). Разовое прижигание в точках хэ-гу, цюй-чи, гао-хуан, цзу-сань-ли (ожог I степени) при 45 °С приводит к повышению содержания нейтрофильных гранулоцитов в крови, которое сохраняется в течение 3 дней. При ожогах II степени образуются волдыри в точках цюй-чи и цзу-сань-ли, увеличенное количество нейтрофильных гранулоцитов сохраняется в течение 4—5 дней. При 5-дневном прижигании в 6—8 точках, включая точку бай-хуэй (прижигание через срез корня имбиря), увеличивается содержание эритроцитов и кровяных пигментов. Частота пульса вначале увеличивается, а затем уменьшается.

При прижигании зон кожи на животе в точках тянь-шу, гуань-мэнь, да-хэн усиливается перистальтика кишок. Несмотря на введение атропина сульфата, во время прижигания точки цзу-сань-ли и указанных точек перистальтика не прекращалась.

Следовательно, прижигание влияет на терморцепторы, т. е. на афферентные нервные окончания и нервные образования вегетативной нервной системы, особенно на ее адренергические и холинергические волокна.

Вместе с тем, воздействуя на микрососудистый компонент кожи и лимфатические капилляры кожи, оно усиливает микрогемодиализацию (скорость эритроцитов) и микролимфообращение. Через симпатическую нервную систему прижигание действует на внутренние органы. Информация к высшим нервным центрам направляется рефлекторным путем.

Таким образом, организм отвечает на прижигание нейрогенными, гуморальными реакциями. В механизме действия прижигания основную роль играют сложнорефлекторные реакции (местные, сегментарные и общие), а также рефлексы, замыкающиеся в головном мозге.

Исследования показали, что сосуды кожи весьма чувствительны не только к термическим, но и к механическим воздействиям. Микротравма, вызванная акупунктурной иглой при уколе, оказывает влияние на кожный кровоток. Иглоукальвание в зоны кожи на животе усиливает или тормозит моторную функцию желудка и кишок. Болевая чувствительность в определенных зонах кожи при заболеваниях внутренних органов повышается.

Механизм появления отраженной боли объясняют следующим образом. Чувствительные волокна, идущие от внутренних органов и кожи, являются отростками одних и тех же нервных клеток, спинномозговых ганглиев. Не исключено, что иррадиация возбуждения с одного участка коры, в котором представлены внутренние органы, переходит на другой — зону представительства кожи.

Каждому внутреннему органу соответствует симпатическое сплетение, последнему, в свою очередь, — кожно-рефлексогенная зона.

При заболеваниях внутренних органов возникают висцеро-вегетативные рефлексы. Сильные патологические импульсы передаются нервным и гуморальным путем. Развивается межвисцеральный реперкуссивный синдром. Например, при острой задержке отделения мочи одной почкой может наступить анурия второй почки.

Среди висцеро-вегетативных рефлексов выделяют висцерокожные и кожно-висцеральные.

Висцерокожные рефлексы представляют особое образование кожных зон гиперестезии при поражении внутренних органов. Существует определенная связь между внутренними органами и кожными метамерами. Она обусловлена эмбриологическими связями сегмента тела со всеми его метамерами — кожными, нервными, мышечными, костными, висцеральными. Этой связью объясняется возможность развития сегментарных реакций в организме, в частности висцерокожных рефлексов. По данным Л. А. Орбели, отростки одного и того же аксона могут быть связаны с несколькими органами, например, сердечной мышцей, ближайшим внутренним органом и кожей, оказывая адаптационное влияние на анимальные рецеторы.

Путем исследования поверхностной чувствительности тела удается установить локализацию отраженных болевых зон Захарьина — Геда (рис. 4). Часть точек акупунктуры совпадает с зонами кожной гиперестезии. Последные возникают при иррадиации раздражения в соответствующую зону на коже при заболевании внутренних органов. Установлено следующее соотношение сегментов спинного мозга с зонами отраженной боли:

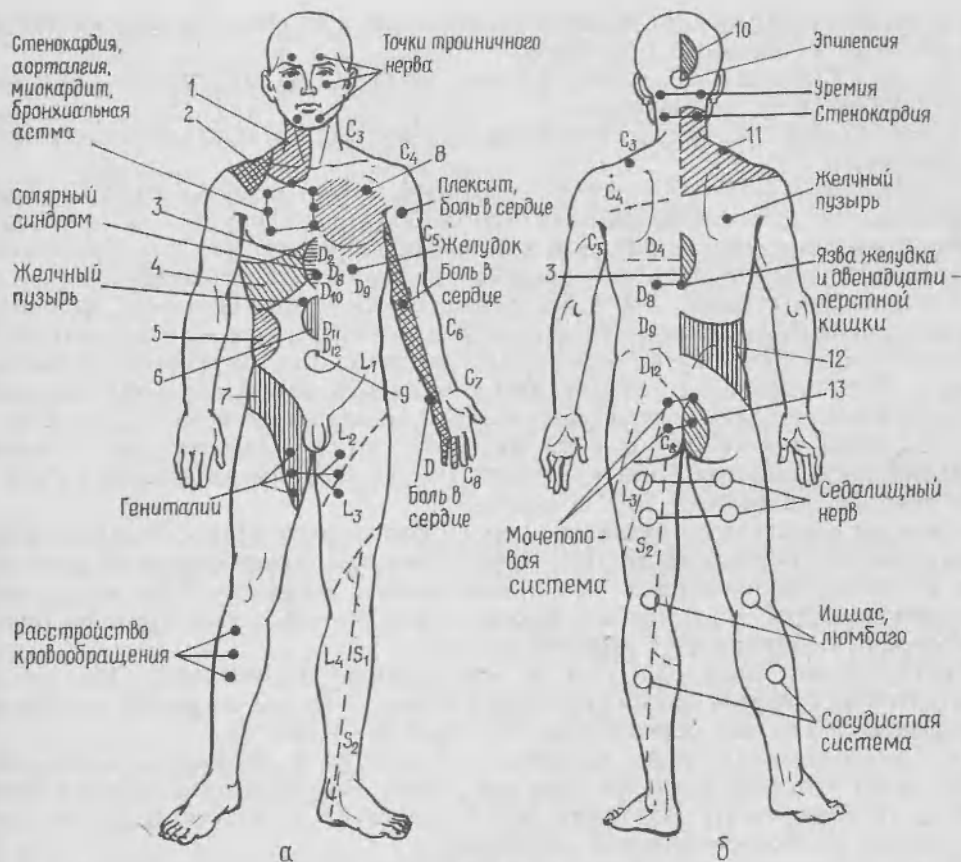


Рис. 4. Зоны кожной гипералгезии Захарына — Геда (1—13) и точки акупунктуры в этих зонах: а — спереди; б — сзади

сердце — $C_{III}—C_{IV}$ и $Th_I—Th_{VII}$, легкие — $C_{III}—C_{IV}$, $Th_{III}—Th_{IX}$; желудок — $C_{III}—C_{IV}$ и $Th_{VII}—Th_{IX}$; кишки — $Th_{IX}—Th_{XII}$; печень и желчный пузырь — $Th_{VII}—Th_{XI}$; почка и мочеточник — $Th_{XI}—L_I$; мочевой пузырь — $Th_{XI}—L_{II}$ и $S_{III}—S_{IV}$; матка — $Th_{X}—L_{II}$ и $S_I—S_{IV}$.

Зоны гиперестезии могут охватывать несколько сегментов. Их используют как вспомогательный метод диагностики, а отдельные зоны — как зоны акупунктуры для рефлексотерапии. Важно определить наиболее чувствительные болевые участки этой зоны. Область максимальной гиперестезии всегда находится на уровне кожного вегетативного нервного комплекса. Например, на грудобрюшной стенке она соответствует зоне разветвления передних перфорирующих ветвей грудобрюшного нерва. Зона наивысшей рефлекторной кожной боли соответствует кожной проекции анатомически обозначенного внутреннего органа. Следует добавить,

что рефлексотерапия дает положительный терапевтический эффект путем воздействия на нервные проекции.

На грудобрюшной области (от рукоятки грудины до лонного сочленения) находится 12 дерматомов.

Установлены следующие проекции внутренних органов соответственно дерматомам:

1. Проекция легких (по Геду) — правый и левый дерматомы S_4 . При бронхиальной астме зона рефлекторной боли локализуется на передне-внутренней поверхности грудной клетки, непосредственно под ключицей. Боль чаще бывает с правой стороны. Иногда она двусторонняя.

2. Проекция сердца: 3-й и 4-й левые грудные дерматомы. Сердечная рефлекторная боль локализуется на передне-внутренней части левого 4-го межреберного промежутка. Это свидетельствует о вторичном заболевании сердца. При первичном заболевании сердца максимальная рефлекторная дермалгическая точка всегда определяется во внутренней части 3-го и 4-го межреберных промежутков и на сосковой линии. Наличие значительной рефлекторной кожной боли в области Th_{III} — Th_{IV} всегда является сигналом тревоги, даже если ЭКГ в норме.

Следует обратить внимание на сердечную рефлекторную кожную боль с передне-внутренней части Th_{III} — Th_{IV} слева при позвоночном артрозе III или IV грудных позвонков, что также может вызывать боль на уровне соответствующих передних перфорирующих ветвей. Симметричная реакция справа подтверждает диагноз артроза.

3. Проекция пищевода: 2-й и 5-й грудные дерматомы. Обе точки находятся на средней линии грудины. Первая — во 2-м сегменте, вторая — в дерматоме Th_V над основанием мечевидного отростка.

4. Проекция солнечного сплетения: 7-й грудной дерматом — овальная зона, осью которой является средняя линия. Рефлекторная кожная боль в области солнечного сплетения свидетельствует о функциональном преобладании нейровегетативной дистонии.

5. Проекция печени: 8-й грудной дерматом. Рефлекторная болевая зона вытянута, незначительно выходит с каждой стороны за пределы средней линии.

6. Проекция желчного пузыря: 9-й правый грудной дерматом. Болевая зона расположена в среднем в 6—7 см от пупка и в 5—7 см от средней линии. При любом нарушении в желчном пузыре обнаруживают болевую зону. В редких случаях при желчнокаменной болезни рефлекторная кожная боль не отмечается («немой» желчный пузырь).

7. Проекция поджелудочной железы: 9-й левый грудной дерматом. Зона рефлекторной кожной боли симметрична зоне билиарной рефлекторной кожной боли.

8. Проекция желудка: 9-й грудной дерматом. Зона рефлекторной кожной боли находится на средней линии — от мечевидного отростка до пупка. Пилорическая часть желудка соответствует болевой зоне, граничащей с верхним полюсом пупка.

9. Дуоденальная проекция: 9-й правый грудной дерматом, нижний сегмент. Зона рефлекторной кожной боли находится рядом с верхним правым пупочным сегментом.

10. Проекция тощей кишки: нижняя часть 9-го левого дерматома.

11. Проекция подвздошной кишки: верхне-внутренняя часть 10-го левого грудного дерматома диаметром 3—3,5 см, расположена на расстоянии, равном ширине двух пальцев, от срединной линии. Остальная часть проекции толстой кишки расположена в сегментах 10-го и 11-го дерматомов.

12. Проекция почек: 12-й грудной дерматом в брюшной части зоны рефлекторной кожной боли находится слева и справа внутри передне-верхней ости подвздошной кости.

13. Проекция мочевого пузыря: 12-й грудной дерматом. Зона рефлекторной кожной боли проецируется в форме диска и находится над лонном на расстоянии, равном ширине одного пальца.

14. Проекция яичников: 1-й и 2-й поясничные дерматомы. Зоны рефлекторной кожной боли расположены посредине условной линии, соединяющей передне-верхнюю ость подвздошной кости с остью лонной. Так, внутренний орган «энтеротом» проецирует знак своей болезни в тот сегмент кожи, мышц, сосудов и спинного мозга, который находится в контакте с внутренним органом посредством одного и того же спинномозгового нерва.

Рассмотрим связи между грудобрюшными зонами рефлекторной кожной боли, зонами (точками) акупунктуры и внутренними органами через симпатические сплетения.

Например, от поджелудочной железы боль иррадирует в 9-й левый грудной дерматом в точку гуань-мэнь (E22) и лян-мэнь (E21) через *plexus gastricus superior*. При язве желудка зона рефлекторной кожной боли передается через *plexus gastricus anterior* на кожу в 9-й дерматом, в акупунктурные точки ся-вань (J10) и цзянь-ли (J11).

Кожно-висцеральные рефлексы. Местное раздражение определенного кожного сегмента (механическое, тепловое или химическое) может влиять на деятельность внутреннего органа, связанного с этим сегментом, причем эффект будет различным в зависимости от характера и длительности применяемого раздражения. Например, прижигание полынной сигарой точек J10 и J11 усиливает мышечный тонус и перистальтику желудка, а прикладывание холода (обрызгивание струей хлорэтила) на ту же зону тормозит деятельность желудка. Тепло повышает тонус вялого желудка и снижает тонус, если он спазмирован.

Таким образом, с одной стороны, можно определить известную фазу заболевания внутреннего органа на основании возникающих кожных реакций в виде зон рефлекторной боли в области дерматома, а с другой — воздействовать на функции внутреннего органа путем раздражения акупунктурных точек соответствующих рефлексогенных зон конкретного дерматома.

Нервная система едина. При раздражении любого ее участка происходит перегруппировка нервных сочетаний. В результате наблюдается либо восстановление организма, либо развитие тех или иных патологических процессов в отдельных органах и системах.

Выше указывалось, что ЦНС постоянно получает информацию о состоянии окружающей среды через различные рецепторы. Каждый рецептор воспринимает определенные раздражители — химические, электромагнит-

ные (световые волны), механические или температурные. Рецепторы — это датчики, преобразующие энергию раздражителя в электрохимический потенциал. Информация о раздражителе кодируется в виде импульсов в чувствительных (сенсорных) нервах. Она поступает в сенсорные структуры нервной системы, где подвергается декодированию и анализу.

Рефлексотерапия воздействует на фото-, механо-, терморепторы, ноцицептивные рецепторы, реагирующие на повреждение ткани, сопровождающееся болью.

Первичная реакция любого рецептора представляет собой генерацию рецепторного потенциала, возникающего в результате взаимодействия раздражителя и мембраны рецептора. Так, при адекватном иглоукальвании происходит механическая деформация мембраны (механорецепторы); при воздействии лазером появляется возбуждение, связанное с мембраной фотопигмента под влиянием световых волн (фоторецепторы); при прижигании изменяется проницаемость мембраны под влиянием температуры (терморепторы); при иглоукальвании происходит связывание пептидов, высвобождающихся при повреждении ткани, с мембраной рецепторов (ноцицептивные рецепторы). Любой из этих процессов приводит к повышению общей ионной проницаемости мембраны, сопровождающейся поступлением ионов натрия в чувствительные нервные окончания. В итоге первичное окончание деполяризуется и возникает рецепторный потенциал. Транспортировку ионов через мембрану обеспечивают крупные белковые молекулы, выполняющие роль «ионных каналов». Одни из них пропускают ионы натрия, другие — калия, третьи — кальция. В результате возбуждающего действия рецепторного потенциала в начальном сегменте чувствительного нерва образуются нервные импульсы. Интенсивность раздражения кодируется амплитудой рецепторного потенциала. Под действием потенциала из пресинаптической чувствительной клетки высвобождается химический медиатор, способствующий образованию деполяризующего генераторного потенциала в постсинаптическом сенсорном окончании. Деполяризующие токи, которые возникают под действием генераторного потенциала, способствуют появлению нервных импульсов в чувствительных нервах. Эти токи направляются к начальному сегменту аксона, где порог возбуждения наиболее низок. Потенциал действия возникает в том случае, если генераторный потенциал достаточно велик для того, чтобы деполяризовать начальный сегмент до порогового значения. Импульс после возбуждения передается по А-волокам. Жгучая боль от вращения иглы или при попадании в сосуд возникает медленно и распространяется диффузно при введении иглы в кожу на 0,25—0,5 мм. На глубине 1 мм возбуждение от нервных окончаний передается по С-волокам. Болевое раздражение приводит к цепной реакции — вегетативной, двигательной, психической, поведенческой. Раздражение гладкомышечной оболочки артериол кожи распространяет возбуждение в стороны от места раздражения, усиливает кровоток. Отмечается покраснение кожи, обусловленное дилатацией венул. При повторном или усиленном раздражении реакция связана с дилатацией артериол и венул и происходит преимущественно по механизму аксон-рефлекса. Она усугубляется гуморальными сдвигами в месте воздействия. Одновременно по спинномозговому нерву импульс передает-

ся в спинномозговой узел, спинной корешок, затем в задний рог спинного мозга. По передней ветви (брюшная ветвь) с места раздражения импульсы идут по афферентным волокнам, поворачивая в серой соединительной ветви в симпатический узел, затем по белой соединительной ветви — к переднему рогу спинного мозга. Здесь возникает ответная реакция — импульсы распространяются по эфферентным (центробежным) путям к внутренним органам, железам внутренней секреции, мышцам, сосудам и другим органам, а часть импульсов направляется в головной мозг. Чем глубже погружается игла в ткани, тем менее дифференцированные рецепторы включаются в этот комплекс раздражения. Глубокие ткани способствуют более диффузному характеру ощущения, что связано с раздражением проприорецепторов. Раздражение вегетативных волокон приводит к образованию веществ гистаминового ряда, воздействует на симпатико-адреналовую систему. Изменяются просвет и кровенаполнение капилляров, цвет кожи, ее температура, электрическое сопротивление.

Игла вызывает механическое повреждение клеток, которое приводит к выделению некрогормонов. Эти гормоны стимулируют биологические процессы.

В зависимости от метода раздражения, количества и специфичности зон раздражения организм отвечает целостной реакцией, т. е. нейрогенным, гуморальным и гормональным путями.

На основании многочисленных исследований установлено, что на иглоукальвание и прижигание раньше всех реагирует нервная система. В настоящее время различают три вида реакций нервной системы:

1. Местная, или регионарная, реакция, при которой обнаруживают местные изменения в зоне воздействия. Местная реакция обусловлена аксон-рефлексом, местными морфологическими и гуморальными сдвигами. Местное раздражение служит источником длительной и интенсивной импульсации в нервные центры и возникающих вследствие этого отраженных (сегментарной и общей) реакций организма.

2. Сегментарная реакция соответствует отдельным метамерам, на которые воздействовало то или иное раздражение. Раздражение воздействует на определенный внутренний орган. Рефлекторная дуга проходит от периферии через вегетативные клетки симпатических вертебральных узлов и спинной мозг к внутреннему органу. Она может иметь смешанный sensitивно-вегетативный характер.

3. Генерализованная (общая) реакция отдельных систем (сердечно-сосудистой, обмена веществ и др.). Рефлекс в ответ на раздражение возникает вследствие поступления импульсов с экстеро- и интерорецепторов в корково-подкорковые области мозга и ретикулярную формацию, одновременно по симпатической цепочке или по сосудисто-нервным сплетениям они передаются на железы внутренней секреции. Таким образом, в ответ на раздражение рецепторов одним из методов рефлексотерапии наступает общая реакция организма, в основе которой лежит нервная рецепция с последующей нервно-гуморальной эндокринной реализацией.

Любой вид рефлексотерапии (иглоукальвание, прижигание или воздействие электрическим током) в определенной степени воздействует на весь организм. Вначале внешнее воздействие выступает как сигнал, несущий

определенную информацию. После его анализа посредством механизма усиления информационные сигналы превращаются в управляющие.

В ответ на сигналы с периферии происходят значительные преобразования в самой системе управления (изменение нейронной активности, различные нейрохимические процессы и т. д.) с целью реализовать функциональные реакции, которые приводят к быстро развивающимся и кратковременным адаптивным реакциям (поведенческие реакции организма, изменение параметров функции какой-либо физиологической системы).

Физиологический и терапевтический эффекты от физического раздражения (иглоукальвание, прижигание и т. д.) могут быть различными в зависимости от конституции больного, внешних условий, патологического состояния организма, а также от силы, места и времени воздействия.

Под влиянием раздражителей происходит перестройка не только на участке, на который было нанесено раздражение, но и во всем организме. При этом изменяются тонус вегетативной нервной системы и корреляции отдельных элементов нервной системы, состояние эндокринной системы, а также тканевый обмен. В самой нервной ткани наблюдаются процессы, которые в определенной мере гомологичны адаптационно-трофическому влиянию на периферии. При одном и том же методе, например торможении, но при различных раздражителях (иглоукальвание, прижигание, точечный массаж) можно получить одинаковый физиологический или терапевтический эффект.

Таким образом, механизм воздействия рефлексотерапии на организм человека состоит из трех основных компонентов, опосредованных через нервную систему, взаимосвязанных и взаимовлияющих друг на друга: местного, сегментарного и общей реакции.

Следовательно, сущность рефлекторной нейрогуморальной реакции, развивающейся при воздействии на акупунктурные зоны, сводится к следующему. Возникшее в акупунктурной зоне под влиянием иглоукальвания или прижигания раздражение вызывает аксон-рефлекс и, распространяясь по афферентным путям (рис. 5), достигает спинного мозга (II). От возбужденных сегментов спинного мозга по афферентным путям через вегетативные ганглии импульсы идут к внутренним органам, сосудам и мышцам (3). Одновременно возбуждение передается по афферентным путям спинного мозга (5) в ретикулярную формацию (III) ствола мозга и таламуса, а также в гипоталамус (IV). Возникает ответная реакция (12). Через гипофиз и корковое вещество надпочечников происходит включение симпатико-адреналовой системы, что приводит к изменению содержания биологически активных веществ в крови. Так же отвечают и вегетативные центры подкорки (12, а), и, кроме того, через афферентные пути (II) и соответствующие вегетативные ганглии они влияют на внутренние органы и кровеносные сосуды, изменяя их функциональное состояние.

Одновременно или несколько раньше возбужденный гипоталамус стимулирует с помощью образующегося под влиянием афферентных импульсов нейрогормона — тиролиберина (13) — выработку гормонов гипофиза. Последние оказывают влияние на другие железы внутренней секреции. Биологически активные вещества (15) и гормоны желез внутренней секреции (14) воздействуют на соответствующие части тела, в том числе на

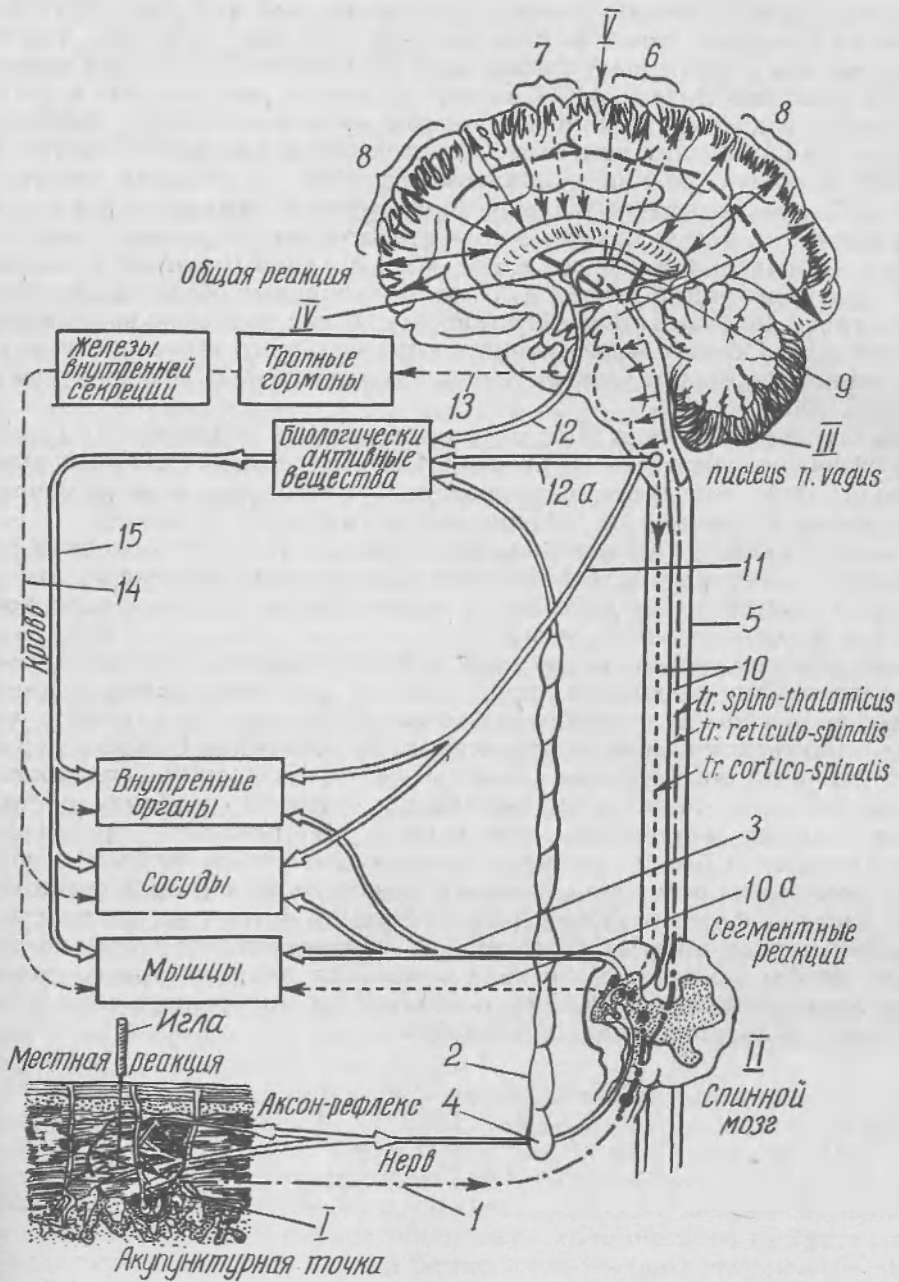


Рис. 5. Схема нейрогуморальной реакции на раздражение зоны акупунктуры

внутренние органы, сосуды и мышцы, дополняя или усиливая импульсы, идущие из спинного мозга и подкорковых центров. Известно, что под воздействием акупунктуры и прижатия усиливается продукция гормона передней доли гипофиза — АКТГ, стимулирующего деятельность коркового вещества надпочечников и тем самым активизирующего выделение стероидов, оказывающих противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. В общую реакцию организма активно включаются иммунные процессы — продукция антител, миграция клеток и фагоцитоз. А в регуляции иммунных процессов важную роль играет обмен серотонина, катехоламинов и ацетилхолина. Вместе с тем, кора большого мозга (V) получает от возбужденного гипоталамуса и других подкорковых областей афферентные импульсы (6), вследствие чего нормализуются процессы возбуждения и торможения. Почти одновременно в кору большого мозга поступает из ретикулярной формации тонизирующая генерализующая афферентная импульсация (9).

Кора большого мозга, в свою очередь, влияет на подкорку (7). Последняя по эфферентным путям (10) передает импульсацию к спинному мозгу. Обратный ответ вызывает на периферии соответствующие изменения, благоприятно влияющие на течение патологического процесса.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что основная роль в механизме действия рефлексотерапии принадлежит рефлексам, замыкающимся в спинном, продолговатом мозге, стволе мозга, подкорковой области и в коре большого мозга.

Таким образом, механизм действия рефлексотерапии обусловлен сложнорефлекторными реакциями, приводящими к нормализации основных нервных процессов, эндокринно-вегетативной системы, улучшению адаптивных, защитных и компенсаторных реакций организма. Рефлексотерапия влияет на патогенез многих хронических заболеваний, способствует уменьшению или ликвидации проявлений болезней, особенно в стадии функциональных нарушений, повышению резистентности организма в целом. Но какими бы сложными и многоступенчатыми ни были рефлекторные механизмы регуляции, ответные реакции той или иной физиологической системы формируются нервной системой в ответ на соответствующие афферентные сигналы. Поэтому для достижения желаемого эффекта лечения необходимо знать правила сочетания акупунктурных точек с учетом анатомо-физиологических особенностей иннервации тела и рефлекторных принципов регуляции функций.

Главные условия эффекта иглорефлексотерапии

МОМЕНТ РАЗДРАЖЕНИЯ

Рефлексотерапия оказывает рефлекторное воздействие на физиологические системы, органы, ткани, т. е. на организм в целом. При этом следует учитывать условия, в которых проводим лечение, правильно выбрать зону приложения раздражителя и силу его воздействия. Кроме того, необходимо следить за состоянием больного во время лечения, т. е. овладеть так называемым моментом раздражения.

Возникшее под воздействием рефлексотерапии раздражение рецепторов, трансформированное в физико-химический процесс в нервных проводниках, передается в ЦНС. Как безусловный раздражитель названное воздействие вызывает изменение функционального состояния различных отделов нервной системы. Однако на практике воздействие рефлексотерапии постоянно и неизбежно сочетается с воздействием большего или меньшего числа так называемых индифферентных агентов окружающей человека среды, включая помещение, в котором проводили лечение, очередность и последовательность иглоукалывания и прижигания, отношение врача, обслуживающего персонала и т. д. Если воздействия этих индифферентных агентов при последующих сеансах лечения повторяются, вызывая у больного положительные эмоции, то они становятся условными раздражителями и усиливают эффект рефлексотерапии. Неблагоприятные условия, сопровождающие лечение, ослабляют эффект или сводят его на нет.

Формирование ответных реакций организма зависит от состояния ЦНС и ее высших отделов. Оно определяется как типологическими особенностями человека, так и состоянием основных нервных процессов — возбуждения и торможения, в том числе в период подготовки и лечения.

В зависимости от исходного функционального состояния организма, особенно нервной системы, рефлексотерапия может оказывать различный эффект. Поэтому лечащий врач прежде всего должен правильно оценить состояние больного.

При разных заболеваниях иглоукалывание и прижигание применяют в различные периоды — в начале приступа, в период его развития или в межприступный период.

При одних заболеваниях рефлексотерапию нужно проводить 1 раз в день (курс лечения 10—15 дней, после 2—3-дневного перерыва его повторяют), при других — несколько раз в день; при третьих — 1 раз в несколько дней. Так, при остром гастрите рефлексотерапия эффективна только во время приступа. После прекращения боли лечение проводят еще в течение 3—5 дней. В период обострения хронического гастрита лечение проводят ежедневно, а в период ремиссии назначают второй курс лечения для закрепления полученного эффекта.

У больных со стенокардией приступы могут возникать несколько раз в месяц или даже 1 раз в 2 мес. Клинический опыт показывает, что

ежедневное проведение рефлексотерапии у больных со стенокардией (как и с другими хроническими заболеваниями) не всегда вызывает улучшение. Здесь надо учитывать время приступа (днем или ночью). Лечение целесообразно начинать во время приступа, выбирая точки, отдаленные от сердца, и применяя тормозной метод. После нескольких процедур приступы обычно прекращаются.

При невралгии рефлексотерапию применяют ежедневно, а иногда и по нескольку раз в день. Следует правильно выбрать момент и метод рефлексотерапии с учетом состояния больного. Если у больного плохой сон, то прижигание можно проводить перед сном. При появлении метеоризма или тяжести в области желудка иглоукальвание и прижигание используют до приема пищи. При повышенной утомляемости или возникновении боли лечение проводят до начала работы.

Большое значение для ответной реакции организма имеют интенсивность рефлексотерапии, метод воздействия, а также место воздействия. Один и тот же фактор при небольшой интенсивности может оказать возбуждающее действие, а при большой — дать противоположный эффект. Короткое по продолжительности иглоукальвание или прижигание может стимулировать те или иные функции организма, продолжительное — вызвать в ЦНС тормозной эффект.

МЕСТО РАЗДРАЖЕНИЯ

Огромную роль играет выбор акупунктурных точек и их сочетаний. В одних точках при раздражении (в месте патологического очага) возникают преимущественно местные ответные реакции, в других — генерализованная ответная реакция. Однако клинический опыт показывает, что рефлексотерапия является в основном методом общего воздействия на организм.

Так, при симптоматическом применении рефлексотерапии воздействие не обязательно должно быть направлено на точки, расположенные в области очага (то есть при головной боли иглоукальвание проводить в точках головы, а при боли в нижних конечностях — в точках на них). Лечение может быть успешным и при воздействии на точки общего действия, отдаленные от патологического очага. При этом нередко прекращается не только головная боль, но и другие болезненные симптомы.

Принято различать два вида точек акупунктуры: общие (периферические, или отдаленные) и локальные. Первые находятся в отдалении от очага поражения, вторые — в его зоне. Отдаленные точки чаще располагаются в дистальных отделах верхних и нижних конечностей. Можно воздействовать только на отдаленные точки, а можно на отдаленные и локальные одновременно. Точки акупунктуры при различных заболеваниях выбирают в зависимости от локализации болезненного очага или проявлений болезни. Для успокоения боли рекомендуют использовать отдаленные точки. При острых заболеваниях мышц, суставов целесообразно сочетать отдаленные точки с точками, расположенными в зоне патологического очага

или вблизи него. При параличах периферических нервов воздействуют на точки, лежащие по ходу этих нервов, а при заболевании определенного внутреннего органа — на точки, находящиеся в зоне сегмента или дерматома, относящегося к этому очагу.

Непрерывное раздражение нескольких точек сопровождается рядом рефлекторных изменений: суживаются зрачки, изменяются пульс, дыхание и кровообращение. Воздействие на одну точку не всегда эффективно. Поэтому для получения лечебного эффекта необходим правильный выбор точек и их сочетаний. Следует помнить, что в отдельных точках применение глубокого укальвания, длительное оставление иглы и продолжительное воздействие противопоказаны.

Таким образом, для целенаправленного воздействия методом рефлексотерапии на течение патологического процесса необходимо учитывать состояние нервной системы, влияние индифферентных агентов окружающей среды, место иглоукальвания и прижигания (сочетание точек).

МЕТОДЫ РАЗДРАЖЕНИЯ

Рефлексотерапия является методом дозированного раздражения экстеро-, интероцепторов, оказывающего регулирующее влияние на координационную деятельность нервной системы.

Агенты, вызывающие изменения состояния живых объектов, называются раздражителями, а их действия, ведущие к изменениям в живом объекте, — раздражением.

Порогом раздражения является минимальная интенсивность агента, достаточная для того, чтобы вызвать раздражение. Чем ниже раздражаемость живого объекта, тем большей должна быть сила агента, а следовательно, выше порог раздражения, чем выше раздражимость, тем ниже порог раздражения.

Рефлекс, возникающий под воздействием раздражителя, распространяется как по спинномозговым, так и по вегетативным путям, оказывая влияние на высшие отделы ЦНС, которое проявляется в основном в форме возбуждения или торможения.

Помимо характера, силы и продолжительности воздействия раздражителя большую роль играет динамическое состояние самой нервной системы. Процессы возбуждения и торможения, постоянно протекающие в ней, видоизменяются не только в зависимости от внешнего раздражения, но и от его исходного функционального состояния в данный момент.

В зависимости от исходного состояния нервная система дает такие ответные реакции на раздражители различной силы: слабое раздражение оказывает тормозящее действие на возбужденный центр и возбуждающее — на заторможенный центр, сильное же раздражение повышает раздражимость возбужденного центра.

Рефлексотерапия влияет не только на двигательные и чувствительные нервы, но и на весь организм через вегетативную нервную систему. Кроме того, она воздействует также через кровь и лимфу, которые содер-

жат продукты тканевого обмена и жизнедеятельности многочисленных желез.

Поэтому при выборе метода воздействия следует учитывать состояние тонуса симпатической и парасимпатической частей вегетативной нервной системы.

Парасимпатикотонии сопутствуют такие явления: сужение зрачка, сопутствующий спазм аккомодации, усиление отделения слез, слюны и слюны, брадикардия (самостоятельная, пароксизмальная, рефлекторная), склонность к бронхиальному спазму и особенно к бронхиальной астме, чувство полноты и давления в области желудка, иногда с болью (кризы), независимо от количества пищи и времени, непостоянство аппетита, гиперхлоридгидрия, отрыжка, изжога, пилороспазм, рвота без явных причин, спастический запор или, наоборот, бурная перистальтика с поносом, спазмы желчного пузыря и его протоков, ваготонические поллюции и дисменорея. Сюда можно включить эозинофилию и красный дермографизм. Особое значение имеет спазм коронарных сосудов.

К *симпатикотонии* относят такие явления, как неустойчивое умеренное расширение зрачка, блеск глаз, расширение глазной щели, иногда — саливацию («симпатическая» слюна), тахикардию, некоторую вялость желудка и кишок, изредка запор (не всегда по типу глубокой атонии, а скорее, это задержка перистальтики со стороны чревного нерва), сужение периферических сосудов, повышение АД, склонность к гипертермии. Относительное значение имеют такие признаки, как белый дермографизм, нейтрофилез и лимфоцитоз, ахилия. Наблюдаются также снижение усвоения углеводов и склонность к гипогликемии и глюкозурии.

Необходимо учитывать возможность развития гипо- и гиперамфотонии как часто встречающегося проявления одновременного повышения или снижения тонуса обеих частей вегетативной нервной системы, иногда при относительном преобладании одной из них. Следует подчеркнуть, что может наблюдаться регионарное повышение тонуса (симпатического, парасимпатического или амфотонического) или регионарное его ослабление. Это характерно для различной патологии. При пилороспазме, повышении кислотности желудочного сока, стенокардии, брадикардальном неврозе, бронхиальной астме, пароксизмальных обильных поносах или спастических запорах применяют методы рефлексотерапии, базируясь именно на явлениях, наблюдаемых в этих органах, а не на общем влиянии, в то время как другие отделы вегетативной нервной системы могут находиться в устойчивом равновесии. Это не исключает осторожного и внимательного анализа всего симптомокомплекса реакций организма. Однако в большинстве случаев при воздействии на симпатикотонию следует использовать слабый седативный метод.

При выборе метода раздражения зоны акупунктуры следует всегда исходить из понятия нормы (физиологического состояния).

Всякое повышение функции организма называют возбуждением и, наоборот, всякое снижение функции — угнетением. При повышении тонуса следует применять метод торможения, успокоения (седативный), при снижении — метод тонизирования, стимуляции.

Рис. 6. Состояние функции организма и методы терапии

Понятия «тонизирование», «стимуляция», «успокоение», «гипотония», «угнетение», «выпадение», «возбуждение» наглядно представлены на рис. 6. Если горизонтальной линией изобразить норму, а вверх и вниз слева (состояние функции организма) — отклонения от нормы, то тогда гипотонию (угнетение) и выпадение можно представить как понижение и выпадение функции. Возбуждение — это повышение функции сверх нормы. Если функция была возбуждена, приведение ее к норме рассматривается как торможение, успокоение (седативное действие). Если же она была угнетена и наблюдается ее выпадение (паралич, коллапс), приведение ее к норме рассматривается как стимуляция, тонизирование. Следовательно, угнетение и выпадение — это снижение функции, но при разных исходных уровнях.

Из вышеизложенного следует, что при гипотонии и угнетении лечение проводят методом тонизирования, при выпадении функции — методом стимуляции, при сильном возбуждении — методом торможения, при умеренном возбуждении — методом успокоения.

Поскольку первый и второй варианты возбуждающего метода (по Чжу Лянь) близки по своему терапевтическому направлению, их следует обозначить методом тонизирования (стимуляции). Таким образом, существуют три основных приема раздражения — торможение, успокоение и тонизирование (стимуляция).

Метод торможения показан взрослым, противопоказан детям и лицам пожилого возраста. Число точек обычно ограничено (не более 3). Иглу вводят медленными вращательными движениями, постепенно увеличивая силу раздражения. Глубина укола — 1,5—8 см в зависимости от того, в какое место наносят раздражение. При отсутствии выраженных ощущений — легкого местного распирания, тяжести, ломоты, онемения, прохождения тока — применяют пунктирование. После появления описанных ощущений иглы оставляют в тканях от 30 мин до нескольких часов и более (24—48 ч). При длительном оставлении иглы (более 2 ч) применяют специальные Т-образные иглы, иногда — микроиглы.

Тепловое прижигание (20—30 мин) проводят во время иглоукалывания или после него.

Показания: острый период заболевания, сильная боль, спазмы, судороги, психическое возбуждение, кровотечение, неукротимая рвота, приступ бронхиальной астмы и т. д.

Метод успокоения рекомендуют применять в любом возрасте. Укалывание производят в 2—4 точки. Иглу вводят вращательными движениями,



несколько мягче (нужно вызвать более слабые ощущения по сравнению с методом торможения). При этом развивается чаще местная реакция с небольшой иррадиацией. У взрослых иглы оставляют в тканях на 10—20 мин, у детей — около 5 мин. Прижигание проводят одновременно или раздельно с тепловым методом.

Показания: повышение двигательной, чувствительной и секреторной функций, а также длительно протекающие патологические процессы (неврастения, гипертоническая болезнь, склонность к контрактуре мышц) и заболевания, не требующие применения метода торможения.

Метод тонизирования (стимуляции) показан для взрослых и детей, стариков и ослабленных больных. Раздражение вызывают одновременным и последовательным иглоукалыванием в 5—10 точках на глубину 3—5 мм. Продолжительность процедуры — от 30 с до 1 мин, раздражение сопровождается болевым ощущением. После введения иглы проводят пунктирование.

Показания: коллапс, обморок, паралич.

В некоторых случаях поверхностный укол (на глубину 3—5 мм) делают не только в периферические, но и в локальные точки (по показаниям). Больному наносят в 5—10 точках умеренной силы быстрое, короткое, поверхностное раздражение, сопровождающееся незначительным болевым ощущением, чувством онемения или прохождения электрического тока как локально, так и с небольшой зоной иррадиации. Иглу оставляют в тканях на 1—5 мин.

Прижигание осуществляют по методике «клюющего» воздействия продолжительностью от 3 до 5 мин.

Метод тонизирования (стимуляции) оказывает тонизирующее, стимулирующее, растормаживающее и возбуждающее действие при снижении или выпадении двигательной, чувствительной и секреторной функций.

Показания: коллапс, шок, обморок, потеря сознания, вялый паралич, неврит лицевого нерва, остаточные явления полиомиелита, снижение тонуса сосудов и мышц, атонический запор, импотенция, психическая депрессия и т. д.

Как правило, врач стремится подобрать такой метод раздражения, который привел бы нарушенную функцию в нормальное физиологическое состояние.

Таким образом, для приведения к физиологической норме при возбуждении назначают метод торможения (успокоения), а при угнетении и выпадении функции — метод тонизирования (стимуляции).

Способы определения точек акупунктуры

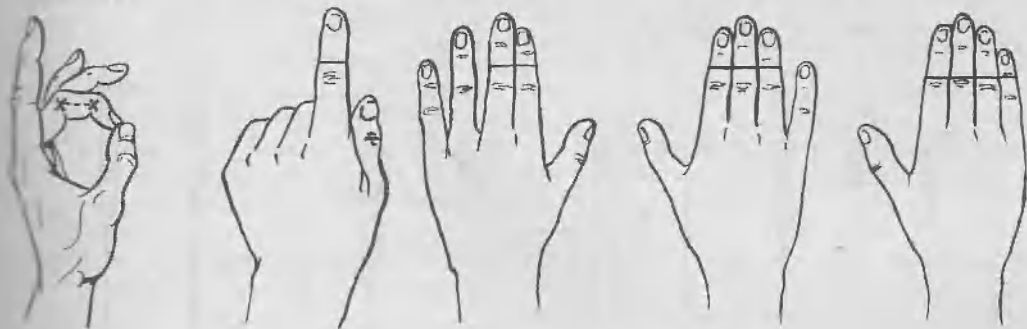
В древности считали, что точки акупунктуры расположены на определенных сосудах, или так называемых меридианах. Для нахождения этих точек предлагались разные единицы измерения.

В древние времена как меру длины применяли так называемый цунь, под которым понимали расстояние между вершинами кожных складок средней фаланги III пальца: у мужчин — левой руки, у женщин — правой. Официальный цунь равен примерно 3,2 см (рис. 7). В настоящее время для нахождения точек акупунктуры используют единицу длины, равную поперечному диаметру пальцев кисти (рис. 8, вспомогательный способ).

Следует помнить, что точки акупунктуры всего тела, за исключением области живота, располагаются в анатомических впадинах. Следовательно, врач, зная ориентировочно область расположения акупунктурной точки, без затруднения методом пальпации сумеет найти необходимую точку. При надавливании кончиком пальца на впадину обычно возникает ощущение ломоты или онемения. Очень сильное надавливание вызывает резкую болезненность, поэтому надо быть осторожным. В местах углубления обычно прослойка тканей между кожей и костью или фасциями менее выражена, а акупунктурная точка чувствительна, так как часто в ее зоне расположены сосуды и нервы. Однако лучше всего ориентироваться по анатомическим образованиям. Полезно использовать топографические данные о расположении точек акупунктуры по отношению к скелету, мышцам, которые приведены в описании каждой точки в отдельности.

Рис. 7.
Индивидуальный цунь
III пальца

Рис. 8. Способы измерения поперечным размером пальцев (в цунях)



Методика и техника иглокальвания и прижигания

Игла — инструмент иглотерапии. Иглокальвание осуществляется посредством тонких металлических игл с очень тонким стержнем и не слишком острым концом. Их вводят в глубокие слои медленно. Применяют иглы из сплава золота, серебра и высших сортов нержавеющей стали (рис. 9).

Золотая игла: золото — 75 %, серебро — 13 %, красная медь — 12 %. Серебряная игла: чистое серебро — 80 %, красная медь — 17 %, рафинированная медь — 3 %. Простые тонкие иглы: нити нержавеющей стали (нихром).

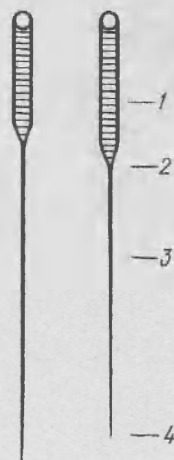
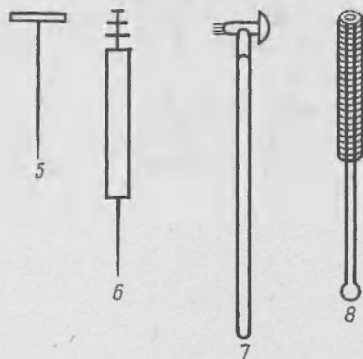
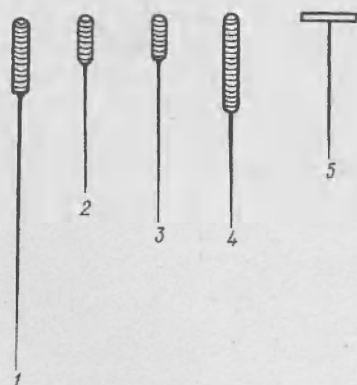
Золотые иглы из сплава очень удобны и считаются лучшими. Однако они сравнительно дорогие, что и ограничивает их широкое применение. Иглы из серебра, красной и рафинированной меди более хрупки и неэластичны, но применимы. Иглы из чистого серебра очень мягкие, практически неприменимы. Иглы из нержавеющей стали дешевы и очень практичны. Наиболее удобными считаются иглы из сплава золота с серебром. Попадая на кость, они изгибаются и не повреждают надкостницу, кроме того, не окисляются и легко дезинфицируются. Т-образные иглы изготавливают только из золота, так как их оставляют в тканях на длительное время. Например, при желудочном и носовом кровотечениях иглы могут оставаться в тканях до 72 ч. Для иглокальвания в ушную раковину используют иглы-кнопки и микроиглы из сплава нержавеющей стали, которые иногда оставляют на 7—10 дней. В некоторых случаях при лечении радикулярного синдрома микроиглы вводят в корпоральные акупунктурные точки, фиксируют на коже и оставляют на 7 дней.

Рис. 9. Формы игл:

1—4 — тонкие круглые иглы; 5 — Т-образная игла; 6 — кожная (детская) игла; 7 — кожная игла с пятью концами (молоточек); 8 — круглая игла с шаровидным концом

Рис. 10. Части иглы:

1 — ручка; 2 — основание; 3 — стержень; 4 — острие



В настоящее время наиболее часто применяют иглы из высших сортов нержавеющей стали, выпускаемые нашей промышленностью в комплектах по 20 штук. Длина иглы — от 0,45 до 14—16 см. Наиболее часто используют иглы № 1 (длина 0,5 см, диаметр 0,1—0,2 мм), № 2 (длина 3 см, диаметр 0,3 мм), № 3 (длина 7 см, диаметр 0,4 мм), № 4 (длина 10 см, диаметр 0,6 мм) и № 5 (длина 16 см, диаметр 0,6 мм).

Игла состоит из ручки, основания стержня, стержня и кончика (рис. 10). Стержень иглы должен быть гладким, хорошо отшлифованным. Кончик иглы заострен на конус (под углом 45—60°), чтобы не травмировать ткани, не вызывать болезненных ощущений или сводить их до минимума.

Для успешного лечения иглы подбирают в соответствии с местом укалывания и методом воздействия. При уколах в симметричные точки используют иглы одинаковой длины для сравнения глубины укола, на которой получена положительная реакция.

Хранение и дезинфекция игл. В древние времена иглы хранили в деревянных или бамбуковых трубках, не подвергали дезинфекции или стерилизации, а если лечение проводили больным инфекционными болезнями, то иглы прокалывали.

Хранить иглы (нестерильные) следует в гладкой нержавеющей трубке (стеклянной, металлической, пластмассовой), концы игл должны быть обращены вверх и не касаться пробки (можно поместить ватный тампон или кусочек поролоновой губки под пробку).

В настоящее время иглы перед началом лечения дезинфицируют путем кипячения или хранения в 75 % спирте. После процедуры иглы тщательно протирают тампоном, смоченным спиртом. Иглы молоточка следует промыть под проточной водой ватно-марлевым тампоном, а затем протереть спиртом. Остроту игл проверяют следующим образом: резиновую трубку или 4—6 листов бумаги (из ученической тетради) прокалывают быстрым толчком или медленным вращением и по степени продвижения иглы определяют ее остроту. Загнуто острие или нет, можно проверить с помощью спущенного комочка ваты (вкалывая и вынимая иглу). Если нити ваты не тянутся за кончиком иглы, то острие иглы не загнуто. Подобные проверки следует проводить перед обработкой иглы спиртом или стерилизацией. Иглы с загнутым острием травмируют ткани, вызывают боль.

Изогнутые в стержне иглы можно выправить следующим образом: большим и указательным пальцами правой кисти держать иглу за ручку, а большим и указательным пальцами левой, сжимая изогнутое место стержня, выравнивать, протягивая между пальцами.

Новые иглы требуют проверки и предварительной обработки. Серебряные или из нержавеющей стали иглы помещают в солевой раствор (1 чайная ложка мелкой поваренной соли на 1 стакан кипяченой воды) на 24 ч, после этого их тщательно протирают замшевой шкуркой. Это улучшает полировку стержня и острия. Если острие тупое, его следует отточить под углом 60° на оселке для правки бритв, а если кончик слишком острый, его нужно слегка притупить. Затем (в том и другом случаях) 5—10 раз проколоть замшевую шкурку. Иглы, обработанные и проверенные таким способом, можно применять для лечения.

Хранить иглы в условиях лечебного учреждения, где проводят иглоте-

рапию, лучше в банке со спиртом с притертой пробкой или в четырехугольном эмалированном тазике с крышкой.

После иглоукальвания иглы дезинфицируют и хранят следующим образом. Иглы для акупунктуры и электроакупунктуры, металлические трубочки к ним, микроиглы из нихрома, головку игольчатого молоточка подвергают тщательной очистке. Очистка медицинского инструментария предусматривает: а) промывку проточной водой тотчас после его применения (особенно тщательно промывают места соединения стекла с металлом); б) хранение в 5—10 % растворе магния сульфата при температуре 50—60 °С в течение 15 мин или в растворе, состоящем из перекиси водорода и моющих средств — «Новость», «Прогресс», «Сульфенол» — в соотношении 1:1; в) повторную промывку инструментария.

Стерилизовать иглы можно путем кипячения в дистиллированной воде (в течение 30 мин с момента закипания воды) или автоклавированием (в течение 30 мин при давлении 1,5 атм). Затем иглы перекалывают в стерильную чашку Петри или эмалированный тазик со спиртом (75 %). Нейспользованные иглы помещают в стерильную пробирку или в пробирку со спиртом (96 %). Для оказания помощи на дому иглы лучше хранить в серебряном портсигаре или патроне для шприцев, наполненном до половины спиртом и ватой. В аптеках иглы хранят в стеклянных пробирках острием вверх. Пробирки закрывают ватой, затем пробкой.

Иглы молоточка и приспособления в виде пучка игл требуют тщательного ухода и обработки. Кончики игл предохраняют от ударов, искривления и затупления, для чего головку молоточка с иглами хранят в специальной посуде (стеклянной) или коробке с 96 % спиртом. Использованный игольчатый валик промывают под проточной водой ватно-марлевым тампоном и помещают в посуду с 96 % спиртом, иглы-кнопки и подкожные иглы дезинфицируют так же, как и обычные иглы, хранят в стеклянной посуде со спиртом, причем концы игл должны быть обращены вверх; электроды (активные) для электроакупунктуры перед процедурой протирают ватным тампоном с 75 % спиртом.

Для предупреждения перелома или искривления игл необходимо соблюдать правила техники введения и извлечения игл.

Приобретение навыков иглоукальвания. Рекомендуется сделать ватный шарик диаметром до 5 см и обмотать его двумя слоями ниток. Ежедневно в течение 15—20 мин следует тренироваться в прокалывании шарика, используя иглу длиной 6 см. Иглу нужно охватить большим и указательным пальцами недалеко от острия (1—1,5 см) и вколоть в шарик. Следует отработать и способ введения иглы с вращением на 180° вокруг оси. Каждый день на шарик наматывают по одному слою ниток (в течение 10—15 дней). Такие занятия укрепляют силу пальцев и прививают навыки иглоукальвания.

Для тренировки можно использовать также пористую резиновую мялку, отрабатывая на ней направление укола, глубину и различные способы иглоукальвания. На резиновой губке тренироваться удобнее, так как она освобождает обе руки. Это позволяет отработать технику введения иглы, ощутить, как игла прокалывает перегородки и продвигается в пустоте.

После тренировок с предметами технику иглоукалывания отрабатывают друг на друге, делая уколы в главные точки. Это позволяет прочувствовать воздействие иглоукалывания, характер и иррадиацию ощущений при введении иглы и усовершенствовать технику иглоукалывания.

Глубина и направление укола. При выборе глубины укола учитывают следующее:

1) диагноз, конкретные синдромы и симптомы. Так, при обмороке, шоке или местном параличе иглу вводят более поверхностно, при остром или хроническом артрите — намного глубже;

2) возраст, степень развития мышечного слоя и упитанность больного. При лечении детей и лиц старческого возраста глубокое введение иглы противопоказано;

3) расположение нервных рецепторов и чувствительность больного;

4) место укола и его направление. Глубокие уколы противопоказаны на животе, особенно больным с пониженным питанием, над ключицами и в верхних отделах грудной клетки во время приступа бронхиальной астмы. В точки шейно-затылочной области фэн-фу Т16 и фэн-чи VB20, в области щеки — цюань-ляо IG18 и другие; глубокое введение иглы противопоказано, разрешается только укол под углом 45—60°. В точках головы (волосистая часть) укол делают поверхностно или почти горизонтально, под апоневрозом (под углом 10—15°).

Если больной находится в бессознательном состоянии, то глубину укола выбирают с учетом анатомических особенностей.

Направление иглы по отношению к поверхности кожи независимо от глубины укола может быть вертикальным, под углом и почти горизонтальным.

Вертикальное положение иглы (перпендикулярное к поверхности кожи) применяют чаще всего при поверхностном и глубоком уколах.

Укол под углом от 15 до 60° делают в тех случаях, когда глубокий укол противопоказан. Иногда это направление выбирают для того, чтобы обойти рубцы, ангиомы или сосуды, расположенные в области укола.

При горизонтальном (подкожном) уколе иглу вводят под углом 15° и меньше к поверхности кожи. Это позволяет через одну точку достичь рядом лежащие точки, расположенные на одной линии. В данном положении не допускаются круговые вращательные движения и пунктирование. Подкожное введение иглы производят в точках в области груди, головы и над жизненно важными органами. Его применяют при лечении бронхиальной астмы, мигрени, для остановки длительного кровотечения.

При почти горизонтальном введении иглы кожу в месте укола фиксируют или захватывают ее большим и указательным пальцами левой руки в складку, а большим и указательным пальцами правой руки вводят иглу. Подкожный метод иглоукалывания болезнен. Поэтому для уменьшения боли производят надавливание кожи вблизи места укола указательным пальцем или ногтем.

Подготовка к иглоукалыванию. Подбирают определенное количество игл различных размеров и проверяют их годность. Иглы должны быть прямыми, гибкими, острыми и чистыми. Их следует прокипятить (в течение 20 мин) или тщательно обработать 70—75 % спиртом. Лучше всего хранить

иглы в банке со спиртом. Если укол делают на грудной или брюшной стенках, то кипячение игл обязательно. Место укола протирают 3 % настойкой йода или спиртом.

Перед началом процедуры врач осматривает место, в которое будет вводиться игла. Там не должно быть поверхностно расположенных вен, рубцов, опухолевых образований. При напряжении мышц их массируют до полного расслабления. Перед введением игл нужно тщательно вымыть руки и, не вытирая их, протереть спиртом. Больному следует объяснить, какие у него могут быть ощущения, а он, в свою очередь, должен сообщить врачу об изменении ощущений во время сеанса иглоукалывания.

Перед манипуляцией врач должен занять удобное положение, чтобы доступ к намеченным точкам был свободным, так как после введения игл перемещать больного не рекомендуется.

Положение больного во время иглоукалывания и прижигания. Положение больного во время иглоукалывания и прижигания должно быть удобным. Это позволяет предотвратить нежелательные последствия (обморок, искривление или перелом иглы и др.).

Процедуру обычно проводят в одном из двух положений: лежа или сидя.

Возможны следующие варианты положения лежа:

1) на животе — при иглоукалывании и прижигании в точках, расположенных на спине, пояснице, ягодицах, на задней поверхности нижних конечностей и в зависимости от состояния больного;

2) на спине — при иглоукалывании и прижигании в точках, расположенных на груди, животе, в точке хуэй-инь на промежности (больной лежит на спине с отведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами), а также в точках на внутренней поверхности бедра и плеча;

3) на боку, когда необходимо сделать укол или прижигание в точках на наружной поверхности груди, ягодиц и наружной поверхности нижней конечности. Практика показывает, что уколы в точках на спине и в области поясницы лучше делать в положении лежа на животе. В положении сидя мышцы спины полностью не расслабляются, что снижает эффект лечения.

В положении сидя проводят иглоукалывание и прижигание в точках на голове, шее, верхней части спины и в области лопаток, а также на верхних конечностях.

При уколах в точках на голове и шее используют такие варианты положения:

1) сидя за столом, опираясь на локти, подпирая подбородок руками. Уколы производят в точках на волосистой части головы и на лице;

2) сидя за столом, при этом голова наклонена в сторону и находится на руке. Уколы делают на одной половине лица. Подобные процедуры можно проводить и в положении лежа на спине;

3) сидя, опираясь на локти руками и наклонив голову. Уколы делают в точки шейно-затылочной области;

4) сидя, опираясь на спинку стула, сложив руки на коленях, слегка откинув голову назад. Укол делают в точки на лице, передней поверхности

шеи и в верхней части груди. В эти точки можно делать иглоукальвание и прижигание также в положении лежа на спине;

5) сидя, опираясь на локти и подпирая подбородок руками. Укол делают в точки теменной области. В такой позе можно фиксировать голову. Подобные процедуры проводят и в положении лежа на животе.

В положении сидя при иглоукальвании и прижигании в точках на верхних конечностях руки больного могут располагаться следующим образом:

а) разогнутые в локтевых суставах верхние конечности положить на стол ладонями кверху (или уколе и прижигании точек на передней поверхности верхней конечности);

б) слегка выгнутые верхние конечности положить на стол тыльной поверхностью кверху. Это положение применяют при иглоукальвании в точках на передней и наружной поверхности плеча и тыльной поверхности предплечья. При иглоукальвании в точки хэ-гу, шоу-сань-ли, цюй-чи и ле-цзюе верхние конечности должны быть полусогнуты в локтевых суставах, пальцы кистей слегка сжаты в кулак, расслаблены, ладонями друг к другу. Лучше, если пальцы обеих кистей соприкасаются;

в) полусогнутые в локтевых суставах верхние конечности положить на стол ладонями кверху, иглоукальвание и прижигание проводят на ладони и передней поверхности. Если точки расположены в складках суставов (например, точки цюй-цзе, чи-цзе и шао-хай), то иглоукальвание проводят в положении сидя, разогнутая в локтевом суставе верхняя конечность должна находиться на столе передней поверхностью кверху;

г) одновременное укальвание в симметричные точки на верхних конечностях делают в такой позе: разогнутые в локтевых суставах верхние конечности лежат на столе ладонной поверхностью кверху, плечи должны быть расправленными;

д) согнутая в локтевом суставе верхняя конечность лежит на столе, слегка согнутые пальцы обеих кистей соприкасаются. Это положение применяют при иглоукальвании в точках на наружной поверхности плеча и в лопаточной области. Процедуру можно выполнять и в положении сидя на стуле, руки на коленях, слегка наклонив голову.

Ослабленным или впервые обратившимся больным во избежание обморока иглоукальвание проводят в положении лежа.

Больным с заболеванием дыхательных путей (например, бронхиальной астмой) не следует проводить иглоукальвание в положении лежа на животе из-за затрудненного дыхания. Положение сидя с упором на спинку стула или полулежа является самым удобным.

При проведении иглоукальвания и прижигания в точках на нижних конечностях под колени подкладывают валик во избежание напряжения мышц.

В положении на спине удобно проводить иглоукальвание в симметричных точках, расположенных в области лица, виска и на передней поверхности шеи.

Таким образом, положение для иглоукальвания выбирают с учетом состояния больного.

Особое внимание следует обратить на положение больного при прове-

дении скальпотерапии. Первый сеанс нужно проводить в положении лежа на спине. После адаптации больного и в зависимости от его состояния можно применять положение сидя, опираясь на локти и подпирая подбородок руками.

Иглоукальвание в аурикулярные точки проводят обычно в положении сидя за столом, опираясь на локти и подпирая подбородок руками. Врач сам выбирает угол наклона головы. Ослабленных больных следует положить на бок, подложив валик под голову, или на спину (при иглоукальвании симметричных точек).

При одновременном иглоукальвании в корпоральные и аурикулярные точки положение выбирают в каждом конкретном случае.

Больные атеросклерозом и гипертонической болезнью должны отдохнуть перед иглоукальванием в гипотензивные точки и после него (в течение 30 мин). Лиц с повышенной температурой тела рекомендуется лечить только в положении лежа.

В стационаре лечение проводят в палате или специально оборудованном кабинете. Применяют положения лежа и сидя, в зависимости от общего состояния больного и выбора корпоральных и аурикулярных точек.

Электроакупунктуру проводят в таких же положениях, как и иглоукальвание.

Методы введения иглы. В старинных литературных источниках по иглоукальванию и прижиганию особо подчеркивается, что введение иглы вне акупунктурной зоны в кожу, мышцу или кость вызывает только боль, не способствуя выздоровлению, а, наоборот, обостряя болезнь. Лечебный эффект наблюдается только при укальвании в точки акупунктуры, когда отсутствует выраженное болевое ощущение. Поэтому врач должен сделать укол таким образом, чтобы больной не ощутил боли. Для уменьшения боли необходимо отвлечь внимание больного разговором, одновременно надавливая одним или двумя пальцами на акупунктурную зону. Иглу вводят различными методами: медленными вращательными движениями, быстрым поверхностным уколом или уколом с последующими вращательными движениями.

Метод введения иглы медленными вращательными движениями. Иглу берут большим и указательным пальцами или большим, указательным и средним пальцами, вводят ее перпендикулярно к поверхности кожи вращательными движениями, слегка надавливая на иглу по оси.

Существуют два способа введения иглы вращательными движениями: 1) с фиксацией кожи в области выбранной точки (различают 6 приемов фиксации кожи и введения иглы в акупунктурные точки; рис. 11), 2) без фиксации кожи (рис. 12). При введении иглы вращательными движениями может возникнуть острая, жгучая боль, так как кожа, реагируя на иглу как на инородное тело, спазмируется и в месте укола тянется за иглой. Это явление наблюдается в местах, где ткань имеет пониженный тургор (живот, молочная железа, кожа у стариков). Следовательно, в таких местах фиксация кожи в зоне введения иглы обязательна. Этот способ весьма удобен и часто применяется врачами у детей или больных с гиперкинезами (паркинсонизм, хорей). Вместе с тем, необходимо следить, чтобы пунктируемая точка не сдвигалась.

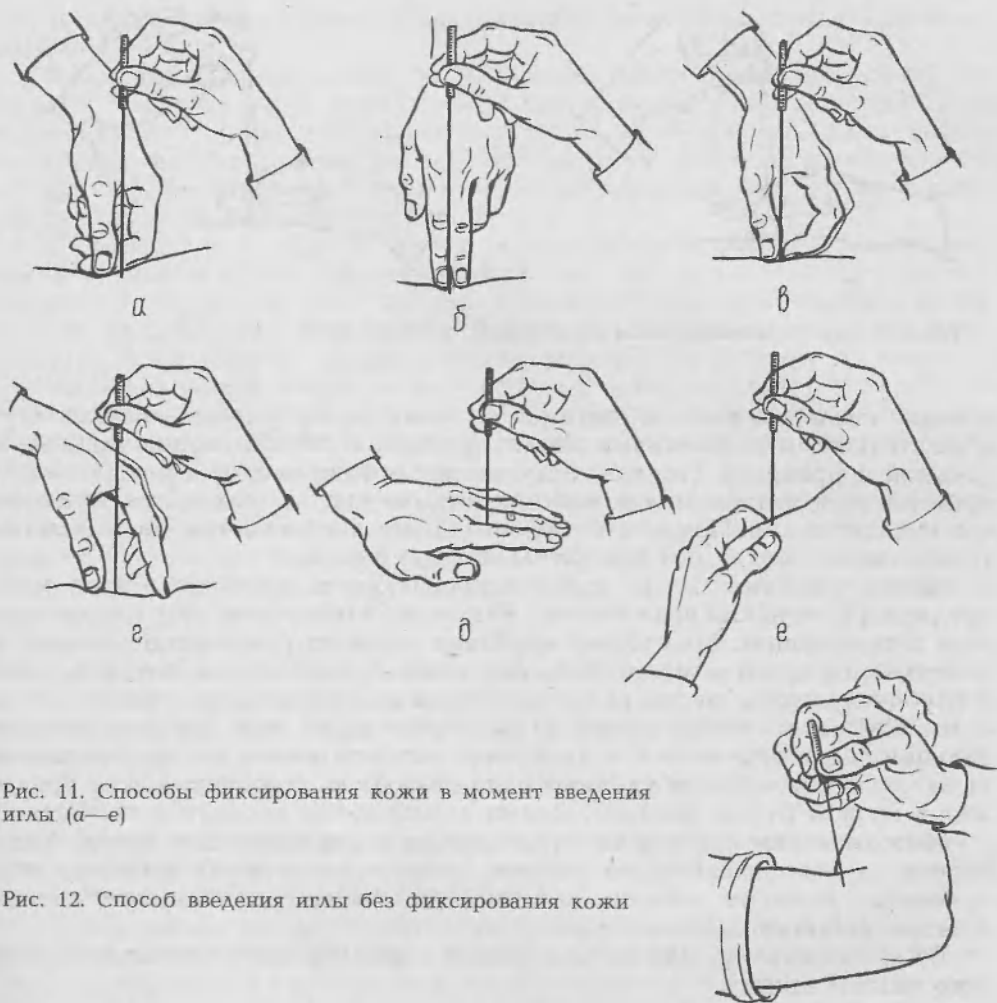


Рис. 11. Способы фиксирования кожи в момент введения иглы (а—е)

Рис. 12. Способ введения иглы без фиксирования кожи

Метод быстрого поверхностного укола применяют при оказании неотложной помощи как детям, так и взрослым. При этом используют иглу с острым концом, лучше — короткую и тонкую. Большим, указательным и средним пальцами ее вводят быстро, после нескольких вращательных движений ее извлекают. Одновременное введение иглы коротким уколом рекомендуется, если больной находится в бессознательном или предобморочном состоянии, а также в состоянии возбуждения.

Метод укола с последующими вращательными движениями — двухмоментное введение иглы. С этой целью используют длинные иглы. Иглу берут указательным и большим пальцами на 1 см ниже острия и быстро прокалывают кожу. Потом иглу вращают за ручку вокруг оси направо и налево и вводят ее глубже. Если при этом возникает боль, то иглу

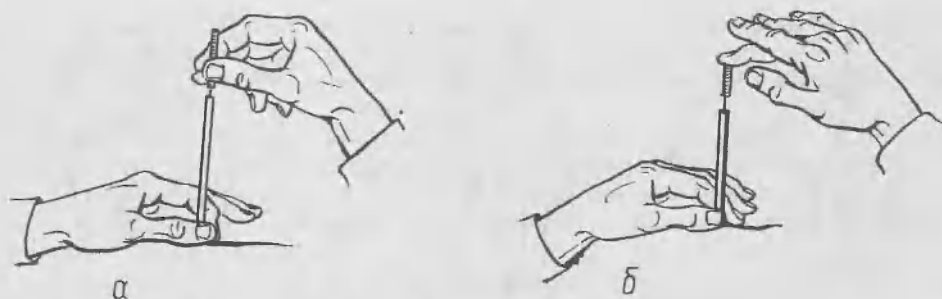


Рис. 13. Способ введения иглы с помощью трубочки (а, б)

отводят назад, кверху, не вынимая из кожи, и, чуть сменив направление, вращательными движениями вводят дальше. В точки, расположенные на грудной и брюшной стенках, иглу вводят в фазе выдоха (при вдохе игла остается неподвижной), так как при выдохе мышцы находятся в расслабленном состоянии. При почти горизонтальном направлении укола длинные тонкие иглы вводят без вращательных движений.

Метод введения иглы через направляющую трубочку. Этот метод предложил японский врач Кенчио Кацуичи Сигияма (рис. 13). Он заключается в следующем. Врач берет трубочку в левую руку, устанавливает на поверхности кожи в месте введения иглы, правой рукой вставляет иглу в трубочку, чтобы ручка иглы выступала над верхним ее концом на 3—4 мм. Затем по концу ручки иглы стучат один или два раза средним пальцем. Она опускается в трубочку, что указывает на проникновение иглы через кожу. Затем удаляют направляющую трубочку, а иглу продолжают правой рукой вращательными движениями вводить в ткани.

Методические приемы иглоукальвания в корпоральные точки. Уколы обычно делают сначала на голове, затем — на верхних конечностях и туловище, далее на нижних конечностях. Вначале пунктируют главные, а затем дополнительные точки.

Во время нахождения иглы в тканях наиболее часто проводят следующие манипуляции:

1. Прямой или простой укол. Иглу вводят через кожу на определенную глубину одномоментно. Для получения возбуждающего эффекта производят легкое раздражение путем медленного вращения иглы; при необходимости вызвать тормозной эффект производят более сильное раздражение. В обоих случаях иглу извлекают сразу. Этот способ применяют во время первого сеанса и при лечении ослабленных больных и детей.

2. Неполное извлечение. Если при введении иглы на необходимую глубину больной ничего не ощущает или чувствует боль, то это означает, что игла прошла мимо точки; в этом случае иглу отводят назад, сменив направление, пунктируют, слегка вращая иглу вокруг оси. При появлении ощущения прохождения электрического тока (импульс по ходу нерва) и быстрого его прекращения следует снова отвести иглу назад и повторить пунктирование до ощущения импульса. Неполное извлечение иглы приме-

няют в целях периодического раздражения или уменьшения сильного раздражения.

3. Вращение. При двухмоментном введении иглу слегка вращают по оси налево и направо. При этом происходит усиление раздражения. Для получения возбуждающего эффекта иглу следует вращать медленно и легко, при этом укол должен быть более быстрым. Для получения тормозного эффекта необходимы противоположные действия. Быстрое вращение иглы в одну сторону не допускается.

4. Пунктирование. Иглу вводят на определенную глубину, затем непрерывно, не извлекая ее из тела, передвигают то вверх, то вниз (метод «ключающего воробья»). Этот способ применяют для нахождения точки сильного раздражения. Такое пунктирование противопоказано чувствительным и ослабленным больным, лицам старческого возраста и детям.

5. Беспорядочный метод. Иглы вводят с четырех сторон (спереди и сзади, слева и справа) на расстоянии 1 см от точки воздействия. Затем вращают их вправо и влево вокруг оси. Этот способ, как и метод пунктирования, позволяет добиться сильного раздражения.

6. Оставление иглы. Введенную иглу после появления ощущения прохождения электрического тока оставляют неподвижной в следующих случаях: при мышечном напряжении в месте укола; при пониженном тоне мышц, чтобы нанести раздражение через 1—2 мин; после сильного раздражения для длительной передачи импульсов (25—30 мин) в целях получения тормозного эффекта и обезболивания. На продолжительное время удобно оставлять Т-образные иглы: под рукоятку иглы подкладывают марлевые салфетки и фиксируют иглу пластырем и повязкой. Этот метод часто применяют при невралгии и кровотечении. Иногда совмещают методики пунктирования и оставления иглы. В этом случае вводят несколько игл, оставляя их на какое-то время, затем пунктируют и снова оставляют.

Метод оставления иглы оказывает слабое продолжительное тонизирующее воздействие. Ее используют для лечения озноба и повышения умственной или физической активности.

7. Порционный, или интермиттирующий, метод. Иглу вводят одно- или двухмоментным способом и наносят раздражение. Затем на каждом участке или определенной глубине ее оставляют на значительный промежуток времени. Этот метод эффективен при невралгиях.

8. Метод введения игл вокруг очага поражения. Вводят несколько (до 6—8) игл на малой площади вокруг поврежденной части тела в области очага боли или мышечного напряжения. Для кругового иглоукальвания специальные точки акупунктуры не выбирают, а делают иглоукальвание вокруг болевого очага. Данный метод применяют при лечении артрита, люмбаго, ушибов, локализованной боли, экземы.

9. Укол с пощелкиванием по ручке иглы. После введения и оставления иглы в месте ощущения прохождения электрического тока в целях поддержания непрерывных импульсов от иглы врач постоянно производит удары щелчком по ручке иглы. Этот метод применяют при параличе.

10. Укол и оставление малых подкожных игл. В Японии используют для иглоукальвания малые подкожные иглы, которые могут оставаться в

месте укола длительное время. При опросе пациент указывает места наибольшей боли. Иглу вводят под кожу, прокалывая только верхний ее слой, и фиксируют в этом положении пластырем. Этот метод используют для снятия боли. В случае поражения большой зоны или когда боль сопровождается воспалительным процессом, отеком, раздражением кожи, желательнее находить наиболее чувствительные точки вокруг болевого очага, куда должны быть введены иглы.

11. Укол и микрокровопускание. Иглу вводят одномоментно, затем вращают ее вправо и влево вокруг оси в течение 5 мин, извлекают и выпускают 2—3 капли крови. Место укола слегка массируют. Например, часто одна капля крови, взятая из точки шао-цзу (первая точка меридиана тонкой кишки), моментально снимает боль в подлопаточной области. Некоторые виды головной боли, люмбаго, тошнота поддаются лечению игломикрокровопусканием. Чаще всего кровопускание производят из вен. На затылке, плече, поясничной области находят место скопления капилляров, которые выглядят вздутыми (или красное пятно, образованное капиллярами). Из этой части тела выпускают незначительное количество крови. Полагают, что кровопускание способствует нормализации кровообращения в области застоя крови. Вскрытие вен у края ногтей пальцев кисти и стоп часто дает положительные результаты при лечении шока и расстройства кровообращения в конечностях.

12. Укалывание горячей иглой. В целях усиления эффекта ручку иглы нагревают горячей сигарой (ранее накладывали комочек моксы на ручку иглы и зажигали). Игла проводит тепло к тканям, что усиливает действие иглотерапии. Этот метод применяют главным образом при артрите, контрактуре, повышении тонуса мышц и боли в брюшной полости. В настоящее время его рекомендуют использовать при ОРВИ.

13. Укалывание накаленной иглой. Иглу намазывают конопляным маслом, держат над пламенем свечи до тех пор, пока она достаточно накалится. В заранее намеченное место делают укол. Этот метод применяют на всех частях тела, кроме лица и стоп. Иглу вводят не глубоко, но и не поверхностно. Как только игла достигла определенной глубины, ее извлекают, а место укола прижимают ваткой для уменьшения боли.

Болевые ощущения, возникающие у больного, зависят от метода введения иглы, проводимых манипуляций, места раздражения, конституции больного и его психического состояния. При медленном вкручивании иглы кожа тянется за ней и большой чувствует жжение, особенно если игла попала в сосуд. Такое раздражение оказывает отрицательное воздействие на результат лечения. Однако у большинства больных постепенно появляются ощущения распирания, тяжести, ломоты, онемения, ощущение прохождения электрического тока.

Раздражение в акупунктурных точках можно получить также с помощью прижигания и надавливания пальцами без применения иглы — так называемый метод пальцевой акупрессуры, или точечного массажа. Обычно этот метод используют при лечении детей.

За долгие годы на практике были испытаны различные методы введения иглы. По сравнению с традиционными китайскими методами — кручение иглы по часовой и против часовой стрелки, установление иглы

в направлении «течения энергии» вдоль «меридианов» — при использовании других методов иглоукальвания каких-либо различий в реакции больного обнаружить не удалось. Реакция на иглоукальвание при нарушении физиологического гомеостаза зависит от ряда условий и факторов: силы раздражения (воздействия), квалификации и опыта врача, стадии заболевания, его характера, психологического состояния больного, момента раздражения, условий, в которых проводится лечение, и т. п.

Методы извлечения иглы. Существует три основных метода извлечения иглы:

1. Извлечение легкими вращательными движениями с подтягиваниями и остановками — умеренное раздражение с оставлением иглы на 1 мин в тканях, а затем ее извлечение. Это не вызывает боли, в точке укола кровь не появляется. После извлечения иглы место ее введения следует промассировать сухим марлевым или ватным тампоном. Если при извлечении иглы мышечная ткань или кожа спазмируются, то следует снять спазм вблизи иглы с помощью массажа или нажатия двумя пальцами, а затем извлечь иглу. Если во время лечения больной меняет положение тела и происходит сокращение мышц, то игла может искривиться, что затруднит ее извлечение. В этом случае нужно придать больному прежнее положение и медленными движениями извлечь иглу.

2. Извлечение медленное. Производят медленным, постепенным вращением и подтягиванием кверху. Оно целесообразно при глубоких укальваниях.

3. Извлечение иглы с быстрой вибрацией. Быстрыми и легкими движениями производят прямое или смещенное пунктирование и быстро извлекают иглу. При таком пунктировании и удалении пользуются короткими иглами.

Если на месте укола после извлечения иглы наблюдается кровотечение, необходимо воспользоваться ватным тампоном (прижать на 20—30 с). При подкожном кровоизлиянии место укола слегка массируют. Подкожные иглы извлекают осторожно, снимая пластырь. Подкожное кровоизлияние не приводит к осложнениям, за исключением области каротидного синуса.

Применение Т-образной иглы. При лечении желудочного или носового кровотечения приходится оставлять иглы на длительное время для закрепления полученного эффекта (остановка кровотечения, воздействие на механизмы свертывания крови и образования сгустка в месте кровотечения). Метод длительного оставления иглы применяют также при спазме диафрагмы, невралгии тройничного нерва, неукротимой рвоте неврогенного характера и т. д. Однако иглу можно оставлять на продолжительное время (на 24—48 ч) только в тех случаях, когда болезненные симптомы после ее введения исчезают и больной не испытывает неприятных местных ощущений. При оставлении Т-образной иглы не следует выбирать очень чувствительные точки.

Т-образные иглы состоят из ручки длиной 2 см и горизонтально припаянного стержня (1,5—3 см). Стержень делают из сплава, содержащего золото, а ручки — из сплава, содержащего серебро.

Т-образную иглу вводят так же, как и обычные тонкие иглы. Во избежание трения кожи под ручку иглы подкладывают маленький кусочек

салфетки из 2—3 слоев и фиксируют иглу липким пластырем. Если при движении у больного не появляется никаких болезненных ощущений, иглу оставляют на предусмотренное время. Этот метод обычно применяют в стационаре, так как больной должен находиться под наблюдением врача.

T-образную иглу извлекают медленными вращательными движениями. Затем делают легкий массаж на месте укола. Если место укола кровоточит, то его легко массируют ватным тампоном в течение 1 мин.

Причины и профилактика обморока. У некоторых больных с лабильной нервной системой при иглоукалывании наблюдается обморочное или полубморочное состояние.

Обморочное состояние может быть вызвано следующими причинами: грубой техникой введения игл, использованием деформированной иглы, недостаточным информированием больного об ощущениях, возникающих при иглоукалывании, страхом перед процедурой; астеническим состоянием и повышенной чувствительностью к уколам; проведением процедуры во время обильной менструации; состоянием голода и сильным физическим переутомлением; резким введением иглы, возникновением боли при уколе глубоко расположенных крупных сосудов.

Обычно обморочное состояние проходит быстро. Однако если обморок наступил во время процедуры, надо прекратить введение иглы и мягко, спокойно извлечь ее, а пациента уложить. Если обморок начался в положении сидя, следует сделать больному укол в точку жэнь-чжун (под носом в бороздке верхней губы), наклонить его голову до колен. В таком положении больной должен находиться в течение 1—2 мин. Можно нанести укол и в точки на кончиках пальцев.

Перед началом процедуры врач информирует больного об ощущениях, появляющихся при иглоукалывании, о том, что уколы безболезненны или слегка болезненны. При появлении боли больной должен сообщить об этом врачу. Необходимо подчеркнуть, что метод иглоукалывания безопасен и не дает осложнений. Вместе с тем, слабым, чувствительным, невротичным больным иглоукалывание лучше проводить в положении лежа, начиная с уколов в менее болезненные точки. Первая процедура для больного должна быть подготовительной, более щадящей. Для этого выбирают лишь 2—3 точки. Во время введения иглы врач внимательно следит за выражением лица больного, его пульсом, состоянием. Если больной жалуется на ломоту, сильное раздражение иглой противопоказано. При первых признаках неблагоприятной реакции следует прекратить укалывание и принять соответствующие меры.

При лечении пациентов с хроническими заболеваниями первые уколы рекомендуют делать в малочувствительные точки, расположенные на тыльной поверхности верхних и нижних конечностей, а также в общеукрепляющие точки.

Поломы иглы и способы ее извлечения. Случаи полома иглы в тканях крайне редки. Несмотря на то что перелом иглы не опасен, так как отломанная часть иглы окисляется и капсулируется в тканях, врач не должен допускать этого. Причины полома иглы могут быть следующими: дефект стержня иглы (многократное сгибание иглы в одном месте, трещина, эрозия в теле иглы или потеря эластичности); плохое качество иглы;

резкое изменение позы больного; сильное перенапряжение мышц в месте введения иглы; внезапный приступ судорожных сокращений мышц конечностей; чрезмерное манипулирование иглой, нечаянный сильный удар по игле и поломка при извлечении изогнутой иглы.

При поломке иглы в тканях врач спокойно должен объяснить больному возникшую ситуацию и принять соответствующие меры.

Если отломанный конец находится в коже, его можно удалить пинцетом. Отломанный конец, находящийся под кожей, следует вытянуть с помощью другой иглы, как обычную занозу, или выдавить, взяв кожу в складку и нажимая на нее снизу. Если обломок длинный и остался в мягких тканях (мышцах), его удаляют оперативным путем.

В целях избежания поломки иглы перед введением нужно проверить ее качество, произвести обработку или кипячение. Во время процедуры больной не должен двигаться. Не следует применять большое усилие при внезапной задержке иглы в тканях, а также вводить стержень иглы до рукоятки. Не рекомендуется производить уколы в крупные сосуды из-за подкожного внутримышечного кровоизлияния и риска появления боли.

Микроиглотерапия

Разновидностью классического иглоукальвания является микроиглоукальвание, которое получило развитие в последнее десятилетие. Метод длительного воздействия на точки акупунктуры микроиглами нашел широкое распространение в нашей стране и за рубежом.

Иглы изготавливаются из высших сортов нержавеющей стали (нихрома) или из сплавов золота и серебра диаметром 0,1—0,3 мм. Форма иглы: ручка в виде 1,5—2 витков спирали, которая сходится в центре и заканчивается стерженьком длиной от 1 до 15 мм. Кроме указанных игл, в Японии, например, применяют подкожные иглы, у которых ручка сделана не в виде спирали, а в виде небольшого квадратика, стержень имеет длину 8 мм. В отличие от обычных акупунктурных игл микроиглы применяют для длительного воздействия (от нескольких часов до 7 сут) на акупунктурные зоны при носовом и желудочном кровотечениях, а также при различных болевых синдромах, мышечных контрактурах, хронических заболеваниях. Микроиглоукальвание можно применять как самостоятельный метод лечения или в комплексе с другими видами рефлексотерапии.

В основе лечебного воздействия микроиглотерапии так же, как и при классической акупунктуре, лежит нейрогуморальный рефлекторный механизм: механическое раздражение иглой рецепторного аппарата, создание в акупунктурной точке в месте укола хронического асептического воспаления и очага продолжительной импульсации. Это создает искусственную длительно существующую доминанту, которая переключает на себя поток патологических импульсов, постепенно освобождает от них кору большого мозга, что способствует нормализации функционального состояния нервной системы.

Методика микроиглотерапии. Лечение проводят в амбулаторных условиях. Положение больного (сидя или лежа) выбирают в зависимости от

заболевания и места иглоукалывания. Важно, чтобы оно было удобным для больного и врача. Определив места иглоукалывания, врач дезинфицирует их и после высыхания мест укола с помощью малого анатомического (глазного) пинцета берет иглу за спиралеобразную ручку, ставит острие на точку укола, а указательным пальцем левой руки прижимает иглу к коже. Затем фиксирует иглу медицинским лейкопластырем (квадратик площадью 1 см²). На одну процедуру необходимо от 2 до 6 игл в зависимости от заболевания. В некоторых руководствах указывается, что стальные микроиглы могут оставаться в течение 1—5 сут, а серебряные или золотые — до 3 нед. Врач обязан осматривать больного, которому поставлены микроиглы, один раз в 3—4 дня, особенно если они находятся в ушной раковине. Больные, которым введены микроиглы, могут работать, принимать гигиенические процедуры. Однако при появлении боли, напряжения, кровотечения, воспалительного процесса их удаляют и место укалывания тщательно обрабатывают 70 % спиртом и 3 % раствором йода. Если отрицательные явления отсутствуют, микроиглы удаляют по истечении срока процедуры. Снятие пластыря и извлечение иглы производят пинцетом, после чего ее промывают в проточной воде, устраняют дефекты, затем иглу дезинфицируют.

В клинической практике микроиглотерапию можно применять самостоятельно или после обычной иглотерапии, а также в сочетании не только с корпоральной, но и с аурикулярной иглотерапией, электропунктурной рефлексотерапией.

При использовании микроиглотерапии как самостоятельного метода лечения следует начинать с точек общего действия для оказания регулирующего влияния на различные отделы нервной системы. Затем иглы вводят в местные или болевые точки, сегментарные (местные и отдаленные), регионарные, отдаленные точки преимущественно общего действия.

В практической работе оправдали себя следующие способы сочетания точек: 1) метод симметричных точек — местные (болевые), отдаленные и общие; 2) метод перекрестных точек — местные (болевые) точки на пораженной стороне, отдаленные — на здоровой или наоборот; 3) метод основных точек для лечения основного заболевания и симптоматических — для лечения сопутствующих синдромов и заболеваний.

Продолжительность процедуры зависит от заболевания и эффективности лечения.

Воздействие пучком игл. Раздражение пучком игл рецепторов зон акупунктуры кожи производят специальными кожными иглами. Это короткие иглы длиной 3—4,5 мм. Их еще называют «детскими иглами», так как их применяют в основном для лечения детских заболеваний. Если указанные иглы отсутствуют, то используют пучок из 8—10 маленьких игл, связанных вместе. Кожная игла с 5—10 концами бывает и в виде молоточка, головка которого должна быть съемной для удобства стерилизации. Ручка сделана из пружинистого материала в целях равномерного нанесения раздражения при умеренном приложении силы. В последнее время этот метод несколько видоизменен. Для молоточка иглы делают длиной 1,5 мм, наносят раздражение по меридианам, рефлексогенным зонам, неравномерно охватывая большую площадь кожи. Опыт показыва-

ет, что иглы в молоточке должны быть не длиннее 1—2 мм, так как рецепторы, участвующие в формировании боли, располагаются на глубине 0,25—0,5 мм от поверхности кожи. Раздражения наносят по акупунктурным зонам локально (в местах боли), сегментарно и отдаленно. Этот метод применяют при трофических язвах, слабогранулирующих ранах, экземе, псориазе, нейродермите. При трофических язвах раздражение наносят по краям язвы, при экземе — по определенным участкам. Если экзема очаговая, то в первый день раздражение наносят по краям очага, а на второй день — по его центру. При круговом выпадении волос раздражают весь очаг облысения, в профилактических целях — вокруг очага поражения на 1 см.

Воздействие пучком игл производят двумя способами: с помощью легкого и сильного раздражения. При легком раздражении больной чувствует легкое покалывание, слабую прерывистую боль при частоте ударов 120 в 1 мин в течение 3—5 мин. После пучковой акупунктуры наблюдается незначительная гиперемия.

При умеренном раздражении пациент ощущает более выраженное, слегка болезненное покалывание. После процедуры остается ощущение легкой боли в зоне иглоукалывания, которое в течение 1 ч прекращается. Продолжительность процедуры 3 мин.

Во время сильного раздражения больной отчетливо ощущает покалывание, сопровождающееся умеренной болью. В месте укола появляются капельки лимфы или сукровицы, а иногда и капельки крови, выраженная гиперемия и в течение 6—10 ч ощущается легкая болезненность. Продолжительность процедуры 2—3 мин.

Легкое и умеренное раздражение применяют у детей, лиц с повышенной чувствительностью и в местах гипералгезии; сильное раздражение — при миозите, фибромиозите, заболеваниях периферической нервной системы (кроме области лица). Например, при неврите и невралгии верхних и нижних конечностей раздражения возможны по ходу нервов — от периферии к центру; при артрите — круговыми движениями в области сустава на передней и боковых поверхностях. На подколенной и ладонной поверхностях раздражение не производят. Не рекомендуют воздействовать пучком игл в местах варикозного расширения вен. Легкое раздражение наносят на волосистую часть головы. Больной должен полежать 5—6 мин.

Перед процедурой необходимо выбрать удобное положение для больного и врача. Молоточек держат в руке свободно, удары наносят движением кисти отрывисто сверху вниз. Иглы должны быть направлены перпендикулярно к плоскости кожи. После процедуры место раздражения слегка протирают спиртом.

Поверхностное раздражение иногда наносят валиком длиной до 4—5 см, диаметром до 2 см, на котором закреплены иглы в 8—10 рядов длиной 3—4 мм или нарезаны шипы в виде четырехгранных пирамидок. Валик делают из нержавеющей стали или пластмассы, а иглы — из нержавеющей стали или благородных металлов.

Шарикотерапия

Шарикотерапию относят к физическим факторам раздражения рецепторов (экстерорецепторов и барорецепторов) кожи по типу точечного массажа, только с постоянным действием на рецепторы. Она напоминает микроиглотерапию по длительности воздействия шарика в зоне акупунктуры.

Метод шарикотерапии заключается в следующем: шарик из нержавеющей стали диаметром 1 мм с помощью намагниченного глазного пинцета накладывают на кожу в зоне акупунктуры. Затем подушечкой указательного пальца левой кисти его слегка вдавливают в кожу и фиксируют липким пластырем размером 5 мм × 5 мм. На выбранные точки акупунктуры накладывают шарики на 7—14 дней в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Через каждые 2—3 дня врач контролирует состояние больного. Можно применять стеклянный, фарфоровый и магнитный шарики диаметром до 3 мм. Эффект лечения такой же, как при использовании металлических шариков.

Метод шарикотерапии может быть применен самостоятельно и в сочетании с другими методами рефлексотерапии. Особенно он показан ослабленным больным, детям и лицам пожилого возраста, а также пациентам с хроническими заболеваниями. Точки акупунктуры выбирают и сочетают так же, как и при иглорефлексотерапии. Шарики размером 1 мм применяют и в точках акупунктуры на ушной раковине, кистях и стопах.

Прижигание

Под прижиганием в восточной медицине подразумевают не только прижигание в буквальном смысле слова, но и прогревание некоторыми веществами.

В древние времена прижигания, выполняемые с помощью тлеющей измельченной полыни, способствовали образованию ожогов II степени, причиняли большим боль. В настоящее время применяют специально изготовленные полынные сигары, которые нашли широкое применение в лечебной практике (рис. 14). Для их изготовления используют простую полынь (*Artemisia vulgaris*) — чернобыльник из семейства сложноцветных. После прижигания полынной сигарой длительное время сохраняется приятное тепло, не остается болевых ощущений.

Изготовление полынных сигар. Листья полыни вялят, перемешивая, чтобы не сопрели, сушат на солнце, затем измельчают в ступке, просеивают через решето. Полученная масса становится похожей на шерстевидный пух. Нарезают папиросную бумагу шириной 5 см и длиной 20 см. Приготавливают стержень из дерева или металла (трубка) диаметром 1,2 см, длиной 25 см. Затем полоску заготовленной бумаги по длине стержня обтягивают и клеивают клеем из крахмала. Как только место склейки высохнет, гильза для сигареты готова. Следует только набить полынным пухом и нанести деления, рассчитывая, что одно деление должно соот-

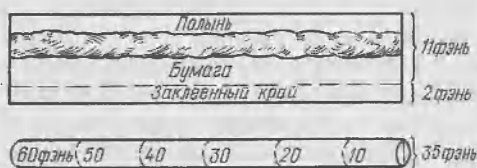
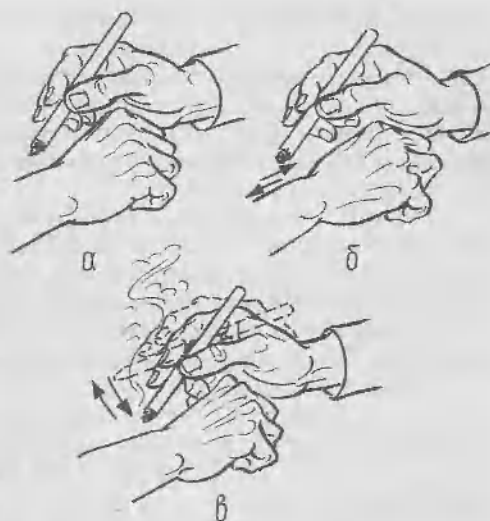


Рис. 14. Полынная сигара

Рис. 15. Методы прижигания:

а — тепловой; б — утюжащий; в — «клюющий»



ветствовать одной минуте прижигания. Полынную сигару следует набивать туго, тогда она спорает медленнее, дает приятное тепло и мало дыма. Измельченная полынь должна быть сухой и храниться в сухом месте, лучше в плотно закрытых стеклянных банках.

Методы лечения прижиганием. От наружных раздражающих средств прижигание отличается тем, что тепловое воздействие горящих полынных сигар или термических приборов направлено на чувствительные окончания (терморцепторы), заложенные в более чувствительных зонах кожи.

Полынно-сигарное прижигание можно проводить тремя методами: тепловым, утюжащим и «клюющим».

1. Метод теплового прижигания (рис. 15, а).

Первый способ: полынную сигару держат на расстоянии 1,5—2 см от кожи в течение 5—30 мин. Этот способ тормозного действия применяют при невралгии, заболеваниях пищеварительного канала, кожных болезнях и т. д.

Второй способ: берут срез корня имбиря толщиной 0,3—0,5 см, в нем проделывают отверстие диаметром 0,5 см и накладывают на зону прижигания, затем сигарой на расстоянии 1—1,5 см делают прижигание. При появлении ощущения жжения сигару отводят на 20—30 с, затем снова приближают. Эту процедуру повторяют до тех пор, пока кожа не станет красной и влажной. Лечение проводят ежедневно. Данный способ показан при рвоте, поносе, артрите и др.

Третий способ: используют прокладку из чеснока. Этот способ показан при легочном туберкулезе, туберкулезе лимфатических узлов и холодном абсцессе в начальной стадии. Противопоказан большим малярией и в период озноба при лихорадочном состоянии.

Четвертый способ теплового воздействия применяют в исключительных случаях — при коме, солнечном ударе, неукротимой рвоте, поносе. Для этого пупочное кольцо (ямку) наполняют солью до уровня кожи на

животе, а если пупочной ямки нет, то соль нужно положить на пупок, затем кладут срез корня имбиря и прогревают эту область.

2. Метод утюжающего прижигания (рис. 15, б). Он заключается в непрерывном передвижении горячей сигары над пораженным участком кожи на расстоянии 0,5—1 см. Он не вызывает ожога. Показан при кожных болезнях, болевых ощущениях и параличе. Продолжительность процедуры 5—15 мин.

3. Метод «клюющего» прижигания (рис. 15, в). Перед началом прижигания следует объяснить больному, что в случае появления ощущения жжения или покалывания он должен сказать «есть». Тогда врач должен поднять горящий конец сигары вверх. Затем через 1—2 с он снова приближает сигару к зоне прижигания. Таким образом сигару перемещают то вверх, то вниз. Продолжительность процедуры 2—5 мин.

«Клюющим» методом можно прижигать одновременно в двух точках. Например, горящий конец сигары приближают к точке на правой нижней конечности; если больной почувствовал покалывание, врач переносит сигару к точке на левой нижней конечности. Таким образом чередуют прижигание в одной и другой точке.

Прижигание также комбинируют с иглоукалыванием. Во время иглоукалывания над иглой удерживают горящий конец полынной сигары. Тепло проходит через иглу до глубины тканей, что усиливает действие иглотерапии. Этот метод применяют главным образом при артрите, контрактуре, повышенном тоне мышц, боли в животе. До появления полынных сигар комбинированное прижигание выполняли следующим образом: к ручке иглы прикрепляли пучок полыни, которую затем зажигали. Это так называемый способ горячей иглы.

Одним из недостатков прижигания является то, что дым от сигары отравляет воздух в комнате, особенно в зимнее время.

В настоящее время используют приборы-рефлекторы для прижигания, которые с помощью электрической спирали и насадок на фен направляют поток нагретого воздуха и инфракрасных лучей. Имеются и другие приборы, принцип действия которых основан на нагревании спирали электрическим током. По эффективности лечения они не уступают полынным сигарам, при этом нет дыма и запаха.

Положительные стороны прижигания. 1. При прижигании не бывает осложнений, которые наблюдаются при иглоукалывании (обморочные состояния, искривление иглы). 2. Нет надобности проводить дезинфекцию кожи на месте прижигания. 3. Прижигание можно применять там, где трудно проводить дезинфекцию кожи, иглоукалывание или где иглоукалывание противопоказано, а также больным с повышенной чувствительностью или лицам, боящимся иглоукалывания. 4. Полынно-сигарное прижигание больные могут применять самостоятельно во время приступа пароксизмальной тахикардии, бронхиальной астмы, боли при язве желудка.

Правила прижигания. Перед началом прижигания больной должен занять правильное и удобное положение.

При тепловом прижигании через имбирь или чеснок следует избегать ожогов II степени. В случае ожога (волдырь) необходимо положить

ватный тампон со спиртом или одеколоном на 20 мин, затем сухой тампон и заклеить места ожога пластырем.

Не рекомендуется применять прижигание возле чувствительных органов или слизистых оболочек.

При полынно-сигарном прижигании надо быть внимательным, чтобы исключить попадание искр на одежду больного. Врач должен выбрать для себя устойчивое и удобное положение. Это позволит выполнить процедуру продолжительностью 30 мин и более.

Перед тем, как начать полынно-сигарное прижигание, нужно приготовить квадратный тазик, в который кладут сигары, спички, ножницы и фарфоровую банку с крышкой для стряхивания пепла. После окончания процедуры тлеющий конец сигары отрезают, а сигару кладут в фарфоровую банку и закупоривают крышкой или в металлический пенал, который плотно закрывают.

Сосуды и точки акупунктуры

СОСУД ЛЕГКИХ

Сосуд легких (франц. *poissons* — P) парный, симметричный и центробежный, относится к системе Инь, с каждой стороны имеется 11 точек (мест, зон); всего 22 точки (рис. 16). Начинается у верхнего края II ребра в точке чжун-фу P1 на верхней внешней стороне груди, затем идет кверху, но ниже на 2 цуня от клювовидного отростка лопатки в точке юнь-мэнь P2, переходит на лучевой край двуглавой мышцы плеча, доходит до наружного края локтевой складки. Далее следует по радиальной бороздке (по ходу лучевого нерва и лучевой артерии), по возвышенности большого пальца кисти и заканчивается в точке шао-шан P11 у основания ногтевого ложа. Выше шиловидного отростка лучевого края лучевой кости от точки ле-цюе P7 идет ответвление к сосуду толстой кишки в точке шан-ян GI1, где расположены анастомозы ладонной собственной артерии пальцев и ветви срединного нерва.

Сосуд принимает энергию от сосуда печени и передает ее сосуду толстой кишки. Период максимальной активности сосуда легких от 3 до 5 ч.

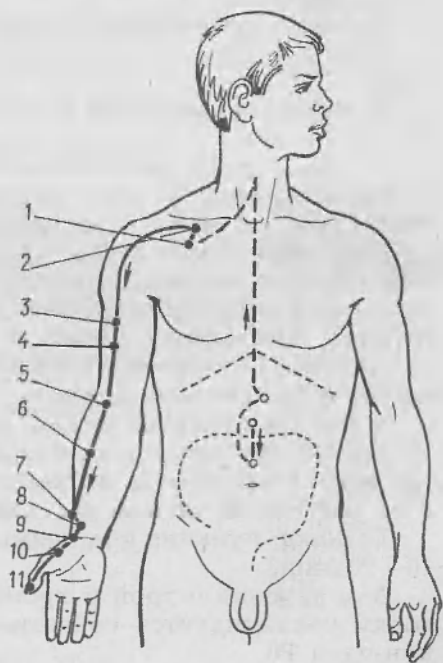


Рис. 16. Сосуд легких и точки акупунктуры (1—11)

Показания к использованию сосуда легких: кашель, одышка, чувство удушья в груди, астматический кашель, затрудненное дыхание, другие симптомы заболевания легких и верхних дыхательных путей, неврогенная тахикардия; боль в надключичной ямке, в области плечевого сустава, передней поверхности плеча, зябкость, повышенная потливость, лихорадка; частое мочеиспускание небольшими порциями, моча желтого цвета, беспричинное беспокойство, страх, горячие ладони; при заболевании от патогенного фактора «ветер-холод» — повышенная температура, озноб и другие симптомы.

Стандартные пункты сосуда легких:

тонизирующая (возбуждающая) точка	тай-юань P9
успокаивающая (седативная) точка	чи-цзэ P5 (плечо)
точка-источник (точка-пособник)	тай-юань P9 (лучезапястный сустав)
стабилизирующая (пассивная) точка	ле-цюе P7
(ло-пункт) к сосуду толстой кишки	хэ-гу GI4
точка тревоги (глашатай-ло-пункт)	чжун-фу P1 (грудь)
точка сочувствия (успеха)	фэй-шу V13 (спина) Th _{III} —Th _{IV}

Акупунктурные точки сосуда легких. Наиболее значимые точки: чжун-фу (1), чи-цзэ (5), кун-цзуй (6), ле-цюе (7), тай-юань (9), шао-чан (11).

1. Чжун-фу P1 (точка-глашатай).

Расположение: у верхнего края II ребра с латеральной стороны, примерно на 3 см ниже ключицы (рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся большая грудная мышца, малая грудная мышца, большая зубчатая мышца, мышцы второго межреберья, которые иннервируют большой и малый грудной нервы, нерв большой зубчатой мышцы, подмышечное нервное сплетение, II межреберный нерв. Здесь же проходят грудиноакромиальная артерия, латеральная грудная артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{IV}.

Показания: кашель, одышка, удушье, бронхиальная астма, боль в области грудной клетки, плечевого сустава, тонзиллит, заболевания сердца, отек в области лица и верхней конечности.

Техника: пункция под прямым углом, глубина укола 1 см. Прижигание 10—20 мин.

Для лечения острой и хронической формы бронхита уколы в данную точку рекомендуется сочетать с воздействием на точки фэй-шу V13 и кун-цзуй P6.

Конец иглы направляют вдоль верхнего края нижнего ребра, стараясь не попасть в артерию и не вызвать кровотечение. Нельзя превышать глубину укола, ибо это чревато проколом легких и развитием пневмоторакса.

2. Юнь-мэнь P2.

Расположение: в подключичной ямке, у наружного края акромиального конца ключицы (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся дельтовидно-грудная борозда, большая грудная мышца, подключичная мышца, большая зубчатая мышца, мышцы первого межреберья; подключичный, межреберный и передний грудной нервы; грудноакромиальная артерия, латеральная грудная артерия. Кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: бронхиальная астма, кашель, одышка, лихорадочное состояние, состояние после охлаждения, тонзиллит, онемение или боль в области спины, плеча и подреберья, ринит, носовое кровотечение.

Техника: точку определяют в положении сидя или лежа на спине. Пункцию делают под прямым углом, глубина укола 0,8—1 см. Прижигание 10—20 мин. Глубокий укол противопоказан.

3. Тянь-фу P3.

Расположение: у наружного края двуглавой мышцы плеча, ниже уровня подмышечной впадины на 3 цуня.

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находится наружный край двуглавой мышцы плеча, место прикрепления дельтовидной мышцы; мышечно-кожный и наружный кожный нервы плеча, латеральная поверхностная вена верхней конечности.

Кожу иннервирует нерв C_v .

Показания: бронхиальная астма, бронхит, носовое кровотечение, головокружение, насморк, высокая температура тела, обморок, боль в плечевом суставе, межреберная невралгия.

Техника: точку находят в положении сидя, верхняя конечность должна быть прижата ладонью к груди. Глубина укола до 1 см при отведенной до горизонтальной плоскости верхней конечности. Прижигание 10—15 мин.

4. Ся-бай P4.

Расположение: на передней поверхности плеча, на 4 цуня ниже уровня подмышечной впадины, у лучевого края двуглавой мышцы.

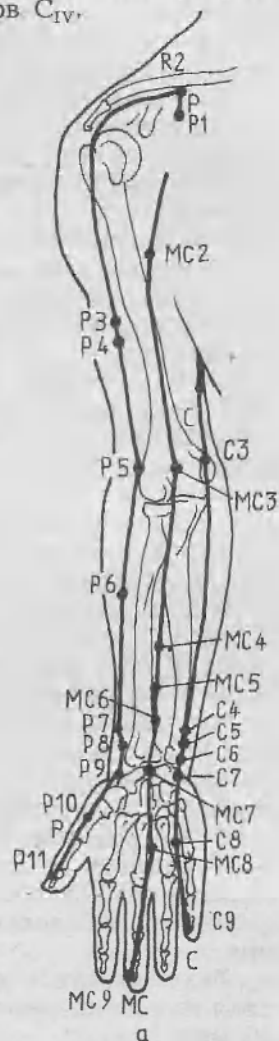


Рис. 17. Точки акупунктуры на ладонной поверхности кисти

При лечении острого бронхита, воспаления миндалин, кровохарканья рекомендуется сочетать с точкой да-чжуй.

7. Ле-цзюе P7.

Расположение: над шиловидным отростком лучевой кости, на 1,5 цуня (около 4 см) выше лучезапястной складки.

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся длинный сгибатель I пальца кисти, место прикрепления квадратного пронатора к лучевой кости, передневнутренний край сухожилия длинной ладонной мышцы; наружный кожный нерв предплечья, ветви лучевой артерии.

Кожу иннервирует нерв C_{VI} .

Показания: припухлость и боль в лучезапястном суставе, невралгия лучевого нерва, тик и контрактура мимических мышц или паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, гемиплегия, головная и зубная боль, чувство жара в ладони, насморк, кашель, бронхиальная астма; истерический смех, непрерывное дрожание губ, сжатые зубы, амавроз, снижение памяти, сперматорея, снижение общей сопротивляемости организма, дерматит, желтая моча, полиурия.

Техника: укол под углом глубиной 0,5 см; прижигание 5—10 мин.

8. Цзин-цзюй P8.

Расположение: в борозде лучевой артерии на внутренней стороне нижней головки лучевой кости, на 3 см выше лучезапястной складки.

Топографическая анатомия: под кожей в бороздке, образованной сухожилием мышцы-супинатора и внутренней стороной нижней головки лучевой кости, снаружи располагаются лучевая артерия и вена, разветвляются наружный кожный нерв предплечья и лучевой нерв.

Мышцы иннервируют ветви срединного и лучевого нервов, кожу — нерв C_{VI} .

Показания: припухлость, боль в области запястья, невралгия и паралич лучевого нерва, кашель, боль в горле, бронхиальная астма, боль в груди, спазм пищевода, боль в животе, рвота, слюнотечение.

Техника: пункция прямая или под углом 15° , направление иглы к пальцам при жаре в ладонях. Глубина укола 0,6 см. Недопустимо пользоваться трехгранной иглой в целях кровопускания. Прижигание противопоказано.

9. Тай-юань P9.

Расположение: на прилежащей к ладони кожной складке в области лучезапястного сустава, снаружи от лучевого края сухожилия (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находится борозда, образованная длинным разгибателем и сухожилием короткой мышцы, отводящей I палец. В борозде проходят лучевая артерия и лучевой нерв. Кожу иннервирует наружный кожный нерв C_{VI} .

Показания: бронхиальная астма, эмфизема легких с кровохарканьем, кашель, бессонница, головная боль, спазм желудка, продолжительная рвота, глоссит, конъюнктивит, помутнение роговицы, боль над ключицей, в области плеча и предплечья, ощущение жара в ладонях, слабость в верхних конечностях, зубная боль, межреберная невралгия.

Техника: точку определяют в положении сидя при слегка согнутом

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся наружный край двуглавой мышцы плеча, наружная поверхностная вена верхней конечности и лучевая артерия, наружный кожный нерв плеча и наружный край плечевой кости.

Мышцы в районе точки иннервируют ветви кожно-мышечного нерва, кожу — нерв C_v .

Показания: местные нарушения: боль в области предплечья и на передне-наружной поверхности верхней конечности.

Нарушения, связанные с меридианом: кашель, одышка, удушье, боль в сердце, тошнота, пароксизмальная тахикардия, тахикардия неврогенного происхождения, носовое кровотечение.

Техника: точку определяют в положении сидя. Глубина укола 1—1,5 см, при этом верхняя конечность должна быть отведена до горизонтальной плоскости; прижигание 10—15 мин.

5. Чи-цзэ P5.

Расположение: на складке локтевого сгиба, у латерального края сухожилия двуглавой мышцы плеча (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся наружный край сухожилия двуглавой мышцы плеча, внутренний край верхней части мышцы-супинатора, плечевая мышца, возвратная лучевая артерия, лучевой нерв и наружный кожный нерв предплечья (они же иннервируют вышеуказанные мышцы).

Кожу иннервирует нерв C_{VI} .

Показания: кашель, бронхит, туберкулез легких, повышенная температура тела, чувство распирания в груди, судороги у детей, энурез, ноющая боль или контрактура мышц в области локтевого сустава, боль в верхней конечности и пальцах, реактивные состояния, неврастения, психастения.

Техника: глубина укола до 1 см. При укалывании противопоказано длительное вращение иглы во избежание повреждения лучевого нерва и глубокой плечевой артерии. Прижигание — 5—10 мин, не доводят до ожога, ибо ожоговые рубцы снижают подвижность локтевого сустава.

6. Кун-цзуй P6.

Расположение: на 7 пропорциональных цуней выше лучезапястной складки или примерно на 16 см ниже локтевой складки по наружному краю мышцы-супинатора (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находятся мышца-супинатор, наружный край большой ладонной мышцы, поверхностные сгибатели пальцев, а также наружный кожный нерв предплечья и лучевой нерв, ветви лучевой артерии.

Кожу иннервирует нерв C_{VI} .

Показания: боль в области предплечья, анкилоз суставов пальцев; кашель с кровавой мокротой, охриплость и потеря голоса, ларингит, фарингит, заболевания, сопровождающиеся лихорадкой без пототделения.

Техника: глубина укола до 1,5 см. Пункция вертикальная в положении сидя или лежа, верхняя конечность в положении супинации. Прижигание 10 мин.

лучезапястном суставе. Пункция под углом, конец иглы направляют вверх; глубина укола 0,5 см. Прижигание 3 мин. Избегать попадания иглы в кровеносный сосуд и кость.

10. Юй-цзи P10.

Расположение: на кисти у середины I пястной кости, на границе ладонной и тыльной поверхностей кисти с лучевой стороны.

Топографическая анатомия: под кожей находятся короткая отводящая мышца I пальца, короткий сгибатель I пальца, ветви лучевой артерии и поверхностные ветви срединного нерва, I пястная кость.

Мышцы иннервируют ветви срединного нерва, кожу — нерв C_{VII}.

Показания: пневмония, кашель, кровохарканье, головная боль, головокружение, пароксизмальная тахикардия, бессонница, гипергидроз, ночной пот, тонзиллит, боль в кистях, ощущение жара в ладонях.

Техника: точку определяют в положении сидя. Пункция под углом, конец иглы направляют в сторону ладони.

Глубина укола 0,5—1 см; прижигание 5 мин.

При кровохарканье рекомендуется сочетать с воздействием на точки цзюй-гу GI16 и чи-цзэ P5.

11. Шао-шан P11.

Расположение: у лучевого конца корня ногтя I пальца на 0,3 см снаружи от него.

Топографическая анатомия: под кожей находятся анастомозы собственной ладонной артерии пальцев, собственный ладонный нерв пальцев из срединного нерва и поверхностные ветви лучевого нерва, кость I фаланги I пальца.

Кожу иннервирует нерв C_{VII}.

Показания: обморок, прилив крови к голове, стоматит, тонзиллит с чувством жжения в горле, непрерывное слюновыделение, ларингит, отек горла, круп (обычно у маленьких детей), спазмы в глотке, затруднение дыхания, икота, кровотечение из десен, опухоль под языком, паротит, перемежающаяся лихорадка, боль в суставах пальцев, эпилепсия.

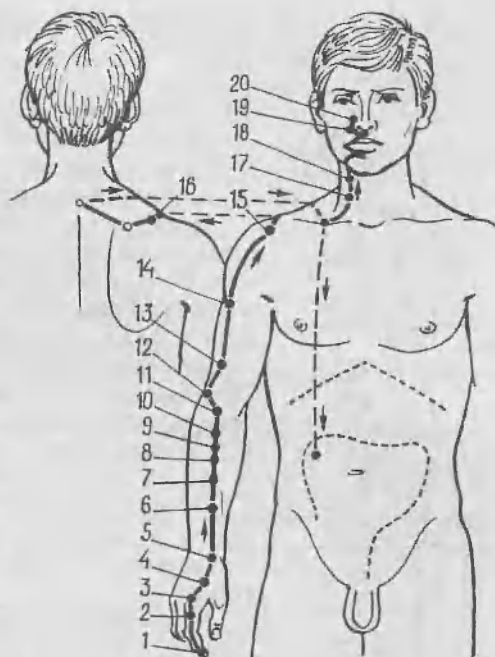
Техника: точку определяют в положении сидя или лежа. Косая подкожная пункция, конец иглы направляют к кости. Глубина укола 3 мм, прижигание 3—5 мин. При высокой температуре тела, коме, остром воспалении горла делают пункцию трехгранной иглой с целью выпустить 1—2 капли крови.

При остром тонзиллите рекомендуется сочетать кровопускание в точке шао-шан с пункцией в точку хэ-гу (GI14) методом тонизирования.

СОСУД ТОЛСТОЙ КИШКИ

Сосуд толстой кишки (gross intestin — GI) — парный, симметричный и центростремительный, относится к системе Ян, с каждой стороны имеется 20 точек; всего 40 точек (рис. 18). Начинается на 2 мм снаружи от ногтевого ложа II пальца в точке шан-ян, идет кверху по его лучевой стороне (тыльно-пальцевой нерв), затем по лучевому краю предплечья через локтевой сустав переходит на наружнозаднюю поверхность плеча

Рис. 18. Сосуд толстой кишки и точки акупунктуры (1—20)



и далее — к латеральному концу гребня лопатки (акромион). Затем направляется по передненаружному краю трапецевидной мышцы вниз, доходит до надключичной ямки, поднимается кверху, пересекает нижнюю челюсть до угла рта, заканчивается в верхней части носогубной складки противоположной стороны в точке ин-сян и связывается с сосудом желудка в точке чэн-ци.

Сосуд принимает энергию от сосуда легких и передает ее сосуду желудка. Период максимальной активности сосуда толстой кишки — от 5 до 7 ч. В это время легче получить тормозное действие. Тонизирующее действие показано после 7 ч.

Патологические симптомы и позания к использованию сосуда толстой кишки: в первую очередь — заболевания толстой кишки и ее дисфункции; кроме того, поражение всех слизистых оболочек и заболевания кожи, например, синусит, ринит, ангина, аденопатия, стоматит, глоссит, гингивит, зубная боль, бронхиальная астма, стоматит, боль в глазах, ограничение движения и боль в суставах верхних конечностей из-за кишечной интоксикации; воспалительные процессы по ходу сосуда, инфильтраты в области лица и шеи, напряжение мышц шейно-затылочной области.

Стандартные пункты сосуда толстой кишки:

тонизирующая точка	цзюй-чи GI11 (локоть)
успокаивающая точка	эр-цзянь GI2 (предплечье)
точка-источник	хэ-гу GI4 (предплечье)
стабилизирующая точка	пянь-ли GI6, имеет энергетическую связь с тай-юань P9
(ло-пункт) к сосуду легких	да-чан-шу V25 (спина)
сочувственная точка	тянь-шу E25 (живот)
точка тревоги (сигнальная)	

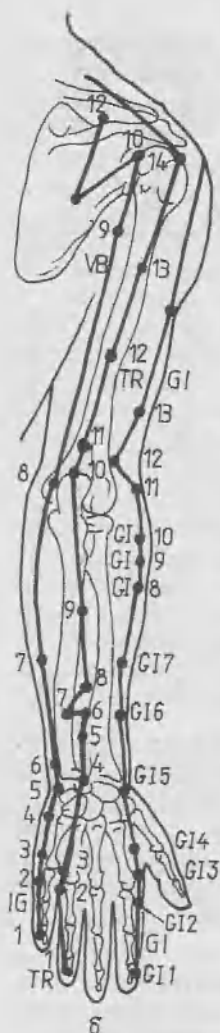
Акупунктурные точки сосуда толстой кишки. Наиболее значимые точки: шан-ян (1), хэ-гу (4), шоу-сан-ли (10), цзюй-чи (11), цзянь-юй (15), ин-сян (20).

1. Шан-ян (советник Ян) GI1.

Расположение: на лучевой стороне у корня ногтя II пальца, на 3 мм снаружи (рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей в районе точки находится место

Рис. 19. Точки акупунктуры на тыльной поверхности кисти



прикрепления сухожилия II пальца, проходят ветви срединного нерва, анастомозы, образованные собственной ладонной артерией пальцев.

Кожу иннервируют нервы $C_{VI}-C_{VII}$.

Показания: оказание скорой помощи, лихорадка, кома, эпилепсия, воспалительные заболевания полости рта, зубная боль, тонзиллит, фарингит, ларингит, глухота, шум в ушах, боль в области плечевого сустава, иррадиирующая в надключичную ямку.

Техника: пункция под углом, глубина укола 0,3 см. При высокой температуре тела, коме следует произвести кровопускание с помощью трехгранной иглы. Прижигание 3 мин.

2. Эр-цзянь (средняя фаланга II пальца) G12.

Расположение: расположена на латеральной поверхности основания основной фаланги II пальца. Если кисть сложить в кулак, то вершина складки соответствует точке.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные межкостные мышцы, поверхностная ветвь лучевого нерва, тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, кость.

Кожу иннервируют нервы $C_{VI}-C_{VII}$.

Показания: боль в области кисти, плеча, плечевого сустава, заболевания полости рта, ларингит, тонзиллит, зубная боль, желтуха, неврит лицевого нерва, носовое кровотечение.

Техника: пункция подкожная, глубина укола 0,5 см. Прижигание 3—5 мин.

3. Сянь-цзянь G13.

Расположение: у головки II пястной кости, на лучевой стороне (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные межкостные мышцы; мышца, приводящая большой палец кисти, поверхностная ветвь лучевого нерва, тыльная артерия пальцев.

Кожу иннервируют нервы $C_{VI}-C_{VII}$.

Показания: тонзиллит, боль в нижней челюсти, сухость губ и во рту, понос, одышка, боль в области плеча и лопатки, покраснение и отечность пальцев с тыльной стороны кисти.

Техника: пункцию делают под прямым углом, при этом кисть нужно сжать в кулак. Прижигание 10 мин.

4. Хэ-гу G14.

Расположение: в центре между головками I и II пястных костей возле края II пястной кости (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные межкостные

мышцы, верхний край мышцы, приводящей I палец, которые иннервируют ветви лучевого нерва. В районе точки проходят тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Кожу иннервируют нервы C_{VI} — C_{VII} .

Показания: невралгия, мигрень, головная боль, тонзиллит, ринит, фарингит, офтальмалгия, периферический паралич лицевого нерва, бронхиальная астма, перемежающаяся лихорадка, носовое кровотечение, ухудшение зрения при помутнении роговой оболочки, зубная боль (на нижней челюсти), язвы на деснах, неврит слухового нерва, гнойничковая сыпь на теле, коллапс, бессонница, ночной пот, аменорея.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1—1,5 см. Прижигание 10—20 мин.

При общей иглоаналгезии рекомендуется сочетать с точкой нэй-гуань (МС6).

Противопоказано воздействие на точку хэ-гу в начале беременности, так как это может привести к выкидышу.

5. Ян-си GI5.

Расположение: на дне анатомической табакерки, между сухожилиями короткого и длинного разгибателей I пальца, на уровне лучезапястной складки (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей с наружной стороны — сухожилие длинной мышцы, отводящий палец, и короткий разгибатель I пальца кисти, с внутренней стороны — сухожилие длинного разгибателя I пальца и сухожилие супинатора, иннервируемые ветвями лучевого нерва; поверхностные ветви лучевого нерва и ветви лучевой артерии.

Показания: головная боль, шум в ушах, глухота, тонзиллит, маниакальный психоз, гемиплегия, стеснение в груди, одышка, боль в запястье, лучезапястном суставе и кисти, диспепсия у детей.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1 см; прижигание 10—15 мин. При лечении припухлости и боли в области запястья рекомендуется сочетать с точкой ле-цзюе (P7).

6. Пянь-ли GI6.

Расположение: на тыльной поверхности лучевой кости, на 3 пропорциональных цуня выше точки ян-си.

Топографическая анатомия: под кожей находятся короткий разгибатель I пальца и длинная мышца, отводящая I палец кисти, иннервируемые ветвями лучевого нерва; ветви лучевой артерии. Кожу иннервирует латеральный кожный нерв C_{VII} .

Показания: носовое кровотечение, шум в ушах, глухота, зубная боль, ларингит, тонзиллит, нарушение двигательной и чувствительной функций верхних конечностей, особенно боль в области предплечья, перемежающаяся лихорадка.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—20 мин.

7. Вэнь-лю GI7.

Расположение: посередине расстояния от локтевого до лучевого сустава или на 6 пропорциональных цуней выше точки ян-си.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие 1-го и 2-го

супинаторов; длинная мышца, отводящая I палец кисти; тыльный и медиальный кожные нервы предплечья; ветви лучевой артерии.

Кожу иннервирует нерв C_{VII} .

Показания: боль в предплечье, отечность верхних конечностей, глоссит, головная боль, ангина, паротит, стоматит, урчание и боль в кишках.

Техника: пункция под прямым углом глубиной 0,6—1,2 см; прижигание 5—20 мин.

8. Ся-лянь GI8.

Расположение: за лучевой костью на 2 цуня выше точки взн-лю.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край длинной ладонной мышцы, наружный край супинатора, короткая ладонная мышца; лучевой нерв, тыльный и латеральный кожные нервы предплечья, ветви лучевой артерии, лучевая кость.

Кожу иннервирует нерв C_{VII} .

Показания: паралич сфинктеров мочевого пузыря, гематурия, напряжения мышц нижней части живота, почечная колика, бронхиальная астма, боль в локтевом суставе и предплечье.

Техника: вертикальная пункция в положении сидя, глубина укола 0,6—1,5 см; прижигание 5—20 мин.

9. Шан-лянь GI9.

Расположение: у лучевого края лучевой кости, на 3 цуня от наружного края локтевого сгиба.

Топографическая анатомия: одинакова с точкой ся-лянь.

Показания: недержание мочи (паралич сфинктера мочевого пузыря), гемиплегия, нарушение двигательной и чувствительной функций верхних конечностей, гемиплегия, апоплексия, бронхиальная астма, вздутие и боль в животе.

Техника: пункция под прямым углом, глубина укола 0,5—1,5 см; прижигание 5—20 мин.

10. Шоу-сань-ли GI10.

Расположение: на 2 пропорциональных цуня ниже наружного края локтевого сгиба (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край длинной ладонной мышцы, короткая ладонная мышца, лучевой нерв, тыльный и латеральный кожные нервы предплечья, лучевая артерия, лучевая кость.

Показания: зубная боль, флюс, стоматит, лимфаденит в области шеи, боль в области локтя и плеча, центральный паралич лицевого нерва, гемиплегия, паралич лучевого нерва, мастит, паротит, грипп, общеукрепляющее действие.

Техника: вертикальная пункция при согнутой в локтевом суставе верхней конечности, I палец обращен кверху. Глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—20 мин «кляющим» методом.

11. Цюй-чи GI11.

Расположение: в углу наружной кожной складки локтевого сустава, образующейся при сгибании предплечья (при сгибании локтевого сустава здесь может прощупываться впадина).

Топографическая анатомия: под кожей начинается длинный лучевой разгибатель кисти, находятся наружный край плеченаружной мышцы,

лучевой нерв, тыльный и задний кожные нервы предплечья, лучевая возвратная артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{VI} .

Показания: боль и припухлость в локтевом суставе, плече, гемиплегия, маниакально-депрессивный психоз, головная боль, лимфаденит, крапивница, общий зуд в теле, задержка менструаций, неврастения, бронхиальная астма.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1,5—2,2 см; прижигание 10—20 мин.

При лечении аллергических заболеваний рекомендуется сочетать с точками тай-чун (F3) и сюе-хай (RP10); при высокой температуре тела — с точками да-чжуй (T14), хэ-гу (GI4).

12. Чжоу-ляо GI12.

Расположение: у дистального конца наружного края плечевой кости, выше точки цюй-чи на один пропорциональный цунь (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей находятся дельтовидная мышца (ее вершина), наружный край двуглавой мышцы, место прикрепления плечевой мышцы, задний кожный нерв плеча и лучевая сообщающая артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: чувствительные и двигательные расстройства в области плеча, ревматический артрит плечевого сустава, паралич верхних конечностей.

Техника: вертикальная пункция 1—1,5 см; прижигание 5—10 мин.

13. Шоу-у-ли GI13.

Расположение: находится на 3 пропорциональных цуня выше точки цюй-чи (GI11).

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная широкая часть трехглавой мышцы плеча, наружная межмышечная перегородка; на лучевой кости расположена борозда, в которой находятся лучевой нерв, лучевая околная артерия, наружный кожный нерв плеча и тыльный кожный нерв плеча.

Мышцы иннервируют ветви лучевого нерва. Кожу иннервирует нерв C_V .

Показания: нарушение двигательной и чувствительной функций верхних конечностей, ревматизм, боль в области плеча, психоз с фобиями, пневмония, желтуха, лимфаденит шейных узлов, перемежающаяся лихорадка, сонливость.

Техника: согласно древним источникам, пункция этой точки противопоказана, но обоснование этого до настоящего времени остается неизвестным. Прижигание 5—20 мин «клюющим» и тепловым методами.

14. Би-нао GI14.

Расположение: находится у места прикрепления дельтовидной мышцы, на наружной стороне плечевой кости (см. рис. 19).

Топографическая анатомия: под кожей находятся вершина дельтовидной мышцы, наружный край двуглавой мышцы, позади — наружная широкая часть трехглавой мышцы плеча, подмышечный нерв и латеральный кожный нерв плеча, задняя артерия, окружающая плечевую кость.

Кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: ломящая боль в области плеча, гипотония мышц верхней конечности, туберкулез шейных лимфатических узлов, головная боль.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—20 мин.

15. Цзянь-юй GI15.

Расположение: над плечевым суставом, между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости (соответствует впадине, образующейся при поднятии верхней конечности).

Топографическая анатомия: под кожей находятся ключичные и акромиальные пучки дельтовидной мышцы, суставная щель между лопаткой и плечевой костью; разветвляются чувствительные волокна кожного нерва, отходящего от плечевого сплетения, ветвь ключичного нерва, артериальная сеть задней артерии, окружающей плечевую кость, надлопаточной и грудноакромиальной артерий.

Кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: гемиплегия, гипертоническая болезнь, тик и контрактура мышц затылочной и плечелопаточной области, плексит шейно-плечевого сплетения, артрит плечевого сустава с ограничением движения, крапивница, зуб, ангина.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 0,5—1 см; прижигание 5—20 мин.

16. Цзюй-гу GI16.

Расположение: во впадине на месте соединения ключицы и акромиального отростка лопатки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная и надкостная мышца, надлопаточный нерв, отходящий от подмышечного нервного сплетения, которые иннервирует эта мышца.

Трапециевидную и надкостную мышцы иннервируют также наружная ветвь XI пары черепных нервов и ветвь глубокого шейного сплетения. В районе точки проходит и ветвь надлопаточной артерии.

Показания: боль в плече, плечевом суставе, плечевой плексит, судороги у детей, кровохарканье при сердечной недостаточности, застой крови в легких, зубная боль (в нижней челюсти), туберкулезный лимфаденит.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1—1,5 см; прижигание 10—20 мин.

17. Тянь-дин GI17.

Расположение: на боковой поверхности шеи на уровне нижнего края адамова яблока у заднего края грудноключично-сосцевидной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная мышца шеи, задний край грудноключично-сосцевидной мышцы, лестничные мышцы; шейный кожный нерв, диафрагмальный нерв и в глубине — шейное сплетение, поверхностная шейная артерия, отходящая от щитовидного ствола, наружная яремная вена.

Показания: тонзиллит, ларингит, фарингит, туберкулез шейных лимфатических узлов, паралич мышц подъязычной области, затруднение глотания.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 0,9 см; прижигание 5—10 мин.

18. Фу-ту GI18.

Расположение: в центре раздвоения грудиноключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная мышца шеи, грудиномышечный пучок и пучок грудиноключично-сосцевидной мышцы; шейные кожные нервы, добавочный нерв, иннервирующий грудиноключично-сосцевидную мышцу, восходящая шейная артерия, отходящая от щитовидного ствола, наружная яремная вена. Кожу иннервирует нерв C_{IV}.

Показания: бронхиальная астма, бронхит (прекращает кашель), гипер- и гипосаливация, снижение АД, внезапная потеря голоса.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 0,9 см; прижигание 5—10 мин.

19. Хэ-ляо GI19.

Расположение: на середине расстояния между крылом носа и краем верхней губы, на 1,5 см ниже крыла носа.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя часть круговой мышцы рта, нижнеглазничный нерв от второй ветви тройничного нерва; ветви наружной челюстной артерии и наружной челюстной вены, верхнечелюстная кость.

Мышцы иннервируют ветвь VII пары черепных нервов, кожу — нижняя глазничная ветвь V пары черепных нервов.

Показания: острый и хронический ринит, снижение обоняния, носовое кровотечение, полипы и фурункулы в носу, паралич лицевого нерва, тик и контрактура жевательных мышц, паротит.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание в положении лежа 2 мин.

20. Ин-сян GI20.

Расположение: у верхнего конца боковой бороздки крыла носа, во впадине на краю грушевидного отверстия.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружный край крыльной части носовой мышцы и мышцы, поднимающей верхнюю губу, внутренний край малой скуловой мышцы и мышцы, поднимающей углы рта, верхний край круговой мышцы рта; щечная ветвь лицевого нерва, нижнеглазничный нерв от второй ветви тройничного нерва, подглазничная артерия и в глубине проходит наружная челюстная артерия.

Мышцы иннервируют ветви VII пары черепных нервов, кожу — глазничная ветвь V пары черепных нервов.

Показания: острый и хронический риниты, затруднение носового дыхания, гипосмия (притупление обоняния), носовое кровотечение, полипы, паралич лицевого нерва, бронхиальная астма.

Техника: пункция глубиной 0,5 см; прижигание противопоказано.

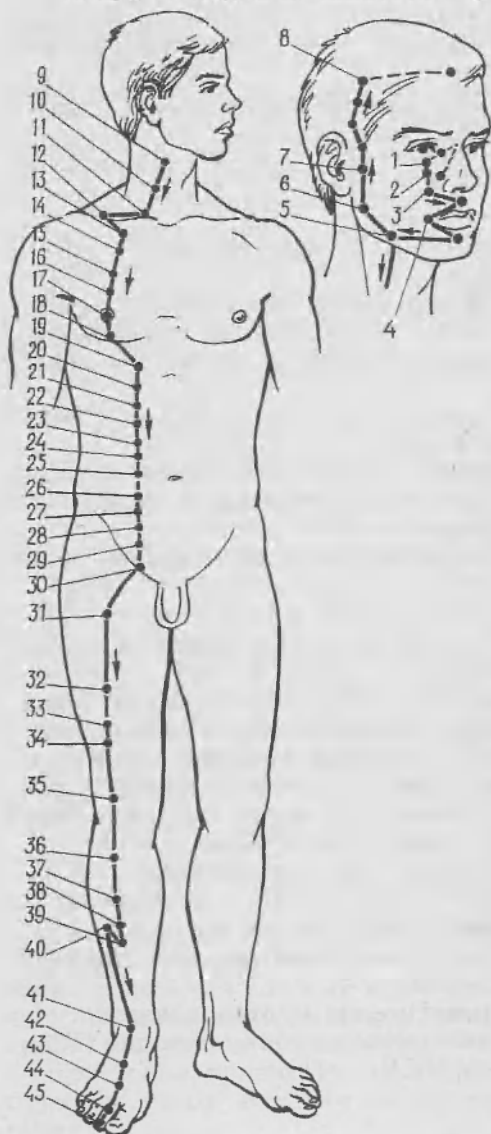
При лечении насморка сочетать с воздействием на точку шан-син (T23), ринита — на точки цюй-чи (GI11) и хэ-гу (GI4).

СОСУД ЖЕЛУДКА

Сосуд желудка (estomac — E) парный, симметричный, центробежный, относится к системе Ян. Принимает энергию от сосуда толстой кишки и передает сосуду селезенки — поджелудочной железы. Период максимальной активности сосуда — от 7 до 9 ч.

На сосуде желудка расположены 45 точек воздействия (рис. 20).

Сосуд желудка начинается наружным ходом в середине нижнего края



орбиты от точки чэн-ци E1, спускается, огибая нос, до точки ди-цан (угол рта), проходит по нижней челюсти до ее угла и делится на две ветви — головную, которая поднимается вверх кпереди от ушной раковины, по виску к углу лба до точки тоу-вэй E8, и туловищно-ножную, которая начинается от точки да-ин E-5, проходит до передненаружной поверхности шеи до грудиноключичного сочленения и центра надключичной ямки — точки цзэ-пэнь E12. Затем сосуд желудка направляется по сосковой линии груди вниз, по животу до лобковой кости (ци-чун E30), к середине паховой складки. Далее переходит на бедро по наружному краю четырехглавой мышцы бедра; на голени — между длинным разгибателем пальцев и длинным разгибателем I пальца, по передненаружной поверхности стопы между II и III плюсневными костями и заканчивается около наружного края корня ногтя II пальца стопы в точке ли-дуй E45.

Показания к использованию сосуда желудка: боль в области живота (в надчревной области, подреберье), отрыжка, метеоризм, запор, понос, гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение функции пищеварения; высокая температура тела, головная боль, заболевания в области лица, носа, болезни зубов,

Рис. 20. Сосуд желудка и точки акупунктуры (1—45)

головного мозга, неврит лицевого нерва, межреберная невралгия, боль в бедре, коленном суставе, голени, тыле стопы; нарушение психики, невращения, гинекологические расстройства, артериальная гипертензия.

Стандартные пункты сосуда желудка:

тонизирующая точка	цзе-си E41
тормозящая точка	ли-дуй E45
точка-источник	чун-ян E42
стабилизирующий ло-пункт	
к сосуду селезенки — подже-	
лудочной железы	фэн-лун E40
сочувственная точка	вэй-шу V21
точка тревоги (глашатай)	чжун-вань J12

Акупунктурные точки сосуда желудка. Наиболее значимые точки: ди-цан (4), жэнь-ин (9), тянь-шу (25), шуй-дао (28), цзу-сань-ли (36), нэй-тин (44), ли-дуй (45).

1. Чэн-ци E1.

Расположение: под зрачком на середине края орбиты.

Топографическая анатомия: под кожей находятся круговая мышца глаза, подглазничный нерв от второй ветви тройничного нерва, разветвление подглазничной артерии.

Показания: кератит, слезотечение, куриная слепота, близорукость, дальновзоркость, астигматизм, неврит зрительного нерва, парез мышц глазного яблока, периферический паралич лицевого нерва с птозом века, тик и контрактура мышц рта.

Техника: пункцию делают осторожно, необходимо применять тонкую иглу, глубина укола не более 2 мм (иглу оставляют не более чем на 1/2 мин); прижигание противопоказано.

2. Сы-бай E2.

Расположение: примерно на 1 см ниже точки чэн-ци, что соответствует нижнеорбитальному отверстию.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нижний край круговой мышцы глаза, подглазничная артерия, нижнеглазничный нерв от второй ветви тройничного нерва.

Мышцу иннервируют ветви VII пары черепных нервов, кожу — V пара.

Показания: невралгия тройничного нерва, головная боль, боль в области глаз, периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, гайморит, зубная боль.

Техника: косая подкожная пункция, конец иглы направляют к глазу; глубина укола 0,2—0,3 см. По некоторым данным, глубокий укол вызывает изменение цвета глаза, который становится сине-желтоватым. Прижигание 3—5 мин при закрытом глазе в положении сидя.

3. Цзюй-ляо E3.

Расположение: на одной вертикальной линии с точкой сы-бай и на горизонтальной линии на расстоянии 2 см от носового отверстия.

Топографическая анатомия: под кожей находятся малая скуловая мышца, мышцы, поднимающие носовые крылья и угол рта; вторая ветвь

лицевого нерва и нижнеглазничный нерв, разветвление наружной челюстной артерии, верхнечелюстная кость.

Мышцы иннервируют ветви VII пары черепных нервов, кожу — V пара.

Показания: паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, невралгия тройничного нерва, кератит, гайморит, зубная боль, воспалительные процессы в области губ и щеки.

Техника: пункция глубиной 0,5 см; прижигание в положении лежа 3—5 мин.

4. Ди-цан Е4.

Расположение: кнаружи от угла рта на 1 см.

Топографическая анатомия: под кожей находятся волокна круговой мышцы рта, большой скуловой мышцы, мышцы смеха, мышцы, опускающей и поднимающей угол рта, которые иннервируют ветви VII пары черепных нервов.

Показания: периферический паралич лицевого нерва, тик и контрактура мимических мышц, невралгия тройничного нерва, бессонница, афония (утрата голоса вследствие заболевания гортани или поражения нервной системы); боль в нижней конечности при отежной стопе; куриная слепота, зуд в глазах, слюнотечение.

Техника: при лечении паралича лицевого нерва пункцию делают под углом 15°, конец иглы направляют в угол нижней челюсти; при поражении правой стороны следует делать укол в левую и наоборот. Глубина укола 0,9 см. Прижигание 10—15 мин.

5. Да-ин Е5.

Расположение: кпереди от угла нижней челюсти, на 1 см выше вырезки в нижней челюсти (место, где ощущается пульсация артерии).

Топографическая анатомия: под кожей находятся мышца смеха, сосательная мышца; вплотную к точке подходят передний край жевательной мышцы, канавка лицевой артерии нижней челюсти, разветвление нижнечелюстной ветви лицевого нерва, третья ветвь тройничного нерва и большой ушной нерв.

Кожу иннервирует V пара черепных нервов.

Показания: зубная боль и припухлость десен, опухоль лимфатических узлов на шее (золотуха), отек лица, тик и контрактура мышц вокруг рта, жевательных мышц и мышц шеи, онемение языка с затруднением речи, бессонница.

Техника: пункция косая кпереди или кзади с тем, чтобы избежать попадания в артерию. Глубина укола 1 см. Прижигание 5—15 мин (не доводить до ожогов, избегать образования рубцов).

6. Цзя-чэ Е6.

Расположение: на 1,5 см кпереди и несколько кверху от угла нижней челюсти, во впадине, ощущаемой при пальпации. При открытом рте на месте точки видно углубление.

Топографическая анатомия: под кожей находятся жевательная мышца, иннервируемая ветвью V пары черепных нервов, большой ушной нерв, отходящий от шейного сплетения; ветви, отходящие от верхней ветви тройничного нерва, артерия жевательной мышцы.

Кожу иннервирует V пара черепных нервов.

Показания: паралич лицевого нерва при апоплексии, афония, зубная боль (в нижней челюсти), стоматит, тризм, контрактура мимических мышц, паротит, невралгия тройничного нерва, боль и напряжение затылочных и шейных мышц, кривошея.

Техника: косая или вертикальная пункция, глубина укола 1,5 см; прижигание 5 мин.

При лечении периферического паралича лицевого нерва делают укол в точку цзя-чэ с подогревом ручки иглы в сочетании с уколом точек ди-цан (E4) и цин-мин (V1) (на участке нарушения).

7. Ся-гуань E7.

Расположение: впереди и снизу от суставного отростка нижней челюсти, под дугой скуловой кости, во впадине.

Топографическая анатомия: под кожей находятся околоушная железа, место прикрепления заднего края жевательной мышцы, далее вглубь — латеральная крыловидная мышца; третья ветвь тройничного нерва, поперечная лицевая артерия, отходящая от поверхностной височной артерии.

Мышцы и кожу иннервирует V пара черепных нервов.

Показания: паралич лицевого нерва при апоплексии, боль в суставе нижней челюсти, зубная боль и припухлость десен на верхней челюсти, шум в ушах, глухота, истерический тризм, птоз века, головокружение.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 0,8 см; прижигание 5—10 мин.

8. Тоу-вэй E8.

Расположение: в лобном углу на 1,5 см вглубь от волосистой границы к височной впадине, на месте соединения лобной и теменной костей. При надавливании на эту точку возникает неприятное ощущение.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления к сухожильному покрову височной мышцы, височная ветвь лицевого нерва, первая и вторая ветви тройничного нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии.

Кожу и мышцы иннервирует V пара черепных нервов.

Показания: мигрень, головная боль (в височной и лобной областях), прилив крови к голове, головная боль и боль в глазах, слезотечение при ветре, снижение остроты зрения, периферический паралич лицевого нерва (особенно показано при гемикрании), головокружение.

Техника: подкожная пункция, глубина 1,5 см, прижигание противопоказано.

9. Жэнь-ин E9.

Расположение: на уровне верхнего края щитовидного хряща, впереди от переднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы. На точке ощущается пульсация сонной артерии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний край грудиноключично-сосцевидной мышцы, сосудистый пучок сонной артерии (место разделения сонной артерии на внутреннюю и наружную — каротидный синус). Кнаружи проходит нисходящая ветвь подъязычного нерва, кзади — блуждающий и шейный кожные нервы, далее вглубь — лестничная мышца, длинная мышца шеи; мышца, поднимающая лопатку. Мышцы иннерви-

руют ветви XI и XII пар черепных нервов и шейного сплетения, кожу — нерв C_{III}.

Показания: бронхиальная астма и гипертонический синдром, бронхит, тонзиллит, глоссит, атрофия мышц языка, инфильтраты на шее.

Техника: прямая пункция, осторожно! Иглу оставлять на 30 с. Глубина укола 0,5 см. Прижигание противопоказано.

В некоторых древних источниках запрещались уколы в эту точку, поскольку, как считалось, возможен смертельный исход из-за раздражения каротидного синуса или прокола сонной артерии (кровоизлияние, гематома). Поэтому в настоящее время практикуется воздействие на эту зону с помощью мелких игл. Раздражение должно быть умеренное.

10. Шуй-ту E10.

Расположение: снаружи от нижнего края щитовидного хряща, у нижнего края грудиноключично-сосцевидной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний край грудиноключично-сосцевидной мышцы, в глубине располагается общая сонная артерия, впереди от артерии — нисходящая ветвь подъязычного нерва, снаружи — блуждающий и шейный кожный нервы.

Мышцы иннервируют ветви XI и XII пар черепных нервов и шейного сплетения, кожу — нерв C_{III}.

Показания: кашель с одышкой, сердечная астма, фолликулярная ангина, коклюш.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют книзу. Глубина укола 0,5—0,9 см, следует избегать глубокого укола. Прижигание 5—10 мин.

11. Ци-шэ E11.

Расположение: на внутреннем крае ключицы, у наружного края грудиноключично-сосцевидной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей в глубине находятся общая сонная артерия, блуждающий нерв, симпатический ствол и шейный кожный нерв.

Мышцы в районе точки иннервируют ветви XI и XII пар черепных нервов, ветвь нерва C_{II}; кожу — нерв C_{III}.

Показания: кашель с одышкой, нейромиозит в области шеи (одревенелость шеи), бронхит, тонзиллит, зуб, спазм диафрагмы, коклюш, туберкулезный лимфаденит, бронхиальная астма.

Техника: пункция под углом, глубина укола 0,5—0,9 см (не травмировать нервно-сосудистый пучок сонной артерии); прижигание 5—15 мин.

12. Цюэ-пэнъ E12.

Расположение: в надключичной ямке кзади от места прикрепления грудиноключично-сосцевидной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся лестничная и лопаточно-подъязычная мышцы, поперечная артерия лопатки, надключичный нерв, отходящий от шейного сплетения; в глубине проходит подключичная артерия.

Мышцы иннервируют передние ветви нервов C_{III}—C_V, ветвь XII пары черепных нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: кашель, бронхиальная астма, бронхит, воспалительный процесс в мышцах шеи и плеча, тонзиллит, туберкулез шейных лимфатических узлов, боль в грудной клетке, межреберная невралгия, функциональные желудочные расстройства.

Техника: вертикальная пункция, но не глубокая, лучше под углом, конец иглы направляют вверх или наружу, чтобы не проколоть верхушку легкого и не повредить подключичную артерию, прижигание 5—10 мин.

13. Ци-ху E13.

Расположение: под ключицей, ниже плечевого конца ключицы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная мышца шеи, большая грудная мышца, подключичная мышца, верхний край I ребра, верхушка легкого; передний грудной и подключичный нерв, верхняя межреберная артерия.

Показания: коклюш, хронический бронхит, бронхиальная астма, спазм диафрагмы, икота, боль в груди и в области спины, усиленное потоотделение.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола около 1 см (осторожно: верхушка легкого!). Прижигание 10 мин.

14. Ку-фан E14.

Расположение: в первом межреберье, вертикально по сосковой линии, ниже точки ци-ху E13.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы первого межреберья, передний грудной и межреберный нервы, межреберная артерия, верхний край II ребра.

Мышцы иннервируют большегрудная ветвь подмышечного нервного сплетения, I межреберный нерв; кожу — нерв C_{IV}.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, боль в груди, одышка, плеврит, кашель с кровохарканьем, межреберная невралгия.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1 см (осторожно: верхушка легкого!). Прижигание 5—15 мин.

15. У-и E15.

Расположение: во втором межреберье, у верхнего края ребра, ниже точки ку-фан E14.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, верхний край малой грудной мышцы, мышцы второго межреберья, передний грудной и подключичный нервы, верхняя межреберная артерия.

Мышцы иннервируют ветви подмышечного сплетения, проходящие по большой и малой грудным мышцам, II межреберный нерв. Кожу иннервирует нерв Th₁₁.

Показания: кашель с кровохарканьем, плеврит, межреберная невралгия, боль в области молочной железы (рис. 21).

Техника: пункция глубиной до 1 см; прижигание 10—15 мин.

16. Ин-чуан E16.

Расположение: в третьем межреберье, ниже точки у-и E15.

Топографическая анатомия: см. точку у-и.

Показания: одышка, эмфизема легких, плеврит, хронический бронхит,

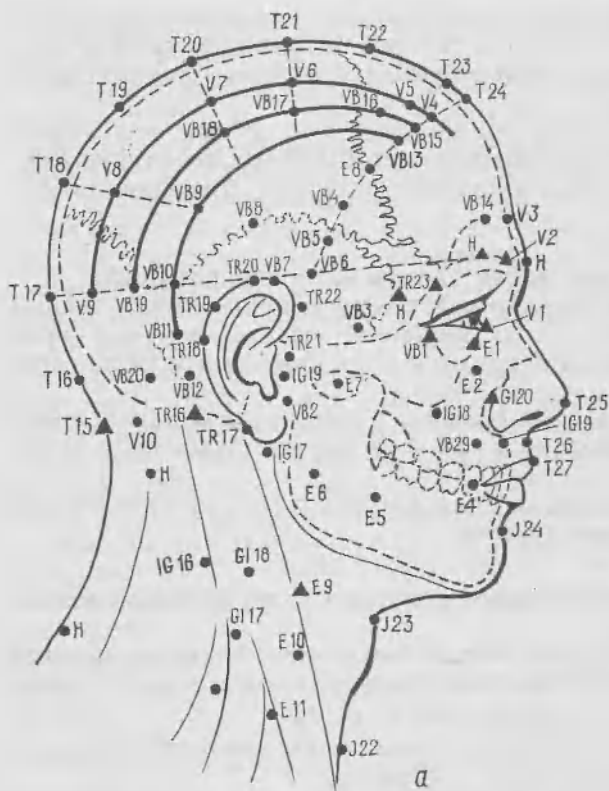


Рис. 21. Точки акупунктуры головы (а), грудной и брюшной областей (б)

икота, межреберная невралгия, воспаление молочной железы, урчание кишок.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1 см; прижигание 5—20 мин.

17. Жу-чжун E17.

Расположение: в центре соска.

Топографическая анатомия: под кожей находятся молочные железы, большая и малая грудные мышцы, мышцы четвертого межреберья, передний грудной и межреберные нервы, межреберная артерия.

Кожу иннервирует нерв Th_{IV}.

Показания: всякое воздействие в сосок противо-

показано, точка используется только как ориентир для определения других точек.

18. Жу-гэнь E18.

Расположение: на верхнем крае VI ребра, в пятом межреберье, ниже точки жу-чжун.

Топографическая анатомия: одинакова с точкой жу-чжун.

Мышцы иннервируют ветви подмышечного нервного сплетения, проходящие по большой и малой грудным мышцам, V межреберный нерв.

Кожу иннервируют нервы Th_{IV}—Th_V.

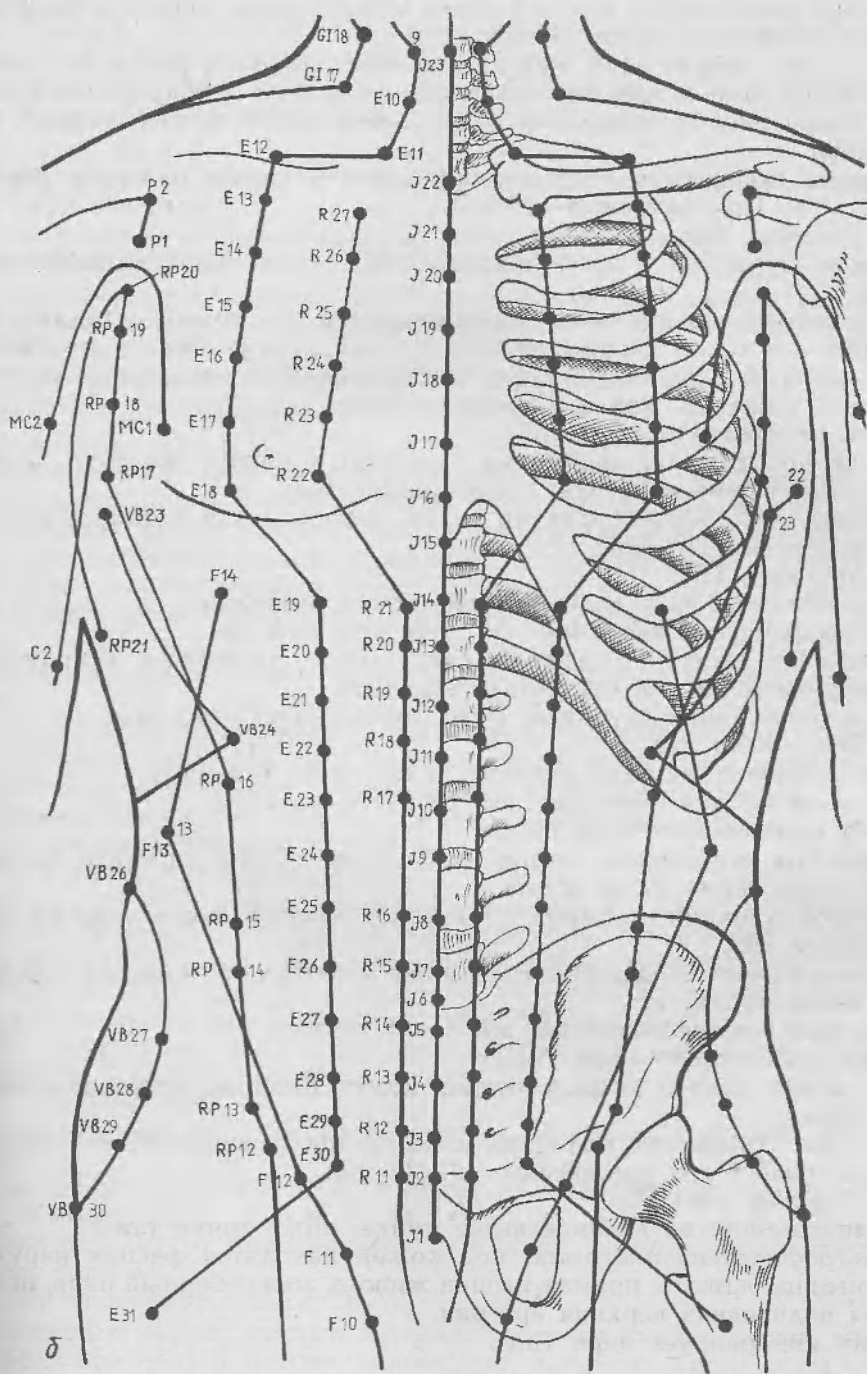
Показания: мастит, снижение лактации, боль и припухлость в плече, кашель, бронхит, плеврит, боль в груди, чувство удушья, икота, отрыжка, анорексия, межреберная невралгия.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10—15 мин.

19. Бу-жун E19.

Расположение: у нижнего края прикрепления хряща VIII ребра, примерно на 6,5 см кнаружи от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, прямая мышца живота, поперечная фасция, брюшина, межреберный нерв и поверхностная надчревная артерия.



Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_v.

Показания: заболевания желудка, печени, тошнота, рвота, метеоризм, мигрирующая боль в животе, потеря аппетита, боль в подреберье, межреберная невралгия, бронхиальная астма, заболевания легких, кашель, кровохарканье.

Техника: положение лежа на спине, вертикальная пункция, глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—15 мин.

20. Чэн-мань E20.

Расположение: на 1 пропорциональное деление (3,3 см) ниже точки бу-жун.

Топографическая анатомия: в районе точки под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, прямая мышца живота, поперечная фасция, межреберный нерв и поверхностная надчревная артерия. Иннервация мышц такая же, как и в точке бу-жун.

Кожу иннервирует нерв Th_{vI}.

Показания: кашель, пневмония (одышка), бронхит, желтуха, вздутие живота, отсутствие аппетита, спазм диафрагмы.

Техника: положение лежа на спине, вертикальная пункция, глубина 1 см, прижигание 15 мин.

21. Лян-мэнь E21.

Расположение: на 1 деление ниже точки чэн-мань.

Топографическая анатомия: см. точку бу-жун E19.

Показания: гастрит, спазм желудка, понос, диспепсия, испражнения непереваренной пищей, отсутствие аппетита.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—15 мин.

22. Гуань-мэнь E22.

Расположение: на одно деление ниже точки лян-мэнь.

Топографическая анатомия: см. точку бу-жун E19.

Кожу иннервирует нерв Th_{vII}.

Показания: метеоризм, гастрит, колит, отсутствие аппетита, малярия, ночное недержание мочи, асцит.

Техника: пункция глубиной 1 см, положение больного лежа на спине.

23. Тай-и E23.

Расположение: на одно деление ниже точки гуань-мэнь, на 2 деления (7 см) выше пупка.

Топографическая анатомия: см. точку бу-жун E19.

Кожу иннервирует нерв Th_{vIII}.

Показания: психоз, острый гастрит, колит, тошнота, метеоризм, кишечная колика.

Техника: положение больного лежа на спине, вертикальная пункция, глубина укола 2 см; прижигание 10—20 мин.

24. Хуа-жоу-мэнь E24.

Расположение: на деление выше пупка, ниже точки тай-и.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, прямая мышца живота, межреберный нерв, поверхностная надчревная верхняя артерия.

Кожу иннервирует нерв Th_{vIX}.

Показания: хронический гастроэнтерит, рвота, боль в желудке, глоссит, воспаление в подъязычной области, психические расстройства, эпилепсия.

Техника: пункция глубиной 2 см, в последние месяцы беременности пункция противопоказана; прижигание 5—15 мин.

25. Тянь-шу E25.

Расположение: на уровне пупка, у наружного края прямой мышцы. Это самая важная точка.

Топографическая анатомия: см. точку хуа-жоу-мэнь.

Кожу иннервирует нерв Th_x.

Показания: заболевания кишок, желудочные заболевания, асцит, холера, малярия, послеродовой эндометрит, бели, аднексит, простатит, нарушения менструального цикла.

Техника: пункция глубиной 1—2 см, в последние месяцы беременности пункция противопоказана; прижигание 20—30 мин.

26. Вай-лин E26.

Расположение: на 1 цунь ниже пупка и ниже точки тянь-шу.

Топографическая анатомия: та же, что и точки хуа-жоу-мэнь.

Показания: гастрит, боль в мышцах живота, спазм кишок; очень эффективна при перевозбуждении солнечного сплетения (невроз кишок).

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1 см. При беременности пункция противопоказана. Прижигание 5—15 мин.

27. Да-цзюй E27.

Расположение: на 2 цуня ниже пупка и на 2 цуня кнаружи от средней линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, прямая мышца живота, поперечная фасция, межреберный нерв, разветвлена поверхностная надчревная артерия.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв.

Кожу иннервирует нерв Th_{xII}.

Показания: боль внизу живота, вздутие живота, затрудненное мочеиспускание, грыжа, спазм прямых мышц живота, астеническое состояние, бессонница (от страха), боль при грыже, общая слабость.

Техника: положение больного лежа на спине, пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 10—20 мин.

При беременности пункция противопоказана. При ишурии следует уменьшить глубину уколов.

28. Шуй-дао E28.

Расположение: на 3 цуня ниже пупка, на 2 цуня кнаружи от средней линии.

Топографическая анатомия: наружный край нижнего отдела прямой мышцы живота, XII межреберный и подвздошно-подчревный нервы (последний отходит от поясничного сплетения), поверхностная надчревная артерия.

Кожу иннервирует нерв Th_{xII}.

Показания: неврит, цистит, задержка мочеиспускания, орхит, эпидидимит, боль при грыже, метрит, эндометрит, аднексит, дисменорея с болью

внизу живота, отеки, геморрой, выпадение прямой кишки, кишечная колика, асцит.

Техника: пункция глубиной 1,5—2,5 см; прижигание 15 мин. При асците рекомендуется сочетать с точками шуй-фэнь J9, ди-цзи RP8 и цзу-сань-ли E36.

При беременности пункция противопоказана. При ишурии следует уменьшить глубину укола.

29. Гуй-лай E29.

Расположение: ниже точки шуй-дао, на 1 цунь выше лобка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, наружный край прямой мышцы живота, поперечная фасция, подвздошно-подчревный нерв, отходящий от поясничного сплетения, и поверхностная надчревная нижняя артерия.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_{xii}.

Показания: заболевания мочеполовой системы, главным образом половые расстройства, отек и боль в наружных половых органах, метрит, эндометрит, аднексит, половое бессилие, воспаление яичников, боль внизу живота.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 15 мин. Положение больного лежа на спине; при ишурии следует уменьшить глубину укола, но перед пункцией больному необходимо опорожнить мочевой пузырь. При беременности пункция противопоказана.

30. Ци-чун E30.

Расположение: у верхнего края лобковой кости, снаружи от средней линии живота на 2 цуня.

Топографическая анатомия: см. точку гуй-лай E29.

Показания: вздутие живота с затруднением дыхания, особенно в положении лежа; почечная колика с выхождением песка с мочой, импотенция, чувство холода и боль в яичках, боль в поясничной области, которая делает невозможным сгибание и разгибание спины, бесплодие, боль во время беременности (начинается в матке и восходит кверху), трудные роды, трудное отхождение последа, сильная слабость в конечностях от старости, судороги в нижних конечностях.

Техника: вертикальная пункция в положении лежа на спине, глубина укола 1 см. Прижигание 5—15 мин.

31. Би-гуань E31.

Расположение: у латерального края портняжной мышцы и прямой мышцы бедра, спереди и книзу от большого вертела бедренной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся широкая фасция бедра, прямая мышца бедра, мышечная ветвь бедренного нерва, наружный кожный нерв бедра и пояснично-паховый нерв, разветвление наружной артерии.

Показания: нарушение двигательной и чувствительной функций нижних конечностей, заболевание тазобедренного сустава, судороги мышц бедра, люмбаго, паховый лимфаденит, часто рецидивирующий кашель после ОРВИ. Кожу иннервирует нерв L_{ii}.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 10—15 мин.

32. Фу-ту E32.

Расположение: снаружи и кпереди от бедренной кости, на брюшке прямой мышцы бедра.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружный край прямой мышцы бедра, внутренний край наружной широкой мышцы бедра, промежуточная широкая мышца бедра, мышечная и передняя кожные ветви бедренного нерва, ветви наружной артерии, окружающей бедренную кость.

Кожу иннервирует нерв L_{III}.

Показания: чувство онемения в нижних конечностях, нарушение движений в коленном суставе, эндометрит, головная боль.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 10—20 мин.

33. Инь-ши E33.

Расположение: на 3 цуня ниже точки фу-ту, между прямой и боковой широкой мышцами бедра.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление, образованное прямой и наружной широкой мышцами бедра, промежуточная широкая мышца бедра, мышечная и передняя кожная ветвь бедренного нерва, нисходящая ветвь наружной артерии, окружающая бедренную кость.

Кожу иннервирует нерв L_{III}.

Показания: паралич нижних конечностей, чувствительность к холоду поясницы и нижних конечностей, боль внизу живота, меноррагия, диабет.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

34. Лян-цю E34.

Расположение: на два цуня выше коленной чашечки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между прямой и наружной широкой мышцами бедра, промежуточная широкая мышца бедра, мышечная и передняя кожная ветви бедренного нерва, нисходящая ветвь наружной артерии, окружающая бедренную кость.

Мышцы иннервируют ветви бедренного нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: боль и нарушение двигательной функции в поясничной области и коленном суставе, приступ боли в желудке, мастит, закупорка молочных желез, диспепсия.

Техника: точку определяют в положении сидя, согнув ногу в коленном суставе.

Вертикальная пункция, глубина укола 1 см; прижигание 10—20 мин.

При гастрите рекомендуется сочетать с точками чжун-вань J12 и цзи-гуань MC6.

35. Ду-би E35.

Расположение: у верхнего края большеберцовой кости, во впадине снаружи от коленно-чашечной связки, на уровне нижнего края коленной чашечки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между четырехглавой мышцей бедра и сухожилием мышцы, нижний наружный угол коленной чашечки, передние кожные ветви бедренного нерва, суставные ветви большеберцового и общего малоберцового нерва, суставные

ветви большеберцового и общего малоберцового нервов, артериальная сеть коленного сустава.

Мышцы в районе точки иннервируют ветви бедренного нерва и ответвление верхнего ягодичного нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: гонит, ревматизм, боль в подошве, восходящая кверху, отечность голени.

Техника: косая пункция вдоль нижнего края коленной чашечки, конец иглы направляют в сторону верхнего внутреннего угла коленной чашечки. Глубина укола 1 см. Прижигание 10—15 мин.

36. Цзу-сань-ли E36.

Расположение: на 3 цуня ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости, у переднего края большеберцовой мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя большеберцовая мышца, место прикрепления сухожилия двуглавой мышцы бедра; передний кожный нерв бедра, наружный икроножный и глубокий малоберцовый нервы; в этом же месте разветвляется передняя большеберцовая артерия.

Показания: боль в коленном суставе и нарушение его подвижности, заболевания желудка и кишок, двигательные и чувствительные расстройства в нижней конечности, невралгии, головная боль, головокружение, гипертоническая болезнь, боль в поясничной области, заболевания глаз, задержка мочи; общеукрепляющее действие.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1,5—2 см; прижигание 10—20 мин.

При язве желудка рекомендуется сочетать с точками чжун-вань J12, ней-гуань MC6, тай-чун F. При диспепсии сочетать с точками хэ-гу G1, тьянь-шу E25, гуань-юань J4.

37. Шан-цзюй-суй E37.

Расположение: на 3 цуня ниже точки цзу-сань-ли, на брюшке большеберцовой мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружный край передней большеберцовой мышцы, внутренний край общего разгибателя пальцев стопы, чувствительные волокна икроножного нерва, глубокий малоберцовый нерв и передняя большеберцовая артерия.

Показания: боль в нижних конечностях, двигательные и чувствительные расстройства в нижних конечностях, их отечность, гастроэнтероколит, диспепсия, боль в животе, одышка, кишечная колика, грыжа, анемия мозга.

Техника: вертикальная пункция, при уколе приподнимают пятку. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—15 мин.

38. Тяо-коу E38.

Расположение: между больше- и малоберцовой костями, на 1 пропорциональный цунь выше точки ся-цзюй-суй E39.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между больше- и малоберцовой костями, глубокий малоберцовый и икроножный нервы, передняя большеберцовая артерия.

Кожу иннервирует нерв S₁.

Показания: боль в нижних конечностях при длительном стоянии, обли-

терирующий эндартериит, судороги и слабость в нижних конечностях, их отеки, заболевания желудка и кишок.

Техника: положение больного на спине, вертикальная пункция, глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—15 мин.

39. Ся-цзюй-сюй E39.

Расположение: ниже латерального мыщелка большеберцовой кости, на 1 цунь от точки тяо-коу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между передней большеберцовой мышцы и общим разгибателем I пальца стопы, щель между больше- и малоберцовой костями, медиальный кожный нерв голени и латеральный икроножный нерв, глубокий малоберцовый нерв и передняя большеберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви переднего большеберцового нерва, кожу — нерв S₁.

Показания: нарушения чувствительной и двигательной функций в голени, боль внизу живота, гастроэнтероколит, кишечная колика, урчание кишок, диспепсия, непроизвольное слюнотечение, тонзиллит, боль в нижних конечностях ревматической этиологии, боль в подошвах стоп, иррадирующая кверху, паралич нижних конечностей, лихорадочное состояние, головная боль, головокружение, эпилепсия, боль в плюсневых костях IV и V пальцев, мастит, психоз.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 5—15 мин.

40. Фэн-лун E40.

Расположение: на 1,5 поперечных пальца латеральнее точки шан-цзюй-сюй E37.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление, образованное общим разгибателем пальцев стопы и короткой малоберцовой мышцей; в глубине — длинный разгибатель I пальца стопы; глубокий малоберцовый нерв и чувствительные волокна икроножного нерва, ветви передней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви переднего большеберцового нерва и кожно-мышечного нерва, кожу — нерв S₁₁.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в нижних конечностях, головная боль, гепатит, психоз, запор, недержание мочи, боль в животе, груди, горле, головокружение.

Техника: вертикальная пункция, глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—15 мин.

41. Цзе-си E41.

Расположение: на сгибе стопы, у шейки таранной кости посредине крестообразной связки голени.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление, образованное сухожилием передней большеберцовой мышцы и сухожилием длинного разгибателя I пальца стопы, щель большеберцово-таранного сустава, поверхностный малоберцовый нерв и передняя большеберцовая артерия.

Кожу иннервирует нерв S₁.

Показания: боль в голеностопном суставе, атрофия мышц голени, отечность голени, судороги в нижних конечностях, боль над переносицей,

снижение остроты зрения, неврит малоберцового нерва, выпадение прямой кишки при испражнении, метеоризм, головная боль, отек лица, зубная боль, мастит, эпилептиформные судороги.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют к пятке. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—10 мин.

42. Чун-ян E42.

Расположение: на самом высоком месте свода стопы, в месте сочленения II и III плюсневых костей, между II и III клиновидными костями.

Топографическая анатомия: под кожей находятся внутренний край сухожилия разгибателя II пальца и короткий разгибатель I пальца стопы, малоберцовый кожный нерв тыльной поверхности стопы, в этом же месте разветвляется тыльная артерия стопы, отходящая от передней большеберцовой артерии.

Кожу иннервирует нерв S_1 .

Показания: боль и отечность стопы, воспаление суставов нижней конечности, нарушения чувствительности и двигательной функции нижних конечностей, центральный паралич лицевого нерва, частое и малое мочеиспускание, гингивит, маниакальный психоз.

Техника: вертикальная пункция, кровопускание противопоказано. Глубина укола 1 см. Прижигание не более 3 мин.

43. Сянь-гу E43.

Расположение: в межкостном промежутке между II и III плюсневыми костями.

Топографическая анатомия: см. точку чун-ян.

Показания: отек лица (нерожистый), асцит, малярия и другие заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, ночной пот, кишечные заболевания, болезни глаз.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

44. Нэй-тин E44.

Расположение: между головками II и III пальцев стопы.

Топографическая анатомия: под кожей имеется углубление, на дне которого находится вторая межкостная мышца (на тыле стопы), медиальный кожный нерв тыльной поверхности стопы, отходящий от поверхностного малоберцового нерва, тыльная артерия III пальца.

Мышцы иннервируют ветви переднего и заднего большеберцового нерва, кожу — нерв S_1 .

Показания: малярия, отек в области лица, кишечная колика, спазм диафрагмы, боль при грыже, тонзиллит, паралич лицевого нерва после апоплексии, боль в зубах верхней челюсти, носовое кровотечение, болезненность кожи на волосистой части головы, коллапс, спазм голосовых связок, дизентерия, понос, затруднение отхода газов.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин.

45. Ли-дуй E45.

Расположение: на 3 мм латеральнее корня ногтя II пальца стопы.

Топографическая анатомия: см. точку нэй-тин.

Показания: обморок со сжатием челюсти, асцит, отек и боль в нижних конечностях, желтуха, малярия, гепатит, тонзиллит, отечность лица, боль в зубах, носовое кровотечение, заложенность носа, психоз.

СОСУД СЕЛЕЗЕНКИ — ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сосуд селезенки — поджелудочной железы (rate — pancreas — RP) парный, симметричный, центростремительный, относится к системе Инь. Принимает энергию от сосуда желудка и передает ее сосуду сердца. Период максимальной активности сосуда от 9 до 11 ч. На сосуде селезенки — поджелудочной железы расположена 21 точка (рис. 22).

Начинается у ногтевого ложа большого пальца стопы в точке инь-бай RP1 с внутренней стороны, проходит плюснефаланговый сустав I пальца, затем идет по внутренней стороне стопы, поднимается к переднему краю внутренней лодыжки, переходит на голень, поднимается вверх по передне-внутренней поверхности голени, переходит на бедро, достигает середины паховой складки, переходит на переднюю брюшную стенку к точке фу-шэ RP13. Далее следует по боковой поверхности живота до точки да-хэн RP15, поворачивает к средней линии живота до точки ся-вань J10, отсюда на боковую поверхность живота до точки фу-ай RP16, вверх на боковую поверхность грудной клетки до уровня ключицы к точке чжоу-жуэ RP20 и возвращается вниз в шестое межреберье до точки да-бао RP21.

Показания: болезни желудка, кишок, расстройства мочеполовой системы; отечность нижних конечностей, боль в суставах нижней конечности и на внутренней стороне.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	да-ду RP2
тормозящая точка	шан-цю RP5
точка-источник	тай-бай RP3
стабилизирующая точка (ло-пункт)	гуань-сунь RP4 (к сосуду желудка)
сочувственная точка	пи-шу V20 (к сосуду мочевого пузыря)
точка тревоги (сигнальная)	чжан-мэнь F13

Акупунктурные точки сосуда селезенки — поджелудочной железы. Наиболее значимые точки: инь-бай (1), гунь-сунь (4), сань-инь-цзяо (6), сюе-хай (10), инь-линь-цюань (9), да-хэн (15).

1. Инь-бай RP1.

Расположение: на медиальной стороне I пальца стопы, на 0,3 см от угла корня ногтя.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльный нерв нижней конечности, отходящий от поверхностного малоберцового нерва, и разветвление тыльной артерии пальцев стоп.

Кожу иннервирует нерв L_v.

Показания: коллапс, острый энтероколит, эпилепсия, обморок, нарушение менструального цикла, судороги, в том числе у детей, похолодание нижних конечностей, подагрическая боль.

Техника: пункция глубиной 0,2 см; прижигание 5—10 мин.

2. Да-ду RP2.

Расположение: на границе между I плюсневой костью и основной фалангой I пальца, в выемке на его внутренней стороне, на границе тыльной и подошвенной поверхностей.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления

сухожилия мышцы, отводящей большой палец стопы; медиальный плюсневый нерв, отходящий от большеберцового нерва; разветвление медиальной плюсневой артерии.

Кожа иннервирует нерв L_4 .

Показания: боль в области стопы, вздутие живота, диспепсия, тошнота, рвота, запор, понос, грипп с высокой температурой тела и болью в поясничной области, опухоль голеностопного сустава, судороги у детей.

Женщинам во время беременности и после родов делать пункцию в данной точке противопоказано.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1 см. Прижигание 10 мин.

3. Тай-бай RP3.

Расположение: под головкой I плюсневой кости во впадине на внутренней поверхности стопы.

Топографическая анатомия: под кожей находится мышца, отводящая I палец стопы, и короткий его сгибатель, сухожилие длинного сгибателя I пальца стопы; медиальные пяточные ветви, отходящие от большеберцового нерва, и медиальные лодыжковые ветви, отходящие от задней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_4 .

Показания: спазм желудка, диспепсия, дизентерия, высокая температура тела, рвота, запор, люмбаго, нарушение чувствительности и двигательной функции нижних конечностей.

Техника: косая пункция вдоль нижнего края кости, конец иглы направляют к подошве. Глубина укола 1 см, прижигание 10 мин.

4. Гун-сунь RP4.

Расположение: на внутренней поверхности стопы, на передне-нижнем крае основания I плюсневой кости.

Топографическая анатомия: см. точку тай-бай.

Показания: эпилепсия, психоз, миокар-

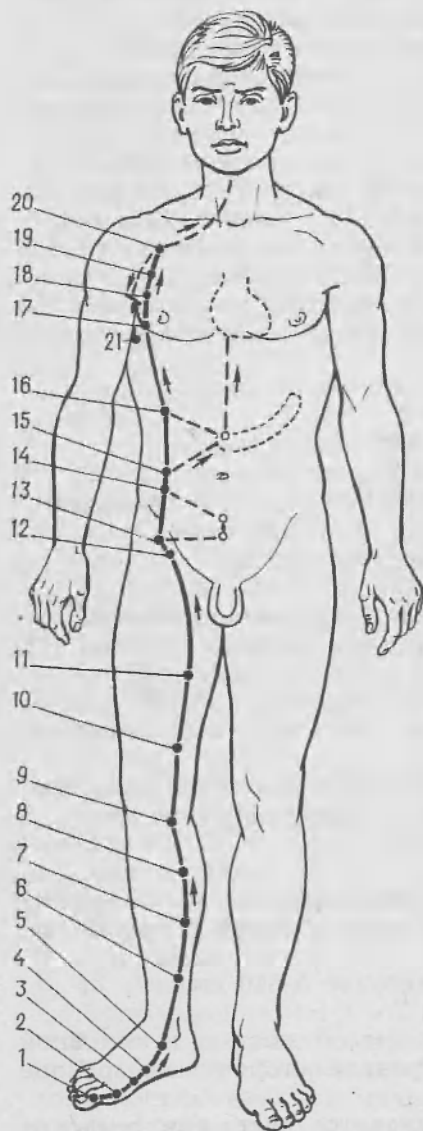


Рис. 22. Сосуд селезенки—поджелудочной железы и точки акупунктуры (1—21)

дит, боль в области грудины, плеврит, тошнота, рвота, боль в желудке, диспепсия, диарея, меноррагия, отек в области лица и головы.

Техника: косая пункция вдоль нижнего края кости глубиной 1,2 см. Прижигание 10 мин.

5. Шан-цю RP5.

Расположение: находится в ямке книзу и кпереди от внутренней лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхний край сухожилия задней берцовой мышцы, рядом — щель таранно-пяточно-ладьевидного сустава; медиальный кожный нерв голени, малоберцовый кожный нерв тыльной поверхности стопы, отходящей от поверхностного малоберцового нерва; разветвление передней артерии лодыжки, отходящей от передней большеберцовой артерии.

Мышцу иннервирует ветвь заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_{IV} или L_V .

Показания: боль внизу живота, метеоризм, урчание в животе с позывами на стул без испражнений, желтуха, эпилепсия, судороги у детей, спазм икроножной мышцы, бесплодие.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

6. Сань-инь-цзяо RP6.

Расположение: на 3 цуня выше верхнего края медиальной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся заднепередний край большеберцовой кости, передний край длинного сгибателя пальцев стопы, задняя большеберцовая мышца; медиальный кожный нерв голени, большеберцовый нерв и задняя большеберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви заднебольшеберцового нерва, кожу — нерв L_{IV} .

Показания: самая важная точка при расстройствах мочеполовой системы, в частности при аменорее, метроррагии, боли в области полового члена, поллюции, преждевременной эякуляции; боль в области желудка и поджелудочной железы (опоясывающая боль), энтероколит, диспепсия; боль на внутренней поверхности бедра, паралич нижних конечностей, напряженная боль в нижней части живота с непроизвольным мочеиспусканием, рвота после приема пищи; судороги у детей от испуга; трудные роды, недостаточное сокращение матки после родов, климакс, головокружение, неврастения, артериальная гипертензия, функциональная стерильность, атеросклероз, ломота во всем теле, бессонница, психастения.

Техника: пункция глубиной 1—2 см, прижигание 10—15 мин.

7. Лоу-гу RP7.

Расположение: на 3 цуня выше точки сань-инь-цзяо, у края большеберцовой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся заднепередний край большеберцовой кости, внутренний край камбаловидной мышцы, длинный разгибатель пальцев стопы, задняя большеберцовая мышца, медиальный кожный нерв голени, большеберцовый нерв и ветви задней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_{IV} .

Показания: боль в голени, онемение и похолодание голени, боль, урчание и вздутие в животе, диспепсия, тошнота.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 10—15 мин.

8. Ди-цзи RP8.

Расположение: ниже нижнего края коленной чашечки на 5 пропорциональных цуней, у заднего края большеберцовой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задневыступивший край большеберцовой кости, место прикрепления медиальной головки икроножной мышцы, камбаловидной мышцы и длинного сгибателя пальцев стопы, задняя большеберцовая мышца, медиальный голени и большеберцовый нерв, ветви задней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нервы L_{III} — L_{IV}.

Показания: люмбаго (боль в пояснице, затрудняющая сгибание и разгибание), боль внизу живота, понос, понижение аппетита, задержка мочи, острый цистит, эндометрит, аспермия, обильные бели, нарушение менструального цикла.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1,2 см; прижигание 5—10 мин.

9. Инь-лин-цюань RP9.

Расположение: на нижнем внутреннем крае колена, в углублении под большеберцовой костью у задненижнего мышцелка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край и задняя сторона верхнего конца большеберцовой кости, место прикрепления подколенной мышцы, в глубине — место прикрепления полуперепончатой мышцы, передняя сторона медиальной головки икроножной мышцы; ветви внутреннего кожного нерва голени, задняя большеберцовая артерия и внутренняя подколенная артерия.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: боль и опухоль в коленном суставе, боль в пояснице, диспепсия, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, диарея, острый цистит, бери-бери, ночное недержание мочи, бессонница.

Техника: вертикальная пункция при выпрямленной нижней конечности, глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—10 мин.

10. Сюе-хай RP10.

Расположение: на внутренней поверхности бедра, на одно деление выше верхнего края коленной чашечки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между портняжной мышцей и широкой медиальной мышцей бедра, промежуточная мышца бедра; медиальный кожный нерв, передние кожные и мышечные ветви бедренного нерва и кожная ветвь запирательного нерва, внутренняя (медиальная) подколенная артерия.

Мышцы иннервируют ветви бедренного нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: эндометрит, метроррагия, нарушение менструального цикла, асцит, недержание мочи, кожный зуд, крапивница, экзема, аллергия, язвы на нижних конечностях.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 10—20 мин.

11. Цзи-мэнь RP11.

Расположение: на середине бедра с внутренней стороны, у нижнего отдела длинной проводящей мышцы бедра, там, где пульсирует артерия.

Топографическая анатомия: под кожей находятся запирающий и бедренный нервы, бедренная артерия, щель между портняжной и медиальной широкой мышцей бедра, промежуточная мышца бедра.

Мышцы иннервируют ветви бедренного нерва, кожу — нерв L₁₁.

Показания: боль, увеличение паховых лимфатических узлов, задержка и недержание мочи, гонорея.

Техника: пункция глубиной 0,5 см, делать осторожно, чтобы не проколоть бедренную артерию. Лучше пункцию не делать. Прижигание 5 мин 2 раза с перерывом 15 мин.

12. Чунь-мэнь RP12.

Расположение: сразу под паховой складкой, у головки бедренного сустава.

Топографическая анатомия: под кожей находятся поверхностный подвздошно-паховый нерв, поверхностная надчревная нижняя артерия, окружающая подвздошную кость, наружная запирающая мышца, нижняя близнецовая мышца.

Мышцы иннервируют горизонтальные ответвления поясничного сплетения, ветвь кожно-мышечного нерва, ветви запирающего нерва.

Кожу иннервирует нерв L₁.

Показания: эпидидимит, невралгия нерва семенного канатика, эндофрит, грыжа, задержка мочи (ишурия), снижение лактации, боль под грудиной во время беременности, мастит, спазм желудка.

Техника: глубина укола 1,5—2 см (избегать попадания иглы в артерию); прижигание 5—10 мин.

13. Фу-шэ RP13.

Расположение: немного выше середины паховой складки и на 2 см выше точки чун-мэнь, латеральнее от паховой складки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между пучками пояснично-подвздошной мышцы, поверхностный подвздошно-подчревный нерв, подвздошно-паховый нерв, поверхностная надчревная артерия и артерия, огибающая подвздошную кость; справа нижний отдел слепой кишки, слева — нижний отдел сигмовидной ободочной кишки.

Мышцы иннервируют поперечные ветви поясничного сплетения, кожу — нерв L₁.

Показания: острый живот (аппендицит), запор, понос, отравление свинцом; при увеличении селезенки воздействуют на точку слева. Вообще эту точку используют редко.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 15 мин.

14. Фу-цзэ RP14.

Расположение: на 1,5 цуня ниже уровня пупка и в сторону по сосковой линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная косая мышца живота, поперечная фасция, межреберный нерв и поверхностная надчревная артерия.

Мышцы иннервируют нижние межреберные нервы и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_{XI}.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; гиперкинез и гиперсекреция желудка, пониженная и повышенная кислотность желудочного сока, диспепсия, язвенный энтероколит.

Техника: пункция глубиной 1,5—2 см, при беременности она противопоказана; прижигание 5—10 мин.

15. Да-хэн RP15.

Расположение: на уровне пупка, по сосковой линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная и внутренняя косая мышцы живота, поперечная мышца живота, поперечная фасция, межреберный нерв и поверхностная надчревная артерия.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_X.

Показания: грипп, энтероколит, лихорадочное состояние, истерия, запоры, диспепсия, дизентерия, непроходимость кишечника, астения.

Техника: пункция глубиной 1—1,5 см, при многомесячной беременности пункция противопоказана; прижигание 5—10 мин.

16. Фу-ай RP16.

Расположение: на 1,5 цуня выше пупка по сосковой линии.

Топографическая анатомия: см точку да-хэн.

Кожу иннервирует нерв Th_{VIII}.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, повышенная и пониженная кислотность желудочного сока, язвенный энтероколит, диспепсия, боль в животе, запор, дизентерия.

Техника: пункция глубиной 0,9 см. Избегать глубокой пункции, не направлять конец иглы вверх, чтобы не повредить печень и селезенку. Прижигание 10—15 мин.

17. Ши-доу RP17.

Расположение: в пятом межреберье на 6 цуней кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожильная часть наружной косой мышцы, передняя зубчатая мышца, мышца шестого межреберья, длинный грудной нерв и латеральные кожные ветви межреберного нерва, задние ветви грудной артерии. Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: межреберная невралгия, боль в надчревной области, гепатит, пневмония, бронхит, боль в области плеча.

Техника: глубина укола 1,2 см; прижигание 5—15 мин.

18. Тянь-си RP18.

Расположение: в четвертом межреберье кнаружи от соска.

Топографическая анатомия: под кожей находятся грудная мышца, сухожильная часть наружной косой мышцы живота и передней зубчатой мышцы, мышцы пятого межреберья, передние грудные нервы и задние кожные ветви межреберных нервов, задние грудные артерии.

Мышцы иннервируют длинные грудные нервы и пятый межреберный нерв, кожу — нерв Th_{IV}.

Показания: пневмония, кашель с гнилостной мокротой, воспаление молочной железы, гипогалактия, межреберная невралгия.

Техника: пункция глубиной 1,2 см; прижигание 10—15 мин.

19. Сюн-сян RP19.

Расположение: находится в третьем межреберье на 6 цуней кнаружи от средней линии.

Топографическая анатомия: см. точку тянь-си.

Показания: плеврит, бронхит, межреберная невралгия, одышка, затруднение глотания, икота.

Техника: вертикальная пункция глубиной 1,2 см; прижигание 10—15 мин.

20. Чжоу-жун RP20.

Расположение: во втором межреберье, на 6 цуней кнаружи от средней линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая и малая грудные мышцы, передняя зубчатая мышца, мышцы второго межреберья; передняя кожная ветвь (грудная) и передние ветви (межреберные нервы) грудного нерва, боковая грудная артерия.

Мышцы иннервируют длинный грудной нерв, короткий грудной нерв и второй межреберный нерв, кожу — нерв Th_{II}.

Показания: плеврит, застой в легких, боль и чувство распирания в груди и в боках, кашель, невралгия межреберного нерва.

Техника: пункция глубиной 1,2 см; прижигание 10—15 мин.

21. Да-бао RP21.

Расположение: по средней подмышечной линии в шестом межреберье.

Топографическая анатомия: под кожей находятся латеральный край широкой мышцы спины, передняя зубчатая мышца, мышца шестого межреберья, латеральные кожные ветви межреберного нерва, длинный грудной нерв, латеральная грудная артерия.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, шестой межреберный нерв, кожу — нерв Th_{VI}.

Показания: боль, чувство распирания в боку и груди, плеврит, одышка, межреберная невралгия. Точка справа эффективна при гепатите, общей слабости, бронхиальной астме.

Техника: пункция глубиной 1 см. Избегать глубокой пункции, которая может привести к проколу легких. Прижигание 10 мин.

СОСУД СЕРДЦА

Сосуд сердца (sœur — С) парный, симметричный, относится к системе Инь, центробежный. Принимает энергию от сосуда селезенки — поджелудочной железы и передает ее сосуду тонкой кишки. Максимальная активность сосуда сердца от 11 до 13 ч. На сосуде сердца расположены 9 точек (рис. 23). Сосуд сердца начинается в подмышечной впадине в точке цзи-цзянь С1, проходит по внутреннему краю двуглавой мышцы, пересекает кожную складку локтя в точке шао-хай С3, затем проходит по локтевому краю кисти между IV и V пястными костями и заканчивается у ногтевого ложа с лучевой стороны мизинца в точке шао-чун С9.

Показания: боль в области сердца, нарушение сердечного ритма, недостаточность мозгового кровообращения, головная боль; симптомы наруше-

ния функции печени и желчного пузыря (желтуха и боль в подреберье), боль на передневнутренней поверхности верхней конечности; беспокойство, снижение памяти, психоз.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	шао-шан С9
тормозящая точка	шэнь-мэнь С7
точка-источник	шэнь-мэнь С7
стабилизирующая точка к сосуду тонкой кишки	тун-ли С5
точка тревоги к сосуду мочевого пузыря	синь-шу V5
точка сочувствия (вторичный сосуд сердца)	цзюй-цюе J14

Акупунктурные точки сосуда сердца. Наиболее значимые точки: шао-хай (3), шэнь-мэнь (7), шао-чун (9).

1. Цзи-цюань С1.

Расположение: в подмышечной впадине, где пальпируется пульсация плечевой артерии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между подмышечной артерией и задней стороной сухожилия клювовидно-плечевой мышцы, сухожилие короткой двуглавой мышцы, ближе кпереди — задняя сторона большой грудной мышцы, локтевой и срединный нервы, медиальный кожный нерв плеча и латеральная ветвь межреберного нерва. В этом месте подмышечная артерия переходит в артерию плеча, лежащую в глубине.

Мышцы иннервируют ветви кожного-мышечного нерва и длинный грудной нерв, отходящий от плечевого сплетения; кожу — нерв Th₁₁.

Показания: плечевой плексит, боль и слабость в верхней конечности при движении, чувство холода в ней, боль в груди и боку, боль в сердце, мастопатия, истерия, депрессия.

Техника: прямая пункция глубиной 0,6 см. Вращение и клювовидные движения иглой делать запрещается во избежание травмы подмышечной артерии и подмышечного нервно-сосудистого пучка. Прижигание 3—5 мин.

2. Цин-лин С2.

Расположение: на 3 цуня выше локтевого сгиба, у локтевого края двуглавой мышцы. Точка хорошо

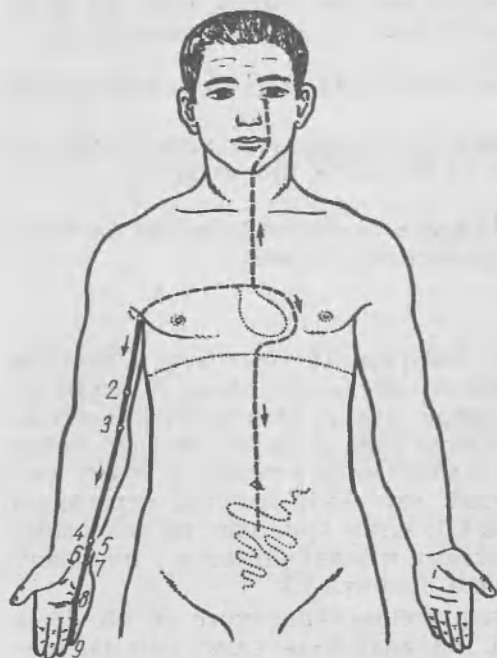


Рис. 23. Сосуд сердца и точки акупунктуры

определяется, если верхнюю конечность поднять до горизонтального уровня.

Топографическая анатомия: под кожей находятся борозда двуглавой мышцы, передняя плечевая мышца, внутренняя межмышечная перегородка, локтевой и срединный нервы и медиальный кожный нерв плеча. В этой области располагается также подкожно медиальная поверхностная вена верхней конечности, в глубине — плечевая артерия.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного и локтевого нервов, кожу — нерв Th₁₁.

Показания: двигательные и чувствительные расстройства в верхней конечности, отечность, боль в лобной области, межреберная невралгия, боль в сердце, желтушность склер.

Техника: пункция противопоказана; прижигание 5—10 мин.

3. Шао-хай С3.

Расположение: на складке локтевого сустава, у внутреннего края двуглавой мышцы (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления к кости плечевой мышцы, медиальный кожный нерв плеча и медиальный кожный нерв предплечья, нижняя локтевая коллатеральная артерия.

Кожу иннервирует нерв Th₁.

Показания: боль в сердце, боль в надчревной области, кровавая рвота, язвенный стоматит, головная боль от ветра, туберкулез легких, плеврит, заболевание шейных лимфатических желез, боль в шее с затруднением движения, паралич локтевого нерва, дрожь в кистях, рябь в глазах, снижение памяти, психические расстройства.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 5—10 мин.

4. Лин-дао С4.

Расположение: на 1,5 цуня выше запястья.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между локтевым сгибателем пальцев (с медиальной стороны) и сухожилием поверхностного сгибателя пальцев (с латеральной стороны), квадратный пронатор, медиальный кожный нерв предплечья и локтевой нерв, локтевая артерия (см. рис. 17).

Мышцы иннервируют ветви среднего и локтевого нервов, кожу — нерв Th₁.

Показания: боль в локтевом суставе, предплечье, боль в сердце, неврогенное сердцебиение, истерия, беспокойство, депрессия, носовое кровотечение, афония, боль в желудке, позывы на рвоту.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 10 мин.

5. Тун-ли С5.

Расположение: на 1 цунь выше лучезапястной складки, в углублении между сухожилиями (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между сухожилием локтевого сгибателя и сухожилиями поверхностного сгибателя пальцев, квадратный пронатор, локтевой нерв, медиальный кожный нерв, локтевая артерия.

Кожу иннервирует нерв Th₁.

Показания: боль в области запястья и предплечья, боль в локтевом

суставе, снижение остроты зрения, головная боль, головокружение, психоз (больной не может говорить от гнева), боль в желудке, рвота, тошнота, горечь во рту, ночное непроизвольное мочеиспускание, поражение локтевого нерва (чувствительные и двигательные расстройства), меноррагия, спазм мышц языка, потеря речи.

Техника: глубина укола 0,5—0,9 см. При аритмии сердца рекомендуется сочетать с точкой синь-шу V15. Прижигание 10 мин.

6. Инь-си С6.

Расположение: на 0,5 цуня выше лучезапястной складки, у шейки локтевой кости (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: см. точку тун-ли.

Показания: головокружение, кровотечение из носа, чувство распирания в груди, боль в сердце, сердцебиение, язвенная болезнь желудка, икота, озноб, ангина, ночной пот, невроз, фобии.

Техника: глубина укола 0,5—0,9 см; прижигание 5—10 мин.

7. Шэнь-мэнь С7.

Расположение: у края головки локтевой кости, на уровне сгиба лучезапястного сустава (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие локтевого сгиба пальцев, чувствительные волокна внутреннего кожного нерва предплечья и ладонной кожной ветви локтевого нерва, локтевой нерв, локтевая артерия, гороховидная и трапецевидная кости.

Показания: пароксизмальная тахикардия; основная точка при лечении психоза, невроза и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Паралич мышц подъязычной области, эпилепсия, желтуха, рвота с кровью, кровохарканье, диарея, очень высокая температура тела, одышка; кровопотеря после родов, ночное недержание мочи, головная боль, бессонница; фурункулы и сыпи у детей, снижение памяти.

Техника: пункция глубиной 1 см, при аритмии сердца рекомендуется сочетать с точками синь-шу V15, нэй-гуань МС6 и ян-линь-цюань VB34. Прижигание 5—10 мин.

8. Шао-фу С8.

Расположение: на ладони в углублении между IV и V пястными костями, немного кзади от пястно-фаланговых суставов.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ладонный апоневроз, червеобразные мышцы, внутренний край сухожилия IV пальца, поверхностного и глубокого сгибателей пальцев, ладонные и тыльные межкостные мышцы, ветви локтевого нерва и общая ладонная артерия пальцев.

Мышцы иннервируют ветви среднего и локтевого нервов, кожу — нерв Th₁.

Показания: контрактура мышц V пальца, жар в ладонях, боль в груди, пароксизмальная тахикардия, непрерывный кашель, невралгическая боль в верхней конечности, плече; задержка или недержание мочи, зуд в области промежности, наружных половых органов (исключая грибок), опущение матки, спазм влагалища; грыжа, мено-, метроррагия; стоматит, головная боль, заложенность в носу, перемежающаяся лихорадка, рвота, желтуха, истерический смех, тревожное состояние.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 10 мин.

9. Шао-чун С9.

Расположение: у лучевого края ногтевого ложа V пальца, на 0,3 см выше от угла ногтя (см. рис. 17).

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между местом прикрепления сухожилий V пальца глубокого сгибателя и разгибателя пальцев, ветви локтевого нерва и сеть собственной ладонной артерии.

Кожу иннервирует нерв Th₁.

Показания: боль в сердце, жар и озноб, перемежающаяся лихорадка, пароксизмальная тахикардия, боль в области плеча, поражение локтевого нерва с нарушением чувствительной и двигательной функций, желтуха, головная боль.

Техника: пункция глубиной 0,3 см (при заболеваниях, требующих неотложной помощи, после укола выдавить каплю крови). Прижигание 3—5 мин.

СОСУД ТОНКОЙ КИШКИ

Сосуд тонкой кишки (intestin grele — IG) парный, симметричный, относится к системе Ян, центростремительный. Принимает энергию от сосуда сердца и передает ее сосуду мочевого пузыря. Максимальная активность сосуда от 13 до 15 ч (рис. 24).

Начинается от конца мизинца в точке шао-цзэ (IG1), где он контактирует с сосудом сердца, поднимается вдоль границы ладонной и тыльной поверхностей на внутренней стороне V пальца, проходит по локтевому краю кисти, предплечья и плеча до точки цзянь-чжэнь (IG9), направляется вверх до нижнего края ости лопатки, подходит к средней линии спины, где в точке цзянь-чжун-шу (IG14) (заднесрединный сосуд) соприкасается с одноименным сосудом противоположной стороны. Отсюда поднимается к шее и доходит до надключичной ямки, далее направляется вверх по шее на угол нижней челюсти, скуловой кости в точке цюань-ляо (IG18), доходит до внутреннего угла глаза, где якобы связывается с сосудом мочевого пузыря, по нижнему краю орбиты идет до внешнего угла глаза и уха в точке тин-гун (IG19). От надключичной ямки якобы ветвь уходит внутрь, свя-

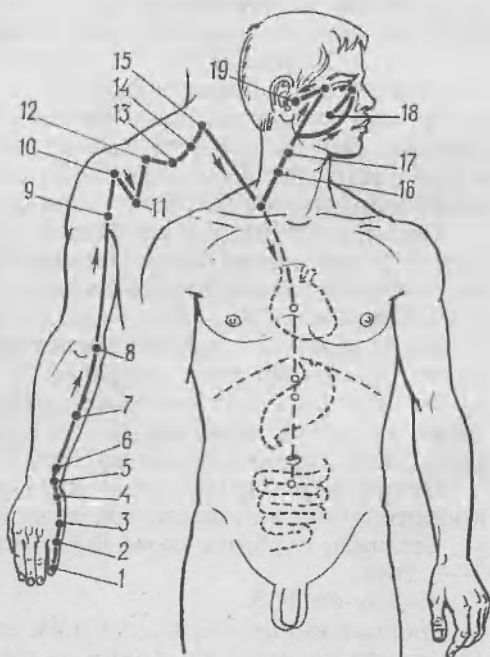


Рис. 24. Сосуд тонкой кишки и точки акупунктуры

зывается с сердцем, проходит в желудок и заканчивается в тонкой кишке. На сосуде расположены 19 точек.

Показания: нарушение функций кишок, диспепсические явления, боль в области пупка и нижней части живота, боль в верхней конечности с нарушением двигательной и чувствительной функции; нарушения в области головы, затылка, плечевого пояса, лица, ушей, горла, носа, головного мозга, нервно-психического расстройства.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	хоу-си IG3
тормозящая точка	сяо-хай IG8
точка-источник	вань-гу IG4
стабилизирующая точка к сосу- ду сердца	чжи-чжэн IG7
сочувственная точка к сосуду мочевого пузыря	сяо-чан-шу V27
точка тревоги	гуань-юань J4

Акупунктурные точки сосуда тонкой кишки. Наиболее значимые точки: шао-цзэ (1), хоу-си (3), тин-гун (7), тянь-цзун (11).

1. Шао-цзэ IG1.

Расположение: на конце V пальца кисти, на уровне корня ногтя на 3 мм снаружи, с внутренней стороны.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления сухожилий V пальца глубокого сгибателя пальцев кисти и разгибателя пальцев кисти, внутренний край фаланги V пальца, ладонный собственный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва, ладонная собственная артерия пальцев, отходящая от локтевой артерии.

Кожу иннервирует нерв Th₁.

Показания: оказание неотложной помощи, головная боль, тонзиллит, глоссит, боль в области плеча, писчий спазм, кашель с мокротой, боль в шее с затруднением движения (напряжение мышц шеи), лейкома, заболевания сердца, мастит, гипогалактия, лихорадка, эпилепсия.

Техника: пункция глубиной 0,3 см, кисть в положении пронации, направление укола вертикальное. При оказании неотложной помощи после окончания пункции выдавить каплю крови. Прижигание 3—5 мин.

2. Цянь-гу IG2.

Расположение: у локтевого края основания сустава мизинца (в этом месте прощупывается впадина).

Топографическая анатомия: см. точку шао-цзэ, кроме того, здесь находятся тыльный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва, и тыльная артерия пальцев, отходящая от локтевой артерии.

Показания: эпилепсия, психоз, шум в ушах, ангина, насморк, носовое кровотечение, гипогалактия, мастит, выделение мочи красного цвета.

Техника: глубина укола 0,3 см при согнутой в кулак кисти; прижигание 3—5 мин.

3. Хоу-си IG3.

Расположение: в углублении кзади от головки V пястной кости, у локтевого ее края, на конце ладонной складки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся мышца, отводящая V палец кисти; внутренний край короткого сгибателя пальцев; мышца, противопоставляющая V палец кисти; тыльный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва, и тыльная артерия пальцев.

Мышцы иннервируют ветви локтевого нерва, кожу — нерв Th₁.

Показания: эпилепсия, психоз, перемежающаяся лихорадка, носовое кровотечение, глухота, кератит, лейкома, боль в шее, спазм мышц шейно-затылочной области, дерматит, выделение мочи красного цвета.

Техника: глубина укола 0,3 см; прижигание 5—10 мин.

4. Вань-гу IG4.

Расположение: на наружной поверхности во впадине, образованной основанием V пястной и трехгранной костей.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная мышца ладони, мышца, отводящая V палец кисти; тыльная ветвь локтевого нерва и локтевая артерия, дно углубления крючковидной кости.

Мышцы иннервируют ветви локтевого нерва, кожу — нерв Th₁.

Показания: головная боль, рвота, напряжение мышц затылка, лихорадочное состояние с шумом в ушах, снижение остроты зрения, слезотечение при ветре, лейкома, гемиплегия, судороги пальцев кистей, желтуха.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 5—10 мин.

5. Ян-гу IG5.

Расположение: в ямке под головкой локтевой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между сухожилием локтевого сгибателя запястья и сухожилием локтевой мышцы, локтевой отросток, тыльные ветви локтевого нерва и тыльная артерия кисти.

Мышцы иннервируют ветви лучевого нерва и локтевого нерва, кожу — нерв Th₁.

Показания: маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, отит, головное головокружение, стоматит, невралгия межреберных нервов, глоссит у детей, боль в запястье и на задневнутренней стороне плеча, боль в шее и затылке, шум в ушах, глухота, полиомиелит.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 5—10 мин.

6. Ян-лао IG6.

Расположение: над шиловидным отростком локтевой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся внутренний край сухожилия локтевой мышцы, задневнутренняя сторона нижнего конца локтевой кости, тыльные ветви локтевого нерва, медиальный кожный нерв предплечья, тыльная артерия кисти.

Иннервация мышц и кожи — см. точку ян-гу.

Показания: двигательные и чувствительные нарушения в области плеча и лопатки; тугоподвижность суставов верхних конечностей, гиперемия конъюнктивы, снижение остроты зрения.

Техника: косая подкожная пункция, иглу направляют под сухожилие, параллельно поверхности локтевой кости, вплотную к ней. Глубина укола 1 см. Прижигание 5—10 мин.

7. Чжи-чжэн IG7.

Расположение: на 4 цуня выше точки ян-лао или мышелка локтевой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления к кости разгибателя II пальца и глубокого сгибателя пальцев, локтевая кость, медиальный кожный нерв предплечья, тыльная межкостная артерия.

Иннервация мышц и кожи — см. точку ян-лао.

Показания: психоз, неврастения, головокружение, боль в предплечье, тик и контрактура мышц предплечья, боль в пальцах кисти, болезненность при сгибании и разгибании локтевого сустава и пальцев кисти, боль в шее и затылке, боль в нижней челюсти, рябь в глазах.

Техника: пункция глубиной 0,6—1 см; прижигание 5—10 мин.

8. Сяо-хай IG8.

Расположение: в желобке локтевого нерва, во внутреннем мышцелке плечевой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция трехглавой мышцы, медиальный кожный нерв плеча и предплечья, локтевой нерв, нижняя ветвь локтевой артерии.

Кожу иннервирует нерв Th₁.

Показания: боль в области плеча и шеи, невралгия локтевого нерва, язвенный гингивит, зубная боль, фурункулы на теле, боль в нижней части живота, головокружение, эпилепсия, глухота, желтуха, хорея, маниакальное состояние.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 10—15 мин.

9. Цзянь-чжэнь IG9.

Расположение: у заднего края подмышечной ямки, между лопатками и плечевой костью.

Топографическая анатомия: под кожей находятся дельтовидная мышца (у нижнего края), щель между большой и малой круглыми мышцами, длинная головка трехглавой мышцы плеча, подлопаточная мышца, кожный нерв плеча, внутренний кожный нерв плеча, наружная кожная ветвь межреберных нервов; в глубине располагаются подмышечный нерв и ветвь задней артерии, окружающей плечевую кость.

Мышцы иннервируют подмышечный нерв, ветви надлопаточного и лучевого нервов, кожу — нерв Th₁₁.

Показания: артрит суставов верхней конечности, боль в плечевом поясе, шум в ушах, глухота, головная боль, икота, боль в области печени, паралич верхних конечностей.

Техника: пункция глубиной 1,5 см. При боли в плечевом суставе рекомендуется сочетать с точками цзянь-юй (GI15) и цзянь-ляо (TR14). Прижигание 10 мин.

10. Нао-шу IG10.

Расположение: у заднего края плечевого сустава, по вертикали подмышечной задней линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся дельтовидная мышца, подостная и надостная мышцы, ветвь ключичного нерва, наружный кожный нерв плеча и задний кожный нерв плеча, надлопаточная артерия, окружающая лопатку; ветвь задней артерии, окружающая плечевую кость; нижний край ости лопатки.

Мышцы иннервируют медиальный (плечевое сплетение) и надлопаточный нервы, кожу — нерв C_V .

Показания: боль, припухлость и воспаление в челюстно-шейной области, в области плеча и лопатки, плечевой плексит, артрит, парез мышц плеча.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 5—10 мин.

11. Тянь-цзун IG11.

Расположение: ниже середины лопатки под ее остью, в центре подостной ямки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подостная мышца, подлопаточный нерв и надлопаточная артерия.

Мышцу иннервирует ветвь надлопаточного нерва, кожу — нерв Th_{III} .

Показания: ломящая боль в области лопатки, плеча, невозможность поднять верхнюю конечность, межреберная невралгия, икота. При боли в области печени показана чжэнь-цзю-терапия в правой точке тянь-цзун.

Техника: пункция глубиной 1—1,5 см. При периартрите плечевого сустава рекомендуется сочетать с точками цзянь-ляо (TR14), цзянь-цзин (VB21), цзянь-юй (GI15) и ян-лин-цюань (VB34).

Прижигание 10 мин.

12. Би-фэн IG12.

Расположение: посредине верхнего края ости лопатки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная мышца, надостная мышца, надключичный, надлопаточный и добавочный нервы, надлопаточная артерия, лопатка.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения и надлопаточный нерв; кожу — нерв C_V .

Показания: двигательные и чувствительные расстройства в области плеча и лопатки, межреберная невралгия.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 10—15 мин.

13. Цюй-юань IG13.

Расположение: в глубине на верхнем крае ости лопатки, кнутри от точки би-фэн IG12.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная мышца, надостная мышца, место прикрепления к кости мышцы, поднимающей лопатку, надлопаточный и добавочный нервы, надлопаточная артерия, верхний внутренний угол лопатки.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, надлопаточного и большого затылочного нервов, кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: боль в плечевом суставе, боль и жар в области лопатки, невралгия локтевого нерва, одышка.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 10 мин.

14. Цзянь-вай-шу IG14.

Расположение: в углублении над лопаткой, в месте пересечения горизонтальной линии первым и вторым грудными позвонками с внутренним краем лопатки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная

мышца; мышца, поднимающая лопатку, верхняя задняя зубчатая мышца, задние ветви VII и VIII шейных нервов, тыльный нерв лопатки и добавочный нерв, поперечная шейная артерия.

Мышцы иннервируют ветви большого затылочного нерва, XI черепного нерва, глубокого шейного сплетения, надлопаточного нерва и I межреберного нерва. Кожу иннервирует нерв C_{VIII} .

Показания: боль в лопатке, двигательные и чувствительные расстройства в плече, напряжение мышц в области затылка и шеи, невралгия, артериальная гипотензия.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 10 мин.

15. Цзянь-чжун-шу IG15.

Расположение: на 4 поперечных пальца латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка, в углублении у внутреннего края лопатки (см. рис. 49).

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная мышца, верхняя задняя зубчатая мышца, подвздошно-реберная мышца грудной клетки и шеи, межпоперечные мышцы, задняя ветвь VI шейного нерва и тыльно-лопаточный нерв, шейная поперечная артерия.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, большого затылочного нерва, шейных и I межреберных нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{VIII} .

Показания: кашель, бронхит, одышка, кровохарканье, снижение остроты зрения, боль в области щеки, невралгия плечевого сплетения.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

16. Тянь-чуан IG16.

Расположение: позади грудиноключично-сосцевидной мышцы, кзади от места, где пальпируется пульсация артерии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край грудиноключично-сосцевидной мышцы; мышца, поднимающая лопатку, лестничные мышцы, шейные кожные нервы, начальная часть большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения, сонная артерия.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов и шейного сплетения, кожу — нерв C_{III} .

Показания: боль и напряжение мышц шеи и затылка, шум в ушах, глухота, боль в горле, боль в челюсти, ларингит с афонией, тризм, геморрой.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

17. Тянь-жун IG17.

Расположение: под мочкой уха, книзу на 1 цунь, впереди места прикрепления грудиноключично-сосцевидной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний край грудиноключично-сосцевидной мышцы, задний край угла нижней челюсти, нижняя сторона двубрюшной мышцы, чувствительные ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения, и внутренняя яремная вена, лежащая в глубине.

Мышцы иннервируют ветви XI и XII пар черепных нервов и глубокого шейного сплетения, кожу — нервы C_{II} и C_{III}.

Показания: боль в горле с ознобом в теле, зоб, боль в шейно-затылочной области, тик и контрактура мышц в области спины, чувство полноты в груди с затруднением дыхания, миозит в области шеи, рвота, шум в ушах, глухота, растяжение связок шейно-затылочной области с затруднением поворота головы, кривошея.

Техника: глубина укола 1—1,2 см; прижигание 5—10 мин.

18. Цюань-ляо IG18.

Расположение: под скуловой костью, в углублении скуловой дуги.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний край жевательной мышцы, место ее прикрепления к скуловой кости, скуловая ветвь лицевого нерва, вторая и третья ветви тройничного нерва.

Мышцу иннервирует ветвь V пары черепных нервов, кожу — V пара черепных нервов.

Показания: периферический паралич лицевого нерва и контрактура мимических мышц, отечность лица (не рожистого характера), боль в зубах верхней челюсти, частое мигание век.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 3 мин (в крайних случаях).

19. Тин-гун IG19.

Расположение: чуть впереди на середине козелка, сзади суставного отростка нижней челюсти. Больному предлагают открыть рот, чтобы нащупать углубление.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край околоушной железы, задний край мышечкового отростка нижней челюсти, височно-ушной нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва, и ветвь, отходящая от поверхностной височной артерии. В глубине начинается поверхностная височная артерия.

Кожу иннервирует V пара черепных нервов.

Показания: депрессивный психоз с немотой, чувство полноты в надчревной области, глухота, ощущение инородного тела в ухе, шум в ушах, воспалительные процессы в слуховом проходе, гингивит.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 3—5 мин.

СОСУД МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Сосуд мочевого пузыря (vessie — V) парный, относится к системе Ян, пентробежный. Принимает энергию от сосуда тонкой кишки и передает ее сосуду почек. Максимальная активность сосуда от 17 до 19 ч. На сосуде мочевого пузыря расположены 67 точек (рис. 25).

Начинается у внутреннего угла глаза в точке цин-мин V1, проходит лобную область и, соприкасаясь с сосудом противоположной стороны в теменной области в точке бай-хуэй T20, следует на затылок и шею до точки тянь-чжу V10 между I и II шейными позвонками. Далее разветвляется на две параллельные позвоночнику линии: одна из них проходит на

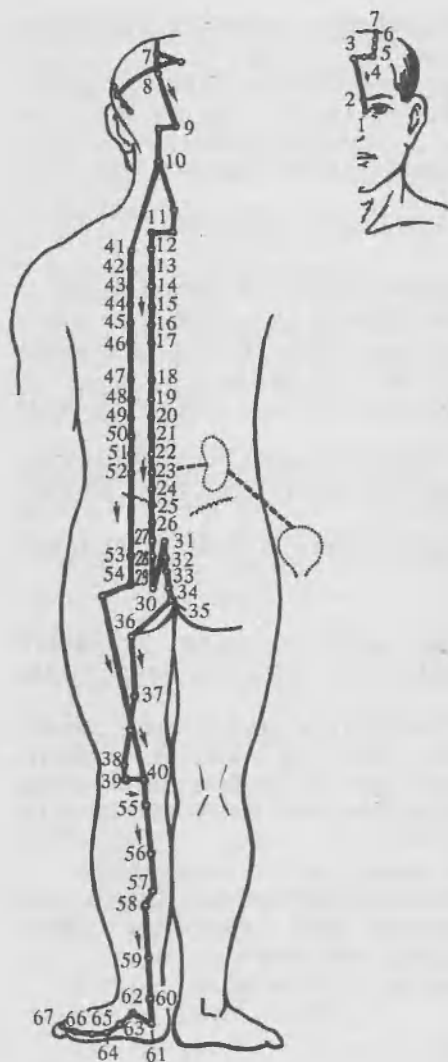


Рис. 25. Сосуд мочевого пузыря и точки акупунктуры (1—67)

расстоянии 1,5 пропорциональных цуня от средней линии спины до точки бай-хуань-шу V30, поднимается до первого заднего крестцового отверстия в точке шан-ляо V31, спускается вниз и в точке хуэй-ян V35 через ягодичную складку доходит до подколенной ямки, где соединяется со второй ветвью. Затем следует вниз по середине задней стороны голени; далее сосуд доходит до латеральной лодыжки (точка кунь-лунь V60), следует до пятки и вдоль наружного края тыльной стороны стопы выходит на V палец, оканчиваясь у основания ногтя в точке чжи-инь V67.

Показания: цистит, цисталгия, недержание и задержка мочи, заболевания почек, прохождение камня в мочеточнике, боль в поясничной области, наружных половых органах, гинекологические заболевания, геморрой; болезни сердца, легких, органов пищеварения; заболевания носа, глаз, головная боль; боль в позвоночнике, тазобедренном суставе, бедре, голени, пятке; люмбаго, боль в пояснично-крестцовой области с болевым синдромом периферических нервов нижней конечности.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	чжи-инь V67
тормозящая точка	шу-гу V65
точка-источник (пособник)	цзин-гу V64
стабилизирующая (ло-пункт) к сосуду почек	фэй-ян V58
точка сочувствия	пан-гуан-шу V28
точка тревоги (вторичный сосуд сердца)	чжун-цзи J13

Акупунктурные точки сосуда мочевого пузыря. Наиболее значимые точки: цюань-чжу (2), тянь-чжу (10), да-чжу (11), фэй-шу (13), синь-шу (15), гань-шу (18), пи-шу (22), сань-цзяо-шу (22), да-чан-шу (25), шэнь-шу (23), сяо-чан-шу (27), цы-ляо (32), вэй-чжун (40), гао-хуан (43), чжи-ши (52), бао-хуан (53), чэн-шань (57), кунь-лунь (60), шэнь-май (62), цзинь-мэнь (63), чжи-инь (67).

1. Цин-мин V1.

Расположение: во внутреннем углу глаза, на расстоянии 3—4 мм от слезного сосочка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся круглая мышца глаза; снизу — место прикрепления пирамидной мышцы, мышцы, сморщивающей бровь; сверху — место прикрепления мышцы, поднимающей верхнюю губу и крыло носа, место соединения верхнечелюстной и лобной костей; в глазнице — медиальная прямая мышца глаза; подблоковый нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва и ветви внутриглазковой артерии, отходящей от наружной челюстной артерии.

Мышцы иннервируют лицевой нерв, нижнюю ветвь III черепного нерва, кожу — V пара черепных нервов.

Показания: снижение остроты зрения, атрофия зрительного нерва, конъюнктивит, лейкома, ринит, гиперемия или зуд в области конъюнктивы, куриная слепота, заложенность носа, паралич лицевого нерва.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Техника: глубина укола 0,3 см, конец иглы направляют в сторону носа. При глубокой пункции, надавливая, слегка отодвигают кнаружи глазное яблоко, вводят иглу вглубь, держа ее вплотную к краю глазницы. Иглу вводят осторожно, без вращения. Прижигание противопоказано. Не следует направлять конец иглы в глазницу, так как это может привести к проколу глазного яблока.

2. Цуань-чжу V2.

Расположение: в углублении у внутреннего конца брови над точкой цин-мин.

Топографическая анатомия: под кожей находятся лобное брюшко затылочной мышцы, мышца, сморщивающая бровь; пирамидальная мышца в край круговой мышцы глаза, лобный нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва, и разветвление лобной артерии от верхнечелюстной артерии.

Мышцы иннервируют ветви лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: лейкома, куриная слепота, слезотечение, конъюнктивит, кровообращение, боль в области лба, невралгия первой ветви тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва, тики мышц век, снижение остроты зрения.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,5 см; прижигание противопоказано.

Примечание. При помутнении хрусталика рекомендуется сочетать с точками цин-мин, цзу-сань-ли E36 и гуан-мин VB37, при боли в средней части лба — с точками юй-яо H, фэн-чи VB20 и хэ-гу GI4.

3. Мэй-чун V3.

Расположение: над внутренним концом брови, на 1,5 цуня выше точки цуань-чжу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления лобного брюшка затылочной мышцы к апоневротическому шлему, лобный нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва, и разветвление лобной артерии, отходящей от верхнечелюстной артерии.

Мышцу иннервирует ветвь лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: эпилепсия, головная боль и насморк, невралгия тройничного нерва, рябь в глазах.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направляют кверху. Глубина укола 0,6 см. Иглу оставляют до 3 мин. Прижигание противопоказано.

4. Цюй-ча V4.

Расположение: на 1/2 цуня выше начала волосистой части головы, в сторону от средней линии на 1,5 цуня.

Топографическая анатомия: под кожей находятся лобная мышца, ветвь лобного нерва, отходящего от первой ветви тройничного нерва, и ветвь лобной артерии.

Мышцу иннервирует ветвь лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: головная боль, паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, снижение остроты зрения, заложенность носа, носовое кровотечение, ринит, полипы носа.

Техника: подкожная пункция под углом, глубина укола 0,5 см; прижигание 1—3 мин.

5. У-чу V5.

Расположение: на 0,5 цуня кзади от цюй-ча.

Топографическая анатомия: см. точку цюй-ча.

Показания: эпилепсия, головная боль, головокружение, мигрень, насморк, боль в области плеча; жаропонижающее действие.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,6 см; прижигание 1—3 мин.

6. Чэн-гуан V6.

Расположение: на темени, на одной линии с точкой у-чу, на 0,5 цуня кзади от цюй-ча.

Топографическая анатомия: под кожей находятся апоневротический шлем, лобное ответвление первой ветви тройничного нерва, височная ветвь лицевого нерва и поверхностная височная артерия.

Кожу иннервирует первая ветвь тройничного нерва.

Показания: головная боль, головокружение, лейкома роговицы, ринит, ОРВИ.

Техника: глубина укола 1 см, направление иглы почти горизонтальное, конец иглы направляют кпереди. Прижигание 1—3 мин.

7. Тун-тянь V7.

Расположение: на темени, на 1,5 цуня латеральнее заднесрединного сосуда и на 1,5 цуня за точкой чэн-гуан V6.

Топографическая анатомия: под кожей находятся апоневротический шлем, большой затылочный нерв, теменные ветви поверхностной височной артерии и затылочной артерии.

Кожу иннервирует нерв C_{II}.

Показания: головная боль в затылочно-теменной области, головокружение, хронический ринит, синусит, озена, кровотечение из носа, неврит лицевого нерва, хронический бронхит.

Техника: пункция под углом 15° , конец иглы направляют кзади, глубина укола 1 см. Прижигание 1—3 мин.

8. Ло-цюе V8.

Расположение: на расстоянии 1,5 цуня от точки тун-тянь.

Топографическая анатомия: см. точку тун-тянь.

Показания: головная боль, шум в ушах, глаукома, спазм затылочных и трапециевидных мышц, психоз.

Техника: подкожная пункция под углом 15° , конец иглы направляют книзу, глубина укола 1 см. Прижигание 1—3 мин через срез корня имбиря или хрена.

9. Юй-чжэнь V9.

Расположение: в затылочной области, книзу от точки ло-цюе, на 1,3 цуня от срединной линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся затылочное брюшко затылочно-лобной мышцы, место прикрепления трапециевидной мышцы к верхней выйной линии на затылочной кости; большой затылочный нерв и затылочная ветвь задней ушной артерии и затылочная артерия.

Мышцы иннервируют ветви большого затылочного нерва, добавочного нерва (XI) и шейного сплетения; кожу — нерв C_{III} .

Показания: затылочная головная боль, головокружение, снижение обоняния (гипосмия), прилив крови к голове, невралгия тройничного нерва, близорукость, нарушение конвергенции.

Техника: косая подкожная пункция, конец иглы направляют книзу. Глубина укола 1 см. Прижигание противопоказано.

10. Тянь-чжу V10.

Расположение: на границе волосистой части головы, во впадине у наружного края трапециевидной мышцы в области затылка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружный край трапециевидной мышцы, полуостистая мышца головы, задние малая и большая прямые мышцы, нижняя косая мышца головы; задняя ветвь шейного нерва и ветвь затылочной артерии, которые выходят в промежутке между I и II шейными позвонками.

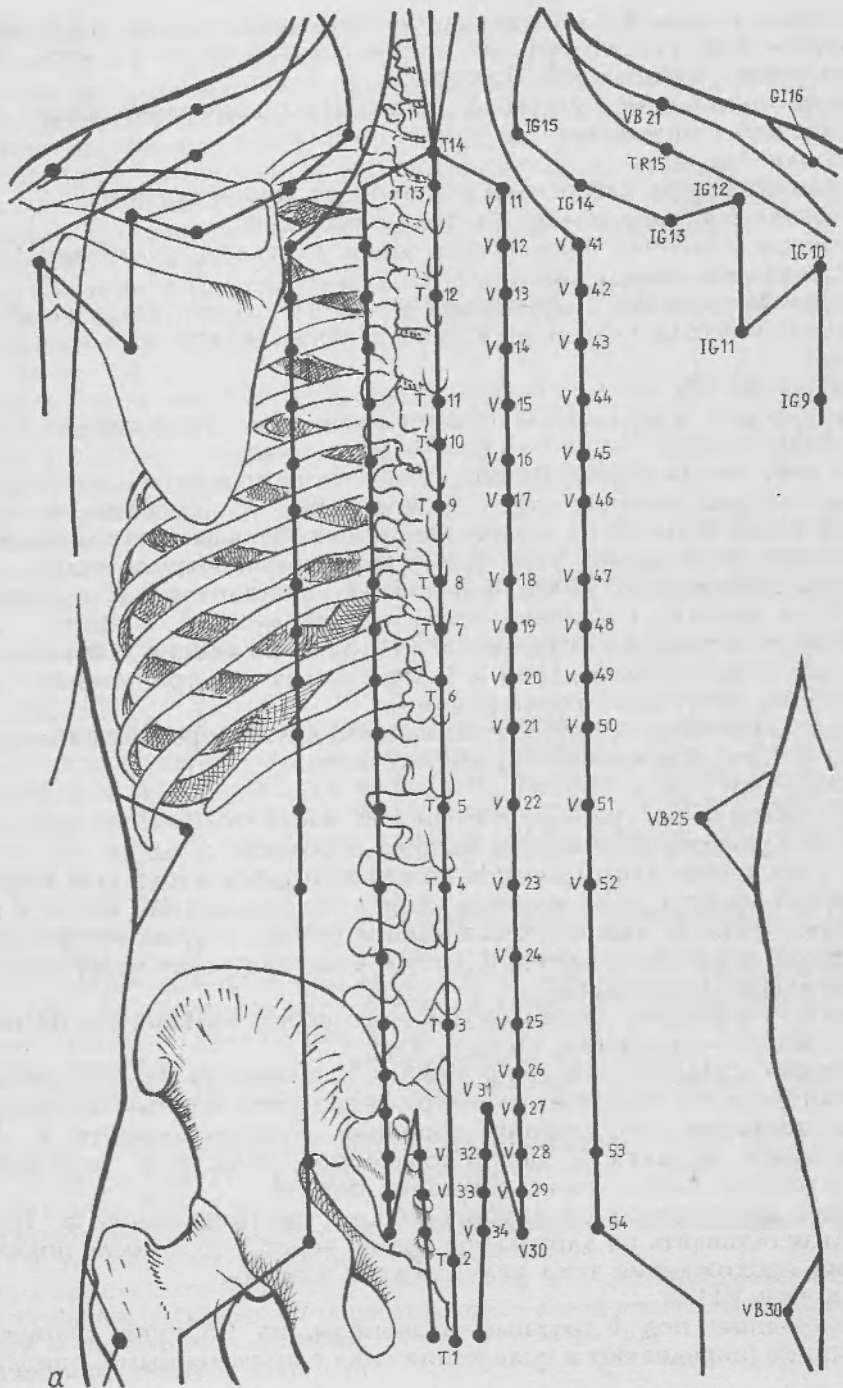
Мышцы иннервируют ветви добавочного нерва, большого затылочного нерва и шейного сплетения; кожу — нерв C_{III} .

Показания: сильная слабость в нижних конечностях, боль в спине при наклоне впереди и в стороны, головокружение с мгновенным потемнением в глазах, головная боль, потеря обоняния, чувство тяжести в голове и спазм мышц затылка и шейно-лопаточной области с затруднением поворота головы, неврастения, снижение памяти.

Техника: прямая пункция глубиной 0,9—1 см. Прижигание 5—10 мин. Иглу нельзя оставлять на длительное время, через 3—5 с после появления ощущения прохождение тока иглу следует извлечь.

11. Да-чжу V11.

Расположение: под I грудным позвонком, на 1,5 цуня кнаружи от позвоночника (определяют в положении сидя с приведенными, опирающи-



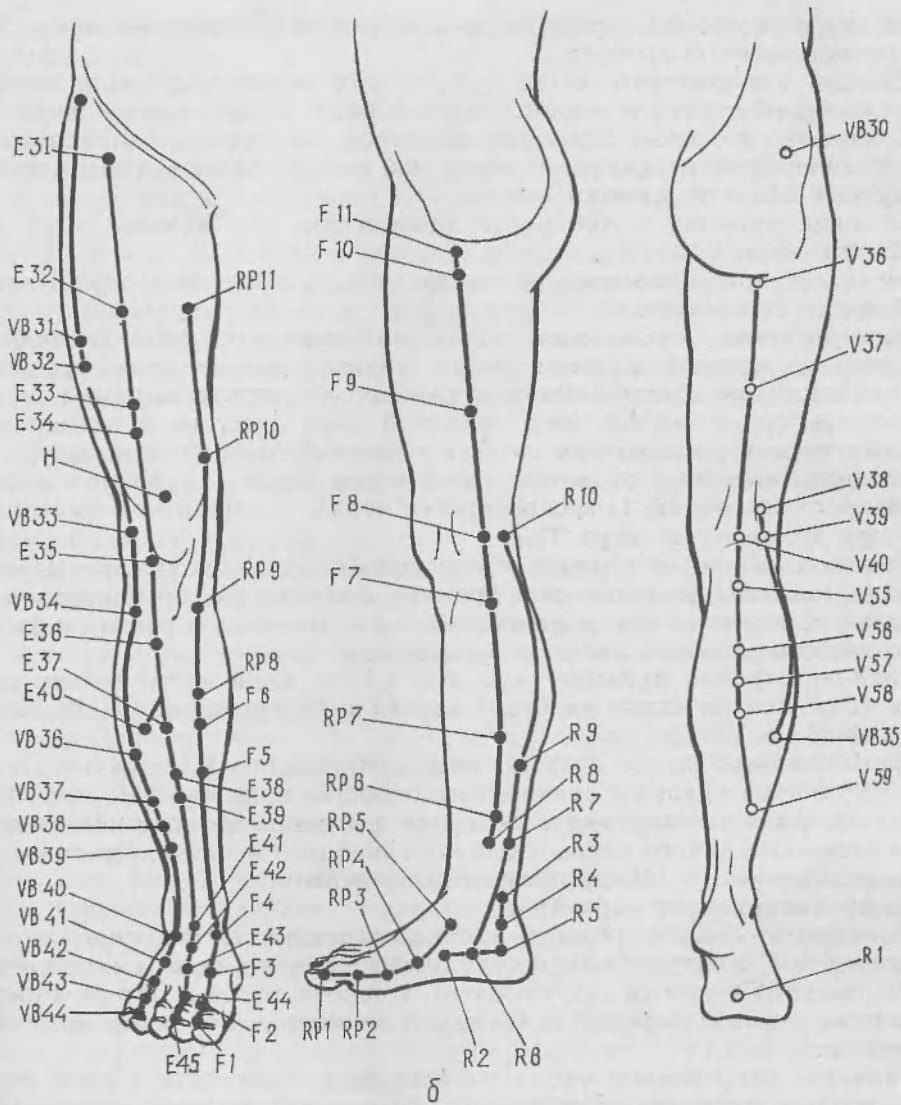


Рис. 26. Точки акупунктуры на спине и в пояснично-крестцовой области (а) и на нижних конечностях (б)

мися на локти руками и наклоненной головой). Расстояние от средней линии спины до внутреннего края лопатки равно 3 пропорциональным шуням (рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная мышца, ременная мышца шеи, длиннейшие мышцы спины, шеи и головы, полуостистая и подвздошно-реберная мышцы шеи; задняя ветвь грудного

нерва, дорсальный (тыльный) нерв лопатки и добавочный нерв, ветвь поперечной шейной артерии.

Мышцы иннервируют ветви добавочного нерва, глубокого шейного и плечевого сплетений и первого межреберного нерва; кожу — нерв C_{VII} .

Показания: головная боль, лихорадочное состояние, головокружение, хронический бронхит, плеврит, эпилепсия, боль в области спины и поясницы, боль в области лопатки, гонит.

Техника: пункция глубиной 0,9; прижигание 10—20 мин.

12. Фэн-мэнь V12.

Расположение: находится на линии между остистыми отростками II и III грудных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная и ромбовидная мышцы, задняя верхняя зубчатая мышца, ременная мышца шеи, длиннейшие мышцы спины и шеи, полуостистая мышца шеи, подвздошно-реберная мышца шеи; тыльный нерв лопатки и задние ветви грудных нервов, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии.

Мышцы иннервируют ветви добавочного нерва, глубокого шейного и плечевого сплетений, II межреберного нерва, II спинномозгового нерва.

Кожу иннервирует нерв Th_{II} .

Показания: боль в верхней части спины, боль и контрактура мышц затылка, головная боль, плеврит, бронхит, коклюш, как профилактическое средство при гриппе, как жаропонижающее, тошнота и рвота от физического перенапряжения, насморк, сонливость.

Техника: прямая пункция глубиной 1,5 см. Если часто делать уколы в эту точку, то на спине не будет нарывов. Прижигание 10—20 мин.

13. Фэй-шу V13.

Расположение: по обе стороны позвоночника, под III грудным позвонком, на 1,5 цуня кнаружи от остистого отростка позвонка (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: см. точку фэн-мэнь. Мышцы иннервируют ветви дополнительного нерва, глубокого шейного и плечевого сплетений, III межреберного и III спинномозгового нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_{III} .

Показания: боль в области спины, напряженность мышц затылка, кривошея, зоб, желтуха, туберкулез легких, пневмония, легочное кровотечение, бронхит, кожный зуд, стоматит, тошнота, рвота и потеря аппетита, диспепсия у детей, инфаркт, эндокардит, перикардит, бронхиальная астма, ночной пот.

Техника: направление укола вертикальное. При боли в шее, голове, давлении под мечевидным отростком, в горле укалывание следует делать вместе с точкой гань-шу V18, гао-хуан V43. Глубина укола 0,6—0,9 см; прижигание 10—20 мин.

14. Цзюе-инь-шу V14.

Расположение: на 1,5 цуня латеральнее промежутка между остистыми отростками IV и V грудных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся те же мышцы, что и в точке фэй-шу V13, которые иннервируют ветви дополнительного нерва (XI пара черепных нервов), глубокого шейного и плечевого сплетений, IV межреберного и IV спинномозгового нервов. В этой зоне находятся задние

ветви межреберной артерии и грудных нервов, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии.

Кожу иннервирует нерв Th_{IV}.

Показания: перикардит, боль в области сердца, тошнота, рвота, чувство стеснения в груди, кашель, скопление мокроты.

Техника: пункция глубиной 0,5—1 см; прижигание 5—15 мин.

При неврастении рекомендуется сочетать с точками V15, V18, V23.

15. Синь-шу V15.

Расположение: на 1,5 цуня латеральнее промежутка между остистыми отростками V и VI грудных позвонков (сердечная точка).

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная и ромбовидная мышцы, длинная мышца спины, полуостистая мышца шеи, поперечно-остистая мышца, задние ветви грудных нервов, задние ветви межреберной артерии, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного и плечевого сплетений, VI межреберного и VI спинномозгового нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: сердцебиение, заболевание сердца, гемиплегия, пневмония с кровохарканьем, желудочное кровотечение, носовое кровотечение, желтуха, психоз легкой степени, страх, снижение памяти, задержка развития речи у детей, забывчивость, эпилепсия, сердечная слабость, астеническое состояние.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 3—5 мин.

При хронических сердечно-легочных заболеваниях рекомендуется сочетать с точками шэнь-мэнь С7 и фэн-лун Е40.

16. Ду-шу V16.

Расположение: находится на горизонтали между отростками VI и VII грудных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная мышца, широчайшая мышца спины, длинная мышца спины, полуостистая мышца грудной клетки, поперечно-остистая мышца, подвздошно-реберная мышца, задние ветви грудных нервов, задние ветви межреберной артерии.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного и плечевого сплетений, VI межреберного и VI спинномозгового нервов, кожу иннервирует нерв Th_{VI}.

Показания: болезни сердца (одна из основных точек), урчание и боль в животе, отрыжка, боль в верхней части спины, напряжение мышц затылка.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 5—10 мин.

17. Гэ-шу V17.

Расположение: латеральнее на 1,5 цуня по горизонтали между остистыми отростками XI и XII грудных позвонков.

Топографическая анатомия: см. точку ду-шу, за исключением иннервации мышц VII межреберного и VII спинномозгового нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_{VII}.

Показания: болезни сердца (эндокардит, перикардит), плеврит, бронхиальная астма; гастрит (боль в надчревной области с кашлем и рвотой), чувство полноты в желудке, потеря аппетита, боль в желудке после приема пищи, вздутие желудка; общая слабость, повышенная потливость во время сна, исчезающая при пробуждении; диспепсия у детей, энтероколит, кровавый стул.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10—15 мин.

18. Гань-шу V18.

Расположение: на уровне промежутка между остистыми отростками IX и X грудных позвонков.

Топографическая анатомия: см. точку ду-шу V16 за исключением иннервации мышц IX межреберного и IX спинномозгового нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_{IX}.

Показания: хронический гепатит (одна из основных точек), желтуха, психоз, раздражительность, истерия с судорожными явлениями, плеврит с кровохарканием при кашле, носовое кровотечение, рвота, дисфагия.

Техника: глубина укола 0,9 см; прижигание 10 мин.

19. Дань-шу V19.

Расположение: латеральнее на горизонтали между остистыми отростками X — XI грудных позвонков ниже точки гань-шу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся широчайшая мышца спины, длиннейшая мышца спины, полуостистая мышца грудной клетки, поперечно-остистая мышца, задние ветви межреберных нервов, задние ветви межреберной артерии.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, X межреберного и X спинномозгового нервов; кожу — нерв Th_X.

Показания: желтуха, хронический гепатит, заболевание желчного пузыря, горечь во рту, рвота, сухость языка, тошнота, боль в горле, лимфаденит подмышечных узлов.

Примечание: все изнуряющие болезни можно лечить иглоукалыванием, используя точки гэ-шу и дань-шу с обеих сторон. При туберкулезе рекомендуется дополнительно прижигать точки гэ-шу, при вирусном гепатите — воздействовать на точки чжи-ян T9, цзу-сань-ли E36 и тай-чун F3.

Техника: глубина укола 0,9 см; прижигание 5—15 мин.

20. Пи-шу V20.

Расположение: латеральнее на 1,5 цуня по горизонтали между остистыми отростками XI — XII грудных позвонков (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широчайшей мышцы спины, нижняя задняя зубчатая мышца, длиннейшая мышца спины, полуостистая мышца грудной клетки, поперечно-остистая мышца, задние ветви межреберных нервов и межреберной артерии.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, XI межреберного и XI спинномозгового нервов, кожу — нерв Th_{XI}.

Показания: спазм желудка, гастрит, язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение с напряжением живота и болью в спине, худоба при хорошем аппетите, энтероколит, понос, желтуха, асцит, бронхиальная астма, сахарный диабет, эпилепсия у детей.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин.

21. Вэй-шу V21.

Расположение: латеральнее промежутка между остистыми отростками XII грудного и I поясничного позвонков, ниже точки пи-шу (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся те же мышцы, что и в точке пи-шу, кроме того — квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная мышца, задние ветви межреберных нервов и межреберной артерии.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, XII межреберного и XII спинномозгового нервов, поясничного сплетения; кожу — нерв Th_x.

Показания: боль при раке желудка, гастрит, язва желудка, спазм желудка, отсутствие аппетита, исхудание, энтероколит, диспепсия, увеличение печени, снижение остроты зрения, рвота молоком у грудных детей, понос.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 15—20 мин.

22. Сань-цзяо-шу V22.

Расположение: латеральнее от промежутка между остистыми отростками I и II поясничных позвонков, ниже точки вэй-шу (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: см. точку вэй-шу.

Кожу иннервирует нерв L₁.

Показания: запоры, вздутие живота, икота, рвота, снижение аппетита, исхудание, энтероколит, головная боль, частая рвота после принятия пищи, боль в спине и поясничной области, диспепсия, простой понос, нефрит, недержание мочи, люмбаго.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 20 мин.

23. Шэнь-шу V23.

Расположение: латеральнее от промежутка между остистыми отростками II и III поясничных позвонков, ниже точки сань-цзяо-шу (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся нижняя задняя зубчатая мышца, длинная мышца спины, поперечно-остистая мышца, межпоперечная мышца, квадратная мышца поясницы, подвздошно-поясничная мышца, задние ветви поясничных нервов и поясничных артерий.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, нерва L₁₁, поясничного сплетения; кожу — нервы L₁ или L₁₁.

Показания: нефрит (это точка почки), затрудненное мочеиспускание, паралич и спазм сфинктеров мочевого пузыря, гематурия, ночное недержание мочи, сахарный диабет (сильная жажда с обильным мочеиспусканием), аспермия, поллюции, общее истощение при достаточном питании, испражнения непереваренной пищей, анасарка, нарушение менструального цикла (задержка), боль в поясничной области при заболевании почек, спешное кровотечение.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 10—15 мин.

Примечание: при почечном отеке рекомендуется сочетать с точками хай-шу V24, да-чан-шу V25 и цзу-сань-ли E36.

24. Ци-хай-шу V24.

Расположение: на горизонтали между отростками III и IV поясничных позвонков, под точкой шэнь-шу.

Топографическая анатомия: см. точку шэнь-шу.

Показания: боль в поясничной области с напряжением в животе, боль около пупка, геморрой, люмбаго, артериальная гипертензия.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 10—20 мин.

25. Да-чан-шу V25.

Расположение: латеральнее от центра промежутка между остистыми отростками IV—V поясничных позвонков, ниже точки ци-хай-шу (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широчайшей мышцы спины, длиннейшая мышца спины, квадратная мышца поясницы и подвздошно-поясничная мышца, задние ветви поясничных нервов и поясничных артерий.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, нерва L_{IV}, поясничного сплетения; кожу — нервы L_{III} или L_{IV}.

Показания: боль в поясничной области с напряжением в животе. Боль около пупка, общее истощение при достаточном питании и усиленном брожении в кишках, испражнения непереваренной пищи; заболевания прямой кишки, особенно при запоре и поносе; кишечное кровотечение, дизентерия, недержание мочи, гипертоническая болезнь, паралич нижних конечностей.

Техника: глубина укола 2—3 см; прижигание 20 мин.

26. Гуань-юань-шу V26.

Расположение: снаружи от центра промежутка между остистыми отростками V поясничного позвонка и крестцом, ниже точки да-чан-шу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широчайшей мышцы спины, длинная мышца спины, задние ветви поясничных нервов и средней крестцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви плечевого нервного сплетения, нерв L_V; кожу — нерв L_{IV} или L_V.

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, острый энтероколит, задержка мочи, геморрой.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин.

27. Сяо-чан-шу V27.

Расположение: снаружи от центра промежутка между остистыми отростками I и II крестцовых позвонков, ниже точки гуань-юань-шу (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция широчайшей мышцы спины, мышечный массив, идущий вдоль позвоночника, задние ветви крестцовых нервов и задняя ветвь средней крестцовой артерии, II крестцовый позвонок, крестец.

Мышцы иннервируют нерв L_V или S_I.

Показания: заболевания мочеполовой системы, особенно мочевого пузыря, эндометрит, энтероколит, кишечная колика, метеоризм, понос, запор, ишиалгия, невралгия пояснично-крестцового сплетения, геморрой, патологические поллюции, гематурия, ночной энурез.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

28. Пан-гуан-шу V28.

Расположение: латеральнее от центра между остистыми отростками II

и III крестцовых позвонков на уровне второго заднего отверстия крестца (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: такая же, как в точке сяо-чан-шу.

Показания: заболевания мочеполовой системы, особенно мочевого пузыря, отек наружных половых органов, эндометрит, запор, энтероколит, люмбаго, невралгия пояснично-крестцового сплетения.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

29. Чжун-люй-шу V29.

Расположение: снаружи от центра промежутка между остистыми отростками III и IV крестцовых позвонков, ниже точки пан-гуан-шу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся те же мышцы, что и в точке чжун-люй-шу, их иннервируют ветви плечевого сплетения и нерва S_{III} .

Кожу иннервируют нервы S_{II} или S_{III} .

Показания: боль и контрактура мышц поясничной области и по ходу позвоночника, ишиас, цистит, колит, сахарный диабет, энтерит, энтероколит, понос, кишечная колика, болезненная менструация, дизентерия, грыжа.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

30. Бай-хуань-шу V30.

Расположение: находится снаружи от соединения копчика с крестцом (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция широчайшей мышцы спины, место прикрепления большой ягодичной мышцы, латеральная часть большой мышцы спины, идущей вдоль позвоночника, нижний ягодичный нерв, чувствительные волокна задних ветвей крестцовых нервов и нижняя ягодичная артерия.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения, верхний ягодичный нерв, ветвь S_{IV} , кожу иннервирует нерв S_{III} или S_{IV} .

Показания: невралгия нервов пояснично-крестцового сплетения, спазм мышц заднего прохода, заболевания прямой кишки, задержка мочи, эндометрит, меноррагия, бели, грыжа кишки.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 5—10 мин.

При выпадении прямой кишки рекомендуется сочетать с точками чан-цян T1, бай-хуэй T20 и чэн-шан V57.

31. Шан-ляо V31.

Расположение: в проекции первого заднего отверстия крестца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция широчайшей мышцы спины, мышечный массив, идущий вдоль позвоночника, задние ветви крестцовых нервов, боковая крестцовая артерия (см. рис. 26).

Мышцы иннервируют ветви нервного сплетения и нерв S_I , кожу — нерв S_I .

Показания: запор, задержка мочеиспускания и дефекации, тошнота, рвота, носовое кровотечение, люмбаго, невралгия седалищного нерва, заболевания мужских и женских половых органов.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

32. Цы-ляо V32.

Расположение: в проекции второго отверстия крестца (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: такая же, как и в точке шан-ляо.

Мышцы и кожу иннервирует нерв S_{II} .

Показания и техника: см. точку шан-ляо.

33. Чжун-ляо V33.

Расположение: в проекции третьего отверстия крестца.

Топографическая анатомия, показания и техника: см. точку шан-ляо V31.

34. Ся-ляо V34.

Расположение: соответствует четвертому отверстию крестца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция широчайшей мышцы спины, мышечный массив, идущий вдоль позвоночника, задние ветви крестцовых нервов, боковая крестцовая артерия (см. рис. 26).

Показания: запор, задержка мочи, эндометрит, нарушение менструального цикла, эпидидимит, воспаление придатков, геморрой, люмбаго.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 10 мин.

35. Хуэй-ян V35.

Расположение: кнаружи от конца копчика, на 1,5 см выше уровня копчика.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная жировая клетчатка (легко поддающаяся инфицированию) седалищно-ректальной ямки, мышца, поднимающая задний проход, копчиковая мышца, нижний ягодичный нерв, заднепроходно-копчиковый нерв, нижняя прямокишечная артерия.

Мышцы в зоне точки иннервируют ветви срамного нерва, кожу — нерв S_V .

Показания: хронический язвенный энтероколит, бели, импотенция, геморрой, кожный зуд и нейродермит в области промежности, кокцигения.

Техника: в положении лежа на боку пункция глубиной 1—1,5 см; прижигание 5—15 мин.

36. Чэн-фу V36.

Расположение: под ягодцей, в центре ягодичной складки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нижний край большой ягодичной мышцы, медиальный край двуглавой мышцы бедра, латеральный край полусухожильной и полуперепончатой мышц, внутренняя и наружная запирающие мышцы; задний кожный нерв бедра и подъягодичный нерв, подъягодичная артерия.

Мышцы иннервируют ветви седалищного и запирающего нервов, кожу — нерв S_{II} .

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, ишиас, запор, геморрой, паралич нижних конечностей.

Техника: глубина укола 2,5—3 см; прижигание 10—20 мин.

37. Инь-мэнь V37.

Расположение: на 6 пропорциональных делений ниже нижней ягодичной складки, между двуглавой и полусухожильной мышцами.

Топографическая анатомия: см. точку чэн-фу.

Показания: боль в пояснично-крестцовой области, воспаление седалищного нерва, паралич нижних конечностей, отек в области бедра.

Техника: глубина укола 2 см; прижигание 5—10 мин.

38. Фу-си V38.

Расположение: выше центра подколенной ямки и латеральнее на 1 цунь (кзади от латерального надмышцелка бедренной кости, в углу, образованном медиальным краем двуглавой мышцы бедра и латеральным краем полуперепончатой мышцы, на 1 цунь выше подколенной складки).

Топографическая анатомия: под кожей находятся угол между перепончатой мышцей и двуглавой мышцей бедра, задняя сторона нижнего конца бедренной кости, общий малоберцовый нерв и задний кожный нерв бедра, ветви наружной подкожной артерии.

Мышцы иннервируют ветви седалищного нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: паралич общего малоберцового нерва, локальная контрактура, задержка мочи, цистит, запор, понос, рвота, боль в коленном суставе.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 5—15 мин.

39. Вэй-ян V39.

Расположение: на латеральной поверхности подколенной ямки, у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра; точку определяют при согнутом коленном суставе.

Топографическая анатомия: под кожей находятся угол, образованный сухожилиями двуглавой мышцы бедра и подошвенной мышцы, общий большеберцовый и латеральный кожный нервы икры, ветви надколенной латеральной артерии, задняя сторона латерального надмышцелка бедра.

Мышцы иннервируют ветви малоберцового и седалищного нервов, кожу — нерв L_{III}.

Показания: боль и судороги мышц бедра и голени, боль в мышцах спины и поясницы, боль в коленном суставе, эпилепсия, жар, поллакиурия, мутная моча.

Техника: пункция глубиной 1,5—2 см; прижигание 10 мин.

40. Вэй-чжун V40.

Расположение: в центре подколенной ямки, снаружи от подколенной артерии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся жировая клетчатка, большеберцовый нерв, задний кожный нерв бедра, подколенная артерия, щель коленного сустава.

Кожу иннервируют нервы L_{III} или S_I.

Показания: боль в коленном суставе, пояснично-крестцовый радикулит, невралгия седалищного нерва, грипп, ревматизм, гонит, апоплексия, отсутствие потоотделения при лихорадке, выпадение волос и бровей, геморроидальное кровотечение, носовое кровотечение, боль в сердце, артериальная гипотензия, рвота, понос, перемежающаяся хромота, аллергия.

Техника: глубина укола 1—1,5 см, прижигание не делают. При поносе, рвоте или застойных явлениях в кровеносных сосудах рекомендуются неглубокие уколы в вену с последующим выпуском небольшого количества крови. Следует избегать травмирования нерва и сосуда.

При поносе и рвоте рекомендуется сочетать с точкой цюй-цзэ (МСЗ).

41. Фу-фэнь V41.

Расположение: на уровне промежутка между остистыми отростками II и III грудных позвонков у внутреннего края ости лопатки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная

мышца, мышца, поднимающая лопатку, ромбовидная, верхняя задняя зубчатая мышца, подвздошно-реберная мышца грудной клетки, мышца второго межреберья, тыльный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов, добавочный нерв, нисходящая ветвь шейно-поперечной артерии.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, II межреберного нерва.

Кожу иннервирует нерв Th₁₁.

Показания: боль в области спины и лопатки с затруднением поворота головы, тик и контрактура мышц в области шеи, пневмония, межреберная шейного сплетения, II межреберного нерва.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 10—20 мин.

42. По-ху V42.

Расположение: на второй боковой линии спины, между остистыми отростками III и IV грудных позвонков, под точкой фу-фэнь.

Топографическая анатомия: внутренний край лопатки, трапецевидная мышца, большая ромбовидная, задняя верхняя зубчатая мышцы, нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задние ветви межреберных артерий, задние ветви грудных нервов, тыльный нерв лопатки.

Иннервация мышц такая же, как и в точке фу-фэнь.

Кожу иннервирует нерв Th₁₁₁.

43. Гао-хуан V43.

Расположение: на уровне промежутка между остистыми отростками IV и V грудных позвонков в сторону до пересечения с внутренним краем лопатки (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся внутренний край лопатки, трапецевидная и ромбовидная мышцы, нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задние ветви межреберных артерий, тыльный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, плечевого сплетения, IV спинномозгового нерва и IV межреберного нерва.

Кожу иннервирует нерв Th_{1V}.

Показания: различные хронические заболевания, туберкулез легких, бронхит, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, неврастения, поллюции, снижение памяти, анемия.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10—20 мин.

Примечание. В Древнем Китае народные врачи считали, что воздействие на точку гао-хуан излечивает 100 болезней. При туберкулезе легких рекомендуется прижигание в сочетании с точкой фэй-шу V13. Вообще в точке гао-хуан чаще применяют прижигание. При астении делают прижигание в сочетании с точками гуань-юань J4 и цзу-сань-ли E36. При хронических болезнях прижигают точку гао-хуан, а затем точки ци-хай J6, гуань-юань J4 и цзу-сань-ли E36.

Иглоукальвание делают под углом, избегая попадания в плевральную полость. При заболевании легких после иглоукальвания делают прижигание (50—60 мин). После прижигания точки гао-хуан следует прижигать точки, расположенные ниже пупка, — гуань-юань, ци-хай J6; затем на нижней конечности прижигают (5—10 мин) точки сань-инь-цзяо RP6.

44. Шэнь-тан V44.

Расположение: на уровне промежутка между V и VI грудными позвонками, ниже точки гао-хуан (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная и ромбовидная мышцы, подвздошно-реберная мышца груди, мышцы пятого межреберья, задние ветви грудных нервов, тыльный нерв лопатки, нижняя ветвь шейно-поперечной артерии, задние ветви межреберной артерии.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, плечевого сплетения, V спинномозгового нерва и V межреберного нерва.

Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: боль в спине и поясничной области, бронхиальная астма, бронхит, частые отрывки, заболевания сердца, контрактура длинной мышцы спины.

Техника: глубина укола 1—1,5 см, иглу направляют под углом; прижигание 20—30 мин.

45. И-си V45.

Расположение: на уровне промежутка между остистыми отростками VI и VII грудных позвонков, кнаружи под точкой шэнь-тан.

Топографическая анатомия: см. точку шэнь-тан, за исключением иннервации межреберных мышц и кожи, которые иннервируются ветвями VI межреберного нерва, VI спинномозгового нерва.

Показания: перикардит, миокардиодистрофия, стенокардия, головокружение, потливость стоп, лихорадочное состояние после переохлаждения, боль в области спины, плеча.

Техника: глубина укола 1—1,5 см, конец иглы направляют под углом; прижигание 30—60 мин.

46. Гэ-гуань V46.

Расположение: латеральнее точки гэ-шу V17, соответствует внутреннему краю нижнего угла лопатки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нижний край трапецевидной мышцы, широчайшая мышца спины, подвздошно-реберная мышца груди, мышцы седьмого межреберья, задние ветви грудных нервов и межреберных артерий.

Мышцы иннервируют добавочный нерв, ветви глубокого шейного сплетения, плечевого сплетения, VII межреберного нерва, VII спинномозгового нерва, кожу иннервирует нерв Th_{VII}.

Показания: межреберная невралгия, спазм пищевода с тошнотой и рвотой, энтероколит, боль и контрактура мышц спины.

Техника: пункция глубиной 1,5 см под углом 45°, острие иглы направляют в сторону позвоночника; прижигание 10 мин.

47. Хунь-мэнь V47.

Расположение: латеральнее по горизонтали от точки гуань-шу V18, под точкой гэ-гуань, между X и XI ребрами (см. рис. 26).

Топографическая анатомия: см. точку гэ-гуань.

Мышцы иннервируют ветви плечевого сплетения и IX межреберного нерва, кожу — нерв Th_{VIII}—Th_{IX}.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между головками икроножной мышцы, подколенная артерия, большеберцовый нерв, медиальный кожный нерв икры.

Мышцы иннервируют ветви большеберцового нерва, кожу — нервы L_{III} и S_{II} .

Показания: боль в спине и в поясничной области, воспаление подколенной области, судороги икроножных мышц, боль при грыже, боль в коленном суставе и голени, парез мышц нижних конечностей, эндометрит, метроррагия.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 5—10 мин.

56. Чэн-цзинь V56.

Расположение: в углублении посередине икроножной мышцы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между латеральной и медиальной головками икроножной мышцы, камбаловидная мышца, задняя большеберцовая мышца, разветвление большеберцового и медиального кожного нервов, задняя большеберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нервы L_{III} или S_{II} .

Показания: судороги икроножных мышц, запор, геморрой, понос, пояснично-крестцовый радикулит с напряжением мышц спины и поясницы, паралич нижних конечностей.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—15 мин.

57. Чэн-шань V57.

Расположение: на вершине угла, образуемого соединением обоих брюшек икроножной мышцы.

Топографическая анатомия: икроножная мышца, задняя большеберцовая мышца, задняя большеберцовая артерия, большеберцовый нерв, медиальный кожный нерв икры.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нервы L_V или S_I .

Показания: судороги икроножной мышцы, выпадение прямой кишки, запор, геморрой, судороги у детей, боль в поясничной области, ишиас, артрит коленного сустава, тремор рук.

Техника: глубина укола 2—2,5 см; прижигание 5—15 мин.

58. Фэй-ян V58.

Расположение: на 7 цуней выше латеральной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место перехода икроножной мышцы в ахиллово сухожилие, длительный сгибатель большого пальца стопы, задняя большеберцовая мышца, латеральный кожный нерв голени, малоберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв S_{II} .

Показания: лихорадка, головная боль, головокружение, ревматический артрит, отек и онемение нижних конечностей, носовое кровотечение, затруднение носового дыхания, ринит, общая слабость, психоз, эпилепсия, геморрой.

Техника: пункция глубиной 1,5—2 см; прижигание 5—7 мин.

59. Фу-ян V59.

Расположение: на 3 цуня выше латеральной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся короткая малоберцовая мышца, нижний край задней большеберцовой мышцы, икроножный нерв и поверхностный малоберцовый нерв, малоберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного нерва голени и заднего большеберцового нерва, кожу — нерв S_{II} .

Показания: боль в икроножной мышце, поясничной области и бедре, паралич нижней конечности, спазмы, невралгия тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 10 мин.

60. Кунь-лунь V60.

Расположение: у заднего края латеральной лодыжки в борозде между ахилловым сухожилием и лодыжкой.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия короткой и длинной малоберцовых мышц, икроножный нерв, задняя артерия лодыжки и малоберцовая артерия.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, боль в икроножной мышце, плексит, боль в позвоночнике, голеностопном суставе, ущемленная грыжа, боль в глазах, малярия, боль в надчревной области, иррадирующая в спину; трудные роды или задержка отхождения плаценты; носовое кровотечение, эпилепсия у детей, рахит, бронхиальная астма с затрудненным отхождением мокроты.

Техника: пункция под углом, иглу направляют в угол борозды между лодыжкой и сухожилием; при беременности пункция противопоказана. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 15 мин.

61. Пу-шэнь V61.

Расположение: на наружной поверхности пяточной кости, во впадине.

Топографическая анатомия: под кожей находятся спереди — сухожилия длинной и короткой малоберцовых мышц, сзади — пяточные сухожилия, наружная пяточная ветвь, отходящая от икроножного нерва, и наружная пяточная артерия, отходящая от малоберцовой артерии.

Кожу иннервирует нерв S_1 .

Показания: боль и слабость в нижних конечностях, гонит, парез икроножной и подошвенной мышц стопы, психоз, эпилепсия.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 20 мин.

62. Шэнь-май V62.

Расположение: во впадине под латеральной лодыжкой, на расстоянии, равном ширине ногтя, от границы подошвенной и тыльной поверхностей стопы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия длинной и короткой малоберцовых мышц, место прикрепления короткого разгибателя пальцев, наружный плюсневый нерв, отходящий от большеберцового нерва, и наружная пяточная артерия, отходящая от малоберцовой артерии.

Кожу иннервирует нерв S_1 .

Показания: боль в поясничной области и нижних конечностях с онемением (трудно вставить на ноги), головная боль, меноррагия, боль в животе

во время менструации, атеросклероз, эпилепсия, кровоизлияние в мозг, зябкость в дневное время, потливость.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин.

63. Цзинь-мэнь V63.

Расположение: под латеральной лодыжкой, перед точкой шэнь-май, в углублении у края кубовидной кости.

Топографическая анатомия: см. точку шэнь-май.

Показания: обморок, эпилепсия, судороги у детей, боль в нижней части живота, головная боль.

Техника: пункция глубиной 0,3 см; прижигание 10 мин.

64. Цзинь-гу V64.

Расположение: под латеральным выступом стопы, кнаружи и кзади от основания V плюсневой кости, на границе тыльно-подошвенной поверхности, во впадине.

Топографическая анатомия: под кожей находятся мышца, отводящая мизинец стопы; задний конец V плюсневой кости, наружный плюсневый нерв и ветви наружной плюсневой артерии.

Мышцу иннервирует ветвь заднего большеберцового нерва, кожу — нерв S₁.

Показания: сильная головная боль, боль в спине и поясничной области, конъюнктивит, лейкома, малярия, артрит тазобедренного, коленного и голеностопного суставов, носовое кровотечение, судороги у детей, тахикардия.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 3—10 мин.

65. Шу-гу V65.

Расположение: на тыльно-подошвенной поверхности стопы, под задним, проксимальным концом головки V плюсневой кости.

Топографическая анатомия: см. точку цзинь-гу.

Показания: сильная боль в спине и поясничной области, в области голени, бедра, спины, шеи, затылка, головная боль, головокружение, боль во всем теле; конъюнктивит, ярь в глазах, глухота, острый психоз, энтероколит, геморрой.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 5—10 мин.

66. Цзу-гун-гу V66.

Расположение: на наружной поверхности основания мизинца.

Топографическая анатомия: под кожей находится место прикрепления к кости сухожилия мышцы, отводящей V палец стопы; собственный плюсневый нерв пальцев, отходящий от медиального плюсневого нерва; ветви наружной плюсневой артерии.

Показания: головная боль и головокружение, носовое кровотечение и головная боль, боль в области шеи и затылка, непроизвольная дефекация, гастрит, диспепсия, чувство прилива крови к матке, фобии.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 3—5 мин.

67. Чжи-инь V67.

Расположение: на 3 мм кнаружи от основания ногтя V пальца стопы.

Топографическая анатомия: латеральный кожный нерв тыльной поверхности стопы и разветвление тыльной артерии пальцев.

Показания: головная боль, головокружение, гиперемия конъюнктивы,

лейкома, заложенность носа, носовое кровотечение, боль в груди и подреберье, задержка мочи, поллюции, затрудненные роды, задержка отслойки плаценты, тревожное состояние, фобии, ревматическое воспаление суставов нижних конечностей.

Техника: глубина укола 0,3 см; прижигание 3—5 мин.

СОСУД ПОЧЕК

Сосуд почек (genes — R) парный, симметричный, центростремительный, относится к системе Инь. Принимает энергию от сосуда мочевого пузыря и передает ее сосуду перикарда. Период максимальной активности сосуда почек от 17 до 19 ч. На сосуде почек расположены 27 точек (рис. 27).

Начинается от точки юн-цюань R1, расположенной на подошвенной впадине, идет по медиальному краю стопы, под внутренней лодыжкой, затем поднимается по внутренней стороне голени до коленного сустава, переходит на внутреннюю поверхность бедра, далее — на живот, по наружной поверхности живота и грудной клетки (на два пальца кнаружи от мечевидного отростка) и заканчивается в точке шу-фу R27 под ключицей.

Показания: нарушение мочеотделения, недержание или задержка мочи, заболевания мочевыделительных органов, недостаточность надпочечников, болезни половых органов, импотенция, фригидность; болезни внутренних органов; болезни уха, горла и носа, глаз; нервно-психические расстройства, астеническое состояние.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	фу-лю R7
тормозящая точка	юн-цюань R1
точка-источник	чжао-хай R6
стабилизирующая точка к сосуду мочевого пузыря	шуй-цюань R5
точка сочувствия к сосуду мочевого пузыря	да-чан-шу V23
точка тревоги к сосуду желчного пузыря	цзинь-мэнь VB25

Акупунктурные точки сосуда почек. Наиболее значимые точки: юн-цюань (1), жань-гу (2), чжао-хай (6), хуан-шу (16), ю-мэнь (21), шу-фу (27).

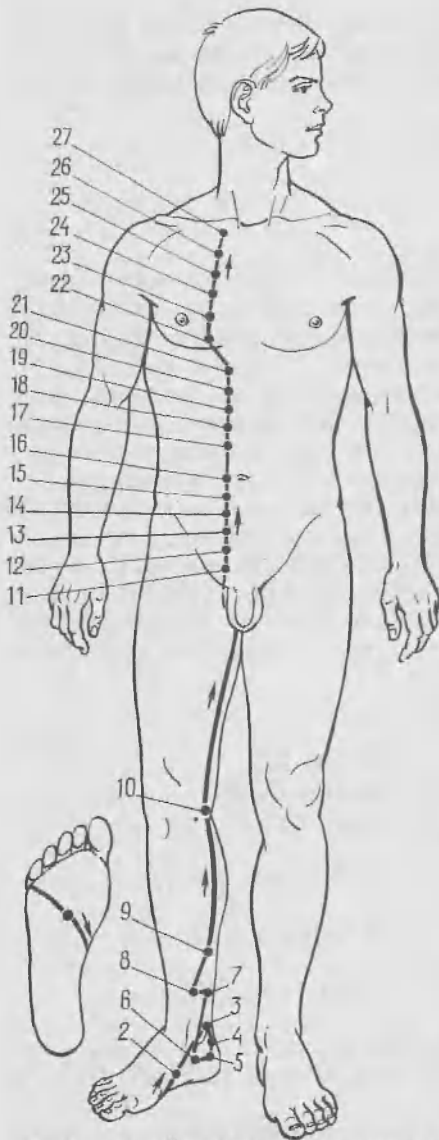
1. Юн-цюань R1.

Расположение: в центре подошвы, между подушечками мышц, в промежутке между II и III плюсневными костями.

Топографическая анатомия: под кожей находятся короткий сгибатель пальцев стопы, сухожилие длинного сгибателя пальцев, червеобразные мышцы, подошвенная артериальная дуга, состоящая из передней большеберцовой артерии; разветвления медиального и латерального плюсневых нервов.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_v.

Рис. 27. Сосуд почек и точки акупунктуры (1—27)



Показания: обморок, коллапс, тупая головная боль, ангина, афония, ларингит, фарингит, сухость в горле, носовое кровотечение, снижение остроты зрения, истерия, эпилепсия; понос, запор и чувство жара под мечевидным отростком, чувство полноты в надчревной области, желтуха; пневмония; жажда с одышкой, судороги у детей; снижение чувствительности в нижних конечностях, эндартериит; бесплодие, опущение матки.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

2. Жань-гу R2.

Расположение: на внутренней поверхности стопы, впереди от бугорка ладьевидной кости, во впадине, где видно различие в цвете кожи на подошве и на тыле стопы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся отводящая мышца I пальца и короткий его сгибатель, сухожилие задней большеберцовой мышцы, медиальные пяточные ветви, отходящие от большеберцового нерва, и медиальные лодыжковые ветви, отходящие от задней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви заднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_4 .

Показания: тонзиллит, ларингит, слюнотечение, боль и напряжение в области желудка, пневмония, головная боль в теменной области, головокружение, судороги у детей, лихорадочное состояние, сахарный диабет, тяжесть и боль в нижних конечностях с чувством жара, отечность стоп, паралич нижних

конечностей, аспермия, поллюции, выпадение матки, бесплодие при нормальном положении матки, а также при органических изменениях, нарушении менструального цикла, зуд вульвы, токсемия, судороги икроножных мышц.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

3. Тай-си R3.

Расположение: во впадине между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием, при пальпации в этом месте слышна пульсация.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия длинного сгибателя I пальца стопы, сгибателя пальцев стопы и задней икроножной мышцы. Иннервация мышц и кожи такая же, как и в точке жань-гу; кроме того, их иннервируют большеберцовый нерв и медиальный кожный нерв голени и задняя большеберцовая артерия.

Показания: плеврит, бронхиальная астма, кашель, кровохарканье, тошнота, рвота, боль в животе, тонзиллит, ларингит, спазм диафрагмы, зубная боль, паралич нижних конечностей.

Техника: пункция глубиной 1 см, острие иглы направляют в сторону лодыжки; прижигание 5—10 мин.

4. Да-чжун R4.

Расположение: позади пятки, над большой костью, между сухожилиями, ниже точки тай-си.

Топографическая анатомия: под кожей находятся внутренний край пяточного сухожилия, впереди — сухожилие длительного сгибателя I пальца стопы и длительного сгибателя пальцев стопы, большеберцовый нерв, медиальный кожный нерв и задняя большеберцовая артерия.

Мышцы иннервируют ветви заднеберцового нерва, кожу — нерв L_v.

Показания: пароксизмальная тахикардия невrogenного характера, стенокардия, сужение пищевода, тошнота, рвота, чувство полноты в груди, одышка, боль, контрактура мышц спины, боль в поясничной области, удушье, бронхиальная астма, кашель, затрудненное мочеиспускание, запор, уретрит, меноррагия, спазматическая боль в матке, истерия, психоз, боль в пятке.

Техника: глубина укола 1,6 см; прижигание 5—10 мин.

5. Шуй-цюань R5.

Расположение: на внутренней поверхности бугра пяточной кости, несколько кпереди прикрепления ахиллова сухожилия.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия длинного сгибателя пальцев стопы, пяточное сухожилие, медиальная пяточная ветвь большеберцового нерва и медиальный кожный нерв голени. Иннервация мышц и кожи такая же, как и в точке да-чжун.

Показания: боль и опухлость на внутренней стороне пятки, бессонница, близорукость, аменорея, гипоменорея, боль в животе и под мечевидным отростком во время менструации, выпадение матки, цистит.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 5—10 мин.

6. Чжао-хай R6.

Расположение: на 3 см ниже медиальной лодыжки, во впадине ниже суставного отростка таранной кости, у пяточно-таранного сочленения.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия задней большеберцовой мышцы и длинного сгибателя пальцев, медиальный плюсневый нерв и медиальный кожный нерв голени, задняя большеберцовая артерия.

Кожу иннервирует нерв L_{iv}.

Показания: боль и опухлость в области медиальной лодыжки, апоплексия, малярия, ущемленная паховая грыжа, носовое кровотечение у женщин во время климакса, болезненные менструации, выпадение матки, воспаление яичников, аменорея, дисменорея с болью в поясничной области.

ти, спастическая боль в области яйца, семенного канатика, цистит, эпилепсия (припадки в ночное время).

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 5—10 мин.

7. Фу-лю R7.

Расположение: на 2 пропорциональных цуня выше верхнего края медиальной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находится впадина, образованная передней стороной пяточного сухожилия и сухожилием длинного сгибателя I пальца стопы, ветви большеберцового нерва, медиальный кожный нерв и ветви задней большеберцовой артерии.

Кожу иннервирует нерв L_{IV}.

Показания: язвенный колит, урчание в животе, слюнотечение при глистах, ночной пот, язвенный стоматит, снижение остроты зрения, асцит, отек и онемение нижних конечностей, паралич нижней конечности, кровотечение из геморроидальных узлов, учащенное мочеиспускание.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10—15 мин.

8. Цзяо-синь R8.

Расположение: на 2 цуня выше центра медиальной лодыжки кпереди от точки фу-лю.

Топографическая анатомия: см. точку фу-лю.

Показания: нарушение мочеиспускания, отеки, боль в мочеиспускательном канале, эпидидимит, орхит, выпадение матки, расстройства менструального цикла, менструальное кровотечение в период климакса; запор, понос, эмоциональная лабильность, потливость.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

9. Чжу-бинь R9.

Расположение: на 3 пропорциональных цуня выше точки фу-лю.

Топографическая анатомия: под кожей находится щель между сухожилиями длинного сгибателя I пальца и длинного сгибателя пальцев стопы, большеберцовый нерв, медиальный кожный нерв голени, в глубине проходит задняя большеберцовая артерия.

Кожу иннервирует нерв L_{IV}.

Показания: грыжа у новорожденных младенцев, боль в икроножных мышцах, нарушение менструального цикла, выпадение матки, эпилепсия, психоз.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10—15 мин.

10. Инь-гу R10.

Расположение: на медиальной стороне коленного сгиба, во впадине позади сухожилия, где пальпируется пульсация артерий.

Топографическая анатомия: под кожей находится углубление между сухожилием полусухожильной мышцы и сухожилием полуперепончатой мышцы, верхний конец головки икроножной мышцы, ветви большеберцового нерва, задний и медиальный кожные нервы бедра, ветви подколенной артерии.

Мышцы иннервируют ветви глубокого малоберцового и заднего большеберцового нервов.

Кожу иннервирует нерв L_{III}.

Показания: гонит, боль в области внутренней поверхности бедра, взду-

тие в нижней части живота, нарушение менструального цикла, вульвовагинит, воспаление наружных половых органов, зуд вульвы, метроррагия, уретрит, импотенция, боль в области полового члена, орхит, боль при мочеиспускании, недержание мочи.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 10—15 мин.

11. Хэн-гу R11.

Расположение: в паху, на 1,5 цуня кнаружи от середины лобковой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, пирамидальная мышца, медиальный край большой прямой мышцы живота, поперечная фасция, поверхностная надчревная артерия, наружная половая артерия, подвздошно-подчревный нерв.

Мышцы иннервируют 6 нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв.

Кожу иннервирует нерв L_1 .

Показания: анурия, разного генеза нарушения мочеиспускания, ночное недержание мочи, поллакиурия, импотенция, отсутствие эрекции, нарушение менструального цикла, гиперемия конъюнктивы, кератит.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 3—5 мин.

12. Да-хэ R12.

Расположение: на 1 цунь выше лобковой кости, на 0,5 пропорционального цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, пирамидальная мышца, передние кожные ветви XI—XII межреберных нервов, поверхностная надчревная артерия.

Мышцы иннервируют 6 нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_{XII} .

Показания: импотенция, боль в области полового члена, аспермия, преждевременная эякуляция, кольпит, гиперемия конъюнктивы, кератит.

Техника: пункция глубиной 1—2 см. При беременности пункция противопоказана. Перед пункцией больному предлагают опорожнить мочевой пузырь. При задержке мочеиспускания глубокая пункция противопоказана, при этом рекомендуется иглоукальвание делать одновременно с прижиганием. Прижигание 15 мин.

13. Ци-сюэ R13.

Расположение: на 2 цуня выше лобковой кости, на 0,5 цуня латеральнее от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, медиальный край большой прямой мышцы живота, поперечная фасция, передние кожные ветви нижних межреберных нервов, поверхностная надчревная нижняя артерия.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нервы Th_{XI} или Th_{XII} .

Показания: боль в нижней части живота, понос, поллюции, импотенция, преждевременная эякуляция, нарушение менструального цикла, конъюнктивит.

Техника: глубина укола 1,5 см. При беременности пункция противопо-

казана. При задержке мочеиспускания глубокая пункция противопоказана. Прижигание 10—15 мин.

14. Сы-мань R14.

Расположение: на 2 цуня ниже уровня пупка и на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, медиальный край большой прямой мышцы живота, поперечная фасция, нижняя надчревная артерия, кожные ветви подреберного нерва.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревный нерв, кожу — нерв Th_x.

Показания: неспецифический язвенный колит (выделение слизи, гноя и крови), боль ниже пупка, нарушение менструального цикла, спазм матки, бесплодие, конъюнктивит, невроз.

Техника: глубина укола 1,5 см. При беременности пункция противопоказана. При задержке мочеиспускания глубокую пункцию делать очень осторожно. Прижигание 10 мин.

15. Чжун-чжу R15.

Расположение: на 1 цунь ниже уровня пупка и на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, медиальный край большой прямой мышцы живота, поперечная фасция.

Кожу иннервирует нерв Th_{xI}.

Показания: запор, вздутие кишок с болью внизу живота, энтероколит, конъюнктивит, нарушение менструального цикла, воспаление придатков.

Техника: глубина укола 2—2,5 см. При беременности иглоукалывание противопоказано. Прижигание 15—20 мин.

16. Хуан-шу R16.

Расположение: на уровне пупка и на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция наружной косой мышцы живота, прямая мышца живота, нижняя надчревная артерия, отходящая от наружной подвздошной артерии, передние кожные ветви межреберных нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_x.

Показания: спазм желудка, спазматическая боль в кишках, привычный запор, конъюнктивит.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 15 мин.

17. Шан-цюй R17.

Расположение: на 2 цуня выше точки хуан-шу и на 0,5 цуня латеральнее от средней линии живота.

Топографическая анатомия: см. точку хуан-шу.

Кожу иннервирует нерв Th_{vIII} или Th_{IX}.

Показания: запор, потеря аппетита, конъюнктивит, лейкома, кератит, послеродовая боль в животе, бесплодие у женщин.

Техника: глубина укола 2 см, прижигание 15 мин.

18. Ши-гуань R18.

Расположение: на 3 цуня выше уровня пупка, на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: см. точку хуан-шу.

Показания: спазм желудка, икота, слюнотечение, запор, тошнота, рвота, бесплодие у женщин, послеродовая боль в животе.

Техника: глубина укола 2 см; прижигание 10—15 мин.

19. Инь-ду R19.

Расположение: на 4 цуня выше уровня пупка и на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая прямая мышца живота, передние кожные ветви межреберных нервов, верхняя надчревная артерия.

Показания: эмфизема легких, плеврит, бронхиальная астма, урчание кишок, конъюнктивит, лейкома.

Техника: пункция глубиной 1—2 см; прижигание 10—20 мин.

20. Фу-гун-гу R20.

Расположение: на 2 цуня ниже мечевидного отростка и на 0,5 цуня в сторону.

Топографическая анатомия: см. точку инь-ду.

Кожу иннервирует нерв Th_{VI}.

Показания: центральный паралич лицевого нерва, рвота после приема пищи, афония; хронический гастрит, диспепсия, острый паралич подъязычной области, легкое психическое расстройство.

Техника: глубина укола 2 см; прижигание 15 мин.

21. Ю-мэнь R21.

Расположение: на 1 цунь ниже мечевидного отростка и на 0,5 цуня в сторону от средней линии живота.

Топографическая анатомия: см. точку инь-ду.

Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: вздутие верхней части живота, отрыжка кислым, тошнота и рвота кислым, потеря аппетита, понос, энтероколит, заболевания печени, рвота во время беременности; гиперемия конъюнктивы, боль и припухлость во внутреннем углу глаза, ухудшение памяти.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 15 мин.

22. Бу-лан R22.

Расположение: на нижнем крае VI ребра, на 1 цунь в сторону от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы пятого межреберья, поперечная мышца груди, передние грудные и межреберные нервы, межреберная артерия.

Мышцы иннервируют большой грудной нерв плечевого сплетения, V межреберный нерв.

Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: чувство полноты и боль под мечевидным отростком, отсутствие аппетита, кашель, бронхиальная астма, одышка, распирание в груди, плеврит, межреберная невралгия.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—15 мин.

23. Шэнь-фэн R23.

Расположение: в четвертом межреберье, на 2 цуня кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы четвертого межреберья, передние грудные и межреберные нервы, межреберная артерия.

Мышцы иннервируют большой грудной нерв плечевого сплетения, IV межреберный нерв.

Кожу иннервирует нерв Th_{III} и Th_{IV}.

Показания: плеврит с затрудненным, коротким дыханием, озноб, тошнота, рвота, потеря аппетита, мастит.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 15 мин.

24. Лин-суй R24.

Расположение: в третьем межреберье, на 2 цуня кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы третьего межреберья, передние грудные нервы, межреберный нерв, межреберная артерия.

Мышцы иннервируют большой грудной нерв плечевого сплетения, III межреберный нерв, кожу — нерв Th_{III}.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, плеврит, озноб, тошнота, рвота, потеря аппетита, боль в молочной железе.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

25. Шэнь-цан R25.

Расположение: во втором межреберье, на 2 цуня кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы второго межреберья, передние грудные нервы, межреберные нервы, межреберная артерия, за ребрами — легкое, далее вглубь — аорта (слева), восходящая полая вена (справа).

Мышцы иннервируют большой грудной нерв плечевого сплетения и II межреберный нерв, кожу — нерв Th_{II}.

Показания: бронхиальная астма, кашель, плеврит, озноб, боль в молочной железе, тошнота, рвота, потеря аппетита.

Техника: глубина укола 1 см (осторожно, чтобы не повредить легкие). Прижигание 15 мин.

26. Юй-чжун R26.

Расположение: в первом межреберье, на 2 цуня кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая грудная мышца, мышцы первого межреберья, передние грудные нервы, межреберные артерия и нервы.

Мышцы иннервируют большой грудной нерв плечевого сплетения и I межреберный нерв, кожу — нерв C_{III}.

Показания: бронхит, плеврит, межреберная невралгия, потливость ночью, икота, рвота.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 15 мин.

27. Шу-фу R27.

Расположение: у нижнего края ключицы в подключичной ямке, на 2 цуня кнаружи от средней линии груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся подкожная мышца шеи, большая грудная мышца, подключичная мышца, грудинощитовидная мышца, передний грудной нерв, подключичный нерв и внутренняя артерия молочной железы.

Мышцы иннервируют ветви лицевого нерва, идущего к подкожной мышце шеи; большой грудной нерв, подключичный нерв плечевого сплетения, ветви XII пары черепных нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: кашель, бронхиальная астма, одышка, плеврит, бронхит, чувство полноты в животе, тошнота, рвота, потеря аппетита, слюнотечение, межреберная невралгия.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

СОСУД ПЕРИКАРДА

Сосуд перикарда (maitre du coeur — MC) парный, симметричный, центробежный, относится к системе Инь. Принимает энергию от сосуда почек и передает ее сосуду трех обогревателей. Период максимальной активности сосуда от 19 до 21 ч. На сосуде перикарда расположено 9 точек (рис. 28).

Начинается в четвертом межреберье, на один палец кнаружи от соска в точке тянь-чи MC1, направляется на плечо, проходит посередине плеча и предплечья, ладони и в точке лао-гун расходится на две ветви. Одна из них находится на конце III пальца, другая — на конце IV.

Показания: боль в сердце, неврогенная тахикардия, заболевания легких, психические расстройства, заболевания желудка, боль в верхних конечностях.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	чжун-чун MC9
тормозящая точка	да-лин MC7
точка-источник	да-лин MC7
стабилизирующая точка	
к сосуду трех частей туловища	нэй-гуань MC6
точка сочувствия к сосуду	
мочевого пузыря	цзюе-инь-шу V14
точка тревоги	тянь-чи MC17

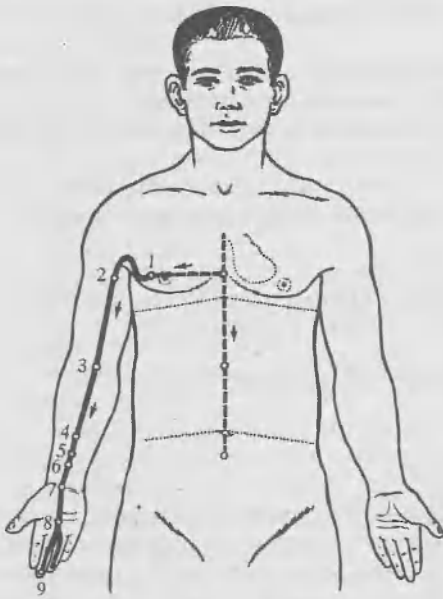
Акупунктурные точки сосуда перикарда. Наиболее значимые точки: нэй-гуань (6), да-лин (7), лао-гун (8), чжун-чун (9).

1. Тянь-чи MC1.

Расположение: в четвертом межреберье, на 1 цунь кнаружи от соска.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая, малая грудные мышцы, большая зубчатая мышца, межреберные мышцы, передние грудные нервы и задние кожные нервы межреберных нервов, латеральная грудная артерия.

Рис. 28. Сосуд перикарда и точки акупунктуры (1—9)



Мышцы иннервируют ветви подмышечного сплетения и IV межреберный нерв, кожу — нерв Th_{IV}.

Показания: лимфаденит подмышечных узлов, туберкулез шейных лимфатических узлов, головная боль, чувство распирания в груди, безотчетная тревога, страх, миокардит, мастит, гиполактация, лихорадочное состояние, снижение остроты зрения.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

2. Тянь-цюань MC2.

Расположение: на 2 цуня ниже подмышечной складки, на середине между головками двуглавой мышцы плеча.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между короткой

и длинной головками двуглавой мышцы плеча, место прикрепления к кости плечевой мышцы, медиальный кожный нерв плеча и мышечно-кожный нерв, который иннервирует двуглавую мышцу плеча, ветви плечевой артерии, передняя сторона плечевой кости.

Кожу иннервирует нерв Th_{IV}.

Показания: эндокардит, боль в сердце, тахикардия, межреберная невралгия, лихорадочное состояние, головная боль, лимфаденит подмышечных узлов, вздутие верхней части живота, икота, рвота, снижение остроты зрения.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 10 мин.

3. Цюй-цзе MC3.

Расположение: в центре локтевого сгиба.

Топографическая анатомия: под кожей находятся медиальный край сухожилия двуглавой мышцы плеча, плечевая мышца, верхний край круглого пронатора, медиальный кожный нерв плеча и предплечья, средний нерв и плечевая артерия, подкожная срединная локтевая вена, щель локтевого сустава.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного и срединного нерва, кожу — нерв C_{VI} или Th_I.

Показания: миокардит, острый гастрит, тошнота, рвота при беременности, плечевой плексит, писчий спазм, чувство страха, усиленная потливость в области головы, солнечный удар.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

4. Си-мэнь MC4.

Расположение: на 5 цуней выше проксимальной лучезапястной складки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся длинный и короткий разгибатели большого пальца кисти, поверхностный сгибатель пальцев, локтевой сгибатель кисти, срединный нерв (в глубине), латеральный и медиальный кожные нервы предплечья, межкостная артерия ладонной поверхности.

Мышцы иннервируют ветви срединного и локтевого нервов, кожу — нерв C_{VI} или Th_1 .

Показания: гастрит, язвенная болезнь желудка с кровавой рвотой, носовое кровотечение, боль в сердце, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, тахикардия, ощущение жара в ладонях.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 15 мин.

5. Цзянь-ши МС5.

Расположение: на 3 цуня выше лучезапястного сустава.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между сухожилиями длинной ладонной и короткой ладонной мышц, сухожилие длинного сгибателя I пальца кисти, верхний край квадратного пронатора, латеральный и медиальный кожные нервы предплечья, в глубине — срединный нерв, межкостная артерия ладонной поверхности.

Мышцы иннервируют ветви срединного и локтевого нерва, кожу — нерв C_{VI} или Th_1 .

Показания: боль в сердце, миокардит, психоз, реактивная депрессия, страх, тоска, апоплексия, истерические судороги у детей, спазм желудка, ангина, афония, чувство инородного тела в горле, малярия, нарушение менструального цикла, чувство жара в ладонях, отечность верхней конечности с затруднением движений в локтевом суставе.

Техника: пункция глубиной 1—1,5 см; прижигание 15 мин.

6. Нэй-гуань МС6.

Расположение: на 2 цуня выше проксимальной лучезапястной складки, между сухожилиями.

Топографическая анатомия: см. точку цзянь-ши.

Показания: боль в сердце, стенокардия, тахикардия, неврогенная желудочная боль, рвота, икота (спазм диафрагмы), истерия, эпилепсия, боль в локтевом суставе и плече, артериальная гипертензия, коллапс после родов. Очень важная точка — успокаивающее и болеутоляющее действие.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—10 мин.

7. Да-лин МС7.

Расположение: на середине проксимальной складки лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между сухожилиями длинной ладонной и короткой ладонной мышц, далее вглубь — щель между сухожилием длинного сгибателя I пальца кисти и сухожилиями поверхностного и глубокого сгибателей пальцев, срединный нерв и ладонная межкостная артерия.

Мышцы иннервируют ветви срединного и локтевого нервов, кожу — нерв C_{VII} или C_{VIII} .

Показания: боль в запястье, жар в ладони, контрактура мышц локтевого сустава, миокардит, эндокардит, перикардит, тахикардия, острый психоз, беспричинный смех, плач, тоска, тонзиллит, межреберная невралгия, острый гастрит, желудочное кровотечение, артериальная гипертензия, писчий спазм, эмоциональная лабильность, заболевание срединного нерва.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 3—10 мин.

8. Лао-гун МС8.

Расположение: в центре ладони между III и IV пястными костями.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция ладонного апоневроза, червеобразная мышца, внутренняя сторона сухожилия, сгибающего III палец, межкостная мышца ладони, разветвлен общий ладонный нерв пальцев, отходящий от срединного нерва, поверхностная ладонная дуга, образованная локтевой и лучевой артериями.

Мышцы иннервируют ветви срединного и локтевого нервов, кожу — нерв C_{VII} или C_{VIII} .

Показания: артериальная гипертензия, атеросклероз, психоз, истерические припадки, писчий спазм, парестезия пальцев кистей, акроцианоз, высокая температура тела, желтуха с болью в подреберье, сухость во рту и потеря аппетита, носовое кровотечение, гингивит, язвенный стоматит и диспепсия у детей, чешуйчатый лишай, экзема кисти, эмоциональная лабильность.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание противопоказано, так как могут развиваться гипертрофия слизистой оболочки носа или образоваться полипы. Для определения места укола кисть нужно согнуть в кулак. Укол делают в том месте ладони, до которого больной может достать кончиком IV пальца.

9. Чжун-чун МС9.

Расположение: на кончике концевой фаланги среднего пальца, отступив на 3 мм от корня ногтя.

Топографическая анатомия: под кожей находится место прикрепления сухожилия, сгибающего средний палец, собственный ладонный нерв пальцев, отходящий от срединного нерва; собственные ладонные пальцевые артерии. Кожу иннервирует нерв C_{VII} или C_{VIII} .

Показания: оказание скорой помощи при обмороке, коллапсе, болезни сердца, грипп, боль в подреберье, прилив крови к голове, шок, тревожное состояние, ночные страхи у детей, астения.

Техника: глубина укола 0,3 см; прижигание 3 мин.

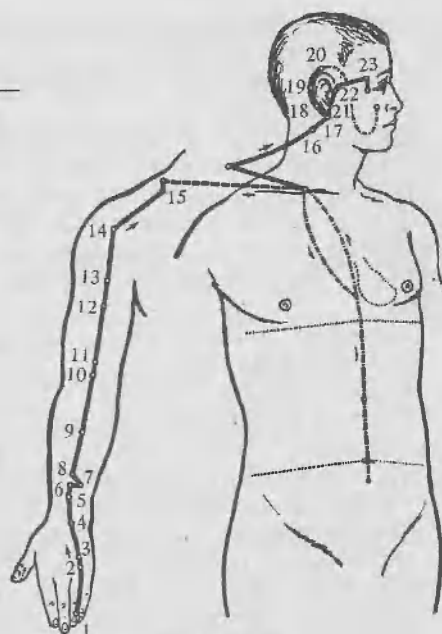
СОСУД ТРЕХ ЧАСТЕЙ ТУЛОВИЩА (ТРЕХ ОБОГРЕВАТЕЛЕЙ)

Сосуд трех частей туловища (trois rechauffeurs — TR) парный, симметричный, центростремительный, относится к системе Ян. Принимает энергию от сосуда перикарда и передает в сосуд желчного пузыря. Период максимальной активности от 21 до 23 ч. Сосуд трех частей туловища объединяет 23 акупунктурные точки (рис. 29). Сосуд начинается от конца IV пальца кисти в точке гуань-чун TR1, на 3 мм снаружи от корня ногтя.

Рис. 29. Сосуд трех обогревателей и точки акупунктуры (1—23)

Далее он проходит по краю пальца тыльной поверхности кисти, предплечья, по наружной поверхности плеча, пересекает акромион, далее следует по наружному краю трапецевидной мышцы к затылку, затем через сосцевидный отросток и верхний край ушной раковины спускается до нижнего края орбиты в точку сы-чжу-кун TR23.

Показания: болезни уха, горла, носа, нарушения в области головы, шеи, затылка, плечевого пояса, верхней конечности, глазные болезни, депрессивные состояния, эпилептиформные припадки, лихорадочное состояние.



Стандартные пункты сосуда:

- тонизирующая точка
- тормозящая точка
- точка-источник
- стабилизирующая точка
- к сосуду перикарда
- точка сочувствия к сосуду мочевого пузыря
- точки тревоги:
 - основная
 - верхняя (дыхательная)
 - средняя (пищеварительная)
 - нижняя (сексуальная)

- чжун-чжу TR3
- тянь-цзин TR10
- ян-чи TR4
- вай-гуань TR5
- сань-цзяо-шу V22
- ши-мэнь J5
- тань-чжун J17
- чжун-вань J12
- инь-цзяо J7

Акупунктурные точки сосуда трех частей туловища. Наиболее значимые точки: гуань-чун (1), чжун-чжу (3), вай-гуань (5), хуэй-цзун (7), тянь-дяо (15).

1. Гуань-чун TR1.

Расположение: на 3 мм медиальнее (в сторону мизинца) ногтевого ложа IV пальца кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления сухожилий сгибателя IV пальца и разгибателя пальцев кисти, собственный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва; анастомозы собственной артерии пальцев.

Кожу иннервирует нерв C_{VIII} или Th_I.

Показания: тонзиллит, головная боль, трещины на языке, боль в животе, тошнота, снижение аппетита, ощущение удушья в груди, боль в

локтевом сгибе, диспепсия у детей, лейкома, оказание неотложной помощи при обмороке, коллапсе.

Техника: пункция глубиной 0,3 см; прижигание 3—5 мин.

2. Е-мэнь TR2.

Расположение: у локтевого края основной фаланги IV пальца.

Топографическая анатомия: см. точку гуань-чун.

Показания: оказание скорой помощи при обмороке, коллапсе, головная боль вследствие анемии или артериальной гипотензии, головокружение, внезапная глухота, зубная боль, конъюнктивит, чувствительные и двигательные нарушения в области локтевого сустава и тыла предплечья, психоз.

Техника: глубина укола 0,3 см; прижигание 3—5 мин.

3. Чжун-чжу TR3.

Расположение: у шейки IV пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между сухожилием, сгибающим II палец и относящимся к разгибателю пальцев кисти, и сухожилием разгибателя V пальца; тыльная и ладонная межкостные мышцы, червеобразная мышца, тыльный нерв пальцев, отходящий от локтевого нерва; задняя межкостная пальцевая артерия.

Показания: головная боль, головокружение, тонзиллит, глухота, малярия, тугоподвижность пальцев кистей ревматического происхождения.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 10 мин.

4. Ян-чи TR4.

Расположение: во впадине на тыльной стороне запястья, посередине на тыльном сгибе лучезапястного сустава, против IV пальца.

Топографическая анатомия: см. точку чжун-чжу.

Показания: сахарный диабет, воспаление лучезапястного сустава, двигательные и чувствительные расстройства в верхней конечности.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 10 мин.

5. Вай-гуань TR5.

Расположение: во впадине между лучевой и локтевой костями, на 2 цуня выше точки ян-чи.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между лучевым краем мышцы, общий разгибатель пальцев и собственный разгибатель V пальца, тыльный кожный нерв предплечья, мышечные ветви лучевого нерва, тыльная межкостная артерия.

Мышцы иннервируют ветви лучевого нерва, кожу — нерв C_{VII}.

Показания: шум в ушах, боль в пальцах, локтевом суставе, двигательные и чувствительные расстройства в верхней конечности, заболевания глаз, зубная боль, общая слабость, бессонница, грипп, полиаденит, ОРВИ (жаропонижающее действие).

Техника: глубина укола 1 см. При глубоком уколе иглу не вращать, чтобы не повредить срединный нерв.

6. Чжи-гоу TR6.

Расположение: на 3 цуня выше складки лучезапястного сустава.

Топографическая анатомия: см. точку вай-гуань.

Показания: лихорадочное состояние, рвота, понос; тризм, депрессия; чувствительные и двигательные нарушения в верхней конечности, межре-

берная невралгия, плеврит, пневмония, миокардит, эндокардит, внезапная боль за грудиной, лишай, бесплодие, обморок после родов, боль в сердце.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 10 мин.

При невралгии межреберного нерва и приступе боли при камнях в желчном пузыре рекомендуется сочетать с точкой ян-лин-цю-ань VB34.

7. Хуэй-цзун TR7.

Расположение: на уровне точки чжи-гоу, на один палец в сторону мизинца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между локтевой мышцей и разгибателем II пальца, латеральный край локтевой кости, мышечные ветви лучевого нерва, медиальный и тыльный кожные нервы предплечья, тыльная межкостная артерия.

Мышцы иннервируют ветви лучевого нерва, кожу — нерв C_{VII}.

Показания: эпилепсия, хорез, онемение ушной раковины, глухота, глухонмота, двигательные и чувствительные нарушения в верхней конечности.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 5—10 мин.

8. Сань-ян-ло TR8.

Расположение: на 4 цуня выше складки лучезапястного сустава.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между разгибателем пальцев и разгибателем V пальца, межкостная перегородка, мышечные ветви лучевого нерва и тыльный кожный нерв предплечья, тыльная межкостная артерия.

Иннервация мышц и кожи одинакова с таковой точки хуэй-цзунь.

Показания: внезапная потеря голоса, глухота, парез и боль в верхней конечности, глазные болезни, боль в зубах нижней челюсти.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 6—10 мин.

9. Сы-ду TR9.

Расположение: в углублении на 5 цуней ниже локтевого сгиба. Если рука согнута в локтевом суставе, то на тыльной стороне предплечья образуется впадина между общим разгибателем пальцев и локтевым разгибателем кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между разгибателем пальцев и разгибателем V пальца, длинная мышца, отводящая I палец кисти, мышечные ветви лучевого нерва и тыльный кожный нерв предплечья, тыльная межкостная артерия.

Мышцы иннервируют ветви лучевого нерва, кожу — нерв C_{VII}.

Показания: внезапная глухота от гнева, стоматит, боль в зубах нижней челюсти, чувствительные и двигательные нарушения в верхней конечности.

Техника: глубина укола 1,5 см; прижигание 5—10 мин.

10. Тянь-цзин TR10.

Расположение: на 1 цунь выше локтевой складки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие трехглавой мышцы, тыльный и медиальный кожные нервы плеча и мышечные ветви лучевого нерва, анастомозы артерий и вен локтевого сустава.

Кожу иннервирует нерв C_{VI}.

Показания: туберкулез легких, пневмония, психоз, эпилепсия, глухота,

ангина, паротит, боль в верхних конечностях с ограничением движений, боль в шее, состояние после апоплексии.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—20 мин.

11. Цин-лэн-юань TR11.

Расположение: на 2 цуня выше локтевой складки или на 1 цунь выше точки тянь-цзин.

Топографическая анатомия: см. точку тянь-цзин.

Показания: боль, двигательные и чувствительные нарушения в верхних конечностях (невозможно что-либо поднять), воспалительный процесс в плечевом суставе, головная боль.

Техника: глубина укола 0,6 см; прижигание 10 мин.

12. Сяо-лэ TR12.

Расположение: ниже плечевого сустава, на наружной стороне плеча, на 3 цуня выше точки цин-лэн-юань.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трехглавая мышца плеча, иннервируемая ветвями лучевого нерва; задний и латеральный кожные нервы плеча, мышечные ветви лучевого нерва, сообщающаяся средняя артерия плеча.

Кожу иннервирует нерв C_7 .

Показания: невралгия затылочного нерва, воспалительные процессы в шейно-затылочной области, плечевом суставе, эпилепсия, психоз.

Техника: пункция глубиной 0,5—1,5 см; прижигание 10 мин.

13. Нао-хуэй TR13.

Расположение: у нижнего края дельтовидной мышцы, на уровне нижнего края подмышечной впадины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний нижний край дельтовидной мышцы, углубление между длинной и латеральной головками трехглавой мышцы плеча, подмышечный нерв и наружный кожный нерв плеча, задняя артерия, окружающая плечевую кость, плечевая кость.

Мышцы иннервируют боковые корешки срединного нерва и ветви лучевого нерва, кожу — нерв C_7 .

Показания: боль с чувствительными и двигательными нарушениями в области плеча, опухоль плечевого сустава и в области лопатки, зуб.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 15 мин.

14. Цзянь-ляо TR14.

Расположение: в ямке на задненижнем крае акромиального отростка лопатки, на большом плечевом бугре.

Топографическая анатомия: под кожей находятся надостная и подостная мышцы, иннервируемые надлопаточным и срединным нервами; чувствительные волокна надлопаточного нерва и тыльного кожного нерва плеча, задняя артерия, окружающая плечевую кость; грудноакромиальная и надлопаточная артерии, образующие артериальную сеть.

Кожу иннервирует нерв C_{IV} .

Показания: боль в области лопатки, плеча и в верхних конечностях, расстройства чувствительности в верхних конечностях, плеврит, невралгия межреберных нервов.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 10 мин.

15. Тянь-ляо TR15.

Расположение: в верхней части лопатки, в надостной ямке.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапецевидная, надостная мышцы и мышца, поднимающая лопатку; надлопаточный и добавочный нервы, надлопаточная артерия.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения и надлопаточного нерва; кожу — нерв C_{IV}.

Показания: ломящая боль в области плеча, предплечья и лопатки, шейно-грудной радикулит, контрактура и тики мышц шейно-затылочной области.

Техника: направление укола прямое, осторожно, не глубже 1,5 см. При уколе, сделанном впереди мышцы, в ямке позади ключицы, наступает мгновенная смерть. Прижигание 15 мин.

16. Тянь-ю TR16.

Расположение: у заднего края сосцевидного отростка, в углу волосистой части затылка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задняя граница грудиноключично-сосцевидной мышцы, ременная мышца головы, длинная мышца головы, малый ушной нерв и задняя ушная артерия.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, большого затылочного и подзатылочного нервов; кожу — нерв C_{II}.

Показания: внезапная глухота, снижение остроты зрения, частые испуги во сне, отечность лица и шеи, боль в глазах на ветру, ларингит, контрактура мышц затылочной области.

Техника: глубина укола 0,5—1 см (глубже противопоказано).

Прижигание 3—5 мин.

17. И-фэн TR17.

Расположение: в углублении сзади мочки уха, во впадине между сосцевидным отростком и ветвью нижней челюсти. При нажатии на эту точку появляется неприятное ощущение и шум в ушах.

Топографическая анатомия: под кожей находятся затылочно-глоточная, шилоподъязычная, шилоязычная и двубрюшная мышцы, сверху — лестничные мышцы. Поверхностно в этом месте проходит задняя ушная ветвь лицевого нерва из шилососцевидного отверстия, разветвления задней ушной артерии и большого ушного нерва.

Мышцы иннервируют ветви IX, XI и XII пар черепных нервов, глубокого шейного сплетения, нервов C_{III}—C_V; кожу — нерв C_{II}.

Показания: паротит, периферический паралич лицевого нерва, шум в ушах, глухота, припухлость в суставе нижней челюсти и затруднение речи, чувство першения в горле (легкое подкашливание у детей), воспаление шейных лимфатических узлов.

Техника: глубина укола 0,9 см. Косая пункция, конец иглы направляют вверх, вглубь — при глухоте у взрослых. Прижигание 3—5 мин.

18. Ци-май TR18.

Расположение: за ушной раковиной на одном уровне с наружным слуховым отверстием, чуть впереди от основания сосцевидного отростка височной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления

к кости грудиноключично-сосцевидной мышцы, ременной мышцы головы, длинной мышцы головы и двубрюшной мышцы, большой ушной нерв, задняя ушная артерия и вена.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, глубокого шейного сплетения, большого затылочного нерва, подзатылочный нерв и XII пара черепных нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{11} .

Показания: пульсирующая боль в голове, шум в ушах, судороги у детей от испуга, понос и рвота у детей, снижение остроты зрения, прилив крови к голове, воспаление радужной оболочки глаза.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,3 см. Попадая в вену, можно выдавить каплю крови. Значительное кровопускание противопоказано. Прижигание 3—5 мин.

19. Лу-си TR19.

Расположение: у заднего края ушной раковины; если ее отвернуть, то в этом месте выпячивается хрящ.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задняя ушная мышца, большой ушной нерв и задняя ушная артерия.

Мышцу иннервируют ветви лицевого и большого затылочного нервов, кожу — нерв C_{11} .

Показания: шум и боль в ушах, головная боль, гнойный отит, эпилепсия у детей. Воздействие на эту точку особенно показано при рвоте у детей.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,3 см; прижигание 2—3 мин. При прямой пункции не следует допускать кровотечения.

20. Цзяо-сунь TR20.

Расположение: у основания верхнего края ушной раковины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя ушная мышца, височная мышца, третья ветвь тройничного нерва и чувствительные волокна малого затылочного нерва, задняя ушная артерия, поверхностная височная артерия.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и V пары черепных нервов, кожу — нерв C_{11} .

Показания: лейкома, опухоль десен, опухоль губ, тик и контрактура мышц в области рта, затруднение жевания, увеличение щитовидной железы.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 3—5 мин.

21. Эр-мэнь TR21.

Расположение: спереди и сверху от козелка, у заднего края сустава нижней челюсти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ушная мышца, височно-ушной нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва и место распределения передней ушной ветви поверхностной артерии.

Мышцу иннервирует ветвь лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: шум в ушах, снижение слуха, воспаление среднего уха, боль в зубах верхней челюсти, евстахиит, гингивит, нарыв снаружи уха, контрактура мышц вокруг рта.

Техника: глубина укола 0,9 см; прижигание 3—5 мин.

22. Хэ-ляо TR22.

Расположение: на виске ниже волосистой части, спереди завитка, в том месте, где при нажатии пульсирует височная артерия.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя ушная мышца, височная мышца, разветвление височно-ушного нерва (от третьей ветви тройничного нерва) и височная ветвь лицевого нерва, ветви поверхностной височной артерии.

Мышцу иннервируют ветви лицевого и тройничного нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: тяжесть и боль в голове и боль в зубах, фурункулы на шее и в носу, периферический паралич лицевого нерва, паралич мимических мышц, воспалительный процесс в шейно-челюстной области, ринит, полипы в носу, воспаление наружного слухового прохода.

Техника: подкожная пункция под углом, глубина укола 0,3 см; прижигание 3—5 мин.

23. Сы-чжу-кун TR23.

Расположение: в углублении на конце брови.

Топографическая анатомия: под кожей находятся латеральный край круговой мышцы глаза и место прикрепления бровка к надбровному краю, первая ветвь тройничного нерва и поверхностная височная артерия, лобная кость.

Мышцы иннервируют ветви лицевого нерва, кожу — первая ветвь тройничного нерва.

Показания: головная боль, головокружение, снижение остроты зрения и слезотечение при ветре, лейкома, кератит, эпилепсия, судороги у детей, невралгия тройничного нерва, мигрень, острый психоз.

Техника: подкожная пункция под углом глубиной 0,5—0,9 см.

СОСУД ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Сосуд желчного пузыря (*vesicule biliaire* — VB) двусторонний, симметричный, центробежный, относится к системе Ян. Принимает энергию от сосуда трех частей туловища и передает ее сосуду печени. Период максимальной активности сосуда от 23 до 1 ч. Сосуд желчного пузыря объединяет 44 точки акупунктуры (рис. 30).

Сосуд желчного пузыря начинается от наружного угла глаза в точке тун-цзы-ляо VB1, идет к мочке уха в точку тин-хуэй, затем поднимается вверх к виску до точки хань-янь, огибает ушную раковину с задней стороны, спускается к сосцевидному отростку в точку вань-гу (тоу-вань-гу VB12), а отсюда под острым углом поворачивает назад дугообразно вверх к лобной области в точку ян-бай VB14. Далее по третьей боковой линии головы возвращается к затылочной области до точки фэн-чи VB20, проходит по задней поверхности шеи к плечевому суставу в точку цзянь-цзин VB21. Затем спускается вниз по боковой поверхности ребра до бедренного сустава, далее по латеральной поверхности бедра, голени на сторону

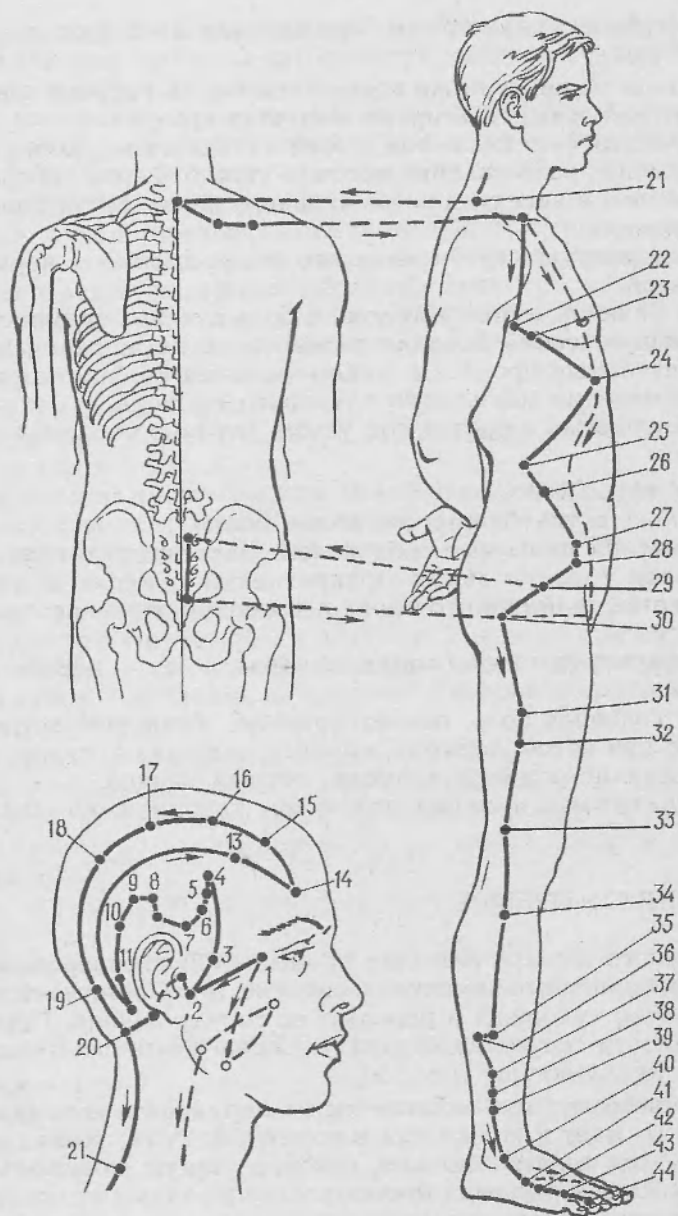


Рис. 30. Сосуд желчного пузыря и точки акупунктуры (1—44)

лодыжки, стопы и заканчивается у ногтя IV пальца стопы в точке цзу-цяо-инь VB44.

Показания: заболевания в области головы, лица, ЛОР-заболевания, болезни в области груди, лихорадочное состояние.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	ся-си VB43
тормозящая точка	ян-фу VB38
точка-источник	цюй-сюй VB40
стабилизирующая точка к сосуду печени	гуань-мин VB37
точка сочувствия к сосуду мочевого пузыря	дань-шу VB19
точки тревоги	чжэ-цзинь VB23
	жи-юе VB24

Акупунктурные точки сосуда желчного пузыря. Наиболее значимые точки: тин-хуэй (2), вань-гу (12), фэн-чи (20), цзян-цзин (21), цзин-мэнь (25), хуань-тяо (30), ян-линь-цюань (34), гуан-мин (37), цзу-лин-ци (41), ся-си (43).

1. Тун-цзы-ляо VB1.

Расположение: на 0,5 см кнаружи от наружного угла глаза или на 1,5 см ниже точки сы-чжи-кун TR23. В этой области при пальпации ощущается углубление.

Топографическая анатомия: под кожей находятся круговая мышца глаза, височная мышца, двигательные волокна скуловой ветви лицевого нерва и чувствительные волокна первой и второй ветвей тройничного нерва, скулоглазничная артерия, отходящая от поверхностной височной артерии и внутренней челюстной артерии, место соединения скуловой, лобной и височной костей.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и тройничного нервов, кожу — тройничный нерв.

Показания: невралгия тройничного нерва, паралич лицевого нерва, куриная слепота, снижение остроты зрения, лейкома, зуд в глазах, конъюнктивит, кератит, ретинит.

Техника: подкожная пункция, конец иглы направляют наружу. Глубина пункции 0,5—0,9 см. Прижигание 3—5 мин. При прижигании глаза пациента должны быть закрыты. При куриной слепоте рекомендуется сочетать с точками ян-ляо IG6 и цзу-сань-ли E36.

2. Тин-хуэй VB2.

Расположение: у корня ушной мочки, впереди в межкостной вырезке у заднего края суставного отростка нижней челюсти. В этом месте при пальпации ощущается углубление.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задний край околоушной железы, нижний край скулового отростка височной кости, большой ушной нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва и место соединения передней ушной ветви от поверхностной височной артерии.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: глухота и шум в ушах, воспаление наружного слухового

прохода, свисание нижней челюсти вследствие слабости мышц, тик и контрактура жевательных мышц (невозможность свободно раскрывать рот), зубная боль, паралич лицевого нерва, гемиплегия.

Техника: глубина укола 0,9 см; прижигание 10 мин.

3. Шан-гуань VB3.

Расположение: на месте пересечения верхнего края скуловой дуги с границей волосистой части виска, где образуется ямка при открытии рта.

Топографическая анатомия: под кожей находятся переднеушная мышца, височная мышца, височная ветвь лицевого нерва, вторая и третья ветви тройничного нерва и ветви поверхностной височной артерии, височная кость, верхний край скулового отростка.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и тройничного нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: амавроз (слепота без видимых наружных изменений глаза), шум в ушах, зубная боль и язвы на деснах, затруднения при открывании рта, эпилепсия.

Техника: глубина укола 0,5 см; прижигание 5—7 мин.

4. Хань-янь VB4.

Расположение: книзу и кзади от точки тоу-вей E8, в сторону ушной раковины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя ушная мышца, височная мышца, височная ветвь лицевого нерва, вторая и третья ветви тройничного нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии, височная кость.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и тройничного нервов, кожу — тройничный нерв.

Показания: боль в половине головы, судороги у детей от испуга, боль в ладонях и невозможность разогнуть пальцы, шум в ушах, снижение остроты зрения, зубная боль, ринит, боль в суставах.

Техника: пункция глубиной 0,6 см; прижигание 5—7 мин.

5. Сюань-лу VB5.

Расположение: на виске на $\frac{1}{3}$ цуня ниже и кзади от точки хань-янь на продолжении линии тоу-вей E8 — хань-янь VB4, там, где находится артерия.

Топографическая анатомия: см. точку хань-янь.

Показания: мигрень, зубная боль, гиперемия и припухлость лица, жар в теле и отсутствие пота, ринит, конъюнктивит.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направляют книзу. Глубина укола 0,6 см (не глубже!). Иглу оставляют на 30 с. Прижигание 3—5 мин.

6. Сюань-ли VB6.

Расположение: у поверхностной височной артерии, в нижней ее части.

Топографическая анатомия: см. точку хань-янь.

Показания: отек лица (нерожистого характера), мигрень, депрессия и потеря аппетита, чувство жара в желудке, конъюнктивит.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направляют книзу. Иглу оставляют на 30 с. Глубина укола 0,9 см. Прижигание 5—10 мин.

7. Цюй-бинь VB7.

Расположение: у верхушки ушной раковины на границе волосистой части в области височной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя ушная мышца, височная мышца, височно-ушной нерв и височная ветвь лицевого нерва, ветви передней поверхности височной артерии.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и тройничного нервов, кожу — тройничный нерв.

Показания: зубная боль и опухоль щеки, невозможность свободно раскрыть рот и говорить, боль в области шеи и затруднение поворота головы, мигрень, боль в теменной, височной и челюстной областях, головная боль после отравления алкоголем, угарным газом, после наркоза.

Техника: пункция под углом (осторожно, чтобы не повредить артерию). Глубина укола 0,9 см. Прижигание 3—5 мин.

8. Шуай-гу VB8.

Расположение: на месте шва теменной и височной костей.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя ушная мышца, височная мышца, ушно-височный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва, и малый затылочный нерв, отходящий от шейного сплетения, теменная ветвь поверхностной височной артерии.

Мышцы иннервируют ветви лицевого и тройничного нервов, кожу — нерв C_{II}.

Показания: головная боль в теменной области, мигрень, боль в надчревной области с чувством скопления мокроты, чувство полноты в надчревной области после приема пищи, тошнота, рвота и контрактура мышц шейно-затылочной области.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,9 см. Прижигание 5—10 мин.

9. Тянь-чун VB9.

Расположение: за ухом, кзади и книзу под точкой шуай-гу.

Топографическая анатомия: см. точку шуай-гу (VB8).

Показания: психоз (тихое помешательство), легкий обморок, опухоль десен, головная боль, внутренний страх, тоническое напряжение мышц шейно-затылочной области, судорожный припадок.

Техника: подкожная пункция под углом глубиной 0,9 см. Прижигание через корень имбиря 5—10 мин.

10. Фу-бай VB10.

Расположение: ниже точки тянь-чун VB9 за ушной раковиной.

Топографическая анатомия: под кожей находятся шов между теменной и височной костями, малый затылочный и большой ушной (чувствительный) нервы, задняя ушная ветвь лицевого нерва (двигательный нерв), задняя ушная артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{II}.

Показания: шум в ушах, глухота, зубная боль, одышка, тетраплегия, тонзиллит, миозит в области плеча и невозможность поднятия его вверх, спазм мышц шейно-затылочной области.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют книзу. Глубина укола 1 см. Прижигание 3—5 мин.

11. Тоу-цяо-инь VB11.

Расположение: книзу от точки фу-бай в месте соединения заднего края сосцевидного отростка и края волосистой части головы, над точкой вань-гу VB12.

Топографическая анатомия: под кожей находятся заднеушная мышца, малый затылочный нерв, отходящий от I и II шейных нервов; задняя ушная артерия и вена.

Кожу иннервирует нерв C_{II}.

Показания: менингит, судороги в нижних конечностях, опухоль в области лица, боль в шее, припухлость языка, кашель и боль в горле, горечь во рту, кератит, куриная слепота, икота, шум в ушах.

Техника: почти горизонтальная пункция, конец иглы направляют книзу. Глубина укола 1 см. Прижигание 5—15 мин.

12. Вань-гу VB12.

Расположение: на сосцевидном отростке на 1,2 см от границы волосистой части головы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся грудиноключично-сосцевидная мышца, ременная мышца головы, длиннейшая мышца головы, шилоподъязычная, шилоязычная и двубрюшная мышцы, большой ушной нерв и задняя ушная артерия, отходящая от наружной сонной артерии.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов, II шейного, большого затылочного и подзатылочного нервов, ветви XI, XII и VII пары черепных нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{II}.

Показания: отек лица и боль в шее, припухлость в области нижней челюсти и боль в височно-нижнечелюстном суставе, шум в ушах, мигрень, тонзиллит, гингивит, центральный паралич лицевого нерва после апоплексии, бессонница, психоз.

Техника: пункция под углом в 45°, конец иглы направляют книзу, иглу оставляют на 30 с. Глубина укола 0,9 см. Прижигание 5—10 мин, не допускать ожога.

13. Бэнь-шэнь VB13.

Расположение: над наружным углом глаза в волосистой части головы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления лобного брюшка лобно-затылочной мышцы к апоневротическому шлему, надглазничный нерв первой ветви тройничного нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии и надглазничная артерия.

Мышцу иннервирует ветвь лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: головная боль, боль в шее, тик и контрактура мышц шейно-затылочной области, боль в шее при повороте головы, боль в середине груди, боль в половине тела при гемиплегии, эпилепсия, депрессивный психоз.

Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направляют кзади. Глубина укола 0,9 см. Прижигание 5—15 мин, не допускать ожога.

14. Ян-бай VB14.

Расположение: во впадине, на 2 см вверх от середины брови по перпендикуляру через зрачок и точку юй-яо (H), по горизонтали — на уровне точки мэи-чун (V3).

Топографическая анатомия: см. точку бэнь-шэнь.

Показания: конъюнктивит, куриная слепота, невралгия тройничного нерва, головная боль, фронтит, слезотечение при холоде.

Техника: пункция под углом 15° , конец иглы направляют вниз. Глубина укола 0,5 см. Прижигание при закрытых глазах 3—5 мин.

15. Тоу-лин-ци VB15.

Расположение: на 0,5 цуня за передней границей волосистой части головы, перпендикулярно точке ян-бай.

Топографическая анатомия: под кожей находятся апоневротический шлем, надглазничная ветвь тройничного нерва, височная ветвь лицевого нерва, надглазничная артерия.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: головная боль, лейкома, слезотечение, конъюнктивит, эпилепсия, кровоизлияние в мозг.

Техника: почти горизонтальная пункция, конец иглы направляют кпереди. Глубина укола 1 см. Прижигание через срез корня имбиря 3—5 мин.

16. Му-чуан VB16.

Расположение: на 1,5 цуня кзади от точки тоу-лин-ци.

Топографическая анатомия: под кожей находятся апоневротический шлем, надглазничный нерв и разветвление лобной ветви поверхностной височной артерии.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: головокружение, снижение остроты зрения, конъюнктивит, отек лица, головная боль, гиперестезия и боль в одной половине головы и шеи, потливость и повышение температуры тела, лихорадочное состояние.

Техника: почти горизонтальная подкожная пункция, конец иглы направляют кпереди. Глубина укола 1 см. Прижигание 2—5 мин.

17. Чжэн-ин VB17.

Расположение: на 1 цунь кзади от точки му-чуан.

Топографическая анатомия: см. точку му-чуан.

Показания: головная боль, головокружение, зубная боль, атрофия зрительного нерва, невралгия тройничного нерва.

Техника: пункция под углом 15° , конец иглы направляют кпереди. Глубина укола 1 см. Прижигание 3—5 мин.

18. Чэн-лин VB18.

Расположение: на 1,5 цуня кзади от точки чжэн-ин.

Топографическая анатомия: под кожей находятся апоневротический шлем, ветви большого затылочного нерва и большой ушной нерв, анастомозы поверхностной височной и затылочной артерии, теменная кость.

Кожу иннервирует нерв C_{II} .

Показания: сверлящая головная боль, носовое кровотечение, насморк, бронхиальная астма.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 0,2 см, иглу оставляют на 30 с, но лучше не колоть. Прижигание 3—5 мин (не допускать ожога).

19. Нао-кун VB19.

Расположение: на 1,5 цуня кзади от точки чэн-ли.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления затылочного брюшка затылочной мышцы, ременной мышцы головы и

трапециевидной мышцы к верхней выйной линии затылочной кости, затылочная артерия, большой затылочный нерв.

Мышцы иннервируют ветви добавочного (XI) нерва, II шейного нерва, большого затылочного и подзатылочного нервов.

Кожу иннервирует нерв C_{II} .

Показания: носовое кровотечение, головная боль, нервное возбуждение, переходящее в психоз; сердцебиение, одышка, тик и контрактура мышц шеи и плеча.

Техника: косая подкожная пункция глубиной 1,2 см. Прижигание 3—5 мин.

20. Фэн-чи VB20.

Расположение: ниже сосцевидного отростка, во впадине между местами прикрепления грудиноключично-сосцевидной и трапециевидной мышц.

Топографическая анатомия: под кожей находятся треугольник, образованный трапециевидной и грудиноключично-сосцевидной мышцами, в основании которого расположены ременная и длиннейшая мышцы головы; малый и большой затылочные нервы, затылочная артерия и вена, далее — дно черепа.

Мышцы иннервируют ветви II шейного, большого затылочного и подзатылочного нервов, кожу — нерв C_{III} .

Показания: заболевания головного мозга, гемиплегия, тетраплегия, паралич с потерей речи, мигрень, нарушение функции блуждающего и добавочного нервов, боль в шее, носовое кровотечение, конъюнктивит, блефарит, боль в поясничной области (больной не может разогнуть спину), зуб.

Техника: пункция под углом 45° , конец иглы направляют к глазу на противоположной стороне. Глубина укола 1,2 см. Прижигание 20 мин, повторяют ежедневно в течение 15 дней, тогда виден эффект лечения.

21. Цзянь-цзин VB21.

Расположение: если вблизи плечевого сустава (там, где конец ключицы) приложить три пальца, то под средним пальцем находится точка цзянь-цзин.

Топографическая анатомия: под кожей находятся трапециевидная и надостная мышцы; мышца, поднимающая лопатку; надключичный и добавочный нервы, надлопаточная артерия.

Мышцы иннервируют ветви добавочного, II шейного и надлопаточного нервов, кожу — нерв C_{IV} .

Показания: центральный паралич с потерей речи, анемия головного мозга, головокружение, головная боль, затруднение поворота головы вследствие боли в затылочно-шейной области, неврастения, трудные роды, похолодание верхних и нижних конечностей, обморок у рожениц, маточное кровотечение, боль и гипофункция молочной железы.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют кзади. Глубина укола 1—1,5 см. Сначала укалывают тонизирующим, а затем тормозным методом. При глубоком уколе в данную точку наблюдается обморочное состояние. При этом нужно делать укол в точку цзу-сань-ли E36. Прижигание 5—15 мин.

22. Юань-е VB22.

Расположение: в четвертом межреберье, на средней подмышечной линии, на одном уровне с соском.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний край широчайшей мышцы спины, большая зубчатая мышца, мышцы четвертого межреберья, межреберный и длинный грудной нервы, межреберная и латеральная грудная артерия.

Мышцы иннервируют ветви подмышечного нервного сплетения и IV межреберного нерва, кожу — нерв Th_{IX}.

Показания: припухлость и воспаление лимфатических узлов на шее, плеврит и слабость, неврастения, нарушения сна.

Техника: положение лежа на боку, пункция под углом 30°, острие иглы направляют в подмышечную область. Пункция глубиной 1 см. Прижигание противопоказано.

23. Чжэ-цзинь VB23.

Расположение: в четвертом межреберье, на 3 цуня от передней подмышечной складки книзу, а отсюда кпереди на 1 цунь.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления большой зубчатой мышцы, нижний край большой грудной мышцы, мышцы четвертого межреберья, длинный грудной нерв, иннервирующий надключичную область и боковые кожные ветви межреберного нерва, боковая грудная артерия.

Мышцы иннервируют ветви подмышечного сплетения и IV межреберного нерва, кожу — нерв Th_{IV}.

Показания: отрыжка кислым, слюнотечение, межреберная невралгия, плеврит, бронхиальная астма.

Техника: положение лежа на боку, пункция под углом 30°, острие иглы направляют от подмышечной области к мечевидному отростку. Глубина игла 1—1,5 см. Прижигание 3—5 мин.

24. Жи-юе VB24.

Расположение: в седьмом межреберье на вертикальной линии, проведенной через грудной сосок.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная косая мышца, мышцы седьмого межреберья, наружные кожные ветви межреберных нервов, верхняя надчревная артерия.

Мышцу иннервируют ветви VII межреберного нерва, кожу — нерв Th_{VII} или Th_{VIII}.

Показания: боль в боковой области грудной клетки, боль в области печени и желчного пузыря, тошнота, заболевания желудка, спазм диафрагмы, кишечная колика, метеоризм.

Техника: прямая пункция глубиной 0,9 см. Глубокая пункция противопоказана. Прижигание 5—10 мин.

25. Цзин-мэнь VB25.

Расположение: под свободным концом XII ребра.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная и внутренняя косые мышцы живота, межреберный нерв, ветвь надчревной артерии.

Мышцы иннервируют шесть нижних межреберных нервов и подвздошно-подчревной нерв, кожу — нерв Th_{IX}.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в нижних конечностях, гемиплегия, зуд в одной половине тела.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 15 мин.

33. Цзу-ян-гуань VB33.

Расположение: во впадине у верхнего наружного края коленной чашечки, верху от наружного мышелка бедренной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружный край широкой фасции и латеральной широкой мышцы бедра, передний край сухожилия двуглавой мышцы бедра, медиальная широкая мышца бедра, нижний конец бедренной кости, икроножный нерв и артериальная сеть коленного сустава.

Мышцы иннервируют ветви верхнего ягодичного, бедренного и седалищного нервов, кожу — нерв L_{III}.

Показания: гонит, нарушения чувствительности на наружной поверхности бедра, гипотония мышц бедра, гемиплегия, ишиас.

Техника: пункция глубиной 1,8 см. Прижигание противопоказано.

34. Ян-лин-цюань VB34.

Расположение: у передненижнего края головки малоберцовой кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между длинной малоберцовой мышцей и разгибателем пальцев стопы, передне-внутренняя сторона головки малоберцовой кости. В этом месте общий малоберцовый нерв разветвляется на поверхностный и глубокий малоберцовый нервы, здесь же проходят ветви передней большеберцовой артерии и икроножный нерв.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного нерва и передний большеберцовый нерв, кожу — нерв S_{II}.

Показания: гонит, боль с чувствительными и двигательными нарушениями в нижних конечностях и чувством холода в бедренной кости, параплегия, отек лица (нерожистого характера), ишиас, ревматизм, хорея, контрактура мышц конечности, паралич латерального малоберцового нерва. Воздействие на точку очень эффективно при привычном запоре.

Техника: вертикальная пункция, положение больного лежа на спине. Глубина укола 1,8 см. Прижигание 10—20 мин.

35. Ян-цзяо VB35.

Расположение: у заднего края малоберцовой кости, на 7 цуней выше верхнего края латеральной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между длинной и короткой малоберцовыми мышцами, латеральный кожный нерв и ветвь малоберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного нерва, кожу — нерв S_{II}.

Показания: невралгия и паралич поверхностного малоберцового нерва, ангионевротический отек лица (отек Квинке), плеврит, бронхиальная астма.

Техника: пункция глубиной 1,5 см. Прижигание 10 мин тепловым и утюжающим методами по ходу нерва.

36. Вай-цю VB36.

Расположение: на боковой поверхности голени в углублении между длинной малоберцовой и камбаловидной мышцами, иннервируемыми вет-

вями кожно-мышечного и заднего большеберцового нервов. В этом месте проходят поверхностный малоберцовый нерв и латеральный кожный нерв, ветви передней большеберцовой артерии.

Показания: боль и судороги в мышцах голени, боль и судороги в шее, блуждающая боль в теле, невралгия малоберцового нерва, отек нижних конечностей, боль в области желчного пузыря, эпилепсия, маниакальное состояние.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

37. Гуан-мин VB37.

Расположение: на боковой поверхности голени ниже точки ян-цзяо VB35, на 5 цуней выше центра латеральной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между разгибателем пальцев стопы и короткой малоберцовой мышцей, передний край малоберцовой кости, передний поверхностный малоберцовый нерв и наружный икроножный нерв, ветви большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви переднего большеберцового нерва и кожно-мышечный нерв голени, кожу — нерв S₁.

Показания: боль в голени, судороги и атрофия икроножной мышцы, боль в паху, острый психоз, боль в коленном суставе, лихорадочное состояние. Воздействие на точку очень эффективно при запоре, миопии, атрофии зрительного нерва, мигрени.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 5—7 мин.

38. Ян-фу VB38.

Расположение: на передней стороне малоберцовой кости, на 4 цуня выше центра латеральной лодыжки.

Топографическая анатомия: см. точку гуан-мин.

Показания: постоянное чувство холода от поясницы до стоп, люмбаго, отечность и тяжесть в голени, туберкулезный лимфаденит в шейной и подмышечной областях, холецистит, тонзиллит, малярия, гонит, боль на наружной поверхности таза, в надключичной ямке, в горле, в глазах, головная боль.

Техника: вертикальная пункция, положение лежа. Глубина укола 1,5—2 см. Прижигание 5—10 мин.

39. Сюань-чжун VB39.

Расположение: на 3 цуня выше наружной лодыжки. Практически: нужно соскользнуть с малоберцовой мышцы. В этом месте при прижатии слышна пульсация.

Топографическая анатомия: под кожей находятся углубление между короткой малоберцовой мышцей и передним краем малоберцовой кости, передний поверхностный малоберцовый нерв и латеральный кожный нерв, ветви большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви кожно-мышечного нерва голени, кожу — нерв S₁.

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в нижней конечности, болевой синдром при вывихе коленного и голеностопного суставов, боль и спазм мышц шейно-затылочной области, гастрит с потерей аппетита, атеросклероз, облитерирующий эндартериит, кровоизлияние в мозг, затруднения при испражнении и мочеиспускании, гемиплегия, тон-

зиллит, носовое кровотечение, невротический кашель, астеническое состояние после перенесенного тяжелого заболевания.

Техника: пункция глубиной 1,5—2 см; прижигание 5—10 мин.

40. Цю-суй VB40.

Расположение: в углублении под наружной лодыжкой.

Топографическая анатомия: под кожей находятся короткий разгибатель пальцев стопы, задненаружный край передней малоберцовой мышцы, средний кожный нерв тыльной поверхности стопы, отходящий от икроножного нерва; передняя латеральная лодыжковая артерия, отходящая от передней большеберцовой артерии.

Мышцы иннервируют ветви переднего большеберцового нерва, кожу — нерв S₁.

Показания: плеврит, одышка, малярия, паралич нижних конечностей, судороги в них, боль в поясничной области, боль внизу живота, боль при грыже, боль и припухлость в голеностопном суставе.

Техника: пункция под углом, положение больного лежа на спине. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 10 мин.

41. Цзу-линь-ци VB41.

Расположение: у основания IV плюсневой кости, на 5 см выше точки ся-си VB43.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие, разгибающее V палец стопы, межкостная мышца тыльной стороны стопы, тыльный средний кожный нерв нижней конечности и тыльная артерия стопы.

Мышцы иннервируют ветви переднего и заднего большеберцовых нервов, кожу — нерв S₁.

Показания: боль и ограничение движения стопы и голеностопного сустава, слабость и тяжесть в нижних конечностях, летучая боль, перемежающаяся лихорадка, шейный лимфаденит с болью в шее и плече, глазные болезни, заболевания сердца с одышкой, нарушение менструального цикла, мастит.

Техника: глубина укола 0,6 см; прижигание 5—10 мин.

42. Ди-у-хуэй VB42.

Расположение: на латеральной стороне стопы, в передней части щели между IV и V плюсневыми костями (там пальпируется впадина).

Топографическая анатомия: см. точку цзу-линь-ци.

Показания: мастит, кровохарканье от механического повреждения, боль в стопе, дисменорея, ревматизм, конъюнктивит, отечность в подмышечной области.

Техника: пункция глубиной 0,3—0,5 см. Прижигание не показано.

43. Ся-си VB43.

Расположение: в межпальцевой складке между IV и V пальцами стопы с тыльной стороны.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия длинного разгибателя пальцев стопы, межкостная мышца тыльной стороны стопы, тыльный срединный кожный нерв стопы, отходящий от поверхностного малоберцового нерва; тыльная артерия пальцев.

Кожу иннервирует нерв S₁.

Показания: шум в ушах, глухота, головокружение, чувствительные и двигательные расстройства в нижней конечности, застой в легких, кровохарканье, одышка, мастит, межреберная невралгия, мигрень.

Техника: глубина укола 0,3 см. Прижигание 3—5 мин.

44. Цзу-цяо-инь VB44.

Расположение: на латеральной стороне IV пальца стопы, на 3 мм снаружи от ногтевого ложа.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльный нерв пальцев стопы, отходящий от поверхностного малоберцового нерва; тыльная артерия пальцев, отходящая от большеберцовой передней артерии, кость.

Кожу иннервирует нерв S₁.

Показания: головная боль, анемия мозга, заболевания сердца, плеврит, бронхиальная астма, икота, фарингит, невралгия поверхностного малоберцового нерва.

Техника: пункция глубиной 0,3 мм. Прижигание 2—3 мин «клюющим» методом.

СОСУД ПЕЧЕНИ

Сосуд печени (foix — F) парный, симметричный, центростремительный, относится к системе Инь. Принимает энергию от сосуда желчного пузыря и передает ее сосуду легких. Период максимальной активности сосуда от 1 до 3 ч. Сосуд печени объединяет 14 точек акупунктуры (рис. 31).

Начинается с латеральной стороны большого пальца ноги на 0,3 см от корня ногтевого ложа, в точке да-дунь F₁, проходит по медиальному краю стопы, поверхности голени, встречается с сосудом селсзенки, пересекает его и поднимается на внутреннюю поверхность бедра, по внутреннему краю портняжной мышцы до паха. Далее пересекает гребешок подвздошной кости, поднимается по боковой поверхности живота до VI ребра, т. е. за 1 цунь ниже соска в точке ци-мэнь F₁₄.

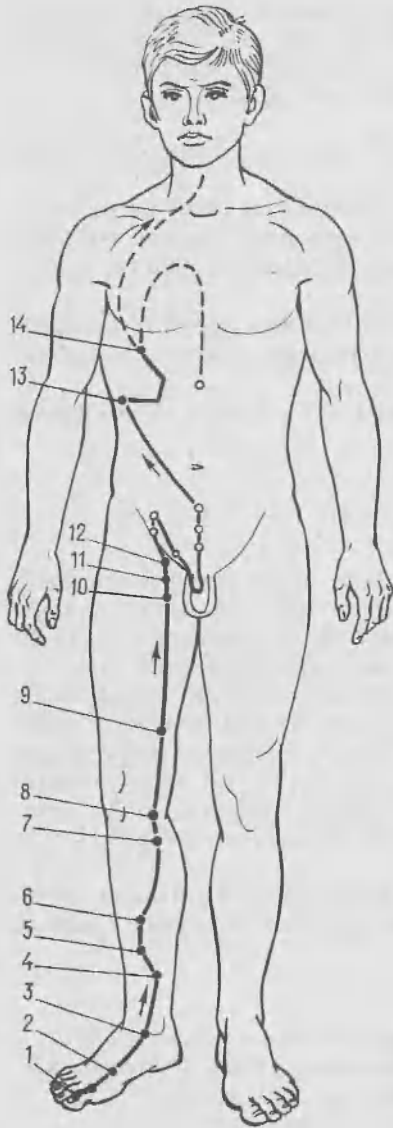
Показания: заболевания половых органов, нарушения в области мочевого пузыря, кишечника, в боковой области грудной клетки, глазные болезни.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующая точка	инь-бао F9
тормозящая точка	синь-цзянь F2
точка-источник	тай-чун F3
стабилизирующая точка к	
сосуду желчного пузыря	чжун-ду F6
точка сочувствия к сосуду	гань-шу V18
мочевого пузыря	
точка тревоги	ци-мэнь F14

Акупунктурные точки сосуда печени. Наиболее значимые точки: чжун-фэн (4), цюй-цюань (8), инь-бао (9), ци-мэнь (14).

1. Да-дунь F₁.



Расположение: на большом пальце стопы, на 3 мм кнаружи от корня ногтевого ложа.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления сухожилия длинного разгибательного пальца стопы, тыльный нерв стопы, отходящий от глубокого малоберцового нерва; тыльная артерия пальцев, отходящая от передней большеберцовой артерии.

Кожу иннервирует нерв L_7 .

Показания: все виды нарушения мочеиспускания, непроизвольное мочеиспускание у детей, неопущение яичек у детей, кишечная колика, запор, сахарный диабет, эндометрит, маточное кровотечение, люмбаго, грыжа, истерия.

Техника: глубина укола 0,3 см; прижигание 5 мин.

2. Син-цзянь F2.

Расположение: во впадине, кпереди от I до II плюснефаланговых суставов.

Топографическая анатомия: межкостная мышца на тыльной стороне стопы, глубокий малоберцовый нерв и разветвление тыльной артерии пальцев.

Кожу иннервирует нерв L_7 .

Показания: анемия головного мозга, тахикардия неврогенного характера, острый и хронический гастрит, диспепсия, спазм желудка, снижение аппетита, тошнота, рвота, запор, межреберная невралгия, ночной пот, сахарный диабет, судороги в икроножных мышцах, боль в поясничной области, боль, паралич или слабость в нижних конечностях, центральный паралич лицевого нерва, боль в половом члене после мочеиспускания, перемежающаяся лихорадка, зубная боль, маточ-

ное кровотечение, боль в пятках, бессонница, психоз, боль в печени и надчревной области.

Техника: глубина укола 1 см; прижигание 10 мин.

3. Тай-чун F3.

Расположение: во впадине между головками I и II плюсневых костей, на передней поверхности нижней конечности.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие длинного

разгибателя I пальца стопы, короткий разгибатель пальцев, межкостная мышца на тыльной стороне стопы, глубокий малоберцовый нерв и первая тыльная артерия стопы; слышна пульсация при нажатии пальцем.

Мышцы иннервируют ветви переднего и заднего большеберцовых нервов, кожу — нерв L_{IV} .

Показания: боль в надчревной области, желтуха с бредом и высокой температурой тела, боль в груди, поясничной области и нижней части живота, запор и геморрой, боль в желудке, рвота с кровью, воспаление локтевого сустава, воспаление шейных лимфатических узлов, гипертоническая болезнь, маточное кровотечение, недостаточное сокращение матки после родов, грыжа, боль у входа во влагалище, мутная моча, поллакиурия.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин.

4. Чжун-фэн F4.

Расположение: на 3 см ниже внутренней лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие передней большеберцовой мышцы, малоберцовый кожный нерв тыльной поверхности стопы, внутренние ветви кожного нерва голени и передняя внутренняя лодыжковая артерия.

Мышцы иннервируют ветви переднего большеберцового нерва, кожу — нерв L_V .

Показания: однодневная малярия, нарушение пищеварения, тяжесть в животе, желтуха, чувствительные и двигательные нарушения с похолоданием нижних конечностей, импотенция, затрудненное или учащенное мочеиспускание.

Техника: пункция глубиной 1,2 см; прижигание 5—10 мин. При вирусном гепатите рекомендуется сочетать с точками гань-шу V18 и и-фэн TR17.

5. Ли-гоу F5.

Расположение: на 1,5 цуня выше медиальной лодыжки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся внутренняя поверхность большеберцовой кости, большая подкожная вена нижней конечности, ветви задней большеберцовой артерии, внутренний кожный и большеберцовый нервы.

Кожу иннервирует нерв L_{IV} .

Показания: кишечная колика, вздутие толстой кишки, невроз сердца (тахикардия), язвенный энтероколит, спазм мышц горла с затруднением дыхания, задержка мочеиспускания, эндометрит, нарушения менструального цикла.

Техника: глубина укола 0,6 см; прижигание 15—20 мин.

6. Чжун-ду F6.

Расположение: у заднего края большеберцовой кости, на 4 цуня ниже заднего края коленной чашечки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся большая подкожная вена, ветви задней большеберцовой артерии и большеберцовый нерв.

Кожу иннервирует нерв L_{IV} .

Показания: боль внизу живота, энтероколит, недостаточное сокращение матки после родов, нарушение менструального цикла, грыжа, боль

в суставах нижних конечностей, острый цистит, дизурия, болезненное мочеиспускание.

Техника: пункция глубиной 0,5—1 см; прижигание 10—15 мин.

7. Ци-гуань F7.

Расположение: на голени, на 3 цуня ниже центра коленной чашечки, кзади от точки инь-лин-цюань RP9.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя часть медиальной головки икроножной мышцы, подколенная мышца, иннервируемая ветвями заднего большеберцового и малоберцового нервов; медиальный кожный нерв голени, большеберцовый нерв и внутренняя подколенная артерия.

Кожу иннервирует нерв L_{III}.

Техника: глубина укола 1,2 см; прижигание 5—10 мин.

8. Цюй-цюань F8.

Расположение: на уровне центра коленной чашечки, кзади от медиального мышелка бедренной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхний конец медиальной головки икроножной мышцы, медиальный кожный нерв голени и артериальная сеть коленного сустава.

Показания: боль на внутренней поверхности бедра, простатит с задержкой мочи, кишечная колика, понос, боль в нижних конечностях, зуд наружных половых органов у женщин, кольпит, задержка менструаций, эндометрит, недостаточное сокращение матки после родов, острый психоз.

Техника: глубина укола 1,8 см; прижигание 10—15 мин.

9. Инь-бао F9.

Расположение: на внутренней поверхности бедра, на 4 цуня выше колена.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между портняжной и медиальной мышцами бедра, большая приводящая мышца, медиальная широкая мышца бедра, кожные ветви запирательного нерва и передние кожные ветви бедренного нерва, в глубине — бедренная артерия.

Мышцы иннервируют ветви бедренного и запирательного нервов, кожу — нерв L_{III}.

Показания: боль в поясничной области или копчике, иррадирующая вниз живота; затрудненное мочеиспускание, нарушение менструального цикла.

Техника: пункция глубиной 1,8 см; прижигание 5—10 мин.

10. Цзу-у-ли F10.

Расположение: на внутренней стороне бедра, на 1 цунь ниже бугорка лобковой кости или промежности.

Топографическая анатомия: под кожей находятся щель между гребешковой и длинной приводящей мышцами бедра, тонкая мышца и запирательные мышцы, подвздошно-паховый и запирательный нервы, наружная срамная артерия.

Мышцы иннервируют ветви запирательного нерва, кожу — нерв L_{III}.

Показания: общая слабость и бессонница, потливость, астеническое состояние, затрудненное мочеиспускание.

Техника: глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—10 мин.

11. Инь-лянь F11.

Расположение: на уровне промежности и нижней ягодичной складки.

Топографическая анатомия: см. точку цзу-у-ли.

Показания: бесплодие, бели, зуд в области наружных половых органов, боль в бедре.

Техника: пункция глубиной 1—1,5 см; прижигание 5—10 мин.

12. Цзи-май F12.

Расположение: на расстоянии 2,5 цуня от средней линии промежности.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тонкая и запираТЕЛЬ-ные мышцы, иннервируемые запираТЕЛЬным нервом; подвздошно-паховый и пояснично-паховый нервы, внутренняя срамная артерия.

Показания: заболевания половых органов.

Техника: укол не делают; прижигание 3—5 мин.

13. Чжан-мэнь F13.

Расположение: перед свободным концом XI ребра на боковой поверхности живота.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная и внутренняя косые мышцы живота, межреберный нерв, межреберная артерия, справа — нижний край печени, слева — нижний край селезенки.

Мышцы иннервируют 6 нижних межреберных нервов и подвздошно-надчревный нерв, кожу — нерв Th_x.

Показания: боль в боковой области грудной клетки, поясничной области, плеврит, межреберная невралгия, спазм диафрагмы, тошнота, рвота, запор, диспепсия, спазмы желудка, аэрофагия, боль в области печени и желчного пузыря, сухость во рту, потеря аппетита, желтуха, мигрирующая боль в животе.

Техника: пункция глубиной 2 см; прижигание 5—10 мин.

14. Ци-мэнь F14.

Расположение: в месте прикрепления IX ребра к ребренному хрящу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся наружная косая мышца живота, мышцы шестого межреберья, латеральные ветви VIII — X межреберных нервов, в составе которых проходят ветви вегетативных нервов; поверхностная надчревная артерия.

Мышцы и кожу иннервирует VI межреберный нерв.

Показания: плеврит, одышка, кашель, бронхиальная астма, гастрит; вздутие живота, вызывающее одышку; кислая отрыжка или рвота после приема пищи, острый энтероколит, нефрит, сопровождающийся болью в спине и гипертоническим синдромом, лихорадочное состояние во время менструации.

Техника: пункция глубиной 1,2 см (не слишком глубокая); прижигание 5—10 мин.

При невралгии межреберных нервов рекомендуется сочетать с точками цзю-шу V17 и гань-шу V18.

ПЕРЕДНЕСРЕДИННЫЙ СОСУД

Переднесрединный сосуд (jenn-mo — J) непарный, относится к системе Инь, не входит в общий круг циркуляции энергии и не имеет поэтому определенной почасовой активности. Считают, что энергия в этом сосуде движется постоянно в направлении снизу вверх и что он объединяет все иньские сосуды — «море всех иньских сосудов». Переднесрединный сосуд объединяет 24 акупунктурные точки (рис. 32).

Начинается в области промежности в точке хуэй-инь J1, выходит кверху до лобковой кости, затем поднимается вверх по средней линии живота, груди, шеи до подбородка и заканчивается в ямке под нижней губой в точке чэн-цзыан J24.

Показания: заболевания языка, горла, гортани и полости рта, пищевода, легких, пищеварительного канала, нервной и мочеполовой систем.

Стандартные пункты сосуда:

тонизирующие точки	ци-хай J6
	гуань-юань J4
тормозящая точка	чжун-вань J2

Для многих сосудов точку тревоги заимствуют из переднесрединного сосуда.

Акупунктурные точки переднесрединного сосуда. Наиболее значимые точки: чжун-ци (3), гуань-юань (4), ци-хай (6), шуй-фэнь (9), чжун-вань (12), тянь-чжун (17), сюань-цзы (21), тянь-ту (22), лян-цюань (23).

1. Хуэй-инь J1.

Расположение: у мужчин — между мошонкой и задним проходом, у женщин — между задней спайкой больших половых губ и задним проходом.

Топографическая анатомия: под кожей находятся поверхностная фасция промежности, луковично-пещеристая мышца, глубокая поперечная мышца промежности и преданальный пучок мышц, поднимающих задний проход; центр луковичи полового члена, промежностный нерв и внутренняя половая артерия.

Мышцы иннервируют две ветви внутреннего срамного нерва, отходящего к тазовому дну; кожу — крестцовый нерв S₄.

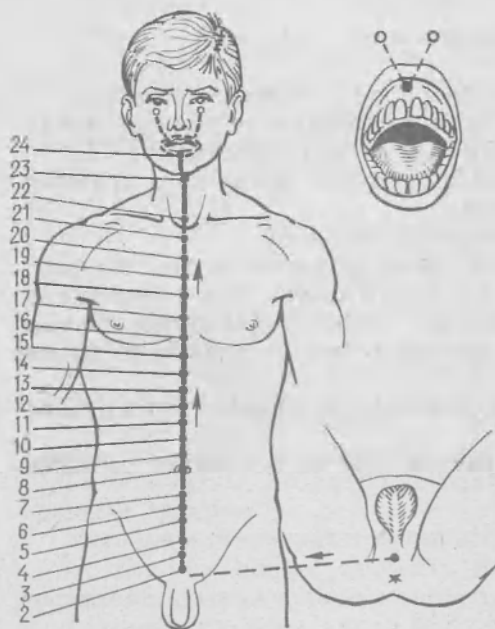


Рис. 32. Переднесрединный сосуд и точки акупунктуры

Показания: зуд и гипергидроз наружных половых органов и промежности, острый уретрит, нарушение менструального цикла, патологические поллюции, задержка мочи, бессознательное состояние после утопления, импотенция, геморрой, запор.

Техника: точка расположена на участке с повышенным риском заражения и образования свища, что требует от врача особой осторожности. Глубина укола 0,5 см. Прижигание 10—15 мин.

2. Цюй-гу J2.

Расположение: над верхним краем лонного сочленения.

Топографическая анатомия: под кожей находится белая линия живота, подвздошно-подчревный нерв, отходящий от поясничного сплетения; поверхностная надчревная нижняя артерия и наружная половая артерия.

Кожу иннервирует нерв L₁.

Показания: общее истощение, боль и чувство холода в нижней части живота, цистит, задержка мочи, эндометрит, недостаточное обратное развитие матки после родов, эрозия ее шейки, выпадение матки, патологические поллюции, импотенция, орхит, боль при грыже.

Техника: глубина укола 1,5 см. Перед пункцией большой должен опорожнить мочевой пузырь, чтобы избежать травмы. При задержке мочи следует воздержаться от глубокого укола. Во время беременности пункция противопоказана. Прижигание 20—30 мин.

3. Чжун-цзи J3.

Расположение: на 4 цуня ниже пупка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, передние кожные ветви XII грудного нерва, поверхностная надчревная нижняя артерия, поперечная фасция и брюшина; в глубине — тонкая кишка.

Кожу иннервирует поясничный нерв L₁ или грудной нерв Th_{XII}.

Показания: поллюции, опухоль мошонки, эпидидимит, частые позывы к мочеиспусканию, патологические (частые) поллюции, ведущие к бесплодию; бесплодие у женщин (кроме бесплодия в результате ненормального положения матки), недостаточное обратное развитие матки после родов, задержка отхождения плаценты, дисменорея, меноррагия, аменорея, зуд половых органов, недержание мочи, болезненное мочеиспускание, отеки.

Техника: пункция глубиной 2 см; прижигание 10—15 мин.

При отеках, связанных с сердечно-сосудистыми расстройствами, рекомендуется воздействовать также на точки шуй-фэнь J9 и сань-инь-цзяо RP6; при недержании мочи — на точки инь-линь-цюань RP9 и сань-инь-цзяо; при нарушении цикличности менструации — на точки цзы-гун J19 и сань-инь-цзяо RP6.

4. Гуань-юань J4.

Расположение: на 3 цуня ниже пупка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, передние кожные ветви XI — XII грудных нервов, поверхностная надчревная нижняя артерия и вена; в глубине — тонкая кишка.

Кожу иннервирует нерв Th_{XI} или Th_{XII}.

Показания: боль и чувство холода около пупка, диспепсия; напряжение мышц нижней части живота, нефрит, цистит, анурия, гематурия, мочека-

менная болезнь, задержка мочи; бели или сукровичные выделения, частые маточные кровотечения, длительные выделения после родов, бесплодие, хронические заболевания матки, поллюция; головная боль и головокружение.

Техника: пункция глубиной 2,5—4 см; прижигание 20 мин. При общей слабости организма прижигание до 60 мин. При шоковом синдроме для повышения АД следует воздействовать также на точку ци-хай J6.

5. Ши-мэнь J5.

Расположение: на 2 цуня ниже пупка.

Топографическая анатомия: см. точку гуань-юань.

Показания: заболевания мочеполовой системы — нефрит, цистит, задержка мочеиспускания (ишурия), дизурия, асцит, орхит, простатит, длительные выделения после родов, нарушение менструального цикла, метроэндометрит, хронический энтероколит, мезентериит, миозит мышц живота, боль вокруг пупка.

Техника: пункция глубиной 2,5 см; прижигание 20—30 мин.

6. Ци-хай J6.

Расположение: на 1,5 цуня ниже пупка.

Топографическая анатомия: см. точку ши-мэнь.

Показания: заболевания мочеполовой системы и кишок, неврастения, метроррагия, дисменорея, поллюции, цистит. Точка особенно эффективна при ночном недержании мочи.

Техника: глубина укола 2,5 см; прижигание 20—30 мин.

При шоке и повышении АД помимо прижигания этой точки воздействуют и на точку гуань-юань J4.

При непроходимости кишечника вследствие функционального пареза воздействуют также на точку чжи-гоу TR6, цзу-сань-ли E36 и да-чан-шу V25.

При беременности пункция противопоказана.

7. Инь-цзяо J7.

Расположение: на 1 цунь ниже пупка.

Топографическая анатомия: см. точку ши-мэнь.

Показания: цистит, уретрит у женщин, эндометрит, нарушение менструального цикла, метроррагия, длительные выделения после родов, зуд вульвы, боль в матке, носовое кровотечение, западание родничка у младенца, психоз.

Техника: пункция глубиной 2,5 см; прижигание 20—30 мин. При большом сроке беременности иглоукальвание противопоказано.

8. Шэнь-цзюе J8.

Расположение: в центре пупка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние кожные ветви подреберного нерва, поверхностная надчревная артерия.

Кожу иннервирует нерв Th_x.

Показания: апоплексия, асцит, хронический энтероколит, выпадение прямой кишки, судороги икроножных мышц, потеря сознания, рвота, понос, обезвоживание организма в результате поноса и неукротимой рвоты, понос у грудных детей.

Техника: иглоукальвание противопоказано. Прижигание 10—30 мин.

и более через насыпанную в пупок поваренную соль. В экстренных случаях, когда требуется восстановить поток Ян-энергии, прижигание проводят до потепления конечностей.

При агонии и появлении дыхания Чейна — Стокса — сочетать с воздействием на точку бай-хуэй VB20 (перекрест, если провести условно линию, соединяющую верхушки ушных раковин и переносицу с затылочным бугром); при гастрите и остром аппендиците — с точками тянь-шу E25, шань-вань J13, нэй-гуань MC6 и цзу-сань-ли E36.

9. Шуй-фэнь J9.

Расположение: на 1 цунь выше пупка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, поверхностная надчревная артерия, передние кожные ветви подреберного нерва, поперечная фасция, брюшина; за брюшиной — поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка, при беременности сроком 8—9 мес — матка.

Кожу иннервирует нерв Th_{IX}.

Показания: хронические желудочно-кишечные заболевания, асцит, частые судороги икроножных мышц, носовое кровотечение, западание родничка у детей, отеки.

Техника: глубина укола 2 см; прижигание 20 мин. При лечении отеков и асцита применяют длительное прижигание (60 мин).

10. Ся-вань J10.

Расположение: выше пупка на 2—2,5 см.

Топографическая анатомия: см. точку шуй-фэнь.

Показания: хронический гастрит, энтероколит, диспепсия, анурия, гематурия, асцит, запор, постепенное истощение.

Техника: глубина укола 1,5—2 см; прижигание 10—30 мин. При асците делают не укальвание, а прижигание (по 15 мин до 5 раз в день).

11. Цзян-ли J11.

Расположение: на 3—3,5 см выше пупка.

Топографическая анатомия: см. точку шуй-фэнь.

Кожу иннервирует нерв Th_{VIII}.

Показания: гастрит, колит, диспепсия, метеоризм, асцит, запор, отеки, межреберная невралгия, боль в сердце, неврастения, потеря аппетита.

Техника: пункция глубиной 1,5 см; прижигание 15 мин.

12. Чжун-вань J12.

Расположение: по средней линии живота, на 4 цуня выше пупка, посредине между мечевидным отростком и пупком.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, передние ветви межреберных нервов, верхняя надчревная артерия, соответствует малой кривизне желудка.

Кожу иннервирует нерв Th_{VII}.

Показания: острый и хронический гастрит, расширение и спазм желудка, диспепсия, желудочное кровотечение, энтерит, колит, дизентерия, язва желудка, желтуха.

Техника: пункция глубиной 1—2,5 см; прижигание 10—30 мин.

13. Шан-вань J13.

Расположение: на 5 цуней выше пупка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, передние кожные ветви межреберных нервов, верхняя надчревная артерия, поперечная фасция и брюшина; в глубине — задняя дуга сальника и поперечная часть желудка.

Кожу иннервирует нерв Th_{VI}.

Показания: острый и хронический гастрит, язва желудка, диспепсия, хронический энтероколит, кишечная колика, эпилептиформные приступы, тахикардия невrogenного характера.

Техника: пункция глубиной 1,5—2 см; прижигание по 15 мин 3—4 раза в день.

14. Цзюй-цзюе J14.

Расположение: на 4 см ниже конца мечевидного отростка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся белая линия живота, поперечная фасция, передние кожные ветви межреберного нерва, верхние надчревные артерия и вена, брюшина, левая доля печени.

Кожу иннервирует нерв Th_V.

Показания: психоз, мигрень, плеврит, тонзиллит, перикардит, стенокардия, спазм желудка, язва желудка, диспепсия, импотенция, эпилепсия, снижение памяти.

Техника: пункция глубиной 1 см; прижигание 10 мин. При острой боли в сердце рекомендуется сочетать с воздействием на точки синь-шу V15, тун-ли C5, си-мэнь MC4.

Если пункцию сделать глубже, то можно повредить печень и вызвать внутреннее кровотечение.

15. Цзю-вэй J15.

Расположение: на 1,5 см ниже мечевидного отростка.

Топографическая анатомия: см. точку цзюй-цзюе.

Показания: эмфизема легких, кашель, бронхит, боль в груди и спине, боль в надчревной области, спазм желудка, острый гастрит, изжога, тошнота, рвота, язва желудка, желтуха, психоз.

Техника: глубина укола до 1,5 см при поднятых под углом верхних конечностях, конец иглы направляют вниз, иглу оставляют до 2 мин. Прижигание 15—20 мин.

16. Чжун-тин J16.

Расположение: в центре соединения тела грудины и мечевидного отростка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожильный пучок грудины и фасциальный пучок большой прямой мышцы живота, передние кожные ветви межреберных нервов и кожные ветви внутренней артерии молочной железы.

Кожу иннервируют нервы Th_{IV} и Th_V.

Показания: сужение или спазм пищевода, тошнота, рвота, икота. Отрыжка (срыгивание), рвота молоком у детей после кормления.

Техника: почти горизонтальная пункция глубиной 1 см, конец иглы направляют вниз. Прижигание 5—10 мин.

17. Тань-чжун J17.

Расположение: во впадине грудины, на горизонтальной линии сосков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся грудина, передние

кожные ветви межреберных нервов и кожные ветви внутренней артерии молочной железы.

Кожу иннервирует нерв Th_{IV}.

Показания: межреберная невралгия, сужение пищевода, бронхиальная астма, бронхит, одышка с затруднением дыхания, воспаление молочной железы, срыгивание у грудных детей после кормления.

Техника: подкожная пункция, конец иглы направляют в сторону живота. Глубина укола 0,5 см. Прижигание 20 мин.

18. Юй-тан J18.

Расположение: посредине тела грудины, на уровне суставной вырезки IV ребра.

Топографическая анатомия: см. точку тань-чжун.

Показания: боль в груди, бронхиальная астма, бронхит, одышка с затруднением дыхания, воспаление молочной железы, срыгивание у грудных детей после кормления.

Техника: подкожная пункция, конец иглы направляют вниз, глубина укола 0,5 см. Прижигание 5—15 мин.

19. Цзы-гун J19.

Расположение: во впадине на верхней четверти тела грудины, на уровне суставной вырезки III ребра.

Топографическая анатомия: под кожей находятся грудина, передние кожные ветви межреберных нервов и кожные ветви внутренней артерии молочной железы.

Кожу иннервирует нерв Th_{III}.

Показания: плеврит, бронхит, туберкулез легких, одышка, сужение пищевода, тошнота, потеря аппетита.

Техника: подкожная пункция, конец иглы направляют вниз; глубина укола 0,5—0,8 см. Прижигание 5—15 мин.

20. Хуа-гай J20.

Расположение: в месте соединения рукоятки и тела грудины, на уровне суставной вырезки II ребра.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние кожные ветви межреберных нервов и кожные ветви внутренней артерии молочной железы.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: бронхит, бронхиальная астма, плеврит, тонзиллит, ларингит, спазм голосовых связок.

Техника: подкожная пункция глубиной 0,5—0,8 см; прижигание 5—10 мин.

21. Сюань-цзи J21.

Расположение: в центре рукоятки грудины, во впадине, на один палец ниже края яремной вырезки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся шейный, кожный и I межреберный нервы, ветви внутренней артерии молочной железы, грудина.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: бронхиальная астма, тонзиллит, отек гортани, загрудинная боль, невротический спазм пищевода.

Техника: подкожная пункция глубиной 0,5—0,8 см; прижигание 5—15 мин.

22. Тянь-ту J22.

Расположение: в середине верхнего края яремной вырезки груди.

Топографическая анатомия: под кожей находятся угол, образованный внутренним краем грудиноключично-сосцевидной мышцы и внутренним краем двух грудинощитовидных мышц, которые иннервируют ветви XI и XII пар черепных нервов; кожный шейный нерв, нижняя щитовидная артерия; в глубине — трахея, за грудиной — безымянная артерия и дуга аорты.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: чувство жара в лице, боль в горле и афония, бронхиальная астма, внезапно появившаяся одышка, желтуха, ларингит, глоссит, спазм пищевода, отрыжка после приема пищи, острый паралич подъязычных мышц, спазм мышц голосовой щели.

Техника: подкожная пункция глубиной 0,5 см, конец иглы направляют в сторону основания языка; прижигание 5—10 мин.

23. Лянь-цюань J23.

Расположение: ниже тела подъязычной кости, над верхней вырезкой щитовидного хряща.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нисходящая ветвь подъязычного нерва, шейный кожный нерв, разветвляется верхняя артерия щитовидной железы.

Показания: бронхиальная астма, бронхит, опухоль под языком с затруднением речи, ларингит, глоссит, удлинение языка со слюнотечением, язвочки на языке, атрофия мышц языка.

Техника: вертикальная пункция глубиной 0,9 см; прижигание 10 мин.

24. Чэн-цзянь J24.

Расположение: в центре под нижней губой, во впадине подбородочно-губной борозды.

Топографическая анатомия: под кожей находятся выемка между двумя квадратными подбородочными мышцами (под нижним краем круговой мышцы рта, над верхним краем подбородочной мышцы), подбородочный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва, артерия нижней губы, нижняя челюсть.

Мышцы иннервируют ветви лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: кровоизлияние в мозг, гемиплегия, паралич лицевого нерва, косоглазие, отек лица и неутолимая жажда, язвенный стоматит, внезапная потеря голоса, истерия, эпилепсия; эту точку используют для оказания скорой помощи.

Техника: пункция под углом глубиной 0,6 см, конец иглы направляют книзу. Иглу оставляют на 20 с. Прижигание делают 7 раз в день по 10 мин.

ЗАДНЕСРЕДИННЫЙ СОСУД

Заднесрединный сосуд (tou-mo — T) непарный, относится к системе Ян, не входит в общий круг циркуляции энергии и не имеет поэтому определенной почасовой активности. Считают, что энергия в этом сосуде движется постоянно в направлении снизу вверх и что он связан со всеми основными сосудами (является «морем всех янских сосудов»). Заднесрединный сосуд объединяет 28 акупунктурных точек (рис. 33).

Заднесрединный сосуд начинается от конца копчика с точки чан-цзянь T1, идет вверх по остистым отросткам крестца, позвоночника (поясничного и грудного отделов) и шеи к голове; через затылочный бугор, теменную и лобную области спускается на середину носа и оканчивается под верхней губой на десне в точке инь-цзяо T28.

Показания: симптомы и патологические состояния заднесрединного сосуда распределяют соответственно точкам акупунктуры: T1—T4—симптоматика заболеваний нервной системы, кишок, мочевыделительной и половой систем; T5—T8—нервной системы и органов пищеварения; T9—T13—нервной системы и органов дыхания; T14—T28—нервной системы, психических болезней, дыхательных путей, патологические синдромы в области затылка, головы, глаз, уха, горла, носа, полости рта.

Акупунктурные точки заднесрединного сосуда. Наиболее значимые точки: мин-мэнь (4), шэнь-чжу (12), да-чжуй (14), я-мэнь (15), бай-хуэй (20), шан-син (23), жэнь-чжун (26).

1. Чан-цзянь T1.

Расположение: посредине между копчиком и анусом.

Топографическая анатомия: под кожей находятся мышцы наружного сфинктера заднего прохода и мышца, поднимающая сфинктерную часть заднего прохода, ветвь срамного нерва и нижняя прямокишечная артерия, отходящая от внутренней срамной артерии; в глубине — нижний участок брюшины.

Мышцы иннервируют ветви внутреннего срамного нерва, кожу — нерв S_{III}.

Показания: выпадение прямой кишки, кишечное кровотечение, геморрой (закрытый), острый и хронический энтероколит, невралгия поясничного сплетения, боль в

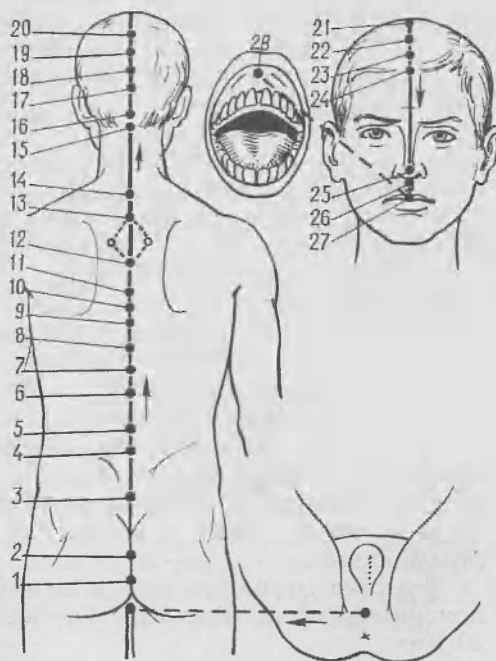


Рис. 33. Заднесрединный сосуд и точки акупунктуры (1—28)

позвоночнике, задержка мочи и стула, расстройство мочеиспускания, поллюции, импотенция, западание родничка у детей, эпилептиформные приступы у детей, психоз.

Техника: пункция глубиной 0,9 см; прижигание 10—20 мин.

2. Яо-шоу T2.

Расположение: между крестцом и копчиком у входа в крестцовый канал.

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широчайшей мышцы спины, мышцы, выпрямляющие туловище, связки крестцово-копчиковой области, задние ветви поясничного сплетения, задние ветви задней крестцовой артерии, остистый отросток IV крестцового позвонка.

Мышцы иннервируют позвоночные ветви двигательного нерва, кожу — нерв S_v.

Показания: боль в поясничной области, тазобедренном суставе и спине (невозможны любые движения спиной), чувство холода в конечностях, онемение в стопах, аменорея.

Техника: пункция под углом вверх, вдоль канала крестцовой кости. Глубина укола 1 см. Прижигание 10—20 мин.

3. Яо-ян-гуань T3.

Расположение: между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широкой мышцы спины; фасция мышцы, выпрямляющей туловище, поперечно-остистая мышца, надостная связка, межостная связка, желтая связка, задние ветви поясничного сплетения и поясничной артерии.

Мышцы иннервируют позвоночные ветви двигательного нерва, кожу — нерв Th_{xii}.

Показания: боль в поясничной области, крестце, воспаление седалищного нерва, патологические поллюции, импотенция, нарушение менструального цикла, бели.

Техника: пункция под углом вверх, вдоль нижнего края остистого отростка, между IV и V поясничными позвонками. Глубина укола 1,5—2 см. Прижигание 10—20 мин.

4. Мин-мэнь T4.

Расположение: между остистыми отростками II и III поясничных позвонков, под остистым отростком II поясничного позвонка.

Топографическая анатомия: см. точку яо-ян-гуань.

Кожу иннервирует нерв Th_{xii}.

Показания: головная боль, высокая температура тела без потоотделения, боль в поясничной области, иррадирующая в живот, эпилепсия у детей, недержание мочи, поллюции, чувство холода в нижних конечностях (от колен и ниже), импотенция, бели, спазмы мышц спины по типу столбнячных.

Техника: пункция под углом вверх, в направлении между II и III поясничными позвонками. Глубина укола 1—1,5 см. Прижигание 10—20 мин.

5. Сюань-шу T5.

Расположение: между остистыми отростками I и II поясничных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхнеостная, межостная и надостная связки, желтая связка, задние ветви нижних грудных нервов и поясничной артерии.

Кожу иннервирует нерв Th_x.

Показания: напряжение мышц спины и поясничной области, вздутие кишечника, острый энтероколит, спазм желудка и кишечная колика.

Техника: пункция под углом вверх, глубина укола 0,9 см. Прижигание 10—20 мин.

6. Цзи-чжун Т6.

Расположение: на границе нижнего края остистого отростка XI грудного позвонка, т. е. между остистыми отростками XI и XII грудных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия трапециевидной мышцы, грудинопоясничная фасция широчайшей мышцы спины, поперечно-остистая мышца, надостная и подостная связки, задние ветви грудных нервов, задние ветви поясничной артерии.

Мышцы иннервируют ветви добавочного (XI) нерва, ветвь, отходящая от глубокого шейного сплетения, и позвоночные ветви двигательного нерва; кожу — нерв Th_{viii}.

Показания: боль в области позвоночника и спины, икота, кровавая рвота, приступы боли в желудке, кишечное кровотечение, выпадение прямой кишки, геморрой, судороги, эпилепсия, психоз, желтуха.

Техника: пункция под углом вверх, глубина укола 1—1,5 см. Прижигание 10—20 мин (по другим данным, прижигание противопоказано).

7. Чжун-шу Т7.

Расположение: под остистым отростком X грудного позвонка.

Топографическая анатомия: см. точку цзи-чжун.

Показания: боль в спине, желудке, отсутствие аппетита, снижение остроты зрения; жар при ОРВИ и других заболеваниях.

Техника: пункция под углом кверху, глубина укола 1,5 см. Прижигание 5—10 мин.

8. Цзинь-со Т8.

Расположение: под остистым отростком IX грудного позвонка.

Топографическая анатомия: см. точку чжун-шу.

Показания: психоз, неврастения, эпилепсия, боль в спине, в надчревной области, судорожное мигание.

Техника: пункция под углом вверх, под остистый отросток IX грудного позвонка. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 3—5 мин.

9. Чжи-ян Т9.

Расположение: под остистым отростком VII грудного позвонка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся пояснично-грудная фасция широчайшей мышцы спины, длинная остистая и поперечно-остистая мышцы спины, чувствительные волокна задних ветвей грудных нервов, задние ветви межреберных артерий, начало трапециевидной мышцы.

Кожу иннервирует нерв Th₆.

Показания: боль в спине и поясничной области, боль в животе с

потерей аппетита и чувством полноты в нем, внезапная боль в надчревной области, урчание в животе при усиленной перистальтике, межреберная невралгия.

Техника: пункция под углом кверху, глубина укола 1 см. Прижигание 10—15 мин.

10. Лин-тай T10.

Расположение: под остистым отростком VI грудного позвонка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся начало большой ромбовидной мышцы, трапециевидная мышца, задние ветви межреберных артерий, тыльный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов.

Кожу иннервирует нерв Th_{VI}.

Показания: одышка, бронхиальная астма, боль в спине, напряжение мышц шеи.

Техника: пункция под углом кверху, глубина укола 1 см. Прижигание 10—20 мин.

11. Шэнь-дао T11.

Расположение: под остистым отростком V грудного позвонка.

Топографическая анатомия: см. точку лин-тай.

Показания: головная боль, боль в позвоночнике, межреберная невралгия, чувство страха, бронхит, судороги у детей, малярия, зябкость.

Техника: пункция под углом кверху, вдоль нижнего края остистого отростка V грудного позвонка. Глубина укола 1 см. Прижигание 15 мин.

12. Шэнь-чжу T12.

Расположение: между остистыми отростками III и IV грудных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия трапециевидной мышцы, ременная мышца шеи, длинная остистая и поперечно-остистая мышцы спины, задние грудные нервы, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии.

Мышцы иннервируют ветви IX пары черепных нервов; ветвь, отходящая от глубокого сплетения, позвоночные ветви двигательного нерва.

Кожу иннервирует нерв Th_{III}.

Показания: боль в спине и поясничной области, психоз, эпилепсия, судороги у детей, заболевания головного и спинного мозга, ночные страхи, неврастения, бронхит, похолодание конечностей, воспаление сальных желез век.

Техника: пункция под углом глубиной 1,5 см. Прижигание 20—30 мин.

13. Тао-дао T13.

Расположение: между остистыми отростками I и II грудных позвонков.

Топографическая анатомия: см. точку шэнь-чжу.

Кожу иннервирует нерв Th_I.

Показания: малярия, грипп, лихорадочное состояние, желтуха, эпилепсия, тяжесть в голове, снижение остроты зрения, боль в позвоночнике.

Техника: пункция под углом вверх, вдоль нижнего края остистого отростка I грудного позвонка. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 15—20 мин. При малярии рекомендуется сочетать с точкой цзянь-ши MC5.

14. Да-чжуй T14.

Расположение: между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилия трапециевидной, ромбовидной и верхней задней зубчатой мышц, остистая и поперечно-остистая мышцы, задняя ветвь шейного нерва и ветви поперечной шейной артерии.

Мышцы иннервируют добавочный нерв и ветвь глубокого нервного сплетения, кожу — нерв C_{VII} .

Показания: боль в спине, шее и затылке, пневмония, тошнота, малярия, грипп, туберкулез легких, желтуха, носовое кровотечение, гингивит, диспепсия у детей, экзема, эпилепсия, психоз.

Техника: пункция под углом вверх, вдоль нижнего края остистого отростка VII шейного позвонка. Глубина укола 1,5 см. Прижигание 15—30 мин.

При лечении малярии рекомендуется воздействовать также и на точку цзянь-ши MC5.

15. Я-мэнь T15.

Расположение: на границе волосистой части затылка между I и II шейными позвонками.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожилие трапециевидной мышцы, полуостистая мышца, задняя прямая мышца головы, задняя ветвь шейного нерва и ветвь затылочной артерии, задняя атланто-осевая перепонка, позвоночный канал, продолговатый мозг.

Мышцы иннервируют задние ветви 3 верхних шейных нервов и ответвления XI пары черепных нервов; кожу — нерв C_V .

Показания: головная боль, боль в затылке и шее, опухоль под языком, паралич мышц подъязычной области, ларингит, расстройство речи, кровотечение из носа при высокой температуре тела, судороги, лихорадочное состояние после переохлаждения, атрофия языка.

Техника: пункция только под прямым углом, глубина укола не более 0,5 см. Прижигание противопоказано. Нельзя превышать глубину укола и делать пункцию под углом вверх, так как травма продолговатого мозга может вызвать мгновенную остановку дыхания или сердца.

16. Фэн-фу T16.

Расположение: по средней линии головы на 1 цунь выше задней границы волосистой части головы, во впадине между затылочной костью и I шейным позвонком.

Топографическая анатомия: см. точку я-мэнь T15.

Кожу иннервирует нерв C_{III} .

Показания: головная боль, боль в затылке, тяжесть в голове, теле и потливость кожи без видимой причины, кровоизлияние в мозг, потеря волоса после апоплексии, гемиплегия, атрофия зрительного нерва, ухудшение памяти, шум в ушах, рябь в глазах, носовое кровотечение, фолликулярная ангина, высокая температура тела с бредом; жар при ОРВИ и других заболеваниях, сопровождающихся лихорадочным состоянием; желтуха, выпадение прямой кишки, матки, психоз.

Техника: пункция под прямым углом, глубина укола 0,5 см. Прижигание противопоказано.

17. Нао-ху T17.

Расположение: на верхнем крае затылочного бугра, на 1,5 цуня выше точки фэн-фу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся фасция черепа, место прикрепления сухожилия трапецевидной и полуостистой мышц, разветвление большого затылочного нерва и затылочная артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{III}.

Показания: снижение остроты зрения, боль в глазах, конъюнктивит, головная боль, головокружение, неврастения, желтуха, судороги у детей.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют книзу, глубина укола 0,5 см. Прижигание 10—15 мин через корень имбиря.

18. Цян-цзянь T18.

Расположение: на средней линии головы, на 1,5 цуня выше точки нао-ху.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место соединения затылочной и теменной костей (область ламбдовидного шва), сухожильный шлем головы, разветвление большого затылочного нерва и затылочная артерия.

Кожу иннервирует нерв C_{II}.

Показания: головная боль, головокружение, рвота, судороги у детей, бессонница, боль в затылке, неврастения, заболевания глаз, эпилептиформные припадки.

Техника: пункция под углом 10—15°; прижигание 3—5 мин.

19. Хоу-дин T19.

Расположение: на средней линии головы, на 1,5 цуня выше точки цян-цзянь.

Топографическая анатомия: см. точку цян-цзянь T18.

Показания: головная боль, головокружение, мигрень, эпилептиформные припадки, тик и контрактура мышц затылочной области.

Техника: подкожная пункция, острие иглы направляют кзади. Глубина укола 0,5 см, прижигание 3—5 мин.

20. Бай-хуэй T20.

Расположение: на средней линии головы в центре сагиттального шва, где распределяется артериальная сеть анастомозов между правой и левой височными артериями, проходит ветвь лобного нерва, отходящая от первой ветви тройничного нерва.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: расстройство мозгового кровообращения, анемия мозга, эпилепсия, сумеречное состояние сознания, ухудшение памяти, головная боль, головокружение, охриплость голоса, ринит, заболевания глаз, шум в ушах, неврастения, полипы в носу, психоз, сердцебиение, нарушение сна.

Техника: подкожная пункция глубиной 1 см; прижигание 5—10 мин.

При лечении сосудистой недостаточности рекомендуется сочетать с точками нэй-гуань MC6 и жэнь-чжун T26; при выпадении прямой кишки — с точками чан-цян T1 и чэн-шань V57; при лечении японского энцефалита Б — с точками фэн-фу T26, да-чжуй T14 и цюй-чи GI11.

21. Цянь-дин T21.

Расположение: на средней линии головы в теменной части, на 1,5 цуня кпереди от точки бай-хуэй.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожильный шлем головы, артериальная сеть анастомозов поверхностной височной и лобной артерий, лобный нерв.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: головная боль, головокружение, анемия мозга, судороги у детей, рябь в глазах.

Техника: пункция под углом, острие иглы направляют кпереди. Глубина укола 0,5 см. Прижигание 5 мин через срез корня имбиря.

22. Синь-хуэй T22.

Расположение: по средней линии головы, на 2 цуня выше передней границы роста волос.

Топографическая анатомия: под кожей находятся сухожильный шлем головы, артериальная сеть между височной и лобной артериями, разветвление лобного нерва, лобные мышцы.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: головокружение, головная боль, прилив крови к голове, носовое кровотечение, сонливость, диспепсия.

Техника: пункция глубиной 0,3 см. Прижигание 3—5 мин. Детям в возрасте до 3 лет пункция и прижигание противопоказаны.

23. Шан-син T23.

Расположение: по средней линии головы, на 1 цунь выше передней границы роста волос.

Топографическая анатомия: см. точку син-хуэй.

Показания: ОРВИ, кашель, бронхиальная астма, головная боль, невралгия лобной ветви тройничного нерва, тахикардия функционального характера, судороги у детей, эпилептиформные припадки, кровотечение из носа, острый ринит, фронтит, снижение остроты зрения, конъюнктивит.

Техника: пункция под углом, острие иглы направляют кпереди. Глубина укола 0,6 см. Прижигание 3—5 мин.

24. Шэнь-тин T24.

Расположение: на средней линии, на 0,5 цуня выше границы роста волос.

Топографическая анатомия: см. точку шан-син.

Показания: невралгия лобной ветви тройничного нерва, головная боль, менингит, невротическая рвота, головокружение, боль в глазу, конъюнктивит, носовое кровотечение, заложенность носа, эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, страхи, тревожное состояние, эпилептиформные припадки.

Техника: пункция под углом кпереди, глубина укола 0,6 см; прижигание 5—10 мин.

25. Су-ляо T25.

Расположение: в центре кончика носа.

Топографическая анатомия: под кожей находятся крыльчатый хрящ, реснично-носовой нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва, и разветвление тыльной носовой артерии.

Кожу иннервирует тройничный нерв.

Показания: полипы в носу, ринит, слезотечение, носовое кровотечение, нарывы в носу, коллапс.

Техника: прямая пункция глубиной 0,3 см. Прижигание противопоказано.

26. Жэнь-чжун T26.

Расположение: у основания носовой перегородки, в верхней трети вертикальной бороздки верхней губы.

Топографическая анатомия: под кожей находятся верхняя часть круговой мышцы рта, вторая ветвь тройничного нерва и щечная ветвь лицевого нерва, разветвление артерии верхней губы.

Мышцу иннервирует лицевой нерв, кожу — тройничный нерв.

Показания: бессознательное состояние (очень важная точка при оказании неотложной помощи), коматозное состояние, шок, эпилепсия, сахарный диабет, отек лица, анасарка (общий отек подкожной основы), затрудненное открывание рта после апоплексии, судорожное сокращение мышц в области глаза и рта, истерия, психические расстройства, желтуха.

Техника: прямая пункция глубиной 0,5—1 см. Прижигание 5 мин в положении лежа (малозэффективно).

Примечание. Если коллапс является результатом отравления, одновременно следует воздействовать на точки ней-гуань MC6, юн-цюань R1 и цзу-сань-ли E36. При боли и контрактуре в спине и поясничной области нужно воздействовать дополнительно на точку вэй-чжун V40. При тепловом ударе — сочетать с точками ши-сюань (на кончиках пальцев), юе-цюань R1 и вэй-чжун V40.

27. Дуй-дуань T27.

Расположение: в центре верхней губы на месте перехода кожи в слизистую оболочку.

Топографическая анатомия: см. точку жэнь-чжун.

Показания: депрессивное состояние, сахарный диабет, желтуха, носовое кровотечение, боль и контрактура мышц верхней губы, заболевания десен.

Техника: прямая пункция глубиной 0,5 см; прижигание 5 мин.

28. Инь-цзяо T28.

Расположение: на верхней челюсти, в месте перехода десны в верхнюю губу, то есть на середине уздечки верхней губы.

Топографическая анатомия: под слизистой оболочкой находятся соединительнотканная уздечка верхней губы, верхний альвеолярный нерв и губная ветвь тройничного нерва, разветвление артерии верхней губы.

Показания: полипы в носу, заложенность носа, боль в области шеи и затылка, язвы на деснах, лейкома, желтуха, язвочки у детей на лице, невралгия тройничного нерва.

Техника: пункция под углом вверх глубиной 0,5 см. Можно выдавить капельку крови. Прижигание противопоказано.

Несосудистые точки акупунктуры

1. Инь-тан Н.

Расположение: в центре переносицы, между бровями.

Топографическая анатомия: под кожей находятся место прикрепления двух мышц гордецов; лобный нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва, лобная артерия, сочленение двух носовых и лобных костей.

Мышцы иннервируют ветви лицевого нерва, кожу — тройничный нерв.

Показания: невралгия тройничного нерва; боль, сопровождающаяся ощущением распирания в области глазного яблока, неврогенная рвота, судороги у детей, воспаление лобной пазухи, головная боль, головокружение.

Техника: пункция под углом, острие иглы направлено вниз. Глубина укола 0,3—0,5 см. Прижигание 5—10 мин.

При рините рекомендуется сочетать с точками ин-сян GI20 и хэ-гу GI4.

2. Синь-цзян Н.

Расположение: в ямке над большим вертелом.

Топографическая анатомия: под кожей находятся широкая фасция бедра, подвздошно-подчревной нерв и латеральный кожный нерв бедра, поверхностная артерия, в глубине — тазобедренный сустав.

Кожу иннервирует нерв Th_{xii}.

Показания: болезнь Рота — Бернгардта, коксит, малярия, грипп.

Техника: прямая пункция глубиной 1,8 см. Прижигание 15 мин.

3. Синь-шэ Н.

Расположение: во впадине наружного края трапециевидной мышцы, ниже точки тянь-чжу V10.

Топографическая анатомия: под кожей находятся полуостистая мышца головы, задние малая и большая прямые мышцы головы, нижняя косая мышца головы, задние ветви IV шейного нерва, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии; в глубине — конец поперечного отростка IV шейного позвонка.

Мышцы иннервируют ветви XI пары черепных нервов и шейного сплетения, кожу — нерв C_{iii}.

Показания: невралгия затылочного нерва, заболевания мышц шеи, боль в затылке и надлопаточной области.

Техника: прямая пункция глубиной 1—1,5 см; прижигание 5—10 мин.

4. Цзинь-цзинь-юй-е Н.

Расположение: симметричные точки, расположенные под языком, на подъязычных венах, по обеим сторонам от уздечки языка.

Топографическая анатомия: под слизистой оболочкой находятся разветвления, отходящие от третьей ветви тройничного нерва и подъязычного нерва, подъязычные вены.

Показания: опухоль в подъязычной области, боль в горле, паралич мышц гортани, глоссит и рвота, сахарный диабет, желтуха.

Техника: пункцию делают тонкой иглой (иглу нагревают и укалывают быстро до появления крови). Конец языка должен быть загнут вверх. Глубина укола 0,3 см. Прижигание противопоказано.

5. Тай-ян Н.

Расположение: кзади от глазницы на 1,2 см, кзади и книзу от точки сы-чжу-кун TR23.

Топографическая анатомия: под кожей находятся латеральный край круговой мышцы глаза, двигательная часть третьей ветви тройничного нерва, вторая ветвь тройничного нерва и ветвь поверхностной височной артерии.

Мышцу иннервирует лицевой нерв, кожу — тройничный.

Показания: мигрень (очень важная точка в сочетании с точкой тоу-вэй E8), боль в висках, конъюнктивит, невралгия тройничного нерва.

Техника: пункция под углом, конец иглы направляют кзади. Можно делать укол под кожу (в височную артерию до появления крови). Глубина укола 0,8 см. Прижигание 3—5 мин.

6. Хай-цюань Н.

Расположение: посредине уздечки языка, в центре под языком.

Топографическая анатомия: слизистая оболочка, покрывающая соединительнотканную уздечку языка, язычный (отходит от тройничного нерва) и подъязычный нервы, подъязычная артерия и вена.

Показания: рвота, паралич подъязычного нерва, глоссит, сахарный диабет (сильная жажда и обильное мочеиспускание).

Техника: конец языка должен быть загнут вверх; пункция прямая глубиной 0,3 см. Рекомендуется делать пункцию треугольной иглой до появления 2—3 капель крови. Прижигание не делают.

7. Хэ-дин Н.

Расположение: посредине верхнего края коленной чашечки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся соединительная ткань, передние нижние ветви бедренного нерва и артериальная сеть коленного сустава.

Кожу иннервирует нерв L_{III}.

Показания: гонит, чувствительные и двигательные нарушения на нижних конечностях, атония их мышц.

Техника: прямая пункция глубиной 1,2 см; прижигание 15 мин.

8. Чун-гу Н.

Расположение: на средней линии между остистыми отростками VI и VII шейных позвонков.

Топографическая анатомия: под кожей находятся задние ветви шейных нервов и ветвь поперечной шейной артерии, ременная мышца головы. Мышцу иннервируют ветви XI пары черепных нервов и глубокого шейного сплетения, кожу — нерв C_{III}.

Показания: малярия, грипп, тик и контрактура мышц в шейно-затылочной области, туберкулез легких.

Техника: глубина укола 1—1,5 см; прижигание 5—10 мин.

9. Юй-яо Н.

Расположение: посредине брови, на вертикальной линии от зрачка, где прощупывается углубление.

Топографическая анатомия: под кожей находятся круговая мышца глаза, надглазничный нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва и надглазничная артерия.

Мышцу иннервирует лицевой нерв, кожу — тройничный.

Показания: мигрень, боль в лобной области, глазные болезни.

Техника: глубина укола 0,3—0,5 см; более глубокий укол противопоказан. Прижигание «клюющим» методом противопоказано, тепловым — до 5 мин.

10. Ши-сюань Н.

Расположение: на кончиках пальцев кисти на расстоянии 3 мм от ногтя, ключая точки чжун-чун МС9, расположенные на кончиках III пальцев кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные нервы; собственные ладонные артерии пальцев образуют анастомозы.

Показания: шок, коллапс, менингит, энцефалит, афазия, истерия, оказание неотложной помощи.

Техника: прямая пункция глубиной 0,3 мм (быстро). Прижигание «клюющим» методом.

В настоящее время в связи с появлением большого количества разнообразной диагностической аппаратуры каждый исследователь открывает якобы новую точку. Обнаружены сотни новых точек. Однако в этих случаях авторы не учитывают ответную реакцию организма при нанесении любого раздражения. Физиологическое действие этих точек не изучено.

Методы сочетания точек

При выборе точек акупунктуры в каждом конкретном случае необходимо всесторонне проанализировать следующее: 1) течение заболевания (острое или хроническое, легкое или тяжелое); 2) ведущие симптомы (для симптоматического лечения); 3) возраст и конституцию больного; 4) предшествующее лечение.

Для получения желаемого лечебного эффекта врач должен знать сочетания различных точек.

Наиболее часто используют сочетания, предложенные Чжу Лянь:

1. Сочетание симметричных точек. При лечении некоторых заболеваний выбирают основные симметричные точки. Например, при заболевании желудка — цзу-сань-ли, гинекологических — сань-инь-цзяо, боли в лобной части головы — тоу-вэй, поносе — тянь-шу.

2. Сочетание точек верхних и нижних конечностей применяют при лечении одного или двух заболеваний. Так, при лечении тетании используют точки хэ-гу и тай-чун, при кашле и для регулирования функции желудка и кишок — хэ-гу и цзу-сань-ли.

3. Сочетание точек передней и задней сторон, их глубокое и поверхностное раздражение. При лечении одного или одновременно нескольких заболеваний для усиления иррадиации ощущения от конечностей в голову или туловище или для расширения зоны ощущения можно выбрать две точки на одной конечности. Например, на задней и передней сторонах верхней или нижней конечности производят глубокий укол в одной точке, а поверхностный — в другой; или в одной точке производят укол, а в другой — прижигание. Так, при лечении ишиаса и для регулирования

деятельности внутренних органов сочетают точки хуан-тяо и цзу-сань-ли, при зубной боли и межреберной невралгии — цюй-чи и хэ-гу. Кроме того, сочетание этих точек также эффективно при заболеваниях в области головы и лица, плеча и верхних дыхательных путей.

4. Сочетание точек наружной и внутренней сторон. При лечении одного или двух заболеваний выбирают точки на двух линиях. Например, при лечении гонита и заболеваний мочеполовой системы сочетают точки ян-лин-цюнь и инь-лин-цюань, при ОРВИ и нарушения менструального цикла — сюань-чжун и сан-инь-цзяо. Сочетание точек нэй-гуань и вай-гуань или цюй-чи и шао-хай усиливает ощущение на верхних конечностях. Его применяют при параличе верхних конечностей, а также заболеваниях дыхательной и пищеварительной систем.

5. Сочетание прямого и косвенного раздражения. Одновременно выбирают местные и отдаленные точки. Например, при заболеваниях носа используют точки ин-сян или хэ-ляо или сочетают точки на верхних конечностях (хэ-гу или цюй-чи). При лечении глазных заболеваний, кроме точек в области глазницы цин-мин или сы-бай, можно использовать также точку на нижней конечности — узу-лин-ци; при лечении заболеваний желудка кроме точек на верхней части живота (чжун-вань) используют точку цзу-сань-ли.

6. Сочетание точек, расположенных вблизи ЦНС и отдаленных. Точки, расположенные на голове, шее, спине и другие, сочетают с отдаленными точками. Например, при лечении малярии используют точки да-чжуй (область шеи и спины) и цзянь-ши (на предплечьях); цзе-си (тыльная поверхность стопы), ле-цюе (на предплечьях) и чжан-мэнь (область живота) и т. п. При психических заболеваниях сочетают точки бай-хуэй, фэн-чи (область головы) с точками да-лин и цзянь-ши (на предплечьях).

7. Одновременный выбор нескольких симптоматических точек. Например, при боли в поясничной области, бедре, диспепсии можно сочетать точку хуань-тяо с цзу-сань-ли или ба-ляо (название симметричных точек — шан-ляо, цы-ляо, чжун-ляо и ся-ляо) с точками вай-гуань. При боли в желудке и поносе можно сочетать точку чжун-вань с точкой тянь-шу или точку хуань-шу с точкой нэй-гуань; при поллюции и запоре — точку да-чан-шу с точкой мин-мэнь или гуань-юань, или точку шэнь-шу с точкой сан-инь-цзяо.

8. Сочетание точек общеукрепляющего действия и симптоматического лечения. Для этой цели чаще используют следующие точки: гао-хуак, вай-гуань, да-чжу, мин-мэнь, цюй-чи, цзу-сань-ли, сюань-чжун, гуань-юань, гуань-юань-шу и т. д. Для усиления деятельности органов пищеварения и повышения питания выбирают точки гуань-шу, дань-шу, пи-шу, сань-цзяо-шу, да-чан-шу, сяо-чан-шу и т. д. (при одной процедуре выбирают две или три точки).

9. Выбор точек, расположенных в области пораженного органа. Например, при лечении ушных заболеваний можно выбрать точки эр-мэнь (область уха), сюань-ли (височная область), тоу-ляо-инь (затылочная область) и т. п. При остром энтероколите и нарушении менструального цикла используют точки тянь-шу и чжун-цзи (область живота); при пояснично-крестцовом радикулите — чжи-бянь и да-чан-шу.

10. Двустороннее перекрестное сочетание точек. В древние времена при чжэнь-цзю-терапии обращали большое внимание на следующие моменты. Если очаг поражения находился в верхней части тела, уколы производили в нижней его части, и наоборот. При поражении, локализовавшемся в левой половине тела, уколы производили справа, и наоборот. Этот метод применяют и в настоящее время. Например, при зубной боли справа, кроме точек ся-гуань, цзя-чэ справа, нужно использовать точку хэ-гу слева; при поражении правого лицевого нерва, кроме точек справа, можно еще использовать точку ле-цзюе слева.

Основные показания:

1. Заболевания периферической нервной системы с чувствительными и двигательными нарушениями (радикулит, неврит, невралгия, плексит); периферический и центральный паралич лицевого нерва, невралгия тройничного нерва; полиневрит, лицевой гемиспазм.

2. Неврозы: неврастения, истерия, неврозы ипохондрический, страха, навязчивости, сексуальные расстройства. Неврастенические синдромы: логоневроз, энурез, икота, аэрофагия, профессиональные дискинезии, тик, блефароспазм, дрожание.

3. Заболевания вегетативной нервной системы: туннит, симпатоганглионит, соларит, лицевая симпаталгия, фантомная боль, болезнь Рейно, мигрень, вегетативно-сосудистые пароксизмы.

4. Алкоголизм: делирий, эпизодическое и постоянное злоупотребление алкоголем.

5. Лекарственная токсикомания, табакокурение.

6. Болезни глаз: конъюнктивит, аллергический блефарит, кератит, хориоидит, атрофии зрительного нерва, аномалии рефракции.

7. Болезни уха: болезнь Меньера, неврит слухового нерва.

8. Болезни сосудов и системы кровообращения: эссенциальная доброкачественная гипертоническая болезнь I—II стадии, стенокардия, артериальная гипотензия, атеросклероз (ранние стадии), облитерирующий эндартериит.

9. Бронхит, бронхиальная астма, хронический трахеит, фарингит, ларингит, синусит.

10. Заболевания пищеварительной системы: функциональные расстройства пищевода, желудка, кишок, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, запор.

11. Болезни кожи и подкожной основы: экзема, нейродермит; зуд кожи, заднего прохода и половых органов; крапивница, отек Квинке.

12. Эндокринные нарушения: легкий тиреотоксикоз, сахарный диабет, климактерические расстройства.

13. Заболевания опорно-двигательного аппарата, суставов и мышц общего, ревматического и травматического происхождения.

14. Гинекологические заболевания: дисфункция яичников, хронический сальпингит, оофорит, цервицит, расстройства менструального цикла, гормональное женское бесплодие, осложнения беременности (токсикоз, анемия, регуляция родовой деятельности, мастит и нарушения лактации).

Относительные показания:

1. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения.

2. Гипоталамический синдром с нейроэндокринными и трофическими нарушениями.

3. Эпилепсия, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, детский церебральный спастический паралич, остаточные явления после перенесенного полиомиелита, прогрессирующая мышечная дистрофия.

4. Болевые синдромы на почве органических заболеваний мочеполовой системы, холецистит и холангит, хронический панкреатит.

Противопоказания:

1. Предопухоловые заболевания, опухоли любого характера и любой локализации.

2. Острые инфекционные заболевания и лихорадочное состояние неизвестной этиологии.

3. Хронические и инфекционные заболевания в стадии обострения.

4. Декомпенсированные заболевания сердца, легких и других внутренних органов.

5. Органические заболевания сердца, почек.

6. Острые воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата.

7. Врожденные уродства ЦНС.

8. Резкое истощение.

9. Состояние после тяжелой физической нагрузки, бега, горячей ванны.

Приведенные показания и противопоказания являются ориентировочными. В каждом конкретном случае следует анализировать индивидуальные особенности больного.

Аурикулопунктура

Существует письменное подтверждение того, что врачи Древнего Китая еще до нашей эры интересовались строением уха и его связями с телом.

Так, в каноне китайской народной медицины «Хуань-Ди-нэй-цзинь» указано, что в ушной раковине имеется скопление главных ножных и ручных ян-сосудов (цин-ло), с помощью которых она связана с пятью внутренними органами и шестью органами пищеварения, а также с каждой отдельной частью тела.

Сун Сымяо в знаменитом труде «Цзянь-цин-фань» («Тысяча золотых рецептов») писал о лечении глухонемых прижиганием ушной раковины моксой. Ян Сюй-чжоу применял прижигание ушной раковины для лечения катаракты. Этот метод используется в Китае и в настоящее время.

Во второй половине XIX в. метод прижигания ушной раковины получил довольно широкое распространение во Франции, хотя он не имел научного обоснования. Его стали использовать при невралгии тройничного нерва, неврите лицевого нерва, ревматизме, зубной боли. В некоторых случаях он был неэффективным, интерес врачей к нему стал угасать, и вскоре он был забыт. Лишь в 50-х годах XX в. французский врач П. Ножье начал тщательно изучать воздействие на ушную раковину. Он производил иглоукалывание в болезненные точки ушной раковины при седалишной боли и достигал желаемого лечебного эффекта. Ножье обнаружил, что при

возникновении различных заболеваний появляются точки гипералгезии, которые исчезают сразу же после выздоровления. В 1957 г. он опубликовал трактат, в котором описана иннервационная связь между чувствительными точками ушной раковины и внутренними органами. Им разработана также топография точек и зон иннервации ушной раковины.

АНАТОМИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Ушная раковина является составной частью наружного уха. Она образована эластическим хрящом, покрытым кожей (рис. 34). Хрящ определяет внешнюю форму ушной раковины. На наружной, латеральной, поверхности кожа ушной раковины прочно соединена с хрящом. В нижней части ушной раковины хрящ отсутствует. Там имеется хорошо развитый слой жировой клетчатки, который образует вместе с покрывающей ее кожей мочку уха, или ушную дольку. В толще кожи залегают сальные и потовые железы. Свободный край ушной раковины, загибаясь в виде желобка спереди, образует завиток. Завиток начинается над мочкой уха в виде хвоста завитка, который кверху постепенно утолщается. В месте перехода заднего края в верхний находится непостоянный дарвинов бугорок ушной раковины, затем завиток идет вдоль верхнего края ушной раковины, заворачивается вниз, отклоняясь кзади от оси, образуя ножку завитка, которая в виде поперечного хрящевого выступа в центре ушной раковины разделяет ее на две неравные части: меньшую верхнюю — чашу раковины и большую нижнюю — полость раковины.

Во впадине ушной раковины от противокозелка отделяется задняя ушной бороздкой противозавиток. Он идет вверх и, дугообразно загибаясь

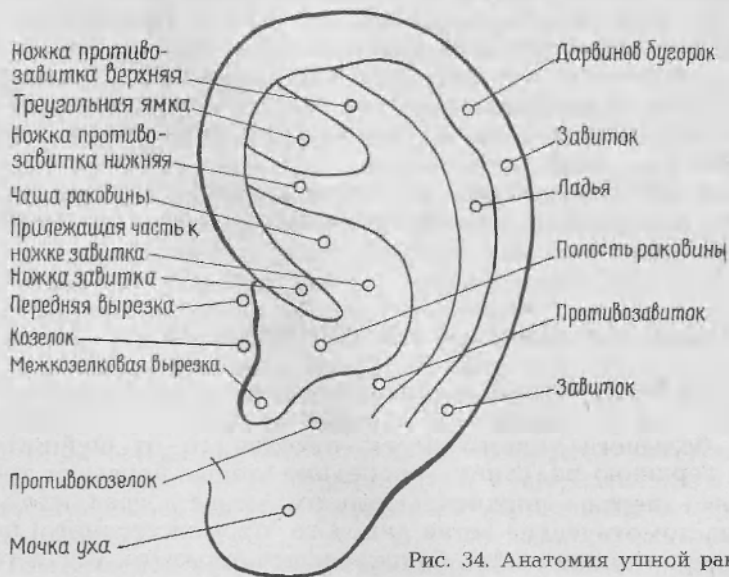


Рис. 34. Анатомия ушной раковины

вперед, делится на две ножки — верхнюю и нижнюю, между которыми находится треугольная ямка.

Отверстие наружного слухового прохода расположено в середине латеральной поверхности ушной раковины. Спереди оно ограничено небольшим выступом — козелком; выше последнего находится небольшой надкозелковый бугорок. Книзу козелок переходит в межкозелковую вырезку, кзади от которой расположен выступ, обращенный вершиной кверху — противокозелок. Последний, в свою очередь, переходит в заднюю ушную бороздку.

Кпереди от завитка вдоль его края расположен желобок, образующий ладьевидную ямку, которая расширяется снизу вверх. Она ограничена спереди валиком противозавитка.

Кровоснабжение ушной раковины осуществляется задней ушной артерией, затылочной артерией, поверхностной височной артерией и ветвями внутренней челюстной артерии. Кровь с ушной раковины собирается в поверхностную височную и заднюю ушную вены, которые располагаются вместе с одноименными артериями.

Ушная раковина имеет довольно густую сеть лимфатических сосудов и лимфатических узлов ушного бассейна. С наружной поверхности ушной раковины лимфа оттекает в передние ушные лимфатические узлы, находящиеся впереди козелка. С мочки уха и нижней поверхности слухового прохода она оттекает в нижние ушные лимфатические узлы, которые находятся под ушной раковиной. В задние и околоушные лимфатические узлы лимфа собирается с внутренней поверхности уха. Это заслуживает внимания, так как при инфицировании ушной раковины в связи с иглоукалыванием первые признаки воспаления могут появиться в лимфатических узлах.

Иннервация ушной раковины. Ушная раковина является единственным участком на всей поверхности тела человека, где наряду с разными соматическими афферентными нервами представлены также афференты висцерального происхождения — ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов. В отличие от других участков тела, соматические афференты ушной раковины представлены ветвями тройничного нерва и шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$).

Для того чтобы раскрыть механизм аурикулоакупунктуры, следует рассмотреть иннервацию ушной раковины по зонам соответственно акупунктурным точкам.

ЗОНЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ И ИХ ИННЕРВАЦИЯ

Мочку уха иннервируют анастомотические ветви языкоглоточного нерва и ушная ветвь блуждающего; срединно-латеральную ее часть — передняя ветвь большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$); верхнюю половину — передние ушные нервы от третьей ветви тройничного нерва — нижнечелюстного нерва; срединно-медиальную часть — анастомотические ветви лицевого (промежуточного) нерва, ушной височный нерв и ушная ветвь блуждающего нерва (от лицевого нерва).

Почти всю медиальную поверхность ушной раковины иннервируют передняя и задняя ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$); внутреннюю (верхний полюс ушной раковины) часть — верхняя ветвь малого затылочного нерва ($C_{II}—C_{III}$), медиальную часть — нижняя ветвь малого затылочного нерва.

Завиток иннервирует передняя ветвь большого ушного нерва; медиальную часть завитка — задняя его ветвь; латеральную часть — верхняя и нижняя ветви малого затылочного нерва, отходящего от шейного сплетения, и передний ушной нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва. Корень завитка иннервируют нервы наружного слухового прохода, отходящие от третьей ветви тройничного нерва и веточка от ушной ветви блуждающего нерва.

Ладьевидную ямку иннервирует передняя ветвь большого ушного нерва, блуждающего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$), латеральную ее часть — передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва.

Противозавиток иннервируют передняя и задняя ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$), анастомотические ветви лицевого (промежуточного) нерва с ушно-височным нервом и ушной ветвью блуждающего нерва (от лицевого нерва).

Трехстворчатую выемку иннервируют передняя и задняя ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$), и верхняя ветвь малого затылочного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$), передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва, анастомотические ветви лицевого (промежуточного) и языкоглоточного нервов и ушная ветвь блуждающего нерва.

Конху и ее латеральные края иннервируют передняя ветвь большого ушного нерва ($C_{II}—C_{III}$), анастомотические ветви лицевого нерва с ушно-височным нервом и ушной ветвью блуждающего нерва.

Полость конхи иннервируют анастомотические ветви языкоглоточного нерва и ушная ветвь блуждающего нерва.

Чашу ушной раковины иннервируют нервы наружного слухового прохода, ушно-височный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва.

Таким образом, иннервация ушной раковины имеет определенные особенности. Например, малый затылочный нерв начинается от C_{II} и C_{III} ; верхней и нижней ветвями он иннервирует большую часть ушной раковины. Вместе с тем, он имеет анастомозы с большим ушным и лицевым нервами. С помощью соединительных веточек нервы шейного сплетения, в том числе большой ушной и малый затылочный, соединяются с симпатическим стволом, причем ветви первых трех шейных нервов ($C_I—C_{III}$) соединяются с верхним шейным узлом симпатического ствола, а четвертого (C_{IV}) — со средним шейным узлом или симпатическим стволом.

Следовательно, при воздействии на афферентные волокна шейных нервов ушной раковины и соответствующие точки акупунктуры возникает возбуждение, которое может передаваться в симпатические ганглии и затем распространяться по всей симпатической цепочке и переходить на внутренние органы.

Так, в соматической афферентной иннервации ушной раковины участ-

вуют ветви тройничного нерва (черепной нерв) и ветви шейного сплетения (спинномозговые нервы). Вместе с тем, имеются анастомозы с чувствительными (центробежными) волокнами лицевого нерва. Наконец, нервы шейного сплетения анастомозируют с симпатической частью вегетативной нервной системы.

Следовательно, в орбиту аурикулярной афферентации потенциально могут вовлекаться волокна V и VII нервов, спинномозговые нервы шейного сплетения, симпатическая цепочка и периваскулярные симпатические волокна. Наряду с ними висцеральная иннервация раковины наружного уха, наружного слухового прохода и трехсторонней ямки, образованной ножками противозавитка, осуществляется волокнами (висцеральные афференты) блуждающего и языкоглоточного нервов вместе с промежуточным (лицевым) нервом.

ТОПОГРАФИЯ ЗОН И ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ НА УШНОЙ РАКОВИНЕ

Топография и количество точек на ушной раковине могут быть различными.

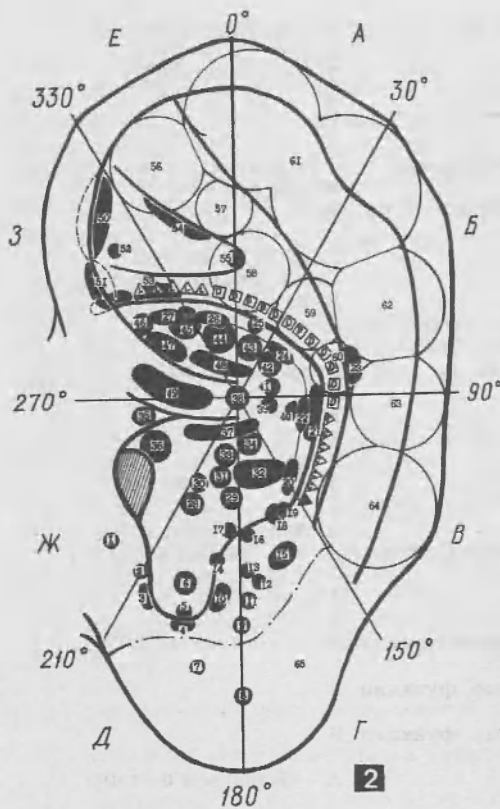
Чтобы найти зоны и точки чувствительных проекций различных областей тела и органов на ушной раковине, используют (Р. А. Дурения, Д. Н. Стояновский) систему угловых координат, для построения которой применяют аурикулярный транспортир. Его вертикальная ось проходит через «нулевую точку» и середину мочки уха (точка глаза). Затем легко определяются остальные координаты. Топография отдельных структур ЦНС, зон и точек для аурикулотерапии представлена в табл. 1 и на рис. 35.

Таблица 1. Зоны и точки, расположенные на ушной раковине

Номер точки	Название точки и зон органов	Сектор
1	Ноцицептивная точка дыхательного центра (реанимация)	Ж
2	Точка терморегуляции (термоотдача)	Д и Ж (на оси 30—210°)
3	Аденогипофиз и корковое вещество надпочечников — АКГГ	Д
4	Аденогипофиз и половые железы — ГГГ (пролактин, фолликулостимулирующий гормон)	Д
5	Аденогипофиз — соматотропин	Д
6	Аденогипофиз и щитовидная железа — ТГГ	Д
7	Зона регуляции чувствительности — общая сенсорная точка	Д
8	Глаз	На оси 0—180° (мочка)
9	Дыхательный центр ретикулярной формации	На оси 0—180° (выше точки глаза)
10	Основная сексуальная точка (яичники, яички) — гонадотропная система	Д
11	Сосудодвигательный центр ретикулярной формации	Г (на оси 0—180°)

Номер точки	Название точки и зон органов	Сектор
12	Ретикулярно-гипоталамическая точка аденогипофиза — ГТГ	Г
13	Гипоталамическая точка аденогипофиза — АКТГ	Г
14	Нейрогипофиз — АДГ (окситоцин, вазопрессин)	Д
15	Зона регуляции тонуса гладких мышц (bronхов, сосудов и кишок)	Г
16	Гипоталамический центр терморегуляции (пирогенная точка)	Г
17	Точка сна, снижения обмена и термообразования	Д
18	Гипоталамический центр сердечной функции	Д
19	Точка сердечного ритма (по Ножье)	Г
20	Верхний шейный симпатический узел	В (на оси 150—330°)
21	Зона ритмической и сократительной функции сердца	В (на оси 90—270°)
22	Грудной звездчатый симпатический узел	В
23	Зона лактации и либидо	Б
24	Брюшной солнечный узел	Б
25	Точка надпочечника	А
26	Брюшной нижний симпатический узел	Е
27	Тазовый симпатический узел	З
28	Точка сосудистой системы	Д (на оси 30—210°)
29	Бронхиальная астма	Д (на оси 0—180°)
30	Гортань, голосовые связки	Д (на оси 30—210°)
31	Трахея, крупные бронхи	Д
32	Легкие	Г
33	Бронхиальная астма	Д
34	Основная зона сердца и венозного кровообращения	Г (у центра)
35	Зона наружных половых органов	Ж (на оси 90—270°)
36	Зона тактильной и вкусовой чувствительности губ, ротовой полости и языка	Ж
37	Зона глотки и пищевода	Г, Д, Ж (у центра)
38	Нулевая точка (по Ножье)	Центр ушной раковины
39	Желудок	В (на оси 90—270°)
40	Точка тонотрофного эффекта («чудесная точка», по Ножье)	В
41	Двенадцатиперстная кишка	Б (на оси 90—270°)
42	Печень	Б
43	Желчный пузырь	А
44	Поджелудочная железа	Е
45	Почка	З (на оси 150—330°)
46	Мочевой пузырь	З
47	Толстая кишка	З
48	Тонкая кишка	А, З, Е (у центра)
49	Диафрагма (дыхание, сердечная деятельность, пищеварение)	Ж — З (на оси 90—270°)
50	Зона яичников	З
51	Основная зона либидо	З
52	Ноцицептивная (болевая) точка дыхательного центра (реанимация)	З
53	Зона сенсорных эффектов на сексуальные функции («монгольский треугольник»)	З
54	Зона сенсорных эффектов на сексуальные функции (паховые складки)	Е
55	Антистрессовая точка	А — Е (на оси 0—180°)

Номер точки	Название точки и зон органов	Сектор
56	Стопа, голеностопный сустав	Е
57	Голень, коленный сустав	Е
58	Бедро, тазобедренный сустав, ягодично-лобковая область	А
59	Пояснично-крестцовая и надчревная область	Б
60	Верхняя часть спины и живота	Б
61	Кисть, лучезапястный сустав	А
62	Предплечье, локтевой сустав, плечо	Б
63	Плечевой сустав, грудная область (грудь, спина, лопаточная и ключичная области)	Б — В
64	Шея, атлантоокципитальное сочленение, затылок	В
65	Область головы с зонами губ, языка, носа, уха, глаза и челюстей	В



При лечении к каждому больному должен быть индивидуальный комбинированный подход, с учетом функциональных особенностей аурикулярной точки или зоны проекции в отдельности. Например, при бронхиальной астме методом тонизирования воздействуют на зоны аденогипофиза (3), ретикулярно-гипоталамическую точку (12), гипоталамическую точку аденогипофиза (13), зоны гладких мышц (15), дыхательного центра, а также на антистрессовую точку (55).

При мастите воздействуют на зоны аденогипофиза (3), лактации (23); при гипогалактии — на зоны аденогипофиза (4), основную сексуальную (10), гипоталамическую (13); при нейрогенных формах гипогалактии — дополнительно на антистрессовую (55), общую сенсорную (7) точки.

В табл. 2 представлено буквенное обозначение анатомических частей ушной раковины.

Рис. 35. Зоны и точки в области ушной раковины (обозначения в тексте)

Наиболее часто используемые точки уха (всего их 50) по международной классификации обозначены определенными номерами (табл. 3).

Таблица 2. Анатомические части ушной раковины и их буквенное обозначение

Анатомическая часть ушной раковины	Буквенное обозначение	Анатомическая часть ушной раковины	Буквенное обозначение
Мочка уха	М	Ножка завитка	Нз
Козелок	К	Прилежащая часть ножки завитка	ПНз
Противокозелок	Пк	Треугольная ямка	ТЯ
Межкозелковая вырезка	МкВ	Ладья (ладьевидная ямка)	Л
Передняя вырезка	ПВ	Челнок (чаша) раковины	ЧР
Завиток	З	Полость раковины	ПР
Противозавиток	Пз	Тыльная поверхность	ТП
Нижняя ножка противозавитка	ННПз		

Таблица 3. Номер, буквенное обозначение и название аурикулярных точек

Название точки		Номер и буквенное обозначение	
русское	китайское	по международной классификации	по анатомическим частям уха
Анестезия зубов верхней челюсти	Бая-ма-цзуй-дянь	1	М
Язык	Шэ	4	М
Анестезия зубов нижней челюсти	Бая-ма-цзуй-дянь	7	М
Глаз (орган)	Ян	8	М
Внутреннее ухо	Нэй-эр	9	М
Щека (скула)	Мань-цзя-бу	11	М
Надпочечник	Шэнь-шан-сянь	13	К
Горло и гортань	Янь-хоу	15	К
Гипертензия	Гао-сю-дянь	19	К
Наружное ухо	Вай-эр	20	ПВ
Сердце	Синь-цзянь-дянь	21	ПВ
Железы внутренней секреции	Нэ-фэн-ми	22	МкВ
Гипофиз	Нао-дянь	28	Пк
Затылок	Чжэнь	29	Пк
Околоушная слюнная железа	Сай-сянь	30	Пк
Астма	Пинь-чуань	31	Пк
Лоб	Э	33	Пк
Кора большого мозга	Пи-чжи-ся	34	Пк
Висок («солнце»)	Тай-янь	35	Пк
Вершина черепа	Дин	36	Пк
Шейный отдел позвоночника	Цзинь-чжун	37	Пз
Крестцовый отдел позвоночника	Ди-чжуй	38	Пз
Грудной отдел позвоночника	Сюй-чжуй	39	Пз
Поясничный отдел позвоночника	Яо-чжуй	40	Пз
Симпатическая часть вегетативной нервной системы	Цзяо-гань	51	ННПз
ЦНС и наркоз при операциях	Шэнь-мэнь	55	ТЯ
Матка (сексуальная точка)	Цзы-гун	58	ТЯ

Название точки		Номер и буквенное обозначение	
русское	китайское	по международной классификации	по анатомическим частям уха
Точка, снижающая АД	Сян-ядянь	59	ТЯ
Астма (одышка)	Чуань-дянь	60	ТЯ
Кисть	Вань	67	Л
Крапивница	Сюанма-чжэнь-лянь	71	Л
Завиток	Лунь	72 (I — VI)	З
Диафрагма	Гэ	82	НЗ
Солнечное сплетение (разветвление)	Чжи-дянь	83	НЗ
Желудок	Вэй	87	ПНЗ
Двенадцатиперстная кишка	Шиэр-чжи-чан	88	ПНЗ
Тонкая кишка	Сяо-чан	89	ПНЗ
Толстая кишка	Да-чан	91	ПНЗ
Мочевой пузырь	Пан-гуан	92	ЧР
Почка	Шэнь	95	ЧР
Поджелудочная железа (слева)	И-дань	96	ЧР
Желудочный пузырь (справа)	И-дань	96	ЧР
Печень	Гань	97	ЧР
Селезенка	Пи	98	ЧР
Сердце	Синь	100	ПР
Легкое	Фэй	101	ПР
Таламус (три части туловища)	Сань-инь-цзяо	104	ПР
Точка, снижающая АД	Сян-я-гоу	105	ТП
Нижний отдел спины	Шан-бэй	106	ТП
Малый затылочный нерв	Яжэнь-сяо-шань-цзин	121	З

НАЗВАНИЕ, РАСПОЛОЖЕНИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОЧЕК УШНОЙ РАКОВИНЫ

Точки акупунктуры в области ушной раковины представлены на рис. 36.

Мочка уха (М)

1М (анестезия зубов верхней челюсти)

Расположение: в секторе Д ниже середины горизонтальной линии.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, ушно-височный нерв, анастомотические ветви языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва, нижняя ветвь поверхностной височной артерии.

Показания: сильная боль в зубах верхней челюсти, аналгезия при экстракции этих зубов.

Примечание. При иглоукалывании в точки ушной раковины больной должен находиться в положении сидя или лежа на спине, иглы вводят перпендикулярно телу ушной раковины. Глубина укола 1—2 мм. Время

Рис. 36. Точки акупунктуры в области ушной раковины

оставления игл зависит от заболевания и разновидности применяемых игл (корпоральные или иглы-кнопки).

4М (язык)

Расположение: в верхней трети мочки, рядом с линией 0—180° (сектор Г, см. рис. 36).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва; передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения ($C_{II}—C_{III}$); передняя ветвь нижних ветвей задней ушной артерии.

Показания: воспалительные процессы и боль в языке, язвы в полости рта, зубная боль, тонзиллит, ларингит, фарингит, стоматит.

7М (анестезия зубов нижней челюсти)

Расположение: в средней трети медиальной части мочки (сектор Д).

Топографическая анатомия: под кожей находятся анастомотические ветви лицевого (промежуточного) нерва с ушно-височным нервом и ушной ветвью блуждающего нерва, анастомоз ветвей языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва, ветви задней ушной артерии.

Показания: аналгезия при экстракции зубов нижней челюсти, боль в зубах нижней челюсти.

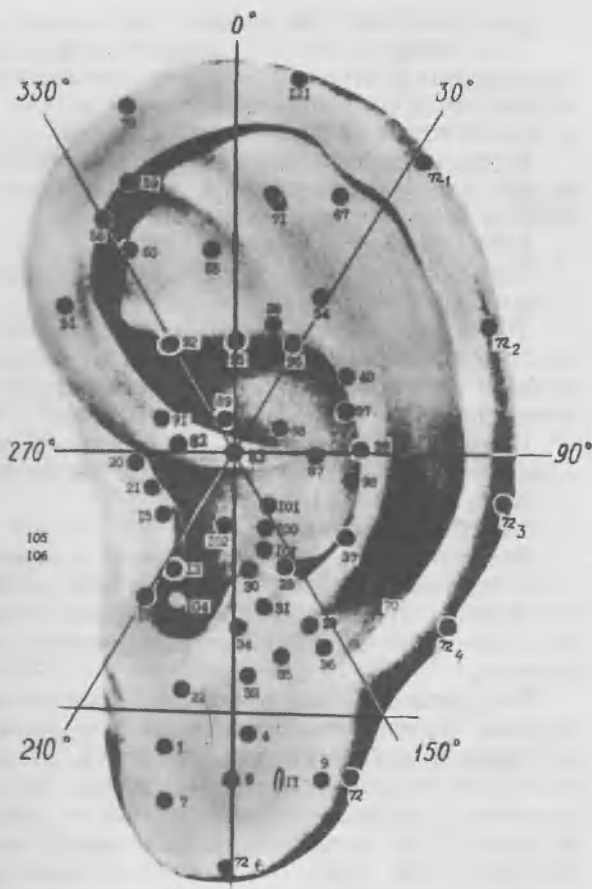
8М (глаза)

Расположение: в центре мочки уха.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения; передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва; анастомоз ветвей лицевого нерва с ушно-височным и языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва; ветви нижних ветвей задней ушной артерии.

Показания: конъюнктивит, снижение остроты сумеречного зрения, близорукость, атрофия зрительного нерва, глаукома.

9М (внутреннее ухо)



Расположение: на уровне точки глаза (8М) у латерального края мочки.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения; анастомоз ветвей языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва, передние ветви нижних ветвей ушной артерии.

Показания: головокружение, особенно при болезни Меньера; шум и звон в ушах, снижение слуха, воспаление среднего уха; с профилактической целью при укачивании.

11М (щека)

Расположение: на середине линии между 8-й и 9-й точками, на одной с ними горизонтали.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения; анастомоз ветви языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва; передние ветви нижних ветвей ушной артерии.

Показания: невралгия тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва, тик, фурункулы на лице.

Козелок (К)

13К (надпочечник)

Расположение: на нижнем крае козелка, у линии 30—210° в секторе Д.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва, нижние ветви поверхностной височной артерии, ветви тройничного, языкоглоточного и лицевого нервов.

Раздражение этой точки дает противовоспалительный, противоаллергический, противовоспалительный, противозудный, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий сосудистый тонус, жаропонижающий, расслабляющий гладкие мышцы, отхаркивающий и другие эффекты. Применяют при кашле, ОРВИ, бронхите, бронхиальной астме, коклюше, пневмонии, бронхопневмонии, ишиалгии, последствиях полиомиелита, шоке, тепловом ударе, заболеваниях суставов, цистите, простатите, мастите, васкулите, плексите, фурункулах, рожистом воспалении, заболеваниях носа, конъюнктивите, опоясывающем лишае, кожном зуде (включая невротический), уртикарной сыпи, аллергическом дерматите, экземе.

По частоте применения соответствует 47-й точке меридиана мочевого пузыря.

15К (горло и гортань)

Расположение: на расстоянии 3 мм от вершины козелка, впереди линии 30—210° (сектор Е).

Топографическая анатомия: см. точку надпочечника (13К).

Показания: острое и хроническое воспаление гортани, осиплость голоса, ангина, бронхит, бронхиальная астма, кашель, отек мягкого неба, синусит, фарингит, аналгезия.

19К (гипертензия)

Расположение: на нижнем крае хряща козелка, в месте его перехода в межкозелковую вырезку, на линии 30—210°.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передний ушной

нерв, анастомоз ветвей лицевого (промежуточного) нерва с ушно-височным и с ушной ветвью блуждающего нерва.

Показания: гипертоническая болезнь и все осложнения, связанные с ней.

Передняя вырезка (ПВ)

20ПВ (наружное ухо)

Расположение: между ножкой завитка и козелком, в месте их соединения, на линии 90—270°.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви нервов наружного слухового прохода (от третьей ветви тройничного нерва), анастомоз ветвей лицевого нерва с ушно-височным и с ушной ветвью блуждающего нерва.

Показания: звон и шум в ушах, снижение слуха, воспаление среднего уха, неврит слухового нерва, вестибулярное головокружение, все воспалительные процессы в наружном ухе.

При воздействии на эту точку отмечен также седативный эффект.

21ПВ (сердце)

Расположение: на середине передней вырезки, чуть выше вершины хряща козелка (сектор Е).

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви ушно-височного, тройничного, языкоглоточного и лицевого нервов, нижние ветви поверхности артерии.

Показания: все виды нарушения сердечного ритма.

Межкозелковая вырезка (МкВ)

22МкВ (железы внутренней секреции)

Расположение: на 0,2 см ниже середины межкозелковой вырезки, чуть выше горизонтальной линии, отделяющей мочку уха (сектор Д).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: заболевания органов пищеварения (в том числе расстройства процесса всасывания в кишках), заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушение функций желез внутренней секреции, заболевания мочеполовой системы, хронический и острый холецистит, хронический панкреатит, аллергический колит, диспепсия, пневмония, коронарная болезнь, неврогенная жажда, последствия полиомиелита у детей, гипергидроз, болезненная менструация, обильные бели, нарушение менструального цикла, климактерический невроз, аднексит, эндометрит, функциональные маточные кровотечения, зуд влагалища, фурункулы в наружном слуховом проходе, хронический фарингит, хронический ларингит, аллергический ринит, язвы в полости рта, опоясывающий лишай, кожный зуд, уртикарная сыпь, аллергический дерматит, выпадение волос, заусеницы.

Эту точку считают одной из самых важных и часто используют. Она соответствует точкам «надпочечники, щитовидная и паращитовидная железы» по Ножье. Раздражение ее оказывает противоаллергическое, противовоспалительное, отхаркивающее, противозудное, регулирующее менструальный цикл действие, а также способствует лактации.

Противокозелок (Пк)

28Пк (гипофиз)

Расположение: в центре верхней границы хряща противокозелка, вблизи линии 150—330° (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находятся тройничный, лицевой, языкоглоточный и блуждающий нервы, передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии.

Показания: расстройства мочеиспускания (в том числе энурез), нарушение роста, меноррагия, расстройства менструального цикла, мастопатия, нарушение функций желез внутренней секреции.

Воздействие на эту точку дает хороший седативный, бронхолитический и снотворный эффекты.

29Пк (затылок)

Расположение: у нижнего края хряща противокозелка, в секторе Г рядом с линией 150—330°.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нижняя ушная ветвь большого ушного нерва и ветви лицевого нерва, передние ветви нижней ветви задней ушной артерии.

Показания: очень важная точка общего и анальгетического действия. Ее раздражение особенно показано при головной боли и болезнях кожи, а также при бронхиальной астме и воспалительных заболеваниях дыхательных путей, артериальной гипотензии и склонности к коллапсу, головокружении любого генеза. Это — одна из основных точек, на которые воздействуют при тошноте и рвоте любого генеза, нарушениях сна, навязчивых сновидениях, невралгии тройничного нерва и межреберных нервов, неврите седлищного нерва, последствиях менингита и сотрясения головного мозга, а также при истерической гемиплегии и мутизме, неврастении, эпилепсии, шизофрении, гипергидрозе, энурезе. Воздействие на эту точку дает противовоспалительный, седативный, болеутоляющий и противокашлевой эффекты. По своему действию она соответствует точке меридиана тонкой кишки тянь-чуан IG16.

30Пк (околоушная слюнная железа)

Расположение: посередине и на самой верхушке выступающего хряща противокозелка (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, ветви лицевого нерва.

Показания: кожный зуд, закрытие протока слюнной железы и воспалительные процессы в ней.

31Пк (астма; точка, регулирующая дыхание)

Расположение: на 2 мм ниже вершины противокозелка (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ветви большого ушного нерва, нижняя ветвь ушно-височного нерва (от третьей ветви тройничного нерва), передняя ветвь нижней ветви задней ушной артерии.

Показания: бронхиальная астма, кашель, аллергический зуд кожи.

Иглоукальвание этой точки оказывает регулирующее действие на дыхательный центр и противоаллергическое действие, снимает ощущение тяжести и распираания в груди невротического генеза.

33Пк (лоб)

Расположение: у нижнего края хряща противокозелка, несколько выше горизонтальной линии, отделяющей мочку уха, рядом с вертикальной линией 0—180° (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва и ветвь ушно-височного нерва, ушная ветвь блуждающего нерва.

Показания: головная боль в лобной области, фронтит, ринит, головокружение, неврастения, нарушения сна, носовое кровотечение, язвочки в преддверии носа.

Раздражение этой точки дает седативный и болеутоляющий эффект.

34Пк (гора большого мозга)

Расположение: со стороны полости раковины в нижней части противокозелка, у вертикальной линии 0—180° (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь большого ушного нерва, нижняя ветвь малого затылочного нерва, ушно-височный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва — нижнечелюстного нерва, анастомотические ветви лицевого (промежуточного) нерва с ушно-височным нервом и ушной ветвью блуждающего нерва, ветви языкоглоточного и блуждающего нервов.

Показания. Иглоукальвание этой точки оказывает болеутоляющее, успокаивающее, противовоспалительное, регулирующее кровообращение действие. Поэтому ее используют очень часто при тошноте, рвоте, спазме мышц диафрагмы, головной боли, головокружении, мигрени, сердцебиении, экстрасистолии, парезе, контрактуре и тике мышц, иннервируемых лицевым нервом, последствиях менингита и сотрясении мозга, эпилепсии, неврастении, шизофрении, истерии, шоковом состоянии, тепловом ударе, спазме желудка, опущении внутренних органов, запоре, расстройствах мочеиспускания (болезненное мочеиспускание, недержание мочи).

35Пк (висок; «солнце», точка головной боли)

Расположение: на внешней поверхности противокозелка (середина его основания) против ладьевидной ямки (сектор Г).

Топографическая анатомия: под кожей находится передняя ветвь нижней ветви ушного нерва, ветви лицевого нерва, передние ветви нижней ветви задней ушной артерии.

Показания: все виды головной боли, особенно мигрень, болезни глаз, головокружение, расстройство сна, энурез.

36Пк (вершина черепа)

Расположение: на наружной поверхности противокозелка под нижним краем его хряща, в конце нижнего края ладьевидной ямки, спереди линии 150—330° (сектор Г).

Топографическая анатомия: см. точку 35Пк.

Показания: все виды головной боли в теменной области, неврастения. Замечено, что укол под острым углом к внутренней области оказывает седативное действие, под прямым углом — тонизирующее.

Противозавиток (Пз)

37Пз (шейный отдел позвоночника)

Расположение: в начале хряща противозавитка, в секторе В. Если краем

ногтя провести по противозавитку, то ноготь задерживается в противокорозелковой бороздке, которая соответствует началу шейного отдела позвоночника (граница между затылком и атлантом). Точки позвоночника, расположенные по внутреннему краю противозавитка, соответствуют позвоночнику и задней стороне туловища.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя и задняя ветви большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения; передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва; передние ветви задней ушной артерии.

Показания: заболевания шейных позвонков, боль и напряжение мышц шейной области.

38Пз (крестцовый отдел позвоночника)

Расположение: на нижней ножке противозавитка, в верхней части хряща (сектор А).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, передние ушные нервы ушно-височного нерва от тройничного нерва, передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии.

Показания: заболевания и травмы крестцового отдела позвоночника и боль в этой области.

39Пз (грудной отдел позвоночника)

Расположение: у медиального края противозавитка, на линии 90—270°, большей частью в секторе Б.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ветви заднего большого ушного нерва и ушной артерии.

Показания: заболевания и травмы грудного отдела позвоночника, все виды боли в этой области.

40Пз (поясничный отдел позвоночника)

Расположение: на медиальном крае верхнего отдела противокорозелка, посередине между 38-й и 39-й точками в секторе Б.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви большого ушного нерва и передние ветви задней ушной артерии.

Показания: онемение, парестезии, мышечная боль, заболевания в поясничной области и поясничном отделе позвоночника.

Нижняя ножка противозавитка (ННПз)

51ННПз (симпатическая часть вегетативной нервной системы)

Расположение: в секторе З, чуть прикрыта завитком. Поэтому для того, чтобы отыскать симпатическую точку, нужно чуть-чуть отогнуть наружу завиток — точка находится в конце хряща нижней ножки противозавитка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ушные нервы ушно-височного нерва, отходящего от тройничного нерва, смешанные веточки от блуждающего, языкоглоточного, лицевого нервов, передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии.

Показания: болезни вегетативной нервной системы, резкая боль, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острая боль в кишках, холецистит, камни в мочеточнике, желчнокаменная болезнь, дисменорея, острый и хронический гастрит, заболевания желудка невrogenного харак-

тера, хронический панкреатит, колит, энтерит, метеоризм, бронхиальная астма, коклюш, бронхопневмония.

Раздражение симпатической точки оказывает противовоспалительное действие, поэтому ее используют при цистите, остром нефрите, остром гепатите. Она является основной точкой при проведении аналгезии во время хирургических операций на органах грудной и брюшной полости. Это исключительно важная точка, используемая при всех заболеваниях.

Треугольная ямка (ТЯ)

55ТЯ (ЦНС и наркоз при операциях) (шэнь-мэнь)

Расположение: точка находится в треугольной ямке, в секторе 3 рядом с условной линией 0—180°, что соответствует медиальному краю хряща верхней ножки противозавитка.

Топографическая анатомия: передние ветви нижней ветви большого ушного нерва и верхней ветви малого затылочного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: сухой кашель, боль в груди, бронхит, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, экстрасистолия, миокардит, головная боль и головокружения, нарушение сна, мигрень, невралгия тройничного нерва, невралгия межреберных нервов, пояснично-крестцовый радикулит, последствия менингита и сотрясения мозга, эпилепсия, неврастения, истерия с истерическим мутизмом, истерическая камптокормия, шизофрения, тик и контрактура мышц лица, последствия полиомиелита у детей, болезненное мочеиспускание, частое мочеиспускание, послеродовая боль, аднексит, симптомокомплекс «укачивания», зубная боль, изъязвления в полости рта, кожные болезни, выраженный зуд кожи.

Точка шэнь-мэнь — одна из наиболее часто используемых в аурикуло-терапии; она является основной обезболивающей точкой для наркоза при хирургических операциях на грудной и брюшной полостях и операциях на голове. Раздражение точки оказывает седативный, обезболивающий, противовоспалительный эффекты.

Эта точка является основной при лечении заболеваний органов пищеварения (острый и хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечная дискинезия, спазм мышц диафрагмы).

58ТЯ (матка, сексуальная точка)

Расположение: на середине внутреннего края хряща треугольной ямки (линия 150—330°).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ушные нервы, ушно-височный нерв и смешанные ветви (анастомоз) блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов.

Показания: различные воспалительные процессы в органах малого таза и слизистой оболочки матки, все гинекологические заболевания, половые расстройства у мужчин (импотенция, преждевременная эякуляция, сперматорея).

59ТЯ (снижающая АД)

Расположение: в треугольной ямке у места соединения завитка с нижней границей верхней ножки противозавитка (сектор 3).

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ушные нервы, ушно-височный нерв; анастомозы ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передние ветви верхних ветвей задней ушной артерии.

Показания: артериальная гипертензия.

60ТЯ (астма, одышка бронхолитическая)

Расположение: в треугольной ямке, в секторе 3 у линии 150—330°, на 2 мм ниже и снаружи от точки 58ТЯ.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние и задние ветви большого ушного нерва, верхняя ветвь малого затылочного нерва, передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва, анастомозы ветвей лицевого нерва с ушно-височным и ушной ветвью блуждающего нерва, анастомоз ветви языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва, передние ветви задней ушной артерии.

Показания: бронхиальная астма, заболевания органов дыхания.

Лаьевидная ямка (Л)

67Л (кисть)

Расположение: в лаьевидной ямке (сектор А), напротив выдающейся части дарвинова бугорка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва, нижняя ветвь малого затылочного нерва, передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва.

Показания: болезни лучезапястного сустава и кисти, крапивница, все виды расстройства сна, невроз желудка.

71Л (крапивница)

Расположение: в лаьевидной ямке (сектор А) на уровне точки 67Л (кисть), в сторону ножки противозавитка.

Топографическая анатомия: передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва, нижняя ветвь малого затылочного нерва, передние ушные нервы, отходящие от третьей ветви тройничного нерва.

Показания: крапивница, невроз желудка.

Завиток (З)

72₁₋₆ З (Завиток)

Расположение: дарвинов бугорок (72₁), оконечность мочки уха (72₆), через которую проходит условная линия 0—180°; остальные точки — на равных расстояниях между ними.

Все 6 точек иннервирует передняя ветвь большого ушного нерва, отходящего от шейного сплетения; точку 72₁ — передний ушной нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва.

Показания: кровопускание при остром тонзиллите, гипертонической болезни. По данным некоторых авторов, раздражение этих точек дает противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий и гипотензивный эффекты.

Ножка завитка (НЗ)

82НЗ (диафрагма, нулевая точка по Ножье)

Расположение: в месте перехода ножки завитка в восходящую ветвь завитка, на линии 90—270° (сектор Ж).

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви нервов наружного слухового прохода, отходящих от третьей ветви тройничного нерва, веточки ушной ветви блуждающего нерва, языкоглоточного и лицевого нервов, средние ветви поверхностной височной артерии.

Показания: болезненные спазмы внутренних органов; непроизвольные спазмы диафрагмы, вызванные увеличением желудка или печени, а также боль после операций на органах брюшной полости.

Из-за смешанной симпатической и парасимпатической иннервации развивается сильное нервное напряжение, ведущее к вегетативным изменениям. Воздействуя на точку диафрагмы, можно изменить реактивную способность точек ушной раковины. Пониженную чувствительность точек довольно легко устранить укалыванием точки диафрагмы тонизирующим методом. Слишком сильную чувствительность нормализуют методом торможения. В обоих случаях через некоторое время нужно повторить поиск точек.

83НЗ (солнечное сплетение; точка середины уха)

Расположение: латеральнее точки диафрагмы, что соответствует центральной оси на ножке козелка. Точка представляет собой маленькое возвышение примерно в середине корня завитка, и ее легко нащупать ногтем.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нервы наружного слухового прохода, отходящие от третьей ветви тройничного нерва; веточки ушной ветви блуждающего и лицевого нервов, средние ветви поверхностной височной артерии.

Показания: боль и спазм кишок, послеоперационная боль и неприятные ощущения в брюшной полости, расстройства пищеварения, метеоризм, заболевания сердечно-сосудистой системы, половая сфера, межреберная невралгия, анемия, кожные болезни.

Прилежащая часть ножки завитка (ПНЗ)

87ПНЗ (желудок)

Расположение: в месте окончания хряща ножки завитка на горизонтальной линии 90—270°.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передние ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии.

Показания: заболевания органов пищеварения (острый и хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечная дискинезия, гастроптоз, ухудшение аппетита, гиперсекреция и гипосекреция желудка), нервные и психические болезни (шизофрения, неврастения, истерическая гемиплегия, нарушение сна).

Раздражение точки желудка дает выраженный обезболивающий, седативный, противовоспалительный эффекты. Поэтому ее применяют при головной боли в лобной области, а также при зубной боли.

88ПНЗ (двенадцатиперстная кишка)

Расположение: на верхнем краю хряща ножки завитка, в конечном его отделе (сектор Б).

Топографическая анатомия: под кожей находятся анастомозы ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь задней ушной артерии.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтероколит, гастродуоденит, холелитиаз, холецистопатия, желудочно-кишечная дискинезия.

89ПНЗ (тонкая кишка)

Расположение: выше точки солнечного сплетения (83), на верхнем краю хряща ножки завитка, в месте перехода его в хрящ чаши раковины (сектор 3).

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви нерва наружного слухового прохода, анастомоз ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь задней ушной артерии.

Показания: понос, диспепсия, резкая боль в кишках, метеоризм, желудочно-кишечная дискинезия.

91ПНЗ (толстая кишка)

Расположение: выше и медиальнее точки диафрагмы (82) в секторе Ж.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветвь нерва наружного слухового прохода, смешанные ветви блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь задней ушной артерии.

Показания: энтероколит, все формы колита, диспепсия, метеоризм, запор, понос, желудочно-кишечная дискинезия, вегетативные расстройства пищеварительного канала, паралитический илеус (послеоперационный), экзематозные болезни кожи.

Челнок раковины (ЧР)

92ЧР (мочевой пузырь)

Расположение: в секторе 3 на линии 150—330°, под нижней ножкой противозавитка, на верхнем краю хряща чаши раковины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нервы наружного слухового прохода, смешанные ветви лицевого и блуждающего нервов, средние ветви височной поверхностной артерии.

Показания: воспалительные процессы в мочеполовой системе, недержание и задержка мочи любого генеза (одна из основных точек при нарушении мочеиспускания), несахарный диабет и отеки не связанные с сердечной деятельностью, головная боль, люмбагия, неврастения, нарушение сна.

95ЧР (почка)

Расположение: на условной линии 0—180°, латеральнее точки 92ЧР, под нижней ножкой противозавитка, на верхнем краю хряща чаши раковины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, анастомозы ветвей лицевого, тройничного и блуждающего нервов, передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии.

Показания: исключительно важная точка, которую используют при всех болезнях мочеполовой системы у женщин и мужчин, а также при воспалении среднего уха, шуме и звоне в ушах, понижении слуха, гингивите, задержке роста зубов, конъюнктивите, хронической глаукоме.

96ЧР (поджелудочная железа — слева, желчный пузырь — справа)

Расположение: в секторе А, касается условной линии 30—210°, на нижнем медиальном своде противозавитка. Точка поджелудочной железы находится на левом ухе, желчного пузыря — на правом.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва, ветви ушно-височного нерва (от тройничного нерва), анастомозы ветвей блуждающего и лицевого нервов, передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии.

Показания: панкреатит, холецистопатия, диспепсия.

97ЧР (печень)

Расположение: в секторе Б, у медиальной стороны противозавитка, посредине между точками 39Пз и 96ЧР.

Топографическая анатомия: см. точку 96ЧР.

Показания: для печени — на правом ухе, для селезенки — на левом. Заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих протоков, кожный зуд при желтухе, желудочно-кишечная дискинезия, климактерический невроз, головокружение, судороги, постинсультная гемиплегия, мышечная гипотония, заболевания крови, геморрагии, заболевания глаз (острый конъюнктивит, ячмень, снижение остроты сумеречного зрения, миопия, хроническая глаукома).

98ЧР (селезенка)

Расположение: в секторе В, ниже условной линии 90—150°, под точкой 39, у медиальной стороны противозавитка.

Топографическая анатомия: см. точку 96.

Показания: острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечная дискинезия, выпадение прямой кишки, послеродовая боль, ячмень, эпилепсия.

Воздействие на точку селезенки оказывает болеутоляющее, противоспазматическое и противосудорожное действие, а также повышает тонус сосудов. Применяют при кровотечении, гипохромной и других видах анемии, снижении мышечного тонуса, мышечной гипотрофии и язвах в полости рта.

Полость раковины (ПР)

100ПР (сердце)

Расположение: в центре полости раковины, в секторе Г, вблизи условной линии 150—330°.

Топографическая анатомия: под кожей находятся анастомозы смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передние ветви средней ветви задней ушной артерии.

Показания: гипертоническая и гипотоническая болезни, тахикардия, миокардит, экстрасистолия, ишемическая болезнь сердца, одышка, духота, нарушения сна, последствия сотрясения мозга, неврастения, истерия, истерическая камптокормия, мутизм, истерическая гемиплегия, эпилепсия, шизофрения, тепловой удар, шок, васкулит, афония, хронический фарингит, глоссит. Точку сердца в аурикулотерапии применяют часто.

101ПР (легкое)

Расположение: ниже точки 100ПР в секторе Г, над точкой гипофиза (28Пк) у нижнего края противозавитка.

Топографическая анатомия: см. точку 100ПР.

Показания: пневмония, бронхиальная астма, острый назофарингит, острый и хронический ринит, аллергический ринит, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, колит, язвы в полости рта, воспаление языка, гипергидроз, зуд вульвы, аллергический зуд кожи, невrogenный зуд, кожный зуд неясной этиологии, уртикарная сыпь, фурункулы, карбункулы, экзема и другие кожные болезни, выпадение волос, носовое кровотечение, острый конъюнктивит, опоясывающий лишай.

Воздействия на точку дает выраженный противовоспалительный, противоаллергический и обезболивающий эффекты.

102ПР (бронхи)

Расположение: в полости раковины у вертикальной оси (сектор Д).

Топографическая анатомия: под кожей находятся нервные окончания смешанных ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, передняя ветвь средней ветви задней ушной артерии, средняя ветвь поверхностной височной вены.

Показания: острый и хронический бронхит, бронхопневмония, коклюш.
104ПР (таламус, трех частей туловища)

Расположение: в секторе Д, у нижнего края слухового отверстия, по внутреннему краю полости раковины.

Топографическая анатомия: под кожей находятся нервные окончания ветвей блуждающего, языкоглоточного и лицевого нервов, нижняя ветвь поверхностной височной артерии.

Показания: стенокардия, одышка, желудочно-кишечная дискинезия, запор, метеоризм, снижение функции органов пищеварения и аппетита, невралгия межреберных нервов, плексит.

Завиток (З)

1213 (малый затылочный нерв)

Расположение: в секторе А, примерно на 0,2 см выше границы дарвинова бугорка, в углу с внутренней стороны завитка.

Топографическая анатомия: под кожей находятся передняя ветвь малого затылочного нерва, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва, передняя ветвь верхней ветви задней ушной артерии.

Показания: головная боль, головокружение, мигрень, вегетативно-трофический синдром при шейном остеохондрозе, последствия закрытой травмы головного мозга и менингита, эпилепсия, шизофрения, истерия, невралгия тройничного нерва, тик и контрактура мимических мышц, тепловой удар.

Воздействие на точку оказывает седативное и болеутоляющее действие.

Основные группы аурикулярных точек (по терапевтическому действию)

Акупунктурные точки уха по терапевтическому действию на организм объединяют в следующие группы:

Точки седативного действия: 55ТЯ — шэнь-мэнь, 33Пк — лоб, 29Пк — затылок, 21ПВ — сердце, 34Пк — кора большого мозга, 100ПР — сердце.

Точки тонизирующего действия: 13К (козелок) — надпочечник, 34Пк —

кора большого мозга, 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 97ЧР — печень, 100ПР — сердце.

Точки гипотензивного действия: 34Пк — кора большого мозга, 59ТЯ — снижающая АД, 55ТЯ — ЦНС, 100ПР — сердце.

Точки, стимулирующие тонус сосудов: 13К — надпочечник, 21ПВ — сердце, 34Пк — кора большого мозга, 97ЧР — печень, 98ЧР — селезенка, 101ПР — легкое.

Точки, нормализующие сердечный ритм: 21ПВ — сердце, 34Пк — кора большого мозга, 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 89ПНЗ — тонкая кишка, 100ПР — сердце, 101ПР — легкое.

Точки противосудорожного действия: 29Пк — затылок, 34Пк — кора большого мозга, 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 954Р — почка, 984Р — селезенка.

Точки снотворного действия: 29Пк — затылок, 55ТЯ — ЦНС, 87ПНЗ — желудок, 92ЧР — мочевого пузыря, 95ЧР — почка, 100ПР — сердце.

Точки, снижающие тонус гладких мышц: 13К — надпочечник, 31Пк — регулирующая дыхание, 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 55ТЯ — шэнь-мэнь.

Точки стимулирующего действия, применяемые при тугоухости: 20ПВ — наружное ухо, 9М — внутреннее ухо, 95ЧР — почка.

Точки стимулирующего действия, применяемые при родах: 34Пк — кора большого мозга, 40Пз — поясничный отдел позвоночника, 58ТЯ — матка.

Точки, нормализующие менструальный цикл: 22МкВ — железы внутренней секреции, 58ТЯ — матка, 95ЧР — почка.

Точки диуретического действия: 92ЧР — мочевого пузыря, 95ЧР — почка, 98ЧР — селезенка, 100ПР — сердце, 101ПР — легкое, 104ПР — таламус.

Точки слабительного действия: 34Пк — кора большого мозга, 91ПНЗ — толстая кишка, 104ПР — таламус.

Точки противовоспалительного действия: 13К — надпочечник, 22МкВ — железы внутренней секреции, 34Пк — кора большого мозга, 29Пк — затылок.

Точки жаропонижающего действия: 13К — надпочечник, 34Пк — кора большого мозга, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 91ПНЗ — толстая кишка, 97ЧР — печень.

Точки противоаллергического действия: 13К — надпочечник, 22МкВ — железы внутренней секреции, 34Пк — кора большого мозга, 29Пк — затылок, 31Пк — регулирующая дыхание, 91ПНЗ — толстая кишка, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 101ПР — легкое.

Точки отхаркивающего действия: 13К — надпочечник, 15К — горло и гортань, 22МкВ — железы внутренней секреции, 29Пк — затылок, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 101ПР — легкое.

Сочетание аурикулярных точек, используемых для анестезии при оперативных вмешательствах

В области шеи: 15К — горло и гортань, 22МкВ — железы внутренней секреции, 34Пк — кора большого мозга.

В области груди: 31Пк — регулирующая дыхание, 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 101ПР — легкое.

В области брюшной полости: 51ННПз — симпатическая часть вегетативной нервной системы, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 101ПР — легкое, 104ПР — таламус.

В области полости рта: 5М — верхняя челюсть, 7М — нижняя челюсть, 55ТЯ — шэнь-мэнь.

В области черепа: 29Пк — затылок, 33Пк — лоб, 55ТЯ — шэнь-мэнь, 34Пк — кора большого мозга, 95ЧР — почка, 101ПР — легкое.

В области мочеполовых органов: 34Пк — кора большого мозга, 38Пз — крестцовый отдел позвоночника, 58ТЯ — матка, 92ЧР — мочевой пузырь, 95ЧР — почка.

В области костей: 89ПНЗ — тонкая кишка, 91ПНЗ — толстая кишка, 95ЧР — почка.

При оперативном вмешательстве помимо точек указанных областей применяют корпоральные акупунктурные точки соответственно месту операции.

Иглоукальвание кистей

Иглоукальвание кистей называют еще манусакупунктурой. Этот метод разработан в последнем десятилетии в Корее. В его основу, как и метода чжэнь-цзю, положено учение о сосудистой системе (цзин-ло) и системе Инь и Ян.

Для раздражения точек на кистях можно использовать магнит, лекарственные препараты, полынные конусы, Т-образные иглы, иглы для акупунктуры, новые подкожные иглы, а также метод акупрессуры. Недостатком данного метода является его сравнительная болезненность. Поэтому в тяжелых случаях акупунктурные точки следует раздражать предметами (спичкой, зубочисткой и др.).

Иглоукальвание кистей можно применять в любых условиях (особенно при оказании неотложной помощи), причем как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами лекарственной или рефлекторной терапии.

АНАТОМИЯ КИСТИ

Границей, отделяющей кисть от предплечья, является круговая линия, проведенная на уровне оснований шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Кисть делят на ладонь и тыл.

Ладонь кисти. На ладонной поверхности центральное углубление ладони переходит в проксимальном направлении в возвышение большого пальца и в локтевом направлении — в возвышение мизинца, а в дистальном — во II — IV межпальцевые подушечки, расположенные выше соответствующих межпальцевых промежутков. Центральное углубление ладо-

ни пересекают кожные складки, которые могут служить ориентирами. К числу постоянных складок относят дистальную и проксимальную, поперечные, борозду большого пальца (линия тенара), продольную срединную (осевую). Между ладонью и пальцами располагаются ладонно-пальцевые, а на ладонной поверхности — межпальцевые кожные складки.

Кожа ладони плотная, с большим количеством потовых желез, смещается незначительно, в складку берется вместе с подкожной основой только в области возвышений большого пальца, мизинца и подушечек (рис. 37).

Сосуды ладони являются продолжением сосудисто-нервных пучков предплечья. Локтевая артерия в сопровождении двух вен и идущей медиальнее их ладонной ветви локтевого нерва из локтевой борозды переходит в *canalis carpi ulnaris*. Дистальнее гороховидной кости она отдает глубокую ладонную ветвь и, направляясь вперед и латерально, анастомозирует с *a. palmaris superficialis* из лучевой артерии или с ветвью из *a. princeps pollicis*, образуя поверхностную ладонную дугу. Вершина артериальной ладонной дуги обычно располагается на 1 см выше проксимальной поперечной кожной складки ладони. От локтевой артерии и поверхностной ладонной дуги начинаются *a. digitalis palmaris propria*, которая идет к локтевой стороне V пальца и *aa. digitales palmares communes* — второму, третьему и четвертому межпальцевым промежуткам. Общие ладонные пальцевые артерии в сопровождении одноименных ветвей срединного (ко второму и третьему межпальцевым промежуткам) и локтевого (к четвертому межпальцевому промежутку) нервов направляются дистально, анастомозируют с ладонными пястными артериями и на расстоянии 0,5 см от пястно-фаланговых суставов делятся на *aa. digitales palmares propriae*. Собственные ладонные пальцевые артерии идут вдоль переднебоковых поверхностей пальцев к дистальной фаланге и глубоко анастомозируют с артериями противоположной стороны. *Arctus palmaris profundus* образуется преимуще-



Рис. 37. Ладонь кисти

пещественно лучевой артерией. Она располагается на 3—4 см ниже дистальной кожной складки запястья. Происхождение, расположение и ветвление артерий кисти чрезвычайно многообразны.

Нервы ладони. Ладонная ветвь локтевого нерва (*r. palmaris n. ulnaris*) у дистального края гороховидной кости делится на поверхностную и глубокую ветви. Поверхностная ветвь, располагаясь медиальнее локтевой артерии, делится на *n. digitalis palmaris proprius* и *n. digiti minimi ulnaris* идущий к локтевой стороне V пальца, и *n. digitalis palmaris communis* который в четвертом межпальцевом промежутке делится на *nn. digitalis proprii*, идущие к локтевой стороне IV и к лучевой стороне V пальцев. Ветвь глубокого локтевого нерва совместно с глубокой ветвью локтевой артерии направляется между мышцами гипотенара дистально, назад и латерально, посылая по веточке к отводящей мышце V пальца. Затем глубокая ветвь иннервирует мышцы сгибателя большого пальца и II—V запястно-пястные и пястно-фаланговые суставы и связки.

Срединный нерв (*n. medianus*) выходит из срединной борозды предплечья на ладонь через канал запястья. Он проецируется на кожу приблизительно вдоль проксимальной части линии тенара. При входе на ладонь делится на три ветви. Они являются общими ладонными пальцевыми нервами, которые проходят первые, вторые и третьи межпальцевые промежутки, где делятся на *nn. digitales proprii*, идущие к обращенным друг к другу поверхностям II и III, III и IV пальцев. Ветвь, иннервирующая кожу, начинается от передней поверхности первого общего ладонного пальцевого нерва, отдает кожные веточки, затем входит в мышцы ладони и мышцы пальцев.

Ветви срединного и локтевого нервов почти всегда соединяются, обычно вдоль дорсальной поверхности поверхностной ладонной дуги.

По числу и сложности механорецепторов на первом месте находится рука человека. Самой высокой тактильной чувствительностью обладает кожа кончиков пальцев кистей и стоп. Она включает такие виды ощущений, как осязание, давление, вибрация, покалывание, щекотание, тепло и холод.

Тыл кисти. Кожа тонкая, подвижная, легко берется в складку и смещается. В надапоневротической клетчаточной щели располагаются сосуды и нервы. Подкожная венозная сеть тыла пальцев образует 3—4 *v. metacarpeae dorsales*, переходящие в венозную сеть тыла кисти, из которой с лучевой стороны формируется *v. cephalica*, а с локтевой — *v. basilica*. Тыльная венозная сеть кисти включает мелкие вены кожи и поверхностной фасции. В подкожной основе тыла кисти ветвятся кожные артерии происходящие из *a. radialis*, *aa. metacarpeae dorsales*, *rete carpidorsale*. В подкожной основе тыльной поверхности пальцев проходят *aa. digitales dorsales*, ветви *aa. metacarpeae dorsales*.

Кожу тыла кисти иннервируют: с лучевой стороны — *r. superficialis n. radialis*, с локтевой стороны — *r. dorsalis n. ulnaris*. Затем, разделившись, они направляются к пальцам *nn. digitales dorsales*, которые иннервируют (каждый со своей стороны) кожу тыльной поверхности пальцев. Между обеими ветвями образуется соединение *r. communicans ulnaris*. Кожу большого пальца иннервирует латеральный кожный нерв предплечья.

а кожу тыльной поверхности запястья — задний кожный нерв предплечья.
 б иннервации кисти, как и стопы, участвует симпатическая часть вегетативной нервной системы.

Механизм рефлексотерапии кистей осуществляется путем передачи импульсов по афферентным путям соматической и вегетативной нервной системы в головной мозг, соответствующие органы в зависимости от раздражаемой точки акупунктуры.

МЕРИДИАНЫ И ТОЧКИ АКУПУНКТУРЫ

По корейской концепции, ладонь соответствует груди и животу, а тыльная сторона кисти — спине. На центральной линии ладони находятся точки, соответствующие точкам головы, лица, груди, живота, наружных половых органов. На той же линии на тыльной стороне расположены точки, соответствующие точкам на спине (от головы до ануса). Точки II и IV пальцев обеих кистей соответствуют точкам правой и левой верхних конечностей, а точки I и V пальцев — точкам нижних конечностей.

На кистях проходят 14 меридианов (подобно сосудам традиционной акупунктуре). Акупунктурные точки кисти распределены по меридианам. На каждой стороне кисти расположены 365 точек. Для практики достаточно знать хотя бы наиболее важные из них. Меридианы, начиная с переднесрединного, затем заднесрединного, меридиана легких и т. д., обозначены в последовательном порядке буквами латинского алфавита от А до N. Чтобы отличить корейские обозначения меридианов и точек кисти от международных, к последним добавлена буква «М» (от франц. main — кисть). Например, корейское обозначение 1-й точки переднесрединного меридиана — АJ; наше обозначение — MJ1.

В табл. 4 приведены буквенные обозначения меридианов, принятые в Корею, и международная (французская) их транскрипция.

Приводим краткое описание топографии меридианов, названия и обозначения относящихся к ним точек.

Таблица 4. Корейское и международное обозначение меридианов кисти

Меридиан	Обозначение		Меридиан	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Легких	E	ME	Легких	C	MP
Печени	H	MIG	Печени	N	MF
Селезенки	D	MGI	Селезенки	F	MRP
Почек	I	MV	Почек	J	MR
Перикарда	M	MVB	Перикарда	K	MMC
Переднесрединный	L	MTR	Переднесрединный	A	MJ
Заднесрединный	G	MC	Заднесрединный	B	MT

МЕРИДИАН ЖЕЛУДКА

Меридиан желудка (ME) расположен на ладонной поверхности кисти (рис. 38). Он начинается на расстоянии 0,5 см от вершины III пальца с латеральной и медиальной сторон пальца опускается к запястью. Медиальная ветвь пересекает поперечные линии ладони через тенар до его нижней линии, затем по нижнелатеральной линии тенара, т. е. по наружному краю I пальца, доходит до верхнего угла ногтевого ложа. Вторая ветвь меридиана от ногтевой фаланги III пальца проходит вниз по латеральному краю пальца до нижнего края осевой линии, заворачивает на латеральный край гипотенара, поднимается вверх по IV пальцу на расстоянии 0,5 см от латерального края и заканчивается на уровне верхнего края ногтя. На каждой ветви меридиана желудка расположены 45 точек, равнозначных между собой (табл. 5).

Рис. 38. Точки акупунктуры меридианов желудка и сердца

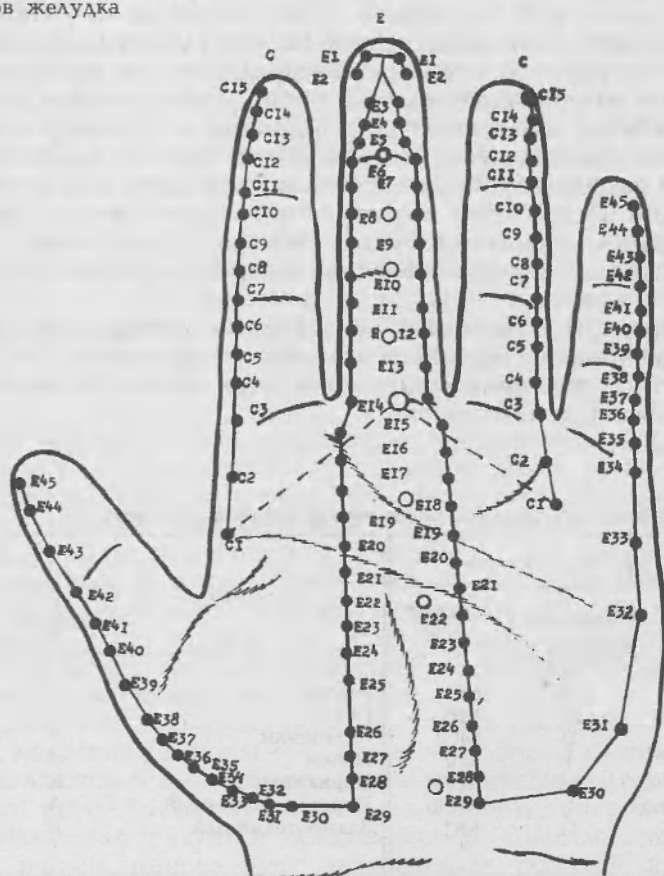


Таблица 5. Точки меридиана желудка и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Санг-чи	E1	ME1	Бо-ки	E24	ME24
Ань-ха	E2	ME2	Дзин-ки	E25	ME25
Ку-каг	E3	ME3	Дзин-дза	E26	ME26
Ха-чи	E4	ME4	Экк-до	E27	ME27
Ха-коль	E5	ME5	Экк-сэл	E28	ME28
Дзи-йенг	E6	ME6	Санг-дзунг	E29	ME29
Санг-кйенг	E7	ME7	Ха-пхенг	E30	ME30
Йе-кйенг	E8	ME8	Де-пхенг	E31	ME31
Ха-кйенг	E9	ME9	Гок-кок	E32	ME32
Дзунг-бун	E10	ME10	Пхенг-ки	K33	ME33
Ки-дзунг	E11	ME11	Де-йенг	E34	ME34
Хюнь-ню	E12	ME12	Кок-до	E35	ME35
Хие-ли	E13	ME13	Кок-то	E36	ME36
Кйек-ли	E14	ME14	Янг-ченг	E37	ME37
Фуэнг-ли	E15	ME15	Су-кок	E38	ME38
Сам-ли	E16	ME16	Дзун-кванг	E39	ME39
Санг-ли	E17	ME17	Пхунг-ки	E40	ME40
Вуй-ли	E18	ME18	Ки-дзейел	E41	ME41
Санг-ли	E19	ME19	Вуй-он	E42	ME42
Сиб-и-ли	E20	ME20	Кок-дзу	E43	ME43
Су-ли	E21	ME21	Кок-чанг	E44	ME44
Син-де	E22	ME22	Ки-вон	E45	ME45
Син-вуй	E23	ME23			

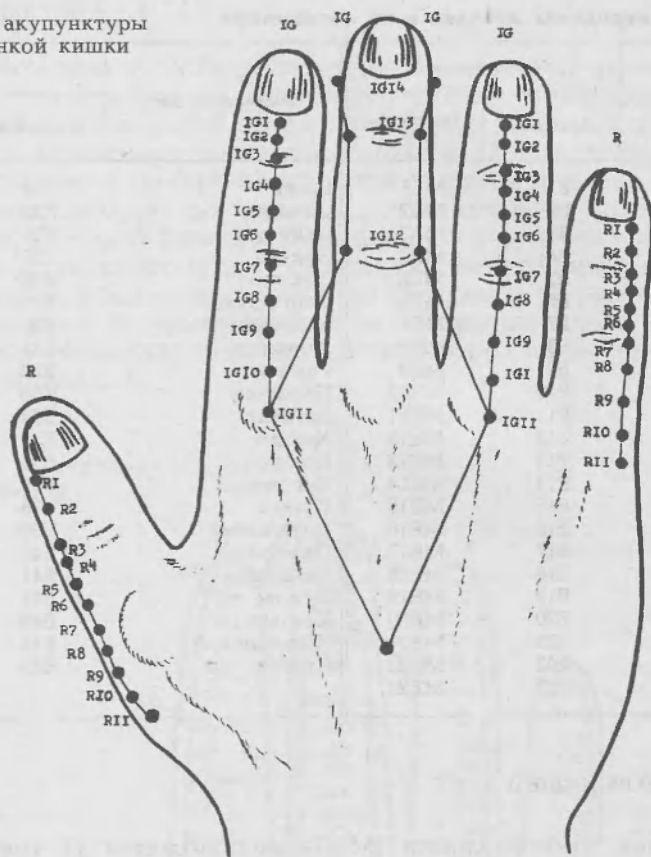
МЕРИДИАН ТОНКОЙ КИШКИ

На меридиане тонкой кишки (MIG) расположены 14 точек (табл. 6; рис. 39). Он состоит из четырех ветвей. Первая ветвь начинается от середины ногтя II пальца, спускается проксимально до основания III фаланги, затем переходит на медиальный край (2-я ветвь) III пальца, идет

Таблица 6. Точки меридиана тонкой кишки и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Сун-дзи	H1	MIG1	Ху-пи	H8	MIG8
Сун-йен-кок	H2	MIG2	Пи-су	H9	MIG9
Сун-кок	H3	MIG3	Кйек-бонг	H10	MIG10
Сун-коу	H4	MIG4	Кйек-дзунг	H11	MIG11
Сун-дзунг	H5	MIG5	Кйен-фунг	H12	MIG12
Сун-санг	H6	MIG6	Ханг-и	H13	MIG13
Сун-йен	H7	MIG7	Мок-чык	H14	MIG14

Рис. 39. Точки акупунктуры
меридианов тонкой кишки
и почек



к середине I фаланги (на расстоянии 0,5 см от угла ногтя) этого пальца. Четвертая ветвь начинается от середины ногтя IV пальца, спускается до основания III фаланги, переходит на латеральный край III пальца. Затем поднимается до середины (ямки) I фаланги (на расстоянии 0,5 см от угла ногтя) III пальца.

МЕРИДИАН ТОЛСТОЙ КИШКИ

На меридиане толстой кишки (MGI) расположены 22 парные точки (табл. 7; рис. 40). Он начинается у латерального нижнего края ногтя II пальца, спускается до основания III фаланги, затем переходит до между пальцевой складки и по латеральному краю III пальца доходит до угла нижнего края ногтя. Вторая ветвь берет начало от медиального края у угла II пальца, спускается ниже головки пястной кости, затем переходит на медиальный край II пальца и поднимается до угла его ногтя.

Рис. 40. Точки акупунктуры
меридиана толстой кишки

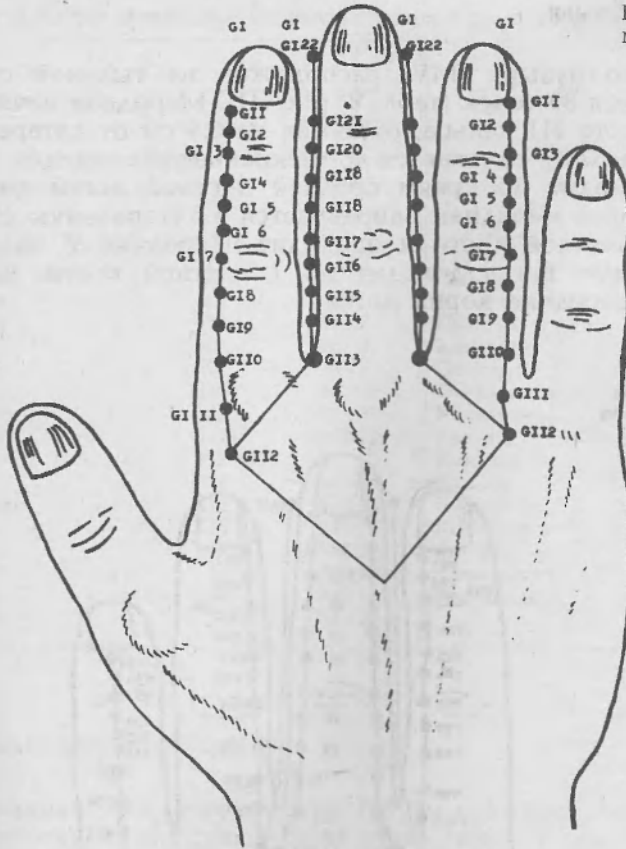


Таблица 7. Точки меридиана толстой кишки и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Ханг-кван	D1	MGI1	Ки-хап	D12	MGI12
Ханг-янг	D2	MGI2	Кйенг-чи	D13	MGI13
Ханг-янг	D3	MGI3	Кйенг-ха	D14	MGI14
Ханг-янг	D4	MGI4	Кйенг-дзунг	D15	MGI15
Ханг-янг	D5	MGI5	Кйенг-санг	D16	MGI16
Ханг-янг	D6	MGI6	Ханг-чык	D17	MGI17
Ханг-янг	D7	MGI7	Ханг-дзунг	D18	MGI18
Ханг-янг	D8	MGI8	Ханг-ха	D19	MGI19
Ханг-янг	D9	MGI9	Ак-ха	D20	MGI20
Ханг-янг	D10	MGI10	Чи-дзунг	D21	MGI21
Ханг-янг	D11	MGI11	Хянг-чу	D22	MGI22

МЕРИДИАН МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Меридиан мочевого пузыря (MV) расположен на тыльной стороне кисти. На нем находятся 39 точек (табл. 8; рис. 41). Меридиан начинается с двух сторон угла ногтя III пальца, отступив на 0,5 см от латерального и медиального краев пальца; спускается до межпальцевых складок II и IV пальцев. Отсюда проходит по краям средней пястной кости до бугра ладьевидной кости. Здесь меридиан направляется в латеральную сторону до нижнего края V пястной кости и проходит посередине V пальца до основания ногтя. Вторая ветвь доходит до I пястной кости, идет по середине I пальца к середине корня ногтя.

Рис. 41. Точки акупунктуры меридианов мочевого пузыря и трех частей туловища

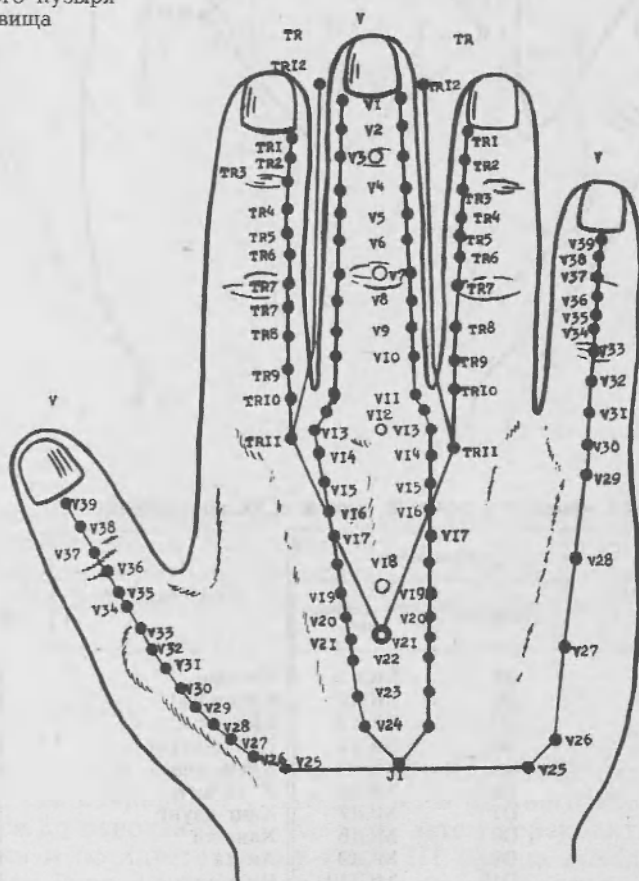


Таблица 8. Точки меридиана мочевого пузыря и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Джен-мйенг	I1	MV1	Хып-кок	I21	MV21
Ху-мйенг	I2	MV2	Су-тхонг	I22	MV22
Не-дзийенг	I3	MV3	Сен-мйенг	I23	MV23
Не-мйенг	I4	MV4	Тхое-ко	I24	MV24
Ханг-канг	I5	MV5	Санг-тхое	I25	MV25
Ханг-дзу	I6	MV6	Тхое-мун	I26	MV26
Фунг-сак	I7	MV7	Пхйен-хое	I27	MV27
Пек-фунг	I8	MV8	Хан-хйел	I28	MV28
Фунг-дзо	I9	MV9	Ое-как	I29	MV29
Пхе-ро	I10	MV10	Ое-фунг-си	I30	MV30
Кенг-мун	I11	MV11	Как-кхвае	I31	MV31
Сим-фунг	I12	MV12	Как-хы	I32	MV32
Не-мун	I13	MV13	Кук-бае	I33	MV33
Кан-са	I14	MV14	Кук-ха	I34	MV34
Сам-чйенг	I15	MV15	Бо-сан	I35	MV35
Бя-йенг	I16	MV16	Кон-баяк	I36	MV36
Фун-хе	I17	MV17	Янг-йен	I37	MV37
Со-ки	I18	MV18	Тхон-кйенг	I38	MV38
Су-вйен	I19	MV19	Дзи-кйенг	I39	MV39
Джанг-до	I20	MV20			

МЕРИДИАН ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Меридиан желчного пузыря (MVB) находится на тыле кисти. На нем расположены 32 акупунктурные точки (табл. 9; рис. 42). Меридиан состоит из двух подобных ветвей с одинаковыми по функции акупунктурными точками. Первая ветвь начинается на медиальной стороне у верхнего края костевого ложа III пальца, идет по медиальному краю пальца до основания III пястной кости, переходит на основание I метакарпальной кости латерального края. Отсюда в виде прямой линии подходит к латеральному углу ногтя I пальца. Вторая ветвь начинается у латерального края на вершине ногтя III пальца, проходит по его латеральному краю до основания IV пястной кости, затем идет к основанию пястной кости V пальца и по медиальному краю ее и V пальца доходит до угла ногтя.

МЕРИДИАН ТРЕХ ЧАСТЕЙ ТУЛОВИЩА

Меридиан трех частей туловища (MTR) находится на тыле кисти. На нем расположены 12 акупунктурных точек (табл. 10; см. рис. 41). Он состоит из двух равных ветвей. Первая ветвь начинается от латерального угла ногтя II пальца, идет до основания I фаланги, затем поднимается на медиальной стороне III пальца до нижнего угла ногтя на 0,5 см от него.

Рис. 42. Точки акупунктуры
меридиана желчного пузыря

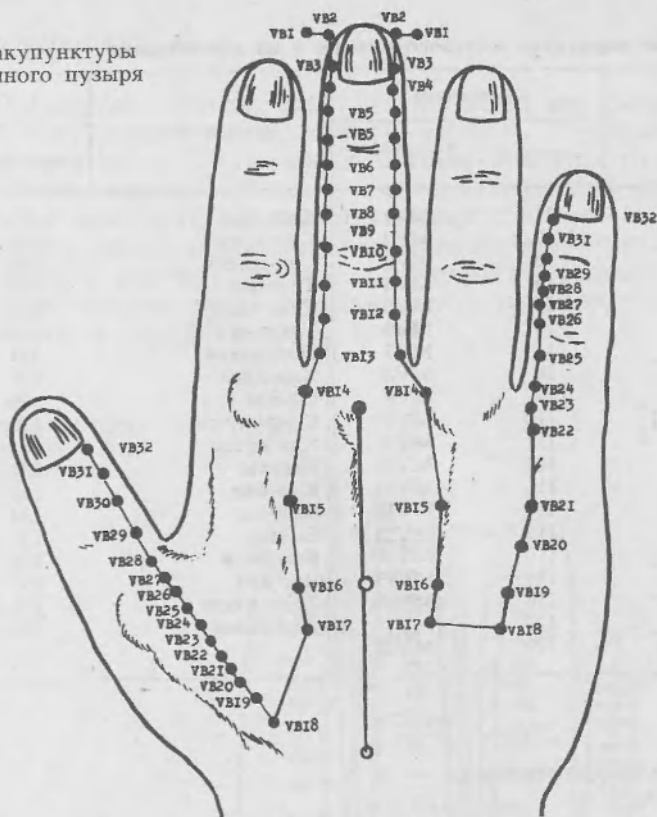


Таблица 9. Точки меридиана желчного пузыря и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Им-кванг	M1	MVB1	Ху-гхе	M17	MVB17
Сйен-мйенг	M2	MVB2	Хван-кок	M18	MVB18
Мйень-и	M3	MVB3	Пхун-дэйенг	M19	MVB19
Чых-сап	M4	MVB4	Сенг-ки	M20	MVB20
Пхунг-сан	M5	MVB5	Сенг-дэйенг	M21	MVB21
Пхунг-со	M6	MVB6	Ха-ек	M22	MVB22
Ханг-ю	M7	MVB7	Пхунг-чи	M23	MVB23
Ханг-тхонг	M8	MVB8	Янг-тхонг	M24	MVB24
Ханг-кйенг	M9	MVB9	Дзунг-тхе	M25	MVB25
Ханг бе	M10	MVB10	Чен-кван	M26	MVB26
Кйенг-санг	M11	MVB11	Ое-йенг	M27	MVB27
Кйенг-кол	M12	MVB12	Кол-дзу	M28	MVB28
Кйенг-тхонг	M13	MVB13	Янг-кол	M29	MVB29
Кйенг-дзу	M14	MVB14	Ку-нынг	M30	MVB30
Хиеш-ке	M15	MVB15	Лим-хиеш	M31	MVB31
Ных-ке	M16	MVB16	Дзи-кым	M32	MVB32

Таблица 10. Точки меридиана трех частей туловища и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Кван-гвек	L1	MTR1	Две-ки	L7	MTR7
Ки-мун	L2	MTR2	Санг-пи	L8	MTR8
Дзунг-тхонг	L3	MTR3	Пи-би	L9	MTR9
Ки-дзи	L4	MTR4	Кйен-пи	L10	MTR10
Ое-тхонг	L5	MTR5	Кйен-ек	L11	MTR11
Дзи-ки	L6	MTR6	И-дзонг	L12	MTR12

Вторая ветвь начинается от угла основания ногтя IV пальца, проходит вниз до основания I фаланги и поднимается по латеральной стороне III пальца до угла нижнего края ногтя на 0,5 см кнаружи.

МЕРИДИАН СЕРДЦА

Меридиан сердца (МС) находится на ладонной поверхности кисти. На нем расположены 15 акупунктурных точек (табл. 11; см. рис. 38). Меридиан состоит из двух ветвей. Первая ветвь начинается от середины II пястной кости на медиальной стороне и проходит вверх по медиальному краю этого пальца до верхнего края ногтя. Вторая ветвь начинается выше проксимальной поперечной линии ладони и основания I фаланги IV пальца, проходит на 0,3 см от латерального края вверх до уровня верхнего края ногтя.

Таблица 11. Точки меридиана сердца и их обозначение

Название точки	Обозначение	
	корейское	международное
Хо-коу	G1	MC1
Бек-дзунг	G2	MC2
Фунг-кван	G3	MC3
Пе-санг	G4	MC4
Дзин-ки	G5	MC5
Кан-хйел	G6	MC6
Ка-кван	G7	MC7
Бек-дзу	G8	MC8
Сам-кван	G9	MC9
Ке-мйенг	G10	MC10
Мйен-кван	G11	MC11
Дзунг-кван	G12	MC12
Сам-мйенг	G13	MC13
Тек-дунг	G14	MC14
Сам-дзунг	G15	MC15

Таблица 12. Точки меридиана легких и их обозначение

Название точки	Обозначение	
	корейское	международное
Дзун-пхе	C1	MP1
Ун-дзэнг	C2	MP2
Унь-хо	C3	MP3
Кйен-кйен	C4	MP4
Бек-нюк	C5	MP5
Кйен-дзэн	C6	MP6
Бек-дзун	C7	MP7
Син-хйен	C8	MP8
Син-дзунг	C9	MP9
Кым-син	C10	MP10
Бек-ванг	C11	MP11
Бек-кхва	C12	MP12
Ки-бйек	C13	MP13

МЕРИДИАН ЛЕГКИХ

Меридиан легких (MP) находится на ладонной поверхности и состоит из двух ветвей. На них расположены 13 акупунктурных точек (табл. 12; рис. 43). Первая ветвь начинается от ладонной межфаланговой кожной складки на расстоянии 0,5 см от латерального края II пальца, проходит вверх до свободного края ногтя. Вторая ветвь начинается от ладонной межфаланговой кожной складки, на расстоянии 0,5 см от медиального края IV пальца, дальше идет по этому же пальцу вверх до свободного края ногтя.

МЕРИДИАН ПЕЧЕНИ

Меридиан печени (MF) находится на ладонной поверхности и состоит из двух одинаковых по функции ветвей, на которых расположены 16 акупунктурных точек (табл. 13; рис. 44). Первая ветвь начинается на расстоянии 0,5 см от кончика I пальца и на расстоянии 0,5 см от латерал

Рис. 43. Точки акупунктуры меридиана легких и селезенки

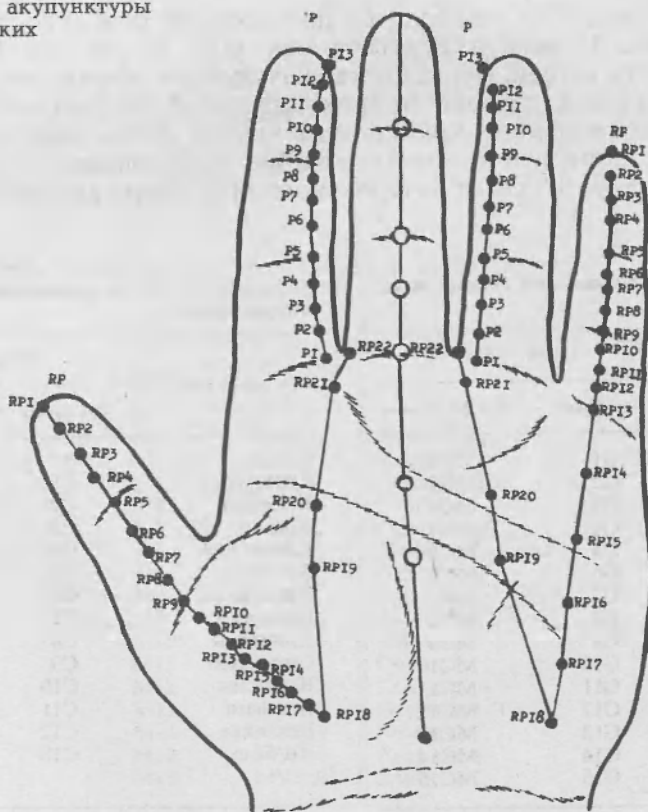
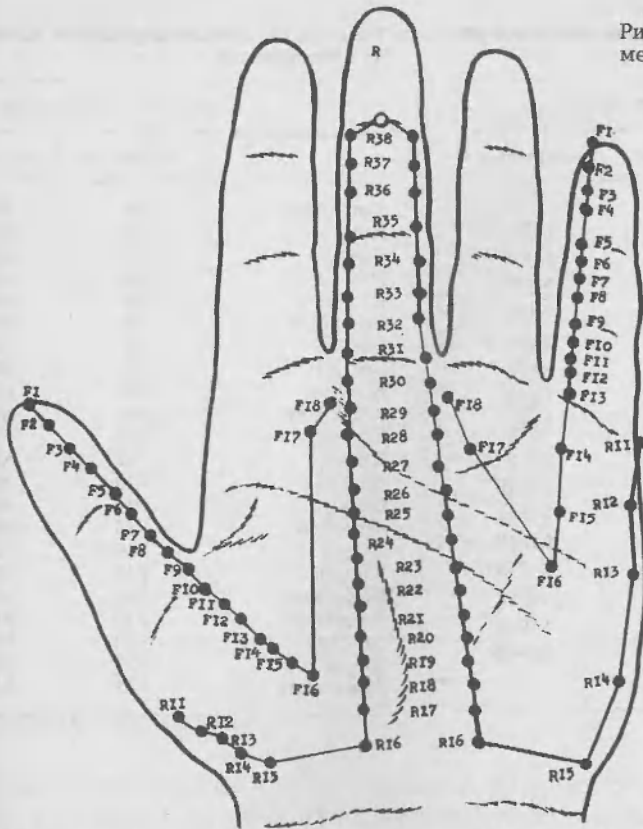


Рис. 44. Точка акупунктуры меридианов печени и почек



его края, далее она проходит до основания I пястной кости, затем поднимается по латеральному краю II пястной кости до ее головки. Вторая ветвь начинается на конце медиальной стороны V пальца, идет книзу до основания V пястной кости, пересекая проксимальную поперечную линию ладони на 2 см, затем под углом в 45° поднимается вверх и идет до основания II фаланги IV пальца с медиальной стороны.

МЕРИДИАН СЕЛЕЗЕНКИ — ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Меридиан селезенки — поджелудочной железы (MRP) находится на ладонной поверхности и состоит из двух ветвей, на которых расположены 21 акупунктурные точки (табл. 14; см. рис. 43). Первая ветвь начинается от конца I пальца, проходит по середине этого пальца по гипотенару до основания I пястной кости, затем поднимается до ладонной межфаланговой кожной складки у медиального края III пальца. Вторая ветвь начинается от середины края V пальца, проходит по гипотенару до основания I пястной кости. Затем под углом 30° достигает складки между III и IV пальцами.

Таблица 13. Точки меридиана печени и их обозначение

Название точки	Обозначение	
	корейское	международное
Чйенг-ым	N1	MF1
Чйенг-хваг	N2	MF2
Тон-хванг	N3	MF3
Анг-чйенг	N4	MF4
Чйенг-кок	N5	MF5
Дас-сан	N6	MF6
Дас-ин	N7	MF7
Юк-чйенг	N8	MF8
Ым-ки	N9	MF9
Ки-не	N10	MF10
Ым-дзу	N11	MF11
Ым-дзо	N12	MF12
Ым-чи	N13	MF13
Не-бок	N14	MF14
Дзуг-бок	N15	MF15
Чйенг-со	N16	MF16

Таблица 14. Точки меридиана селезенки и их обозначение

Название точки	Обозначение	
	корейское	международное
Ког-дйенг	F1	MRP1
Ког-он	F2	MRP2
Сып-он	F3	MRP3
Пек-са	F4	MRP4
Ки-ым	F5	MRP5
Ым-рйем	F6	MRP6
Ым-нё	F7	MRP7
Ым-до	F8	MRP8
Ым-кук	F9	MRP9
Юк-хванг	F10	MRP10
Юк-би	F11	MRP11
Юк-сик	F12	MRP12
Би-чунг	F13	MRP13
Би-ху	F14	MRP14
Ми-сйен	F15	MRP15
Де-юк	F16	MRP16
Юк-ым	F17	MRP17
Бок-дзанг	F18	MRP18
Би-дзунг	F19	MRP19
Би-санг	F20	MRP20
Би-чу	F21	MRP21
Дзик-дзин	F22	MRP22

МЕРИДИАН ПОЧЕК

Меридиан почек (MR) состоит из двух ветвей, на каждой из которых располагаются 38 акупунктурных точек (табл. 15; см. рис. 39, 44). Первая ветвь начинается на тыльной поверхности кисти у основания латерального угла ногтя V пальца, проходит до сустава между I его фалангой и пястной костью, поворачивает на латеральный край ладонной поверхности гороховидной кости. Затем идет к середине ладони до линии тенара, проходит через дистальную и проксимальную линии ладони и, отступив на 0,8 см (в зависимости от толщины пальца) или на $\frac{1}{6}$ от медиального края III пальца, следует к середине III (ногтевой) фаланги III пальца. Вторая ветвь начинается у основания наружного края I пальца, доходит до основания кости II фаланги (сустава), пересекая осевую линию, поднимается вверх. Далее пересекает ладонную межфаланговую кожную складку и на 0,5 см от латерального края II пальца до сустава (кожной складкой между II и III фалангами идет к середине I фаланги III пальца).

Таблица 15. Точки меридиана почек и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Син-чэнг	J1	MR1	Дэва-вон	J20	MR20
Син-йенг	J2	MR2	Вон-ым	J21	MR21
Син-дзу	J3	MR3	Мен-ки	J22	MR22
Син-ки	J4	MR4	Су-мун	J23	MR23
Син-су	J5	MR5	Би-ки	J24	MR24
Ым-чык	J6	MR6	Ха-ви	J25	MR25
Ым-су	J7	MR7	Ви-ки	J26	MR26
Дэа-кунг	J8	MR8	Санг-кок	J27	MR27
Ок-мун	J9	MR9	Дзунг-сим	J28	MR28
Ок-сун	J10	MR10	Дунг-мун	J29	MR29
Ха-ок-сун	J11	MR11	Кияк-ип	J30	MR30
Су-ки	J12	MR12	Хюнг-сок	J31	MR31
Ын-мун	J13	MR13	Кюнг-дунг	J32	MR32
Пхо-мун	J14	MR14	Хюнг-ки	J33	MR33
Ым-чык	J15	MR15	Санг-хюнг	J34	MR34
Сенг-мун	J16	MR16	Кйенг-донг	J35	MR35
До-кык	J17	MR17	Пхен-дунг	J36	MR36
Кок-до	J18	MR18	Ин-дзунг	J37	MR37
Дэа-пхо	J19	MR19	Ду-ин	J38	MR38

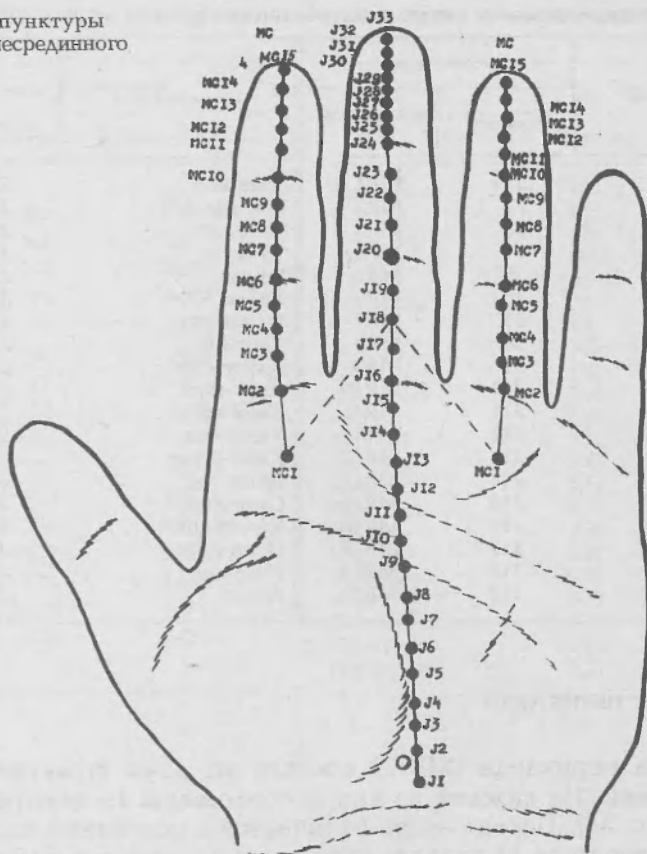
МЕРИДИАН ПЕРИКАРДА

Меридиан перикарда (ММС) состоит из двух функционально равнозначных ветвей. На каждой из них расположены 15 акупунктурных точек (табл. 16; рис. 45). Первая ветвь начинается с основания кости I фаланги и проходит к вершине II пальца; вторая ветвь — от основания I фаланги IV пальца и проходит до вершины ногтевой фаланги.

Таблица 16. Точки меридиана перикарда и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Квонг-юк	K1	ММС1	Не-кан	K9	ММС9
Ын-ти	K2	ММС2	Де-дзи	K10	ММС10
Ха-дзунг	K3	ММС3	Ван-сим	K11	ММС11
Ха-чул	K4	ММС4	Су-сим	K12	ММС12
Ын-ин	K5	ММС5	Су-хек	K13	ММС13
Са-дзунг	K6	ММС6	Ди-тхонг	K14	ММС14
Ван-сим	K7	ММС7	Хйел-чен	K15	ММС15
Ван-гйек	K8	ММС8			

Рис. 45. Точки акупунктуры перикарда и переднесрединного меридиана



ПЕРЕДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН

Переднесрединный меридиан жэнь-май (MJ) расположен на ладонной поверхности (табл. 17; см. рис. 45). На нем находятся 33 акупунктурные точки. Меридиан начинается в проекции между полулунной и ладьевидной костями, в том месте, где сходятся осевая линия и тенар. По осевой линии он идет на середину III пальца до его края.

ЗАДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН

Заднесрединный меридиан ду-май (MT) находится на тыльной стороне кисти. На нем расположены 27 акупунктурных точек (табл. 18; рис. 46). Меридиан начинается в проекции между полулунной и ладьевидной костями, проходит через тыльную сторону кисти, посередине III пальца и доходит до середины ногтя.

Таблица 17. Точки переднесрединного меридиана и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Ха-им	A1	MJ1	Пхо-дзунг	A18	MJ18
Нё-до	A2	MJ2	Санг-сик	A19	MJ19
Банг-кванг	A3	MJ3	Сик-кван	A20	MJ20
Дзи-со	A4	MJ4	Фу-ки	A21	MJ21
Сам-син	A5	MJ5	Ин-фу	A22	MJ22
Сам-чо	A6	MJ6	Пхен-до	A23	MJ23
Син-дзунг	A7	MJ7	Сер-а	A24	MJ24
Син-че	A8	MJ8	Ха-чи	A25	MJ25
Санг-со	A9	MJ9	Ха-сун	A26	MJ26
Сиб-ин	A10	MJ10	Ку-сун	A27	MJ27
Ха-ви	A11	MJ11	Би-дзун	A28	MJ28
Ви-дзун	A12	MJ12	Ви-енг	A29	MJ29
Санг-ви	A13	MJ13	Сим-данг	A30	MJ30
Ви-ку	A14	MJ14	Ак-дзунг	A31	MJ31
Санг-ку	A15	MJ15	Син-сенг	A32	MJ32
Сим-кйек	A16	MJ16	Дзу-дзенг	A33	MJ33
Ха-сик	A17	MJ17			

Таблица 18. Точки заднесрединного меридиана и их обозначение

Название точки	Обозначение		Название точки	Обозначение	
	корейское	международное		корейское	международное
Дзян-ми	B1	MT1	Сим-дзунг	B15	MT15
Сен-дзунг	B2	MT2	Кель-сим	B16	MT16
Вяг-банг	B3	MT3	Пхе-дзу	B17	MT17
Вяг-со	B4	MT4	Пхунг-ип	B18	MT18
Вяг-де	B5	MT5	Де-кйенг	B19	MT19
Дзунг-чхек	B6	MT6	Юк-кйянг	B20	MT20
Сян-бе	B7	MT7	О-кйянг	B21	MT21
Чо-дзунг	B8	MT8	Са-кйянг	B22	MT22
Чанг-дзунг	B9	MT9	Сам-кйянг	B23	MT23
О-дзунг	B10	MT10	Не-фунг	B24	MT24
Чып-дзунг	B11	MT11	Фунг-дзанг	B25	MT25
Кян-дзунг	B12	MT12	Ху-ду	B26	MT26
Хян-дзунг	B13	MT13	Фу-дйенг	B27	MT27
Вяк-чу	B14	MT14			

Рис. 46. Точки акупунктуры заднесрединного меридиана



ОСНОВНЫЕ ТОЧКИ, МЕСТО ИХ РАСПОЛОЖЕНИЯ НА КИСТИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ПЕРЕДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН

М11 ха-им

Расположение: в проекции между полулунной и ладьевидной костями на схождении осевой линии и линии тенара, на расстоянии 2,5 см от точки да-лин МС7.

Топографическая анатомия: под кожей находятся поверхностная ветвь локтевого нерва; ветви, отходящие от срединного нерва, а также от локтевой и лучевой артерий.

Показания: точка ха-им функционально соответствует корпоральной точке переднесрединного меридиана хуэй-инь и применяется при заболеваниях наружных половых органов (зуд и потливость), а также при бессознательном состоянии, гастроэнтерите, гастрите.

Глубина укола 2—4 мм; прижигание 5 мин.

MJ2 нё-до

Расположение: на прямой дистально на расстоянии 1 см от точки ха-им.

Топографическая анатомия: см. точку ха-им.

Показания: гипергидроз, общее истощение, поллюции, эпидидимит, нефрит. Соответствует точке цюй-гу.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MJ3 банг-кванг

Расположение: на расстоянии 0,6 см от точки нё-до по прямой дистально.

Топографическая анатомия: см. точку ха-им.

Показания: заболевания почек, цистит, учащенное мочеиспускание, задержание мочи.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3—5 мин.

MJ4 дзи-со

Расположение: в проекции головчатой кости, на схождении осевой линии и линии тенара, на 0,6 см дистальнее от точки банг-кванг.

Топографическая анатомия: см. точку ха-им.

Показания: энтероколит, спазм и боль в тонкой кишке, метеоризм.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

MJ5 сам-син

Расположение: в проекции основания II пястной кости, на осевой линии, на 4 см от дистальной кожной складки запястья.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственный ладонный пальцевый нерв, отходящий от медиального нерва, и кожные ветви, отходящие от медиального нерва; ветви, отходящие от локтевой артерии, венозная сеть от срединной вены предплечья.

Показания: эндометрит, эрозия шейки матки, аднексит, дисменорея, меноррагия.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

MJ6 сам-чо

Расположение: на 0,6 см дистальнее от точки сам-син.

Топографическая анатомия: см. точку сам-син.

Показания: артериальная гипертензия, психоз, истерические припадки, цианоз; заболевания, связанные с дисфункцией надпочечников.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

MJ7 син-дзунг

Расположение: по осевой линии на 0,6 см дистальнее точки сам-чо.

Топографическая анатомия: см. точку сам-чо.

Показания: см. точку сам-чо.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

MJ8 син-че

Расположение: в проекции середины II пястной кости, по осевой линии на 1 см ниже проксимальной поперечной линии ладони.

Топографическая анатомия: под кожей находятся кожные ветви общих ладонных и собственных ладонных пальцевых нервов, отходящих от срединного нерва, общие ладонные пальцевые артерии.

Показания: точка соответствует корпоральной точке в области пупка — шэнь-цзюе (воздействие на сосуды брюшной полости); солярит, хронический энтероколит, вздутие живота, желудочно-кишечное кровотечение.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЖ10 сиб-ин

Расположение: в проекции головки II пястной кости, по осевой линии, ниже дистальной поперечной линии ладони.

Топографическая анатомия: под кожей находятся кожные ветви общих ладонных пальцевых нервов, отходящих от срединного нерва; подкожные артерии и вены.

Показания: язва двенадцатиперстной кишки.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЖ12 ви-дзунг

Расположение: в проекции пястно-фалангового сустава, по осевой линии, выше дистальной поперечной линии ладони.

Топографическая анатомия: см. точку сиб-ин.

Показания: язва желудка, гастрит, спазм желудка, тошнота, рвота.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЖ16 сим-кйек

Расположение: в центре складки у основания I фаланги III пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся кожные ветви общих ладонных пальцевых нервов, отходящих от срединного нерва; общие ладонные пальцевые артерии и подкожные вены.

Показания: стоматит, тонзиллит, одышка, боль в сердце, боль за грудиной.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЖ18 пхо-дзун

Расположение: в центре I фаланги III пальца.

Топографическая анатомия: см. точку сим-кйек.

Показания: стенокардия, тахикардия, бронхит, кашель, срыгивание у детей.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЖ20 сик-кван

Расположение: в центре складки между I и II фалангами III пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы, артерии и кожные вены.

Показания: ларингит, трахеит, лимфангит.

Глубина укола 2 мм; прижигание 2 мин.

МЖ25 ха-чи

Расположение: в центре складки между II и III фалангами III пальца.

Топографическая анатомия: см. точку сик-кван.

Показания: тахикардия, боль в сердце.

Глубина укола 2 мм; прижигание 2 мин.

МЖ28 би-дзун

Расположение: в центре III фаланги III пальца.

Топографическая анатомия: см. точку сик-кван.

Показания: поражение слизистой оболочки носа, хронический насморк, ринит.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЕРИДИАН ПОЧЕК

Меридиан состоит из двух ветвей, на каждой из которых находятся 38 равнозначных точек (см. рис. 39, 44).

MR3 син-дзу

Расположение: первая точка син-дзу расположена на I пальце, на радиальной стороне складки, образующейся при сгибании I фаланги; вторая — на ладонной поверхности V пальца, на ульнарной стороне складки, образующейся при сгибании II и III фаланги.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: боль в суставах различной этиологии.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MR7 ым-су

Расположение: на ульнарной стороне между фаланговым суставом (I и II) костей по ходу корпорального меридиана тонкой кишки.

Топографическая анатомия: см. точку син-дзу.

Показания: боль в затылке.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MR10 ок-сун

Расположение: первая точка находится на радикальной стороне, ближе тыльной стороне кисти, пястно-фалангового сустава I пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы, артерии и подкожные вены.

Показания: межреберная невралгия, рвота, тошнота.

Глубина укола 2 мм; прижигание 5 мин.

MR11 ха-ок-сун

Расположение: на ульнарной стороне пястно-фалангового сустава V пальца.

Топографическая анатомия: см. точку син-цзу.

Показания: боль в спине, звон и шум в ушах.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MR23 су-мун

Расположение: точки обеих ветвей расположены на середине ладони, 0,5 см ульнарно и радиально от осевой линии, на уровне точки син-дзунг переднесрединного меридиана.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственный ладонный пальцевый нерв, отходящий от медиального нерва, ветви локтевой артерии, венозная сеть от срединной вены предплечья.

Показания: почечная колика, пиелит, камень в мочеточнике, эпидемит.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

ME1 санг-чи

Точки обеих ветвей расположены радиально и ульнарно от меридиана точек III пальца. Они находятся на конце ногтевой (III) фаланги, на расстоянии 3 мм от каждого угла ногтя (см. рис. 38).

Топографическая анатомия: см. точку син-дзу.

Показания: воспаление слезной железы, конъюнктивит.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

ME2 ань-ха

Точка расположена на верхней трети I фаланги II пальца, на 1 см ниже точки сан-ги.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы, артерии и подкожные вены.

Показания: кератит, глазная мигрень, истерический птоз, неврит зрительного нерва.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

ME14 кйек-ли

Точка расположена с радиальной и ульнарной сторон пястно-фаланговой складки III пальца, на уровне точки сим-кйек.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви, отходящие от общих ладонных пальцевых нервов среднего нерва; общие ладонные пальцевые артерии и подкожные вены.

Показания: бронхит, кашель, бронхиальная астма.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

ME22 син-де

Точка расположена в проекции II пястной кости с радиальной и ульнарной сторон, на уровне точки су-мун (у линии жизни), отделяющей тенар.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ладонные пальцевые нервы и ладонный нерв, отходящий от срединного нерва, артерии и подкожные вены.

Показания: заболевания толстой кишки.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

ME26 дзин-дза

Точка расположена с радиальной и ульнарной сторон от меридиана почек, на уровне точки пхо-дзун, в проекции у основания III пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ладонная ветвь медиального нерва, поверхностная ладонная ветвь лучевой артерии, ветви вез предплечья.

Показания: боль в нижних конечностях, миозит, ревматизм.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

МЕРИДИАН ТОЛСТОЙ КИШКИ

MG11 кйенг-янг

Точка расположена на ульнарной стороне пястно-фалангового сустава IV пальца и на радиальной стороне у пястно-фалангового сустава II пальца (см. рис. 40).

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы и общая ладонная пальцевая артерия.

Показания: ишиалгия, боль в подвздошной области, бедре.

Глубина укола 2—3 мм; прижигание 3 мин.

MG13 кйенг-чи

Точка расположена на ульнарной и радиальной сторонах пястно-фалангового сустава III пальца.

Топографическая анатомия: см. точку кйенг-янг.

Показания: тонзиллит, фарингит, зубная боль, невралгия тройничного нерва.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

МЕРИДИАН ПЕРИКАРДА

MMC6 са-дзун

Точка расположена по центру между I и II фаланговыми складками II и III пальцев (см. рис. 45).

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы и артерии.

Показания: гастроэнтероколит, диарея, метеоризм кишок, спазм тонкой кишки.

Глубина укола 1—2 мм.

MMC10 де-дзи

Точка расположена в центре складки между II и III фалангами II пальца.

Топографическая анатомия: см. точку са-дзун.

Показания: метеоризм, икота, отрыжка пищей, спазматическая боль в животе.

Глубина укола 2 мм; прижигание 2 мин.

МЕРИДИАН ПЕЧЕНИ

MF10 ки-не

Точка расположена по средней линии, на уровне пястно-фалангового сустава пальца; при разогнутом I пальце — посередине кожной складки (см. рис. 44).

Топографическая анатомия: под кожей находятся кожные ветви, отходящие от общих ладонных пальцевых нервов и собственных ладонных пальцевых нервов медиального нерва, главная артерия I пальца, вены.

Показания: истерический мутизм, депрессия.

Глубина укола 2 мм; прижигание 2 мин.

MF14 не-бок

Первая точка расположена между головками IV и V пястных костей, на 0,5 см дистальнее линии сердца (дистальная поперечная линия ладони); 2-я — в области тенара с радиальной стороны, на нижнем крае IV пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви общего ладонного пальцевого нерва, отходящего от локтевого нерва; общая пальцевая ладонная артерия.

Показания: см. точку MF10.

Глубина укола 2—3 мм; прижигание 5—10 мин.

MF17 (без названия)

MF18 » »

Точка MF17 расположена между II и III пястными костями, на уровне IV пальца; MF18— между III и IV пальцами.

Топографическая анатомия: см. точку не-бок.

Показания: для точки MF17— холангит, холецистит; для точки MF18— заболевание печени.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

МЕРИДИАН СЕЛЕЗЕНКИ

MRP5 ки-ым

Точка расположена в центре складки межфалангового сустава II и III костей V пальца (см. рис. 43).

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы и артерии, подкожные вены.

Показания: боль в нижних конечностях, судороги.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MRP9 ым-кук

Точка расположена в центре складки межфалангового сустава I и II костей V пальца.

Топографическая анатомия: см. точку ки-ым.

Показания: ночное недержание мочи.

Глубина укола 2 мм.

MRP19 би-дзунг

Точка расположена в области тенара, в проекции с ульнарной стороны на середине II пястной кости (1-я точка).

Вторая точка находится на середине IV пястной кости выше проксимальной поперечной линии ладони (линия головы).

Топографическая анатомия: см. точку ки-ым.

Показания: заболевания поджелудочной железы.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MRP21 би-чу

Точка расположена в проекции пястно-фалангового сустава пальца по ульнарной стороне, на расстоянии 2,5 см от межпальцевой складки II и III пальцев.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ладонный пальцевый нерв и общая ладонная пальцевая артерия.

Показания: кашель, повышение температуры тела при остром и хроническом бронхите, трахеит.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

МЕРИДИАН ТРЕХ ЧАСТЕЙ ТУЛОВИЩА

MTR10 кйен-пи

Точка расположена на ульнарной стороне II пальца, в проекции основания III фаланги (см. рис. 41).

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви ладонных пальцевых нервов, общие ладонные пальцевые артерии.

Показания: цервикальный синдром.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MTR12 и-дзонг

Обе точки расположены с радиального и ульнарного краев, на расстоянии 0,3 см от угла ногтя III пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся собственные ладонные пальцевые нервы и артерии.

Показания: воспаление околоушной железы.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

ЗАДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН

MT1 дзянг-ми

Точка расположена на выступе полулунной кости (см. рис. 46).

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы, артерии и тыльные костные вены.

Показания: геморрой, зуд в анусе, запор.

Глубина укола 2 мм; прижигание 5 мин.

MT7 син-бе

Точка расположена в проекции на середине III пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви поверхностного нерва предплечья, поверхностная ветвь лучевого нерва, артерии и латеральная подкожная вена.

Показания: см. корпоральную точку мин-мэнь: головная боль, боль в поясничной области, шум в ушах, недержание мочи.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MT14 кйек-чу

Точка расположена посередине пястно-фалангового сустава III пальца, на тыльной поверхности кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы, отходящие от лучевого и локтевого нервов; тыльно-запястные ветви, отходящие от лучевой артерии.

Показания: см. корпоральную точку чжи-ян: плеврит, межреберная невралгия, боль в спине.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3—5 мин.

MT19 пхе-дзу

Точка расположена на тыле кисти, в центре межфаланговых I — II костей складки III пальца в разогнутом положении.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы и артерии.

Показания: воспаление околоушной и подчелюстной желез, заболевания слизистых оболочек рта и носа, а также малярия, грипп, заболевания легких, двигательные и чувствительные расстройства в области лопатки и затылка, диспепсия у детей (см. точку да-чжуй).

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MT24 не-фунг

Точка расположена в центре складки сустава II и III фаланг III пальца.

Топографическая анатомия: см. точку пхе-дзу.

Показания: заболевания околоушной и подчелюстной желез, слизистой оболочки рта и носа, стенокардия, тахикардия.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MT25 фунг-дзанг

Точка расположена на средней линии III пальца, на 0,5 см выше точки не-фунг.

Топографическая анатомия: см. точку пхе-дзу.

Показания: воспаление слезной железы, боль в слезной железе, острый и хронический ринит.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

МЕРИДИАН МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

MV7 фунг-сак

Точка расположена латерально и радиально от средней линии на складках сустава костей I и II фаланг III пальца (см. рис. 41).

Топографическая анатомия: под кожей находятся дорсальные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: односторонняя головная боль, мигрень.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MV10 пхе-ро

Точка расположена на радиальной и ульнарной стороне III пальца дистально на 0,5 см от межпальцевой складки.

Топографическая анатомия: см. точку фунг-сак.

Показания: головная боль, мигрень.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MV11 хенг-мун

Точка расположена на радиальной и ульнарной сторонах III пальца, на 2—3 мм выше межпальцевых складок.

Топографическая анатомия: см. точку фунг-сак.

Показания: стенокардия, тахикардия.

Глубина укола 2 мм; прижигание 2—3 мин.

MV12 сим-фун

Точка расположена на 0,5 см ниже точки хенг-мун.

Топографическая анатомия и показания: см. точку хенг-мун.

Глубина укола 2 мм; прижигание 3 мин.

MV14 кан-са

Точка расположена в проекции головки III пястной кости, с медиальной и латеральной сторон.

Топографическая анатомия: под кожей находятся поверхностная ветвь лучевого нерва и тыльная ветвь локтевого нерва, поверхностные пястные артерии и вены.

Показания: гепатит, холангит.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV15 дам-чйенг

Точка расположена на 0,5 см ниже точки кан-са.

Топографическая анатомия и показания: см. точку кан-са.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV16 би-йенг

Точка расположена с радиальной и ульнарной сторон ниже суставной головки III пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльная ветвь локтевого и поверхностная ветвь лучевого нервов, поверхностные пястные артерии и вены.

Показания: заболевания поджелудочной железы.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV17 вуи-хе

Точка расположена на 0,5 см проксимальнее точки би-йенг.

Топографическая анатомия: см. точку би-йенг.

Показания: заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV18 чо-ки

Точка расположена с радиальной и ульнарной сторон пястной кости, на 5 см проксимальнее точки вуи-хе.

Топографическая анатомия: см. точку би-йенг.

Показания: заболевания надпочечников, почек и наружных половых органов.

Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV19 су-вйен

Точка расположена ниже точки чо-ки.

Топографическая анатомия и показания: см. точку чо-ки.

MV20 дзанг-до

Точка расположена с радиальной и ульнарной сторон в проекции основания III пястной кости.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви поверхностного лучевого и тыльного локтевого нервов, поверхностные и венозные ветви ладья кисти.

Показания: заболевания толстой кишки.

Глубина укола 3 мм; прижигание 3 мин.

MV21 хьш-кок

Точка расположена на 0,5 см ниже точки дзанг-до.

Топографическая анатомия: см. точку дзанг-до.

Показания: заболевание тонкой кишки.
Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

MV22 су-гхонг

Точка расположена в проекции между головчатой и пястной костями тыльной поверхности кисти.

Топографическая анатомия: под кожей находятся ветви тыльного лучевого нерва и поверхностные ветви лучевого нерва, тыльные запястные ветви лучевой артерии, истоки подкожной вены.

Показания: боль в лучезапястном суставе.
Глубина укола 3 мм; прижигание 5 мин.

МЕРИДИАН ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

MVB18 хван-кок

Точка расположена на проксимальном конце пястных костей: первая — на линии между IV и V пальцами, вторая — на линии между II и III пальцами, на тыльной стороне кисти (см. рис. 42).

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные ветви лучевого и локтевого нервов, поверхностные запястные ветви лучевой артерии.

Показания: люмбагия, ишиалгия, особенно в острых случаях. Точки укалывают одновременно и сильно стимулируют.

Глубина укола 3—5 мм; прижигание 5—10 мин.

MVB20 сенг-ки

Точка расположена в углу, образованном I и II пястными костями, на расстоянии 1 цуня от точки хэ-гу.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы, отходящие от лучевого нерва, ветви лучевой артерии, истоки подкожной вены.

Показания: ринит, синусит.

Глубина укола 3—5 мм; прижигание 5—10 мин.

MVB24 янг-гхонг

Точка расположена у края перепонки между I и II пальцами.

Топографическая анатомия: см. точку сенг-ки.

Показания: носовое кровотечение.

Глубина укола 3 мм; прижигание 10 мин.

MVB25 дзунг-гхе

Точка расположена на ульнарной стороне пястно-фалангового сустава I пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся дорсальные пальцевые нервы, отходящие от лучевого нерва; собственные поверхностные пальцевые артерии и вена.

Показания: головная боль.

Глубина укола 2 мм; прижигание 5 мин.

MVB26 чен-кван

Точка расположена на радиальной стороне между I и II костями фалангового сустава V пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы, тыльные пястные артерии и вены.

Показания: боль в промежности, геморрой.

Глубина укола 2 мм; прижигание 5 мин.

MVB30 кун-нынг

Точка расположена на ульнарной стороне, на суставе между фаланговой и пястной костями I пальца.

Топографическая анатомия: под кожей находятся тыльные пальцевые нервы, собственная поверхностная пальцевая артерия.

Показания: заболевания глаз, конъюнктивит.

Скальпотерапия (краниоакупунктура)

Скальпотерапия (церебральная акупунктура) — метод рефлекторного лечения специальными иглами, которые вводят в определенные зоны волосистой части головы (под скальп на 2—6 см).

Выделяют ряд стимуляционных зон скальпа, соответствующих функциональной локализации зон в коре большого мозга. Из этих 14 зон китайские врачи успешно используют для лечения таких болезней, как церебральный тромбоз, церебральная геморрагия, хорей, болезнь Паркинсона, задержание мочи у детей.

Итальянские специалисты применяют краниоакупунктуру для снятия болевого синдрома в области плечевого сустава при гемипарезе. Используя электростимуляцию, больным вводят иглы в область локализации I и II сенсомоторных зон.

Применение краниоакупунктуры у больных, перенесших инсульт, по мнению некоторых авторов, эффективнее медикаментозного, ортопедического и нейрохирургического лечения. Она позволяет снизить мышечный тонус в пораженной части тела, восстановить координацию движений, ослабить хорееподобный синдром и уменьшить спастические нарушения. Таким образом, краниоакупунктура показана при заболеваниях ЦНС, при которых поражаются кора большого мозга, подкорковые структуры, мозжечок и др.

Положительные результаты получены также при лечении церебрально-арханоидита (после перенесенной нейроинфекции), последствий закрытой черепно-мозговой травмы, эпилепсии Джексона, склеротических нарушений, цереброваскулярного головокружения, гемипареза (после перенесенного нарушения мозгового кровообращения), малой хорей у детей, синдрома Меньера, гиперстенической формы неврастения, нарушений менструального цикла, язвенной болезни желудка и др. В большинстве случаев краниоакупунктуру сочетают с воздействием на корпоральные и аурикулярные точки, что повышает эффект лечения. При отеке конечностей (последствие церебрального паралича) одновременно с краниоакупунктурой воздействуют на корпоральные точки.

КРАТКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О СВОДЕ ЧЕРЕПА

Мозговой череп делят на 6 областей, границы которых строго ограничены. На своде черепа выделяют непарные области — лобную, теменную, затылочную и парные — височные области и области сосцевидных отростков. В силу сходства анатомического строения три первые области объединены в одну лобно-теменно-затылочную область, ограниченную спереди верхнеглазничным краем, сзади — верхней выйной линией, по бокам — верхней височной линией.

Верхний слой — кожа. Она плотная, относительно толстая, покрыта волосами, малоподвижна и прочно сращена с подлежащим сухожильным растяжением (исключая лобную область).

В толще кожи находится много потовых и сальных желез. Кожу удается взять в складку, так как она многочисленными соединительнотканными тяжами связана с сухожильным шлемом.

Для подкожной основы характерно то, что ее жировые включения разобщены между собой соединительнотканными перемышками.

Прочная связь кожи с сухожильным шлемом (он легко подвижен, так как отделен от надкостницы слоем рыхлой клетчатки) обуславливает нередко скальпированный характер ран свода черепа. При этом триада тканей (кожа, подкожная основа и сухожильный шлем) отслаивается от костей свода черепа на большем или меньшем протяжении.

В подкожной основе свода черепа проходит большое число кровеносных и лимфатических сосудов и нервов.

Надкостница — соединительнотканная пластинка мезенхимного происхождения, покрывающая наружную поверхность костей черепа. Она находится под рыхлым слоем подкожной основы. Надкостница связывает кость с окружающими тканями и принимает участие в ее трофике, развитии, росте и регенерации.

В надкостнице черепа, в отличие от других костей, волокнистый слой отсутствует, а камбиальный переходит непосредственно в апоневротический шлем. Надкостница внутренней поверхности костей черепа одновременно служит твердой мозговой оболочкой.

Надкостница кровоснабжается ветвями артерий мышечного типа и имеет развитую микроциркуляторную сосудистую систему. Ее вены извилистые, мышечного типа.

Надкостницу иннервируют соматический и вегетативный отделы нервной системы. Нервы входят вместе с сосудами в местах прикрепления мышечных сухожилий в виде пучков и отдельных волокон, образуя два сплетения — поверхностное и глубокое. Из надкостницы сосуды и нервы вместе с сопровождающей их соединительной тканью по прободающим каналам проникают в кость.

Твердую мозговую оболочку свода черепа иннервируют почти исключительно нервные волокна, отходящие от второй и третьей ветвей тройничного нерва.

Лобная область. Нервы, кровеносные и лимфатические сосуды лобной области проходят в подкожной основе. Чувствительные нервы лобной

области представлены глазными ветвями тройничного нерва, двигательные, иннервирующие лобную мышцу, — височными ветвями лицевого нерва.

Лобная область кровоснабжается в основном за счет внутренней сонной артерии; от нее отходит глазная артерия, от которой, в свою очередь, отделяются лобная и надглазничная артерии.

Венозные сосуды лобной области представляют собой хорошо развитую сеть лобных вен.

Теменная область. Нервы теменной области представлены мелкими конечными веточками надглазничного нерва спереди, теменно-височного нерва — с боков и большого затылочного нерва — сзади.

Теменная область кровоснабжается обильной сетью артериальных и венозных сосудов (в основном поверхностной височной артерией и вены).

Затылочная область. В затылочной области проходят следующие нервы:

1. Подзатылочный нерв (двигательный). Он расположен наиболее медиально, является задней ветвью I шейного нерва. Его ветви отходят к мелким глубоким мышцам шеи.

2. Большой затылочный нерв (чувствительный). Он находится латеральнее предыдущего, является задней ветвью II шейного нерва. Нерв разветвляется в затылочной области, анастомозируя с малым затылочным и ушными нервами.

3. Малый затылочный нерв (чувствительный). Этот нерв отходит от шейного сплетения, проецируется на 3—3,5 см кзади от верхнего конца прикрепления ушной раковины и иннервирует кожу затылочной области.

Кровоснабжение затылочной области обеспечивает затылочная артерия, которая начинается от задней поверхности наружной сонной артерии. Венозный отток от затылочной области осуществляется через затылочную вену, сопровождающую одноименную артерию.

Вены мягких покровов свода черепа анастомозируют с диплоэтическими венами костей черепа и синусами твердой мозговой оболочки.

Таким образом, вены мягких тканей свода черепа, внутрикостные и интракраниальные вены образуют единую систему, направление тока крови в которой изменяется в связи с колебаниями внутричерепного давления. Вены здесь лишены клапанов.

Лимфа оттекает к трем группам лимфатических узлов: от лобной области — в поверхностные и глубокие околоушные лимфатические узлы; от теменной — в позадиушные; от теменной и затылочной — в затылочные лимфатические узлы, расположенные под сухожильным шлемом или над ним.

Подпапневротическое пространство под *galea aponeurotica* заполнено жировой клетчаткой, где проходят теменные эмиссарии, связывающие верхний сагиттальный синус твердой мозговой оболочки с подкожными венами свода черепа.

Височная область. В подкожной основе между пластинками поверхностной фасции, являющейся продолжением сухожильного шлема, проходят стволы поверхностных височных сосудов и ветви височно-ушного нерва от третьей ветви тройничного нерва.

Височно-ушной нерв (чувствительный), направляясь кверху, разветвляется преимущественно в коже заднего отдела височной области.

Скуловой нерв (чувствительный), отходящий от второй ветви тройничного нерва, проходит через одноименное отверстие в скуловой кости к коже переднего отдела височной области.

Кровоснабжение височной области происходит за счет поверхностной височной артерии, которая, вступая в височную область, подразделяется на переднюю ветвь — лобную и заднюю — теменную.

Лобная ветвь поверхностной височной артерии (от наружной сонной) анастомозирует с надглазничной артерией (от внутренней сонной); теменная ветвь — с затылочной артерией (от наружной сонной). Кроме того, ветви левой поверхностной височной артерии анастомозируют с соответствующими ветвями правой стороны.

Одноименная вена располагается позади артерии и повторяет ее ход. Височно-ушной нерв (чувствительный) сопровождает указанные кровеносные сосуды.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ КРАНИОАКУПУНКТУРЫ

В литературе имеются единичные сообщения о механизме действия краниоакупунктуры, высказываются предположения о том, что воздействие на зоны скальпа вызывает раздражение рецепторов и возникновение импульсации (преимущественно ноцицептивной и протопатической) с вовлечением структур продолговатого мозга, подкорковых ядер, коры большого мозга, которые затем оказывают влияние на различные системы организма.

В основе краниоакупунктуры, несомненно, лежит рефлекторное воздействие зон скальпа на анатомические проекции структур в мозге, а через них — на функции органов и систем.

Известно, что кровоснабжение, иннервация и строение скальпа и надкостницы черепа имеют определенные особенности. Необходимо иметь в виду, что при введении игл под скальп на 2—5 см одновременно наносится раздражение и на надкостницу. Надкостница через надкостные каналы нервы и сосуды анастомозирует с твердой мозговой оболочкой.

В иннервации сосудов головы принимают участие как симпатические, так и спинномозговые и черепные нервы. Следует помнить, что сосуды конечностей иннервируют ветви симпатических нервов, сосуды же органов брюшной полости, забрюшинного пространства и частично таза — непосредственно ветви симпатических сплетений.

Общеизвестно, что в составе каждого спинномозгового нерва имеется большее или меньшее количество вегетативных волокон, которые либо выходят непосредственно из клеток вегетативных центров и проходят в составе корешков, либо вступают в спинномозговой нерв через *n. communicantes*.

Свод черепа иннервируют ушной нерв (от третьей ветви тройничного нерва), задний ушной нерв (от лицевого нерва), большой затылочный нерв (от II шейного нерва), малый затылочный нерв (от шейных нервов).

C_{II} — C_{III}). Малый затылочный нерв анастомозирует с большим затылочным, большим ушным и лицевым нервами.

Так, в соматической афферентной иннервации скальпа участвуют ветви тройничного и лицевого (черепных) нервов и ветви шейного сплетения. Вместе с тем, нервы шейного сплетения (большой и малый затылочные нервы) при помощи соединительных веточек анастомозируют с симпатическим стволом (с верхним шейным узлом симпатического ствола).

Следовательно, при воздействии на афферентные волокна шейных нервов в зонах скальпа возбуждение может передаваться в симпатические ганглии, затем распространяться по всей симпатической цепочке и переходить на внутренние органы и другие системы.

Тройничный нерв является смешанным. Он имеет двигательные и чувствительные ядра в мозговом стволе, которые через третьи нейроны связаны с корой большого мозга. Первые две ветви тройничного нерва чувствительные, третья ветвь — смешанная (чувствительно-двигательная).

К обширной сети разветвлений тройничного нерва присоединяются симпатические и парасимпатические волокна из особых ганглиев, расположенных в системе тройничного нерва. Симпатические волокна происходят из сопутствующих артериям периваскулярных нервных сплетений (главным образом из *plexus caroticus*) и состоят из вазомоторных, секреторных и трофических волокон.

Таким образом, при раздражении афферентных волокон тройничного нерва в зонах скальпа возникают импульсы возбуждения, которые передаются до гассерова узла. Чувствительные раздражения передаются вторыми нейронами, а затем — третьими.

Таким же образом воздействие на сосудодвигательную зону скальпа через афферентные пути тройничного нерва (в коже, сосудах, надкостнице) оказывает рефлекторное влияние на сосудодвигательные зоны головного мозга и непосредственно на периваскулярные нервные сплетения (особенно каротидного синуса). Помимо соматических афферентов в зонах скальпа представлены также висцеральные — ветви лицевого нерва.

Так, от периферии — многочисленных рецепторов (кожных, мышечных, висцеральных и др.) — центростремительные импульсы через систему афферентных путей поступают в соответствующие проекционные чувствительные участки, в специальные клетки определенного слоя коры, оттуда — в анализатор, где и происходит анализ и синтез восприятия. На уровне интегративного анализа и синтеза поступившей информации, использования предшествующего опыта и учета сенсорной и психической активации (результат корковой и условно-рефлекторной деятельности) через систему нисходящих проводников осуществляется рефлекторная реакция, чаще всего при участии многих структур головного мозга, включении нервных и гуморальных механизмов. Следует отметить, что афферентные проводниковые системы количественно в 5—6 раз превышают эфферентные.

ЗОНЫ КРАНИОАКУПУНКТУРЫ

В целях точного определения зон воздействия мы предлагаем использовать следующие условные ориентировочные линии.

Первая (срединная) сагиттальная линия соединяет переносицу (точка инь-тан) с затылочным бугром и далее идет до остистого отростка II шейного позвонка. Первая боковая линия головы начинается у внутреннего угла глаза, проходит параллельно средней линии и заканчивается на уровне затылочного бугра в точке юй-чжэнь.

Вторая боковая линия головы начинается на уровне зрачка, проходит параллельно первой боковой линии и заканчивается в точке нао-кун, что соответствует затылочному углу (в месте соединения теменной, затылочной и височной костей).

Третья боковая линия проходит по наружному краю орбиты параллельно второй боковой линии, по чешуйчатому шву и заканчивается сразу сосцевидного отростка, в месте выхода малого затылочного нерва.

Горизонтальная линия окружает голову и проходит через верхний край бровей, над корнем ушной раковины и по нижнему краю затылочного бугра.

Биаурикулярная линия проходит от одного наружного слухового прохода к другому.

Нагоризонтальная линия начинается от точки инь-тан на переносице, проходит через середину брови (точка юй-яо), выше края ушной раковины (через точку шуай-гу) до сагиттальной линии в точку цян-цзянь.

Сокращенное обозначение областей скальпа

Лобная область скальпа	СкА
Лобно-теменная область	СкАТ
Височно-теменная	СкВТ
Височная	СкВ
Теменная	СкТ
Затылочная	СкЗ
Затылочно-теменная	СкЗТ

В табл. 19 представлены зоны скальпа и их обозначение.

Таблица 19. Зоны скальпа и их обозначение

Название зоны	Обозначение	Название зоны	Обозначение
Риноязыкоглоточная	СкА1	Зона чувствительности	СкВТ11
Зона грудной клетки	СкА2	Вестибулокохлеарная	СкВ12
Гепатобилиарная	СкА3	Зона речи	СкВТ13
Зона желудка	СкА4	Моторная зона речи	СкВТ14
Зона кишок	СкА5	Психомоторная	СкВТ15
Мочеполовая	СкА6	Моторно-чувствительная (координация движений нижних конечностей)	СкТ16
Психоаффективная	СкАТ7	Оптическая	СкЗТ17
Сосудодвигательная	СкВТ8	Зона равновесия	Ск318
Зона тремора и хореи (купирование дрожательных расстройств)	СкВТ9		
Моторная зона и зона речи	СкВТ10	Зона психических заболеваний	Ск319

ТОПОГРАФИЯ ЗОН СКАЛЬПА И ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

СкЛ1 (риноязыкоглоточная зона)

Расположение: по средней линии, полоска шириной 5 мм; охватывает по 2 см выше и ниже передней границы волосистой части головы (рис. 47).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены чувствительная и двигательная ветви тройничного нерва, лобная и надглазничная артерии, отходящие от внутренней сонной артерии, лобные вены.

Показания: острый и хронический ринит, затрудненное носовое дыхание, гипосмия, носовое кровотечение, фарингит, ларингит, тонзиллит, глоссалгия, глоссодиния, гингивит, невралгия лобной ветви тройничного нерва, головная боль в лобной части, фронтит, головокружение, воспаление слезной железы, рвота (особенно нервного происхождения).

Техника: иглу вводят сверху вниз под углом 30° к поверхности кожи, слегка вращая и продвигая ее под сухожильный шлем на 2—4 см. Глубина укола 2—4 см.

СкЛ2 (зона грудной клетки)

Расположение: по 1-й боковой линии головы, полоска шириной 4 мм, охватывает по 2 см ниже и выше передней границы волосистой части головы (рис. 102).

Топографическая анатомия: см. зону СкЛ1.

Показания: расстройство дыхания центрального происхождения, одышка, чувство стеснения в груди, бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия, головная боль, невралгия тройничного нерва, снижение остроты зрения, ринит.

Техника: см. зону СкЛ1. Глубина укола 2—4 см.

СкЛ3 (гепатобилиарная зона)

Расположение: по 2-й боковой линии (ширина полоски 4 мм, длина — 2 см), по 2 см выше и ниже передней границы волосистой части головы, на уровне зрачка (см. рис. 102).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены чувствительные нервы лобной области, отходящие от тройничного нерва; двигательный лобный нерв, лобная и надглазничная артерии.

Показания: заболевания печени, желчного пузыря, острый и хронический конъюнктивит, головная боль.

Техника: иглу вводят сверху вниз под углом 30° к поверхности кожи, на правой стороне. Глубина укола 2 см.

СкЛ4 (зона желудка)



рис. 47. Зоны акупунктуры скальпа (1—6)

Расположение: по 2-й боковой линии, в начале гепатобилиарной зоны, полоска длиной 3 см выше передней границы волосистой части головы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены надглазничная ветвь тройничного нерва, височная ветвь лицевого нерва, надглазничная артерия.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый гастрит, гастралгия функционального характера, эпилепсия, кровоизлияние в мозг.

Техника: иглы вводят сверху вниз и снизу вверх под углом 30° к поверхности кожи на правой и левой сторонах. Глубина укола 3 см.

СкЛ5 (зона кишок)

Расположение: на 3-й боковой линии головы, над наружным углом глаза (полоска шириной 3 мм, длиной 2 см), книзу от передней границы волосистой части головы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены надглазничный нерв первой ветви тройничного нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии и надглазничная артерия.

Показания: гастроэнтерит, колит, диспепсия, кишечная колика, энтерный метеоризм.

Техника: укол делают сверху вниз и снизу вверх под углом 30° к поверхности кожи на правой и левой сторонах. Глубина укола 2,5 см.

СкЛ6 (мочеполовая зона)

Расположение: на 3-й боковой линии, начиная от зоны кишок — передней границы волосистой части головы вверх (полоска шириной 3 мм, длиной 2,5 см), что соответствует точке бэнь-шэнь.

Топографическая анатомия: чувствительный надглазничный нерв, отходящий от первой ветви тройничного нерва; двигательные лобный нерв и височная ветвь лицевого нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии и надглазничная артерия.

Показания: цистит, задержка мочи, ночное недержание мочи, проститит, поллюции, почечная колика, метроррагия, меноррагия, дисменорея, нарушение менструального цикла, спазм матки, опущение или выпадение матки, головная боль, головокружение; судороги у детей, эпилепсия.

Техника: см. зону кишок. Глубина укола 2,5 см.

СкЛ7 (психоаффективная зона)

Расположение: по 1-й боковой линии (полоска шириной 4 мм, длиной 4 см), начинается на расстоянии 1 см от конца полоски зоны грудной клетки, направляясь кзади (рис. 48).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветвь лобного нерва (от первой ветви тройничного нерва), ветви лобной артерии, хорошо развита сеть вен, образующих лобные вены.

Показания: маниакально-депрессивный психоз (депрессивный тип), циклотимия, реактивный депрессивный психоз, реактивное возбуждение, острый истерический психоз, депрессивный невроз, алкогольный делирий, эпилепсия, головная боль, головокружение.

Техника: иглы вводят перекрестно под углом 30° к поверхности кожи. Глубина укола 3—4 см.

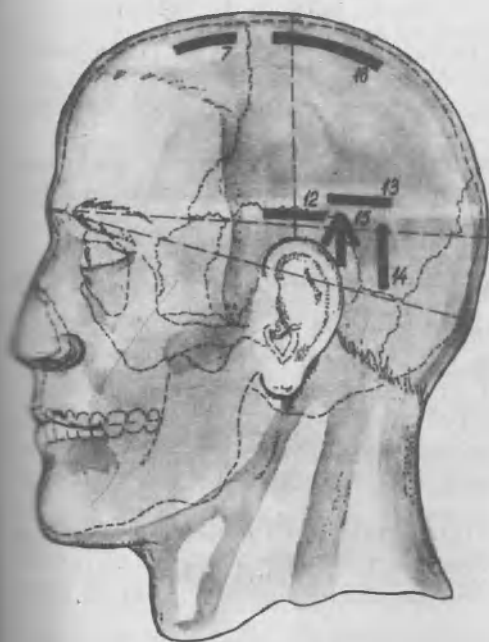


Рис. 48. Зоны акупунктуры скальпа
(7, 12—16)

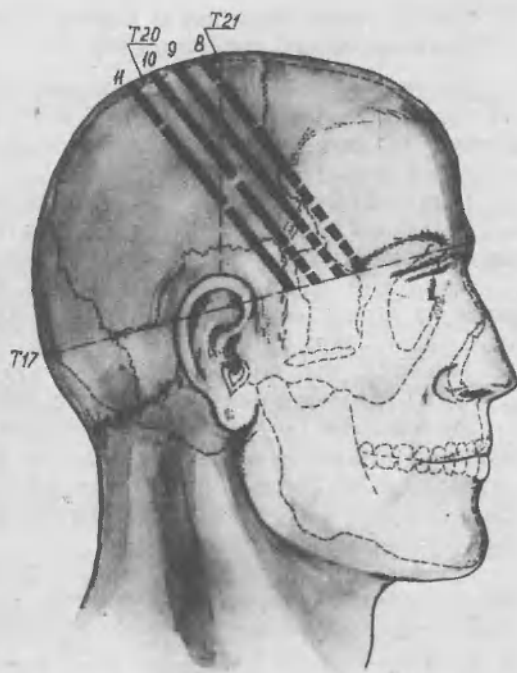


Рис. 49. Зоны акупунктуры скальпа
(8—11, 17)

СкВТ8 (сосудодвигательная зона)

Расположение: в височно-теменной области. Начинается от горизонтальной линии против латерального края орбиты (конец брови) и проходит плоской шириной 3 мм до пересечения биаурикулярной линии с сагитальной, что соответствует акупунктурной точке цянь-дин (рис. 49).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены скуловисочный чувствительный нерв, отходящий от второй ветви тройничного нерва; лобный нерв, височная ветвь лицевого нерва, лобная ветвь височной артерии, анастомоз поверхностной височной и лобной артерий.

Показания: отек конечностей при центральном параличе, облитерирующий эндартериит, мигрень, прилив крови к голове, сильная головная боль, боль в глазах, снижение остроты зрения, периферический паралич лицевого нерва (это относится к нижней трети зоны), головная боль, головокружение, анемия мозга, судороги у детей (верхняя треть зоны).

Техника: укалывание делают после условного деления зоны на три части: первая — от горизонтальной линии до точки тоу-вэй, вторая — до пересечения 2-й боковой линии, третья — до точки цянь-дин. Пунктируют также с двух сторон каждый отрезок зоны, продвигая иглу на 3—5 см. Глубина укола 3—4 см.

СкВТ9 (зона тремора и хорей, зона купирования дрожательных расстройств)

Расположение: в височно-теменной области (см. рис. 49). Начинается от горизонтальной линии (на 1,5 см кзади от сосудодвигательной зоны) и параллельно ей проходит до пересечения с сагиттальной линией (ширина полосы 3 мм).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены височная ветвь лицевого нерва, вторая и третья ветви тройничного нерва, лобная ветвь поверхностной височной артерии.

Показания: паркинсонизм, хорей, боль в одной половине головы, судороги у детей от испуга, боль в ладонях и невозможность разгибать пальцы, шум в ушах.

Техника: см. сосудодвигательную зону. Глубина укола 3—5 см.

СкВТ10 (моторная зона и зона речи)

Расположение: в височно-теменной области, начинается от горизонтальной линии в височной области на расстоянии 1,5 см кзади от зоны тремора (СкВТ9) и параллельно ей полоской шириной 3 мм проходит до пересечения с сагиттальной линией кзади на 8 мм от точки акупунктуры бай-хуэй (см. рис. 49).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены височная ветвь лицевого нерва, третья ветвь тройничного нерва, большой затылочный нерв, лобная ветвь поверхностной височной артерии и теменная ветвь поверхностной артерии.

Показания: если всю зону условно разделить на 5 частей, то верхнюю (1/5 зоны) пунктируют при параличе нижних конечностей, неврите лицевого нерва, контрактуре и тике мышц вокруг рта; среднюю (2/5 зоны) — при параличе верхних конечностей; нижнюю (2/5 зоны) — при центральном параличе лицевого нерва, моторной афазии, мигрени, красноте и припухлости лица, головной боли.

Техника: иглоукальзывание делают с двух концов каждой части зоны (перекрестно) под углом 30° к поверхности кожи. Глубина укола 3—4 см.

СкВТ11 (зона чувствительности)

Расположение: в височно-теменной области. Начинается от горизонтальной линии в височной области, на 1,5 см кзади от моторной зоны (СкВТ10), кпереди от ушной раковины и проходит параллельно моторной зоне полоской шириной 3 мм, направляясь на теменную область и пересекая биаурикулярную линию; доходит до пересечения с сагиттальной линией на расстоянии 2 см кпереди от акупунктурной точки хоу-дин (см. рис. 49).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены височная ветвь лицевого нерва, ушно-височный поверхностный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва; ветви большого затылочного нерва, отходящего от II шейного нерва; височная поверхностная артерия с лобной и задней теменной ветвями. Лобная ветвь поверхностной височной артерии (от наружной сонной) анастомозирует с надглазничной; теменная — с затылочной артерией (из наружной сонной артерии).

Показания: боль или парестезии в нижних конечностях, поясничной области (верхняя 1/5 зоны), боль или парестезии в верхних конечностях.

невралгия плечевого сплетения (средние 2/5 зоны), мигрень, невралгия тройничного нерва, отек Квинке, зубная боль, конъюнктивит, головная боль и парестезия в одной половине лица.

Техника: иглоукальывание делают по показаниям с двух концов зоны. Глубина укола 3—5 см.

СкВ12 (вестибулокохлеарная зона)

Расположение: на 1,5 см выше вертушки завитка ушной раковины под углом 15° к горизонтальной линии (полоска длиной 4 см). Середина зоны выходит по биаурикулярной линии. Ширина зоны 4 мм (см. рис. 48).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ушно-височный чувствительный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва; малый затылочный нерв из шейного сплетения, теменная ветвь поверхностной височной артерии и ветви затылочной ушной артерии.

Показания: головокружение, синдром укачивания, синдром Меньера.

Техника: делают перекрестное укальывание зоны под углом 30° к поверхности кожи. Глубина укола 4 см.

СкВ13 (зона речи)

Расположение: в височно-теменной области, начинается на уровне или на 5 мм выше вестибулокохлеарной зоны и продолжается кзади параллельно горизонтальной линии полоской шириной 3 мм и длиной 4 см (см. рис. 48).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ушно-височный поверхностный чувствительный нерв, отходящий от третьей ветви тройничного нерва; малый затылочный нерв, большой затылочный нерв, отходящий от задней ветви II шейного нерва, теменная ветвь поверхностной височной артерии и ветви затылочной ушной артерии.

Показания: сенсорная афазия — нарушение понимания устной речи расстройством функции чтения (алексией).

Техника: укальывание делают с двух концов зоны под углом 30° к поверхности кожи, у правши — с левой стороны, у левши — с правой. Левши эффект акупунктуры примерно одинаков при укальывании с обеих сторон. Это подтверждает, что доминантность правого полушария у левши так абсолютна, как левого полушария у правши. Глубина укола 4 см.

СкВ14 (моторная зона речи)

Расположение: в теменно-височной области. Начинается от теменно-височного шва, на 2 см ниже шва теменной и височной костей, поднимается вверх (полоска шириной 4 мм и длиной 4 см) параллельно сагиттальной линии (см. рис. 48).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены малый затылочный нерв, большой ушной нерв, ушно-височный нерв, теменная ветвь поверхностной височной артерии и ветви затылочной ушной артерии.

Показания: моторная афазия (изменение устной речи), аграфия (чаще при поражении левой лобной доли у правшей).

Техника: укальывание делают перекрестно под углом 30° к поверхности кожи). Глубина укола 2 см.

СкВ15 (психомоторная зона)

Расположение: в теменно-височной области. Зона состоит из 3 полосок

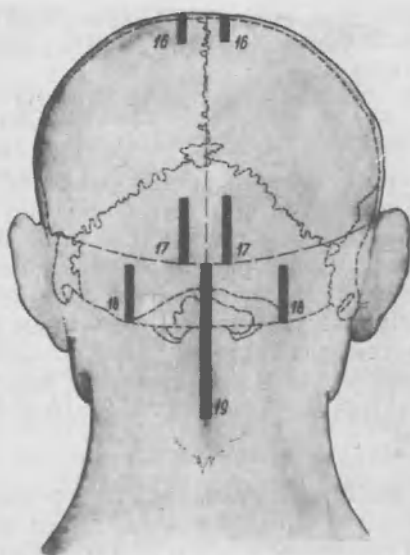


Рис. 50. Зоны акупунктуры скальпа (16—19)

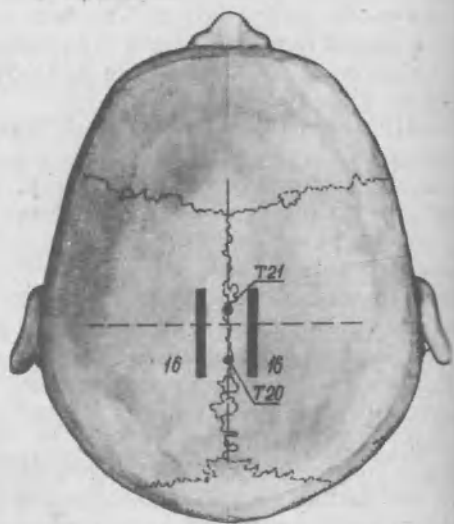


Рис. 51. 16-я зона акупунктуры скальпа

длиной 3 см и шириной 3 мм каждая. Первая полоска проходит на 1,5 см выше и ниже теменно-височного шва, на уровне заднего края ушной раковины, параллельно биаурикулярной линии. Другие две полоски прилегают верхними концами к первой под углом 40° .

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены малый затылочный нерв, глубокий височный нерв, отходящий от тройничного нерва; задняя ушная артерия ушно-височного нерва.

Показания: идиомоторная апраксия (апраксия выполнения), обычно сочетающаяся с правосторонней гемиплегией.

Техника: укальвание делают перекрестно тремя иглами через дерму. Глубина укола 2—3 см.

СкТ16 (моторно-чувствительная зона — координации движений нижних конечностей).

Расположение: в теменной области параллельно сагиттальной линии и латерально от нее на 1 см (рис. 50, 51). Зона начинается полоской шириной 3 мм, которая проходит впереди биаурикулярной линии (на расстоянии 1 см), на уровне верхней части двигательной зоны. Длина полоски 3 см, она заканчивается кзади от верхней части зоны чувствительности.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены сухожильный шлем, ветвь лобного нерва, отходящего от первой ветви тройничного нерва, и большой затылочный нерв. Здесь же распределяется сеть анастомозов между правой и левой поверхностными височными артериями.

Показания: паралич, неврит, невралгия с парестезией нижних конечностей, полиурия центрального происхождения, энурез, люмбалгия.

Техника: укалывание делают с двух концов зоны под углом 30° к поверхности кожи. Глубина укола 3 см.

Ск3Т17 (оптическая зона)

Расположение: в затыльно-теменной области, начинается от наружного затылочного бугра, идет вверх полоской шириной 3 мм и длиной 3 см параллельно срединной линии (см. рис. 48, 50).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены большой затылочный нерв, височная поверхностная артерия и вена, затылочная артерия и вена.

Показания: расстройство зрения центрального происхождения, снижение остроты зрения, боль в глазах, близорукость, нарушение конвергенции.

Техника: см. зону СкТ16. Глубина укола 3 см.

Ск3Т18 (зона равновесия)

Расположение: в затылочной области. Начинается от наружного затылочного бугра на расстоянии 3,5 см от срединной линии полоской шириной 4 мм и длиной 4 см, спускается вниз параллельно сагиттальной линии (см. рис. 50).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены большой затылочный нерв, задняя и височная поверхностная артерии.

Показания: нарушение равновесия мозжечкового происхождения.

Техника: см. зону СкТ16.

Глубина укола 4 см.

Ск3Т19 (зона психических болезней)

Расположение: по срединной линии затылочной области (см. рис. 105). Полоска шириной 4 мм начинается от наружного затылочного бугра и кончается у остистого отростка II шейного позвонка.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены большой затылочный нерв, задние ветви спинномозгового нерва, III шейный нерв, поверхностная височная артерия, ветви поперечной шейной и затылочной артерий.

Показания: делирий, психоз после перенесенной инфекции, шизофрения (простая и латентная), остаточная шизофрения, циклотимия, маниакально-депрессивный психоз (депрессивный тип), реактивный депрессивный психоз, реактивная спутанность с истерическим сужением сознания, психоз истощения, невроз.

Техника: зона делится на две части: от наружного затылочного бугра до нижней выйной линии (одна часть); от нижней выйной линии до остистого отростка II шейного позвонка (вторая часть). Укалывание делают по частям: один сеанс укалывают в верхнюю часть, второй сеанс — в нижнюю, и так чередуют. Иголкалывание делают двумя иглами (перекрестно) под углом 30° к поверхности кожи. Глубина укола 3—4 см.

МЕТОДИКА КРАНИОАКУПНКТУРЫ

Для иглоукальвания зон скальпа применяют тонкие, круглые, с заостренным концом иглы длиной 3—10 см и иглы-кнопки из высших сортов нержавеющей стали.

Акупунктуру производят двумя иглами перекрестно, т. е. иглы вводят с концов зон навстречу друг другу под углом 30° к поверхности кожи медленными вращательными движениями. Иглы вводят между мышцей и скальпом. При хорошей переносимости иглоукальвания глубина укола обычно достигает 2—5 см. Детям в возрасте до 8 лет и лицам старше 70 лет глубокое введение игл противопоказано. В последнем случае иглы вводят на глубину до 1 см. Одновременно с введением их начинают вращать на 180° по часовой стрелке и против нее в течение 1—2 мин, затем делают 5-минутную паузу, после которой вращение игл повторяют, но без паузы. Продолжительность сеанса зависит от его переносимости, чаще всего он длится от 2 до 15 мин.

При введении иглы кожу в месте укола фиксируют II пальцем левой кисти, а I и II пальцами правой вводят иглу. Это снижает болезненность процедуры.

Для иглоукальвания зон скальпа применяют также 3—7 игл-кнопок или микроигл, которые вводят подкожно вдоль описанных зон скальпа. Их оставляют на срок от 1 до 3 дней, фиксируя иглы лейкопластырем или повязкой. Однако этот способ используют редко, так как волосы мешают закреплению игл.

Курс лечения длится 10—14 дней. Чаще проводят 2—3 курса с недельным перерывом.

В острых и подострых случаях краниоакупунктуру применяют ежедневно или через день. При хронических заболеваниях ЦНС очередной сеанс проводят через 3—5 дней. Всего назначают 3 курса лечения. Через 3 мес в зависимости от течения заболевания проводят повторные курсы лечения.

Больным, находящимся в бессознательном состоянии, краниоакупунктура противопоказана.

Перед процедурой врач осматривает место укальвания, так как строение черепа у каждого человека имеет определенные особенности. Кроме того, в месте акупунктуры могут располагаться рубцы и опухолевые образования. Положение больного должно быть удобным, мышцы полностью расслаблены. В зависимости от места акупунктуры больного укладывают на спину или на бок.

При проведении краниоакупунктуры необходимо постоянно контролировать состояние больного, так как возможны побочные реакции (повышение, тошнота, кратковременный обморок). В подобных случаях лечение прекращают. Если побочные явления при следующих сеансах повторяются, то следует провести 1—2 сеанса иглоукальвания в корпоральные (седативные) точки. Это подготовит больного к проведению дальнейших процедур краниоакупунктуры. Если и после этого у больного продолжают возникать подобные реакции, то лечение отменяют.

Установлено, что краниоакупунктура способствует восстановлению координации движений. Она показана при спастических нарушениях, чаще у детей, ночном недержании мочи у юношей и девушек в возрасте 15—20 лет и других заболеваниях.

Акупунктура в педиатрии

В последние годы для лечения заболеваний у детей все чаще применяют рефлексотерапию, так как общепринятые методы лечения недостаточно эффективны. Так, детям не рекомендуется назначать много курсов медикаментозной терапии, особенно синтетические лекарственные средства, в связи с плохой переносимостью препаратов и аллергическими реакциями. Некоторые физиотерапевтические методы лечения дети тоже плохо переносят.

Широкое внедрение рефлексотерапии в педиатрическую практику отвечает его профилактической направленности. Акупунктура особенно эффективна на ранних стадиях заболевания, в фазе функциональных нарушений. Нередко она помогает ликвидировать патологический процесс, предотвратить развитие необратимых органических изменений и переход заболевания в хроническую стадию.

Иглорефлексотерапию у детей проводят несколько иначе, чем у взрослых, что обусловлено анатомо-физиологическими и нервно-психическими особенностями детского организма. К ним относят незрелость ЦНС, в частности, ее регуляторных механизмов, неустойчивость вегетативной и эмоциональной сферы ребенка. В пубертатный период и период роста организма этому способствует перестройка обменных, гормональных процессов и кровообращения. Следовательно, при проведении иглотерапии у детей и подростков необходимо учитывать индивидуальный уровень нервно-психического реагирования:

1. Соматовегетативный уровень (в возрасте до 3 лет) является наиболее низким. Он проявляется характерными невротическими расстройствами: повышенной общей и вегетативной возбудимостью, склонностью к расстройствам пищеварения, сна и т. д.

2. Психомоторный уровень (в возрасте 4—10 лет) характеризуется интенсивной дифференциацией функций двигательного анализатора, установлением наиболее зрелых субординационных отношений между его корковыми и подкорковыми структурами. Нарушение еще неустойчивых субординационных отношений является важным механизмом возникновения расстройств психомоторного уровня реагирования, для которого характерны гипердинамический (гиперкинетический) синдром, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства (тик, заикание, синдром двигательной расторможенности и др.).

3. Аффективный уровень (в возрасте 7—12 лет) совпадает с началом формирования самосознания и появлением у ребенка элементарной способности к самооценке субъективных переживаний. Для этого уровня развития ЦНС характерны синдромы, сопровождающиеся страхом, повышенной аффективной возбудимостью, и др.

4. Эмоционально-идеаторный уровень (в возрасте 12—16 лет) отличается склонностью подростков к сверхценным увлечениям и интересам, дисморфофобии, нервной и психической анорексии, выраженной аффективности вследствие повышения активности гипоталамуса при недостаточной зрелости мышления, что связано с незавершенностью формирования второй сигнальной системы.

Определив уровень нервно-психического реагирования, врач индивидуально подбирает один из методов рефлексотерапии. Практика показывает, что ответная реакция на различные виды рефлексотерапии у детей определяется возрастными особенностями реактивности организма. Так, у детей 1-го года жизни болевые рецепторы представлены свободными нервными окончаниями и нервными сплетениями, не покрытыми миелином. Поэтому дети грудного возраста на болевой раздражитель отвечают оборонительными рефлексами, точно соответствующими месту его приложения. Рефлексотерапию можно проводить только тем детям, которые прошли всестороннее обследование. Должен быть также установлен точный клинический диагноз.

Следует отметить, что, несмотря на повышенную чувствительность детей младшего возраста к различным видам воздействия, детский организм обладает большими компенсаторными и регенераторными возможностями, что позволяет добиться при рефлексотерапии лучших результатов, чем у взрослых.

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА

Иглорефлексотерапия. Детская иглотерапия является специфической областью иглотерапии. Ее применяют у новорожденных, детей в возрасте до 4—5 лет и также у детей с повышенной чувствительностью. Залогом успешного лечения является установление тесного контакта с ребенком, умение расположить к себе, вызвать доверие. Снять чувство страха первой процедурой помогает спокойная обстановка кабинета, а главное — чуткое и доброе отношение к больному ребенку.

Проблему присутствия родителей на сеансе лечения решают в каждом конкретном случае. Нередко дети отказываются от лечения, если родители отсутствуют, но после нескольких сеансов, лучше познакомившись с врачом и привыкнув к иглам, они соглашаются оставаться без родителей.

Совершенно очевидно, что возраст ребенка играет важную роль. Чем старше ребенок, тем легче его лечить. Лечение детей старше 10 лет не представляет трудностей. Наоборот, ребенок знакомится с используемыми точками, даже с их наименованиями, и сам активно включается в лечение. В этом случае врачу удается быстрее получить желаемый результат.

Зная состояние и возраст ребенка, оценив особенности реактивности его организма, врач выбирает вид и методику воздействия (длительность, интенсивность, продолжительность курса лечения).

В детской иглотерапии применяют слабое раздражение — в основном прикосновение, надавливание, поколачивание кожи детской иглой в тече-

ние 3—5 мин до появления розовой окраски кожи. Стимулируют следующие участки тела: подключичную область, переднюю поверхность ямки локтевого сустава, зону вокруг пупка в радиусе 2—3 см, переднюю поверхность голени от точки цзу-сань-ли до средней трети голени, межлопаточную область, поясничную область, первые фаланги пальцев кистей. Токочаивание выполняют лучком игл. Для детей дошкольного возраста применяют тонкие острые иглы. Вначале в месте укола делают растирание, разминание для уменьшения боли, затем — укалывание. Длительность воздействия при тормозном методе составляет от 30 с до 5 мин, при тонизирующем — 1—5 с. Укол наносят строго перпендикулярно поверхности кожи, быстро. При иглоукалывании у детей ясельного и дошкольного возраста никогда не следует добиваться определенных ощущений, так как ребенок в силу своего развития еще не способен их анализировать. Поэтому необходимы процедуры с минимальным болевым раздражением. После сеанса акупунктуры делают пальцевой точечный массаж. Сила, с которой его выполняют, зависит от заболевания: при неврозе применяют легкий массаж, при неврите, плексите и бронхиальной астме — тонизирующий с одновременным выполнением активных или пассивных движений пораженной конечностью.

Детям старше 7 лет акупунктуру делают по общепринятой классической методике. Однако при повышенной чувствительности ее проводят с минимальным болевым раздражением.

Детям грудного и ясельного возраста иглу вводят в ткань на глубину до 1,5 мм, дошкольного и младшего школьного возраста — до 3 мм.

Микроиглотерапию (иглы в виде кнопок, длина острия до 0,5 мм) можно проводить самостоятельно как в корпоральные, так и в аурикулярные точки.

У детей в возрасте от 1 года до 3 лет микроиглы-кнопки можно оставлять на срок до 3 дней, учитывая место наложения кнопки. Более длительное оставление иглы вызывает воспаление и мацерацию кожи.

При кожных заболеваниях у детей старше 1 года можно применять лучок игл, которые имеют много концов, а также молоточек и ролик с иглами. Раздражение не должно быть слишком сильным во избежание порезания кожи. В течение одного сеанса воздействуют на 2—4 точки акупунктуры.

Прессация иглой с пуговчатым наконечником и иглой с шариковидным наконечником. Иглу с пуговчатым наконечником используют для прессации, т. е. непрерывного или прерывистого точечного надавливания на акупунктурные точки у детей с пониженной соматической функцией, вялостью, повышенной чувствительностью к уколу.

Прессацию иглой с пуговчатым наконечником применяют с тонизирующей целью. Участок кожи вокруг точки акупунктуры предварительно массируют (как и перед акупунктурой). Затем иглу с пуговчатым наконечником берут правой рукой, как карандаш, а левой рукой фиксируют участок кожи вокруг точки. Запястье правой руки помещают около точки воздействия, чтобы обеспечить устойчивость рабочей руки. Наконечник иглы устанавливают на предусмотренное место и постепенно усиливают

прессацию на точку акупунктуры. Обязательно учитывают возраст и состояние ребенка. Затем приступают к процедуре.

Существуют 2 варианта прессации:

- 1) непрерывное надавливание в течение десятков секунд;
- 2) прерывистое надавливание, которое постепенно уменьшает прессацию.

После снятия иглы точку нужно промассировать.

Процедура прессации иглой с шариковидным наконечником заключается в следующем. Иглу нужно взять, как карандаш. Слегка прикасаясь к коже, производят быстрое легкое ее растирание шариковым концом иглы до появления интенсивной окраски кожи. Иглу с шариковидным наконечником можно использовать и для точечного надавливания на разные акупунктурные точки под различными углами.

Одновременно с надавливанием иглой, как правило, производят и пальцевое надавливание. Например, при зубной боли ребенку надавливают иглой с шариковидным наконечником на точку юй-цзи P10 и одновременно производят пальцевое надавливание на точку хэ-гу GI4.

Точечная шарикотерапия. Ее применяют при пониженной соматической функции у детей и для устранения боли в том случае, если им противопоказано иглоукальвание и прижигание. Точечная шарикотерапия оказывает непрерывное слабое стимулирующее, магнитное и ионное воздействие. Эту процедуру дети хорошо переносят. Используют намагниченные покрытые золотом или серебром металлические или стеклянные шарик диаметром 0,9—1,5 мм. Шарик фиксируют липким пластырем.

Прижигание раньше употреблялось чаще, чем укальвание, так как это простая процедура. Поэтому мокса становилась как бы домашним средством. Нередко моксу использовали для профилактики различных болезней, особенно судорог.

В основном прижигание применяли против судорог, но не менее эффективно оно при поносе, истощении, рахите, диатезе, хорее, функциональных расстройствах пищеварения, эпилептических припадках и др.

В настоящее время укальвание используют чаще, чем прижигание. При некоторых заболеваниях (судороги, эпилепсия, хорей, болезни кожи гнездное облысение головы) прижигание может оказаться очень эффективным.

Прижигание в педиатрической практике проводят в соответствии с общепринятой современной методикой по Чжу Лянь (тепловое, утюжачее и «кляющее» прижигание).

В острый период заболевания курс лечения иглоукальванием и прижиганием в зависимости от заболевания включает 7—12 процедур. При наличии остаточных явлений проводят 2—3 курса лечения с перерывом 10—15 дней. При отсутствии эффекта дальнейшее проведение рефлексотерапии нецелесообразно.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Показания к проведению рефлексотерапии у детей различного возраста следующие:

1. Дети в возрасте до 1 года: состояние после родовых травм и различная перинатальная патология, проявляющаяся периферическими поражениями нервов (травматический плексит, неврит). В возрасте до 6 мес применяют метод прессации иглой с пуговчатым и шариковидным законечником; старше 6 мес — иглоукалывание детскими иглами, иглоукалыванием молоточком, прижигание, шарикотерапию и ранее приведенные методы.

2. Дети в возрасте от 1 года до 3 лет: последствия травматических и воспалительных заболеваний ЦНС и периферической нервной системы, аллергические заболевания. Применяют корпоральную, аурикулярную и микроиглотерапию, шарикотерапию, методы прессации и прижигания с учетом нервно-психического развития и чувствительности ребенка.

3. Дети школьного возраста. Выбор метода воздействия зависит от индивидуальных особенностей пациента.

К основным показаниям относят психосоматические нарушения, которые проявляются поведенческими нарушениями у ребенка (ребенок взвинчен, непослушен, нервозен, импульсивен и т. д.), а также неврозы: тики, чаще всего локализующиеся на лице; заикание, детский спастический запяч, энурез, бессонница, обусловленная ночными страхами, кошмарами; эпилептические судороги, спазмофилия, дискинезия пищеварительного канала.

Рефлексотерапия показана также при поражениях периферической нервной системы и миалгии, миозите, при нарушении менструального цикла у девочек.

Противопоказания:

1. Все злокачественные и доброкачественные опухоли и новообразования.

2. Болезни крови и кроветворных органов.

3. Острые и хронические инфекционные заболевания.

4. Заболевания сердца, легких в стадии декомпенсации.

5. Активный ревматизм.

6. Сильное истощение.

7. Обморожение и воспалительные процессы в ушной раковине.

8. Острые воспалительные процессы в опорно-двигательном аппарате.

9. Врожденные аномалии развития ЦНС.

При структурных изменениях в органах и системах рефлексотерапия — как у детей, так и у взрослых — может рассматриваться в основном как симптоматическое лечение. Однако при некоторых заболеваниях, особенно у детей, отмечают благоприятные сдвиги, не говоря уже об общеукрепляющем эффекте рефлексотерапии.



АПИТЕРАПИЯ

Лечение пчелиным ядом (апитерапию) применяли еще в глубокой древности во многих странах Европы и Азии. В народной медицине давно отмечались лечебные свойства пчелиного яда при различных нервных, кожных и глазных болезнях, а также при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Из литературы известно, что пчелиными укусами были излечены мучительной подагры Карл Великий и Иван Грозный. В 1864 г. профессор Петербургского лесного института М. И. Лукомский напечатал статью, посвященную лечебным свойствам пчелиного яда и его применению при лечении суставного ревматизма, подагры и других заболеваний.

Пчелиный яд представляет собой продукт секреторной деятельности специальной железы в теле рабочей пчелы. Он прозрачен, имеет резкий запах, горький жгучий вкус, кислую реакцию и является сильным обезболевющим веществом.

Пчелиный яд оказывает сложное действие на организм человека. Сила его зависит от дозы яда, места укуса и особенностей организма, в частности, от его индивидуальной чувствительности. Несколько десятков укусов вызывает заболевание. После 100—200 укусов, полученных одномоментно, человек тяжело заболевает. У него появляются головокружение, тошнота, слюнотечение и обильное потоотделение. Затем развиваются рвота и понос, учащается мочеиспускание, и человек может потерять сознание. АД снижается, происходит сгущение крови. Через некоторое время повышается температура тела, наблюдаются признаки гемолитической и гемоглобинурии. Женщины и дети более чувствительны к пчелиному яду, чем мужчины.

Пчелиный яд представляет собой аллерген и может вызвать типичные аллергические реакции: усиление местной реакции, крапивницу, астматические явления и даже анафилактический шок. Поэтому перед началом апитерапии обязательно проверяют чувствительность больного к пчелиному яду.

В малых дозах пчелиный яд обладает лечебными свойствами. Он оказывает благотворное влияние на общее состояние больного, повышает тонус организма и его работоспособность, улучшает сон и аппетит, расширяет артерии и капилляры, увеличивает приток крови к больному органу и уменьшает болевой синдром. Пчелиный яд благотворно действует на кроветворную систему, снижает АД, улучшает обмен веществ, повышает диурез и др. Лечебный эффект пчелиного яда обусловлен его ганглиоблокующим действием.

Показания и противопоказания к применению апитерапии

Пчелиные ужаления применяют в основном при следующих заболеваниях:

1. Ревматические заболевания (ревматический полиартрит, ревматические заболевания мышц, ревмокардит).
2. Неспецифический инфекционный полиартрит.
3. Доминирующий спондилоартроз.
4. Заболевания периферической нервной системы (пояснично-крестцовый радикулит, воспаление седалищного нерва, а также бедренного, лицевого и других нервов, межреберная невралгия, полиневрит и др.).
5. Трофические язвы и вяло гранулирующие раны.
6. Сосудистые хирургические заболевания (тромбофлебит без гнойного процесса, эндартериит, атеросклеротическое поражение сосудов конечностей).
7. Воспалительные инфильтраты (без нагноения).
8. Бронхиальная астма.
9. Мигрень.
10. Гипертоническая болезнь (I и II стадии).
11. Ирит и иридоциклит.
12. Тиреотоксикоз (I и II стадии).
13. Болезнь Менъера.

Пчелиные ужаления противопоказаны при следующих заболеваниях:

1. Идиосинкразия к пчелиному яду.
2. Инфекционные болезни.
3. Туберкулез.
4. Психические заболевания.
5. Болезни печени и поджелудочной железы в стадии обострения.
6. Заболевания почек, особенно связанные с гематурией.
7. Заболевания коркового вещества надпочечников, в частности болезнь Аддисона.
8. Сепсис.
9. Заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.
10. Органические заболевания ЦНС.
11. Общее истощение организма.
12. Болезни крови и кроветворной системы с склонностью к кровотечениям.

Некоторые авторы предостерегают от применения яда при беременности.

Методика апитерапии

После всестороннего клинического обследования больного, исключив противопоказания, определяют чувствительность к пчелиному яду. Для этого необходимо провести не менее двух биологических проб. Первая

проба заключается в том, что в кожу поясничной области делают одно ужаление (жало извлекают через 10—15 с). На следующий день определяют содержание в моче белка и глюкозы. Затем делают вторую пробу в кожу поясничной области снова делают одно ужаление, но жало извлекают уже через 1 мин. На следующий день определяют в моче содержание белка и глюкозы.

Если после двух биологических проб в моче не появляются белок и глюкоза и при этом нет резко выраженной аллергической реакции, то можно начинать апитерапию.

Лечение следует проводить курсами. Курс лечения состоит из 10—12—15 процедур ужалений, которые делают либо ежедневно в течение 10—15 дней, либо 2 раза в неделю в течение 1,5 мес. После первого курса лечения делают перерыв на 1,5—2 мес. При необходимости лечение повторяют.

Выбор места ужаления и количество пчел на курс лечения зависит от характера заболевания. Однако чаще всего пчел прикладывают на наружные поверхности плеч и бедер, ежедневно меняя места так, чтобы повтор-

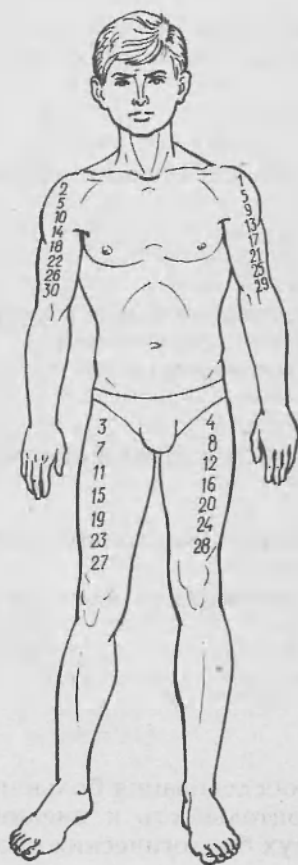


Рис. 52. Места и очередность прикладывания пчел (1—30)



Рис. 53. Способы прикладывания пчел для ужаления

ное ужаление в одно и то же место происходило через 4—5 дней (рис. 52).

После каждого ужаления жало удаляют после того, как оно вместе с жалящим аппаратом перестало сокращаться. Общее количество ужалений на курс лечения не должно превышать 200—250.

Для ужаления пчелу берут за спинку пальцами или пинцетом и приставляют брюшком к намеченному месту (рис. 53).

Соблюдая изложенные правила, лечение можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Апитерапию целесообразно сочетать с другими методами лечения.

При лечении ужалением пчел необходимо периодически делать анализы крови и мочи. При появлении патологических изменений апитерапию прекращают.

При развитии аллергических реакций назначают адреналин, кальция хлорид, натрия бромид. В народной медицине в качестве противоядия больному дают выпить 20—30 мл водки или 40 % спирта.

После удаления жала кожную ранку смазывают индифферентной мазью.

Апитерапию можно проводить следующим образом: в 1-й день больному делают одно ужаление, во 2-й — два, в 3-й — три и так далее до 10 дней. На 10-й день больной получает ужаления 10 пчел.

После первого курса лечения (то есть получения яда от 55 пчел) следует сделать перерыв на 3—4 дня. Затем лечение продолжают, прикладывая ежедневно по 3 пчелы. В течение второго курса лечения (1,5 мес) больной должен получить 140—150 ужалений, а за два курса — до 200 ужалений. Если после 2 курсов апитерапии не наступит излечения или заметного улучшения, то продолжать лечение не следует.

«Интересно отметить, — пишет Н. П. Йойриш, — у больных, которым показан пчелиный яд, после пчелиного ужаления ни опухоли, ни болезненности, как правило, не отмечается».

Следует помнить, что женщинам и лицам пожилого возраста количество ужалений обычно уменьшают.

Диета при лечении пчелиным ядом. Во время лечения необходимо есть мед (по 50—120 г в день). Запрещается употребление спиртных напитков, различных специй. Надо избегать применения пчелиного яда после обильной еды, водных процедур и продолжительных прогулок. После проведения лечебной процедуры необходимо полежать полчаса или 1 ч в постели. Больным назначают растительно-молочную диету, богатую витаминами, минеральными солями, микроэлементами. Рекомендуется употреблять фрукты, отвар шиповника и др.



АРОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Ароматотерапия — применение органических эфирных масел ароматических растений с лечебной целью. Ароматотерапия является составной частью фитотерапии. В исторических документах приведены описания благовоний, растираний ароматическими маслами, приема благоухающих ванн. Ладан, воскуриваемый в церквях для очищения воздуха, пришел к нам из Древнего Египта. Благовонными маслами пользовались в Древней Греции и в Древнем Риме. Гомер в «Одиссее» неоднократно упоминает о применении ароматических масел. Греческие и другие источники, которые дошли до наших дней, содержат сведения о применении лекарственных растений и эфирных масел. Первое дошедшее до нас обстоятельное сочинение о лекарственных растениях, в котором научно обосновано их применение не только в виде настоек и отваров, но и в виде ароматических масел, принадлежит крупнейшему древнегреческому мыслителю и врачу, родоначальнику медицины Гиппократу (460—377 гг. до н. э.).

Другой выдающийся труд о лекарственных растениях и ароматических маслах написан знаменитым врачом Диоскоридом (I век н. э.), состоявшим на службе в римской армии. Диоскорид использовал опыт ассирийской, вавилонской и шумерской медицины.

Растения широко применяли с лечебной целью и в странах Восточной Азии — Китае, Индии, Японии, Корее и др.

XVII и XVIII ст. — это золотой век фитотерапии.

Знаменитый парфюмер Катерины Медичи Флорентен убил Жанну д'Альбре «благоухающими перчатками», пропитанными смертельно действующими эфирными маслами.

При дворе Людовика XIV ароматическими эфирными маслами злоупотребляли до такой степени, что король запретил их применение в Версальском дворце.

Эти же эфирные масла широко использовали и с лечебной целью. Придворный врач Лемери в своей знаменитой книге «Словарь лекарственных растений» представил много медицинских рецептов на основе эфирных масел и экстрактов растений.

Начиная с 20-х годов XIX в. интерес к фитотерапии стал постепенно падать, и в дальнейшем она была предана забвению. В 60-е годы XX в. фито- и ароматотерапия практически возродились из пепла. При некоторых инфекционных болезнях антибиотики стали неэффективными и в помощь пришла аромато-, фито-, металло-, энзимо- и иммунотерапия.

Эфирные масла растений обладают многочисленными свойствами: антисептическими, бактерицидными, антибиотическими, противогрибковыми, антивирусными, гормональными, противоревматическими, гипотензивными, тонизирующими, спазмолитическими. Они улучшают функции желудка, печени, желчевыводящих путей, регулируют кровообращение и т. д.

Значительная сила воздействия ароматотерапии обусловлена высокой концентрацией применяемых элементов (иногда требуется более 200 мг

растительного сырья для получения 1 кг эфирного масла). Поскольку применяют фито- и ароматотерапию, как правило, одновременно, следует использовать термин «фитоароматотерапия». При необходимости фитотерапию сочетают с дополнительными методами лечения — бальнеотерапией, иглотерапией и т. д.

Токсичность некоторых эфирных масел

Эфирные масла, в состав которых входят кетоны (класс органических соединений, содержащих карбонильную группу $>C=O$, связанную с двумя одинаковыми или разными углеводородными радикалами), являясь самыми опасными. Так, иссоп и шалфей в определенных дозах могут спровоцировать эпилептический припадок. Полынь, анис, мелисса или мята также способны вызвать нервные припадки. Туя может привести к конвульсиям.

Этой проблеме посвящены ряд публикаций (М. Д. Стаймец и соавт., 1980). Описаны 5 случаев конвульсивного состояния, за которым последовала потеря сознания или довольно длительная кома.

Эпилептические припадки могут развиваться при применении различных терпеновых.

Учитывая вышесказанное, эфирные масла необходимо назначать индивидуально и в малых дозах. Если пациент принимал медикаментозное лечение, его следует немедленно отменить.

Биоэлектроника и ароматотерапия

Механизм действия растений и эфирных масел можно обосновать с помощью биоэлектронного метода.

«Термин „биоэлектроника“, — писал Р. Вэнсан в 1952 г., — означает, что всякое живое существо, как и всякий минерал в растворе, строго определяется тремя показателями: рН, γH_2 и удельным сопротивлением».

Показатель рН — это логарифм обратного значения потенциала ионов водорода. Ионы — это атомы или группы связанных атомов, потерявшие электрон (положительные ионы) или захватившие дополнительный электрон (отрицательные ионы). Значение рН колеблется от 0 до 14,14, этот показатель определяет кислотность или щелочность раствора. Чем меньше рН, тем больше в растворе положительных ионов водорода, тем он кислее. Для дистиллированной воды этот показатель равен 7,07.

Показатель γH_2 соответствует электронному потенциалу, определяющему электронный заряд при данном значении рН (одному и тому же значению рН соответствует бесконечное множество значений γH_2). Выражая равновесие давления молекулярного водорода (H_2) или молекулярного кислорода (O_2) на раствор, γH_2 определяет окислительно-восстановительную способность.

Значения γH_2 колеблется от 0 (максимальное давление молекулярного водорода) до 42. При γH_2 равном 28 наблюдается равновесие между

давлениями H_2 и O_2 . В состоянии такого равновесия кровь уже не может присоединять кислород.

Удельное сопротивление характеризует способность раствора препятствовать передаче тепла или электричества. Чем чище раствор, тем сильнее он сопротивляется передаче электричества.

Натуральные эфирные масла, как правило, характеризуются кислотным рН и, главное, очень большим удельным сопротивлением. Удельное сопротивление гвоздичного масла составляет 4000 Ом/см (в 20 раз больше, чем удельное сопротивление крови человека), тимьянового — 3300 Ом/см, лавандового — 2800 Ом/см, ментолового — 3000 Ом/см.

Биоэлектронные измерения позволяют сделать следующие выводы:

1. Вследствие кислотного рН эфирных масел наблюдается неуклонное снижение рН крови, если она слишком щелочная. Щелочность же благоприятствует быстрому размножению бактерий. Отсюда понятны бактерицидные свойства натуральных эфирных масел.

2. Окислительно-восстановительная способность натуральных эфирных масел играет роль регулятора окислительных процессов. Антимикробные свойства мяты обусловлены тем, что она является мощным окислителем. И, наоборот, гвоздичное масло является восстановителем и должно обладать антивирусными и противораковыми свойствами.

3. Высокое удельное сопротивление эфирных масел препятствует распространению инфекции и токсинов. Так, лаванда нейтрализует действие змеиного яда благодаря высокому удельному сопротивлению. Дрок также нейтрализует змеиный яд.

Методы ароматической терапии

Поскольку многие микробы развиваются в щелочной среде, то логично назначить лечение, которое даст окисляющий эффект. Изменяя среду в нужном направлении, можно предупредить распространение инфекции. Однако многие эфирные масла имеют $pH < 7$ и $\gamma H_2 > 28$, а также высокое удельное сопротивление (общее свойство всех ароматических масел). Например:

эфирное масло лимона, очищенное от терпена: $pH=5,6$; $\gamma H_2=30$; удельное сопротивление равно 5000 Ом/см;

эфирное масло хвойных иголок: $pH=4$; $\gamma H_2=28,5$; удельное сопротивление равно 5400 Ом/см;

ментоловое масло: $pH=7$; $\gamma H_2=36,5$; удельное сопротивление равно 3000 Ом/см.

Вирусные же заболевания, например раковые, возникают в щелочной окисленной среде при $pH > 7,4-7,5$; $\gamma H_2 > 24-25$. При злокачественной опухоли матки рН колеблется от 7,7 до 8,1, γH_2 — от 27 до 36, удельное сопротивление — от 119 до 124.

Целесообразно применять такие эфирные масла: гвоздичное ($pH=6,3$; $\gamma H_2=16,5$; $\theta^1=4000$ Ом/см), шалфея ($pH=4$; $\gamma H_2=20$; $\theta=40\ 000$ Ом/см) и иссопа ($pH=3$; $\gamma H_2=16$; $\theta=5400$ Ом/см).

¹ — не разведенное эфирное масло.

Не следует забывать, что эфирные масла легко окисляются, так что никогда нельзя быть полностью уверенным в том, что масло-восстановитель нейтрализует кислую среду.

Эфирные масла хранят в небольших и хорошо закрытых флаконах, на которых должны быть ярлыки с биоэлектронными параметрами и датой их определения. Добавляя 10 % спирт в бензойный альдегид, уменьшают образование бензойной кислоты в результате окисления.

Выбор эфирных масел. Ароматограмму делают, например, при хроническом бронхите. На основании данных ароматограммы подбирают эфирные масла, повышающие сопротивляемость организма инфекции.

Одновременно делают антибиотикограмму (в целях быстрого вмешательства, если ароматическая терапия окажется неэффективной). К наиболее эффективным относят такие эфирные масла, которые характеризуются тремя крестами (+++) в твердой ароматограмме. Их минимальная бактериостатическая или бактерицидная доза (ДМБ) намного ниже таковой по ароматограмме в жидкой фазе. При тщательном анализе получают не менее 4 эфирных масел (два промежуточных эфирных масел и два эфирных масла, которые повышают сопротивляемость организма инфекции).

Пример анализа результатов ароматограммы.

У большого высеяна полиморфная микробная популяция:

Энтерококки	
Белые стафилококки	Окрашиваются по Граму (40 %)
Стрептококки, не вызывающие гемолиз	
Neisseria sicca	Не окрашиваются по Граму (60 %)

Данная микробная популяция очень чувствительна к следующим эфирным маслам.

Основные эфирные масла (МЭ):

МЭ корицы +++ (ДМБ 0,1 г)
МЭ гвоздики +++ (ДМБ 0,1 г)
МЭ душицы +++ (ДМБ 0,1 г)

Промежуточные масла:

МЭ тимьяна ползучего +++ (ДМБ 0,1 г)
МЭ герани +++ (ДМБ 0,15 г)

Эфирные масла, повышающие сопротивляемость организма инфекции:

МЭ лимона +++ (ДМБ 0,1 г)
МЭ лавра ++ (ДМБ 0,5 г)

Среди основных масел мы выделяем эфирное масло душицы, так как масло корицы в смеси с другими маслами превращает коричный альдегид в коричную кислоту. Что касается гвоздики, то она может оказать раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и прямой кишки.

Вместо основного эфирного масла мы можем использовать промежуточное, желательнее масло тимьяна ползучего (ДМБ 0,1 г), так как масло герани (ДМБ 0,15 г) плохо переносится (появляются частая отрыжка и зуд анального отверстия).

С другой стороны, лучше использовать эфирное масло лимона (ДМБ 0,1 г). Четвертым эфирным маслом будет масло лавра, так как оно повышает сопротивляемость организма инфекции.

Антимикробную ароматограмму можно дополнить другими эфирными маслами. Спазмолитическими свойствами обладает нерол; парасимпатикомиметическими — майоран, розмарин, пупавка благородная, укроп огородный, лаванда; парасимпатолитическими — шафран, тимьян ползучий, тимьян, эстрагон; гипогликемическими — можжевельник; эстрогенными — вербена индийская, терпентиновое дерево, чабер, герань и т. д.

Введение ароматических масел. Ароматические эфирные масла можно вводить несколькими путями. Основными путями их введения являются оральный и ректальный, вспомогательными — так называемый легочный путь (в виде аэрозоли, с помощью ингаляций) и подкожный.

Оральный путь. Эфирные масла могут быть чистыми, в спиртовом растворе или в желатиновой капсуле — адсорбированные коллоидной двуокисью кремния.

Примерный рецепт:

МЭ душицы	3 г
МЭ тимьяна	3 г
МЭ имбиря	3 г
МЭ лаванды широколистной	3 г
По 2 капли на полкусочка сахара	
утром, днем и вечером в перерыве между приемами пищи.	

В данном рецепте первые два масла являются основными, остальные повышают сопротивляемость организма инфекции. Эфирные масла чаще принимают в виде спиртовых растворов или в желатиновой капсуле.

Эфирные масла в спиртовом растворе. Эфирные масла смешивают до 60, 70, 80 или 90 см³ с 90 % этиловым спиртом, например:

МЭ имбиря	1 г	МЭ лаванды широколистной	1 г
МЭ душицы	1 г	90 % этиловый спирт	60 мл
МЭ тимьяна	1 г		

Этиловый спирт можно заменить сладким пищевым миндальным маслом (при непереносимости спирта и при лечении детей). Максимальная доза при оральном пути введения не должна превышать 150 капель в день (в спиртовом растворе, при наличии от 8 до 15 % эфирных масел). Обычно назначают по 25 капель 3 раза в день (6 г масла в 90 см³ этилового спирта). Необходимо помнить, что эфирные масла очень хорошо переносятся.

Эфирные масла, принимаемые внутрь, разбавляют в 3/4 стакана теплой воды. Масло употребляют в перерыве между приемами пищи во избежание расстройств пищеварения.

Оральный путь введения эфирных масел противопоказан при гастрите, язве желудка в период обострения и при непереносимости большими эфирных масел (что встречается крайне редко). При появлении тошноты следует уменьшить дозу наполовину в течение недели. После исчезновения расстройств дозу снова увеличивают (по 2 капли в день). Явления, возникающие в начале лечения, обычно не повторяются.

Эфирные масла в желатиновой капсуле. Прием желатиновых капсул больные переносят хорошо. Этот способ применения препарата более рациональный. Так, прием капель 3 раза в день в течение нескольких недель может вызвать негативные психологические реакции (отвращение и т. д.).

Коллоидная двуокись кремния является нейтральным веществом. Она хорошо адсорбирует жиры. Кремний задерживает ароматические масла на своей поверхности, не изменяя их первоначальных свойств.

Желатиновые капсулы хранят в сосудах из окрашенного стекла, герметически закрытых. Срок хранения не более 2 мес, так как летучие эфирные масла диффундируют и желатиновые капсулы теряют свою активность.

Примерный рецепт капсулы с эфирными маслами:

МЭ имбиря	0,01 г
МЭ душицы	0,01 г
МЭ тимьяна	0,01 г
МЭ лаванды широколистной	0,01 г
Коллоидная двуокись кремния	0,01 г
По одной капсуле утром, днем и вечером в перерыве между приемами пищи	

В пищеварительном канале двуокись кремния освобождается от летучих эфирных масел, которые легко всасываются слизистой оболочкой кишок.

Средняя доза эфирного масла для пациента с массой тела 70 кг составляет 4 г на 60 мл эксципиента, или по 20 капель 3 раза в день.

Ректальный путь

1. Микроклизмы. Этот способ введения обладает многочисленными преимуществами. Он позволяет проводить интенсивную ароматотерапию, так как концентрация эфирных масел может достигать 8—30%. Такие концентрации невозможны при приеме внутрь.

Микроклизмы дают хороший эффект при хроническом бронхите или других бронхолегочных заболеваниях, так как эфирные масла попадают в нижнюю геморроидальную вену, затем в нижнюю полую и достигают артериальной системы легочных альвеол.

Ректальное введение эфирных масел больные переносят хорошо. При необходимости эту процедуру можно делать 2 раза в день.

Примерный рецепт эфирных масел для микроклизмы (их концентрация не должна превышать 30%):

МЭ каеputового дерева	5 г
МЭ душицы	5 г
МЭ тимьяна	5 г
МЭ корицы	5 г
Сладкого пищевого миндального масла ad 100 мл	
Чайную ложку препарата смешать со столовой ложкой растительного масла (соевого, оливкового и др.)	

Содержимое ректальной клизмы, назначенной на ночь, должно удерживаться на протяжении всей ночи, в крайнем случае хотя бы в течение 1 ч.

В тяжелых случаях можно ввести еще одну клизму утром.

2. Суппозиторий.

Введение лекарства с помощью суппозитория не представляет трудностей. Однако они менее эффективны, чем микроклизмы, с другой стороны, суппозитории можно успешно применять при амбулаторном лечении.

Обычно вводят по одному суппозиторию с известной концентрацией эфирных масел утром и на ночь. Эту дозу можно удвоить.

Суппозитории хранят в прохладном месте.

Во избежание ожогов анального отверстия его смазывают вазелином перед введением суппозитория.

Легочный путь

1. Введение эфирных масел в виде аэрозоля.

Примерный рецепт:

МЭ каеputового дерева	5 г	МЭ корицы	5 г
МЭ душицы	5 г	Эмульгин ВЗ	15 г
МЭ тимьяна	5 г	Дистиллированная вода ad	250 мл

Аэрозоль вводят в течение 20 мин утром и вечером в течение всего курса лечения. Предварительно обязательно проверяют, переносит ли больной действие аэрозоля (его вводят в течение 15 с — 1 мин и определяют реакцию).

2. Ингаляции.

Сухие ингаляции. Стерильный носовой платок смачивают 30 каплями смеси эфирных масел. Больной должен дышать через этот платок в течение 2 мин. Процедуру делают 3 раза в день.

Примерный рецепт состава смеси для сухой ингаляции:

МЭ каеputового дерева	5 г	МЭ тимьяна	5 г
МЭ душицы	5 г	МЭ мяты	1,5 г
МЭ корицы	5 г	Спирт 90 %	90 мл

Для наружного употребления.

Влажные ингаляции. В ингалятор наливают 100 капель ранее описанного препарата и делают ингаляции 3 раза в день (при тяжелом течении инфекции).

Подкожный путь

Этот путь введения ароматических масел широко применяют в косметологии, а также для местного воздействия при лечении инфекционных болезней.

Эфирно-масляные растения могут оказывать раздражающее (на кожу и слизистые оболочки), рефлекторное, тонизирующее, болеутоляющее, отвлекающее действие, а также улучшать кровообращение.

Эфирно-масляные растения, оказывающие раздражающее действие на кожу и слизистые оболочки при местном применении, кроме того, обладают антиокислительными, регенерирующими, противовоспалительными и антисептическими свойствами. Однако проникающая способность в кожу у них различна, отсюда и различие в раздражающем эффекте. Наибольшей

способностью проникать в кожу обладают скипидар, а также эфирные масла в следующей последовательности: эвкалиптовое, грушевое, лимонное, сосновое, лавандовое, гераниевое, мятное.

Эфирные масла вызывают увеличение кровотока (артериальную гиперемия) и обмена веществ в коже и слизистых оболочках, а также раздражение рецепторов. Их используют в дневных кремах, разогревающих мазях, растираниях, ароматических ваннах.

В народной медицине для местного отвлекающего, разогревающего действия обычно применяют не отдельные масла, а экстракты из цельных растений.

В тибетской медицине выделяют 3 вида раздражающих растений: жизнедатели, охранители и восстановители (укрепители). К первым относят валериану и розу, ко вторым — мяту, к третьим — хвойные деревья и эвкалипт. Растирания с валериановым маслом «вселяли силу», мятные растирания предохраняли от сезонных инфекций, а мази из еловой коры и смолы укрепляли весь организм. Авиценна рекомендовал при утомлении массаж и растирания масляным раствором сосновой смолы. Народности Приамурья и сейчас используют оригинальный способ борьбы с усталостью: в котелок с кипящей подсоленной водой опускают на 2—3 мин цветочные корзинки пижмы (даже из-под снега), а затем докрасна растирают тело размокшими цветками. Эфирное масло этого растения вызывает прилив крови, стимулирует обмен веществ.

В научной медицине применяется особая группа препаратов, содержащих эфирные масла, которые раздражают нервные окончания кожи: мурманное, камфорное, касторовое, ментоловое, мятное, эвкалиптовое, горчичное масла, горчичники, пластырь перцовый, опodelьдоки «Арника», «Календула», линимент «Капсин» и др.

В народной медицине широко используют разогревающую мазь для массажа: 2 чайные ложки измельченных почек тополя и 1 чайную ложку цветков тысячелистника заливают 0,5 стакана подсолнечного масла и настаивают 3 нед, затем процеживают. Эту же мазь используют также в косметике для втираний при массаже.

Во Вьетнаме изготавливают широко известный и в нашей стране бальзам «Золотая звезда», содержащий высококачественные эфирные масла: эвкалиптовое, гвоздичное, мятное, коричное и другие натуральные ароматические продукты. Втирание бальзама рекомендуется при головной боли, нервном напряжении, переутомлении, морской болезни, простуде, насморке, укусах комаров и других насекомых. При головной боли, головокружении и простуде бальзам втирают в виски, затылок, надбровные дуги и переносицу.

В последние годы отвары и мази начали вводить в акупунктурные точки и зоны (микротоэлектрофорез, фонофорез и втирания). Таким образом, ароматотерапия нашла широкое применение не только в народной, но и в научной медицине.

БОЛЮСОТЕРАПИЯ (ЛЕЧЕНИЕ ГЛИНОЙ)

Болюсотерапию (лечение глиной) использовали еще в далекой древности.

Греческий врач Диоскорид приписывал глине необыкновенную силу. В трудах Плиния старшего, Галена и Авиценны лечебным свойствам глины уделено много внимания.

В книге М. М. Дерибере и А. Есме «Наука и путешествия» можно прочесть: «Марко Поло сообщал уже, что паломники, приходящие в священный город Найбара, часто страдали от четырехдневной, или тропической, малярии, от которой они избавлялись, приняв немного красной земли с берега озера, находившегося рядом с городом».

Во время войны 1914—1918 гг. в горчицу, поставляемую в некоторые французские полки, добавляли небольшое количество глины. Случаев заболевания дизентерией почти не было.

Глинолечение в разных формах применяли народы Африки, Южной Америки, Индии. Ганди был приверженцем лечения глиной заболеваний легких, желудка и суставов.

Профессор Берлинского университета Шрумф опубликовал в 1930 г. результаты успешного лечения глиной азиатской холеры. Он стал пропагандистом этого вида лечения.

Доктор Келлер Хершельман использовал глинолечение при плеврите, перитоните, катаре, заболеваниях мочевого пузыря, камнях желчного пузыря и др. Он подтвердил эффективность этого метода.

Пастор Кнейп унаследовал традиции глинолечения. Он смешивал глину с уксусом и применял ее для компрессов и ванн.

В России холодную глину в виде компрессов использовали в клинике С. П. Боткина для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, беззедовой болезни, заболеваний желчного пузыря.

Глинолечению посвящены работы сотрудников этой клиники — М. И. Соколова (1881) и С. В. Посадского (1884).

Болгарский врач Иван Найденов Йотов, исследовавший глину, показал, что она проявляет лечебные свойства при статической волне 8 м.

Для лечения можно использовать глину, которая имеет вибрационно-энергетическое поле типа радиоволн, а также такую глину, которая легко всасывается.

Глина поглощает канцерогенные вещества и другие вредные для организма элементы.

Залежи глины есть везде, но не каждая глина целебная.

Глина обладает бактерицидными свойствами, ее применяют при различных инфекциях — энтерите, колите, колибактериозе, заболеваниях органов дыхания и паразитарных болезнях (кишечные паразиты).

Гнойная рана, обработанная глиной, заживает на удивление быстро. Прекращается образование гноя, восстанавливаются ткани (как и при применении листьев капусты). Глина при наружном и внутреннем применении вытягивает гной и дезинфицирует, очищает организм. Она обладает

обезжиривающими и обесцвечивающими свойствами. Например, 5 г глины обесцвечивает 10 см³ раствора метила в 0,1 % растворе синьки. Она поглощает запах мочи в ночных горшках. Глина обладает также обволакивающими и адсорбирующими свойствами. По данным профессора Лаборда (1928), лечебная глина стерильна.

Глина радиоактивна. Уровень радиоактивности колеблется от 0,3 до 1,25 ед. махе (1 ед. махе = $3,64 \cdot 10^{-10}$ Ки/л).

Зеленая глина имеет следующий состав: кремнезем — 49,1 %; окись алюминия — 14,61 %; полутороакисное железо — 5,65 %; известь — 4,44 %; окись магна — 4,24 %; щелочные окислы — 3,08 %; титановый ангидрид — 0,74 %; влага — 7,4 %.

В связи с высоким содержанием кремния глину используют при атеросклерозе, туберкулезе, рассеянном склерозе, старении и др.

В глине присутствуют магний, железо и кальций, что позволяет использовать ее при астении, раке, анемии.

Внутреннее применение глины

Внутрь употребляют только жирную глину, без примеси песка, не обожженную и не смешанную с лекарственными веществами. Глины бывают зелеными, белыми, желтыми, красными. Рекомендуется использовать глину той местности, в которой проживает пациент. Зеленая глина со статической волной 8 м наиболее эффективна.

Обычная ежедневная доза — 1 чайная ложка на 3/4 стакана воды, для детей в возрасте до 12 лет — по 0,5 чайной ложки. Иногда бывает достаточно для излечения пить глинистую воду в течение 4—5 дней.

Препарат следует готовить накануне приема. Глину просушивают. Если она имеет примеси песка, то ее следует процедить через марлю. Одну чайную ложку порошка глины насыпают в стакан, заливают его на 3/4 водой, оставляют на ночь, а на следующее утро выпивают. Глину можно также принимать перед сном или за 30 мин до приема пищи. При некоторых заболеваниях (дизентерия, другие желудочно-кишечные заболевания, анемия, туберкулез) можно назначать по 2—3 чайные ложки глины в день.

При запоре дозу глины уменьшают, но увеличивают количество воды. Препарат принимают в 2—3 приема за 30 мин до еды. Если запор не проходит, то курс лечения следует прервать на 10—15 дней.

Детям рекомендуется приготовить маленькие пилюли из глины с настоем мяты, эвкалипта, тимьяна. Эти пилюли нужно сосать. Такие же пилюли применяют при гингивите, стоматите, альвеолярной пиорее, ангине, насморке.

Курс лечения глиной длится 3 нед. Следующие курсы (по 10 дней) проводят 1 раз в месяц.

При поносе новорожденным ежедневно дают несколько чайных ложек глинистой воды.

Следует помнить о бактерицидных и адсорбционных свойствах глины. Ее можно использовать для дезинфекции питьевой воды (несколько щепоток на 1 л), при инфекционных заболеваниях.

Глина показана также при анемии, лимфатико-гипопластическом диатезе, фурункулезе. Эффект болюсотерапии обусловлен тем, что она очищает кровь и весь организм, нейтрализует токсины.

На эндокринные железы она действует как регулятор, в одних случаях возбуждая, а в других — понижая их активность.

Противопоказаний к применению глины нет.

Наружное применение глины

Глиняное тесто готовят следующим образом. Глину помещают в сосуд из стекла, дерева, фарфора (только не из металла или пластмассы) и подливают туда воду. При перемешивании получается «тесто», которое несколько гуще, чем глина для лепки.

Из глины делают холодные, теплые или горячие припарки.

Холодные припарки применяют в области воспаления или в нижней части живота. Когда припарки нагреваются (обычно через 15—20 мин), то их следует заменить. Если появляется ощущение холода, то их заменяют теплыми.

Теплые или горячие припарки накладывают на область печени, почки, мочевого пузыря, костей. Их помещают непосредственно на кожу, в крайнем случае — на кожу, прикрытую марлей.

При некоторых заболеваниях (сердечная патология, ушибы, варикозное расширение вен) до начала лечения нужно сделать компресс. Чтобы приготовить компресс, надо погрузить полотно в очень жидкую глинистую кашицу, отжать его и положить на больное место.

Компрессы и пластыри фиксируют с помощью фланелевого пояса или Т-образного бандажа (для промежности).

Компресс накладывают на 2—3 ч, а в тяжелых случаях — до 1 сут. При появлении неприятных ощущений или боли его снимают и ставят снова через 12 или 24 ч.

При гнойном абсцессе компрессы меняют через полчаса или 1 ч в течение суток и более.

На живот и печень, люмбальную зону и нижние конечности компресс ставят 1 раз в сутки на 2—3 ч, поскольку он может вызвать резкую реакцию. После процедуры глину выбрасывают, так как она поглощает ядовитые вещества.

Для продолжительных компрессов можно использовать глину-пудру. Глиной припудривают пузыри, лечат псориаз и другие кожные болезни.

Для спринцевания влагалища и клизм берут 3—4 столовые ложки глины на 1 л теплой воды (при белях, колите, при всех гинекологических болезнях).

Из глины готовят косметические маски. Порошок глины перемешивают с водой, разведенной наполовину огуречным, томатным или виноградным соком. Эту кашицу наносят на лицо и оставляют до полного высыхания (обычно на 15—20 мин). Маску смывают теплой водой. Эту процедуру делают 1 раз в неделю. Так лечат угри и сыпь на лице, устраняют

морщины. Если порошок глины смешать с оливковым маслом, то получается хороший смягчающий крем.

Если нельзя принять теплые ванны с радиоактивными грязями, принимают ванны с раствором глины: этот раствор можно использовать несколько раз. Продолжительность процедуры вначале не более 5 мин, затем ее постепенно увеличивают до 15—20 мин. Ванны принимают 2—3 раза в неделю в течение 1 мес, затем делают перерыв на 1 мес. Такие ванны оказывают лечебное действие при артрите, ревматизме, анемии. При ревматическом поражении суставов рук и ног назначают ванны с глиной и морской солью.



ВОДОЛечение

История водолечения

С самых древних времен человек употреблял воду как для питья, так и для мытья тела.

В древней индусской литературе (в «Ведах») рекомендуются омовения в священных реках, например в Ганге. Омывания были распространены у египтян и халдеев. По-видимому, они-то и передали евреям обряд очищения, который проводили очень часто — в канун праздников, при выздоровлении после болезни и после прикосновения к чему-нибудь нечистому. В Талмуде сказано о необходимости частых купаний и омовений (между прочим, даны рекомендации против «дурного глаза» — капли холодной воды в глаз утром и теплые ножные и ручные ванны вечером). Конечно, во всех этих древнейших обычаях весьма трудно установить, где заканчивается религиозный обряд, и где начинаются лечебно-гигиенические рекомендации, основанные на опыте и наблюдении. Можно лишь констатировать, что в древнейшие времена воду назначали в качестве священного, исцеляющего средства, причем тогда, по-видимому, еще не разделяли действие пресной воды и минеральной.

В Священном писании можно почерпнуть и более определенные указания на способ лечения. Так, Нееман был излечен от проказы после семи купаний в реке Иордан. С другой стороны, имеются сведения о существовании Силоамской купели, куда притекала вода Силоамского источника, очевидно минерального.

Силоамская купель имела одновременно и лечебное, и религиозное значение.

В Древней Греции было широко распространено лечение в храмах, которое по сути является сочетанием климато-, бальнео- и психотерапии. По свидетельству Плутарха, жрецы Эскулапа созидали храмы в прекрасной местности — в горах, среди лесов, которые тщательно оберегали и почитали. Уже сам по себе чистый воздух способствовал упрочению славы Эскулапа, больным приносила пользу также перемена места жительства — климатическое лечение, которое применяется и в настоящее время.

Ежедневное купание у римлян было обычаем. Водолечение не ограничивалось простым купанием в ваннах или бассейне. Оно включало также «вызывание» пота, паровую ванну и массаж.

Лечение ваннами впервые применили в Греции. Пифагор позаимствовал этот метод у египтян. Вслед за Пифагором и его учениками лечение больных водой применял Гиппократ. Учение Гиппократа развил грек Асклепиад, живший в Риме.

Знаменитый Гален (131—201 гг. н. э.) посылал туберкулезных и склонных к «изъязвлению легких» больных из Рима в гористые местности, отличающиеся сухим воздухом. Гален предостерегал от употребления

холодной воды и советовал постепенно снижать ее температуру при купании, причем время, которое следовало находиться в воде, Гален советовал определять с учетом реакции организма: если после купания человек не скоро согревался и становился бледным, то он купался слишком долго.

Научно обоснованное водолечение связывают с именами Фридриха Гофмана и его учеников — отца и сына Ганов. В XIX в. в Англии их последователями были Виллиам Вригт и Курье, а в Германии — Гуфеланд. Они применяли воду для борьбы с лихорадкой, особенно при брюшном тифе.

В настоящее время водолечение применяют в санаториях или водолечебницах, изредка на дому.

Методика водолечения

При проведении водолечения следует придерживаться следующих правил:

1. Все лечебные процедуры с прохладной или холодной водой (обертывания, растирания, обливания и пр.) проводят тогда, когда тело пациента теплое. Особенно надо обращать внимание на то, чтобы у больных были теплые ноги. Если ноги холодные, то перед применением холодной воды их надо согреть с помощью растирания или грелок. Если больной ощущает холод или озноб, то применять холодную или прохладную воду нельзя. Если самочувствие больного удовлетворительное, то он может согреться, активно двигаясь.

2. Лечебные процедуры лучше всего делать утром, сразу же после пробуждения, или вечером перед сном. Обертывание живота, туловища, шир и стоп делают на ночь.

3. Водные процедуры, оказывающие возбуждающее действие, нельзя проводить перед приемом пищи или вскоре после него.

4. После психического или физического перенапряжения запрещаются любые водные процедуры.

5. Водолечение проводят только в теплом помещении. Температура воздуха должна быть не менее 20 °С.

6. После водной процедуры пациента следует уложить в постель, хорошо его укрыть, к подошвам и коленам положить грелку. Больной может согреться и самостоятельно с помощью активных движений.

7. Если организм больного настолько ослаблен, что он не в силах снова согреться после водной процедуры, больного надо обмыть водой температуры 32—35 °С и осторожно обсушить тело мягким полотенцем. Если состояние больного после водной процедуры улучшается, то можно применять более холодную воду.

8. Для обмываний, обертываний или ванн горячую воду (35—36 °С) не применяют, кроме особых случаев. Применение горячей воды допустимо лишь в виде компрессов, полных или сидячих ванн для прекращения боли или судорог.

9. Нужно помнить, что чем холоднее вода, тем сильнее она воздейству-

ет на организм. Поэтому водные процедуры лучше начинать с более высокой температуры и постепенно ее снижать.

10. Если дети боятся водолечения, то для первой процедуры применяют воду, температура которой на несколько градусов выше, чем следует, затем постепенно температуру воды снижают.

11. Если в начале лечения водой заметного улучшения не наблюдается, водные процедуры следует продолжать, так как они способствуют укреплению организма.

12. После каждой процедуры необходимо проветрить шерстяные одеяла, а смачиваемые водой простыни для обертываний и компрессов стирают с мылом.

13. Никогда не следует проводить водные процедуры с поспешностью.

14. Во время менструации любые водные процедуры лучше всего отменить.

Внутреннее употребление воды

Внутреннее употребление воды с лечебной целью рекомендуется в следующих случаях:

1. При всех острых заболеваниях, лихорадочном состоянии, повышенном теплообразовании и учащенном пульсе.

2. При приливе крови к внутренним половым органам и их воспалении, при приливе крови к органам брюшной полости и вообще к нижней части живота, например при геморрое, заболеваниях печени, почек и т. д.

3. При отравлении и накоплении в организме продуктов распада.

4. При нарушении кроветворения и в случае эндогенной интоксикации.

5. При тучности и сильном исхудании с расстройствами пищеварения.

Вода для приема внутрь должна быть свежей и прохладной температуры (ниже 20 °С). Несвежая и теплая вода, особенно хранившаяся в открытых сосудах, не пригодна для лечения.

Количество воды, которое надо выпить в течение суток, зависит от заболевания. Лучше всего пить воду утром, когда желудок еще пуст. Тогда можно выпить от 1 до 3 стаканов «гусиного вина» — так называли воду, выпитую натощак. Самое главное — это выпивать за один прием только по 1 стакану воды и притом медленно и маленькими глотками. Затем выпивают 2-й стакан и т. д., пока не появится ощущение полноты в желудке. В 1-й день нужно выпить 1 стакан воды, на следующий — 2 стакана, в 3-й — 3. После приема воды полезны физические упражнения на свежем воздухе или просто ходьба. Через 30 мин после питья воды можно позавтракать (сладкий чай, молоко, хлеб из отрубевой муки, масло, фрукты и т. п.).

После завтрака пациент должен отдыхать 2—3 ч. За 30 мин до обеда снова нужно выпить 1—2 стакана воды (после этого желательно подвигаться). Во время обеда воду не употребляют. После обеда, если в этом есть потребность, можно выпить 1 стакан воды или компота. Перед ужином воду пьют так же, как и перед обедом. Ужин должен быть легким.

тлеб из отрубевой муки, молоко, стакан простокваши, яйцо всмятку, компот из сухофруктов или шиповника).

Пить воду перед сном не рекомендуется.

Наружное применение воды

Воду применяют наружно с помощью таких методов: возбуждающего (согревающего), отвлекающего (успокаивающего) и укрепляющего.

Следует помнить о двух главных правилах водолечения:

1. Вода низкой температуры при продолжительном наружном применении является раздражающим, или возбуждающим, средством. Чем ниже температура воды, тем меньшей должна быть продолжительность водной процедуры.

2. Вода более высокой температуры при продолжительном наружном применении является отвлекающим средством.

В современной практике водолечения воду температуры 10—20 °С считают холодной, 20—30 °С — прохладной, 30—35 °С — индифферентной, 35—38 °С — теплой.

Возбуждающий метод применяют в тех случаях, когда надо усилить обмен веществ, растворить, выделить болезнетворные вещества, продукты распада. Этот метод рекомендуется для лечения хронических болезней. Вызывают разнообразные ванны, обмывания, обливания, но в течение непродолжительного времени.

Следует отметить, что возбуждающий метод лучше применять тогда, когда возбудимость нервной системы нормальная и организм способен к быстрой реакции.

Отвлекающий (успокаивающий), возбуждающий, укрепляющий, болеутоляющий метод применяют для замедления чрезмерно усилившегося обмена веществ и лечения общих и местных воспалительных процессов. Для отвлекающих процедур (обмываний, обертываний, компрессов и т. п.) берут воду температуры 20—30 °С. Вначале можно применять воду температуры 30—38 °С. Простыни нужно сложить несколько раз, слегка их смочить и обернуть тело больного. Как только они начнут нагреваться, их следует сразу же сменить, иначе их применение может иметь нежелательные последствия (действие процедуры станет возбуждающим, и воспалительный процесс усилится).

Укрепляющий метод служит, прежде всего, для закаливания организма. Его применяют в период выздоровления. Процедуры проводят холодной или прохладной водой. Рекомендуются обмывания, растирания, сидячие ванны, обливания.

Действие теплой и холодной воды

Теплая (37—38 °С), но не горячая (39—42 °С) вода при более продолжительном воздействии (от 1 до 2 мин) вначале оказывает возбуждающее действие, а затем — успокаивающее. Сосуды кожи под влиянием теплой воды расширяются. Кровь начинает поступать в большем количестве из внутренних органов к коже, АД снижается.

Холодная вода (ниже 30 °С) оказывает сильное возбуждающее действие. При правильном применении она улучшает обмен веществ. Сосуды кожи вначале сужаются, а затем быстро расширяются. Кожа краснеет, так как к ней поступает кровь из внутренних органов. При сужении сосудов АД повышается. Холодную ванну (полную и наполненную наполовину) принимают в течение 1—3 мин, а душ, обрызгивание, сидячие и стоячие ванны, укутывание — более длительное время.

Водолечение оказывает четыре важных действия на организм человека.

1. Водолечение воздействует прежде всего на нервную систему: холодные и кратковременные горячие процедуры действуют возбуждающе, а продолжительные горячие — угнетающе.

2. Холодные ванны замедляют пульс, повышают АД, теплые — учащают пульс и снижают АД.

3. При правильном проведении водолечение усиливает функции всех органов и улучшает обмен веществ.

4. Под действием водолечения увеличивается диурез.

Сила воздействия зависит от температуры воды, продолжительности процедуры, общего состояния больного и привыкания организма к воздействию воды.

Водолечение проводят в течение 6—7 дней, иногда — 2—3 нед.

Общие указания. Общей ванной называют погружение всего тела в воду, местной — погружение части тела.

После приема теплой ванны рекомендуются холодное обливание, душ или обтирание, при этом температура воды должна быть на 5—10 °С ниже, чем в ванне.

После индифферентной ванны, если она общая, нужно облить тело холодной водой.

После любой ванны необходимо хорошо высушить голову, а тело энергично растереть сухим полотенцем.

Если температура тела больного повышена, то тело насухо не вытирают, а только частично удаляют воду полотенцем, после чего больного укладывают в постель или предлагают ему двигаться до полного охлаждения.

Ванны и их применение

ОБЩИЕ ВАННЫ

При общей ванне пациент погружается в воду по шею. Ее следует принимать до тех пор, пока она дает приятные ощущения. Общие ванны оказывают сильное воздействие на организм человека, особенно на сердечно-сосудистую систему. Поэтому их принимают только по назначению врача.

Ванна индифферентной температуры. Ванну рекомендуется принимать за 1 ч до еды. Температура воды 34—35 °С, продолжительность процедуры 10—15 мин. После ванны больного вытирают сухим полотенцем или обливают водой температуры 32 °С в течение 1 мин. Ванны принимают через день или ежедневно.

Теплая общая ванна. Различают полную ванну с погружением по шею (для относительно здоровых людей) и общую ванну, при которой область сердца не покрывается водой.

Теплая ванна возбуждает все тело. Ее принимают в течение 20—30—40 мин, можно назначить повторную ванну через 8 ч. Во время приема ванны добавляют горячую воду, чтобы поддерживать температуру воды постоянной. Сразу после приема теплой ванны тело обливают холодной водой, только делать это надо быстро (не более 1 мин). Затем, не обтираясь, следует одеться и подвигаться по комнате до тех пор, пока тело совершенно не высохнет.

Теплые ванны показаны при почечнокаменной болезни, задержке мочеиспускания и обширных ожогах.

Горячие общие ванны (38—42 °С) могут принимать только те взрослые, у которых здоровые нервная система и сердце. Продолжительность процедуры от 3 до 10 мин. Дети переносят такую ванну до 10 мин. Ванну всегда принимают натощак. Перед процедурой больному необходимо смыть лицо и голову теплой водой, а во время приема ванны рекомендуется наложить горячий компресс на голову.

Горячие общие ванны полезны в качестве согревающего средства при переохлаждении тела, повышенной чувствительности к холоду, при ознобе, простуде и т. д. Они могут вызвать быстрое и обильное потоотделение. В конце процедуры всегда делают обливание более холодной водой: для больных и детей — на 5 °С, а для здоровых — на 10 °С ниже, чем температура воды горячей ванны. После этого больной должен быстро вытереться насухо, одеться и выйти на свежий воздух или, не вытираясь, завернуться в махровую простыню, лечь в постель и хорошо укутаться, чтобы пропотеть.

С лечебной целью эту ванну применяют при коликах и спазмах всех органов, наличии песка в почках и желчном пузыре, при кожном зуде и кожных заболеваниях, невралгии и неврите.

Горячую ванну не следует назначать при неврозе, заболеваниях сердечно-сосудистой системы и головного мозга. Она противопоказана при атеросклерозе, приливе крови к голове, высоком АД.

Холодная общая ванна. В ванну наливают воду температуры 30—35 °С. Если больной ложится в ванну, то вода должна покрывать все тело, если же он принимает ванну сидя, то воды в ней должно быть по грудь, а верхнюю часть тела больной обливают сам. Продолжительность процедуры от 30 до 3 мин. При повторных процедурах температуру воды постепенно снижают до 25 °С (примерно на 1 °С каждую процедуру). Ванны принимают 2 раза в неделю. Более 3 мин оставаться в ванне не следует, так как это вызывает обильную потерю тепла и не приносит пользы. После ванны больного укутывают, укладывают в постель на 30 мин либо он должен согреться активными движениями.

Следует помнить, что тело перед процедурой должно быть теплым.

Прохладная полуванна. Уровень воды в ванне должен доходить до середины живота пациента. Температура воды и продолжительность пребывания в ванне такие же, как и при общей холодной ванне. Обе ванны относят к закаливающим, тонизирующим процедурам.

Контрастная ванна. Больной ложится в ванну, температура воды в ней 38—39 °С. В течение 2—3 мин ее повышают до 40—42 °С. Через 5 мин пациент должен облиться прохладной водой (20—25 °С) в течение 2—3 мин, затем снова лечь в горячую ванну (40—42 °С). Необходимо следить, чтобы вода в ванне не остывала! Через 5 мин пребывания в ванне больной снова должен облиться холодной водой. Это повторяют 3 раза. После ванны больного укутывают, ложится в постель, чтобы пропотеть. В постели должен лежать не менее 2 ч.

Контрастная ванна воздействует на капилляры и другие мелкие кровеносные сосуды (сокращая и расширяя их), укрепляет ЦНС. Ее применяют при невротических состояниях, гриппе и других ОРВИ.

Противопоказания: стенокардия, артериальная гипертензия. Женщины за 3—4 дня до менструации не должны принимать контрастные ванны, чтобы не усиливать кровотечение.

Гипертермическая ванна. Больной ложится в ванну при температуре воды в ней 36—37 °С. В течение 10—12 мин подливают горячую воду, пока температура воды не повысится до 41—43 °С. Больной остается в ванне при максимальной температуре 4—5 мин. Затем он заворачивается в простыню и шерстяное одеяло, ложится в постель, сверху укрывается вторым шерстяным или ватным одеялом и 20—40 мин потеет, выпив горячего чая с медом или малиновым вареньем. Потом нужно вытереть тело и отдохнуть в постели не менее 2 ч. Подчеркиваем, что любая горячая ванна вначале должна иметь температуру воды 36—37 °С. Температуру воды повышают постепенно — на 1 °С каждые 1—2 мин.

Гипертермическая ванна рекомендуется при гипертонической болезни I и II стадий. Она облегчает работу сердца, улучшает трофику тканей, повышает температуру тела, активизирует обмен веществ. Кроме того, гипертермическую ванну применяют при спондилите, остеохондрозе, гриппе, остром катаре верхних дыхательных путей.

СМЕШАННЫЕ ВАННЫ

Смешанные ванны готовят с отваром или настоем растений. Лекарственные растения для этих ванн варят или настаивают в определенном количестве воды, предварительно залив их кипятком.

Ванна с настоем трухи (цветущего сена, клевера, сенной трухи, сенных отходов). Небольшой полотняный мешочек, наполненный трухой (200—250 г), погружают в ведро с кипятком и настаивают, закрыв крышкой, около 1 ч. Полученный настой вливают в ванну с теплой водой (35—36 °С), доводя ее температуру до 37 °С. Продолжительность ванны 10—20 мин. Сенную труху можно заменить смесью трав: цветки ромашки, трава полевого хвоща, тысячелистника, череды, чебреца, шалфея (взять по 50 г). Эта ванна рекомендуется как больным при невротическом состоянии, так и здоровым. Она усиливает кровообращение, благоприятно действует при бронхите, бессоннице. Рекомендуется для закаливания детей в зимнее время.

Ванна с настоем овсяной соломы. Эту ванну готовят следующим образом: в ведро горячей воды (кипяток) опускают 250—300 г овсяной соломы, закрывают его крышкой, настаивают 1 ч, затем в ванну с водой температурой 36 °С вливают приготовленный настой (оставляя солому в ведре). В ванну добавляют теплую воду (до 37 °С). Продолжительность процедуры — 20 мин.

Действие этой ванны сильнее, чем ванны с сенной трухой, особенно при болезнях почек, мочевого пузыря и ревматизме.

Ванна с отваром сосновых или можжевеловых веток. Эту ванну готовят следующим образом: собирают сосновую хвою (чем свежее, тем лучше), мелко нарезают сосновые веточки и секут ольховые шишки (3—4 пригоршней); все это всыпают в ведро, заливают водой и кипятят в течение 2 ч. Отвар настаивают, закрыв крышкой, еще 30 мин. Больной погружается полностью в ванну после того, как влили отвар. Температура воды 37 °С. Принимают ванну в течение 15—20 мин. Выйдя из ванны, больной должен обсушиться полотенцем и лежать в постели 1 ч. Ванна хорошо действует при воспалительных заболеваниях почек и мочевого пузыря, освежает и укрепляет кожу. Она особенно полезна ослабленным, детям и старикам. Сервную систему хорошо успокаивает аромат ванны.

Ванна с отваром корня валерианы. В посуду емкостью 4—8 л наливают кипяток и опускают мешочек с высушенными корнями валерианы — для взрослых 100 г, для детей — 50 г. Кипятят 30 мин. После этого посуду, накрыв крышкой, снимают с огня, настаивают в течение 1 ч и отвар вливают в ванну с водой, доводя ее температуру до 36,6—37 °С. Принимают ванну в течение 15—30 мин. Она полезна детям и взрослым. Ванна успокаивает кожный зуд. Кроме того, она делает кожу эластичной и освобождает ее поры от жира.

Ванна с отваром ореховых листьев и морской солью. В посуду емкостью 2—3 л всыпают 200 г зеленых или 100 г сухих листьев грецкого ореха, заливают водой и кипятят до тех пор, пока не останется 3/4 исходного количества воды. Затем отвар процеживают и выливают в ванну с водой, предназначенную для купания ребенка, доводя температуру воды

до 36—37 °С. Добавляют немного (200 г) морской соли и купают ребенка. Данная ванна полезна при рахите и бронхите.

Ванна с отваром дубовой коры. Один килограмм дубовой коры моют щеткой и кипятят в 6 л воды до тех пор, пока вода не выкипит наполовину. Полученный отвар процеживают и смешивают с водой в ванне. Температура воды в ванне должна быть 36—37 °С. Продолжительность процедуры 10—20 мин. Эта ванна полезна при кожных заболеваниях.

Горчичная ванна. В ванну с теплой водой (38 °С) помещают полотняный мешочек со 100—150 г свежесмолотой горчичной муки. Мука должна размываться водой. Продолжительность процедуры 10—15 мин. Горчичную ванну применяют при ОРВИ, бронхите, бронхопневмонии и др.

В народной медицине часто применяют общеукрепляющие ванны из солода, проросших зерен, молодых всходов. Известно большое количество рецептов приготовления травяных ванн в домашних условиях при различных состояниях организма.

При ломоте в мышцах, боли в суставах, связках и сухожилиях вследствие травм, при воспалительных процессах, физическом переутомлении рекомендуются следующие ванны:

- 1) свежесрубленные ветки ели настоять в кипятке, в охлажденный настой 37—38 °С настой погрузить ноги на 30 мин; после процедуры ноги укутать и отдохнуть в постели в течение 1 ч, принимать ванны через 2—3 дня, на курс 5—7 ванн;

- 2) траву спорыша (горца птичьего, 300 г) залить 5 л кипятка, настоять в течение 2 ч, процедить и вылить в ванну с теплой водой (32—34 °С), ванну принимать в течение 15—20 мин через день;

- 3) зеленые побеги папоротника (300 г) залить 5 л кипятка, настоять в течение 2 ч, процедить и вылить в ванну с водой температуры 34—36 °С, принимать в течение 15—20 мин через день; на курс 10—15 ванн.

При ослаблении памяти, снижении работоспособности вследствие атеросклероза сосудов головного мозга в пожилом возрасте рекомендуются следующие ванны:

- 1) траву душицы обыкновенной, лист шалфея лекарственного, листья березы белой (по 100 г) залить 3 л кипятка, настоять в течение 2 ч в теплом месте, процедить и вылить в ванну с водой температуры 36—37 °С; принимать ванну в течение 15—20 мин 2 раза в неделю, на курс 10 ванн;

- 2) траву донника лекарственного, таволги болотной и плоды укропа огородного (по 100 г) применяют аналогичным образом.

При повышенной нервозности, возбудимости, бессоннице, астении рекомендуются следующие ванны:

- 1) траву багульника болотного и пустырника пятилопастного (по 200 г) залить 2 л кипятка, настоять в течение 2 ч, процедить, вылить в ванну с водой температуры 36—38 °С; ванны принимать через день-два в течение 15—20 мин в вечернее время, на курс — 10 ванн;

- 2) траву донника лекарственного и тимьяна обыкновенного (по 100 г) залить 2—3 л кипятка; приготовление и применение ванн такое же, как и в предыдущем рецепте;

- 3) траву таволги болотной, плоды укропа огородного, траву одуванчика

лекарственного и душицы обыкновенной (по 100 г) залить 5 л кипятка, настоять в течение 3—4 ч, процедить и вылить в ванну с водой температуры 34—38 °С; процедуры принимать через день в течение 15—20 мин вечером, на курс 10 ванн;

4) лист мяты перечной, шишки хмеля обыкновенного, траву полыни обыкновенной, плоды укропа огородного (по 100 г) залить 5 л кипятка, приготовление и применение такое же, как и в предыдущем рецепте;

5) сухое сено (1—1,5 кг) залить 10 л кипятка, кипятить в течение 1 ч, процедить и вылить в ванну с водой температуры 34—36 °С; применение такое же, как и в рецепте № 3.

При астении, общей слабости, неврозе, вегетососудистой дистонии (в I, гипертенгической стадии) рекомендуются следующие прописи:

1) траву полыни обыкновенной, корневище с корнями валерианы лекарственной, корневище пырея ползучего (по 30 г) запарить в 5 л кипятка (на 2 ч), процедить, вылить в ванну с водой температуры 37 °С; принимать ванну в течение 15 мин, на курс 10 ванн;

2) корневище пырея ползучего, листья березы белой, траву полыни обыкновенной, траву валерианы лекарственной (по 25 г каждого растения) помещают в мешочек, который опускают в ведро с 10 л кипятка, настаивают в течение 2 ч, выливают в ванну с водой (5 ведер) температуры 37 °С; принимать ванну в течение 15 мин, на курс 5 ванн.

При гипотенгической стадии невращения используют следующий рецепт: траву иссопа лекарственного, листья аира обыкновенного, хвою сосны обыкновенной (по 35 г) запарить в 5 л кипятка (на 2 ч), процедить, вылить в ванну с водой (5 ведер) температуры 36—38 °С; принимать ванну в течение 15 мин; на курс 7 ванн. Указанные ванны более эффективны, если их делать из минеральной воды.

При боли в суставах, мышцах, связках и сухожилиях, а также при спазмах, физическом переутомлении можно использовать следующую рецептуру минерально-травяных ванн:

1) листья белокопытника гибридного, хвоя сосны обыкновенной, корневище с корнями валерианы лекарственной — по 35 г на ванну, на курс 5 ванн;

2) трава иссопа лекарственного, листья смородины черной, корневище с корнями валерианы лекарственной, листья белокопытника гибридного — по 25 г, на курс 5 ванн;

3) трава фиалки трехцветной (или трава таволги болотной), хвоя сосны обыкновенной, листья белокопытника гибридного, трава иссопа лекарственного (или тимьяна обыкновенного), трава или корневище с корнями валерианы лекарственной — по 20 г, на курс 5 ванн;

4) трава полыни обыкновенной, трава валерианы лекарственной, листья белокопытника — по 35 г, на курс 10 ванн.

В народной медицине применяют и комбинированные седативные ванны: траву сушеницы болотной (100 г), душицы обыкновенной (50 г), листья пырея ползучего (100 г), листья шалфея лекарственного (50 г) запаривают 5 л кипятка, настаивают в течение 2 ч, выливают в ванну с водой температуры 36—37 °С. Ванну принимают перед сном через день, на курс 5 ванн.

Для повышения тонуса при общей слабости, гипотонии применяют комбинированные тонизирующие ванны из почек тополя бальзамического (200 г), листьев рябины обыкновенной (100 г), цветков пижмы обыкновенной (50 г). Смесь заливают 5 л кипятка, настаивают в течение 2 ч в закрытой посуде и выливают в ванну с водой температуры 38—39°. Ванну принимают утром в течение 5—10 мин, через 1—2 дня, на 6—8 ванн.

В народной медицине ванны с травами применяют как общеукрепляющее, тонизирующее, восстанавливающее средство: а) в отваре травы дубенника иволистого купают истощенных детей; б) ванны с настоем травы икотника рекомендуют от «худобы» и для укрепления нервной системы; вероятно, это связано с успокаивающим действием растения; в) настой репейника обыкновенного применяют для ножных ванн, чтобы снять усталость после больших переходов; г) ванны из Melissa укрепляют сердце, нервную систему, улучшают обмен веществ; д) в отваре травы подмаренника мягкого купают беспокойных детей; е) в ваннах с травой чертополоха колючего купают нервных и легко возбудимых детей.

Механизмы действия эфирно-травяных ванн следующие: 1) кожно-рефлекторный — за счет раздражения, которое получает организм через рецепторы кожи от растительного комплекса биологически активных веществ (БАВ); 2) биохимический — за счет воздействия на органы и ткани БАВ, всасывающихся через кожу; 3) обонятельно-рефлекторный — за счет вдыхания летучих БАВ (эфирные масла, фитонциды), воздействующих на обонятельные зоны носовых раковин и вызывающих обонятельные рефлексы; 4) корковый ассоциативный, обусловленный возникновением ассоциативных образов в коре большого мозга (успокаивающих, тонизирующих и т. д.).

В настоящее время накоплен значительный опыт применения фитотерапевтических процедур. По показаниям назначают следующие ванны:

1. Седативные: гераниевые (с маслом герани душистой), лавандовые (с травой лаванды или с лавандовым маслом), душистые (из травы душицы обыкновенной), пустырниковые (из травы пустырника пятилопастного), розовые (с розовым маслом или лепестками розы), ромашковые (из травы ромашки аптечной или ромашки душистой), тимьяновые (из травы тимьяна обыкновенного), пикорные (из травы цикория обыкновенного), хвойные (из хвой ели, сосны, пихты или с пихтовым бальзамом), хмелевые (из шишек хмеля обыкновенного), шалфейные (из травы шалфея лекарственного или шалфейного конденсата) и др.

2. Тонизирующие: цитрусовые (с апельсиновым, лимонным, мандариновым маслом), базиликовые (с маслом базилика камфорного), розмариновые (из травы розмарина лекарственного), рябиновые (из листьев рябины обыкновенной), тополевыe (из почек тополя бальзамического и тополя черного) и др.

3. Адаптогенные: мятные (с мятным маслом или из травы мяты перечной или других видов мяты).

4. Гипертензивные: пижмовые (из цветков пижмы обыкновенной), сандаловые (из древесины сандалового дерева), белые скипидарные ванны (по А. С. Залманову) и др.

5. Гипотензивные: душичные, лавандовые, майорановые (из травы майорана садового или с майорановым маслом), синюховые (из травы синюхи голубой), сушеничные (из травы сушеницы болотной), цитрусовые, желтые скипидарные ванны (по А. С. Залманову).

6. Болеутоляющие: березовые (из листьев или почек березы белой), гераниевые, зверобойные (из травы зверобоя продырявленного), лавандовые, ромашковые и др.

7. Антиспазматические: анисовые (с анисовым маслом или из плодов аниса обыкновенного), иссоповые (из травы иссопа лекарственного), лавандовые, мятные, ромашковые, тимьяновые, укропные (с укропным маслом или из плодов укропа пахучего), фенхелевые (с фенхелевым маслом или из плодов фенхеля обыкновенного), цитрусовые, эстрагонные (из травы полыни эстрагонной) и др.

8. Антисептические: базиликовые, гераниевые, лавандовые, мятные, розмариновые, тимьяновые, шалфейные, эвкалиптовые и др.

9. Противовоспалительные: горчичные (из порошка горчицы), девясиловые (из корней и корневищ девясила высокого), зверобойные, розмариновые, белые и желтые скипидарные ванны, тимьяновые, тминные (из плодов тмина обыкновенного), хвойные, эвкалиптовые (с эвкалиптовым маслом или листьями эвкалипта шарикового) и др.

10. Кардиореспираторные (усиливающие функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем): анисовые, лавандовые, розмариновые, укропные и др.

11. Местнораздражающие: горчичные, скипидарные и др.

12. Заживляющие раны: айрные (из корневища аира обыкновенного), березовые, девясиловые, ежевичные (из листьев ежевики сизой), зверобойные, календуловые (из цветков календулы лекарственной), облепиховые (из листьев и веток облепихи), сушеничные, тополевые, шалфейные, эвкалиптовые и др.

13. Косметические: березовые, календуловые, клеверные (из травы клевера ползучего), лавандовые, розовые, ромашковые, хвойные (из хвойных иголок), хвощевые (из травы хвоща полевого) и др.

14. Гигиенические травяные: из разнообразных трав, кустарников и деревьев.

15. Общеукрепляющие: березовые, крапивные (из травы крапивы двудомной), медуничные (из травы медуницы неясной), смородиновые (из листьев черной и красной смородины), овсяные (из зеленых колосков овса полевного), спорышковые (из травы спорыша, горца птичьего) и др.

Дозы фитопрепаратов, количество и продолжительность процедур назначаются индивидуально.

СОДОВАЯ ВАННА

200 г пищевой соды растворяют в ванне с водой температуры 37—38 °С. Продолжительность ванны 15 мин. Содовую ванну применяют при нарушении обмена веществ, при повышенной нервной возбудимости. Она нормализует функции кожи.

СОДОВАЯ ВАННА С КВАСЦАМИ

Растворяют 200 г пищевой соды и 70 г квасцов в воде температурой 37—38 °С. Лучше принимать сидячую ванну в течение 20—25 мин. Эта ванна показана при нарушении венозного кровообращения (расширение вен, варикозные язвы, лимфостаз, отеки нижних конечностей и др.).

СКИПИДАРНЫЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЕ ВАННЫ

Русский врач А. С. Залманов предложил гипертермические скипидарные ванны с тремя вариантами эмульсий: белые, желтые и смешанные.

Белая скипидарная эмульсия. В эмалированную кастрюлю наливают 550 мл дистиллированной воды, всыпают 3 г салициловой кислоты и ставят на огонь. Когда вода закипит, всыпают 30 г мелко натертого детского мыла. Размешивают стеклянной палочкой. Кипятят около 15 мин на слабом огне, помешивая. Когда мыло полностью растворится, снимают с огня. Затем добавляют 20 мл камфорного спирта, перемешивают. В другой кастрюле готовят 500 мл живичного скипидара (ГОСТ 1571). Горький мыльный раствор выливают в скипидар, тщательно перемешивая. Затем все это сливают в стеклянную посуду и плотно закрывают крышкой. Готовая эмульсия имеет вид простокваши. При хранении она иногда расслаивается, поэтому перед употреблением ее тщательно размешивают взбалтыванием. Хранят при комнатной температуре.

Желтая скипидарная эмульсия. В эмалированную кастрюлю емкостью 2—3 л наливают 300 г касторового масла и ставят на водяную баню; 40 г кристаллического NaOH растворяют в 200 мл холодной воды. Когда вода на водяной бане закипит, вливают растворенный NaOH в касторовое масло и тщательно размешивают стеклянной палочкой до образования кашеобразной массы. После этого наливают 250 мл олеиновой кислоты (любого качества), все время интенсивно размешивая смесь стеклянной палочкой до образования жидкой прозрачной массы желтого цвета (как подсоленное масло). Вся процедура приготовления эмульсии займет около 2 ч. Когда на поверхности останется только легкая белая пена, гасят огонь и вливают 750 мл скипидара, слегка помешивая. Через 10 мин еще раз размешивают и разливают в бутылки с хорошими пробками. Хранят при комнатной температуре.

Общие указания по применению скипидарных ванн:

ванны лучше всего принимать за 2 ч до сна; сразу же после ванны нужно лечь в постель, хорошо закутавшись шерстяным одеялом, проветривать. В постели следует находиться не менее 2 ч. Если ванну принять на ночь, то это увеличивает время отдыха, что улучшает результат лечения.

ванну принимают через 2 ч после последнего приема пищи;

спиртовой градусник необходимо проверять по ртутному (сравнивать показания с медицинским термометром). Этому правилу следует придерживаться при применении всех водных процедур. Эмульсию для ванн отмеряют только мензуркой;

не менее 2 раз в неделю назначают овощно-фруктовый стол; ежедневно рекомендуется употреблять 0,5 л молока, а также творог и другие молочные продукты;

в течение всего периода лечения после обеда нужно класть грелку на область печени на 40 мин. Ужин должен быть без мяса (только молочная пища). Спиртные напитки запрещены. Ванны нужно принимать по указанной врачом схеме:

эмульсию нужно вливать в ванну только после того, как горячая вода наполнила ванну не менее чем на 10—15 см. Эмульсию перед употреблением взболтать. Количество ванн на курс лечения устанавливает врач. Ежемесячно следует делать анализ мочи.

Ванна с белой скипидарной эмульсией. В ванну наливают воду температуры 36 °С, вливают дозу белой эмульсии (табл. 20), тщательно размешивая. Промежность, анальное отверстие, половые органы смазывают вазелином. Больной ложится в ванну, в течение 5 мин температуру воды в ней повышают до 37—39 °С. Еще 10 мин больной лежит в ванне при этой температуре. Затем нужно осушить тело полотенцем (не растирать!), надеть белье, лечь в постель, завернувшись в шерстяное одеяло, на 2 ч. Во время приема ванны или после этого должна появиться кожная реакция в виде ощущения легкого жжения, пощипывания, покалывания. В норме эта реакция наблюдается в течение 20—40 мин, и это только полезно. Если реакция очень сильная или длится более 40 мин, то дозу эмульсии следует уменьшить, пока кожа не привыкнет и реакция не ослабеет.

Частота приема ванн зависит от состояния больного: лицам пожилого возраста и ослабленным больным ванны назначают не чаще, чем через 3 дня на третий; более молодым и более крепким можно делать эти ванны первые 4—5 дней ежедневно, следующие 10 ванн — через день, остальные — 2 раза в неделю.

Ванны с белой скипидарной эмульсией усиливают пульсацию капилляров, что способствует повышению АД, улучшению периферического кровообращения и трофики тканей.

Эти ванны применяют при артериальной гипотензии, неврите, полиневрите, деформирующем полиартрите, мышечной атрофии, облитерирующем эндартериите, последствиях полиомиелита, вялых параличах, импотенции и т. д.

Ванны с желтой скипидарной эмульсией. Наливают половину ванны воды температуры 36 °С, вливают дозу эмульсии, размешивают ее. Больной ложится в ванну. Постепенно, в течение 5 мин, температуру воды повышают до 39—40 °С (табл. 21). Больной должен лежать в ванне 5—8 мин при этой температуре. Затем он выходит из ванны, обсушивает тело полотенцем (не растирать!), закутывается в простыню, шерстяное одеяло и ложится в постель. Далее ему дают выпить горячий чай с малиной или медом. В течение 40—50 мин для усиления потоотделения больной должен быть в постели. Потом нужно вытереть тело сухим полотенцем, надеть сухое белье и отдыхать в постели 2 ч. Ванну можно делать на ночь. Если больной плохо переносит повышение температуры воды более 39 °С, то нужно остановиться на температуре 39 °С или даже на 38,5 °С и далее ее не повышать.

Таблица 20. Схема приема ванн с белой скипидарной эмульсией

№№ ванн	Количество белой эмульсии, мл	Температурный режим, °С		Продолжительность ванны, мин
		Вначале	Через 5 мин	
1	20	36	37	12
2	25	36,5	37,5	13
3	30	36,5	37,5	15
4	35	36,5	38	15
5	40	36,5	38,5	15
6	45	36,5	38,5	15
7	50	37	39	15
8	55	»	»	»
9	60	»	»	»
10	65	»	»	»
11	70	»	»	»
12	75	»	»	»
13	80	»	»	»
14	85	»	»	»
15*	90	»	»	»

* Продолжать ванны с 90 мл эмульсии до получения максимального лечебного эффекта.

Таблица 21. Схема приема ванн с желтой скипидарной эмульсией

№№ ванн	Количество желтой эмульсии, мл	Температурный режим, °С		Продолжительность ванны, мин
		Вначале	Через 5 мин	
1	40	36	Через 5 мин 39	15
2	45	»	» — »	15
3	50	»	» — »	16
4	55	»	» — »	17
5	60	»	На 12-й мин 40	17
6	65	»	» — »	17
7	70	»	Через 5 мин 40	17
8	75	»	» — 41	17
9	80	»	» — »	18
10	85	»	Последние 4 мин 42	18
11	90	»	» — »	19
12*	90	»	Через 4 мин 42	15

* Продолжать по режиму 12-й ванны до получения максимального лечебного эффекта. Обычно назначают 15—20 ванн. Курс лечения повторяют через 2—3 нед.

Ванны с желтой скипидарной эмульсией можно делать 1 раз в 2 дня. Если же больной ослаблен, то эти ванны можно делать 1 раз в 3 дня или 2 раза в неделю.

Желтые скипидарные ванны снижают диастолическое давление, улучшают капиллярное кровообращение, расширяют капилляры, повышают проницаемость эндотелия, способствуют рассасыванию гематом, рубцов и спаек. Ванны значительно увеличивают выход из организма натрия хлорида и воды. Их применяют при артериальной гипертензии, стенокардии, полиартрите с повышением АД, последствиях кровоизлияний, нарушениях водно-солевого обмена.

Смешанные скипидарные ванны. Смешанные скипидарные ванны содержат определенные дозы белой и желтой скипидарной эмульсии (табл. 22). Ванну наполняют до половины водой температуры 36 °С, наливают эмульсию, размешивают. Больной ложится в ванну. Постепенно, в течение 5—7 мин, температуру воды в ванне поднимают до 39—40 °С, после чего больной должен полежать в ванне еще 10 мин. Затем он выходит из ванны, обсушивает тело полотенцем (не растирать!), закутывается в простыню, накрывается шерстяным одеялом и ложится на 2 ч в постель. Потом нужно вытереть все тело от пота, надеть сухое белье и отдыхать или спать (если ванну делают на ночь). Доза скипидарных эмульсий и температурный режим зависят от состояния сердечно-сосудистой системы больного. В зависимости от уровня АД температуру воды повышают до 39—41 °С, соответственно изменяют и дозу эмульсий.

Таблица 22. Примерная схема приема смешанных скипидарных ванн

№№ ванн	Количество белой эмульсии, мл	Количество желтой эмульсии, мл	Температурный режим, °С	Продолжительность ванны, мин
1	20	40	36 Через 5 мин	39
2	25	40	» » — » »	15
3	30	40	» » — » »	15
4	30	40	» » — » »	15
5	35	40	» » — » »	16
6	40	40	36 Через 5 мин	40
7	40	40	» » — » »	17
8—9	45	45	» » — » »	17
10	50	50	36 Через 5 мин	41
11	55	55	» » — » »	17
12 *	60	60	» » — » »	17

* продолжать по режиму 12-й ванны до получения лечебного эффекта.

Смешанные скипидарные ванны обладают более широким спектром действия. Они улучшают капиллярное кровообращение, нормализуют водно-солевой обмен, способствуют рассасыванию спаек и рубцов, мало изменяя АД.

Ванны принимают 2 раза в неделю. Их назначают больным с нормальным АД. Показания такие же, как для белых и желтых скипидарных ванн.

Противопоказания к приему скипидарных ванн: инфаркт миокарда (эти ванны можно применять не ранее чем через 6 мес после инфаркта), повышенное внутричерепное давление, отек мозга, отек легких, острый гломерулонефрит, миокардит, цирроз печени, экзема, эпидермофития, нейродермит, псориаз, онкологические заболевания.

ПОЛУВАННА

Ванну заполняют меньше чем до половины теплой (35—38 °С), горячей (38—40 °С) или прохладной (26—30 °С) водой. Больной садится с вытянутыми ногами, и вода ему доходит приблизительно до середины живота. Во время приема ванны другой человек обливает ему шею и спину водой и энергично растирает их руками; ноги, живот и грудь растирает сам больной. Теплая и горячая ванны снижают боль при камнях в почках и желчном пузыре, спазмах матки, болезненной диарее и т. д.

ВАННА СО ЩЕТКОЙ

Ванну со щеткой принимают как полуванну. При этом делают массаж тела предварительно продезинфицированной (прокипяченной) щеткой (для одежды, лучше волосистой). Температуру воды (от 33 до 36 °С) выбирают с учетом самочувствия и индивидуальных особенностей больного. Проце-

дура длится обычно 10 мин. При приеме этой ванны больной, сидя в воде с вытянутыми ногами, массирует себя щеткой: вначале ноги (стопы, голени, затем — бедра), постепенно доходит до головы. Массируемые части тела должны находиться в воде, а те, которые не покрыты водой, следует постоянно смачивать (обливать) водой. После ванны больной вытирается и ложится в постель, завернувшись в простыню и накрывшись шерстяным одеялом.

Эти ванны оказывают эффект при физическом переутомлении, слабости, некоторых кожных заболеваниях, неврастении, пониженном обмене веществ, камнях в почках и желчном пузыре и т. д.

МЕСТНЫЕ ВАННЫ

Ванны для полости рта. Набирают в рот холодную воду (14—16 °С, затем ее выливают и снова набирают. Это нужно делать в течение 15 мин. 3 раза в день.

Применяют при хроническом тонзиллите, с профилактической целью после ангины, а также для укрепления десен. При остром тонзиллите ванны надо делать горячим раствором соли (1 чайная ложка поваренной соли на 1 стакан горячей воды).

Горячие ванны для рук. В таз с водой температуры 37—38 °С опускают обе руки до локтей. В течение 3 мин температуру воды повышают до 45 °С и еще 10—20 мин держат руки в воде при этой температуре. Затем насухо вытирают руки и лежат в постели 1 ч, хорошо укрывшись.

Ванну назначают при астме, боли в области сердца, хроническом рините, бронхите, гриппе. Она вызывает отток крови от груди и головного мозга и таким образом облегчает деятельность сердца и сосудов мозга. Если в воду добавить одну горсть морской соли или горчицы, то эффективность ванны увеличится.

Ножная ванна до колен. Различают три вида ванн: горячую, индифферентной температуры и холодную.

Горячая ванна. Температура воды 38—45 °С и продолжительность 15—20 мин. Она согревает нижние конечности и вызывает отток крови от головы. Горячая ножная ванна в течение 10—15 мин на ночь обеспечивает спокойный сон.

Горячая ножная ванна показана при повышении АД, астматическом приступе, головной боли невротического характера, головной боли при атеросклерозе сосудов головного мозга, бронхите, боли в ушах и т. д. Действие ванны усиливается, если в воду добавить одну горсть морской соли, две горсти древесного пепла и немного горчицы.

Ванна индифферентной температуры. Температура воды 30—35 °С, продолжительность до 30 мин. Эта ванна снимает усталость, успокаивает перед сном, снижает нервное возбуждение.

Холодная ванна. Температура воды 15—20 °С, продолжительность от 30 с до 3 мин. Во время приема ванны ноги усиленно растирают руками. После ванны больной должен быстрыми движениями и растиранием согреть тело и лечь на полчаса в постель.

Ванна оказывает благотворное действие на перистальтику толстой кишки, поэтому является отличным средством против стойкого запора. Холодная ванна улучшает кровообращение в нижних конечностях.

Ножная ванна занимает важное место в водолечении. В пальцах стоп расположены важные нервные окончания, поэтому ванна воздействует на весь организм. Родители, желающие иметь здоровых детей, должны приучать их каждый день перед сном мыть ноги водой температуры 30—35 °С.

Ванна для глаз обычно индифферентной температуры и теплая.

Ванна индифферентной температуры. В подходящую посуду наливают воду температуры 29—32 °С, лицо окунают в воду так, чтобы глаза, нос и подбородок находились в воде, при этом необходимо несколько раз открыть и закрыть глаза. Ванну делают 6—10 раз в день.

Ванна отлично действует как на здоровые, так и на больные глаза. Укрепляет зрительный аппарат, особенно у лиц пожилого возраста. При приливах крови к голове эту ванну принимать не следует.

Теплая ванна. Лицо погружают в теплую воду (33—36 °С), при этом открывают глаза на 15 с. После этого голову поднимают и через 30 с снова погружают в воду лицо. Эту процедуру нужно повторять 4—5 раз в день.

После теплой глазной ванны всегда делают ванну индифферентной температуры или просто промывают водой индифферентной температуры.

Теплая ванна рекомендуется при воспалительных заболеваниях глаз, она облегчает удаление глазного секрета.

Ванна для носа. Для приема этой ванны необходим специальный кувшинчик с носиком. Кувшинчик наполняют теплой (35—37 °С) соленой водой — на 1/4 л воды добавляют соль на кончике ножа. Вначале сливают темного остывшей воды, затем больной наклоняется вперед и носик кувшинчика вставляют в одну ноздрю. Струя начинает течь через ноздрю, часть воды вытекает наружу, а часть ее проходит к горлу и вытекает (или сплевывается) через рот. Эту процедуру повторяют то с одной, то с другой ноздрей 2 раза в день. Ванну для носа применяют при полипах, хроническом рините, сужении носового канала и покраснении носа.

Ванна для головы. Это одна из важнейших ванн для отдельных частей тела. Она может быть и холодной, и теплой. В первом случае (вода комнатной температуры — 18—22 °С) верхнюю часть головы погружают в сосуд с водой, поставленный на стул, и держат ее в воде в течение 1 мин. Во втором случае, т. е. при применении теплой воды (38—40 °С), можно держать голову в воде в течение 5—7 мин. При этом нужно смачивать тукою то место головы, до которого вода не доходит. После ванны нужно тщательно вытереть голову насухо.

Холодные ванны рекомендуется делать тем, кто носит короткие волосы. Действие холодной воды на кожу в течение 1 мин вполне достаточно. Лицам же, носящим длинные волосы, рекомендуются теплые ванны.

Холодные ванны особенно полезны при головной боли. При нарывах, сыпи, перхоти и других болезненных явлениях на волосистой части головы лучше применять более продолжительные теплые ванны, после которых можно обливать и обмывать голову холодной водой.

КОНТРАСТНЫЕ ВАННЫ

Контрастная ванна для ног. Для нее необходимо иметь два достаточно глубоких и широких сосуда одинаковой высоты — до колен: один с холодной водой (20 °С), другой — с горячей (42—45 °С). Процедуру начинают с горячей воды, держат в ней ноги 20—30 с, а в холодной воде — 5—15 с и т. д. Это повторяют 5 раз, завершая процедуру ванной с холодной водой. После правильно проведенной процедуры ноги сильно краснеют.

После ванны следует высушить ноги, лечь в постель или двигаться в тех пор, пока ноги не согреются. Лучше всего надеть теплые шерстяные носки и теплую обувь.

Контрастная ванна для ног показана при облитерирующем артериозе, похолодании ног, мигрени, неврозе, бессоннице, шуме в ушах и др. Ванну необходимо принимать в течение нескольких месяцев, пока не будет достигнут положительный результат.

Контрастная ванна для рук. Для приема ванны необходимо иметь два таза: один с холодной водой, другой — с теплой. Ее принимают так же, как и контрастную ванну для ног. Эта ванна показана при болезни Рейно, при похолодании рук, мигрени, шуме в ушах и др.

Контрастная ванна для лица. Ее принимают следующим образом: лицо с закрытыми глазами окунают в чистый сосуд, наполненный чистой теплой водой (40 °С), и держат там в течение 10 с; после этого лицо сразу же окунают в другой сосуд, наполненный чистой холодной водой (20 °С) и держат там в течение 1 с. Это повторяют 3 раза.

Контрастная ванна тонизирует, усиливает кровообращение в капиллярах кожи лица, она рекомендуется при угрях, умственной усталости.

ХОЛОДНАЯ ВАННА ДЛЯ СТОП ПО КНЕЙПТУ

Берут свежую водопроводную или колодезную воду температуры ниже 15 °С в таком количестве, чтобы она покрывала стопы до лодыжек. Продолжительность холодной ванны для стоп 2—4 мин. Как только вода уже не будет казаться холодной, ванну заканчивают.

Холодные ванны для стоп улучшают кровообращение (при горячей голове и холодных ногах). Они показаны при головной боли различного генеза, болезнях почек, мочевого пузыря (задержка мочи), запоре, застое крови в нижних частях тела (в женских половых органах). Холодные ванны рекомендуются для усиления слабого прерывающегося голоса. Ногам обсушивать не надо, после холодной ванны следует быстро надеть чулки и ходить до тех пор, пока ноги не согреются.

ХОЖДЕНИЕ В ХОЛОДНОЙ ВОДЕ ПО КНЕЙПТУ

Хождение в холодной воде служит отвлекающим и закаливающим средством. Пациент становится в большую ванну с холодной водой, уровень воды в которой достигает высоты 2—2,5 см, и начинает быстро ходить вперед и назад или же на месте. Хождение в воде должно продолжаться не более 2—4 мин. После процедуры ноги не обсушивают, а быстро надевают чулки и ботинки. После этого больной согревается быстрой ходьбой или бегом на свежем воздухе.

Более слабым, возбудимым, истощенным и нервным пациентам, а также выздоравливающим вначале рекомендуется назначать ванну с теплой водой. Каждый день температуру воды понижают на 0,5—1 °С пока она не станет холодной.

ХОЖДЕНИЕ ПО МОКРОЙ ТРАВЕ БОСИКОМ ПО КНЕЙПТУ

Прогулка по траве длится обычно 10—15 мин. Начинают с коротких прогулок, каждый день увеличивая их продолжительность. Ноги по окончании прогулки не обсушивают, а быстро очищают от приставшей грязи, обувают в совершенно сухие чулки и обувь. После этого ходят быстрым шагом 15 мин, чтобы ноги согрелись. Холодные стопы не служат противопоказанием для применения этого водолечебного приема.

Хождение босиком по мокрой траве, особенно по утренней росе, излечивает различные заболевания головы, глаз, ушей, носа, горла, глотки, гортани, груди, живота, а также кожные заболевания стоп.

Слабые больные и выздоравливающие могут начать хождение босиком по нагретой солнцем сухой земле в течение 5—10 мин. Затем продолжительность процедуры постепенно увеличивают и переходят к хождению босиком по мокрой траве.

«Хождение по мокрой траве — это верх наслаждения», — пишет пастор Кнейпп. — «Вряд ли есть что-либо более приятное, чем хождение босиком по свежей росе; и притом чем дольше оно продолжается, тем лучше...». «Хождение босиком можно смело назвать вытяжным пластырем, оттягивающим все вредные соки к ногам, а оттуда наружу».

Обливание

Обливание ног. Пациент садится на стул, обнажает ноги выше колен и ставит их в приготовленный таз. Помощник делает обливание с помощью небольшой лейки. Если есть ванна, то в нее ставят табурет и усаживают на этот табурет пациента, обливают ноги из шланга, надетого на край воды. Это делают следующим образом. Сначала сильную струю направляют на коленные чашечки и икроножные мышцы. При этом нужно стараться, чтобы вода стекала вниз по ногам равномерно. Обливание делают до 20 мин.

Больные и ослабленные лица с трудом выдерживают первую процедуру. Поэтому вначале для обливания берут не более двух леек, а обливание из шланга делают не более 2 мин.

Обливание бедер. Действие этой процедуры такое же, как и обливание колен, только оно сильнее.

Обливание нижней части тела. Эту процедуру делают так: помощник обливает пациента, стоящего перед ним, направляя струю воды сзади от стоп до бедер. Затем он равномерно обливает нижнюю часть тела пациента спереди. После этого струю воды направляют на область поясницы. Пациенту лучше всего находиться в положении стоя.

Таким же образом делают обливание спины. Его можно сопровождать обмыванием груди. Обливание особенно хорошо действует на позвоночник и кровообращение.

Полное обливание. Наряду с ваннами для лечения некоторых заболеваний используют полное обливание тела душем или лейкой. Обливание тела делают водой индифферентной температуры или водой температуры 20—30 °С в течение 2—3 мин.

Полное обливание может применяться как гигиеническая процедура (для поддержания чистоты тела) и как закаливающая. Оно полезно и детям, и взрослым. Обливание усиливает кровообращение и укрепляет нервную систему. Однако надо пользоваться им разумно.

Обтирание

Обтирание представляет собой природный лечебный фактор широкого применения. Различают общее обтирание и обтирание частей тела. Температуру воды при обтирании выбирают в зависимости от времени года, общего состояния больного, его реакций на водолечебные процедуры, постепенно охлаждая ее каждые 3—4 дня на 1 °С (до 15—16 °С зимой — до комнатной температуры).

Общее обтирание. Ежедневно (утром и вечером) пациент становится в таз или на коврик и намоченным в холодной воде или в воде индифферентной температуры (в соответствии с самочувствием) и слегка отжатый полотенцем обтирает сначала грудь и живот, а затем спину. Процедуру заканчивают обтиранием рук и ног. Следует напомнить, что обмывание подмышечной области, промежности и заднего прохода обязательно, в том числе и при частичном обтирании.

Полное обтирание делают не более 2 мин, так как более длительное обтирание может принести вред. Нужно также позаботиться, чтобы помещение, в котором производят обтирание и обмывание, было достаточно теплым и в нем не было сквозняков. Во время процедуры больные должны чувствовать озноба или каких-либо других неприятных ощущений. Чтобы избежать озноба, в начале процедуры рекомендуется предварительно растереть тело сухим полотенцем или щеткой.

После влажного обтирания следует вытереть тело сухим махровым полотенцем и лечь в теплую постель. Быстро одевшись, можно согреть тело, выполняя гимнастические упражнения.

Общее обтирание делают следующим образом. Вначале обтирают всю спину (от затылка до крестца) специально предназначенной для этой цели мочалкой или же обычным полотенцем. Затем спину быстро вытирают до покраснения сухим полотенцем. После этого обтирают грудь, живот, подмышечные впадины, половые органы и задний проход, а затем руки и ноги.

Правильно применяемое обтирание освежает и закаляет, укрепляет нервную систему, улучшает кровообращение, повышает тонус, снимает умственную и физическую усталость.

На некоторых лиц обтирание оказывает сильное возбуждающее действие. В этом случае его не следует делать перед сном.

Обтирание рекомендуется при заболеваниях кожи, сопровождающихся зудом, при мышечной атонии, раздражительности, быстрой утомляемости, бессоннице.

Уксусное обтирание (вечернее). В тазик налить 0,5 л воды температуры 21—30 °С и 3 ложки туалетного или 9 % столового уксуса; намочить небольшое полотенце, слегка отжать и обтереть им грудь, живот, спину, руки, ноги; надеть на мокрое тело больного рубашку, уложить его в постель, тепло укрыть.

Уксусное обтирание действует аналогично общему обтиранию; кроме того, оно повышает бактерицидные свойства кожи, снижает потливость.

Обертывание

Обертывание может быть общим (всего тела) и местным (шея, грудная клетка, нога и др.).

Части тела (или все тело) обертывают мокрыми льняными или хлопчатобумажными простынями. Прохладное и достаточно влажное обертывание успокаивает нервную систему. Оно рекомендуется также при лихорадочном состоянии.

Обертывание следует делать многократно (4—5 раз), последовательно, завершая последнюю процедуру обмыванием или обтиранием тела водой индифферентной температуры (20—28 °С) или прохладной общей ванной (32—34 °С) продолжительностью 5—10 мин. После этого тело вытирают сухим полотенцем и больного укладывают в постель.

Уснувшего после обертывания больного не следует будить. Повторное обертывание делают после того, как он проснется.

Второе обертывание следует приготовить на второй кровати прежде, чем больной освободится от первого обертывания.

Перед обертыванием больной должен сходить в туалет, чтобы не было необходимости покидать кровать, когда он уже согрелся.

Если ноги холодные, их нельзя обертывать влажной простыней вместе с остальными частями тела, а следует только завернуть в одеяло. При необходимости можно положить на ноги грелку.

Влажное общее обертывание. При этом обертывании простыня и шерстяное одеяло должны покрывать все тело. Самая подходящая температура воды 20—25 °С, а для ослабленных больных 25—30 °С. Если у больного

высокая температура тела (более 38 °С), то рекомендуется воду наполовину смешать с уксусом (9 %), а при температуре тела более 40 °С в воду можно добавить 2 столовые ложки натрия гидрокарбоната.

Обертывание делают следующим образом: на кровать стелят широкое шерстяное одеяло так, чтобы его верхний конец располагался в том месте, где будут находиться подмышечные впадины больного. Поверх одеяла кладут очень хорошо отжатую простыню. Она должна быть уже и короче одеяла приблизительно на 20 см, чтобы одеяло выступало со всех сторон. Больной ложится на влажную простыню таким образом, чтобы она доходила ему до подмышечной области, и поднимает руки вверх. Тело больного обертывают слева и справа свисающими с обеих сторон концами простыни так, чтобы на груди и животе один конец накладывался на другой, а на ногах каждый конец заворачивался на правую и на левую ногу отдельно. При обертывании необходимо следить, чтобы не образовывались складки. Поверх влажной простыни больного укутывают шерстяным одеялом. Чтобы не проникал воздух со стороны шеи, одеяло тщательно закалывают английскими булавками. Длительность процедуры от 1 до 2 ч. После обертывания следует очень быстро сделать обтирание. Если появляются неприятные ощущения, то обертывание немедленно прекращают.

Действие общего обертывания можно усилить, если обложить обернутое тело бутылками с горячей водой, завернутыми во влажные чулки. Это делают только тогда, когда температура тела больного не превышает 39 °С.

Необходимо помнить, что после каждого обертывания простыню обязательно прополаскивать в чистой теплой воде и тщательно просушивать.

Эту процедуру применяют при невротическом состоянии, а также при фурункулезе, гепатите, недостаточности почек, при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости.

Грудное прохладное обертывание. Берут два льняных полотенца. Одно полотенце нужно намочить в прохладной воде и, слегка отжав, обернуть вокруг грудной клетки больного. Поверх мокрого полотенца больного следует обернуть сухим полотенцем и уложить в постель, закутав его одеялом, на 30—40 мин. Затем полотенца снимают, больного хорошо вытирают сухим полотенцем. В течение 30 мин он должен отдыхать в постели.

Это обертывание применяют для снижения температуры тела у лихорадящих больных. Его можно повторить несколько раз подряд.

Прохладное обертывание живота и поясницы. Поперек кровати кладут сложенное пополам тонкое одеяло, чтобы оно полностью охватывало живот и образовывало кругом двойной слой. На одеяле расстилают сухое полотенце, а сверху — хорошо отжатое. Больной ложится на спину, и его животе быстро заворачивают концы мокрого полотенца. Затем то же самое делают с сухим полотенцем и одеялом. Поверх всего кладут горячую грелку. Полотенце смачивают водой комнатной температуры. Продолжительность процедуры 1—1,5 ч.

Это обертывание способствует улучшению кровообращения в желудке

кишках, печени, почках и поджелудочной железе, а также рассасыванию экссудатов и спаек.

Холодный согревающий компресс на шею. Льняное полотенце или кусок холщовой ткани складывают в 2—3 раза, смачивают холодной водой, отжимают и обертывают вокруг шеи, чтобы края плотно заходили друг на друга на 10—15 см. Поверх накладывают в 2 слоя сухое полотенце, а сверху — шерстяную косынку. Компресс оставляют на 1—2 ч или на всю ночь.

Эту процедуру применяют при острых и хронических воспалительных процессах в области шеи и носоглотки (тонзиллит, катар верхних дыхательных путей, ринит, ринофарингит и др.).

Прохладное обертывание ног. Берут 4 холщовых полотенца, складывают их пополам и сворачивают, как бинт. Затем два из них смачивают водой комнатной температуры, отжимают и обертывают ими каждую ногу в отдельности. Поверх влажного полотенца набинтовывают сухое, затем — шерстяной платок или плед. Продолжительность процедуры 1—2 ч. Если больной засыпает, можно оставить обертывание на всю ночь.

Прохладное обертывание ног применяют при атеросклеротическом изменении артериальных сосудов ног и нарушении венозного кровообращения, а также как дополнительную процедуру при так называемых солевых отложениях в области стоп.

Влажное обертывание детей. Для того чтобы дети легче переносили процедуру, им необходимо внушить, что надо лежать спокойно. Иногда во время обертывания ребенок может побледнеть или его начнет тошнить. В этом случае обертывание прекращают.

Компресс для детей делают из обыкновенной прохладной воды температуры 26—28 °С или воды с добавлением 9 % раствора уксуса. Детям в возрасте до 2 лет и ослабленным рекомендуется вода температуры 30—32 °С. Когда обертывание делается для снижения температуры тела, вода должна быть прохладной.

Если компресс делают с отваром сенной трухи или овсяной соломы, он должен быть теплым (35—37 °С).

Необходимо помнить, что перед обертыванием кишечник и мочевой пузырь следует опорожнить.

Обертывание влажной рубашкой. Обыкновенную полотняную (холщовую) ночную рубашку (длиной до пола) окунают в воду, хорошо отжимают. Больной надевает рубашку и ложится на разостланное на постели шерстяное одеяло, плотно укутывается им. Сверху кладут перину или два одеяла. Можно сделать проще: надеть рубашку и окатить себя водой, положить рубашку и лечь в постель, обернувшись одеялами. К ногам, завернувшись в одеяло, кладут грелку. В зимнее время комната должна быть теплой.

Продолжительность процедуры — 1—1,5 ч (пока лицо не покроется потом). После окончания процедуры рубашку снимают, тело растирают, высушивают сухим полотенцем. Больной одевается, после чего ложится в теплую постель и укутывается.

Горячее грудное обертывание. Махровое полотенце длиной 1,5 м складывают в 2—3 раза так, чтобы оно закрывало грудную клетку больного от подмышечных впадин до конца ребер. Полотенце складывают гармошкой.

Затем берут два шерстяных одеяла, расстилают поперек кровати, на них расстилают второе махровое полотенце. Берут первое полотенце (сложенное гармошкой), опускают в таз с горячей водой температуры около 60 °С быстро отжимают (лучше это делать в резиновых перчатках) и, не теряя времени, обертывают больного, раздетого до пояса. Больного укладывают на сухое полотенце, обертывают. Затем хорошо укутывают до подбородка одеялами, сверху накрывают еще одним теплым (ватным) одеялом. Больной должен лежать в течение 30 мин, потом вытереться насухо и отдохнуть в постели.

Горячее грудное обертывание усиливает капиллярный кровоток в легких, способствует выделению мокроты, активизирует окислительные процессы в организме. Поэтому оно является превосходным средством лечения острых и хронических заболеваний органов дыхания (пневмония, бронхитов и др.), а также сердечно-сосудистой недостаточности, головной боли. После этой процедуры усиливается основной обмен.

Горячее обертывание живота и поясницы. Делают так же, как и горячее обертывание. Применяют при спазмической болезни, в целях стимуляции органов пищеварения. Эти процедуры улучшают работу печени, почек, а также уменьшают боль в поясничной области.

Противопоказания: маточное кровотечение, кистозные образования в органах малого таза.

Горячее обертывание ног. Техника обертывания ног такая же, как и горячего грудного обертывания. Вначале обертывают одну ногу (кроме стопы) горячим влажным полотенцем, затем сухим полотенцем, шерстяным платком или пледом. Обертывают вторую ногу, после чего больной должен лежать в течение 30 мин. После вытирания ног насухо больной отдыхает 1 ч.

Показания: флебит, тромбофлебит, варикозное расширение вен, трофическая язва, лимфостаз, артериит. При артериите горячие обертывания применяют после скипидарных ванн.

Паровые ванны и потогонные распаривания

Паровая ванна для головы, шеи и груди. На низком стуле или табурете ставят открытую кастрюлю с кипятком. Больной, раздетый до пояса, с намотанным на пояснице полотенцем (чтобы предохранить одежду от намокания), садится на обыкновенный стул около кастрюли, накрывается с головой одним или двумя большими одеялами так, чтобы не было просвета, наклоняется над кастрюлей таким образом, чтобы пар обдавал его голову и шею. В таком положении, закрыв глаза, он находится до тех пор, пока основательно не пропотеет. Вдыхает пар через рот, выдыхает через нос. Если вода остынет, можно взять другую кастрюлю с кипятком. Продолжительность паровой ванны 5—10 мин в зависимости от заболевания.

Показания: хронические заболевания носа, глотки и ушей, некоторые глазные болезни, бронхит, трахеит, ларингит, ангина, головная боль, миозит в области шеи и др.

Запрещается принимать паровую ванну при высоком АД и атеросклерозе.

Если после ванны появится ощущение прилива крови к голове, полезно сразу же принять контрастную ванну для ног, которая вызовет отток крови от головы. После процедуры верхнюю часть тела или все тело обтирают водой индифферентной температуры. Больной одевается и ложится в постель.

Паровую ванну назначают 2—3 раза в неделю.

Паровая ванна для ног. Дети и взрослые принимают ванны следующим образом: в ведро или в другой глубокий сосуд с горячей водой (42—45 °С) погружают ноги (вода должна доходить до колен). Можно добавить одну горсть морской соли или мешочек молотой горчицы. Одним одеялом больной укутывается от шеи вниз таким образом, чтобы сосуд с водой оказался под одеялом. Через 7—10 мин больной начинает потеть. Больному полезно выпить чашку горячего липового чая для усиления потоотделения. Продолжительность ванны 15—20 мин. После ванны ноги больного вытирают. Хорошо укутавшись, больной ложится в постель, чтобы еще раз пропотеть.

Паровая ванна с вареной капустой. 1/4 кочана мелко нарезанной капусты варят до готовности, снимают с огня и над ее паром принимают паровую ванну таким же способом, какой описан выше для головы. Показания: ларингит, синусит, трахеит, бронхит.

Действующее тепло, вызывающее потоотделение, называется в народе сагогонным распариванием.

Распаривание горячей морской солью. Морскую соль (2—3 кг) разогревают в противне на огне до температуры 55—60 °С. После этого нагретую соль равномерно раскладывают на полотняной подстилке в верхней половине кровати, быстро накрывают шерстяным одеялом, и больной ложится на соль так, чтобы она согревала всю его спину. Больной плотно укрывается тремя одеялами, чтобы не попадал извне воздух, и лежит на соли в течение 1 ч. После того как больной сильно вспотеет, он должен быстро открыться, вытереть тело сухим полотенцем, надеть согретое сухое белье и лечь в сухую теплую постель.

Показания: простудные и воспалительные заболевания легких.

Распаривание горячим полусваренным ячменем. В течение 15 мин варят 1—4 кг ячменя, затем отцеживают и равномерно раскладывают в верхней половине кровати, предварительно застланной простыней (можно высушить ячмень в наволочку). Сверху ячмень покрывают тонким одеялом; проверяют, переносима ли его температура для тела. Больной ложится таким образом, чтобы прогревалось тело от шеи до крестца. После того как больной достаточно вспотеет, он переходит на другую кровать или осторожно вытягивает из-под себя простыню (наволочку) с ячменем и снова укутывается, чтобы пропотеть. После потоотделения больной должен надеть свежее белье. Эта процедура рекомендуется при ОРВИ.

Дети переносят процедуру легче, если им предварительно растереть спину.

Частичная паровая ванна. Ванну принимают следующим образом: на больное место накладывают обыкновенный компресс, намоченный в воде

температуры 25 °С. Через этот компресс больное место распаривают горячим кирпичом или бутылкой, наполненной кипятком и завернутой в шерстяную обертку. Образуется влажное тепло, которое оказывает воздействие на больное место. Если необходимо, эту процедуру можно повторить через 1—2 дня. После ванны больное место протирают прохладной водой (25 °С) и делают массаж. Затем накладывают компресс на живот. Продолжительность процедуры 15—30 мин.

Местные паровые ванны назначают при расстройстве нервной системы у ослабленных больных.

Потение грудных детей и детей в возрасте до 6 лет. У детей в возрасте до 6 лет потогонные средства в домашних условиях следует применять с большой осторожностью. Вместо паровой ванны им можно сделать общую горчичную ванну (38 °С, в течение 10—15 мин), а при отсутствии горчицы — соленую ванну или же ванну из сеновой трухи. После ванны ребенка укутывают полотенцем и одним шерстяным одеялом и укладывают в кровать, чтобы он пропотел. Когда вспотеет лоб, делают обтирание водой температуры 25 °С или, что еще лучше, — компресс на живот, намоченный в воде температуры 30 °С.

Потение при высокой температуре. 1. Детям эту процедуру делают так: тело ребенка смазывают смесью равных частей чистого оливкового масла, винного уксуса и яичного белка или же смесью, приготовленной из несоленого смальца (1 столовая ложка), смешанного с 1/2 таблетки аспирина или хинина; затем ребенка укутывают двумя одеялами (далее поступают, как в пункте 2).

2. У взрослых можно использовать один из трех способов проведения процедуры.

Первый способ. Тело больного смазывают смесью растолченного чеснока, винного уксуса и оливкового масла (в равных частях). Затем его укутывают двумя-тремя одеялами. Некоторое время после укутывания больной ощущает недомогание, после чего он начинает потеть и температура тела снижается. После того как больной обильно вспотеет, его осторожно вытирают сухим полотенцем под последним одеялом и снова укрывают, чтобы пропотел. Затем больной обтирается влажным полотенцем, намоченным в воде температуры 25 °С, и, заменив постельное белье, остается в постели.

Второй способ. Тело больного растирают смесью сока из растолченного и выжатого чеснока или репчатого лука, уксуса и соли или же смесью воды, 9% раствора уксуса и натрия гидрокарбоната (по 100 г каждого). После этого на больного надевают влажную рубашку, смоченную в смеси, заворачивают в два шерстяных одеяла. Больной лежит в постели до потоотделения. После потоотделения больного обтирают водой температуры 25 °С и оставляют в постели, заменив постельное белье.

Третий способ. Тело больного смазывают смесью лимонного сока (2 части), поваренной соли (1 часть) и воды (1 часть). Затем действуют так же, как при втором способе.

Потогонные чаи

Потогонные чаи особенно полезны при ОРВИ, остром или хроническом воспалении верхних дыхательных путей и легких. Их применяют как самостоятельно, так и в сочетании с другими средствами.

1. *Липовый чай* с добавлением кожуры одного яблока, подслащенный медом или сахаром по вкусу. Выпивают быстро от 3 до 5 чашек (одну за другой) как можно более горячего чая. После этого больной ложится в постель, предварительно согретую, хорошо укутывается одеялами. После того как больной достаточно вспотеет, его тело вытирают влажным, а затем сухим полотенцем.

3. *Смешанный потогонный чай*. Берут 40 г плодов малины, по 30 г липового цвета и цветков репейника (медвежьего уха), все смешивают. Три столовые ложки этой смеси заливают кипятком и кипятят в закрытом сосуде в течение 10 мин. В чай добавляют сахар по вкусу и пьют горячим по 3 чашки, одну за другой. После этого больной ложится в постель, хорошо укутывается. После того как больной достаточно вспотеет, его тело вытирают влажным, а затем сухим полотенцем.

3. *Медовый чай с лимоном*. К 1 л кипятка добавляют 2—3 столовые ложки чистого пчелиного меда и сок одного лимона. После этого кипятят на малом огне в течение 10 мин. Пьют в горячем виде в значительном количестве. Применяемый в качестве прохладительного напитка, этот чай утоляет жажду и освежает больного.

4. *Чай из цветков и листьев хмеля*. Одну столовую ложку цветков и листьев хмеля заваривают в 300 мл кипятка и настаивают в течение 1 ч. Процеживают и пьют по 2—3 чашки в день. Этот чай является хорошим успокаивающим средством при боли различного происхождения, особенно успокаивающей во время сна.

5. *Народный потогонный напиток*. К 300 мл старого красного вина добавляют 300 мл воды, 1 полную столовую ложку сахара и 5 гвоздичек. Кипятят на маленьком огне до тех пор, пока не останется половина жидкости. Назначают только взрослым. Напиток выпивают за один раз в горячем виде. После пропотевания поступают так же, как во 2-м пункте.

Компрессы

Компрессы бывают холодные и горячие — в зависимости от состояния больного и цели, которую преследует врач.

Компресс для туловища. Большой кусок суровой льняной ткани складывают в несколько раз так, чтобы можно было покрыть ею горло, грудь и живот. Сложенную ткань летом погружают в холодную воду (20 °С), зимой — в теплую (35 °С), затем отжимают и накладывают на шею, грудь и живот пациента. Сверху нужно положить одеяло, сложенное в несколько раз. Затем больного накрывают еще одним одеялом или периной. Следует быть осторожным, так как можно легко простудиться.

Компресс оставляют на 45—60 мин. Холодный компресс следует чаще менять, вновь намачивая его в воде. После снятия компресса кожу больно-

го протирают сухим полотенцем. Затем он одевается, делает активные движения или может полежать 30 мин в постели.

Компресс улучшает работу пищеварительной системы. Он рекомендуется и при скоплении газов.

Компресс на спину. Кусок суровой льняной ткани или широкое махровое полотенце складывают по длине так, чтобы оно покрывало всю спину от I шейного позвонка до крестца. Поперек кровати расстилают шерстяное одеяло, на нем расстилают широкое махровое полотенце или простыню, сложенную вдвое; затем кладут лист компрессной бумаги, а поверх нее — намоченное в воде (25 °С) махровое полотенце. Больной ложится в постель на приготовленный компресс, на спину; его закутывают шерстяным одеялом, а сверху покрывают еще периной. Продолжительность компресса 45 мин. Если же он нагреется раньше, то его следует переместить. Этот компресс оказывает хорошее действие на кровообращение позвоночника, а также при боли в спине.

Компресс на живот. Больной ложится в постель; кусок полотна, сложенный вчетверо, или махровое полотенце намачивают в воде, выкручивают насухо и кладут на нижнюю часть живота. Покрывают сухим полотенцем, затем шерстяным одеялом плотно на 2 ч. Компресс назначают при колике. Он уменьшает приток крови к сердцу.

Для компресса вместо воды лучше брать столовый уксус, разбавленный водой (1 ложка уксуса на 2 ложки воды), отвар сенной трухи, овсяной соломы. Чтобы не тратить много уксуса, можно намочить им слой ткани непосредственно прилегающий к телу, а остальное полотно намочить водой.

Горячие припарки и горчичники

Эти средства используют при фурункулах, воспалении и отеке кожи, ушибах, воспалительных процессах в мышцах и суставах. Воздействие тепла ускоряет процесс нагноения или рассасывания.

Припарка из кислой хлебной закваски. Крестьянскую хлебную закваску с давних времен применяют в Украине и Белоруссии при радикулите, артрите, фурункулезе и ушибах.

Закваску готовят следующим образом: берут 1 столовую ложку ржаной муки вперемешку с отрубями, щепотку соли, небольшое количество теплой воды и замешивают тесто. Оно остается в посуде, накрытой платком, в теплом месте (возле печки), где стоит 48 ч. За это время тесто прокисает и превращается в закваску. Об этом можно судить по кислому запаху и наличию пор. Чтобы тесто быстрее прокисало, к нему добавляют 1 чайной ложки чистого винного уксуса.

Одну часть закваски, которая предназначена для употребления, помещают в большую посудину, накрывают шерстяным платком или одеялом и ставят в теплое место, чтобы усилить процесс брожения, а другую часть — в меньшую посудину, ставят в холодное место, чтобы замедлить процесс брожения.

Закваску помещают в мешочек из очень тонкой хлопчатобумажной

ткани слоем толщиной 0,5 см. Место, на которое накладывают закуску, можно предварительно смазать небольшим количеством оливкового масла. Высохшая закуска легко вынимается из мешочка, если погрузить его на 0,5 мин в холодную воду.

Домашняя закуска в 2 раза эффективнее пекарских дрожжей.

Горячая припарка из льняного семени. Необходимое количество семян льна мелко толкут (мелют) и варят в воде, свежем молоке, оливковом масле или разбавленном уксусе в течение 15—20 мин. Полученной густой массой наполняют мешочек, который быстро накладывают на больное место. Сверху его покрывают шерстяным платком или шарфом. Продолжительность процедуры 15—30 мин. Обычно делают два мешочка — один прикладывают к больному месту, другой в это время нагревается. И когда первая припарка остынет, ее сразу заменяют второй. Одна и та же припарка может быть использована 2 сут подряд.

При сильной боли у взрослых берут 3—4 коробочка мака, заливают 0,5 л воды, варят 20 мин, процеживают, смешивают льняное семя с этой водой и накладывают припарку.

При поверхностном воспалении кожи лучше сделать горячие припарки из вареного картофеля. Эти припарки накладывают тонким слоем.

Припарки из хрена с мукой, солью и уксусом. Готовят их следующим образом. Берут один-два средней величины корня хрена и натирают на мелкой терке. Смешивают с равным количеством отрубей или муки, солью и с таким количеством столового уксуса, чтобы получилась густая каша. Ее раскладывают слоем толщиной 0,5—1 см в тонком мешочке и накладывают на больное место. Продолжительность процедуры у детей 1—2 ч, у взрослых — от 2 до 5 ч (можно до 6—8 ч). После снятия припарки для успокоения кожи на больное место необходимо наложить молочный компресс с творогом или компресс из отвара сенной трухи индифферентной температуры. Эту припарку накладывают 1 раз в 3—10 дней.

Припарки из репчатого лука и соли. Три столовые ложки мелко нарезанного лука, 1 столовую ложку поваренной соли и небольшое количество кукурузной муки замешивают на воде индифферентной температуры до густой кашицы — получается прохладная припарка.

Припарки горчичные. Горчица — одно из наиболее широко используемых в народной медицине средств общего или частичного согревания кожи. Ее применяют также как отвлекающее средство.

Быстро действующий горчичник. Его делают из горчичной муки. Берут 2 столовые ложки горчичной муки, смешивают с двумя столовыми ложками пшеничной муки, подливают небольшое количество воды и перемешивают до получения тестовидной массы. Ножом или рукояткой ложки горчичное тесто намазывают на тонкий слой марли или тонкое полотенце, которое складывают таким образом, чтобы горчичное тесто оказалось между двумя слоями, как в конверте. Накладывают на больное место. Продолжительность процедуры от 10 до 20 мин в зависимости от индивидуальной скорости кожной реакции — покраснения. Поднимая один угол горчичника, определяют покраснение кожи. После снятия горчичника больное место следует вытереть полотенцем, намоченным в теплой воде, и смазать оливковым маслом.

Используются также готовые горчичники, которые продаются в аптеках. Их ставят следующим образом: водой смачивают ту сторону горчичника, на которую нанесена горчица, и накладывают на больное место. Продолжительность процедуры 10—15 мин.

Медленно действующий горчичник. Берут равные количества горчичной муки, поваренной соли и теплого столового уксуса. Все хорошо перемешивают до тестовидной массы. Ею намазывают тонкое полотно, которое затем складывают вдвое горчицей внутрь. Накладывают горчичник на больное место. Такой горчичный компресс можно делать даже детям, оставляя его на всю ночь без каких-либо отрицательных последствий.

Для того чтобы увеличить прилив крови к коже при пневмонии, бронхопневмонии, трахеобронхите и других заболеваниях, горчичники накладывают на грудную клетку; при головной боли — на ноги. После снятия горчичных припарок покрасневшее место нужно смазать оливковым или сливочным несоленым маслом.

Согревание сухим теплом

Сухое тепло представляет собой самое простое и наиболее доступное средство для облегчения боли. Существует много способов проведения этой процедуры.

1. Горячий кирпич, обернутый какой-либо тканью, накладывают на больное место. Если необходимо влажное тепло, то кирпич нужно завернуть во влажное полотенце, чтобы образовался пар.

2. Стекланную бутылку, наполненную горячей водой, заворачивают в сухое полотенце, чтобы не обжечь больного, и прикладывают к больному месту.

3. Мешочек с нагретым песком, отрубями или морской солью также используется как источник сухого тепла.

4. Мешочек, наполненный скорлупой от вишневых или абрикосовых косточек (после удаления зерен скорлупу промывают, сушат и нагревают). Он обладает тем преимуществом, что является значительно более легким, чем бутылка, кирпич или мешочек с песком. Мешочек следует шить из хлопчатобумажной ткани; его ширина 15 см и длина 30 см. Скорлупу нагревают в духовке или на плите, насыпают в мешочек и прикладывают к больному месту.

Сухое тепло применяют особенно часто при зубной боли, боли в ушах, невралгии и др.

Клизмы

Клизмы применяют как у больных, так и у здоровых детей и взрослых. Они бывают очистительными и лечебными. Клизмы назначают при запоре, остром и хроническом воспалении тонкой и толстой кишки и при ряде других заболеваний.

Клизмы делают из обыкновенной воды или же добавляют в эту воду определенные вещества.

Простая очистительная клизма. Для того чтобы сделать клизму, нужно иметь ирригаторную кружку и 1,5 л воды температуры 37—37,5 °С. В ирригаторную кружку наливают 1,5 л теплой воды (для взрослого); кружку подвешивают на высоте 1—1,5 м над кроватью; больной ложится на левый бок. Сам больной или медсестра берет наконечник трубки, предварительно смазанный вазелином, маслом или мылом, выпускает воздух из резиновой трубки, осторожно вводит наконечник в прямую кишку приблизительно на 5—10 см; открывает краник, чтобы вытекала вода. Если вода не течет, то наконечник подтягивают немного назад. Если больной не может задержать воду, то сжимают обе его ягодицы. После этого удаляют наконечник. Больной должен лежать 3—5 мин на левом боку, чтобы вода проникла как можно глубже в кишки.

У детей применяют обыкновенные резиновые клизмочки (груши).

Грудным детям очистительную клизму можно заменить специальными аптекарскими свечами или же мыльцем, приготовленным из туалетного мыла в виде свечи и смазанным вазелином или растительным маслом. Для того чтобы поставить очистительную клизму ребенку в возрасте от 1 до 3 лет, требуется 100—150 мл воды; от 3 до 6 лет — 150—300 мл воды; от 6 до 10 лет — 350—600 мл воды; от 10 до 14 лет — 600—800 мл воды.

Смешанные клизмы. 1. С чаем из ромашки. 4 столовые ложки цветков ромашки запаривают 1 л воды температуры 37 °С. Применяют при спазме кишок, действует успокаивающе.

2. С чаем из ромашки, с солью и мылом. К 1 л чая из ромашки добавляют 1/2 чайной ложки поваренной соли и 1 столовую ложку жидкого мыла. Требуется около 2 л жидкости. Применяют для удаления затвердевших каловых масс.

3. С оливковым маслом и мылом. Одну столовую ложку жидкого мыла размешивают в теплой воде до тех пор, пока не образуется пена. К мыльной пене добавляют 1—2 столовые ложки оливкового масла или по 1 десертной ложке оливкового масла и глицерина. Эта клизма эффективна при хроническом запоре.

Если нет жидкого мыла, то можно растворить банное мыло в 0,5 л теплой воды.

4. С отваром из льняного семени и ромашки. Одну столовую ложку размолотого льняного семени варят в течение 10 мин в 1 л воды. Затем отвар следует снять с огня и добавить в него 2 столовые ложки цветков ромашки, закрыть посуду крышкой (на 30 мин). Применяют при колите.

5. С белой глиной. В 1 л воды температуры 37 °С растворяют 250 г белой глины, купленной в аптеке. Применяют при колите.

6. С крахмалом. К 0,5 л воды температуры 42—45 °С добавляют 50 г крахмала, перемешивают, клизму делают при температуре жидкости 37 °С. Применяют при раздражении кишок.

Задерживаемые клизмы. После обыкновенной клизмы, когда полностью выйдет вода, через 30 мин снова вводят 250 мл воды температуры 37 °С. Воду задерживают на ночь. Эта вода будет всасываться слизистой оболочкой кишок.

Задерживаемые клизмы можно делать самостоятельно, приняв коленно-локтевое положение.

1. С горячей водой. Клизму делают из 200—300 мл воды температуры 42—45 °С. Действует весьма эффективно при спастическом запоре, колитах, затрудненном выделении мочи и болезненной менструации.

2. С холодной водой. Клизму делают из 200—300 мл воды температуры 18—20 °С — от 1 до 3 раз в день. Применяют при геморрое, невралгии полового возбуждения, детских спазмах и других заболеваниях.

3. С оливковым маслом. Вечером вводят 125—200 мл оливкового масла температуры 37 °С. Масло задерживают на 5—6 ч. Рекомендуются для размягчения затвердевших каловых масс, при запоре.

При стойком запоре задерживаемую клизму делают 5—6 дней подряд, добавляя в воду (не в оливковое масло) 1 чайную ложку натрия гидрокарбоната. В дальнейшем клизму делают 1—2 раза в неделю. Дополнительно регулируют работу кишок диетой.



ДИЕТОТЕРАПИЯ

Пища и питание

Пища и питание имеют серьезное значение как для здорового, так и для больного человека. Это — один из главных факторов поддержания жизни организма. Не только физическое, но и умственное развитие человека во многом зависит от количества и качества пищи и питья. Неполноценное, некачественное питание отрицательно отражается на здоровье человека и приводит к многочисленным заболеваниям. Прежде всего изменяется состав крови. И поэтому нельзя быть безразличным к тому, что мы пьем и едим.

Тысячи людей болеют потому, что, как говорили в старые времена, «их чрево есть их бог». И большинство из них поправилось бы без особой медицинской помощи, если бы они научились ограничивать себя в еде.

Многие люди употребляют слишком много мяса. Это приводит к чрезмерной возбудимости нервной системы, стенокардии, инфаркту, приливам крови к голове, легким, инсульту, подагре, образованию камней в желчном пузыре, болезням почек, мочевого пузыря и пр. Без сомнения, мясо содержит много питательных веществ, но в нем есть и ядовитые продукты обмена, действующие возбуждающим образом. Большая часть этих продуктов выделяется почками, нередко они откладываются в тканях, что приводит к развитию подагры и мочекаменной болезни, приливам крови к голове и хроническим кишечным заболеваниям.

В настоящее время многие делают величайшую ошибку, оценивая пищевые вещества по химическому составу и питательности. Надо запомнить, что человек живет не тем, что он ест, а тем, что он переваривает. Сократ говорил: «Едят, чтобы жить, а не живут, чтобы есть». Поэтому врач должен объяснить своим пациентам: «Кто хотя бы один раз в день садится за стол, не чувствуя голода (а голод и аппетит — вещи разные), тот объедается и непременно, рано или поздно, заболит». Излишнее употребление пищи не позволяет пищеварительному каналу ее переварить, что причиняет вред организму. Пища, которая не переваривается, съедает того, кто ее ест. Древняя поговорка гласит: «Неутомимые едоки роют себе могилу зубами».

Великий физиолог И. П. Павлов писал: «Если чрезмерное и исключительное увлечение едой есть животность, то и высокомерное невнимание к еде есть неблагоприятность».

Для роста и обновления организма, поддержания жизненной энергии необходимо, чтобы пища содержала белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины.

Белки — строительные вещества организма и самая важная составная часть клеток, которые образуют ткани нашего тела. Они участвуют в образовании веществ, без которых жизнь организма невозможна.

Больше всего белка содержится в молоке, яйцах, сыре и стручковых растениях, мясе, рыбе, пшенице, ржи, ячмене, овсе, гречихе, рисе, манной каше, орехах.

Жиры имеют большое энергетическое значение. Их можно назвать топливом человеческого организма. Избыток жиров накапливается в различных частях тела. Жиры также участвуют во многих жизненно важных процессах. Избыточное потребление жиров оказывает неблагоприятное воздействие на организм. Растительное масло усваивается лучше, чем свиной, говяжий или овечий жир.

Углеводы активно участвуют в обменных процессах. Однако чрезмерное их употребление вредно для организма. Углеводы содержатся в крупах и также в овощах, фруктах и молоке.

Вода, как солнце и воздух, крайне необходима организму человека. Без нее немислима жизнь. Все процессы в организме протекают в водной среде. С водой в организм поступают минеральные соли и ряд других необходимых веществ. С водой выводятся продукты обмена веществ.

Минеральные соли. При нарушении баланса минеральных солей, что происходит при любом заболевании, нарушается общий обмен. С помощью диеты можно регулировать минеральное равновесие. Наиболее важными являются соли натрия, кальция, калия, магния и железа.

Если человек принимает пищу, бедную минеральными веществами, он чувствует потребность в соли, которую и удовлетворяет, подсаливая пищу. Соль не только возбуждает нервы желудка, но и постепенно проникает в ткани, заменяя соли калия, кальция, магния и др. Затем она выделяется почками, чрезмерно перегружая их.

Недостаток питательных солей в пище может быть связан с неправильным ее приготовлением. Особенно богаты минеральными веществами овощи и фрукты. Овощи варят обычно в большом количестве воды, которая поглощает большую часть их питательных веществ. Затем воду сливают, сваренные овощи подают к столу. Так делать не следует. В овощах следует варить на пару или в возможно меньшем количестве воды.

Недостаток минеральных солей в организме приводит к нарушению осмотического давления крови и межклеточной жидкости, что нарушает нормальное течение обменных процессов.

Натрий — основной осмотически активный ион внеклеточного пространства. Он регулирует кислотно-основное состояние, удерживает жидкость и регулирует ее распределение в организме, усиливает набухание белков и повышает гидрофильность тканей. Натрий способствует подмержанию водно-электролитного равновесия. Дефицит натрия в организме может возникать при различных патологических состояниях, сопровождающихся повышенным его выделением, если оно не компенсируется введением натрия хлорида в достаточном количестве (сильный понос, неукротимая рвота, обширные ожоги с сильной экссудацией, гипофункция корковых вещества надпочечников, длительное применение мочегонных препаратов и др.). В результате развивается гипонатриемия. Она сопровождается обезвоживанием организма. Появляется жажда, которую можно утолить лишь употреблением подсоленной жидкости. Отмечаются сухость и потеря тургора (эластичности) кожи, мышечная слабость, снижается аппетит.

развиваются тошнота, рвота, артериальная гипотензия, тахикардия, нарушаются деятельность почек (олигурия, анурия, нарастание азотемии), функции ЦНС.

При избытке натрия в организме может развиваться гипернатриемия, которая проявляется задержкой жидкости в организме, повышенной возбудимостью нервной системы (двигательное беспокойство, судороги мышц и т. д.), артериальной гипертензией, снижением функции почек, повышением температуры тела.

К числу продуктов, наиболее богатых натрием хлоридом, относят рыбу, особенно морскую, колбасы, брынзу, сыр, хлеб.

Калий способствует выделению из организма с мочой натрия и жидкости, регулирует внутриклеточное осмотическое давление. Он участвует в образовании ацетилхолина, который играет важную роль в проведении и передаче нервных импульсов. Калий повышает тонус поперечно исчерченных и гладких мышц, влияет на активность ряда ферментов, оказывает желчонное действие.

Дефицит калия в организме может возникать при передозировке мочегонных препаратов и глюкокортикоидных гормонов, частой рвоте, поносе, гиперфункции надпочечников.

Гипокалиемия приводит к мышечной слабости, апатии, сонливости, атонии кишок, тошноте, рвоте, отекам, олигурии, а также расширению границ сердца, аритмии, артериальной гипотензии.

Много калия содержат продукты растительного происхождения (овощи, фрукты, особенно урюк и изюм, ягоды), порошок какао. Из продуктов животного происхождения наиболее богаты калием рыба, говядина, телятина.

Гиперкалиемия может возникать при остром гломерулонефрите, гипофункции коркового вещества надпочечников. Она проявляется физическим и умственным возбуждением, парестезиями конечностей, бледностью кожи, уменьшением гидрофильности тканей, увеличением диуреза и повышенным выведением натрия с мочой.

Кальций образует структурную основу костного скелета, влияет на проницаемость клеточных мембран, уплотняет стенки сосудов, участвует в процессах свертывания крови.

Дефицит кальция может развиваться при недостатке кальция в пище (голодание, исключение из пищевого рациона молочных продуктов), обильном потоотделении, у беременных и кормящих грудью женщин. Гипокальциемия наблюдается также при недостаточности всасывания кальция вследствие заболеваний органов пищеварения, а также при применении стероидных гормонов. В результате могут развиваться остеопороз, парестезии, судороги.

Гиперкальциемия наблюдается при избытке кальция в пище и питьевой воде, чрезмерном употреблении кальция и кальциферолов. Гиперкальциемия проявляется потерей аппетита, жаждой, тошнотой, рвотой, слабостью, иногда судорогами, азотемией. Возможно отложение кальция в сосудах и мышцах.

Солями кальция богаты молочные продукты, а также овощи, яйца, рыба и мясо.

Для нивелирования неблагоприятного соотношения кальция и фосфора целесообразно употреблять хлеб с сыром, каши на молоке, мясные рыбные блюда с овощными гарнирами и т. д.

Затрудняют всасывание кальция в кишках продукты, богатые щавелевой кислотой,— щавель, ревень, шпинат, свекла, шоколад. Способствуют всасыванию кальция лактоза и лимонная кислота.

Магний участвует в углеводном обмене, биосинтезе белков, снижает нервно-мышечную возбудимость. Ионы магния усиливают процессы торможения в коре большого мозга и поэтому оказывают успокаивающее действие. Кроме того, магний оказывает антиспастическое действие, стимулирует перистальтику кишок и желчеотделение, способствует выведению холестерина из организма.

При дефиците магния повышается нервно-мышечная возбудимость (возникают судорожные подергивания мышц, тетания, тревога, стрелуховые галлюцинации, тахикардия).

Избыток магния в организме приводит к угнетению рефлексов, усиливанию тормозных процессов в ЦНС (заторможенности, сонливости), остеопорозу, парестезиям, снижению АД, нарушению предсердно-желудочковой проводимости, брадикардии.

Диета с повышенным содержанием магния рекомендуется при склонности к повышению АД, гипертонической болезни, атеросклерозе, заболеваниях печени и желчных протоков.

Магний содержится в пшеничной, овсяной и гречневой крупах, сливочном масле, грецких орехах, фасоли и сухофруктах, особенно в кураге. Меньше магния в хлебе из муки грубого помола.

Фосфор и его соли играют особую роль в процессах жизнедеятельности. Он участвует в обмене белков, жиров и углеводов, построении клеточных элементов, ряда ферментов, гормонов и многих других фосфорных соединений.

Потребность в фосфоре возрастает при беременности, лактации, также при хронических заболеваниях кишок — энтерите, энтероколите.

Наибольшее количество фосфора содержится в отрубях, сыре, бобовых растениях, томатном соке, мясе, мозгах, говяжьей печени, рыбе, яйцах, гречневой, перловой, овсяной крупах, грецких орехах.

Помимо перечисленных и некоторых других минеральных веществ в организме человека имеются так называемые микроэлементы — вещества, содержащиеся в ничтожных количествах, но обладающие высокой биологической активностью. К ним относят железо, медь, цинк, кобальт, йод, марганец, молибден, бериллий и др. Микроэлементы необходимы организму не меньше, чем витамины, незаменимые аминокислоты и гормоны. Они участвуют в окислительно-восстановительных процессах, белковом, жировом и углеводном обмене, а также в газо- и теплообмене, витаминном и минеральном обмене, в процессах тканевого дыхания, кроветворения, костеобразования, роста, в иммунологических реакциях и т. д.

Все обменные процессы происходят в водных растворах минеральных солей.

В 1880 г. Н. И. Лунин обнаружил, что для жизнеобеспечения пи

Кроме белков, жиров, углеводов и минеральных веществ, должна содержать другие незаменимые компоненты. Эти вещества присутствуют в пище в небольшом количестве. Функ (1912) предложил назвать этот класс пищевых веществ витаминами, т. е. «аминными веществами».

Витамины делят на две большие группы: растворимые в воде и растворимые в жирах.

Водорастворимые витамины

Витамин С (аскорбиновая кислота). Недостаток витамина С приводит к заболеванию цингой (скорбутом). Появляются кровоизлияния на деснах и коже, в полость суставов и во внутренние органы, набухают десны, расшатываются зубы, замедляется регенерация ран, нарушается костеобразование. Отмечаются бледность и сухость кожи, гипотермия, мышечная слабость, боль в подошвах, снижается сопротивляемость организма инфекциям. Витамин С содержится в шиповнике, черной смородине, барбарисе, капусте, помидорах, цитрусовых, картофеле и др.

Витамин В₁ (тиамин). Он играет большую роль в регуляции углеводного, жирового, минерального и водного обменов. Недостаточность витамина В₁ у человека проявляется нарушениями в основном со стороны мышечной нервной систем. Появляются быстрая утомляемость, мышечная слабость, тахикардия, снижается аппетит. Наблюдаются нарушения чувствительности, парестезия и гиперестезия. Повышается чувствительность к холоду. Витамин В₁ известен под названием болезни бери-бери. Основным патогномическим симптомом бери-бери является полиневрит.

Много тиамин содержится в зародыше и оболочках зерен крупяных культур (овса, гречихи), а также в муке грубого помола, богатой отрубями. Чем выше сорт муки, тем ниже содержание в ней тиамин. Богаты этим витамином бобовые, орехи, дрожжи, субпродукты (почки, печень, сердце), говяжье и куриное мясо, яичные желтки. При гипервитаминозе В₁ нарушаются функции почек вплоть до анурии, развиваются жировая дистрофия печени, появляются бессонница, чувство страха.

Витамин В₂ (рибофлавин). При недостаточности рибофлавин у человека отмечаются сухость и трещины губ, хейлоз, ангулярный стоматит, себорейный дерматит, конъюнктивит, светобоязнь, развивается гипохромная анемия, нарушаются процессы регенерации.

Рибофлавин оказывает существенное влияние на зрительную функцию — повышает остроту цветоразличения и улучшает ночное зрение, стимулирует функции ЦНС, стимулирует образование эритроцитов.

Характерными признаками недостаточности рибофлавин являются трещины в углах рта. При прогрессировании гиповитаминоза снижается аппетит, появляются слабость, апатия, головная боль, чувство жжения в носу, резь в глазах, трещины на сосках у кормящих женщин.

Наиболее важные источники рибофлавин: молоко цельное, особенно простокваша, ацидофилин, кефир, сыр, мясо тощее, печень, почки, сердце, дрожжевой порошок, пекарские и пивные дрожжи, грибы.

Витамин РР (никотиновая кислота, витамин В₃). Он входит в состав окислительно-восстановительных ферментов, снижает содержание глюкозы в крови и увеличивает запасы гликогена в печени, нормализует содержание холестерина в крови, стимулирует эритропоэз, расширяет артерио-

лы и капилляры, снижает артериальное и повышает венозное давление; увеличивает частоту сердечных сокращений и увеличивает скорость кровотока; усиливает процессы торможения в коре большого мозга.

При недостаточности витамина РР развиваются нарушения со стороны органов пищеварения, появляются изменения кожи, поражается нервная система. При гиповитаминозе РР развивается клиническая картина пеллагры. При приеме витамина внутрь наблюдается специфическая сосудистая реакция (расширение капилляров лица, шеи, рук и бедер).

Богаты витамином РР печень, почки, мясо, рыба, пшеничные отрубы.

Остальные витамины группы В (В₅, В₆, В₁₂, В₁₅) также участвуют в обмене веществ, в окислительно-восстановительных процессах, выработке ферментов.

Жирорастворимые витамины

Витамин А (аксерофтол). Он оказывает прямое влияние на метаболизм эпителиальных тканей.

При дефиците витамина А наступает ороговение эпителиальной ткани, нарушаются функции органа зрения и снижается устойчивость к инфекциям. К симптомам гиповитаминоза А относят гемералопию (ночная «куриная», слепота) и поражение эпителиальных клеток.

Источниками витамина А являются такие продукты, как печень, особенно трески, рыбий жир, желток куриного яйца, сливочное масло. Каротин, который в организме превращается в витамин А, содержится в продуктах растительного происхождения: моркови, зеленом луке, помидорах, апелсиах, абрикосах и т. д.

Витамин D (кальциферол). Он оказывает влияние на обмен кальция и фосфора. При недостаточности витамина D главным образом поражается костная ткань (рахит).

Содержание витамина D в пищевых продуктах (печени, яичном желтке, молоке, сливочном масле) невелико.

Витамин Е (токоферол). Необходим для нормального протекания беременности и вскармливания потомства. Он является прекрасным физиологическим антиоксидантом (противоокислителем). Это имеет большое значение для профилактики преждевременного старения, поскольку предполагается, что одной из причин старения является засорение межклеточных пространств продуктами окисления.

Богаты витамином Е зеленые части растений и зародыши пшеницы, особенно много витамина содержится в растительном масле (подсолнечном, кукурузном, хлопковом, льняном и др.), плодах шиповника, яичных желтках, горохе, фасоли, чечевице, зернах ржи и пшеницы.

Суточная физиологическая потребность человека в витаминах

Витамин С	70—100 мг	Фолиевая кислота	0,2—0,3 мг
» В ₁	2 мг	Витамин РР	15—20 мг
» В ₂	2,5—3 мг	» Е	20—30 мг
» В ₃	10—12 мг	» К	1—2 мг
» В ₆	2—2,5 мг	» Р	35—50 мг
» В ₁₂	около 3 мг		

По данным литературы, дефицит витаминов и микроэлементов проявляется следующими патологическими состояниями и симптомами.

Абсцесс подмышечной впадины («сучье вымя», гидраденит, гнойное воспаление апокриновых потовых желез) обусловлен дефицитом витамина А.

Аллергические реакции развиваются на фоне недостаточности пантотеновой кислоты.

Алопеция (частичное или полное, врожденное или приобретенное отступление волос) часто обусловлена дефицитом цинка, а также недостатком витамина Е.

Аменорея может быть признаком общей недостаточности (качества или количества) питания. Например, недостаток фолиевой кислоты или витамина В₁₂ вызывает нерегулярные или скудные менструации.

Анемия. Существует много типов анемии. Она может быть вызвана дефицитом витамина Е, В₆ и фолиевой кислоты. Анемия мегалобластического типа обусловлена мальабсорбцией витамина В₁₂. Серповидно-клеточная анемия может развиваться у лиц, у которых повышена потребность в фолиевой кислоте.

Аносмия возникает, когда в организме много кадмия. После приема витамина А обоняние восстанавливается.

Анорексия обычно связана с железодефицитной анемией. Ее развитию способствует недостаток витаминов В₁, В₁₂ или биотина и даже дефицит цинка. Иногда наблюдаются гиперкальциемия или дефицит магния.

Апатия. При этом состоянии эффективна фолиевая кислота. Иногда помогает магний. Апатия может быть спровоцирована недостатком в организме цинка, пищевой аллергией, анемией и нарушением баланса аминокислот.

Аритмию может вызвать дефицит одновременно магния и калия. При дефиците только одного магния возможны экстрасистолы, желудочковая тахикардия и желудочковая фибрилляция.

Артрит гипертрофический лечат препаратами калия и витамином В₆. Некоторые врачи назначают цинк.

Астеатоз (сухость кожи). При этом состоянии часто эффективен витамин Е.

Астма. Во время приступа часто помогает повышение содержания натрия хлорида в крови, если больной будет принимать одновременно с этим пищу, которая содержит сахар, и большие дозы витамина С.

Ахлоргидрия развивается при дефиците витамина В₁ и фолиевой кислоты.

Белковая недостаточность может вызывать депрессию, апатию, брюзгливость, раздражительность.

Близорукость иногда вылечивают большими дозами витамина Е. Считается, что это также проявление стресса. Полноценная диета, богатая витаминами В₂, С, D, Е, пантотеновой кислотой, белком, кальцием, вместе с соленой пищей может вылечить близорукость.

Бессонница иногда обусловлена дефицитом пантотеновой или фолиевой кислоты, а также витамина В₆. Сочетание магния и кальция очень хорошо успокаивает нервы. Большие дозы витаминов В₁, В₆ или витамина

Тромбоцитопения обусловлена дефицитом фолиевой кислоты или витамина B_{12} . Иногда рекомендуется назначать витамин Е.

Угри хорошо лечить препаратами цинка, витаминами А, Е, D, пантотеновой кислотой и подсолнечным маслом.

Шпоры костные. Назначают сухие пивные дрожжи по 1 чайной ложке ежедневно. В некоторых случаях внутримышечно назначают по 1000 мг витамина B_{12} ежедневно до исчезновения боли.

Экзема. Установлено, что дефицит витамина B_6 или любого другого витамина группы В, а также недостаток линолевой кислоты может вызвать эту патологию.

Ячмень часто возникает при недостатке витамина А.

В истории диетотерапии большую роль сыграло учение о влиянии на организм человека сырой растительной пищи. Так называемые старейшие вегетарианцы («сыроеды») считали, что пищу нельзя подвергать кулинарной обработке. Она должна состоять из зелени, плодов и овощей в сыром виде. Основал это учение врач Бирхер-Беннер (1909). Лечение некоторых заболеваний сырой растительной пищей вполне целесообразно. Основателем ложник лечебного питания, известный диетолог М. И. Певзнер разработал пищевые режимы, влияющие на организм в целом.

М. И. Певзнер, как и Бирхер-Беннер, особое значение в лечебном питании придавал растительной пище. Так, он писал: «К сожалению, мало внимания обращается на необходимость достаточного потребления растительной клетчатки; между тем нужно считать доказанным, что для нормального функционирования организма необходимо введение достаточного количества растительной клетчатки. Последняя не только регулирует функцию кишечника благодаря содержанию механических раздражителей и витаминов, но она полезна и целым рядом находящихся в ней веществ, которые действуют на выделительную (экскреторную) функцию кишечника и другие процессы пищеварения» («Рациональное и лечебное питание», 1940. С. 12). По Певзнеру, сырая растительная пища по сравнению с вареной имеет следующие преимущества:

хорошо утилизируются белки и углеводы, так как в сырых растительных продуктах содержатся протеолитические и амилолитические ферменты, а также большое количество оксидаз и каталитических ферментов;

сырая пища богата витаминами;

в ней содержится большое количество минеральных солей, поэтому требуется меньше приправ и поваренной соли;

сырые овощи и фрукты содержат до 80 % воды, поэтому они меньше, чем другая пища, вызывают жажду;

при употреблении сырой пищи азотистое равновесие может быть достигнуто при меньшем количестве белка;

она усиливает перистальтику благодаря наличию клетчатки и витаминов.

М. И. Певзнер разработал общие принципы лечебного питания. Приведем некоторые из них:

1. При назначении лечебного питания необходимо учитывать массу тела, пол, возраст, характер работы, общее состояние больного, его конституцию и тип нервной системы.

2. Необходимо избегать употребления избыточного количества мяса.
3. В ежедневный рацион следует включать достаточное количество овощей, зелени, фруктов и ягод — как в вареном, так и в сыром виде, а также квашеных овощей.
4. Нецелесообразно употреблять много сладких блюд (пирожные и т. д.). Их можно заменить любыми фруктами, ягодами, сухофруктами, орехами, изредка сыром.
5. Одним из главных условий построения правильного пищевого режима является разнообразие питания.

Общие правила питания

Если вы хотите правильно питаться и быть здоровым, то следует придерживаться следующих правил.

1. Никогда не ешьте, если вы не голодны, и не пейте, не чувствуя жажды.
 2. Качество пищи следует контролировать не только визуально, но и главным образом обонянием и на вкус.
 3. Будьте умеренны и не переполняйте желудок. При первом ощущении удовлетворения прием пищи нужно прекратить.
 4. Не употребляйте слишком соленую, сладкую, пряную или острую пищу. Пряности вредны для желудка и почек, возбуждают нервную систему.
 5. Хорошо пережевывайте пищу, что улучшает ее усвоение. Пословица гласит: «Хорошо пережеванное — наполовину переваренное».
 6. Нельзя есть после питья и пить после еды. Жидкость разжижает желудочный сок, мешает пережевыванию пищи и смешиванию ее со слюной. Не пейте во время еды. Употребляйте такую пищу, которая не возбуждает жажды.
 7. Не ешьте слишком холодную или слишком горячую пищу, а также горячую тотчас после холодной или холодную тотчас после горячей.
 8. Не употребляйте постоянно одну и ту же пищу.
 9. Всегда ешьте в хорошем настроении и избегайте кушаний, приготовленных раздражительными и недовольными собой людьми.
 10. Во время болезни воздержитесь от обычной еды и ешьте только тогда, когда действительно проголодаетесь.
 11. Надо питаться преимущественно продуктами, которые характерны для данного времени года и выросли в той местности, где проживает человек.
 12. Не занимайтесь умственной работой и не делайте слишком много физических упражнений непосредственно до и после еды. Никогда не ешьте в состоянии физического или умственного переутомления.
 13. Достаточно употреблять пищу 3 раза в день, между приемами пищи должен быть промежуток от 5 до 6 ч. Желудок должен быть пустым по крайней мере за 1 ч до очередного приема пищи, так как он, как и всякий другой орган, время от времени нуждается в покое.
- Питаться нужно с учетом климатических условий, телосложения, возраста и профессии.

Работающие с раннего утра на открытом воздухе должны есть 4—5 раз в день.

Работающие в закрытых помещениях должны употреблять более легкую пищу и в меньшем количестве.

Занятые умственным трудом должны принимать пищу в еще меньшем количестве, никогда не переедать и ничего не есть на ночь.

Лицам пожилого возраста рекомендуется легкоусвояемая пища, при чем следует избегать каких бы то ни было возбуждающих пищевых веществ. Этим лицам достаточно есть 2 раза в день, потому что обменные процессы у них протекают медленнее.

Сырые блюда готовят перед употреблением.

14. Не ешьте за один прием несколько продуктов, богатых углеводами (например, хлеб и картофель, рис и овес или чечевицу с фасолью и горохом).

15. В мучные блюда можно добавлять зелень, корнеплоды, масло, молоко, сыр, яйца и мед.

16. Зелень можно смешивать с корнеплодами.

17. Сладкие фрукты и каштаны не подходят к салатам из зелени, а также горьким и кислым продуктам.

18. Сахар-рафинад надо заменять сладкими фруктами, медом и тростниковым сахаром.

19. Уксус и кислоты заменяйте соками: лимонным, клюквенным, томатным, яблочным и др.

20. Жирная пища вредна для организма.

Рекомендации для нормального пищеварения. Хорошее пищеварение — залог цветущего здоровья. Именно нормальное функционирование пищеварительной системы обеспечивает хороший обмен веществ.

Плохое пищеварение вызывает боль в животе, скопление газов, запоры, язву, диарею, атеросклероз, нервные болезни, судороги, боль в позвоночнике, бессонницу, головную боль и т. д.

Питание должно быть регулярным.

1. Пищу рекомендуется принимать после прогулки, прослушивания музыки или после нескольких дыхательных упражнений.

2. Нельзя есть на скорую руку, перед телевизором или у телефона.

3. За столом не затевайте споров и ссор, говорите о приятных вещах.

4. Ешьте медленно, старательно пережевывая пищу. Не глотайте быстро, думайте о том, что вы едите вкусное блюдо.

5. Пейте воду в течение дня.

6. Исключите из своего рациона как можно больше жиров, поскольку они замедляют процесс пищеварения, особенно после термической обработки. Такие продукты, как брынза и яйца, лучше всего есть с сырыми зелеными овощами. Это способствует усвоению жиров.

7. Избегайте употребления возбуждающих напитков (кофе, кока-кола, газированные напитки, алкоголь), сахара, консервов, жареной пищи, мучных изделий.

8. Не употребляйте слишком горячую или слишком холодную пищу. Это очень вредит пищеварению.

9. Питайтесь регулярно (завтрак, обед и ужин). Если вы очень проголодались, можно немного нарушить этот режим.

Диета, регулирующая кислотно-основное состояние крови

Многие авторы связывают повышение работоспособности, которое наблюдается после употребления растительной пищи, с ее влиянием на кислотно-основное состояние крови. Установлено, что при снижении работоспособности отмечается тенденция к закислению крови. Так, значительные колебания рН крови и резервной щелочности наблюдаются при болезнях почек, легких, желудка, печени, сахарном диабете, пороках сердца, отравлении, артериальной гипотензии и др. Кроме того, установлено, что на кислотно-основное состояние крови влияет содержание и соотношение основных (K^+ , Na^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+}) и кислотных (Cl^- , PO_4^{3-} , SO_4^{2-}) эквивалентов, количество и качество жирных кислот в пище. Эти основные эквиваленты нейтрализуют кислые продукты обмена веществ, накапливающиеся при физической нагрузке, ощелачивают внутреннюю среду. При употреблении растительной пищи моча становится щелочной. Следовательно, растительные эквиваленты нейтрализуют кислоты, близки к естественным метаболитам организма, поддерживающим кислотно-основное состояние крови, поэтому они расширяют адаптационные возможности организма, ускоряют процессы восстановления.

Пищевые продукты вызывают либо окисление, либо ощелачивание внутренней среды организма (табл. 23).

Как видно из табл. 23, к кислотообразующей пище относят все белковые (мясо, рыба, яйца, сыр), зернобобовые продукты, сахар, кофе, какао, все жиры и масла; к щелочеобразующей — все фрукты и овощи. Причем листовые овощи ощелачивают лучше, чем корнеплоды. Сильное ощелачивающее действие оказывают молоко и цитрусовые.

Если диета на 80 % состоит из овощей и фруктов, поддерживается слабощелочная реакция крови. Ученые утверждают, что именно сырые овощи, фрукты и молоко (щелочеобразователи) увеличивают сопротивляемость организма болезням, особенно инфекциям, повышают его работоспособность.

В настоящее время стало распространяться древнее восточное учение о *микробиотике* (от греч. макрос — длинный, большой и биос — жизнь) — рождении жизни, творческого долголетия путем рационального питания. Сутью этого учения является управление функциями организма с помощью информационных факторов пищи Ян и Инь. Пища содержит теплые (Ян), холодные (Инь) и уравновешенные элементы. Это соответствует теплоте, холоду и уравновешенному состоянию человека. В древневосточной медицине считалось, что пища может оказывать согревающее (стимулирующее) и охлаждающее (угнетающее функции) действие на организм.

Г. Осава разработал классификацию пищевых продуктов с учетом преобладания в них теплых или холодных элементов. Он предложил ряд пищевых режимов для лечения различных заболеваний по принципу противоположности. Например, острые воспалительные заболевания (Ян) лечат охлаждающей пищей (Инь); общую слабость, переутомление (Инь) лечат согревающей пищей (Ян) и т. п.

Таблица 23. Пищевые продукты и их действие на внутреннюю среду организма (по R. Роу)

Продукт	Окисление	Щелачивание	Продукт	Окисление	Щелачивание
Абрикосы	—	000	Овсянка	000	—
Абрикосы сушеные	—	0000	Оливки маринованные	00	—
Ананас	—	000	Палтус	000	—
Арбуз	—	000	Пастернак	—	000
Бананы спелые	—	00	Персики	—	000
Бананы зеленые	00	—	Перцы	—	000
Бекон жирный	0	0	Помидоры консервированные	—	000
Бекон тощий	00	—	Помидоры свежие	—	0000
Бобы свежие	—	000	Раки	0000	—
Бобы сушеные	0	—	Редиска (редька)	—	000
Бобы запеченные	000	—	Резпа	—	00
Барашек	00	—	Рис	00	—
Барашек тушеный	0	—	Рыба	00—000	—
Баранина	00	—	Ревень	—	000
Ветчина свежая постная	00	—	Свекла свежая	—	0000
Вишня	—	00	Сало свиное	—	0
Виноград	—	00	Свинина тощая	00	—
Виноград (натуральный сок)	—	00	Свинные колбасы	000	—
Виноград (сок с сахаром)	000	—	Сельдерей	—	0000
Говядина	00	—	Сливки	00	—
Грецкие орехи	0	—	Смородина	—	000
Горох спелый зеленый	00	—	Сок лимонный натуральный	—	000
Горох спелый сушеный	00	—	Сок лимонный с сахаром	000	—
Дичь	0—000	—	Сок апельсиновый натуральный	—	000
Дыня	—	000	Сыворотка молочная	—	000
Земляные орехи	000	—	Сыр твердый	00	—
Зерно (мука)	00	—	Сыр мягкий	0	—
Изюм	—	000	Телятина	000	—
Индейка	00	—	Тыква	—	0
Капуста белокочанная	—	000	Устрицы	0000	—
Капуста краснокочанная	—	00	Хлеб белый	00	—
Капуста цветная	—	000	Хлеб черный	0	—
Картофель (с шелухой)	—	000	Имбир сушеный	—	0000
Клюква	—	0	Финики	—	00
Крахмал	0	—	Фрукты (почти все)	—	000
Латук	—	000	Фрукты вареные с сахаром	0—000	—
Лососевые рыбы	000	—	Чернослив сушеный	—	00
Лук	—	00	Шпинат	—	0000
Мамалыга и кукурузные хлопья	00	—	Яблоки свежие	—	00
Мидии	000	—	Яблоки сушеные	—	00
Миндаль	—	0	Ягоды всех видов	—	00—0000
Молоко цельное	—	000	Яйца	000	—
Морковь	—	0000	Яйцо (белок)	0000	—
Огурцы свежие	—	0000			
Одуванчик (зелень)	—	000			

Примечание: 0 — слабое, 00 — умеренное, 000 — сильное, 0000 — очень сильное действие

Таблица 24. Продукты питания, относящиеся к Инь и Ян

Инь	Ян	Инь	Ян
Ядра злаков	Рис	Мерлан	Сеledка
Кукуруза	Пшeно	Рак	Сардины
Рожь	Пшеница	Форель	Анчоусы
Ячмень	Гречиха	Щука, камбала, тунец	Икра
<i>Овощи</i>		<i>Мясо</i>	
Баклажаны	Лук-латук	Улитка	Баранина
Помидоры	Валерианица малая	Лягушка	Голубь
Картофель	Эндивий	Свинина	Утка
Стручковый перец	Капуста курчавая	Телятина, говядина	Индюк
Бобы	Лук-порей	Кролик, заяц	Яйца
Фасоль	Турецкий горох	Цыпленок	Фазан
Огурцы	Редиска	<i>Фрукты</i>	
Спаржа	Репa	Ананасы	Клубника
Щавель	Лук репчатый	Папайя	Шелковица
Шпинат	Петрушка	Манго	Каштан
Артишок	Кервель	Банан, финики, лимон, груша, виноград, персики, дыня, чернослив, миндаль	Яблоки
Кабачки	Корень	<i>Напитки</i>	
Ростки бамбука	Репейник	Кофе	Пиво
Грибы	Одуванчика корень	Кока-кола	Ромашка
Горошек зеленый	Зерна круглой тыквы	Фруктовые соки	Розмарин
Свекла, сельдерей	поджаренные	Сладкие напитки	Белая полынь
Чеснок		Шампанское	Солод
Капуста цветная		Вина	Кофе из одуванчика
Капуста белокочанная		Газированная вода	Кофе из корня репейника
Капуста кормовая (листовая)		Липовый отвар	Чай-корень
Лечевица		Отвар мяты	
Одуванчик		<i>Специи</i>	
<i>Молоко и молочные продукты</i>		Имбирь	Лук зубчатый
Сыр	Сыр рокфор	Красный перец	Корица
Простокваша	Овечья брынза	Стручковый перец	Укроп
Пастеризованный сыр	Мargarин	Лимон	Тимьян
Сметана, масло, молоко	Сыр швейцарский, голландский	Уксус	Чебрец
Морожный сыр		Горчица	Розмарин
<i>Разное</i>		Гвоздика, ваниль	Лук репчатый
Мед, сахар рафинированный, патока		Лавровый лист	Петрушка
Мargarин, сливочное и растительное масло		Чеснок, авис	Шалфей
<i>Рыба</i>		Тмин, мускатный орех	Хрен
Трици	Сом		Цикорий дикий
Горь	Лангуст		
Сарп	Креветка		
Судак	Омар		

Философия Востока учит, что нет в этом мире ничего, что не было бы либо Инь, либо Ян, центробежной или центростремительной силой. Центростремительная сила сжимает и производит звук, тепло и свет; центробежная — расширяет, является источником тишины, спокойствия, холода и темноты.

Деление продуктов питания по закону Инь и Ян представлено в табл. 24.

Инь	Ян	Инь	Ян
Тенденция	Расширение	Сжатие	
Положение	Внешнее	Внутреннее	
Структура	Пространство	Время	
Направление	Восходящее	Нисходящее	
Цвет	Фиолетовый	Красный	
Вес	Легкий	Тяжелый	
Элемент	Вода	Огонь	
Атом	Электрон	Протон	
Химический элемент	Кислород, кальций, калий, азот	Водород, углерод, магний, натрий	
Растения	Салаты	Злаки	
Нервы	Симпатические	Парасимпатические	
Витамины	С, В ₁ , В ₂ , В ₁₂ , РР	Д, К, Е, А	

Следует помнить, что количество пищи, съедаемой в один прием, не должно превышать двух пригоршней. Одна треть желудка должна наполняться пищей, одна треть — водой и еще одна треть — воздухом. Если пищи съедается больше, желудок будет растягиваться и требовать дополнительной пищи.

Диета при острых болезнях

Первое правило питания при острых болезнях следующее: давать еды пациенту немного и никогда не заставлять его пить и есть, пока он сам не захочет.

Однако, если пациент во время лихорадки попросит есть, то ему надо дать наиболее легкоусвояемую пищу. Говядина, мясной бульон, молочные и сладкие блюда должны быть исключены из рациона.

Жидкая пища легко усваивается, и ее можно давать чаще. Больше всего успокаивает и освежает питье воды. Всегда можно давать фруктовые соки, особенно лимонный. Каша из овсяной или ячменной крупы, коровье молоко, разбавленное водой, рисовый или маннй суп, вареные или сырые кислые фрукты и виноград — вот наиболее подходящая пища при лихорадке.

Никогда не надо заставлять лихорадящего больного есть или пить то, что ему не хочется; это не пойдет на пользу и лишь усилит лихорадку.

Иногда какое-то время еду вообще не следует давать, особенно больным детям.

Диета при хронических болезнях

При хронических болезнях, как и при острых, диету составляют с учетом следующих общих принципов:

1. Больного нельзя заставлять пить или есть, если у него нет аппетита. Пока не восстановится аппетит, можно довольствоваться небольшими порциями вареных или сырых плодов, ячменного отвара и овсянки.

2. При хронических болезнях достаточно есть 3 раза в день. Больной желудок нуждается в больших промежутках между приемами пищи. Ослабленным больным лучше есть часто и понемногу.

3. Пища должна быть простой, не возбуждающей и легкоусвояемой.

4. Следует избегать алкоголя, кофе и других напитков, возбуждающих нервную систему.

5. Нужно исключить употребление пряностей (перец, горчица и др.), так как они вредны для слизистой оболочки желудка и кишок. Сахар и соль надо употреблять в умеренных количествах, а уксус заменить лимонным соком.

Мясо можно давать лишь в исключительных случаях и в очень малом количестве. Фруктов, а также приготовленных из молодых овощей салатов, можно есть сколько угодно. Пища должна быть разнообразной.

Основным принципом лечебного питания является количественное и качественное его соответствие характеру заболевания, состоянию больного и его индивидуальным особенностям.

Диапазон количественного ограничения пищи достаточно широк, вплоть до частичного или полного голодания. Однако полное голодание нельзя применять при амбулаторном лечении больных.

При лечении некоторых заболеваний широко используют частичное голодание в виде разгрузочных дней («яблочные», «творожные», «молочные» дни). При ожирении, атеросклерозе, гипертонической болезни и других заболеваниях ограничивают употребление воды и поваренной соли.

Качественные ограничения заключаются в механическом и химическом щажении. Под механическим щажением понимают исключение из рациона грубой пищи, трудно перевариваемых и плохо усвояемых продуктов. К ним относят редьку, репу, бобы и другие растительные продукты, богатые грубой клетчаткой, а также жесткие сорта мяса, содержащие большое количество коллагена и эластина. Исключают также хлеб из муки грубого помола, рассыпчатые каши (гречневая, перловая, пшеница) и др.

Механическое щажение обеспечивает также специальная кулинарная обработка пищи: мясные продукты употребляют в измельченном виде (котлеты, биточки, фрикадели), овощи — в виде пюре, запеканок; супы вязкие готовят в протертом виде из хорошо разваренных круп (перловой, овсяной, риса).

Химическое щажение предполагает исключение продуктов, оказывающих сокогонное действие, вызывающих усиление секреции пищеварительных желез и повышение моторной функции желудка и кишок. Не рекомендуются крепкие бульоны (мясные, рыбные, овощные), жареные блюда (котлеты, бифштексы, жареный картофель), панированные блюда (котле-

РР также эффективны. Когда бессонница сочетается с депрессией, очень полезен триптофан.

Блефароспазм — один из клинических признаков дефицита рибофлавина.

Бляшки склеротические, вероятно, развиваются при недостатке витаминов А и белка.

Боль в мышцах появляется при дефиците калия, витамина Е или при интоксикации. Витамин С часто снимает эту боль.

Боль от ожога. Хороший эффект дает назначение парааминобензойной кислоты (витамин группы В). Показан также витамин Е, потому что он предупреждает образование шрамов и улучшает регенерацию кожи.

Боль в брюшной полости иногда вызывает недостаток цинка.

Боль во всем теле. Инъекция 4 г кальция быстро снимает боль. Такой же эффект получается, если назначить (до 1200 мг) витамин Е, так как он участвует в различных биохимических процессах, в том числе и в обмене кислорода.

Бородавki можно вылечить мазью, в состав которой входят витамин С и плоды шиповника или витамин Е.

Витилиго — признак недостаточного питания. Назначают 150—300 мг пантотеновой кислоты или 1000 мг парааминобензойной кислоты 1 раз в день.

Воянку можно лечить фолиевой кислотой в сочетании с витаминами В₁₂ или В₆ и метионином.

Герпес. По некоторым данным, ацидофильная лактобацилла может инактивировать эти вирусы. Надо принимать витамин Е.

Гипертензия артериальная. Чем больше в пище калия и меньше натрия, тем ниже АД. Иногда магний может снижать АД. Назначают диетотерапию.

Геморрой лечат витамином В₆ (по 10 мг после каждого приема пищи). Некоторые врачи назначают биофлавоноиды по 50 мг ежедневно.

Гипотензия артериальная может быть вызвана дефицитом витаминов С, Е, группы В, недостаточной энергетической ценностью пищи, недостатком белка. Одной из причин заболевания может быть большое количество магния или обезвоживание.

Гипоалактмия. При этом состоянии назначают мед, цинк, калия йодид. Это эффективно в 84 % случаев.

Глухота иногда сопровождается недостатком йода в организме.

Депрессия. Развивается при недостатке витаминов В₁, В₁₂ и пантотеновой кислоты, а также при снижении уровня магния в крови. Депрессию можно вылечить холином. Если депрессия сочетается с бессонницей, то применяют триптофан. Повышение уровня гистамина в крови также может вызывать депрессию.

Желтуха. Избыток каротина в пище вызывает ложную желтуху, однако желтыми становятся ладони, а не глаза. После соблюдения диеты с высоким содержанием белка (250 г ежедневно) больной быстро выздоравливает.

Запах тела неприятный. Недостаток биотина вызывает неприятный запах тела. В большинстве случаев помогают препараты цинка, магния, а также

парааминобензойная кислота и витамин В₆. Иногда эффективен витамин А.

Запор часто развивается при недостатке инозита, холина, ниацина, калия, витамина В₁. Пантотеновая кислота улучшает перистальтику кишок и часто помогает больному. Гиперкальциемия также может вызвать запор.

Зуд — характерный симптом инфекции, заболевания печени и некоторых аллергических реакций. Он бывает и при нарушении функций почек, повышенной чувствительности к химикатам. Анальный зуд часто обусловлен дефицитом витаминов группы В.

Импотенция может развиваться при дефиците витамина В₆. Для лечения хороши также цинк, магний и витамин Е.

Катаракта. Это заболевание может вызвать избыток молочного сахара или глюкозы. Плохая утилизация триптофана, обусловленная недостатком витамина В₆, также может привести к катаракте. Кроме того, катаракта развивается при дефиците цинка или кальция. Лечение включает назначенные диеты с большим содержанием белка и витаминов.

Кровотечение. Дефицит витаминов группы В вызывает продолжительное кровотечение во время менструации. Избыток углеводов может вызвать кровоточивость десен. Для нормальной коагуляции крови необходим марганец. Известен случай остановки кровотечения в почке с помощью железа. Кровотечение носовое при ревматизме или лейкемии может быть обусловлено недостатком витамина С.

Лейкопения — один из признаков недостаточности фолиевой кислоты или витамина В₁₂.

Мигрень лечат витамином В₆ (по 100 мг ежедневно) в сочетании с никсинамом. В некоторых случаях помогают лецитин, витамины В₁ и В₁₂. Иногда мигрень развивается при снижении уровня глюкозы в крови.

Нарколепсия (спячка). Это патологическое состояние может быть вызвано дефицитом пантотеновой кислоты.

Облысение связано с дефицитом биотина, инозита, витамина Е и витаминов группы В, а также метионина и йода.

Отек пальцев кистей развивается при дефиците витамина В₆. Назначают по 50 мг этого витамина ежедневно в течение 15 дней.

Перхоть лечат витаминами Е, В₆, втиранием растительного масла. Хорошо помогает втирание цинка и селена. Появление перхоти может вызвать чрезмерное употребление сахара.

Полипы (в прямой кишке). Назначают по 3 г витамина С в течение 30 дней.

Потеря вкуса наблюдается при недостатке в организме цинка, иногда — меди.

Ригидность спины. Ежедневно в течение 2 нед нужно принимать 3 г витамина С, 1 г кальция и 500 мг магния или 2 г аскорбиновой кислоты молоком.

Стоматит часто обусловлен дефицитом витамина С или витаминов группы В.

Ночные судороги в нижних конечностях развиваются при недостатке кальция или магния, а также витамина В₆. Это состояние можно вылечить большой дозой витамина Е (по 400—800 мг ежедневно). Иногда помогает фолиевая кислота. Антиспазматическое действие оказывает цинк.

ты, ромштексы, свиные отбивные и др.), концентрированные жиры, подливки и соусы (в частности, томатные). Исключают пряности (горчица, перец и др.), соленые огурцы, свежий мягкий хлеб, блины.

При подагре, сахарном диабете, ожирении, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, поражении печени и почек, при хроническом запоре показаны диеты, включающие большое количество сырой растительной пищи, — салаты из сырых овощей, различные фрукты, бахчевые (арбуз, дыня) и др. Это обеспечивает максимальное поступление в организм витаминов, ферментов, фитонцидов, пектинов, микроэлементов, органических кислот, наиболее полезных сахаров (фруктозы), не вызывающих повышения уровня глюкозы в крови. Потребление большого количества сырых овощей и фруктов оказывает ощелачивающее действие и предотвращает развитие ацидотических (кислотных) сдвигов в организме, способствующих развитию атеросклероза.

Сырые овощи и фрукты играют важную роль и в питании здоровых людей. Они являются источником биологически активных веществ, которые уменьшают влияние неблагоприятных факторов на организм человека.

Продукты питания

Мясо и мясные продукты. Лучше всего перевариваются нежирные сорта мяса: мясо диких птиц, телятина и молодая баранина. Их назначают при расстройствах пищеварения. Мясо следует исключить из пищевого рациона при полнокровии, приливах к голове, головной боли, головокружении, нервных расстройствах, эпилепсии, подагре, болезнях почек и мочевого пузыря, желчнокаменной болезни, кожных болезнях и пр.

Мясо взрослых животных содержит больше экстрактивных веществ. Эти вещества усиливают функции пищеварительных желез и оказывают неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистую и нервную системы. Однако мясо является источником незаменимых аминокислот. Оно может быть использовано в диетическом питании, если удалить из него экстрактивные вещества. Этого достигают путем отваривания мяса, а также приготовления мясных блюд паровым методом.

Мясной жир содержит твердые насыщенные жирные кислоты, которые способствуют развитию атеросклероза.

Рыба. Рыба в вареном виде почти так же питательна, как мясо; легко усваивается организмом только те сорта, которые содержат наименьшее количество жира, а также устрицы и моллюски.

Супы. Супы и бульоны из мяса молодых животных (телят и ягнят) в лечебном питании применяют ограниченно. Супы можно приготовить с манной крупой, рисом, ячменем, овсяной крупой специальным методом. Для этого зерна или крупу кладут на ночь в воду и, размягчив их таким образом, варят на следующее утро в течение 3 ч. Затем их протирают через частое сито. Можно добавить немного соли, жидкого мясного бульона и масла. Не следует заправлять суп пряностями или зелеными овощами, которые раздражают желудок и кишечник, усиливают образование газа. Можно добавить вареную морковь, протертую сквозь сито. Суп можно

есть только свежий. При употреблении разогретого супа образуются продукты брожения и жировые сгустки.

Рекомендуются также молочные и картофельные супы.

Молоко представляет собой превосходную пищу, особенно для детей. Белки и жир, кальций, фосфатиды и жирорастворимые витамины А и D, содержащиеся в молоке, делают его незаменимым продуктом питания.

Высокая питательная ценность молока была известна еще в древности. Гиппократ за 400 лет до нашей эры давал советы, при каких заболеваниях можно или нельзя употреблять молоко. Знаменитый Авиценна считал молоко лучшей пищей для лиц пожилого возраста. Великий русский физиолог И. П. Павлов рассматривал молоко как пищу, приготовленную самой природой. Он доказал, что в процессе переваривания и усвоения молока пищеварительные железы работают с минимальной нагрузкой. На усвоение молочного белка требуется в 3—4 раза меньше энергии, чем на усвоение белка хлеба.

При болезнях желудка многие больные легко переносят молоко. Но иногда оно не усваивается, и поэтому нельзя принуждать больного пить молоко. При болезнях печени молоко переносится плохо.

Молоко следует только подогреть, но не кипятить, так как кипяченое молоко усваивается хуже. Кипячение необходимо в тех случаях, когда молоко нуждается в обеззараживании.

Каши на молоке очень полезны и легко усваиваются организмом. При заболеваниях желудка полезны молочные супы, сваренные на снятом молоке, с добавлением соли или сахара. Их едят с поджаренными ломтиками хлеба.

Важными диетическими свойствами обладают кисломолочные продукты, особенно кефир, простокваша (кислое молоко), ацидофильные напитки. Они нормализуют функции кишок, почек, мочевого пузыря и легких.

Кисломолочные продукты снижают интенсивность гнилостных процессов в кишках, стимулируют функции нормальной микрофлоры кишок, уменьшают аутоинтоксикацию.

Кисломолочные продукты усваиваются легче и быстрее, чем молоко (молоко через 1 ч после употребления усваивается на 32 %, а простокваша — на 91 %).

Важным диетическим продуктом является творог. В суточном рационе лиц пожилого возраста обязательно должен быть творог. Основное его достоинство — липотропные свойства. В состав белка входят аминокислоты метионин и цистин, а также лизин, нормализующий жировой обмен и предотвращающий ожирение печени.

Творог известен и как пищевой продукт, обладающий противосклеротическими свойствами. Он также оказывает диуретическое действие — повышает выведение жидкости из организма. Наиболее полезны нежирные сорта творога с наибольшим содержанием белка. Рекомендуется потреблять 150 г творога в сутки.

Яйца следует употреблять умеренно, особенно при болезнях печени, желудка и кишок. Вместе с крупой, картофелем и овощами их употребляют при сухой диете. Омлеты и другие блюда из яиц при нарушении пищеварения не рекомендуются.

Зерновые, хлебные продукты — основа питания большинства людей.

Хлеб знали еще в глубокой древности. Зерновые стали употребляться в пищу примерно 15 000 лет назад.

Замечательным свойством хлеба является то, что он не приедается и хорошо усваивается. Известный русский ученый К. А. Тимирязев писал: «Ломоть хорошо испеченного хлеба составляет одно из величайших приобретений человеческого ума».

Хлебные продукты обеспечивают организм углеводами, клетчаткой и витаминами группы В.

Чем мельче смолота мука, чем лучше хлеб пропечен, тем легче он переваривается. Свежий хлеб, из которого еще не испарилась вода, так же плохо переваривается, так как он недостаточно порист для того, чтобы пропитаться желудочным соком. Он способствует образованию кислоты и газов в желудке.

Хлеб из цельной муки гораздо питательнее хлеба из белой, потому что в нем содержится больше витаминов группы В, находящейся в оболочке зерна. Он способствует перистальтике кишок и поэтому является прекрасным средством от запоров.

Хлебные продукты — основной источник витаминов группы В. Так как эти витамины сосредоточены в зародыше и в оболочках зерна, то чем грубее помол муки, из которой выпечен хлеб, тем он богаче витаминами.

Люди со слабым желудком или страдающие поносом должны есть хлеб, выпеченный из цельной муки (смолотой вместе с отрубями) помолан с белой.

Никогда не нужно класть в тесто щелочи и другие вредные примеси. При сахарном диабете, малокровии, болезнях желудка и особенно в тех случаях, когда больной не может много есть, рекомендуется употреблять так называемый белковый хлеб: тесто заворачивают в салфетку, кладут в воду, где его месят до тех пор, пока не отделится большая часть крахмала. В оставшееся тесто кладут дрожжи, дают ему подняться и ставят в печь. Желательно разнообразить сорта хлеба.

Крупы. Из круп готовят густые каши или кашицы. Усвояемость круп зависит главным образом от их приготовления. Чем лучше они смолоты, чем дольше они варятся, тем больше в них крахмала, который превращается в декстрин и сахар, и потому тем лучше они перевариваются. Крупы следует обязательно хорошо проварить. Их нужно так приготовить, чтобы они сделались пористыми и в них мог легко проникать желудочный сок. Крупы, приготовленные в виде кашицы, усваиваются лучше всего и очень питательны. Их едят с черствым хлебом или со слегка поджаренными сухими ломтиками (гренок).

Крупы можно варить и с фруктами — в воде или молоке пополам с водой. При слабом пищеварении берут 1 часть молока на 2 части воды. Молоко 2% жирности разводить водой не следует.

Питательность каши можно увеличить, прибавляя к ней масло, молоко и яйца, но в умеренном количестве. Если приготовленные из круп блюда слишком жирные, то желудочный сок проникает в них так же плохо, как и в том случае, если они слишком водянистые.

Пшено перед варкой нужно обдать кипятком, чтобы удалить его горький привкус.

Макаронны и вермишель очень питательны и хорошо усваиваются, если они приготовлены правильно. Их нужно приготовить так, чтобы не выливать воду, в которой они варились, иначе будет уничтожена самая питательная их часть.

Стручковые плоды. Горох, бобы и чечевица являются самой питательной и дешевой пищей. Они легко усваиваются, если приготовлены правильно. С лечебной целью их употребляют в виде супов и пюре. Если пищеварение хорошее, то можно их приготовить в виде лепешек, пирогов и т. п. Стручковые плоды усваиваются лучше, если их варят вместе с сушеными или свежими фруктами или крупой.

Овощи и фрукты. Почти все овощи и фрукты можно использовать в диетическом питании. Правда, есть и исключения — щавель, редька, бобовые и некоторые другие растительные продукты, которые больным не рекомендуются.

Исследования отечественных ученых (И. П. Павлова, И. П. Разенкова, Н. И. Лепорского и др.) показали, что овощи и фрукты усиливают секреторную функцию пищеварительных желез, стимулируют выделение ферментов и таким образом обеспечивают хорошее переваривание белков.

Овощи и фрукты нормализуют обмен веществ, кишечную микрофлору, предотвращая усиление гнилостных процессов в кишках.

Основное значение овощей и фруктов в питании человека состоит в том, что они содержат незаменимый, жизненно важный, биологически активный комплекс веществ, который организм не может получить из других продуктов питания. Этот комплекс включает витамины (С, Р и каротин), ряд органических кислот (яблочная, лимонная и др.) и группу минеральных солей, обеспечивающих поддержание в организме кислотно-основного состояния.

Чтобы сохранить все ценные вещества в овощах после варки, нужно умело их приготовить. Вымытые и очищенные овощи обдают соленым кипятком и затем варят в нем на сильном огне в течение 10 мин. Потом овощи нужно доваривать на слабом огне, пока они не сделаются мягкими. Воды следует наливать как можно меньше, а ту, которая осталась после варки, употребляют для приготовления супов и соусов.

Можно приготовить приправу: берут муку (можно слегка подрумянить ее в масле), добавляют к ней немного овощного бульона, размешивают, наливают в овощи и все вместе варят.

При заболеваниях желудка овощи нужно готовить особенно тщательно. В них кладут очень мало масла или вовсе его не кладут; не делают ни приправы, ни соуса, варят на медленном огне, лучше с рисом или картофелем. Можно приготовить овощи в виде пюре и протереть его сквозь сито.

Картофель рекомендуется почти всем, его следует избегать только в жареном виде и в салатах. Картофель можно варить, парить, печь. Можно делать из него пюре, готовить с фруктами (варить). Можно добавить в него масло и молоко. В таком виде картофель легко усваивается. Однако при повышенной кислотности желудочного сока, подагре, ревматизме и лихорадке его следует употреблять в очень умеренном количестве.

При ожирении, запоре и сахарном диабете картофель исключают из пищевого рациона. Лучше усваиваются такие овощи: шпинат, спаржа, цветная капуста, пастернак, молодой горох, бобы (вареные), томаты и огурцы; хуже — капуста, редька, сельдерей, лук-порей, репчатый лук и зелень. Горячие овощи вредны в любом случае, потому что они легко вызывают брожение в кишках.

Салаты очень полезны, если больной их переносит. В них следует добавлять вместо уксуса лимонный сок. Можно добавлять немного сливочного масла и сахара.

При половом перевозбуждении или болезнях почек следует избегать употребления сельдерея, спаржи и пастернака. Спаржу не следует также есть при подагре и ревматизме. При этих болезнях рекомендуются свежие сырые томаты.

Фрукты полезны при хроническом запоре, воспалительных процессах в органах пищеварения, ревматизме, подагре, болезнях почек и мочевого пузыря. При заболеваниях сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем большую пользу приносит лечение виноградом. Фрукты хорошо освежают при всех заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой. При заболеваниях желудка вареные фрукты усваиваются лучше, чем сырые. Сварив, их нужно протереть сквозь сито и добавить сахар, или немного.

Кожица и косточки слив, винограда и вишен могут вызвать воспаление кишок.

Сухие фрукты нужно залить на ночь холодной водой, а на следующее утро в ней же их варить. При поносе и сахарном диабете и некоторых болезнях печени сухие фрукты употреблять нельзя.

Кислые плоды (сливы, виноград, клубника и апельсины), тщательно приготовленные, и печеные яблоки полезны при ревматизме и подагре.

Печеные яблоки и виноград — лучшая пища при поражении нервной системы.

Нельзя употреблять сдобный хлеб, пирожные, варенье при любых заболеваниях. Все продукты, которые содержат жир, усваиваются плохо, так как они образуют кислоты в желудке, которые оказывают раздражающее действие.

Варенье, консервы, приготовленные на рафинированном сахаре, засахаренные фрукты повышают кислотность желудочного сока, что вызывает гастрит, а также способствует развитию кариеса зубов.

Напитки. Лечебная диета исключает употребление вина, пива и спиртных напитков, так как они содержат алкоголь. От алкоголя грубеет слизистая оболочка желудка и кишок, он затрудняет пищеварение. Употребление очень крепкого кофе или слишком больших его количеств также приводит к нежелательным последствиям: анемии, болезням сердца, желудка и кишок, головной боли, головокружению. Крепкий чай также возбуждает нервную систему. Поэтому лицам с нервными расстройствами, тахикардией, нарушением кровообращения и артериальной гипертензией не следует пить его слишком часто. Какао возбуждает гораздо меньше и очень питательно.

Лучше всего утоляют жажду свежие фруктовые соки. Хорош также

(особенно при простуде) напиток из яблок: яблоки антоновку или ранет режут тоненькими ломтиками, обдают кипятком и дают настояться; потом добавляют по кусочку лимона и сахара.

Рекомендуются также такие напитки, как кофе, приготовленный из ячменя, пшеницы, желудей и кукурузы; чай из земляничного листа, чай из шелухи какао; какао с овсяной мукой (1 часть овсяной муки и 2 части какао); напитки с лимонным соком, из пшеничной муки. Самый лучший напиток — свежая родниковая вода.

Самые богатые питательными веществами продукты питания. *Продукты с самым высоким содержанием белков:* рыба, раки, устрицы, икра, мясо, куриное мясо, дичь, молоко, брынза, простокваша, яйца, желатин, соя, орехи, ананасы, чечевица, горох, зерновые (пшеница, овес, просо и т. д.).

Продукты с самым высоким содержанием жиров: сливочное и подсолнечное масло, маргарин, сметана, смалец, брынза, мясо (за исключением баранины), яйца, печень, торты, мороженое, шоколад, маслины, рыбий жир.

Продукты с самым высоким содержанием холестерина: мозги, масло, сметана, яйца, сердце, лук, печень.

Богатые белками продукты с наименьшим содержанием жиров: фасоль, хлеб, чечевица, простокваша, обезжиренное молоко, куриное мясо (без кожи), устрицы, раки, моллюски, овощи, фрукты.

Продукты с самым высоким содержанием целлюлозы: неочищенный рис, фрукты, грецкие орехи, овощи, отруби.

Продукты с самым высоким содержанием сахара: пирожные, пироги, печень, шоколад, варенье и мармелад, мед, фрукты в сиропе, сушеные фрукты, макароны, зерновые, мороженое, бананы, картофель, сироп, газированные напитки.

Продукты с самым высоким содержанием соли: свинина, консервы, брынза, маргарин, соленое масло, печень, копченая рыба и т. д.

Рекомендации Г. Шелтона

Школа здоровья доктора Г. Шелтона была основана в 1928 г. в Сан-Антонио (США). Г. Шелтон писал (1961): «И. П. Павлов показал, что каждый вид пищи требует специфической активности пищеварительных желез; что сила сока меняется в зависимости от качества пищи; что различные виды пищи требуют специальных изменений активности желез; что наиболее сильнодействующий сок выделяется тогда, когда это наиболее необходимо». На основании собственных многолетних исследований и работ И. П. Павлова Г. Шелтон пришел к выводу о необходимости правильного сочетания различных видов пищи, ибо «сама природа комбинирует различные пищевые вещества в одной и той же пище». Он разработал правила приема пищи и дал рекомендации, какие сочетания пищевых продуктов являются полезными для организма, а какие — вредными:

1. Кислые продукты следует употреблять за 15—30 мин до еды.

2. Кислую и содержащую крахмал пищу надо есть в разное время.

3. Белки и углеводы употребляют в разные приемы пищи. Это означает, что кашу, хлеб и т. д. нужно есть отдельно, без мяса, яиц, сыра, орехов и другой белковой пищи.

4. В один прием пищи можно употребить два различных вида мяса или два различных вида орехов. Сочетания же мясо — яйца, мясо — орехи, мясо — сыр, сыр — орехи, молоко — орехи вредны для организма.

5. Белковую и кислую пищу нужно есть отдельно (нельзя есть, например, мясо с уксусом). Орехи и сыр содержат значительное количество жиров и являются единственным исключением из правила, которое гласит, когда кислоты употребляют с белком, наступает гниение. Наличие жира в орехах и сыре не позволяет кислоте задерживать их переваривание.

6. Жиры и белки нужно употреблять в отдельные приемы пищи. Это означает, что такие продукты, как сливки, сливочное масло, растительное масло, подливки, жирное мясо нельзя употреблять в сочетании с орехами, сыром, яйцами. Известно, что обилие зеленых овощей, особенно сырых, устраняет тормозящее действие жира на переваривание белка. Поэтому мясо рекомендуется употреблять с большим количеством овощей.

7. Белки и продукты, содержащие крахмал, нельзя сочетать со сладкой пищей. Это означает, что сахар, сиропы, сладкие фрукты, мед не следует употреблять одновременно с мясом, яйцами, картофелем.

8. Дыни едят только отдельно, и не в промежутках между приемами пищи.

9. Молоко употребляют отдельно от другой пищи, так как оно свертывается, образуя творог, который препятствует ее перевариванию. Молоко можно выпить после кислых фруктов.

10. Следует избегать десертов (пирожных, пирожков, пудингов, мороженого), так как они очень плохо сочетаются со всеми видами пищи.

11. Фрукты едят отдельно от другой пищи. Не следует есть фрукты тогда, когда желудок переваривает ранее съеденную пищу, так как это нарушает пищеварение.

Привычка пить большое количество фруктовых соков (лимонный, апельсиновый, томатный и др.) между приемами пищи является причиной несварения.

12. Сладкие и кислые фрукты нужно есть в разные приемы пищи.

13. Рекомендуется сочетать зелень с кислыми фруктами и творогом или с орехами.

14. Зелень можно сочетать со сладкими или полусладкими фруктами.

15. Воду надо пить за 10—15 мин до еды.

16. Утром лучше всего есть фрукты (можно со сметаной, сливками, простоквашей и т. п.), днем — углеводы, вечером — белки.

17. Хорошо сочетаются жир с крахмалом, некрахмалистая зелень с крахмалом, белком или жиром (сыр, орехи).

Последствиями систематически неправильного питания являются низкая работоспособность, повышенная чувствительность к стрессам, депрессия, а также многие соматические заболевания. Американский врач Х. Хей считает, что причинами многих заболеваний является неправильное питание:

а) избыточное употребление белков, порождающее «тяжкий долг перед нашими психическими функциями»;

б) чрезмерное употребление таких денатурированных продуктов, как рафинированный сахар, белый хлеб и т. д.;

в) неправильное сочетание питательных веществ, «пренебрежение законами химии организма».

В свое время Х. Хей провел следующий эксперимент: продукты, богатые белками (яйца, мясо, рыба), он отделил от содержащих углеводы (хлеб, крупы, картофель) и давал их пациентам не одновременно, а в разные приемы пищи. Отсюда произошло название диеты — «раздельное питание». Х. Хей установил, что разделение белковой и углеводной пищи повышает работоспособность и уменьшает раздражительность.

Выбор питательных средств при раздельном питании. 1. Нужно избегать следующих продуктов:

а) денатурированных (белый хлеб, макароны, шлифованный рис, сладкие блюда); б) жирного мяса и жирной колбасы; в) твердых жиров; г) майонезов и соусов.

2. Рекомендуются все остальные продукты, особенно фрукты и овощи, а также изделия из муки грубого помола. В качестве сладостей можно употреблять мед, грушевый сироп (несладкий) и нерафинированный сахар. Разрешается употреблять мясо и рыбу, однако не более 100 г каждого сорта в сутки.

При употреблении молочных продуктов и яиц нельзя превышать суточную норму белка. В те дни, когда мясо и рыбу не едят, можно выпить 1 л молока и съесть 1—2 яйца.

В качестве жиров рекомендуются масло из семян льна, подсолнечное и тыквенное. В день достаточно употреблять 30—60 г жира. Растительное масло лучше употреблять в салатах.

Мясо и овощи желательно готовить в собственном соку. Для жарения можно использовать сливочное и растительное масло.

Большую часть фруктов и овощей следует употреблять в сыром виде, так как сырая пища очень питательна.

Щелочеобразователями являются пищевые продукты, в которых содержится много натрия, калия, кальция и магния; кислотообразователями — те, в которых много фосфора, хлора, серы. Наиболее «щелочными» продуктами являются овощи и фрукты, наиболее «кислыми» — мясо и крупы.

Какие продукты питания «щелочные», а какие «кислые», видно из табл. 25.

Каков же принцип раздельного питания? Он заключается в том, что «определенные продукты нельзя употреблять в один и тот же прием пищи. Например, омлет и хлеб из муки грубого помола не рекомендуется есть одновременно, так как каждый из этих продуктов по-разному влияет на пищеварительный процесс. При одновременном употреблении яйца и хлеба организм нуждается в гораздо большем расходе энергии. Если яйцо и хлеб съесть в разное время, то процесс пищеварения будет более рациональным.

Таблица 25. Продукты с щелочным и кислотным избытком

Продукты со щелочным избытком	Продукты с кислотным избытком
Фрукты	Продукты животного происхождения, кроме молока (мясо, телятина, рыба, ракушки, улитки, яйца и т. д.)
Овощи	Крупы, зерна, семена, орехи
Коренья и клубни	Зерновые продукты (такие как хлеб и другие мучные изделия)
Зелень, молоко, молочные продукты	Животные жиры, рыбий жир
Оливковое и кокосовое масла	Масло из косточек, семян, орехов

Известно, что одни продукты полностью усваиваются в кислой среде, а другие — в щелочной. Щелочь и кислота не могут «сосуществовать» одновременно в желудке, так как происходит их нейтрализация. Вот почему, если вернуться к нашему примеру с яйцом и хлебом, организм не в состоянии наилучшим образом усвоить ни яйцо, ни хлеб.

Весь секрет раздельного питания состоит в том, чтобы знать, какие продукты можно употреблять в один прием, а какие нельзя. Не рекомендуется смешивать щелочноизбыточные продукты с кислотноизбыточными (табл. 26).

Наряду с продуктами, которые нельзя употреблять в один и тот же прием, существуют и нейтральные. Они усваиваются как в кислой, так и в щелочной среде и могут сочетаться с любыми другими продуктами. К этой группе продуктов относят почти все овощи, все жиры, а также сыры высокой жирности: а) все листовые овощи и салаты; б) все овощи, дающие побеги; в) все сорта репы и редьки; г) все сорта лука; д) зеленые и все сорта капусты, за исключением зеленой; е) зеленые стручковые растения; ж) плоды овощей (красный перец, томаты и др.); з) пиво.

Таблица 26. Пищевые продукты, которые усваиваются в щелочной и кислой среде

Пищевые продукты, которые усваиваются в щелочной среде	Пищевые продукты, которые усваиваются в кислой среде
Все злаковые (пшеница, ячмень, рожь, овес, просо, кукуруза, рис, гречиха)	Все сорта мяса, в том числе птица, потроха
Все мучные изделия (хлеб, макароны, панировочные сухари), мука, крупы	Все сорта рыбы и продукты животного происхождения (улитки, ракушки, омары, крабы, ветки и т. д.)
Овощи, богатые углеводами (свыше 10 %): картофель, земляная груша, козелец, пастернак, репа, зеленая капуста	Яйца
Южные фрукты, богатые углеводами (финики, инжир, бананы)	Молоко, сыр жирностью до 55 %
Сладости (пчелиный мед, сиропы, нерафинированный сахар)	Семечковые и косточковые плоды, ягоды
	Цитрусовые (грейпфруты, апельсины, мандарины, лимоны)
	Ананасы
	Соевая мука

дрожжи, водоросли, желатин; и) орехи; к) все животные и растительные масла; л) творог и сыр жирностью более 60 %.

Таким образом, раздельное питание исключает такие блюда, как мясо и рыба в сухарях, рыба с картофельным гарниром, а также обычные бутерброды и др. Не следует употреблять белковую пищу одновременно с углеводной.

Диета при функциональных расстройствах нервной системы

Нет сомнения в том, что неправильное питание вызывает не только различные болезни. Оно, по меньшей мере, готовит почву для нервных расстройств и довольно часто является причиной их появления.

Еще Гиппократ считал, что болезни порождаются неправильным смешением «соков», одной из причин которого является неправильное питание. Он утверждал, что неправильное питание, порождая физические недуги, приводит также к следующим нервно-психическим нарушениям: а) снижению продуктивности умственной работы; б) повышению раздражительности и утомляемости; в) бессоннице или, наоборот, патологической сонливости.

Таким образом, нервные расстройства нередко являются одним из первых признаков неправильного питания.

Гиппократ обычно начинал лечение так: сначала подвергал пациента голоданию, затем травами и клизмами очищал ему кишечник. После этого больной должен был питаться только цельносмолотым зерном, сырыми овощами и фруктами. Продукты питания животного происхождения либо запрещались полностью, либо их употребляли в очень небольших количествах.

Наряду с лечебным питанием большое значение придавалось двигательной активности. Те больные, которым рекомендовалось много двигаться, получали большее количество пищи. Те же, кого ограничивали в еде, соответственно меньше двигались и больше отдыхали. Система лечения, применяемая Гиппократом, не утратила своего значения и в наше время:

- а) употребление продуктов питания из цельносмолотой ржи;
- б) употребление большого количества сырых овощей и фруктов;
- в) ограничение в рационе продуктов животного происхождения.

По данным современных исследователей, соблюдение этих принципов питания исключает дефицит витаминов. Рассмотрим, какие витамины влияют на состояние нервной системы и психики, какие нервно-психические расстройства наступают при недостатке витаминов (табл. 27).

Установлено, что болезнь вызывают в основном два продукта массового потребления — изделия из муки высшего сорта и рафинированный сахар. В хлебе из муки грубого помола потеря витаминов и минеральных элементов минимальна; в белом хлебе теряется 67—87 % витаминов группы В, 50 % минеральных солей и таких микроэлементов, как магний и марганец. Кстати, недостаток магния также может вызывать расстройство нервной системы.

Таблица 27. Нарушения состояния нервной системы, вызванные недостатком витаминов

Витамины	Нервные и психические расстройства, вызванные недостатком витаминов	Нарушения питания, явившиеся причиной расстройства
B ₁ (тиамин)	Рассеянность, снижение памяти, психическое истощение, депрессия, страх	Политрошенный рис, чрезмерное употребление сахара-рафинада
B ₂ (рибофлавин)	Чувство напряжения, слабость	Переваренные овощи, натрия гидрокарбонат, использованный при варке
B ₃ (ниацин)	Нарушение сна, пробелы в памяти	Однообразное питание с употреблением маиса, переваренные овощи
B ₅ (пантотеновая кислота)	Разбитость, вялость	Длительный голод, частое голодание
B ₆ (пиридоксин)	Нервозность, усталость, тошнота	Переваренные овощи, консервированные продукты, использование натрия гидрокарбоната
B ₁₂ (цианокобаламин)	Усталость, разбитость, вялость	Вегетарианство; маринованные продукты, богатые витамином В
H (биотин)	Бессонница, усталость	Длительный голод, слишком частое голодание
C (аскорбиновая кислота)	Психическое и физическое истощение, раздражительность, бессонница, депрессия	Недостаток сырой растительной пищи, переваренные овощи, использование натрия гидрокарбоната

Пивные дрожжи и водоросли рекомендуются в качестве особого продукта для «питания нервов». Они содержат почти все витамины группы В.

Общеизвестно благотворное влияние лекарственных растений при определенных нервных расстройствах. Многие лекарственные растения можно использовать в качестве продуктов питания: например, крапиву, розмарин, укроп и лаванду.

Почти все растительные продукты содержат вещества, которые могут оказывать тонизирующее или успокаивающее воздействие.

Все продукты питания, которые рекомендуются при нервных расстройствах (табл. 28), можно разделить на 2 группы: 1) употребляющиеся при общей слабости, психическом и физическом истощении, снижении работоспособности; 2) употребляющиеся при повышенной раздражительности и нарушениях сна.

Продукты животного происхождения по содержанию минеральных солей и микроэлементов в основном превосходят растительные (например, по кальцию — молоко, по железу и фосфору — мясо и др.). Однако в некоторых продуктах растительного происхождения содержится большее количество минеральных солей и микроэлементов (табл. 29).

Как видно из табл. 29, в буковом орешке и семенах кунжута кальций и железа содержится больше, чем в продуктах животного происхождения. Указанные продукты очень полезны при расстройствах нервной системы.

Таблица 28. Продукты питания, рекомендуемые при нервных расстройствах

Общая слабость, снижение работоспособности	Повышенная раздражительность, нарушение сна
<i>Зерновые</i>	
Ячмень, овес, гречиха, пшеница, рожь, просо	Маис, ячмень, овес, гречиха, пшеница
<i>Корнеплоды, клубни</i>	
Петрушка, сельдерей, морковь, красная свекла, редька, хрен, лук (в том числе зимний), картофель	Петрушка, морковь, брюква, пастернак
<i>Овощи (надземные)</i>	
Артишок, фасоль обыкновенная, соевые бобы	Соевые бобы, тыква, кочанный салат
<i>Фрукты и ягоды</i>	
Яблоки, персики, слива, малина, крыжовник, красная смородина, брусника, земляника, шелковица	Яблоки, персики, слива, земляника
<i>Пряности</i>	
Бasilik, майоран садовый, чабер садовый, чабрец, иссоп, шалфей, розмарин, лаванда, анис, бедренец, петрушка, кориандр, укроп, полынь обыкновенная, эстрагон, чеснок, красный перец, можжевельник	Бasilik, чабер садовый, чабрец, розмарин, лаванда, анис, бедренец, петрушка, укроп, полынь обыкновенная

Таблица 29. Содержание минеральных солей и микроэлементов в некоторых продуктах растительного происхождения, мг

Продукты	Кальций	Магний	Марганец	Железо	Медь	Фосфор
Высушенные водоросли		400				1950
Пивные дрожжи				17,3	3,32	1753
Фасоль белая			2		2	
Урапива	598					
Лукочный орешек	448	324		24		
Гречиха			2,1			
Каштан			3,7			
Валериана				22		
Овес	53	145	4,9	3,6	0,74	407
Семена льна		350				
Семена кунжута	428	338		10		
Соевая мука					13	12
Пшеница			2,4			
Вотки пшеницы		336		9,4		1118
Пшеничные отруби		590				1240
Суточная потребность взрослого	800	350	3	15	2	1000

КЛИМАТОЛЕЧЕНИЕ

Солнцелечение (гелиотерапия)

Гигиеническое и терапевтическое значение солнечного света было известно еще в глубокой древности. В народной медицине применяли не только весь солнечный спектр или его части, но и так называемое отрицательное светолечение, состоящее в выключении определенного спектрального участка. Так, уже давно было замечено, что длительное пребывание больного оспой на свету вызывает раздражение, которое способствует превращению водянистого содержимого оспенных пузырьков в гнойное. Если же больных оставляют в темноте или в комнате, освещенной красным светом, то удается избежать гнойной стадии и оспа не оставляет рубцов. В народном сознании издавна укоренилось убеждение, что помещение, в котором находятся больные оспой, скарлатиной или корью, нужно занавесить красными гардинами. Чрезвычайно интересный пример того, как опыт предшествует научной теории!

Светолечение применяли еще древние египтяне, греки и римляне.

Гиппократ (460—377 гг. до н. э.) прославлял высушивающее действие солнца. Геродот дал обстоятельные указания относительно использования с лечебной целью солнечных ванн, изучал их влияние на нервную систему.

Антилос (300 г. до н. э.) в своих сочинениях подробно описал влияние солнца на организм человека: «Многие садятся против солнца, иные покрывши себя мазями, иные непокрытые ими; некоторые ложатся, другие стоят; некоторые ходят кругом или же бегают. Если лежащие на подушке на коже, в песке или же непосредственно растянувшись на солнце не смазывают себя предварительно мазями, то солнечные лучи постоянно проникают через поры кожи и вызывают пот, задерживают увеличение объема тела, укрепляют мускулатуру и способствуют потере жира. Дыхание делается более частым и более интенсивным, и поэтому солнечные лучи действуют возбуждающе на узкогрудых.

Для тех же, которые страдают продолжительное время общим переутомлением, лечение солнечным светом особенно полезно, так как оно укрепляет и закаливает их против болезней.

Действие мази не ослабляет загара. Тело становится более сухим, ибо оно и под мазью как бы обжигается. Поэтому поверхность тела покрывается загаром. Проникая же внутрь, солнечные лучи повышают тонус мускулатуры, действуя остатком своей энергии. Те, которые принимают солнечные ванны стоя или сидя, больше загорают, чем те, которые ходят или бегают. Лежать на подушке не особенно полезно, благодаря этому только тяжелеет голова. Но зато очень полезно растянуться на коже, особенно для людей, страдающих отеками, ишиасом, заболеванием почек, слоновьей болезнью, всякого рода опухолями, болезнями брюшной полости. Полезно

также это для парализованных, для женщин с гинекологическими болезнями и особенно для страдающих белыми.

Кожа должна быть достаточно велика, пропитана маслом и положена на тонко просеянном песке. Там, где кожа прежде всего нагревается, больной должен раньше всего лечь, покрывши голову мокрым платком. В таком состоянии он должен оставаться более продолжительное время; если тело достаточно согрелось, то больной должен повернуться, лечь на другую сторону, отдохнуть и это поворачивание с боку на бок повторять чаще.

Очевидно, Антилос был хорошим наблюдателем. Его рекомендаций придерживаются и современные врачи.

Свет и цвет. Свет — это субъективное ощущение, которое возникает при раздражении клеток сетчатки глаза электромагнитными волнами частотой от $4,0 \cdot 10^{14}$ до $7,5 \cdot 10^{14}$ Гц. Человеческий глаз воспринимает только эти частоты.

Белый свет, как известно, является сложным и состоит из семи основных простых цветов: красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего и фиолетового. Световые волны имеют длину от 760 (красный цвет) до 400 нм (фиолетовый цвет).

За фиолетовыми лучами находятся коротковолновые лучи — ультрафиолетовые, длина которых достигает 300 нм.

За красными лучами расположены не воспринимаемые глазом длинноволновые лучи — инфракрасные. Длина их волн превышает 760 нм.

Инфракрасные лучи являются носителями тепла, а лучи с короткой длиной волны оказывают химическое и биологическое воздействие на живую клетку. Зеленые лучи, соответствующие примерно среднему значению длин волн указанного выше интервала, индифферентны. Они благоприятно влияют на орган зрения.

ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ СОЛНЦА

Если кожа подвергается воздействию палящего солнца, то через некоторое время возникает солнечный ожог.

На месте ожога кожа желтеет, так как в ней откладывается пигмент. Таким образом, солнечный свет действует на кожу, вызывая ожог и ее пигментацию, а пигментация является защитой от воспалительного раздражения светом. Микроскопические исследования показали, что пигмент откладывается в коже в виде темных зерен. Это происходит только под воздействием синих, фиолетовых и особенно ультрафиолетовых лучей.

Наибольшей способностью проникать в ткани обладают красные лучи, наименьшей — ультрафиолетовые. Даже самая тонкая одежда полностью удерживает доступ света к телу, поэтому солнечную ванну следует принимать, обнажив по возможности всю поверхность тела.

Интенсивность ультрафиолетовой радиации зависит от чистоты и прозрачности атмосферы, а также от высоты стояния солнца над горизонтом. Так, спектр солнечного света в горах, по сравнению с таковым на равнине, значительно богаче коротковолновыми лучами, так как ультрафиолетовые

лучи, проходя через нижние слои атмосферы, богатые водяными парами и пылью, почти полностью поглощаются ими. Коротковолновые ультрафиолетовые лучи вызывают эритему и солнечный ожог кожи. Эритемные лучи содержатся в солнечном спектре на уровне земли лишь при высоте стояния солнца более 40° , что соответствует периоду с марта по октябрь на побережье Черного моря. В зависимости от географической широты изменяются высота стояния солнца и длительность периодов биологической активности ультрафиолетовой радиации. При высоте солнца менее 40° эритемная реакция не возникает, хотя, тем не менее, в коже образуются биологически активные вещества, что определяет лечебную ценность солнечных ванн и в прохладный период.

С древних времен различают три вида солнечных ванн: обыкновенную, хлорофилловую (так называемую ванну с зелеными листьями) и ультрафиолетовую.

Показания к гелиотерапии: гипо- и авитаминоз D, начальные формы атеросклероза, гипертоническая болезнь I — IIА стадии, ревматизм в неактивной стадии, пневмокопиоз, хронические бронхит и пневмония разлитой этиологии, туберкулез легких с легочно-сердечной недостаточностью (не более I степени), хронический гастрит, колит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (неосложненная форма), хронический нефрит без выраженной артериальной гипертензии и почечной недостаточности, подагра, ожирение, ревматоидный артрит, болезни Бехтерева, псориатический полиартрит, деформирующий остеоартроз, деформирующий спондилез, функциональные расстройства нервной системы, миалгия, миозит, вегетативная дистония, болезнь Рейно, вибрационная болезнь, травма спинного мозга и периферических нервов.

Противопоказания: все заболевания в острой стадии и в период обострения, злокачественные и доброкачественные опухоли, кровотечения, выраженный атеросклероз, гипертоническая болезнь IIБ — III стадии, недостаточность кровообращения II — III степени, кахексия, прогрессирующие формы туберкулеза легких, тиреотоксикоз, малярия, системная красная волчанка, повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению (гематопорфирия, фотодерматоз и др.).

Солнечные ванны

Обыкновенные солнечные ванны рекомендуется принимать утром (с 8 до 11 ч) через 30 мин — 1 ч после завтрака при температуре воздуха не ниже 20°C . Обнаженный больной хорошо растирает тело сухой полотенцем, ложится на лежак или на подстилку в удобном месте, защищенном от ветра, ногами к солнцу; голова должна находиться в тени. Половину времени облечение проводят в положении лежа на спине, половину — лежа на животе. В первый день ванну принимают в течение 5—10 мин. После этого необходим отдых в тени в течение 10—15 мин, затем больной принимает теплый душ, делает обливание водой температуры $22\text{—}32^\circ\text{C}$, обтирание или купается (для здоровых). Каждый следующий день продолжительность приема солнечной ванны увеличивают еще на

10 мин, пока она не достигнет 30—40 мин в день и более. Здоровые люди могут принимать солнечные ванны 2 ч в день и более. В жаркие дни голову прикрывают зонтиком или мокрым, но хорошо отжатым полотенцем.

Через каждые 5—10 мин необходимо переворачиваться на живот или спину.

Никогда не следует спать на солнце, так как тело может обгореть. Кроме того, несмотря на сильную жару, можно простудиться, особенно когда дует прохладный ветер.

Солнечная ванна действует лучше, если пациент не лежит, а двигается. Игры и спорт, гимнастика и дыхание усиливают благотворное влияние солнечной ванны.

Если солнечная ванна принималась более продолжительное время или в жаркое время дня и появились слабость, усталость, головная боль, головокружение, необходимо прекратить прием солнечной ванны и принять прохладный душ (25 °С). Чтобы избежать неприятных последствий, необходимо контролировать продолжительность приема ванн.

Солнечная ванна в летнее время полностью заменяет общую паровую ванну. В период приема солнечных ванн необходимо измерять температуру тела больного 3 раза в день. При малейшем колебании ее прием солнечных ванн прекращают.

Солнечные ванны противопоказаны лицам пожилого возраста и при ряде заболеваний: легочном кровоизлиянии, туберкулезе легких, лихорадочном состоянии, повышенном АД, атеросклерозе, некоторых психических и нервных заболеваниях, остром суставном ревматизме, болезнях сердца и др.

Солнечные ванны с зелеными листьями. Больной ложится голым в защищенном от ветра месте. Другой человек должен покрыть все тело больного зелеными листьями. Для этой цели лучше всего подходят листья дыньки, тыква, винограда. Солнечную ванну с зелеными листьями принимают неограниченное время. От этих ванн кожа тоже краснеет, но с ярким смуглым оттенком. Ванны совершенно безвредны и рекомендуются в тех случаях, когда обыкновенные солнечные ванны (без зеленых листьев) опасны для здоровья.

Ультрафиолетовые солнечные ванны также называют пифагоровыми солнечными ваннами.

При приеме этих ванн больной должен быть одет по сезону. Необходимо стоять у открытого окна, выходящего на восток, или же выйти из дома и стоять в таком месте, откуда можно свободно наблюдать восход солнца.

Воздушные ванны

Воздушные ванны назначают как самостоятельные процедуры или как вводные и заключительные при проведении гелиотерапии. Принимают ванны под навесом, в тени деревьев, в сухом и защищенном от сквозняка месте в погожие дни, а в сырые и ветреные дни — в комнате при открытых окнах или после того, как комната хорошо проветрена. Ванны принимают

утром, через полчаса после завтрака при температуре воздуха не ниже 20 °С и слабом ветре. Продолжительность первого сеанса 10—15 мин, затем ее ежедневно увеличивают на 10—20 мин и доводят до 2—3 ч в день в зависимости от состояния здоровья больного.

Воздушные ванны следует всегда сочетать с легким массажем (щеткой или руками). Действие воздушных ванн усиливается, если они сопровождаются гимнастическими упражнениями, бегом, прыжками или же играми. Они являются отличным средством для сохранения и восстановления здоровья и доступны для всех.

После воздушной ванны необходимо обтереть тело сухим полотенцем. Для тонизирования сосудистой системы рекомендуются теплый душ (30—35 °С), обливание, обтирание. Затем следует быстро одеться и активно двигаться в течение 15 мин.

Особенно полезны воздушные и солнечные ванны для закаливания детского организма. Они показаны при туберкулезе, анемии, неврастении, общей слабости.

Кроме воздушных ванн, применяют и другие виды воздухолечения (аэротерапии). Наиболее распространенный способ лечения — лежание на воздухе («лигекур»). Летом больной, одетый в легкую, свободную одежду, лежит на воздухе 1—3 ч в удобном положении в тени деревьев или на веранде; в холодное время года больные принимают процедуру, лежа под теплым одеялом или в спальнях мешках. Назначают этот вид аэротерапии ослабленным больным.

Очень ценным видом аэротерапии в теплое время года является кругло-суточное пребывание, включая и ночной сон, на воздухе (на веранде, в помещении без одной стены, во дворе и т. п.), а также ночной сон у моря.

Показания к применению воздушных ванн: заболевания сердечно-сосудистой системы; туберкулез легких, хронические заболевания легких не туберкулезного характера; болезни крови (анемия); нарушения обмена веществ; нервные расстройства; хронические воспалительные, аллергические, вазомоторные заболевания уха, горла, носа и др.

Ванны применяют с профилактической целью — при склонности к простудным, инфекционным заболеваниям и в целях закаливания.

Противопоказания к применению воздушных ванн (прохладных и холодных): значительное повышение АД, выраженный атеросклероз, недостаточность кровообращения II — III степени, тяжелая форма туберкулеза со склонностью к кровохарканью, лихорадочное состояние, заболевания почек в стадии декомпенсации, неврит, радикулит, миозит в стадии обострения.

Морские и речные ванны

Благотворное действие морских ванн на организм человека было известно еще в глубокой древности. Их используют в качестве укрепляющего и лечебного средства. Морские ванны оказывают комплексное воздействие (солнце, воздух и вода). Плавание в море увеличивает их лечебный эффект (влияние активных движений и состав морской воды).

Лучше купаться через 1 ч после легкого завтрака, с 9 до 12 ч. Морская вода холоднее речной, поэтому купание в море не должно превышать 10—20 мин. Более продолжительные ванны приводят к переохлаждению организма. Поэтому не рекомендуется купаться в первые же дни после прибытия к морю. Больные должны привыкнуть к морскому воздуху и принять 2—3 ванны индифферентной температуры или теплые (36—37 °С) ванны с обливаниями холодной водой. И только через 2—3 дня начинают принимать морские ванны. После ванны тело не вытирают, оно должно высохнуть на воздухе. При этом рекомендуется делать быстрые движения. Затем следует совершить получасовую прогулку. Не следует купаться каждый день. Имеет значение не количество принятых ванн, а действие, которое оказывает каждая из них.

Лечение морским воздухом и ваннами рекомендуется при анемии, рахите, заболеваниях органов дыхания, костно-суставном туберкулезе, туберкулезе периферических лимфатических узлов, некоторых нервных болезнях и заболеваниях женских половых органов. Детям младшего возраста полезно купаться через день. Можно купаться в первые месяцы (с первого по четвертый) беременности.

По степени охлаждающего эффекта различают теплые (25—26 °С), умеренно теплые (20—24 °С), прохладные (18—19 °С) и холодные (16—17 °С) морские купания. В зависимости от состояния моря различают гидростатические (при волнении моря 0—1 балл) и слабодинамические (2—3 балла) морские купания.

Противопоказания: повышенная нервно-психическая возбудимость, мигрень, органические заболевания головного и спинного мозга, склонность к обморокам; органические заболевания сердца с нарушением кровообращения, гипертоническая болезнь III стадии, выраженная коронарная недостаточность с частыми приступами стенокардии, выраженный атеросклероз; тяжелые заболевания печени и почек; склонность к кровотечениям, резкое истощение, базедова болезнь; активный туберкулез легких и других органов, выраженное малокровие. Морские купания противопоказаны во время менструации, а также после приема алкоголя (даже в небольшом количестве).

Речные ванны в сочетании с действием солнца и воздуха закаливают морской организм и способствуют выздоровлению при некоторых заболеваниях.

Купаться в реке можно не ранее чем через 1 ч после приема пищи. Если вода холодная (18—20 °С), то следует сразу войти в воду и быстро из нее выйти. Если температура воды в реке превышает 23 °С, то купаться можно до 10 мин. Если после купания самочувствие ухудшается, то купаться более не следует. Нельзя купаться в холодной воде. При появлении озноба после купания надо быстро растереть тело, одеться и походить около получаса, чтобы согреться. Люди, которые умеют плавать и постоянно находятся в движении во время купания, могут находиться в воде более продолжительное время. После выхода из воды надо быстро переодеться и походить, чтобы согреться.

Противопоказания к применению речных ванн те же, что и для морских.

КРОВОПУСКАНИЕ

Под кровопусканием понимают удаление с лечебной целью определенного количества крови из кровеносной системы методом венопункции или веносекции, иногда методом пункции артерии.

Кровопускание известно с глубокой древности.

Первое кровопускание, упоминаемое в исторических документах, приписывают Подалиру, сыну Эскулапа. Корабль Подалира, возвращавшегося с Троянской войны, был выброшен бурей на берега Карийского острова Пастух, у которого Подалир нашел убежище, узнав, что потерпел кораблекрушение — врач, отвел его к царю Дамету, дочь которого Сирну упала в то время с высоты дома. Жизнь царевны была в большой опасности. Подалир пустил ей кровь из обеих рук, больная выздоровела. Дамет, обрадованный счастливым исходом операции, на которую так редко кто осмеливался, выдал свою дочь за Подалира и отдал ему в владение почти весь Карийский остров. Эскулапов сын в честь своей жены основал город Сирну и другой город — в честь пастуха Бибасса. Этот случай пересказан Стефаном Византийским.

Гиппократ писал о кровопускании как о средстве, бывшем во всеобщем употреблении.

Как видим, к числу немногих лечебных средств, дошедших до наших дней из далекого прошлого, относится и кровопускание. В одно время кровопускание назначали как едва только родившимся на свет младенцам, так и смотрящим в могилу преклонным старцам, в другое — его запрещали.

С. П. Боткин и его сотрудники изучали лечебное действие кровопускания.

Известно, что при болезнях сердца наблюдается застой в малом круге кровообращения, что приводит к венозной гиперемии легких, их вздутию или даже ригидности. опыты Струбеля показали, что кровопускание улучшает кровообращение в малом круге и устраняет вздутие и ригидность легких. Работа правого предсердия также улучшается, дыхательная экскурсия увеличиваются.

В XVII—XVIII вв. кровопускание было одним из наиболее употребительных средств при лечении пневмонии. Считалось, что обильным кровопусканием можно «оборвать» пневмонию.

Веносекцию при пневмонии чаще всего делают незадолго до криза. Кровопускание показано при угрожающем или уже начавшемся отеке легких, который вследствие сдавления капилляров и закупорки мелких бронхов может привести к смерти от асфиксии.

Исследования показали, что кровопускание эффективно при внезапном угрожающем жизни состоянии, вызванном склеротическими изменениями стенок сосудов, — апоплексии.

Лечение кровопусканиями хлороза рекомендовали Сенуберт и другие врачи.

Показания к кровопусканию:

1) правожелудочковая сердечная недостаточность, протекающая с высоким венозным давлением; 2) острая левожелудочковая сердечная недостаточность с отеком легких (при отсутствии шока или коллапса); 3) эклампсия при остром нефрите и беременности; 4) отравление ядами, которые длительно задерживаются в крови; 5) полицитемия; 6) кровоизлияние в головной мозг, апоплексия, если развились явления полнокровия (одутловатое красное лицо, сильная пульсация сонных артерий, сильный сердечный толчок, громкие и звучные сердечные тоны, полный пульс), но состояние больного удовлетворительное; 7) менингит с острым и быстрым течением, бурными психическими симптомами, высокой лихорадкой, полным пульсом; 8) крупозное воспаление легких (сильная боль и одышка, обильное выделение кровянистой мокроты, выраженная гиперемия в здоровых участках легких); 9) артериальная гипертензия (АД 200/110 мм рт.ст.).

Абсолютными противопоказаниями к кровопусканию являются артериальная гипотензия, малокровие, а также астеническое состояние после перенесенного тяжелого заболевания.

Относительные противопоказания к кровопусканию: церебральный атеросклероз, склонность к тромбообразованию, анемия различного генеза.

Техника кровопускания. Для кровопускания требуются: полотняный стягивающий бинт длиной 1 м (жгут), скальпель или флеботом, сосуд для сбора крови, чистые губки, теплая вода, стерильные бинты. Все инструменты, операционное поле и руки врача должны быть вымыты и продезинфицированы, т. е. должна быть соблюдена полная асептика. Теперь кровопускание производят почти исключительно из вен предплечья в локтевом сгибе, редко из вен стопы. Вскрытие наружной яремной вены на шее, как это делалось ранее, не практикуется вследствие опасности воздушной эмболии.

На локтевой стороне предплечья проходит медиальная подкожная вена руки, на лучевой — латеральная подкожная вена руки, а между ними — *mediana communis*. Последняя ниже середины локтевого сгиба делится на *mediana basilica*, впадающую в *v. basilica*, и *v. mediana cephalica*, идущую к *v. cephalica*. Под нею в поперечном направлении проходит *a. cubitalis*. Кровопускание делают, как правило, из *v. mediana basilica*, но можно для этого использовать и любую другую ветвь вен в области локтевого сгиба предплечья (рис. 54).

В положении лежа больной должен свесить руку вниз, чтобы вены набухли. Плечо перетягивают матерчатым жгутом или бинтом таким образом, чтобы приостановился только отток венозной крови, но пульс лучевой артерии не исчезал. Бинт накладывают на 2—3 см выше локтевого сгиба. Большой палец свободной кисти врач кладет на вену на 2 см ниже места укола, чтобы фиксировать сосуд, а остальными пальцами этой же кисти обхватывает предплечье и равномерно натягивает кожу. Острием скальпеля, который располагают под углом 45°, рассекают переднюю стенку вены на протяжении 0,5—1 см. Кровь должна тотчас же брызнуть струей. Вытекание крови может приостановиться, если края разреза кожи и вены надвинутся друг на друга. Это можно устранить, слегка натянув кожу. Если ток крови ослабеет, то движениями кисти и пальцев его можно



Рис. 54. Вены руки для кровопускания

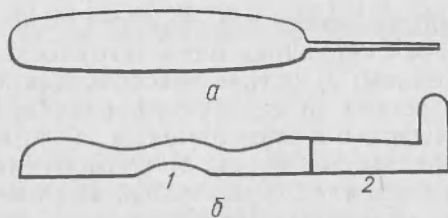


Рис. 55. Флеботом:
а — фас; б — профиль;
1 — ручка; 2 — клин



Рис. 56. Вены головы для кровопускания:
1 — височная поверхностная вена;
2 — задняя ушная вена; 3 — лобная вена

снова усилить. Количество вытекающей крови следует контролировать, собирая ее в градуированный сосуд. Когда кровопускание закончено, руку больного поднимают вверх и накладывают на рану легкую асептическую повязку. Под этой повязкой рана заживает обычно за 1—2 дня.

В стационаре для кровопускания или забора крови с диагностической целью используют полую иглу, снабженную резиновой трубкой. Иглу вводят в вену, но ее просвет может закупориться кровяным сгустком.

Мы делаем кровопускание предложенным нами флеботомом (рис. 55). Он имеет форму молоточка и состоит из небольшой легкой ручки, к которой закреплен под прямым углом небольшой клинок из нержавеющей стали, заточенный до остроты бритвы. Ручка флеботома должна свободно

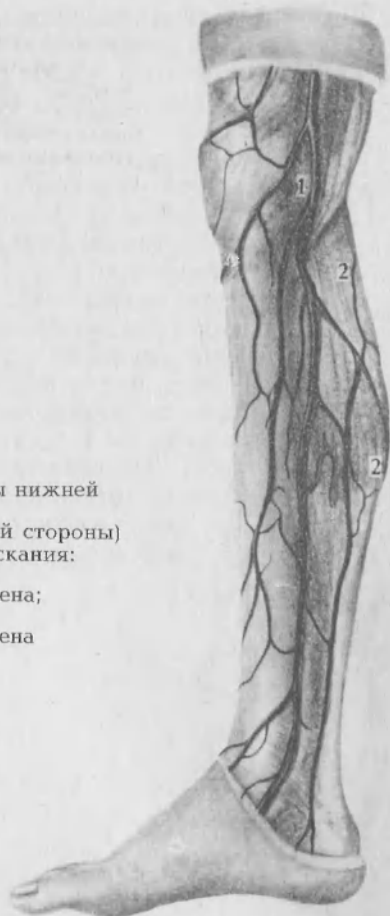


Рис. 57. Вены нижней конечности (с медиальной стороны) для кровопускания:
1 — большая подкожная вена;
2 — малая подкожная вена



Рис. 58. Вены голени (сзади) для кровопускания

ложать на II и III пальцах левой кисти, ее слегка придерживают I пальцем. Острые концы накладывают на вену и щелчком II пальца правой кисти ударяют по клинку. Он мгновенно пробивает кожу и переднюю стенку вены. Этот флеботом применяют для кровопускания из мелких вен в области головы, а также из средних и крупных вен на верхних и нижних конечностях.

При гипертоническом кризе, кровоизлиянии в головной мозг, менингите делают кровопускание в области головы (рис. 56) из *v. auricularis posterior* (за ушной раковиной) или *v. temporalis superficialis*, или *v. frontalis* по средней линии в области лба на два поперечных пальца от надбровной дуги.

При тромбозе вен, трофической язве голени делают кровопускание на внутренней поверхности голени из *v. saphena magna*, идущей от стопы



Рис. 59. Вены стопы и
кровоопускания:
1 — медиальная краевая
вена; 2 — латеральная
вена; 3 — дуга тыльной
вены стопы; 4 —
пальцевые вены стопы

назад к середине голени (рис. 57); из *v. saphena parva* на задней поверхности голени (рис. 58). При отеке стопы (трофическая язва голени) и голени производят кровоопускание на стопе (рис. 59) из медиальной краевой вены.

Для проведения кровоопускания накладывают жгут в области голени и флеботомом пробивают вену. Вначале вытекают сгустки крови темной окраски (при варикозном расширении и тромбозе), нередко они имеют белесоватые нити с тромбами. Если кровь светлая или ярко-красная, то кровоопускание останавливают (жгут отпускают) и накладывают на рану давящую повязку.

Для кровоопускания на стопе используют *v. saphena* (часто она имеет толстые стенки), *v. saphena magna*, идущую впереди внутренней лодыжки и *v. saphena parva*, которая проходит позади наружной лодыжки. Наиболее удобно делать кровоопускание из *v. magna* или любой вены I пальца

Если в процессе кровопускания была повреждена артерия, то следует немедленно перевязать рану и наложить на всю верхнюю конечность давящую повязку. Это позволяет предупредить образование аневризмы. Если же она образовалась, то появляется пульсирующая опухоль на месте кровопускания.

При обмороке надо прекратить кровопускание, низко уложить голову больного, сбрызнуть его лицо холодной водой и применить обычные возбуждающие средства.

Количество выпускаемой крови зависит от характера основного заболевания и общего состояния больного. В среднем взрослому достаточно выпустить 200—250 мл крови. При расстройствах кровообращения, пневмонии и апоплексии вполне достаточно извлечь 200—250 мл, причем последующие вливания изотонического раствора натрия хлорида противопоказаны. При отравлении и аутоинтоксикации лишь в исключительных случаях приходится выпускать более 300 мл крови, после чего рекомендуется ввести 0,5—1 л изотонического раствора натрия хлорида. При хлорозе достаточно удалить 50—100 мл крови. При нарушении менструаций, варикозном расширении вен с тромбозом и трофической язвой, с отеком конечностей ниже язвы мы делаем кровопускание преимущественно из вен нижней конечности.



МАГНИТОТЕРАПИЯ

Таинственная сила магнита зачаровывала людей с глубокой древности. Китайцы используют ее в лечебных целях уже несколько тысячелетий. Об этом методе лечения болезни свидетельствуют древнеегипетские иероглифы и клинопись народов Междуречья. Сохранились целые архивы историйми болезней, которые лечили магнитом. Многие античные авторы описывали магнитотерапию. Так, Плинуc, римский историк, сообщает о лечении магнитом глазных заболеваний. Авиценна (989—1037) лечил магнитом депрессию. Парацельс (1493—1541) писал: «Магнит есть повелитель (источник) всех тайн». Он использовал целебную силу магнита для лечения многих заболеваний. Так как в то время объяснить механизм действия магнита было невозможно, то ему приписывали некую душу. Невидимая непонятная душа обладала неизвестной, необъяснимой силой.

Лишь придворному медику королевы Англии Елизаветы Гильберту (1540—1603) удалось приблизиться к истине в представлениях о магнетизме. Он установил, что любой магнит можно разделить на части и получить при этом меньшие по размеру магниты.

Современные физики объясняют магнитные явления теорией Ампера, основанной на свойстве электрического тока создавать магнитные поля. В свою очередь, магнитное поле оказывает действие как на электрический ток в целом, так и на каждый отдельный движущийся электрический заряд.

Магнитные свойства вещества объясняются тем, что каждый атом — точки зрения магнитных свойств можно рассматривать как совокупность электронных микротоков. Каждый такой микроток создает в атоме свой магнитный момент, а все микротоки способны создать некий суммарный магнитный момент атома. Таким образом, каждый атом можно рассматривать как маленький магнит. При отсутствии внешнего магнитного поля магнитные моменты атомов не имеют какой-либо преимущественной ориентации и поэтому вещество в целом является немагнитным. Под действием внешнего магнитного поля происходит ориентация магнитных моментов атомов по направлению поля (пара- и ферромагнетики) или в противоположном направлении (диамагнетики) — вещество намагничивается. При этом следует иметь в виду, что намагнитченность диа- и парамагнетиков ничтожно мала. Сильная намагнитченность присуща только ферромагнетикам. Поскольку все тела, в том числе и тело человека, состоят из молекул, а те — из атомов, то влияние магнитного поля на человеческий организм закономерно. Поле влияет на внутриклеточные процессы и тем самым «вмешивается» в жизнедеятельность клеток. Особенно сильным должно быть влияние магнитного поля на кровь, поскольку в ее глубине содержится железо.

Как передается раздражение на нервную клетку? Если импульс от одной части тела направляется в другую, то немедленно включаются как электрические, так и электрические феномены.

Известно, что человеческое тело (живое или мертвое) представляет собой электролитную систему. Проведенные нами экспериментальные исследования на трупе человека показали, что еще на 3—4-й день после смерти при наложении на правую нижнюю конечность электрода из медной пластинки, а на левую голень — электрода из цинка и соединении их через микроамперметр регистрируется ток силой до 10 мкА. При погружении цинкового электрода в икроножную мышцу левой голени появляется ток силой 15—20 мкА. В живом организме при наложении этих же электродов на голени можно получить ток силой до 200 мкА. Таким образом, при наложении медного и цинкового электродов на различные области тела, замыкая цепь, мы регистрировали в человеческом теле электрический ток, который создает магнитное силовое поле незначительной величины.

После изобретения специальных измерительных приборов Л. Паулинг открыл магнитные свойства у гемоглобина, за что в 1954 г. получил Нобелевскую премию. Железо, наряду с функцией носителя кислорода в гемоглобине, играет важную роль в общеклеточном обмене веществ. Оно является важным носителем энергии, так как легко поддается накаливанию.

Под воздействием внешних магнитных полей изменяется и вода — «жизненный сок» организма. Ее поверхностное натяжение уменьшается. Молекулы, сцепленные между собой в воде, снова отделяются друг от друга. Это явление называют расщеплением межмолекулярных соединений. Благодаря этому «водное хозяйство» нашего организма снова становится активным. Ликвидируются застои, исчезает боль.

Эти виды воздействия магнитных полей объясняют широкий диапазон показаний к применению магнитотерапии, а также необходимость использования энергетической терапии. Последняя всегда является восстановительной, целостной терапией, так как наше тело — хороший проводник магнитных полей.

Магнитотерапия, как и акупунктура и акупрессура, является эмпирической наукой.

В глубокой древности для лечения различных болезней, особенно судорог, применяли естественные магниты, «магнитный камень» (магнитную руду). При судорогах магнит прикладывали к больному месту на 15—30 мин; при этом пораженную часть тела поворачивали к северу, а магнит устанавливали так, чтобы его северный полюс был обращен к северу. При других же болезнях магнитный камень в большинстве случаев носили на теле постоянно: его привязывали в виде больших пластинок на груди, животе, конечностях или же носили в виде браслетов, ожерелий и коленных повязок, в которых находились маленькие магнитные палочки. Таким образом, этот способ лечения основывался на минеральном магнетизме.

В настоящее время во многих странах магнитотерапией занимаются видные ученые. Так, в Японии ее применяют для лечения острых и хронических заболеваний мышц и суставов (миозит, бурсит, артрит, ревматизм). Ученые ФРГ провели многочисленные эксперименты на животных и клинические исследования по лечению ран и ожогов с помощью магнитов. В Вене доктор П. Кокошинегг в Институте акупунктуры Людвига

Больцмана успешно использовал магнитотерапию при лечении больных с травмами. Магниты прикладывали к коже пациента северным полюсом. Магнитная индукция у полюса достигала примерно 600 Гс, т. е. была в тысячу раз большей, чем индукция естественного земного магнетизма. Успешно излечивались и пациенты с болью в культе ноги.

Многие исследования и клинические наблюдения позволяют сделать однозначный вывод, что и магнитное поле Земли, и искусственное магнитное поле оказывают влияние на людей и животных.

Заслуживает внимания тот факт, что влияние на людей и животных северного и южного полюсов магнита различно. Северный полюс, называемый иногда положительным, оказывает активизирующее воздействие на организм, а южный (отрицательный) — тормозное, успокаивающее. Южный полюс магнита эффективен при инфекции. Это бактериостатическое действие магнита является совершенно особенным феноменом магнитотерапии.

Методика магнитотерапии

В средние века врачи вшивали в различные части одежды своим пациентам довольно увесистый кусок магнита или точно подгоняли его к форме больного органа. Сегодня магнитотерапия значительно упростилась, и потому ее все чаще применяют для лечения различных заболеваний. Для того чтобы достичь хорошего результата, прежде всего надо правильно определить полюс магнита. Следует помнить, что южный полюс на магнитной стрелке компаса всегда окрашен в черный цвет. Он указывает на север. Если к такой стрелке поднести магнит, то стрелка притянется к его северному полюсу, поскольку разноименные — отталкиваются. Так определяют полюса магнита.

Каждый из полюсов имеет свои преимущества в магнитотерапии. Так недостаток «минусовой» энергии в организме может нарушить работу всех его защитных механизмов. Поэтому крайне важно знать, какой из полюсов восполняет этот недостаток. Следует всегда помнить, что здоровье человека зависит от правильного распределения в нем энергии, которая поддерживает равновесие всех жизненных процессов.

Полярность человеческого тела

При проведении магнитотерапии очень важно учитывать полярность человеческого тела.

В объемистом труде, изданном под названием „*Opera omnia*“ (т. 1, Женева, 1658), Парацельс дает нам довольно точные указания о полярности человеческого тела.

Барон Рейхенбах — знаменитый австрийский физик и химик — в течение 30 лет проводил многочисленные опыты над сенситивами и открыл, что участки человеческого тела с противоположной полярностью имеют светящиеся излучения разного цвета, а ощущения, испытываемые при прикосновении одним полюсом магнита к какой-нибудь части тела, отличаются от ощущений, испытываемых при воздействии другим полюсом. Он также утверждал, что такие закономерности наблюдаются почти у всех природных тел. Рейхенбах впервые обосновал теорию полярности.

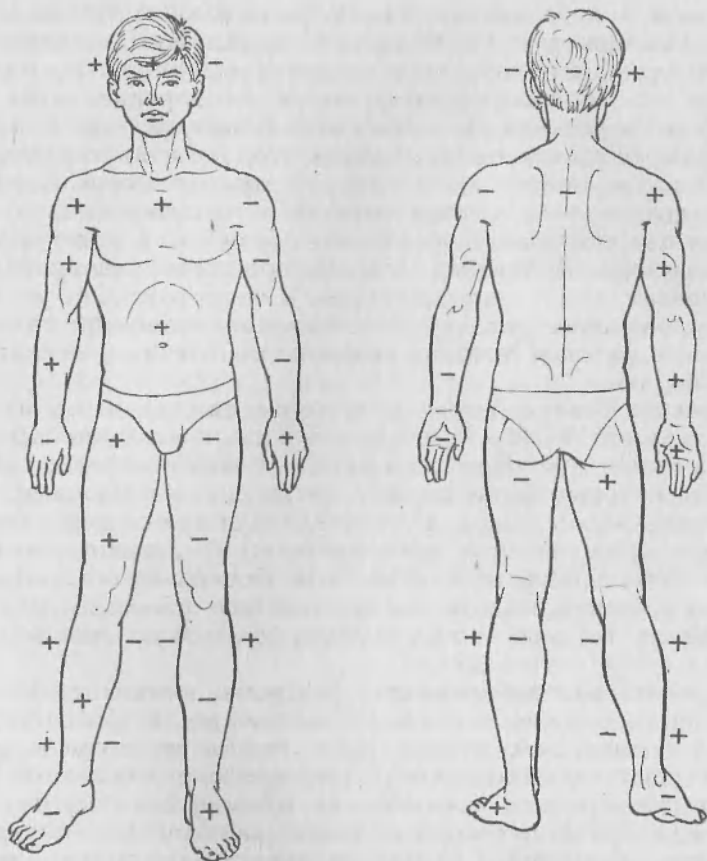


Рис. 60. Полярность человеческого тела

Доктор Доннэ утверждал, что кожа человека положительная, а слизистая оболочка — отрицательная.

В «Новом методе применения электричества для лечения больных» доктор Туттень говорит не только о полярности кожи и слизистых оболочек, но подтверждает выводы, сделанные Рейхенбахом.

Профессор Дюрвилль в работе «Экспериментальное исследование магнетизма» (Париж, 1886) более точно установил полярность человеческого тела и сформулировал следующие общие законы:

1. Человеческое тело обладает полярностью: правая сторона — положительная, левая — отрицательная (рис. 60).
2. У левшей полярность обратная.
3. Одноименные полюсы возбуждают, разноименные — успокаивают.

Китайцы делят человеческое тело соответственно прохождению вертикально расположенных энергетических каналов. Переднюю часть тела они

определяют как женскую Инь (отрицательный полюс — минус), а заднюю — как мужскую Ян (положительный полюс — плюс). Из этого вытекает еще одно дополнительное сегментное деление: полюса тела различаются как по горизонтальным, так и по вертикальным направлениям. Различие по вертикали делается вдоль середины тела, а по горизонтали — вдоль солнечного сплетения. Правая сторона является тогда положительной (северным полюсом), а левая — отрицательной (южным полюсом). Если разделить тело в горизонтальном направлении, то верхняя часть окажется положительной (северным полюсом), а нижняя часть — отрицательной (южным полюсом). Поэтому при горизонтальном делении левая рука и правая нога — положительны, а левая нога и правая рука — отрицательны. Это распределение следует обязательно учитывать, так как принцип применения методов лечения сильным постоянным магнитом базируется именно на нем.

Профессор Гектор Дюрвиль пользовался стальными магнитами в виде пластин длиной 9—15 см, шириной 3 см и толщиной 3 мм, изогнутых дугой с разным прогибом (для руки — большой прогиб, для пояса — меньший), которые были зашты в материю с повязками. Магниты были намагничены вдоль длины, а устанавливали их поперек длинника человека (поэтому форма магнита дугообразная). Г. Дюрвиль использовал либо 1 магнит, либо наборы по 2—3 магнита. Поскольку его магниты были очень слабы, он рекомендовал их для постоянного ношения только при тяжелых заболеваниях. В более легких случаях больной должен был носить магнит днем или спать с ним ночью.

При различных заболеваниях (мигрень, менингит, бессонница, бешеная горячка, кровотечение из носа, воспаление десен, молочница, зубная боль, почечная колика, зоб, ангина, круп, грипп, простуда и др.) Г. Дюрвиль советовал прикладывать магнит так, чтобы его северный полюс был у левой стороне тела, а южный — на правой. Если магнит прикладывают к рукам или ногам, то северный полюс располагали у внутренней стороны конечности, со стороны большого пальца, а южный — у наружной стороны мизинца.

При атонических заболеваниях (паралич, шум и звон в ушах, глухота, снижение остроты зрения, потеря обоняния, потеря голоса, эмфизема, хронический бронхит, малокровие и т. д.) Г. Дюрвиль советовал прикладывать магнит так, чтобы северный полюс был на правой стороне тела и на наружной стороне рук и ног, а южный полюс — на левой стороне тела и на внутренней стороне рук и ног.

При большинстве заболеваний Г. Дюрвиль рекомендовал также использовать намагниченную воду для питья, примочек, клизм и т. д.

Магнитотерапия для активизации работы почек и обмена мочевины. При уремии этот метод может спасти жизнь. В таких случаях к подошвенной ступне прикрепляют 2 больших постоянных магнита с силой притяжения 10 кг. Магниты должны иметь круглую форму. При этом северный полюс должен оказаться под правой ногой, а южный — под левой. Магнитотерапию проводят в течение 2 ч. Пациента укладывают головой к северу, а ногами — к югу. Лечение дает наибольший эффект, если его проводят между 17 и 19 ч.

Магнитотерапия при заболеваниях верхней части тела — астме, нарушении кровообращения, межреберной невралгии, судорогах и т. д. В этом случае кладут по одному магниту под правую и левую руку. Наиболее благоприятное время для лечения больных с 19 до 21 ч.

Магнитотерапия при заболеваниях правой стороны тела — заболеваниях печени, закупорке вен и др. Северный полюс магнита подкладывают под правую руку, а южный — под правую ступню. Полагают, что такой метод вызывает сильный магнитный поток в органах и меридианах правой стороны и ликвидирует блокады в этих сегментах и энергетических каналах. Наиболее благоприятное время для лечения больных этим методом — с 1 до 3 ч.

Магнитотерапия при болезнях левой стороны тела — заболеваниях селезенки, закупорке вен. Для поддержания органов и меридианов левой стороны тела в энергетическом отношении северный плюсовой полюс магнита кладут под левую кисть, а южный — под левую ступню.

Магнитотерапия при снижении энергии (слабости). Чтобы зарядиться энергией, следует использовать метод магнитотерапии для активизации работы почек, причем дополнительно под левую и правую кисти положить еще по одному магниту: северный полюс — под левую, а южный — под правую. В положении лежа продолжительность процедуры не более 1 ч. При этом очень важно, чтобы тело было абсолютно расслабленным. Следует закрыть глаза и дышать спокойно. Это поможет обрести внутреннее спокойствие. Организм сам активизирует весь свой энергетический потенциал.

Физиологические основы лечебного применения магнитного поля. Основе лечебного эффекта магнитного поля лежит его воздействие на проницаемость клеточной мембраны для ионов неорганических веществ различной полярности, электрический потенциал мембраны и заряд эритроцитов, агрегация и осаждение эритроцитов, свободно-радикальное окисление, свертываемость крови, а также на структурирование воды. Через 2—5 мин прикладывания магнита у больного появляется ощущение легкого покалывания, тепла. Наблюдается местное незначительное повышение температуры тела, усиливается кровоснабжение. При этом отмечается уменьшение боли.

Медицинский кольцевой магнит

Продолжительность магнитотерапии зависит от характера, тяжести и продолжительности заболевания. При использовании сильных магнитов, например МКМ2—1 (двухполюсный, выпускается ленинградским НПО «Феррит»), продолжительность процедуры колеблется от 10 до 60 мин (рис. 61). Магнитотерапию можно проводить каждый день, в острых случаях — даже 2 раза в день.

МКМ2—1 применяют в травматологии, хирургии и стоматологии. Он устраняет отечно-болевой синдром, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие, улучшает процессы регенерации.

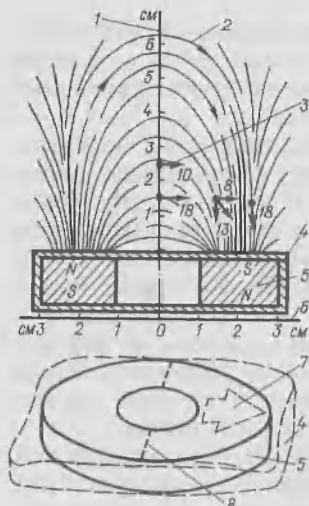


Рис. 61. Конструкция магнита и магнитное поле в плоскости симметрии:

1 — расстояние от рабочей поверхности; 2 — магнитные силовые линии; 3 — векторы магнитной индукции (значения указаны в миллитеслах); 4 — пластмассовая оболочка; 5 — кольцевой магнит; 6 — расстояние от центра магнита; 7 — стрелка, находящаяся над южным магнитным полюсом; 8 — линия стыка разноименных полюсов

Показания к применению в травматологии, ортопедии и хирургии:

повреждения опорно-двигательного аппарата (открытые раны, переломы верхних и нижних конечностей, повреждения сухожилий, ушибы мягких тканей, растяжения сумочно-связочного аппарата суставов);

длительно незаживающие вялогранулирующие раны, трофические язвы и другие дефекты кожи

дегенеративно-дистрофические и инфекционно-воспалительные заболевания органов опоры и движения (артроз, полиартрит, эпикондилит, стилоидит, плечелопаточный периартрит).

Процедуры назначают на различных этапах консервативного и оперативного лечения, в том числе в предоперационный и послеоперационный периоды.

Показания к применению в стоматологии:

генерализованный пародонтит в начальной стадии абсцедирования и обострения процесса; отек в послеоперационный период; пародонтит, осложненный воспалением; гиперестезия твердых тканей зуба, обострение верхушечного периодонтита (если есть отток экссудата через открытый канал зуба), свищ; боль в периапикальной области при перепломбировке корневого канала; длительно незаживающие вялогранулирующие раны, трофические язвы в полости рта; невралгия тройничного нерва; альвеолит; переломы челюстей на разных этапах консервативного и хирургического лечения.

Примерная схема процедур представлена в табл. 30.

Противопоказания к применению магнитов типа МКМ2—1 (сильных магнитов): беременность, новообразования, инфаркт миокарда и инсульт, системные заболевания крови, индивидуальная непереносимость магнитотерапии (ухудшение общего самочувствия, головокружение, неприятные ощущения в области головы и сердца, учащение сердцебиения), артериальная гипотензия, остеомиелит, абсцесс при верхушечном периодонтите (при отсутствии оттока экссудата), флегмона в челюстно-лицевой области, все формы и стадии пульпита, опасные инфекционные заболевания половых органов, болезни, требующие хирургического вмешательства.

Лицам, которые носят сердечные стимуляторы, магнитотерапия противопоказана.

Сильные магниты нельзя накладывать на особенно чувствительные части тела (сердце, дорты, глаза, область шеи и головы).

В течение получаса до и после сеанса лечения сильным магнитом нельзя ни есть, ни пить. При проведении магнито-терапии рекомендуется отказаться от употребления мяса и животных жиров.

Лечение магнитом нельзя назначать больным, которые нуждаются в постоянном наблюдении врача.

В зоне воздействия магнита через 2—5 мин появляется ощущение легкого покалывания, тепла. Отмечается местное незначительное повышение температуры, усиливается кровообращение и уменьшается боль.

При заболеваниях опорно-двигательного аппарата в некоторых случаях возможно усиление боли в течение первых 5—7 процедур. При последующих процедурах боль постепенно проходит.

Процедуры прекращаются в следующих случаях: 1) при достижении грануляции поверхностных ран, так как дальнейшее продолжение процедур замедляет заживление;

2) при прекращении боли, так как в противном случае она может возобновиться.

Порядок работы с магнитом МКМ2—1. Дезинфекцию магнитов проводят в соответствии с ОСТ 42—21—2—85 3 % раствором перекиси водорода с добавлением 0,5 % моющего средства типа «Лотос» или 1 % раствором хлорамина путем двукратного протирания поверхности магнита салфеткой из бязи или марли (интервал между протираниями 10—15 мин).

При костных переломах магнит МКМ2—1 подкладывают под больного или располагают рядом с ним, рабочей стороной к зоне повреждения, не снимая при этом одежду с больного или повязку, в том числе гипсовую.

Устанавливая магнит МКМ2—1, обращают особое внимание на направление стрелки на торцевой поверхности магнита: она должна быть параллельна длиннику тела при оси конечности и направлена к периферии конечности (рис. 62).

Продолжительность лечебной процедуры определяют индивидуально. Она может быть от 10 до 60 мин. Процедуры делают ежедневно в течение 3—10 дней.

Обслуживающему персоналу и пациенту во время процедуры рекомендуют снимать часы во избежание их повреждения.

Учитывая полярность тела человека, магнит МКМ2—1 устанавливают при воспалительных заболеваниях рабочей стороной (на которой имеется стрелка) к телу; стрелка должна быть направлена вдоль вертикальных частей тела, к ногам. При приближении к вертикальной средней линии

Таблица 30. Схема проведения процедур при лечении МКМ2—1

Область медицины	Продолжительность процедуры, мин	Количество процедур в день	Продолжительность лечения, дни
Травматология и хирургия	10—60	1—2	10—30
Стоматология	15—60	2	3—10

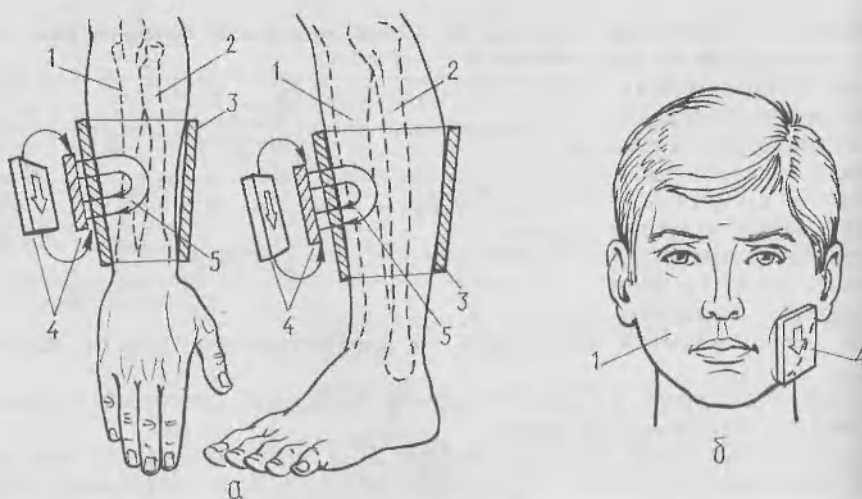


Рис. 62. Способы наложения магнита:
 а — на конечности; б — на челюсти; 1 — кость конечности (челюсти);
 2 — мягкие ткани; 3 — повязка (гипсовая или марлевая); 4 — магнит
 (показано направление стрелки на рабочей поверхности); 5 —
 магнитные силовые линии

тела, проходящей через позвоночник и темя, магнит следует разворачивать, чтобы между стрелкой, направленной к ногам и частично от левой стороны тела к правой; и средней линией тела образовался угол (он тем больше, чем ближе располагается магнит к средней линии; см. рис. 62). При установке магнита на среднюю линию тела стрелка должна быть перпендикулярна этой линии и направлена от левой половины тела к правой. На конечностях (левых и правых) стрелка должна быть преимущественно направлена к стопе, магнит следует развернуть на угол 10—20° к оси конечности, направляя стрелку к наружной поверхности конечности (со стороны мизинца). На стопе и кисти стрелка должна быть направлена от большого пальца к мизинцу.

Для левой стрелка магнита также должна быть направлена преимущественно к ногам, но от правой половины тела к левой и к внутренней поверхности конечности (со стороны большого пальца).

При атонических заболеваниях магнит устанавливают также рабочей стороной к телу, стрелку направляют вдоль вертикальных частей тела, но уже к голове. При приближении к вертикальной средней линии тела магнит следует разворачивать под углом к средней линии, чтобы стрелка была направлена от правой стороны тела к левой. При установке магнита на среднюю линию тела стрелка должна быть перпендикулярна средней линии и направлена от правой половины тела к левой. На конечностях (правых и левых) стрелка магнита преимущественно должна быть направ-

лена от стопы и слегка развернута (на угол 10—20° к оси конечности) к внутренней стороне конечности (со стороны большого пальца). На стопе и кисти стрелка должна быть направлена от мизинца к большому пальцу.

У левшей стрелка должна быть преимущественно направлена к голове и развернута от левой половины тела к правой; на конечностях — к наружной стороне (со стороны мизинца).

Аппликатор листовой магнитофорный

Аппликатор листовой магнитофорный медицинского назначения (АЛМ) и пояс противорадикулитный магнитофорный выпускает завод «Магма» (г. Рыбинск).

АЛМ предназначены для лечения в стационарных и амбулаторных условиях (в поликлинике, санатории) и на дому. АЛМ представляет собой магнитоноситель на основе феррокомпозитов (магнитоэластов): механической смеси полимерного вяжущего вещества (каучука) и порошкообразного феррита бария, намагниченного специальным образом с помощью профильных индукторов-магнитофоров. Максимальная индукция магнитного поля составляет (33 ± 5) мТл.

Терапевтическое действие АЛМ. Постоянное магнитное поле магнитофорного аппликатора оказывает рефлекторное действие на весь организм и на его отдельные органы и системы, улучшая их кровоснабжение, оказывая противовоспалительное, болеутоляющее, спазмолитическое и нейротропное действие. Кроме того, магнитотерапия повышает фагоцитарную активность лейкоцитов, ускоряет эпителизацию раневых поверхностей, улучшает васкуляризацию костных отломков и формирующегося регенератора, ускоряет ретракцию кровяного сгустка, оказывает общее седативное действие.

Методика магнитотерапии. Магнитофорный аппликатор накладывают на зону поражения при закрытых повреждениях (закрытые переломы, вывихи, нейротрофические заболевания) через марлевую прокладку рабочей (маркированной) стороной — северным полюсом — таким образом, чтобы края магнитофора не менее чем на 1—2 см выступали за пределы очага поражения.

При открытом очаге АЛМ накладывают поверх повязки. При заболеваниях периферической нервной системы, вен, опорно-двигательного аппарата АЛМ накладывают на наиболее чувствительные места.

АЛМ применяют в конверте из полиэтиленовой пленки в целях предотвращения непосредственного контакта с телом больного.

Продолжительность магнитотерапии определяет врач в зависимости от тяжести заболевания и его клинического течения.

Показания к применению АЛМ: заболевания периферической нервной системы (неврит, радикулит), опорно-двигательного аппарата, периферических сосудов (атеросклероз, подострый тромбоз); раневые поражения мягких тканей, травмы костей и суставов.

Противопоказания: беременность, алкогольная интоксикация, системные заболевания крови, острый инфаркт, инсульт, индивидуальная непереносимость.

носимость магнитотерапии. Магнитотерапию не применяют, если больному назначено электролечение.

Условия хранения. Аппликаторы хранят при температуре воздуха от $+5^{\circ}\text{C}$ до $+40^{\circ}\text{C}$ и максимальной относительной влажности 80 % при температуре 25°C .

При хранении аппликаторы должны быть защищены от воздействия прямых солнечных лучей и находиться от отопительных приборов на расстоянии не менее 1 м. Они не должны подвергаться воздействию бензина, масел и других веществ, разрушающих резину.

Допускается стирать пояс, предварительно убрав эластомагниты и кармашков-ячеек. После стирки эластомагниты нужно установить в ячейки немаркированной стороной к телу.

Пояс противорадикулитный магнитофорный

Пояс предназначен для лечения и профилактики болезней опорно-двигательного аппарата, нервной и сердечно-сосудистой систем. Он разрешен к применению в клинической практике в 1986 г. Изготавливается в г. Рыбинске.

Пояс с эластичными магнитами (12 шт.), вложенными в кармашки, может быть использован для лечения и профилактики следующих заболеваний:

радикулита — рекомендуется постоянное ношение пояса на болевом участке (в месте выхода корешков) до снятия болевого синдрома, но не более 6—7 дней. После 4—5-дневного перерыва курс лечения можно повторить;

артрозоартрита крестцово-позвоночных сочленений — рекомендуется ношение пояса на пояснично-крестцовой области в течение 30 мин 3—4 раза в день. Курс лечения 10—20 дней;

остеохондроза позвоночника — рекомендуется ношение пояса в течение 30 мин в день. Курс лечения 10—15 дней;

болезненных менструаций — рекомендуется ношение пояса на надлобковой области в течение 1—2 ч в день. Курс лечения 1—2 дня.

При всех перечисленных заболеваниях дозы лекарственных препаратов могут быть уменьшены в 2 раза или эти препараты отменяют вообще.

Пояс надевают магнитной стороной к телу (кармашками наружу).

Противопоказания: беременность (любой срок); системные заболевания крови; индивидуальная непереносимость магнитотерапии.

Условия хранения пояса такие же, как и аппликатора листового.

Микромагнитотерапия

За рубежом применяют медицинские микромагниты марок «Гаусс-Бан 700» (ФРГ), «АКМА» (Югославия).

«Гаусс-Бан 700» представляет собой липкий пластырь, на котором укреплен ферритовый магнитик овальной формы с высокой плотностью магнитного потока — 700 Гс.

В Югославии для стимуляции акупунктурных точек используют микромагнит «АКМА». Плотность потока магнитного поля составляет на поверхности 60 мТл, площадь зоны действия — около 1,5 см² и глубина — до 10 мм.

В г. Рыбинске выпускают «Магнит точечный для магнитопунктуры» (МТМ). Он имеет шарообразную (в виде охотничьей дроби) или чечевицеобразную форму. Магнит сделан из феррита бария, не оказывающего токсического действия. Концентрированное магнитное поле с плотностью потока на поверхности до 70 мТл показывает на акупунктурную зону.

Шарообразные магнетики могут быть использованы для аурикулопунктуры.

Точечный магнит — это терапевтическое средство, предназначенное для легкого и продолжительного стимулирования акупунктурных точек. Точечный магнит действует двояким образом: магнитным полем и акупрессурно.

Направление намагничивания точечного магнита — осевое (вдоль оси вращения). Картина магнитного поля представлена на рис. 63. Точечный магнит может быть рекомендован практически всем, особенно детям.

Одновременно с магнитотерапией можно назначать лекарства. Противопоказаний нет, никакого вредного побочного воздействия не отмечается.

Методика. Микромагниты чаще всего накладывают на болезненные точки, которые определяют пальпаторно. Страдающим аллергией или лицам с особо чувствительной кожей рекомендуется в первый сеанс стимулировать только половину точек, чтобы была возможность, в случае появления зуда или сыпи (реакция на лейкопластырь), переставить магниты на другие точки.

Перед установкой микромагнитов следует протереть кожу ватным тампоном, смоченным в спирте, и высушить ее. Магниты, используемые вторично, следует очистить спиртом или прокипятить в воде и высушить.

Микромагнит устанавливают на тело северным полюсом. Для определения магнитной полярности используют имеющийся в наборе пробник (цилиндрический магнит, южный полюс которого промаркирован черной краской).

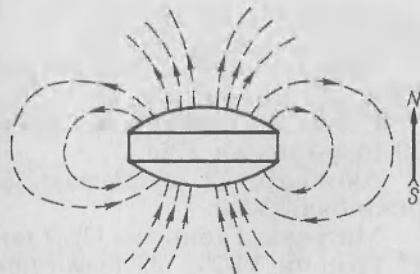


Рис. 63. Картина магнитного поля точечного магнита

Для установки микромагнитов следует подготовить кусочки лейкопластыря размером 25×25 или 30×30 мм. Их кладут на стол липкой стороной кверху. Пробник подносят к свободно лежащему микромагниту так, чтобы последний притянулся к черному полюсу (S), затем нужно установить микромагнит на липкую сторону лейкопластыря. Слегка придерживая микромагнит рукой, отводят от него пробник, затем свободной частью микромагнит МТМ укладывают на поверхность кожи (болевую точку) и фиксируют его нажатием пальца.

В Японии специалисты рекомендуют носить микромагниты, не снимая 8 дней, каждые 2—3 дня меняя их на новые и очищая кожу в местах установки. Югославские врачи рекомендуют носить микромагниты постоянно, меняя через 5—7 дней место их приложения до полного восстановления функции. При замене магнита используют другие точки, которые ранее не подвергались стимуляции. Отечественные специалисты считают, что магниты следует устанавливать на 20—30 мин ежедневно.

*Точки для наложения микромагнитов
при различных заболеваниях (рис. 64)*

Аллергия: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 23 (нэй-гуань МС6), 25 (вай-гуань TR5), 27 (хэ-гу GI4), 31 (чжао-хай R6).

Артрит ревматический: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 22 (цюй-чи GI11), 23 (нэй-гуань МС6), 27 (хэ-гу GI4), 28 (лян-цю Е34), 29 (цзу-сань-ли Е36), 34 (хуань-ли ВВ30), 36 (ян-лин-цюань VB34), 37 (шэнь-май V62), 40 (чжэ-цзинь VB23).

Астма бронхальная: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 14 (тянь-шу J22), 15 (юй-тай J8), 26 (ле-цюе P7), 41 (тао-дао T13), 42 (шэнь-чжу T12).

Бессонница: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 17 (ся-вань J10), 24 (шэнь-мэнь С7), 27 (тай-чун F3), 33 (ли-дуй E45), 37 (шэнь-май V62), 40 (чжэ-цзинь VB23), 42 (кунь-лунь V60).

Боль хроническая: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 25 (вай-гуань TR5), 27 (хэ-гу GI4), 36 (ян-лин-цюань VB34), 37 (шэнь-май V62).

Гипертензия артериальная: 11 (фэн-чи VB20), 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 22 (цюй-чи GI11), 23 (нэй-гуань МС6), 27 (хэ-гу GI4), 29 (цзу-сань-ли Е36), 30 (сань-инь-цзян RP6), 43 (пи-шу V20), 49 (кунь-лунь V60).

Дисменорея: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 14 (тянь-ту J22), 17 (ся-вань J10), 18 (ци-хай J6), 23 (нэй-гуань МС6), 29 (цзу-сань-ли Е36), 30 (сань-инь-цзян RP6), 44 (шэнь-шу V23).

Запор: 12 (шэнь-мэнь ТЯ), 27 (хэ-гу GI4), 29 (сань-инь-цзяо RP6).

Зубная боль: 3 (ин-сян GI20), 4 (сы-бай E2), 5 (цюань-ляо IG18), 10 (ся-гуань E7), 10а (цзя-чэ E6), 11 (фэн-чи VB20), 12 (шэнь-мэнь 55), 27 (хэ-гу GI4), 49 (кунь-лунь V60).

Импотенция: 12 (шэнь-мэнь 55 ухо), 23 (нэй-гуань МС6), 44 (шэнь-шу V23), 45 (сяо-чан-шу V27), 46 (яо-ян-гуань T3).

Кожный пластинчатый рубец (келоид): 12 (шэнь-мэнь 55), 27 (хэ-гу GI4), 29 (цзу-сань-ли Е36).

Люмбаго: 12 (шэнь-мэнь 55), 37 (шэнь-май V62), 38 (шу-гу V65), 40 (чжи-бянь V54).

Мигрень: 1 (инь-тан H), 7 (ян-бай VB14), 8 (тоу-вэй E8), 8 (сюань-лу V15), 11 (фэн-чи VB20), 25 (вай-гуань TR5).

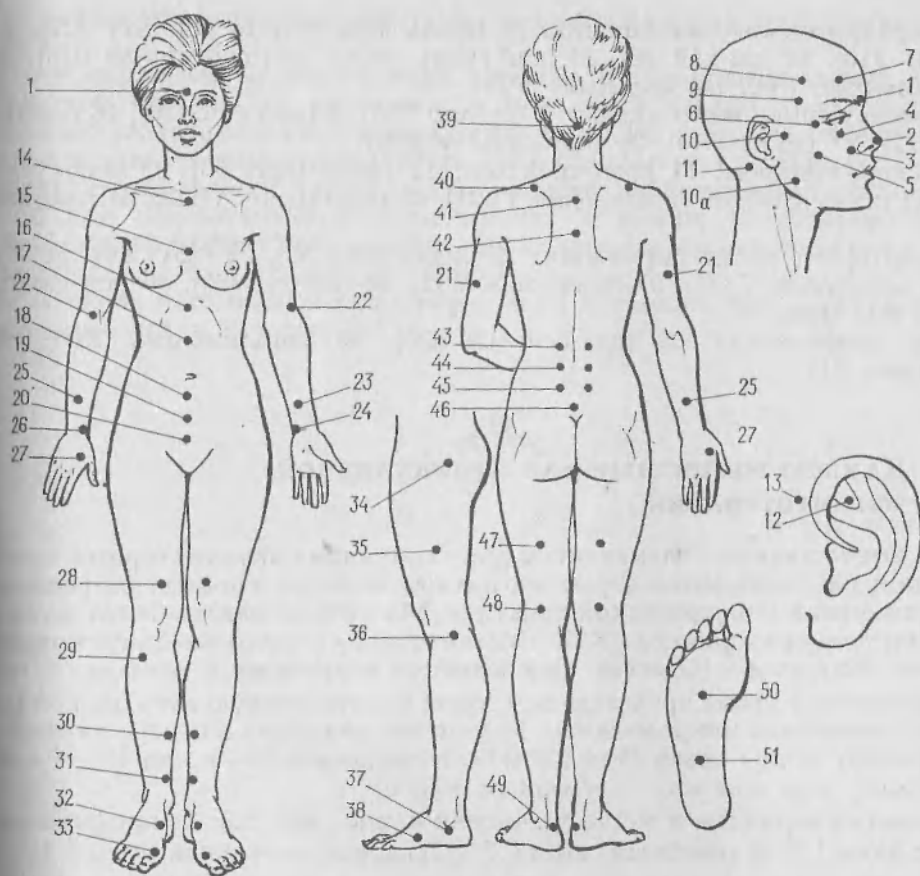


Рис. 64. Места приложения микромагнита при различных заболеваниях (1—51)

Невралгия седалищного нерва: 12 (шэнь-мэнь 55), 34 (хуань-тяо VB30), 37 (шэнь-май V62), 45 (сяо-чан-шу V27), 47 (хуан-мэнь V51), 48 (чжи-бянь V54), 49 (кунь-лунь V60).

Невралгия тройничного нерва: 1 (инь-тан H), 4 (сы-бай E2), 5 (цюань-ляо IG18), 6 (тай-ян H), 10 (ся-гуань E7), 10а (цзя-чэ E6), 11 (фэн-чи VB20), 12 (шэнь-мэнь 55), 23 (нэй-гуань MC6), 27 (хэ-гу GI4).

Недержание мочи: 12 (шэнь-мэнь 55), 19 (гуань-юань J4), 20 (цюй-гу J2), 29 (цзу-сань-ли E36), 30 (сань-инь-цзяо RP6), 44 (шэнь-шу V23).

Ожирение: 13 (шэнь-мэнь 55), 16 (чжунь-вань J12), 21 (нао-хуэй TR13).
Отек, припухлость: 12 (шэнь-мэнь 55), 27 (хэ-гу GI4), 29 (цзу-сань-ли E36).

Отсутствие аппетита: 17 (ся-вань J10), 23 (нэй-гуань MC6), 29 (цзу-сань-ли E36).

Пищеварительные нарушения: 12 (шэнь-мэнь 55), 14 (тянь-гу J22), 17 (ся-вань J10), 18 (ци-хай J6), 23 (нэй-гуань MC6), 29 (цзу-сань-ли E36), 30 (сань-инь-цзяо RP6), 44 (шэнь-шу V23).

Табакокурение (никотинизм): 2 (су-ляо T25), 3 (ин-сян GI20), 16 (чжун-вань J12), 27 (хэ-гу GI4), 29 (цзу-сань-ли E36).

Шейный синдром: 11 (фэн-чи VB20), 12 (шэнь-мэнь 55), 25 (вай-гуань TR5), 27 (хэ-гу GI4), 39 (цзянь-цзин VB21), 40 (чжэ-цзинь VB23), 41 (тао-дун T13).

Эндартериит облитерирующий: 12 (шэнь-мэнь 55), 29 (цзу-сань-ли E36), 36 (ян-лин-цюань VB34), 37 (шэнь-май V62), 38 (шу-гу V65), 50 (юн-цюань R1), 51 (ши-мэнь H).

Язва трофическая: 29 (цзу-сань-ли E36), 30 (сань-инь-цзяо RP6), 50 (юн-цюань R1).

Клипсы магнитные для аурикулярной магнитотерапии

Отечественные специалисты для стимуляции акупунктурных точек на ушной раковине используют магнитные клипсы, которые разрешены для применения в медицинской практике. Магнитные клипсы изготавливает совместное предприятие СКТБ «Магнитотрон» (Ростов-на-Дону) и предприятие «Индустар» (Одесса). Они имеются в продаже в аптеках.

Магнитные клипсы представляют собой пластмассовую дугу, на концах которой вставлены микромагниты. Магнитная индукция в центре пятимиллиметрового зазора равна (50 ± 10) мТл. Маркировка: «+» или «S» — южный полюс, «-» или «N» — северный полюс.

Основные варианты и места установки клипс (рис. 65): 1) профилактический, зоны 1:2; 2) лечебный, зоны 1:2:3; 3) активно лечебный, зоны 1:2:3:4.

Рекомендуется не нарушать последовательность установки магнитных клипс. Если через 15—30 мин лечебный эффект не наблюдается, необходимо развернуть клипсы на 180°C (поменять полярность), поочередно в той же последовательности.

Применяя магнитные клипсы, следует учитывать 3 закона полярности Дюрвиля: у правой стороны человеческого тела — положительная, левая — отрицательная. У левой полярность обратная. Известно, что северный полюс («-») стимулирует, а южный («+») — успокаивает. Следовательно, для тонизирующего воздействия на организм клипсы нужно устанавливать следующим образом: у правой ушной раковины (помня, что разноименные по-



Рис. 65. Клипсы магнитные (а) и места их установки (б, 1—4)

люса притягиваются), а северным полюсом — на левую ушную раковину.

Аурикулярная магнитотерапия показана при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (в частности, в начальной стадии гипертонической болезни), головной боли, головокружении, ОРВИ и других болезнях органов дыхания, тошноте (при укачивании), стрессовом состоянии, переутомлении. Ее применяют также для улучшения адаптации при акклиматизации, при гелиомагнитных возмущениях и резких колебаниях погоды. Наибольший эффект наблюдается при сочетании магнитотерапии с другими природными методами лечения.

Лечение магнитными клипсами можно проводить как в амбулаторных условиях, так и на дому.



МАССАЖ

Разминание и растирание тела во время бани, после нее, а также в качестве лечебного средства применяли еще в Древнем Риме и Греции в Индии и Китае. У многих диких племен растирание и разглаживание тела с незапамятных времен было основным средством лечения болезней. Однако в Европе в течение многих столетий массаж был почти совершенно забыт. Сравнительно недавно он снова стал популярен.

«Массаж, или искусство удаления бесчисленных форм болезни с помощью систематического поглаживания, разминания, поколачивания, постукивания, пошлепывания, покачивания, сжимания и пр., сделался не только отраслью медицинской науки, но, в связи с другими лечебными средствами, важным фактором естественного метода лечения» — писал Платон.

Массаж требует малого мышечного напряжения со стороны пациента и поэтому он может употребляться в тех случаях, когда активные движения невозможны или нежелательны.

Общее влияние массажа заключается в активизации обмена веществ, укреплении мышц, возбуждении или успокоении нервной системы. Он делает кожу более эластичной, улучшает кровообращение и питание тканей.

После продолжительной и утомительной ходьбы или тяжелой физической работы массаж снимает усталость и обеспечивает спокойный сон. Массаж применяют, в первую очередь, при параличе и различных видах мышечных атрофий, в косметологии, при болевом синдроме у больных радикулитом, нейрмиозитом и при многих других заболеваниях.

Однако с помощью одного только массажа нельзя вылечить больного, следует применять также другие факторы естественного лечения: развивающие мышцы гимнастические упражнения, ванны, обертывания, свежий воздух, правильную диету и пр.

Наибольший эффект дает сочетание массажа с водолечением и гимнастикой. Как правило, его делают после ванны. Сразу же после массажа, если позволяют условия, рекомендуется наложить компресс на живот. Те участки кожи, на которых имеются высыпания, массировать нельзя. Массаж конечностей противопоказан при расширенных венах, тромбозах и при состояниях, требующих полного покоя.

Рука массажиста должна быть мягкой и теплой. Оливковое масло или вазелин можно использовать только при условии, если кожа больного сухая и рука массажиста не может свободно скользить по ней. Массаж всегда делают по направлению мышечных волокон и от периферии к центру.

Различают массаж лечебный, гигиенический, профилактический и спортивный.

Помещение, в котором проводят массаж, должно быть светлым, хоро-

но проветренным (температура воздуха не ниже 19—20 °С). Руки массажиста должны быть хорошо вымыты и обработаны тальком. В целях расслабления мышц конечностям больного придают удобное физиологическое положение.

Продолжительность местного массажа зависит от характера заболевания и размера массируемого участка. Она составляет 5—10—15 мин. Общий массаж длится 30—40 мин. Массаж назначают ежедневно или через день.

Местный массаж (преимущественно поглаживание) детям можно делать с самого раннего возраста, а общий массаж — в возрасте 4 мес и старше.

Массаж, требующий значительной затраты физической энергии, следует выполнять в первой половине дня, более легкий массаж — во второй половине дня или чередовать их в течение дня.

Во время массажа нужно менять рабочую позу, избегать массирования одной рукой, стремиться по возможности нагружать обе руки.

Во время массажа не следует разговаривать с больным.

В течение рабочего дня массажисту необходимо делать два-три перерыва по 5—10 мин; после общего массажа обязательно делать перерыв на 5—10 мин.

Для предохранения рук от раздражения на ночь их нужно мыть теплой водой, вытирать не досуха и втирать смягчающую мазь.

Приемы лечебного массажа

Основные приемы массажа — поглаживание, растирание, разминание и вибрация.

Поглаживание способствует продвижению крови, лимфы и межтканевой жидкости; содействует рассасыванию отеков, расслаблению мышц и обезболиванию.

Поглаживание производят по ходу венозных и лимфатических сосудов от периферии к центру (рис. 66). Начинают с участков, расположенных выше пораженной области, и постепенно приближаются к самому очагу, обходят его, переходя на нижерасположенные поверхности тела.

Движения выполняют ладонной поверхностью кисти и пальцев или тыльной поверхностью согнутых пальцев. Для глубокого поглаживания пользуются двумя руками (одна на другой). Поглаживание производится спокойно, медленно и ритмично 4—6 раз. Этим приемом начинают и заканчивают каждый сеанс массажа.

Растирание способствует ускорению рассасывания, разрыхлению и размягчению сращений, рубцов и патологических отложений в тканях, усилению тканевого обмена и повышению эластичности тканей.

Растирание производят подушечками I или II пальцев (рис. 67). Начинают движения вдали от очага заболевания и постепенно приближаются к самому очагу. На больших поверхностях движения выполняют ладонью или щетками (см. рис. 67).

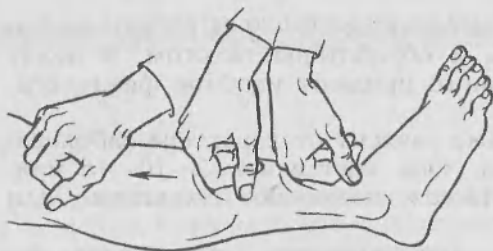


Рис. 66. Массаж методом поглаживания

Рис. 67. Массаж методом растирания щетками

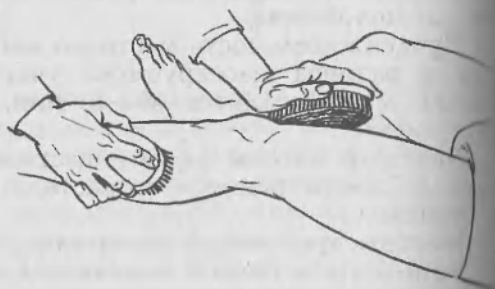


Рис. 68. Массаж методом разминания (а, б)

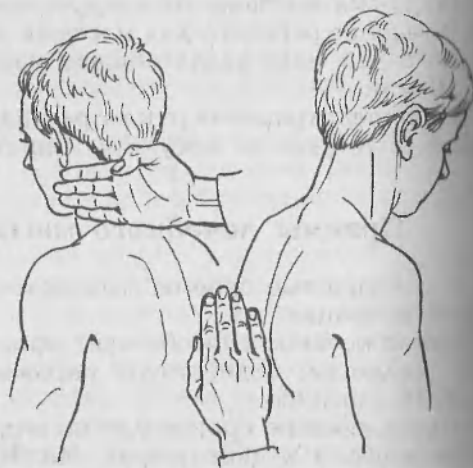


Рис. 69. Массаж плеча (а) и спины (б) методом рубки

Разминание применяют для воздействия на мышечную ткань в целях усиления ее сократительной способности и ускорения регенерации.

Производят разминание мышцы одной или двумя руками, между большими и остальными пальцами, которые передвигают вдоль мышечных волокон (рис. 68).

Рубку применяют лишь в толстых группах мышц — спина, ягодицы, предплечье, бедра, голень (рис. 69).

Вибрация способствует устранению спазма мышц, улучшению кровообращения и питания тканей, понижению возбудимости нервов.

Вибрация заключается в быстрых, ритмичных, дрожательных движениях

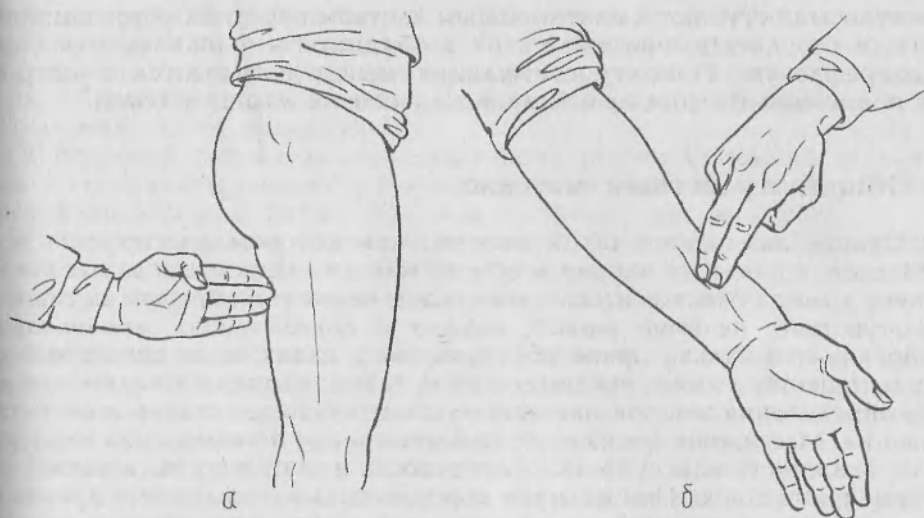


Рис. 70. Массаж методом вибрации:
а — одним пальцем; б — двумя пальцами

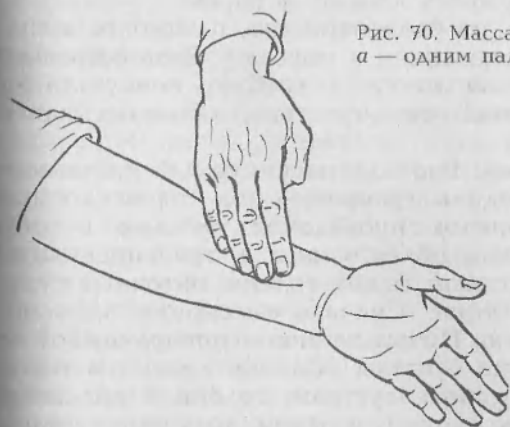


Рис. 71. Массаж методом давления
тремя пальцами

их кожи и тканей; производится руками или при помощи аппарата — портативного или стационарного. При ручной вибрации массирующий вызывает дрожание своей рукой с помощью лучезапястного или локтевого суставов, надавливания мякотью одного или нескольких пальцев (рис. 70, 71). Вибрацию пальцами чаще применяют по ходу нервных стволов и на болевых точках.

Аппараты для вибрационного массажа снабжены паспортом, в котором изложена методика массажа.

Своеобразным видом вибрации является *стимуляция мышц и сухожилий*, которая заключается в быстро повторяющихся пассивных растягиваниях и сокращениях мышц и сухожилий. Проводится стимуляция в форме сменяющихся вибрационных нежных движений в направлении сокращения мышц. При этом раздражаются проприорецепторы мышц и сухожи-

лий, импульсы поступают к двигательным клеткам передних рогов спинного мозга, в результате повышается их возбудимость и оживляются спинные рефлексы. Поэтому стимуляция мышц назначается в острой стадии полиомиелита (после исчезновения спазма мышц и боли).

Общий и местный массаж

Общим называется такой массаж, при котором массируется все тело. Массаж головы не входит в общий массаж. Приступая к массажу, массажист должен ознакомиться с анамнезом пациента, обращая внимание на самочувствие, наличие жалоб, начало и локализацию заболевания. Затем проводится пальпаторное обследование в целях выявления рефлекторных изменений в коже, соединительной ткани, мышцах и надкостнице, а также определения зон повышенной чувствительности, стадии и остроты заболевания. Массажист должен обратить внимание на изменения окраски кожи, ее влажность или сухость, эластичность или отечность, а также на нарушение роста волос. При наличии кожных высыпаний массаж противопоказан. Небольшие царапины и ссадины не являются противопоказанием. Их на время массажа следует прикрывать лейкопластырем.

Увеличение лимфатических узлов, их болезненность, плотность и спаянность с кожей являются противопоказанием к массажу. Возникновение болезненности по ходу вен во время массажа требует консультации с врачом. После уточнения жалоб, общего самочувствия, состояния тканей определяется методика массажа.

Схема проведения общего массажа. Вначале массируемый принимает положение лежа на животе, руки вдоль туловища, под голеностопные суставы подкладывается валик. Порядок проведения массажа в этом положении таков: спина и поясничная область, шея и трапецевидные мышцы, ягодицы и тазобедренные суставы, бедра, голени, пяточные сухожилия и подошвенная поверхность стопы. Сначала массируют одну поверхность конечности, затем — другую. Потом пациента поворачивают на спину, валик помещают под коленные суставы. Массаж делают в такой последовательности: стопы, голеностопные суставы, голени и коленные суставы, бедра, потом грудь, плечевые суставы и плечи, локтевые суставы и предплечья, лучезапястные суставы и кисти вместе с пальцами. Сеанс заканчивают массажем живота.

Общий массаж лучше делать утром после легкого завтрака, не более 2 раз в неделю. После массажа пациент должен отдохнуть в течение 15—30 мин.

Клинический опыт свидетельствует о том, что общий массаж следует назначать только при наличии показаний, им нельзя злоупотреблять.

При **местном массаже** массируют часть тела, например, спину или нижние конечности. Продолжительность местного массажа зависит от того, какая часть тела массируется и какой вид массажа необходим. Обычно он длится от 10 до 20 мин.

Курс массажа состоит из 10—20 процедур (в зависимости от клинической формы заболевания и реакции пациента на массаж).

Выделяют вводный, основной и заключительный периоды массажа.

Во вводный период в течение 1—3 мин массажист изучает особенности массируемой области, реакцию организма, переносимость отдельных приемов. С помощью поглаживания и растирания он подготавливает пациента к основной части процедуры.

В основной период делают дифференцированный массаж в соответствии с состоянием пациента и клиническими особенностями заболевания. Интенсивность массажных приемов постоянно увеличивают.

В заключительный период в течение 1—3 мин уменьшают интенсивность массажных приемов. При необходимости обучают пациента само-массажу. Процедуру заканчивают поглаживанием всей массируемой области.

Пассивная гимнастика состоит в сгибании, разгибании и вращении в суставах различных частей тела без сопротивления со стороны пациента. Ее можно выполнять и так, чтобы пациент оказывал сопротивление. Тогда гимнастику называют гимнастикой с сопротивлением.

Пассивную гимнастику проводят сразу же после массажа, так как в этом случае движения будут не так болезненны. Массаж улучшает лимфо- и кровообращение, а гимнастика разрабатывает суставы и укрепляет мышцы.

Гимнастика с сопротивлением также укрепляет мышцы, улучшает кровообращение.

Показания к назначению массажа:

1. При анемии, хронических заболеваниях легких, гастрите, атонии кишок, геморрое, ожирении, отеке нижних конечностей делают общий массаж 1 или 2 раза в день. При общей слабости и анемии поглаживания часто делают не в направлении к сердцу, а от него, чтобы наполнить кровью слабые мышцы. При хронических заболеваниях печени и селезенки, их увеличении, неинфекционной желтухе, воспалении желудка и кишок, неправильном пищеварении (запоре и пр.) применяют главным образом массаж живота.

2. При ревматизме мышц или суставов массаж начинают с нежных поглаживаний, после чего делают сильное разминание. При ревматизме суставов делают поглаживания вокруг них и в сторону, больные места нужно сильно массировать 2 раза в день. При боли в бедре 2 раза в день применяют сильное постукивание и поглаживание больной ноги (насколько будет позволять боль). При подагре в межприступный период разминают все тело и суставы. При ревматизме и подагре следует делать пассивные и активные движения.

3. При остром и хроническом плеврите и бронхиальной астме, кроме поглаживания, в том числе кругообразного, обеими ладонями делают сильное постукивание в области спины. Это вызывает прилив крови к коже, оказывает отвлекающее действие.

При туберкулезе легких поглаживают слабые грудные мышцы, что способствует их укреплению и оттоку крови от груди.

4. При привычном похолодании верхних и нижних конечностей сильное их растирание и постукивание помогает восстановить правильную циркуляцию крови.

5. При нервных болезнях применяют разминание всего тела.

6. При невралгии в области лица 2 раза в день между приступами боли делают массаж с паровыми ваннами. Он предупреждает рецидив приступов или смягчает их. Сначала делают очень нежные поглаживания без всякого давления, чтобы ослабить боль. Если пациент их переносит, переходят к поглаживанию и соседних областей. Затем делают более сильные движения с разминанием и растяжением больных мест.

Боль в области глаз и ушей часто проходит от поколачивания, сильного разминания и поглаживания; вследствие возбуждения нервов боль притупляется.

При судороге в нижних конечностях массаж рекомендуется сочетать с умеренными обертываниями, а при писчем спазме — с физическими упражнениями.

7. При хронических болезнях суставов следует энергично массировать соседние ткани, чтобы усилить их трофику.

8. При ушибе и других повреждениях поглаживают соседние области, чтобы облегчить отток крови и лимфы. Следует сильно массировать больные места, если массаж не увеличивает боль.

9. При приливе крови к голове, головной боли, мигрени, шуме в ушах, головокружении, солнечном ударе часто хороший эффект дают сильные массаж шеи (воротниковой зоны) и разминание нижних конечностей. Массаж шеи также полезен при сильном насморке, болезнях глаз и ушей. При зубной боли делают сильное поглаживание челюстей.

10. При параличе и онемении конечностей помогают разминание и поглаживание. Они компенсируют недостаток движения и укрепляют бездеятельные мышцы.

Пациентов, длительно находящихся на постельном режиме, надо регулярно массировать.

Противопоказания: инфекционные и гнойные процессы, острое воспаление суставов, аневризма, злокачественная опухоль, язвенные процессы, кожные болезни и заболевания, при которых больному необходим полный покой (болезни сердца и легких).

Массаж живота противопоказан при беременности. При опухолях живота массаж применяют с большой осторожностью.

Не следует прибегать к массажу при малярии, высокой температуре тела.

Массаж спины. Положение больного: лежа на животе (рис. 72). Массаж начинают с поглаживания, чаще всего ладонной поверхностью кисти. Направление массажных движений — от крестца и поясничной области вверх, вдоль позвоночного столба, через верхний край трапециевидной мышцы к надключичным и спереди — к подмышечным лимфатическим узлам, от остистых отростков к подмышечным ямкам. При поглаживании поясничной области движения начинают от позвоночного столба и далее в стороны и вниз к паховым лимфатическим узлам.

Делают растирание кончиками пальцев в циркулярном направлении и штрихование в области остистых отростков, крестца и угла лопатки. Растирание можно делать основанием ладони, тыльной поверхностью кисти, пилообразное.

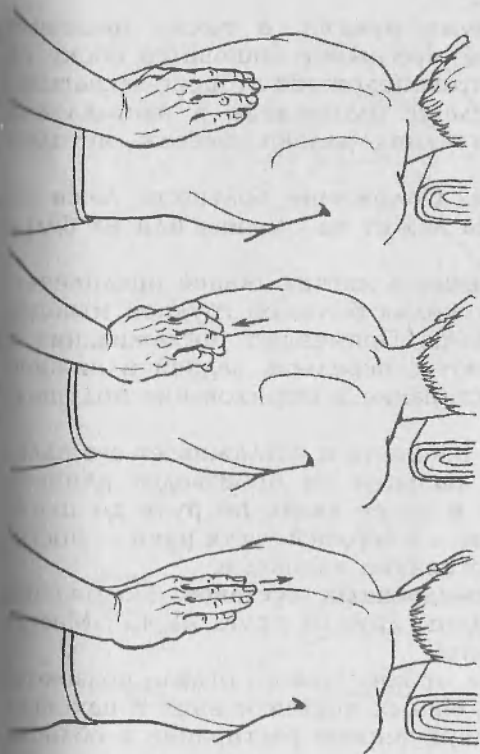


Рис. 72. Массаж спины методом поглаживания



Рис. 73. Массаж спины методом разминания (а, б)

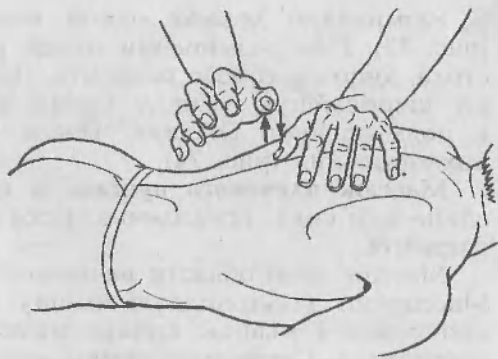


Рис. 74. Массаж спины методом похлопывания



Рис. 75. Массаж руки методом растирания



Рис. 76. Массаж ягодичной области методом разминания

Разминание делают одной или двумя руками, а также пальцами (рис. 73). При разминании одной рукой массажист становится сбоку от стола, лицом к голове пациента. На противоположной стороне захватывают широчайшую мышцу спины и делают разминание в направлении к подмышечной впадине. После разминания делают массаж методом похлопывания (рис. 74).

Массаж плечевого сустава и плеча. Положение больного: лежа на спине или сидя, предплечье массажиста лежит на столике или на бедрах пациента.

Массаж этой области начинают с мышц и мягких тканей предплечья. Массируют дельтовидную мышцу, сухожилия большой грудной мышцы, широчайшей мышцы спины, мышц плеча. Применяют поглаживание и растирание. Суставную сумку массируют с передней, задней и нижней поверхностей. Делают циркулярное растирание и штрихование подушечками пальцев.

Массаж рук. Массажист берет руку пациента и поглаживает его пальцы своими I и II пальцами; затем I пальцем он производит длинное поглаживание тыльной стороны кисти и далее вверх по руке до плеча (рис. 75). После этого делают разминание, а в верхней части руки — потряхивание. В конце сеанса делают поглаживание ладонями.

Массаж ягодичной области и тазобедренных суставов. Положение больного: лежа на животе, бедра отведены друг от друга на 45° . Массажист стоит чаще всего слева от пациента.

Делают поглаживание в направлении от крестцового отдела позвоночника, затем наружу по гребням подвздошных костей и вниз к паховым лимфатическим узлам. Затем делают циркулярное растирание в области крестца и копчика кончиками пальцев, опорной частью кисти и ее локтевым краем, а также штрихование и пиление. При растирании ягодичных мышц делают граблеобразные движения, строгание, пиление. При массаже большой ягодичной мышцы применяют также разминание с отягощением (рис. 76). Рубление производят вдоль мышечных волокон.

Потряхивание всей ладонной поверхностью кисти делают отдельно на каждой стороне, вибрацию пальцем — в области срединной ягодичной складки, кулаком — немного снаружи от центра ягодичной области.

Пассивные движения в тазобедренном суставе делают после массажа нижних конечностей в положении лежа на спине. В области, наиболее приближенной к суставу (на участке между седалищным бугром и большим вертелом), делают циркулярное поглаживание и растирание кончиками пальцев. Рекомендуются активные и пассивные движения в суставе.

Массаж нижней конечности. Вначале массируют заднюю поверхность нижней конечности, а затем — переднюю. Массаж конечности, как правило, начинают с поглаживания всей задней поверхности и только после этого приступают к массажу бедра.

Положение пациента: лежа на животе. При массаже бедра применяют поглаживание, растирание, разминание, вибрацию и ударные приемы. Поглаживание чаще всего делают тыльной поверхностью кисти, по ходу седалищного нерва — I пальцем вместе с его возвышением или отдельными пальцами.

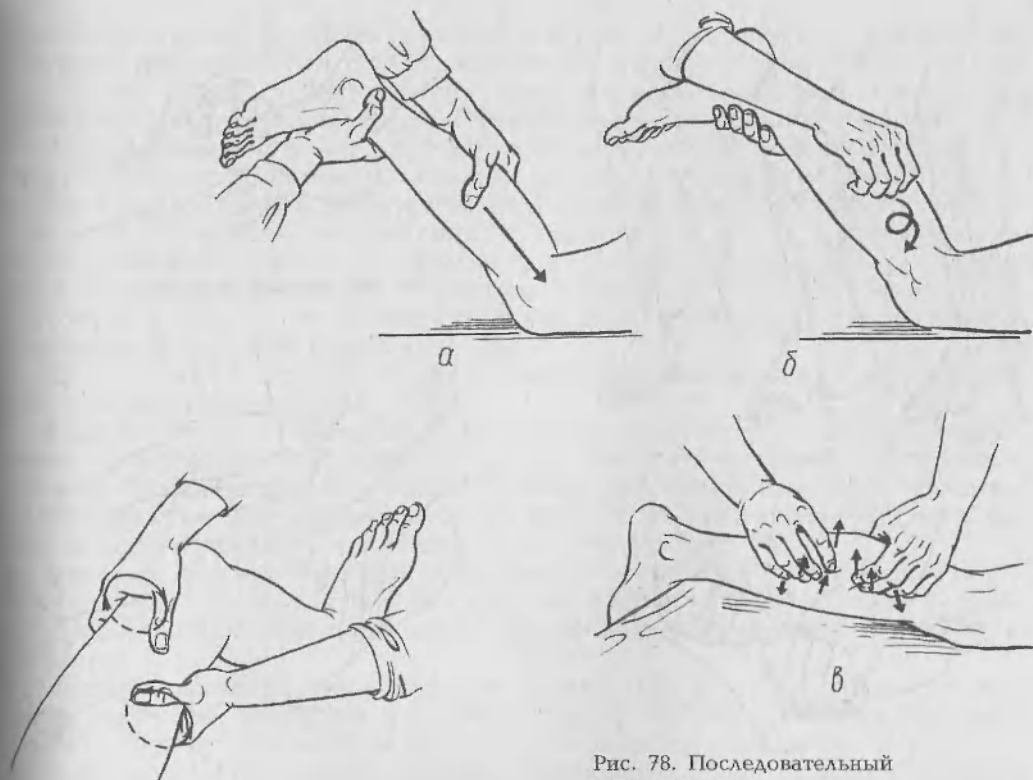


Рис. 78. Последовательный массаж голени

Рис. 77. Массаж передней и внутренней поверхности бедра

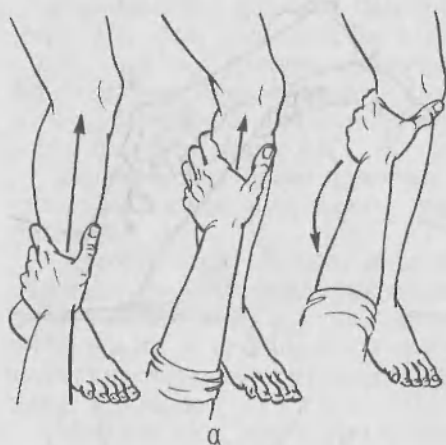
Растирание тыльной поверхностью кисти применяют в основном на наружной поверхности бедра.

При глубоком массаже задней поверхности бедра растирание и разминание делают при согнутой в коленном суставе (под углом до 90°) нижней конечности.

Рубление целесообразно делать вдоль мышечных волокон; поколачивание и похлопывание не применяют на внутренней поверхности бедра. Вибрацию применяют в основном по ходу седалищного нерва.

При массаже голени, пяточного сухожилия и подошвенной поверхности стопы используют описанные выше приемы. Из пассивных движений выполняют чаще всего сгибание-разгибание в коленном и голеностопном суставах.

Массаж бедра (передняя поверхность). Поглаживание начинают с коленного сустава в направлении к паховым лимфатическим узлам. При поглаживании внутренней поверхности бедра не следует доходить до промежности (рис. 77).



а



б

Рис. 79. Массаж голеностопного сустава (а, б)



Рис. 80. Массаж подошвы

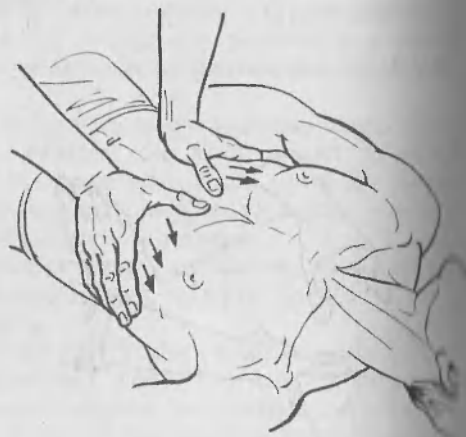


Рис. 81. Массаж груди

Техника и методика массажа такие же, как при массаже задней поверхности бедра.

Пассивные движения выполняют одновременно в коленном и тазобедренном суставах.

Массаж нижних конечностей заканчивают встряхиванием всех мышц нижней конечности в целях снижения мышечного тонуса.

Массаж голени. Применяют следующие приемы: плоскостное и обхватывающее поглаживание передней, боковых и задней поверхности голени от стопы к подколенным лимфатическим узлам (рис. 78). Глубокое обхватывающее поглаживание задней поверхности голени от пяточного сухожилия к подколенным лимфатическим узлам; щипцеобразное поглаживание пяточного сухожилия и переднего гребня большеберцовой кости; растирание концами пальцев мышц передней поверхности голени в циркулярном направлении; пиление мышц голени в продольном направлении; продольное разминание от голеностопного сустава к подколенной ямке (раздельно передней, наружной и задней групп мышц). Используют также приемы

сдвигания мышц захватом руками, сжатие и растяжение, растирание и разминание чередуют с поглаживанием. Делают потряхивание отдельных групп мышц, пунктирование, поколачивание пальцами и кулаками (поперечно и перпендикулярно), похлопывание, сгибание, рубление.

Массаж голеностопного сустава и стопы. Делают обхватывающее поверхностное и глубокое поглаживание передней, боковых и задней поверхности в продольном направлении; плоскостное поглаживание и разминание в циркулярном направлении в области лодыжек; щипцеобразное поглаживание пяточного сухожилия (рис. 79); растирание кончиками пальцев сухожилия голеностопного сустава; разминание наружного и внутреннего края стопы, возвышение I и V пальцев. Рекомендуются пассивные движения в суставах стопы (рис. 80).

Делают также пунктирование и поколачивание пальцами, похлопывание и встряхивание стопы.

Массаж груди. Положение пациента: лежа на спине или сидя. Поглаживают переднюю поверхность груди. На боковых поверхностях и в области больших грудных мышц делают обхватывающее поглаживание. Граблеобразное поглаживание межреберных промежутков делают в направлении от грудины к позвоночному столбу (рис. 81).

Большие грудные мышцы растирают так: у мужчин — кончиками пальцев, опорной частью кисти в циркулярном направлении; у женщин — граблеобразными движениями в месте прикрепления мышц, минуя молочную железу.

Затем переходят к циркулярному растиранию кончиками пальцев грудины, ключицы, реберных дуг; продольному и поперечному разминанию больших мышц; поколачиванию межреберных промежутков, похлопыванию передней поверхности грудной клетки. Рубление больших грудных мышц у мужчин делают вдоль мышечных волокон и межреберных промежутков.

Массаж живота. Положение больного: лежа на спине с несколько приподнятой головой, колени согнуты и слегка разведены (рис. 82).

Плоскостное поверхностное поглаживание по ходу лимфатических сосудов делают вдоль прямых и косых мышц живота. Ладони располагают справа и слева за подвздошными гребнями, обхватывающее поглаживание делают в направлении к средней линии живота и паховым лимфатическим узлам. Затем массажист накладывает руки выше области пупка и делает поглаживание надчревной области. Применяют также такие приемы: строгание, пиление, пересекание мышц передней стенки живота; сдвигание, растяжение, сжатие мышц, захватывая их руками; поперечное разминание мышц живота, накатывание; вибрационное поглаживание и потряхивание; похлопывание, поколачивание кулаком поперечно; рубление, сотрясение живота.

Приемы растирания, разминания и вибрации чередуют с поглаживанием. Ударные и вибрационные приемы разрешается применять только опытному массажисту и по назначению врача.

Показания. Массаж живота назначают при хроническом колите, сопровождающемся спастическим и атоническим запором, дискинезии желудка и кишок, хроническом гепатите в стадии ремиссии, дискинезии желчного



Рис. 82. Массаж живота



Рис. 83. Массаж сухой щеткой

пузыря, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирении, гипотонии кишок, спаечном процессе в послеоперационный период, последствиях травм.

Массаж живота при запоре, ожирении в области живота, хроническом колите делают специально предназначенным для этой цели резиновым мячом диаметром 5—8 см, который катают от пупка справа налево (по часовой стрелке) вначале малыми кругами возле самого пупка, а затем кругами большего диаметра по периферии живота и оттуда таким же образом мяч возвращают к пупку.

Массаж при газах в животе. Массажист становится за спиной стоящего прямо больного и охватывает его живот двумя руками таким образом, чтобы кончики пальцев оказались в подчревной области. С сильным нажимом пальцы проводят в сторону ребер так, чтобы кожа натягивалась. В этом положении пальцы оставляют на 2 мин. Так делают несколько раз.

Массаж при приливах крови и боли в голове. Массажист стоит за спиной сидящего больного и кладет ладони кистей ему на шею. I пальцы поддерживают затылок, а II и III пальцы приподнимают нижнюю челюсть. Голова больного при этом слегка приподнимается, и с вытянутой шеей он сидит 2 мин. Не следует надавливать на кровеносные сосуды на шее. Затем делают массаж затылочной и воротниковой зон.

Таким же образом делают массаж при невралгии тройничного нерва, только в этом случае шею вытягивают назад.

Массаж сухой щеткой делают во время воздушной ванны. Это самый простой массаж, который каждый может сделать сам. Для массажа используют щетки из щетины или из конского волоса. Вначале пользуются мягкими щетками, а затем — жесткими. Предпочтение отдают щеткам из щетины, так как они не слишком жесткие и не слишком мягкие (рис. 83).

Массаж сухой щеткой делают следующим образом: тело растирают сухой щеткой в различных направлениях до покраснения кожи. Женщинам живот и грудь лучше массировать круговыми движениями справа налево. Массаж нужно начать с шеи и закончить его на ступнях. Продолжительность процедуры не менее 10 мин. Рекомендуется сочетать массаж

гимнастическими упражнениями, глубоким дыханием и воздушными ваннами. Он укрепляет и освежает организм, усиливает функции кожи.

Массаж сухой щеткой показан при высоком АД, ожирении, импотенции, неврастении, ишиасе, бессоннице, астении, ревматизме, подагре, обильном потении нижних и верхних конечностей. Этот вид массажа не рекомендуется при воспалительных процессах на коже.

«Массаж» топтанием ног очень распространен в Болгарии. Больной или здоровый человек ложится на живот на пол с вытянутыми вдоль тела руками и ногами. Второй человек босыми ногами без подпрыгиваний топчется сперва на одной стороне тела пациента, начиная от шеи и заканчивая копчиком, а затем — на другой. Таким же образом делают массаж сначала одной ноги — от ступни к копчику, а затем — другой. Топтание продолжается 10—15 мин. Оно эффективно при ОРВИ и парезе конечностей.

После массажа пациенту полезно выпить горячий липовый чай или чай с ромашкой и медом и, хорошо укутавшись, лечь в постель.

Вакуум-терапия и вакуумный массаж

Применение банок, в которых создается пониженное давление, — простейшая вакуум-терапия. Обычно используют банки в виде небольших стеклянных сосудов с утолщенными округлыми краями (медицинские банки) или обычные банки из-под майонеза, в крайнем случае — граненые стаканы. Разрежение воздуха в банках создается внесением в них на короткое время намотанного на палочку в виде карандаша, смоченного в спирте или эфире, и затем зажженного кусочка ваты.

После удаления горящего факела банку быстро приставляют к коже, предварительно смазанной вазелином. Вследствие созданного в банке пониженного давления она втягивает в себя поверхностные ткани и удерживается на коже.

В зависимости от реакции кожи и выраженности гиперемии банки держат в течение 5—15 мин.

При вакуум-терапии активизируется периферическое кровообращение, улучшается питание кожи и мышц, ликвидируются застойные явления в тканях за счет вазоконстрикции или вазодилатации кровеносных и лимфатических сосудов, увеличивается выход на поверхность кожи токсических и недоокисленных продуктов, открываются спавшиеся и нефункционирующие капилляры. Вакуум-терапия оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. После снятия банок наблюдается активная гиперемия кожи. Все это рефлекторно сказывается на состоянии внутренних органов.

Вакуумный (баночный) массаж иногда делают банками из-под майонеза. Перед процедурой спину или поясничную область смазывают вазелином или кремом (жиром) и ставят две банки. Они создают вакуум в 3—4 раза сильнее, чем медицинские банки. Затем одновременно обе банки передвигают параллельно позвоночнику от шеи до крестца и обратно, оставляя в особо больном месте на 30 с. Так перемещают обе банки в течение 1 мин. Затем делают перерыв на 1 мин и снова повторяют

процедуру, не снимая банки. Сеанс длится до 10 мин. После него делают легкое растирание муравьиным, салициловым или камфорным спиртом.

Сухие медицинские банки можно ставить на туловище, верхние и нижние конечности. Вакуумный массаж показан при боли в крупных суставах, бронхите, миозите, заболеваниях легких. Большими банками делают массаж при заболеваниях позвоночника (спондилез, спондилоартроз), радикулите, миозите, нейромиозите.

Точечный массаж

Точечный массаж с успехом применялся в Китае еще до нашей эры. По-видимому, он и дал начало иглоукалыванию.

Точечный массаж называется в Китае «пальцевой чжэнь», то есть надавливание пальцем на кожу в месте расположения зоны (Чжу Лян, 1959); в западных странах — прессацией. В нашей стране применяют термин «точечный массаж». Однако нельзя согласиться с представлением, что пальцевой чжэнь — это надавливание пальцем на кожу в месте расположения точки, так как при этом оказывается воздействие не только на точки кожи и экстерорецепторы, но и на проприорецепторы, расположенные в коже, мышцах, сосудах, надкостнице и других тканях.

В Китае и в настоящее время точечный массаж является предметом изучения в школе, а на предприятиях систематически проводят курсы обучения самомассажу зон.

В Японии применяют метод шиатсу (ши — пальцы, атсу — давление) — лечение заболеваний надавливанием пальцев в так называемых точках цубо (акупунктурные точки на меридианах).

Акупрессура основывается на опыте, полученном при проведении акупунктуры. В этом случае производят прессацию акупунктурных зон.

Пальцевой точечный массаж — эффективный способ лечения, который имеет определенные показания и противопоказания. Акупрессура не может заменить современные методы лечения заболеваний. Однако она нередко даёт положительные результаты при функциональных расстройствах нервной системы, синдроме укачивания, токсикозе беременных, зубной боли, мигрени, бронхиальной астме и других болезненных проявлениях.

Механизм действия точечного массажа. Согласно современным данным, точечный массаж вызывает сложные взаимообусловленные процессы, которые формируются при механическом раздражении акупунктурных зон и регулируются ЦНС.

Начальным звеном в цепи нервно-рефлекторных реакций является механическое раздражение экстеро- и проприорецепторов, особенно барорецепторов, в результате чего эти рецепторы преобразуют внешнюю энергию в импульс или кодируют переданное раздражение. Огромное количество импульсов передается в таламус, а отсюда — в кору большого мозга, где формируется ответная реакция.

Тело человека имеет положительный и отрицательный полюсы. Сердце представляет собой отрицательный полюс, а правая сторона мозга — положительный.

жительный. Между сердцем и мозгом должно быть равновесие. Акупрессура и акупунктура, применяемые тысячелетиями в странах Востока, создают ровный поток импульсов, которые поступают из множества зон (точек) в ЦНС. После интеграции полученных импульсов в виде электрической энергии ЦНС реализует воздействие через конкретные нервно-рефлекторные, вегетативно-сосудистые, лимфатические и нейрогуморальные механизмы на болезненный орган или участок тела.

ПАЛЬЦЕВОЙ ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ

Пальцевой точечный массаж — это ритмическое массирование пальцами акупунктурной зоны. Следует отличать массаж акупунктурных зон от общего массажа. Вместе с тем, способы точечного массажа нередко сочетают с отдельными приемами общего лечебного массажа.

Возвание одного или трех пальцев в мышцу или второго сустава III пальца в полусогнутом виде не является приемом точечного массажа, так как при этом травмируются клетки кожи, капилляры, мышцы и подлежащие ткани.

Некоторые авторы предлагают выполнять точечный массаж стержнями или палочками с гладкой закругленной поверхностью из твердых пород дерева, нержавеющей стали (диаметр сферической поверхности 3—5—8 мм). Массаж, выполняемый вспомогательными приспособлениями, называют механотерапией. Практика показывает, что эффективность механотерапии и пальцевого массажа различна. Воздействуя на акупунктурные зоны вспомогательным предметом, врач или массажист не чувствует реакции тканей, ему трудно контролировать силу воздействия.

Существуют следующие приемы точечного массажа: круговое поглаживание, надавливание и вибрация. Выбор массажных приемов зависит от исходного состояния организма, выраженности и особенностей патологического процесса. Их корректируют с учетом ответных реакций организма. Например, при артрите коленного сустава методом пальпации определяют болевые зоны, затем их массируют надавливанием средней интенсивности на соединительную ткань или надкостницу. Такой массаж эффективен при заболеваниях надкостницы или соединительной ткани в месте прикрепления сухожилий, а также при заболеваниях костей и суставов.

Точечный массаж имеет ряд достоинств: 1) этому виду массажа может научиться каждый медицинский работник; 2) при проведении точечного массажа не требуются какие-либо приборы, приспособления или дезинфицирующие средства; 3) гигиенические требования при проведении процедур минимальные; 4) точечный массаж можно делать амбулаторно и в любых условиях (на улице, в транспорте, производственном помещении); 5) его можно использовать для снятия усталости и с профилактической целью; 6) пальцевая акупрессура очень удобна при оказании экстренной помощи, а также при самолечении определенных болезней.

Массаж методом пальцевой акупрессуры используют на всех этапах медицинской реабилитации больных. Он показан при подострых и хронич-

ческих заболеваниях органов кровообращения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и других функциональных расстройствах. Акупрессу применяют как средство первичной и вторичной профилактики, для восстановления работоспособности и при физическом переутомлении. Пальцевой массаж рекомендуется как взрослым, так и детям старше одного года. К противопоказаниям относят:

1) кровотечение, кровоточивость в послеоперационный период, распространенные аллергические реакции; 2) невроты, сопровождающиеся неэффективными взрывами, навязчивым состоянием, судорожными припадками; 3) грибковые заболевания ногтей и кожи, кератомикоз, эпидермомикоз, вирусный дерматоз; 4) состояние острого психического возбуждения и опьянения, наркомания.

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МАССАЖИСТУ

Массажист обязан хорошо знать анатомию и физиологию человека.

Массажист должен самым тщательным образом следить за чистотой рук и ногтей. Руки должны быть теплыми, сухими, с коротко остриженными ногтями, сильными, тренированными. Применение талька и других средств, особенно имеющих запах, недопустимо. Перед массажем руки рекомендуется обрабатывать чистым денатурированным спиртом. На пальцах и ладонях массажиста не должно быть трещин. На руках не должно быть никаких украшений, чтобы не травмировать кожу пациента.

Во время массажа врач должен спрашивать пациента о его ощущениях.

Массажист должен уметь распределять свои силы в течение сеанса и одинаково владеть правой и левой рукой. Его пальцы должны быть гибкими, мягкими, сильными, не иметь мозолей и омозололостей. Для увеличения подвижности кисти в лучезапястном суставе, пальцах и релаксация мышц рук необходимо делать специальную гимнастику.

При проведении пальцевой акупрессуры выбирают такое положение, при котором исключалась бы возможность утомления не участвующими в работе мышцами.

Пальцевой массаж грязной кожи способствует проникновению бактерий в лимфатические пути. В этом случае врач имеет право отказаться от проведения массажа. Следует проявлять осторожность, если увеличены ближайшие лимфатические узлы. Поэтому перед началом массажа врач должен осмотреть больного и в случае необходимости направить его на дополнительное обследование. Только после установления окончательного диагноза массажист выбирает метод лечения с учетом возраста и состояния больного.

Врач может научить больного, как определять и массировать акупунктурные зоны в домашних условиях.

МЕТОДИКА ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА

Точечный массаж определенных зон акупунктуры включает следующие приемы: 1) поглаживание; 2) растирание с надавливанием; 3) вибрацию. Кроме того, могут применяться и вспомогательные методы общего лечебного массажа.

На практике эти приемы применяют в такой последовательности: вначале делают поглаживание, затем — растирание с прессацией, вибрацию и заканчивают сеанс поглаживанием. При оказании неотложной помощи часто применяют растирание с прессацией или вибрацию.

Точечный массаж делают I, II и III пальцами, иногда — безымянным.

Поглаживание производят II, III или IV пальцами; растирание с надавливанием — I, II, III и IV (рис. 84); вибрацию — I, II и III пальцами.

Поглаживание производят медленным скольжением подушечки концевой фаланги пальца по коже вращательными центробежными движениями в акупунктурной зоне, не сдвигая при этом кожу. В зависимости от расположения точки, например на спине, в качестве вспомогательного метода можно использовать поглаживание ладонной поверхностью кистей всего сегмента или области тела. Это улучшает кожное дыхание и активизирует секреторную функцию кожи, усиливает лимфообращение и капиллярное кровообращение за счет резервных капилляров, активизирует тканевый обмен.

При поглаживании волосистой части головы применяют также граблеобразный прием (рис. 85). Разведенные пальцы (подушечки кончиков пальцев) располагают под волосами на коже головы и производят поглаживание продольными, зигзагообразными и круговыми движениями, не сдвигая при этом кожу. Движения должны быть медленными, ритмичными.

Растирание с надавливанием. Растирание делают непрерывно, намного энергичнее, чем поглаживание.

Рис. 84. Положение пальцев при точечном массаже



Рис. 85. Граблеобразный прием массажа головы



Различают три вида массажа: 1) легкий круговой; 2) средней интенсивности; 3) с сильным давлением.

Легкий массаж зоны следует делать быстро, поверхностными и легкими надавливаниями кончиками пальцев (но не I пальцем), совершая при этом перемещения по радиостремительным концентрическим спиральям. Легкое круговое растирание применяют при острой боли, припухлости тканей, мышечной слабости, а также при оказании первой помощи.

Массаж средней интенсивности в зонах акупунктуры делают вращательными, центробежными, радиостремительными или круговыми движениями. Вначале эти движения должны быть медленными при слабом статическом давлении, которое постепенно усиливают до появления чувства распирания; увеличивают частоту вращения. Далее переходят к более медленным вращательным и легким поверхностным движениям. Считают, что массаж средней интенсивности показан при отсутствии органических осложнений, при хронических болезнях, хорошем самочувствии. Продолжительность воздействия, амплитуда, ритм и частота вращательных движений и число точек воздействия зависят от характера болезненного процесса и задачи лечения. Частота вращательных движений в среднем составляет 60—120 вращений в 1 мин с нарастающим давлением (около 1,5 кг). Надавливания должны длиться от 1 до 5 мин. Этот способ можно применять для снятия усталости, повышения тонуса кожи и мышц, а также при центральном гемипарезе и нередко возникающих при этом отеках.

Массаж с сильным давлением применяют при боли. Его делают I и II пальцами. После нахождения точки к коже прикладывают палец и делают 2—3 вращательных движения в секунду, постепенно увеличивая силу прессации до 3—5 кг. Не всегда процедура начинается с поглаживания зоны воздействия. При этом смещают только кожу. Массирующий палец должен оставаться на точке.

Продолжительность точечного массажа зависит от интенсивности боли и выбора точки воздействия (от 1 до 5 мин). Облегчение наступает через 20 с.

Нельзя делать точечный массаж ногтем, так как это травмирует кожу и причиняет дополнительную боль. Нельзя делать толчкообразные надавливания, напоминающие удары.

Вибрация с надавливанием (рис. 86). Действие вибрации не ограничивается только местом раздражения. Оно может распространяться по периферии, а также вглубь, вызывая разнообразные ответные реакции организма.

Палец массажиста (I, II или III), не отрываясь от массируемой зоны (точки), производит ритмичные колебательные движения с надавливанием (легким, средней силы или сильным).

Выполняя вибрационный точечный массаж подушечкой пальца, массажист должен чувствовать, что его рука и массируемая часть тела составляют как бы единое целое.

Вибрацию II или III пальцами чаще применяют при воздействии на точки в области головы и лица (например, у места выхода надглазничного нерва и т. д.); I и III пальцами — в области спины в местах выхода нервных корешков, а также в местах с более развитыми мышцами и жировыми отложениями.

Продолжительность одного надавливания от 5 до 7 с, за исключением участков вокруг шеи, где она не должна превышать 3 с. Давление должно быть мягким и перпендикулярным поверхности кожи. Большими пальцами (подушечками) всегда надавливают вниз, никогда не дают вперед кончиками пальцев, так как это может утомить или даже повредить руки. Давление на точку должно быть таким, чтобы у пациента возникли «особые ощущения», но боль должна быть вполне терпимой.

Принципы подбора точек для точечного массажа. Методом пальпации определяют точки, расположенные ближе к больному месту. Затем находят точки соответственно сегменту в более отдаленных местах.

Следует различать три степени активности акупунктурной точки. Точка малоактивна, если даже при сильном надавливании на нее пальцем боль не возникает; активна, если даже при несильном надавливании появляется ощущение боли; очень активна, если в ней появляется самопроизвольная боль (иногда сильная) или кожа над точкой сильно чешется.

Выявив активные и очень активные точки, используют методы и приемы пальцевого точечного массажа.

Следует особо подчеркнуть, что воздействие на акупунктурные точки при многих болезнях может привести к исчезновению всех проявлений заболевания. Бесспорно, лучший результат лечения достигается при сочетании массажа с другими методами.



ЗОНЫ АКУПРЕССУРЫ

1-я зона

Расположена на средней линии головы, соединяющей переносицу с затылочным бугром, на поперечный размер пальца выше передней границы волосистой части головы или приблизительно на 5 см впереди переднего родничка (рис. 87, 88).

Показания: заболевания желудка, трахеи, головокружение; воздействует на варолиев мост в стволовой части мозга.

2-я зона

Расположена на средней линии головы непосредственно на переднем родничке (см. рис. 87, 88).

Показания: головная боль сжимающего характера. В этом случае надо массировать еще 30-ю точку (симпатическую, относящуюся ко всему организму). Вторая зона оказывает воздействие на регуляцию внутрече-



Рис. 87. Точки акупунктуры на лице в профиль

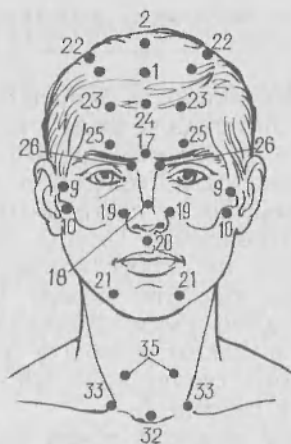


Рис. 88. Точки акупунктуры на лице в фас

репного давления. При некоторых глазных болезнях рекомендуется воздействовать на 2-ю и 30-ю точки.

3-я зона

Расположена на средней линии головы, приблизительно на 2,5 см впереди заднего родничка (см. рис. 87).

Показания: спазмы в брюшной полости, метеоризм, болезни желудка. Рефлекторно связана с привратником, а также с нервным сплетением сердца. При массировании этой зоны некоторые пациенты чувствуют покалывание по всему телу.

4-я зона

Расположена на заднем родничке на средней линии головы (см. рис. 87).

Показания: заболевания мозга, отек нижних конечностей, гипертоническая болезнь. При акупунктуре этой точки уравнивается энергия между гипофизом и шишковидной железой. Точка имеет большое значение в лечебной практике.

5-я зона

Расположена на средней линии затылочной области, на верхней выемке затылочного бугра (см. рис. 87).

Показания: паралич, заболевания желудка, метеоризм. Рефлекторно связана с продолговатым мозгом и поджелудочной железой.

6-я зона

Расположена на переднем крае височной кости в месте соединения с лобной костью. Точка парная (см. рис. 87).

Показания: диплопия, заболевания кишок. Повышенная чувствитель-

ность или боль при пальпации этих точек указывает на патологию черепных нервов.

7-я зона

Расположена позади 6-й точки, точнее, в том месте, где лобные кости соединяются с теменной. Точка парная (см. рис. 87).

Воздействует на эмоциональный центр мозга. Массаж этих точек помогает ослабить одни типы головной боли и совершенно устранить другие. Акупрессуру производят только под наблюдением врача.

8-я зона

Расположена в области височной кости, на ширину пальца спереди и чуть кверху от края ушной раковины. Точка парная (см. рис. 87, 88).

Оказывает влияние на мозг и спинномозговые нервы.

9-я зона

Расположена спереди ушной раковины, в месте прикрепления завитка к височной области. Точка парная (см. рис. 87, 88).

Показания: заболевания почек и толстой кишки (главные точки).

10-я зона

Расположена ниже 9-й точки, кпереди и кверху от козелка у заднего края сустава нижней челюсти. Точка парная (см. рис. 87, 88).

Показания: атеросклероз, сосудистое поражение мышцы сердца, легких, глаз, евстахиит, головная боль. При заболеваниях сердца, если эти точки болезненны, их массируют одновременно.

11-я зона

Расположена у шиловидного отростка сзади и на 1,5 см книзу от мочки ушной раковины. Точка парная (см. рис. 87).

Показания: амнезия. Надавливание на эту точку оказывает влияние на мозг.

12-я зона

Расположена в выемке нижней челюсти. Положите II палец в выемку и давите вперед (см. рис. 87).

Показания: заболевания глаз, отравление. Больные глаукомой и лица, носящие бифокальные очки, при надавливании на эту точку чувствуют боль. Массаж этой точки оказывает сильное влияние на внутриглазное давление. Надавливание II пальцем кпереди вызывает ощущение теплоты позади глаза, так как улучшается кровообращение в этой области. Если почувствуете тошноту, следует прекратить надавливание на некоторое время. Когда чувство тошноты пройдет, процедуру можно продолжить.

13-я зона

Расположена ниже мочки уха, на 1,5 см кпереди и на 2 см кверху от заднего угла нижней челюсти, на жевательных мышцах во впадине, выявляемой при пальпации (см. рис. 87).

Показания: паралич лицевого нерва, афония, контрактура мимических мышц (воздействие на все мышцы лица, глаза, устранение преждевременных морщин); паротит, предотвращает развитие орхита у подростков и молодых мужчин и оофорита у женщин.

14-я зона

Расположена у выемки нижнего края, сзади под нижней челюстью (см. рис. 87).

Показания: боль в зубах нижней челюсти.

15-я зона

Расположена спереди от суставного отростка нижней челюсти, под дугой скуловой кости (см. рис. 87).

Показания: синусит, особенно воспалительный процесс в лобных пазухах.

16-я зона

Расположена на середине бровей, в выемке лобной кости (см. рис. 87, 88).

Показания: заболевания глаз, головная боль в лобной области, мигрень, пищевое отравление. Если водитель автомобиля начинает засыпать за рулем, то следует надавливать на эти точки в течение нескольких секунд.

17-я зона

Расположена в центре между бровями, у корня носа (см. рис. 87, 88).

Показания: заболевания глаз, невралгия тройничного нерва, боль с чувством распирания в области глазного яблока, воспаление лобной пазухи, дисфункция желудка, головная боль, заложенность в носу.

18-я зона

Расположена на середине спинки носа, где заканчивается кость и начинается хрящ (см. рис. 87, 88).

Показания: язва двенадцатиперстной кишки. Массаж делают ежедневно до наступления улучшения. При ОРВИ массаж этой точки позволяет предупредить воспаление легких.

19-я зона

Расположена у верхнего конца боковой бороздки крыла носа, во впадине на краю грушевидного отверстия (см. рис. 87, 88).

Показания: аллергия, аллергический ринит, носовое кровотечение, бронхиальная астма, паралич лицевого нерва.

20-я зона

Расположена у основания носовой перегородки в верхней трети вертикальной бороздки верхней губы (см. рис. 87, 88).

Показания: бессознательное состояние (очень важная точка при оказании неотложной помощи), кома, шок, эпилепсия, сахарный диабет, истерия.

рия, психические расстройства. Это противочихательный центр. Точка связана с передней долей гипофиза, ее можно использовать при некоторых видах паралича.

21-я зона

Расположена по обеим сторонам подбородка на пересечении переднего края угла рта и линии, проходящей через центральную ямку подбородка. Точка связана с задней долей гипофиза (см. рис. 87, 88).

Показания: ринит, паралич лицевого нерва, язвенный стоматит, боль в зубах нижней челюсти. Специфическая точка для лечения ринита.

22-я зона (сильвиева борозда)

Эта зона имеет форму подковы, которая начинается на месте соединения лобной, теменной и височной костей, проходит полосой шириной 2 см по верхнему краю места сращения височной и теменной костей назад, к месту сращения затылочной и теменной костей, где при пальпации определяется впадина. Каждая зона (справа и слева) разделяется на переднюю (от лобно-теменного сращения до ушной раковины) и заднюю (от ушной раковины до средней линии затылка) (см. рис. 87).

Показания: заболевания глаз и голосовых связок (воздействуют на переднюю часть зоны). Воздействием на заднюю часть зоны слева лечат венечные артерии, а также капилляры легких.

23-я зона (соматическая)

Расположена на расстоянии 2 поперечных размеров пальца от надбровных дуг. От виска к виску проходит костный валик, переходящий в лобные бугры, кверху к височной кости примерно на 4 см (см. рис. 87).

Центральная часть (от лобного бугра слева до лобного бугра справа), за исключением двух небольших участков, расположенных над началом брови — это соматическая и психическая зона. Надавливанием на участки над началом бровей лечат нарушения зрения (туман в глазах).

24-я зона

Расположена посредине между зонами 23. Это главная точка гипофиза (см. рис. 87).

Показания: переполнение кровью гипофиза и нарушение мозгового кровообращения. Если эта точка болезненна при пальпации, то гипофиз переполнен кровью.

25-я зона (соматическая)

Парная точка, расположена в надглазничной выемке, под бровями (см. рис. 87).

Показания: невралгия седалищного нерва, боль в поясничной области и нижних конечностях. Надавливание подушечками больших пальцев лечит головную боль лобной области и плеврит. Точка связывает, при воздействии на нее, мозг с печенью и желчным пузырем.

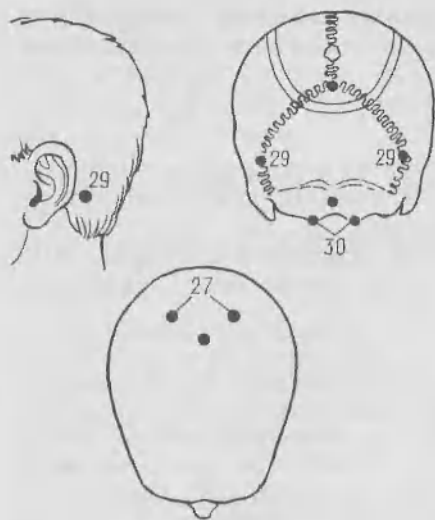


Рис. 89. Точки акупрессуры на теменной и затылочной областях головы

26-я зона

Парная точка, расположена в начале бровей по обе стороны переносицы, соответствует точке акупунктуры цуаньчжу V2 (см. рис. 87).

Показания: чрезмерное напряжение глаз — это одна из наиболее частых причин головной боли; заболевания желудка, синусит, слезотечение, паралич лицевого нерва, головокружение. Любой болезненный участок в этой области можно массировать I пальцем, давить следует вверх.

27-я зона (соматическая)

Парная точка, расположена на теменной кости по обеим сторонам от 3-й точки (бай-хуэй T20) — в стороны и назад на 2,5 см (рис. 89).

Показания: нарушение функции мозжечка, глазные болезни. Массирование 27-й и 2-й точек устраняет боль в глазах, оказывает воздействие на весь организм.

28-я зона

Зону легко найти, если в слуховой проход вставить II палец подушечкой в сторону козелка, а затем надавить вверх по направлению к носу — это и будет 28-я зона, что соответствует 28-й аурикулярной точке акупунктуры (гипофиз в области противокозелка) (см. рис. 89). При надавливании во всем теле или только в конечностях возникают необычные ощущения.

Показания: повышение АД, нарушение функции желез внутренней секреции. Воздействие на точку дает хороший седативный, бронхолитический и снотворный эффекты.

29-я зона

Расположена в небольшой впадине над сосцевидным отростком височной кости (см. рис. 89).

Показания: головная боль, воспаление и закупорка вен, интоксикация. Воздействие на точку улучшает память.

30-я зона

Расположена у основания черепа во впадине по обеим сторонам от середины подзатылочной ямки (см. рис. 89).

Показания: головная боль, глазные болезни, носовое кровотечение. Носовые кровотечения могут быть при заболевании селезенки.

31-я зона (соматическая)

Расположена вдоль боковых мышц шеи у поперечных отростков шейных позвонков (см. рис. 87).

Показания: заболевания тонкой и толстой кишок. Акупрессуру делают очень мягко.

32-я зона

Расположена на верхнем крае грудины (яремная вырезка). Надавливание на яремную вырезку грудины открывает верхнее отверстие желудка (см. рис. 88).

Показания: бронхиальная астма, заболевания пищевода, органов брюшной полости, почек, матки. Надавливание на эту зону лечит переднюю и заднюю часть горла. Надавливая на правую часть зоны, лечат правую сторону горла, а на левую часть — левую сторону горла. Воздействие на зону показано при вправлении грыжи.

33-я зона (соматическая)

Парная точка, расположена на внутреннем крае ключицы и нижнем крае грудиноключично-сосцевидной мышцы (см. рис. 87, 88).

Левая точка воздействует на левую сторону тела, область сердца (оказывает сосудорасширяющее действие) и левую верхнюю конечность; правая — на правую верхнюю конечность и правую сторону тела при парезе и параличе.

34-я зона (метаболизма)

Расположена на латеральной стороне верхнего края ключицы (см. рис. 87, 88).

Показания: нарушения обмена веществ (очень важная точка).

35-я зона (щитовидная железа)

Расположена на передней поверхности шеи в области щитовидной железы, на 1 цунь к середине от грудиноключично-сосцевидной мышцы. Точка парная, так как железа имеет две доли (см. рис. 87, 88).

Показания: нарушения обмена веществ, при недостаточной или избыточной массе тела. Регулирует температуру тела.

36-я зона

Расположена по средней линии грудины, в выемке между I и II ребрами; соответствует точке акупунктуры хуа-гай J20 (см. рис. 87, 88).

Показания: заболевания тонкой кишки, метеоризм, асцит, отеки лодыжки и стоп, воспаление мочевого пузыря.

37-я зона

Расположена на груди, ниже 36-й точки, между II и III ребрами; соответствует точке акупунктуры цзы-гуи J19.

Показания: гастрит с повышенной кислотностью, кашель, икота, повышение АД, бронхиальная астма.

38-я зона

Расположена на правой стороне между III и IV ребрами у грудины (рис. 90).

Показания: заболевания желчного пузыря, запор, миокардит, панкреатит. Оказывает воздействие на правую часть диафрагмы, блуждающий нерв.

39-я зона

Расположена на левой стороне между III и IV ребрами у грудины (см. рис. 90).

Показания: заболевания сердечных клапанов, кишок, блуждающего и диафрагмального нервов, бронхит.

40-я зона

Расположена слева и справа на передней поверхности грудной клетки, у нижнего края прикрепления VIII ребра; соответствует точке акупунктуры бу-жун E19.

Показания: задержка мочеиспускания, отек подкожной основы, расстройство пищеварения, метеоризм, мигрирующая боль в животе, опущение брюшных органов вследствие водянки, сильное сердцебиение, бронхиальная астма, боль в подреберье.

41-я зона

Расположена в четвертом межреберье на уровне соска, на 3 поперечных размера пальца кнаружи; соответствует акупунктурной точке тянь-чи MC1 (см. рис. 90).

Показания: заболевания половых органов (яичники, предстательная железа, семенные канатики, матка, маточные трубы), грудной и щитовидной желез. Следует иметь в виду, что при этих заболеваниях могут быть психические расстройства.

42-я зона

Парная точка, расположена между V и VI ребрами у грудины (см. рис. 90).

Показания: заболевания сердца. Эта точка влияет на гормоны, воздействующие на сердце.

43-я зона

Расположена между V и VI ребрами, под сосками молочных желез; соответствует точке акупунктуры жу-гэнь E18 (см. рис. 90).

Показания: бронхит, заболевания легких.

44-я зона

Расположена между ключицей и I ребром у грудины; соответствует акупунктурной точке шу-фу R26 (см. рис. 90).

Показания: бронхит, трахеит, боль в спине, плеврит, межреберная невралгия, тошнота, рвота.

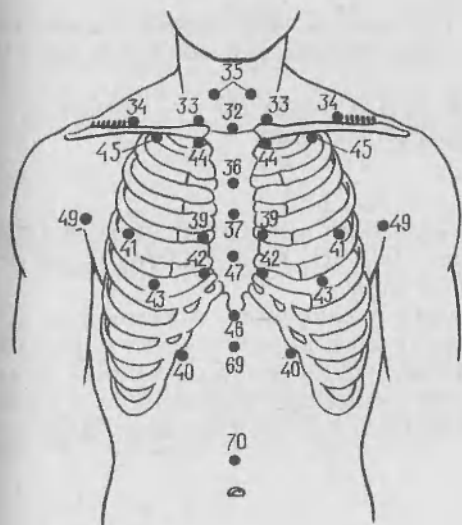


Рис. 90. Точки акупрессуры на груди

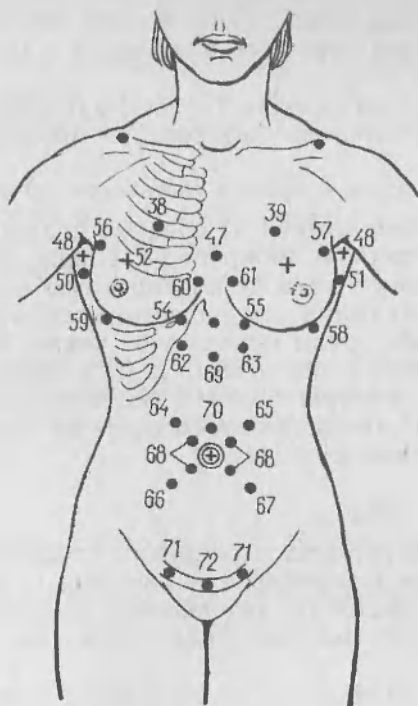


Рис. 91. Точки акупрессуры на груди и животе

45-я зона (соматическая)

Расположена между I и II ребрами на средней ключичной линии; соответствует точке акупунктуры ку-фан E14 (см. рис. 90).

Показания: одышка, бронхит, плеврит, кашель, отравление табаком, столбняк.

46-я зона

Расположена на конце мечевидного отростка грудины (см. рис. 90).

Показания: закупорка вен, сужение пищевода.

47-я зона (непарная)

Расположена на горизонтальной линии сосков или во впадине грудины, на уровне вырезки V ребра; соответствует точке акупунктуры тань-чжун J17 (см. рис. 90, 91).

Показания: сужение пищевода, бронхиальная астма, боль в сердце, бронхит, мастит.

48-я зона — левая (артериальная кровь)

Расположена в подмышечной впадине левой верхней конечности, на средней подмышечной линии в четвертом межреберье; четко определяется

при поднятии плеча. В этой области проходят межреберный и длинный грудной нервы, межреберная и латеральная грудная артерии (см. рис. 90, 91).

Точка связана со всей артериальной сетью через аорту, сердце.

Показания: заболевания органов кровообращения.

49-я зона — правая (венозная кровь)

Расположена на средней подмышечной линии в подмышечной впадине в четвертом межреберье справа (см. рис. 90, 91). Она действует на всю венозную сеть через воротную вену и печень.

Показания: нарушение кровообращения в венозной системе.

Обе точки используют также при закупорке лимфатических сосудов.

Примечание: 48-я и 49-я зоны соответствуют расположению точек акупунктуры юань-е VB22 и используются также при увеличении и воспалении лимфатических узлов на шее и в подмышечных впадинах, плеврите и общей слабости.

50-я зона

Расположена с правой стороны, на средней подмышечной линии, в пятом межреберье, на уровне правого соска (см. рис. 91).

Показания: заболевания печени, общая слабость, бронхиальная астма, плеврит, межреберная невралгия.

51-я зона

Расположена с левой стороны, на средней подмышечной линии, на уровне левого соска (см. рис. 91).

Показания: заболевания желудка, селезенки, межреберная невралгия, общая слабость.

52-я зона

Расположена с правой стороны в третьем межреберье по ключично-сосковой линии (выше соска); соответствует точке акупунктуры ин-чуан E10 (см. рис. 91).

Показания: заболевания вен тонкой и толстой кишок, а также плеврит, хронический бронхит, мастит.

53-я зона

Расположена с левой стороны в третьем межреберье, выше соска на ключично-сосковой линии (см. рис. 91).

Показания: нарушения функции артерий тонкой и толстой кишок, заболевания сердца, мастит.

54-я зона

Расположена на правой стороне, в пятом межреберье, между нижним внутренним краем молочной железы и реберной дугой (см. рис. 91).

Показания: заболевания правой почки и правого отдела толстой кишки.

55-я зона

Расположена с левой стороны в пятом межреберье, между нижневнутренним краем молочной железы и реберной дугой (см. рис. 91).

Показания: заболевания левой почки и левого отдела толстой кишки.

56-я зона

Расположена на наружной стороне правой молочной железы, в месте перехода передней складки подмышечной впадины (см. рис. 91).

Показания: заболевания молочной железы и вен.

57-я зона

Расположена на наружной стороне левой молочной железы кверху от перехода грудной мышцы в складку подмышечной ямки (см. рис. 91).

Показания: заболевания молочной железы, аорты, общая слабость, чувство прилива крови к сердцу.

58-я зона

Расположена на наружнонижней стороне левой молочной железы, на VII ребре (см. рис. 91).

Показания: гепатит, боль в надчревной области, мастит, пневмония.

59-я зона

Расположена так же, как 58-я точка, но с левой стороны (см. рис. 91).

Показания: нарушения кровообращения сердца, заболевания молочной железы, улучшает лимфообращение в этой области.

60-я зона

Расположена с правой стороны в четвертом межреберье, там, где IV ребро и грудная мышца соединяются с грудиной (см. рис. 91).

Показания: заболевания молочной железы, печени и ушей, особенно при глухоте и звоне в ушах, мастит.

61-я зона

Расположена так же, как 60-я точка, но с левой стороны (см. рис. 91).

Показания: заболевания молочной железы, нарушение лимфообращения. Надавливание на точку снижает давление крови в сердце. Точку используют также при глухоте, звоне в ушах, вздутии живота, водянке, задержке в организме жидкости, боли в прямой кишке и анусе, а также при нарушениях пищеварения — гастрите, изжоге, отрыжке, диспепсии, тошноте.

62-я зона

Расположена на правой стороне, в месте прикрепления хряща VIII ребра. Это — энергетический центр для поджелудочной железы (см. рис. 91).

Показания: заболевания поджелудочной железы, печени.

76-я зона

Расположена на остистом отростке VII шейного позвонка (см. рис. 92).

Показания: заболевания сердца, спинного мозга и спинномозговых нервов. Эта точка оказывает влияние на гипофиз, щитовидную железу и кости скелета. Поэтому при переломе кости или трещине в ней прикосновение к этой точке очень болезненно.

77-я зона

Расположена у заднего края плечевого сустава, на подмышечной линии, в углу сочленения плечевой кости с лопаткой (см. рис. 92).

Показания: воспаление и другие заболевания плечевого сустава (очень важная точка).

78-я зона

Расположена над плечевым суставом, между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плечевой кости (соответствует впадине, образующейся при поднятии верхней конечности вверх; см. рис. 92).

Показания: паралич, кровоподтек в любой части тела, ушиб головы (независимо от его давности), тик и контрактура мышц затылочной и плечелопаточной области, артрит плечевого сустава с ограничением движения, крапивница, физическое переутомление, шок, особенно электрический, и его последствия на сердце.

79-я зона

Парная точка расположена в центре лопатки (см. рис. 92).

Показания: заболевания легких, сердца, боль в плече.

80-я зона

Расположена на поперечном отростке I поясничного позвонка (см. рис. 92).

Надавливание на правый поперечный отросток позвонка избавляет от боли в желчном пузыре, на левый — снимает напряжение в бедре. Точку используют и при лечении желудочно-кишечных заболеваний.

81-я зона

Расположена на поперечном отростке V поясничного позвонка (см. рис. 92).

Показания: напряжение в брюшной области, в пояснице; боль в нижних конечностях.

82-я зона (копчик)

Расположена на конце копчиковой кости (см. рис. 92).

Показания: функциональные расстройства тазовых органов, желудка, ЦНС. Для передачи импульса (энергии) к указанным органам необходимо надавливать на копчиковую кость в направлении головы.

83-я зона

Расположена посредине верхнего края оси лопатки (см. рис. 92).

Надавливание на зону снижает напряжение в верхних конечностях, а также вызывает ощущение теплоты и силы во всем теле.

84-я зона

Расположена под локтевым выступом, на конце локтевого сустава. В этом месте определяется ямка при согнутом локтевом суставе. Эти точки связаны с паращитовидными и щитовидными железами (рис. 93).

Показания: сахарный диабет и гипогликемия.

85-я зона

Расположена на передней стороне плечевой кости и проходит от локтевого сустава до головки плечевого пояса шириной 1,5—2 см (см. рис. 93).

Показания: атония желудка. Надавливать на обе зоны одновременно. Показана также при боли в голове, шее и верхних конечностях.

86-я зона

Расположена на задней поверхности нижней конечности посредине икроножных мышц (см. рис. 94).

Показания: заболевания толстой кишки, боль в нижних конечностях.

87-я зона

Расположена ниже коленной чашечки, в месте расхождения большеберцовой и малоберцовой костей (см. рис. 94).

Надавливание на эту зону оказывает тонизирующее действие на весь организм, стимулирует половые железы и всю лимфатическую систему. Показания: боль в стопах, сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, глаз, органов пищеварения, истощение после тяжелых заболеваний, обморок после родов, головокружение, артериальная гипотензия.

88-я зона

Расположена на латеральной поверхности верхней трети голени, на большеберцовой кости (см. рис. 94).

Надавливание в этой зоне на обеих нижних конечностях избавляет от боли в них и в крестцовой области, а также стимулирует выработку гормонов половых желез. Показания: отек нижних конечностей, боль и судороги в мышцах голени.

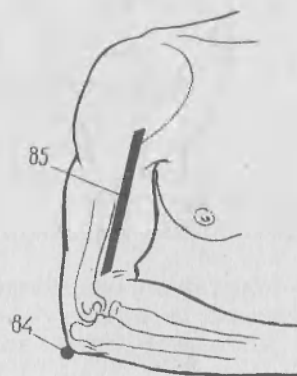
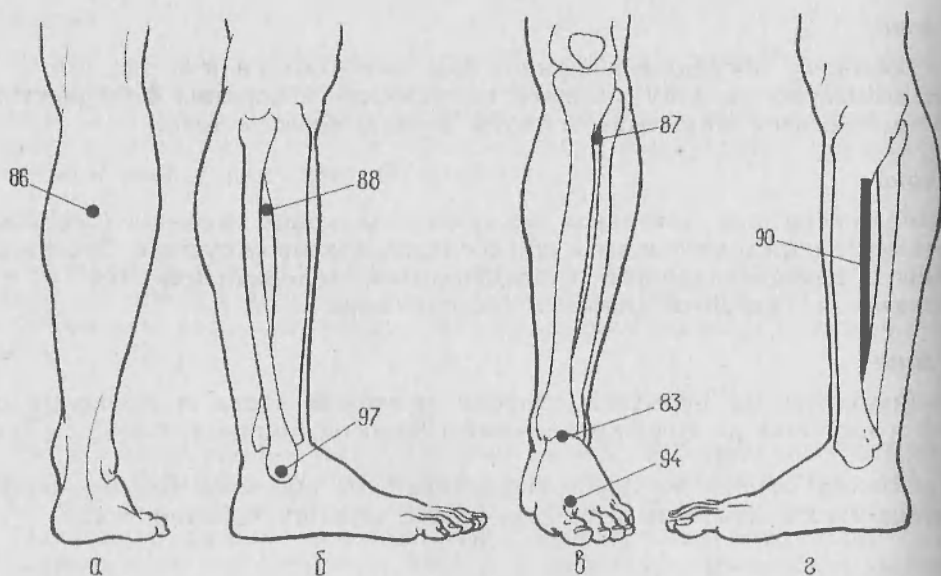


Рис. 93. Зоны акупрессуры на плече и локте

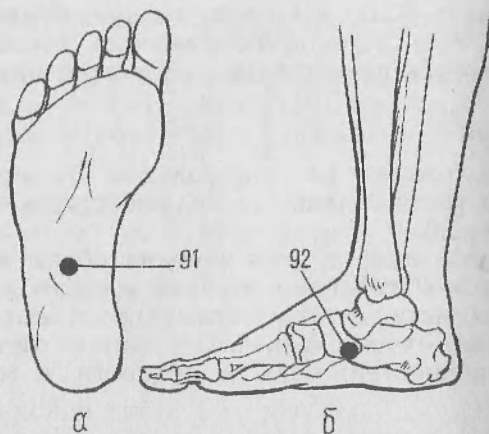
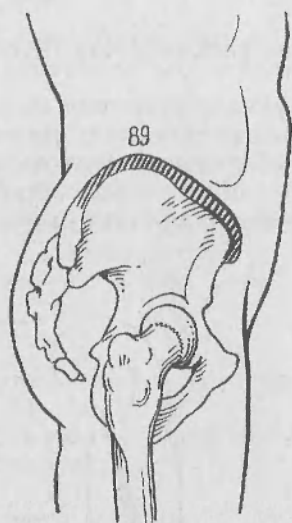


↑

Рис. 94. Точка акупрессуры на голени (а—г)

Рис. 95. Зона акупрессуры на гребне
подвздошной кости и голени

Рис. 96. Точка акупрессуры на подошве
(а) и медиальной стороне стопы (б)



89-я зона

Расположена вдоль гребня подвздошной кости (рис. 95).

Показания: заболевания кишок, связанные с ожирением; ожирение.

90-я зона

Расположена на внутренней стороне у края большеберцовой кости, выше середины голени, напротив 88-й точки (см. рис. 95).

Показания: психоз, боль и онемение в нижних конечностях, урчание и вздутие живота, диспепсия. Лица, употребляющие наркотики, будут чувствовать боль в этом месте.

91-я зона

Расположена на средней линии подошвенной поверхности стопы, впереди пяточного бугра (рис. 96). Некоторые авторы утверждают, что через это место энергия Земли поступает к человеку и может быть передана в мозг.

Показания: цистит, колит, флебит.

92-я зона

Находится на внутренней поверхности стопы, на нижнем крае плюсневой кости (см. рис. 96).

Показания: заболевания поджелудочной железы, селезенки; тонзиллит, ларингит; боль в нижних конечностях с чувством жара, отечность стоп, паралич нижних конечностей, заболевания половых органов у женщин.

93-я зона

Расположена между таранной и большеберцовой костями, в передней складке голеностопного сустава (см. рис. 96).

Показания: глазные болезни (конъюнктивит, снижение зрения). Точка оказывает непосредственное воздействие на глазные мышцы. Ее используют также при отечности лица, голени, головной боли, судорогах в нижних конечностях.

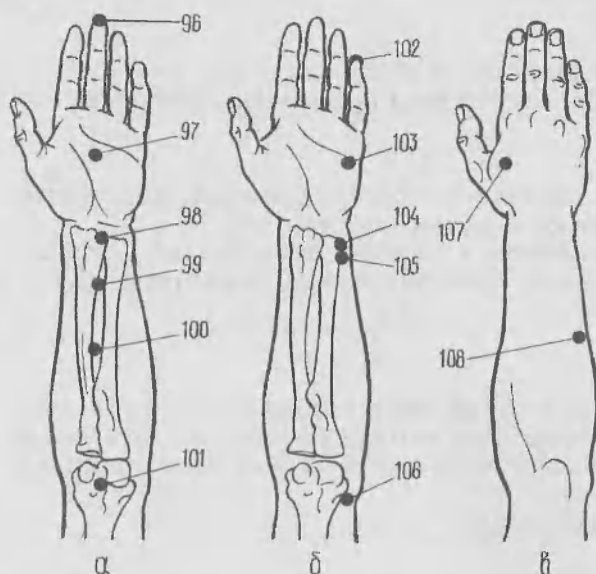
94-я зона

Расположена во впадине между I и II пальцами стоп (см. рис. 96).

Показания: спазмы мышц, сужение выходного отверстия мочевого пузыря, а также мочеточников. Если в мочеточнике имеется камень, то эта точка очень болезненна. Камень в этой области на правой стороне дает даже симптомы аппендицита (при пальпации этой точки больной будет испытывать сильную боль). При почечной колике используют также 54-ю и 55-ю точки.

Акупрессура этой зоны показана при анемии головного мозга, тахикардии неврогенного характера, остром и хроническом гастрите, спазме желудка, тошноте, рвоте, запоре, боли в половом члене после мочеиспускания, бессоннице, боли в печени.

Рис. 97. Точки акупрессуры на кисти и предплечье (а—в)



95-я зона

Расположена на 3,5 поперечных размера пальца выше лучезапястной складки, соответствует акупунктурной точке цзянь-ши MC5 (рис. 97).

Показания: чувство тревоги, тахикардия, общее возбуждение, тревожность.

96-я зона

Расположена на кончике III пальца, что соответствует акупунктурной точке чжун-чун MC9 (см. рис. 97).

Показания: чувство тревоги, шум в ушах, головная боль, головокружение, колющая боль в области сердца, появляющаяся после волнения.

Эту точку считают «возвращающей к жизни», ее массируют после психического и физического шока, при обмороке или потере сознания.

97-я зона

Расположена посредине ладони, соответствует акупунктурной точке лао-гун MC8 (см. рис. 97).

Показания: психическая заторможенность, замедление мышления, чувство оглушенности. Точку массируют также при солнечном ударе.

98-я зона

Расположена посредине лучезапястной складки; соответствует акупунктурной точке да-лин MC7 (см. рис. 97).

Показания: повышенная утомляемость, невротический «ком» в горле, боль в области сердца, тошнота, писчий спазм.

99-я зона

Расположена на 2,5 поперечных размера пальца выше проксимальной лучезапястной складки, между лучевой и локтевой костями; соответствует акупунктурной точке нэй-гуань MC6 (см. рис. 97).

Показания: дисфория, тахикардия, тошнота, рвота, «щекочущий» кашель, снижение потенции и фригидность, особенно когда расстройства вызваны психическими факторами. Эту точку еще называют так: «регулирующая точка с широким гормональным и сексуальным действием».

100-я зона

Расположена посредине внутренней поверхности предплечья примерно на ширину ладони выше проксимальной лучезапястной складки, соответствует акупунктурной точке си-мэнь МС4 (см. рис. 97).

Показания: чувство трёвоги, страх, сверлящая боль в области сердца.

101-я зона

Расположена в центре сгиба локтевого сустава, что соответствует акупунктурной точке цюй-цзэ МС3 (см. рис. 97).

Показания: чувство стеснения в груди, волнение, дрожание рук, сердцебиение.

102-я зона

Расположена на кончике V пальца, в углу ногтевого ложа, с внутренней стороны; соответствует акупунктурной точке шао-чун С9 (см. рис. 97).

Показания: точка «скорой помощи» — волнение перед выступлением, тревожное состояние, повышенная стеснительность, боль в области сердца, колебания АД, неустойчивый пульс.

103-я зона

Расположена на ладони в месте, которого касается кончик V пальца кисти при сжатом кулаке; соответствует акупунктурной точке шао-фу С8 (см. рис. 97).

Показания: навязчивый страх покраснеть, чувство жара и стеснения в груди, волнение, нервный кожный зуд, тахикардия.

104-я зона

Расположена в лучезапястной складке, под мякотным возвышением V пальца кисти и выше (зона в 2 см); соответствует акупунктурной точке шэнь-мэнь С7 (см. рис. 97).

Показания: повышенная чувствительность к стрессам, раздражительность, бессонница, сердцебиение, кошмарные сновидения, холодный пот при волнении.

105-я зона

Расположена на 1,5 цуня выше лучезапястной складки, у края локтевой кисти (зона 2 см кверху); соответствует точке акупунктуры тун-ли С5 (см. рис. 97).

Показания: нижняя часть зоны — снижение активного внимания, рассеянность, нарушения памяти, повышенная утомляемость, ноющая боль в области сердца, иррадирующая в верхнюю конечность; верхняя часть зоны — неврастения, тревога, страх.

106-я зона

Расположена на краю складки (с внутренней стороны локтевого сгиба), образующейся при сгибе локтевого сустава; соответствует акупунктурной точке шао-хай С3 (см. рис. 97).

Показания: психический дискомфорт, повышенная раздражительность,

утомляемость, рассеянность, снижение инициативы, ноющая боль в области сердца, иррадиирующая в верхнюю конечность.

107-я зона

Расположена на верхушке складки, образующейся при прижатии друг к другу I и II пальцев; соответствует точке акупунктуры хэ-гу IG4 (см. рис. 97).

Показания: неврастения, заторможенность мышления, боль в верхней части туловища (головная, зубная, в области шеи, грудной клетки), носовое кровотечение.

Это противоболевая точка, массаж которой стабилизирует психику и вегетативную нервную систему.

108-я зона

Расположена на наружной стороне ладони, выше поперечной складки лучезапястного сустава (внешний край локтевой кости); соответствует точке акупунктуры чжи-чжэн IG7 (см. рис. 97).

Показания: снижение работоспособности, психическое истощение, головная мигренеподобная боль и боль в области затылка.

109-я зона

Расположена у верхнего края большеберцовой кости, что соответствует точке акупунктуры цзу-сань-ли E36 (см. рис. 98).

Показания: волнение перед выступлением или экзаменом, замедление темпа мышления, раздражительность, неврастения с нарушением функции желудка, резкая боль и вздутие в его области, чувство тяжести в верхних конечностях. Эта точка стимулирует парасимпатическую часть вегетативной нервной системы.

110-я зона

Расположена на внешнем крае большеберцовой кости, в центре голени, соответствует точке акупунктуры ся-цзюй-сюй E39 (рис. 98).

Показания: повышенная раздражительность, неустойчивость вегетативной нервной системы, понос нервного происхождения.

111-я зона

Расположена на внешнем крае большеберцовой кости, на 2 цуня выше голеностопного сустава, выше точки акупунктуры цю-сюй VB40 (см. рис. 98).

Показания: повышенная раздражительность, неустойчивость вегетативной нервной системы, понос нервного происхождения.

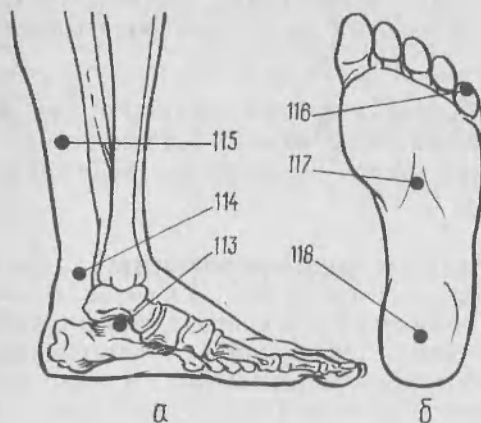
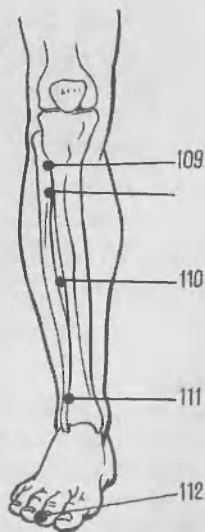
112-я зона

Расположена на наружном крае корня ногтя II пальца стопы; соответствует точке акупунктуры — ли-дуй E45 (см. рис. 98).

Показания: неврастения, неустойчивость вегетативной нервной системы, спазм желудка и кишок нервного происхождения, головная боль.

← Рис. 98. Точки акупрессуры на передней поверхности голени

Рис. 99. Точки акупрессуры на медиальной стороне голени (а) и подошвы (б)



113-я зона

Расположена под нижним краем внутренней лодыжки, проходит до центра между верхушкой внутренней лодыжки и ахилловым сухожилием, между точками акупунктуры да-чжун R4 и шан-цю RP5 (см. рис. 98).

Показания: неврастения, «ком» в горле, повышенная раздражительность, нервные нарушения в предменструальный период, фригидность, общая слабость.

114-я зона

Расположена возле ахиллова сухожилия, за внутренней частью лодыжки; соответствует точке акупунктуры тай-си R3 (см. рис. 98).

Показания: неврастения с нарушением дыхания, нарушения сна, запор.

115-я зона

Расположена на 6 цуней выше заднего края внутренней лодыжки, соответствует точке акупунктуры чжу-бинь R9 (см. рис. 98).

Показания: судорога икроножной мышцы при волнении, неустойчивость вегетативной нервной системы.

116-я зона

Расположена на кончике V пальца стопы, с подошвенной стороны (рис. 99).

Показания: головокружение, головная боль при эмоциональном напряжении. Точку используют также для облегчения родов.

117-я зона

Расположена во впадине, образующейся при согнутых пальцах стопы; соответствует точке акупунктуры юн-цюань RI (см. рис. 99).

Показания: психастения, нерешительность, судорожные состояния, боль в теменной области, одышка нервного происхождения.

118-я зона

Расположена в центре пятки (см. рис. 99).

Показания: бессонница, беспокойство, возбуждение, спазматические сокращения матки, болезненные менструации, импотенция.

Массаж рефлексогенных зон на стопе

Клинически и экспериментально установлено, что на теле человека имеются зоны повышенной чувствительности — рефлексогенные зоны. Это концентрированные зоны боли, в них поступает сигнал от пораженных органов или участков тела. И наоборот, длительное воздействие на рефлексогенную зону может вызвать соответствующую реакцию определенного органа или части тела. Все рефлексогенные зоны имеют общую закономерность — они располагаются в функционально наиболее дифференцированных областях (слизистая оболочка носа, ушная раковина, ладонь, подошвенная поверхность стопы, радужная оболочка глаза и др.). В основе их лежат общие рефлекторные механизмы.

Еще в древности с помощью массажа определенных зон тела лечили различные заболевания.

Иннервация стопы осуществляется наиболее длинными ветвями поясничного и крестцового сплетений. Тильную поверхность стопы иннервируют подкожный нерв, медиальный ее край — кожный латеральный тильный нерв. На подошвенной поверхности стопы как кожу, так и мышцы иннервируют медиальный и латеральный подошвенные нервы, являющиеся конечными ветвями большеберцового нерва.

Потовые железы и сосуды стоп иннервирует симпатическая часть вегетативной нервной системы — промежуточно-латеральный пучок L_1-L_{11} (спинальная преганглионарная клетка), поясничные и крестцовые ганглии (периферическая постганглионарная клетка).

В коже стопы расположены симпатические нервные волокна, иннервирующие кожные железы и гладкие мышцы. Окончания чувствительных нервов залегают в эпидермисе, в собственно коже и подкожной основе. В эпидермисе находятся осязательные клетки и нервные окончания, воспринимающие болевые ощущения. В сосочках собственно кожи имеются осязательные тельца (мейсснеровы тельца). Наибольшее количество этих телец находится на ладонной поверхности пальцев кистей и стоп, особенно много их в подушечках пальцев.

Кровоснабжение стопы осуществляется за счет тильной артерии стопы (продолжение передней большеберцовой артерии), медиальной и латеральной подошвенных артерий, конечных ветвей задней большеберцовой арте-

рии. Развитая венозная сеть стопы впадает в подкожные вены голени, а подошвенная венозная дуга — в наружные подошвенные вены, а затем — в задние большеберцовые вены.

Массаж рефлексогенных зон стопы оказывает прессорное воздействие на чувствительные и болевые нервные окончания, осязательные тельца, симпатические нервные волокна. Механизм рефлекторной реакции осуществляется путем передачи импульсов по эфферентным путям соматической и симпатической нервной системы в головной мозг, соответствующие органы или части тела — в зависимости от массируемой рефлексогенной зоны.

В табл. 31 представлено буквенное и номерное обозначения рефлексогенных зон стопы.

Таблица 31. Рефлексогенные зоны стопы, их буквенное и номерное обозначение

Название зоны	Буквенное и номерное обозначение	Название зоны	Буквенное и номерное обозначение
<i>Подошвенная поверхность правой стопы (стопа, правая подошва)</i>	СПп	Щитовидная железа	СЛп12
Голова, левая половина	СПп1	Легкие и бронхи, левые	СЛп13
Лобные пазухи, левая половина	СПп2	Плечо левое	СЛп14
Основание мозга, мозжечок	СПп3	Желудок	СЛп15
Гипофиз	СПп4	Двенадцатиперстная кишка	СЛп16
Височная доля, левая	СПп5	Солнечное сплетение	СЛп17
Тройничный нерв	»	Надпочечник, левый	СЛп18
Нос	СПп6	Сердце	СЛп19
Затылок	СПп7	Поджелудочная железа	СЛп20
Глаз, левый	СПп8	Почка, левая	СЛп21
Ухо, левое	СПп9	Мочеточник, левый	СЛп22
Щитовидная железа	СПп10	Мочевой пузырь	СЛп23
Трапециевидная мышца	СПп11	Тонкая кишка	СЛп25
Щитовидная железа	СПп12	Нисходящая петля толстой кишки	СЛп26
Легкие и бронхи, правые	СПп13	Прямая кишка	СЛп27
Плечо, правое	СПп14	Задний проход	СЛп28
Желудок	СПп15	Селезенка	СЛп29
Двенадцатиперстная кишка	СПп16	Половые железы (яички и яичники)	СЛп35
Солнечное сплетение	СПп17	<i>Тыльная поверхность стопы (стопа, тыл)</i>	СТ
Надпочечник, правый	СПп18	Лимфатические железы верхней части туловища	СТ39
Поджелудочная железа	СПп20	Лимфатические железы нижней части туловища	СТ40
Почка правая	СПп21	Лимфатический проток, грудной отдел	СТ41
Мочеточник, правый	СПп22	Вестибулярный аппарат (орган равновесия)	СТ42
Мочевой пузырь	СПп23	Молочная железа	СТ43
Толстая кишка, правая часть	СПп24,	Диафрагма	СТ44
	СПп32—34		

Название зоны	Буквенное и номерное обозначение	Название зоны	Буквенное и номерное обозначение
Тонкая кишка	СПп25	Миндалины, глотка и носоглотка	СТ45
Печень	СПп30	Нижняя челюсть	СТ46
Желчный пузырь	СПп31	Верхняя челюсть	СТ47
Восходящий отдел толстой кишки	СПп32	Гортань и трахея	СТ48
Илеоцекальный канал	СПп33	<i>Латеральная поверхность стопы (стопа латеральная)</i>	СЛ
Червеобразный отросток	СПп34	Височная область, тройничный нерв	СЛ5
Половые органы	СПп35	Плечо	СЛ14
<i>Подошвенная поверхность левой стопы (стопа, левая подошва)</i>	СЛп	Половые органы	СЛ36
Голова, правая половина	СЛп1	Органы малого таза	СЛ37
Лобные пазухи, правые	СЛп2	Тазобедренный сустав	СЛ38
Основание мозга, мозжечок	СЛп3	<i>Медиальная поверхность стопы (стопа медиальная)</i>	СМ
Гипофиз	СЛп4	Пах	СМ49
Височная доля, правая	СЛп5	Матка, предстательная железа	СМ50
Тройничный нерв	»	Половой член, влагалище, мочеиспускательный канал	СМ51
Нос	СЛп6	Прямая кишка	СМ52
Затылок	СЛп7	Шейный отдел позвоночника	СМ53
Глаз, правый	СЛп8	Грудной отдел позвоночника	СМ54
Ухо, правое	СЛп9	Поясничный отдел позвоночника	СМ55
Паращитовидная железа	СЛп10	Крестец и копчик	СМ56
Трапециевидная мышца	СЛп11		

ЗОНЫ СТОПЫ, ИХ ТОПОГРАФИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Правая стопа (подошвенная поверхность, рис. 100, а).

1. Голова (большие полушария), левая половина — СПп1.

Расположение: на I пальцах обеих стоп, средняя часть подушечки дистальной фаланги пальца.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: нарушение функции всех органов, сотрясение мозга, головная боль, включая мигрень.

2. Лобные пазухи, левая половина — СПп2.

Расположение: на подушечках всех пальцев стопы.

Топографическая анатомия: см. зону головы.

Показания: воспаление и нагноение лобной пазухи.

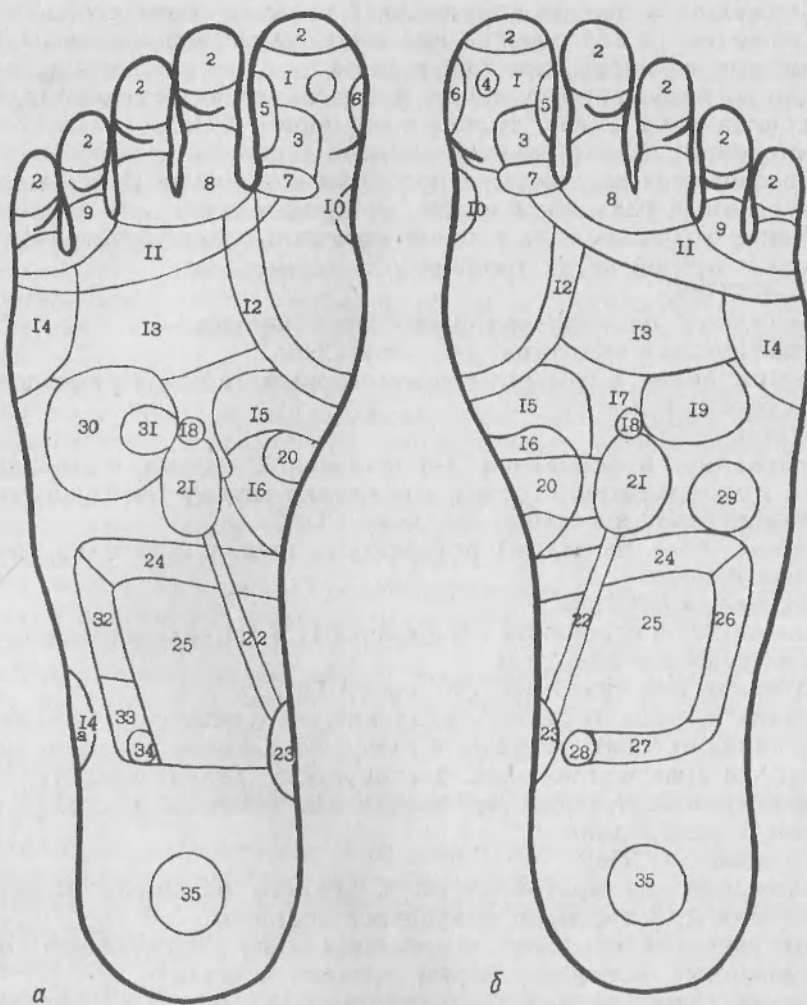


Рис. 100. Зоны на подошвенной поверхности стопы:
a — правая; *б* — левая

3. Основание мозга, мозжечок — СПп3.

Расположение: на нижней части подушечки I пальца, с латеральной стороны.

Топографическая анатомия: см. зону головы.

Показания: головокружение, нарушение стояния и ходьбы (статическая и динамическая атаксия), интенционное дрожание, скандированная речь, гипотония.

4. Гипофиз — СПп4.

Расположение: в центре подушечек I пальцев обеих стоп.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные нервы, артерии и вены.

Показания: нарушение функций желез внутренней секреции.

5. Височная доля, левая; тройничный нерв — СПп5.

Расположение: на латеральной стороне I пальца.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: головная боль в левой височной области, мигрень, невралгия первой и второй ветви тройничного нерва слева.

6. Нос — СПп6.

Расположение: на медиальной стороне I пальца.

Топографическая анатомия: см. зону СПп5.

Показания: ринит, в том числе вазомоторный; гайморит, носовое кровотечение, сухость в носу.

7. Затылок — СПп7.

Расположение: в основании 2-й фаланги I пальца, начиная от его середины, в латеральную сторону до складки между I и II пальцами.

Топографическая анатомия: см. дозу СПп5.

Показания: боль на задней поверхности шеи и в затылке, невралгия затылочных нервов.

8. Глаз, левый — СПп8.

Расположение: в основании 2-й фаланги II и III пальцев и прилежащих участков подушечки подошвы.

Топографическая анатомия: см. зону СПп5.

Показания: ячмень, гнойное воспаление век с ячменеобразными уплотнениями, конъюнктивит, жжение в глазу, воспаление слезного мешочка, косоглазие, катаракта, глаукома, близорукость, дальновзоркость.

Техника: массаж методом растирания или точечный массаж в течение 20—30 мин 3 раза в день.

9. Ухо, левое — СПп9.

Расположение: на правой стопе, в области основных фаланг IV и V пальцев стопы, захватывая подушечку подошвы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: острое воспаление барабанной перепонки, воспаление среднего уха, шум в ушах (при воспалении слухового нерва), высокое АД, снижение слуха (тугоухость).

Техника: массаж зоны в течение 5—10 мин на каждой стопе 3—4 раза в день с учетом характера заболевания.

10. Паращитовидная железа — СПп10.

Расположение: по медиальному краю подошвы, в месте впадины основной фаланги I пальца.

Топографическая анатомия: см. зону СПп9.

Показания: гиперфункция паращитовидной железы (изменения в костях скелета), ее гипофункция (ломкость ногтей), кариес зубов, вялость работы кишок, запор, судороги в икроножных мышцах, спазм сосудов, ломкость сосудов, бессонница.

Техника: самомассаж рефлексогенных зон в течение 5—10 мин.

11. Трапецевидная мышца, правая — СПп11.

Расположение: ниже рефлексогенных зон СПп8 и СПп9, проходит узкой полосой, начиная от зоны СПп7 до латерального края основной фаланги V пальца.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нервы, артерии и вены.

Показания: миозит мышц спины, боль в спине.

12. Щитовидная железа — СПп12.

Расположение: начинается от зоны СПп8 у I пальца, проходит по подошвенной поверхности стопы между I и II плюсневыми костями стопы, огибая головку основной фаланги I пальца, доходит до медиального края подошвы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветви, отходящие от подошвенного медиального нерва; собственные подошвенные пальцевые нервы и ветви, отходящие от общих подошвенных пальцевых артерий и вен.

Показания: гиперфункция и гипофункция щитовидной железы, зоб. При зобе следует массировать рефлексогенную зону до 6 мес.

18. Легкие и бронхи, правые — СПп13.

Расположение: ниже зоны трапецевидной мышцы и латеральное зоны щитовидной железы, на подошве в области ее подушечки.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветви медиального подошвенного нерва, общие подошвенные пальцевые нервы, ветви глубоких подошвенных медиальных и латеральных артерий и вен.

Показания: кашель, бронхит, воспаление легких, бронхиальная астма.

14. Плечо, правое — СПп14.

Расположение: латеральное зоны легкого, между головками IV и V плюсневых костей.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нервы и артерии.

Показания: заболевания правого плечевого сустава с распространением боли на верхнюю конечность.

15. Желудок — СПп15.

Расположение: на медиальной стороне подошвы, ниже зоны щитовидной железы, непосредственно возле головки основной фаланги I пальца стопы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветви медиального глубокого подошвенного нерва и артерии.

Показания: язва желудка, тошнота, рвота.

16. Двенадцатиперстная кишка — СПп16.

Расположение: преимущественно справа, ниже рефлексогенной зоны желудка. Нередко пальпируется уплотнение, напоминающее кость.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальный подошвенный нерв, ветви глубокой медиальной подошвенной артерии.

Показания: воспаление и язва двенадцатиперстной кишки.

63-я зона

Расположена так же, как 62-я точка, но с левой стороны. Является энергетическим центром для селезенки (см. рис. 91).

Показания: анемия, нарушение функции селезенки, боль в подреберье, заболевания голосовых связок.

64-я зона

Расположена на правой стороне, на 2 цуня вверх и на 1 цунь влево от пупка (см. рис. 91).

Показания: холецистит, камни в желчном пузыре.

65-я зона

Расположена так же, как 64-я точка, но с левой стороны (см. рис. 91).

Показания: запор, сильное сердцебиение.

66-я зона

Расположена посередине между правой подвздошной костью (середина верхнего края) и пупком (см. рис. 91). Точку используют при диагностике аппендицита.

Показания: метеоризм толстой кишки, боль внизу живота, затрудненное мочеиспускание.

67-я зона

Расположена так же, как 66-я зона, но с левой стороны — (см. рис. 91).

Показания: запор из-за нарушения нейросекреторной функции в месте перехода сигмовидной ободочной кишки в прямую или прямой кишки — в анус.

68-я зона

На пупочном кольце расположены 2 точки справа и 2 точки слева (см. рис. 91), которые поддерживают функцию двенадцатиперстной кишки.

Показания: заболевания органов пищеварения, в том числе язва двенадцатиперстной кишки; нарушение кальциевого, жирового и углеводного обмена, нарушения психики, боль в сердце, спине. Воздействовать надо на все 4 точки.

69-я зона

Расположена на 2,5 см ниже мечевидного отростка, на средней линии, соответствует точке акупунктуры цзюй-цзюе J4 (см. рис. 90, 91).

Показания: солярит, психоз или психотические расстройства, обморок, мигрень, стенокардия, язва желудка, диспепсия, затрудненное и болезненное дыхание.

70-я зона

Расположена на средней линии, на 2,5 см выше пупка; соответствует точке акупунктуры шуй-фэнь J9 (см. рис. 91).

Показания: недержание мочи, задержка мочеиспускания, асцит, хрони-

ческие желудочно-кишечные заболевания, шок. Надавливая на эту точку, удается снять беспокойство, повысить энергетику организма (воздействие на солнечное сплетение).

71-я зона

Расположена в центре каждой лобковой кости (см. рис. 91).

Показания: заболевания яичников и маточных труб, семенных канатиков и яичек, застой крови в половых органах (одним из главных симптомов застоя крови в половых органах является боль в нижних конечностях и нижней части спины и даже в некоторых случаях неспособность ходить). Если нельзя избавиться от застоя крови в половых органах путем акупрессуры этих точек, то следует проверить 13-ю точку — нет ли осложнений после паротита.

72-я зона

Расположена точно посредине сочленения лобковых костей (см. рис. 91).

Показания: заболевания матки и предстательной железы.

73-я зона (соматическая)

Расположена с обеих сторон у основания шеи (рис. 92).

Показания: умственная усталость, бессонница, сахарный диабет, алкогольное опьянение.

74-я зона

Расположена с двух сторон на верхненаружном крае лопатки (см. рис. 92).

Показания: боль в поясничной области и нижних конечностях, спазм мышц верхних и нижних конечностей, напряжение мышц в области затылка и шеи, невралгия, артериальная гипертензия.

75-я зона

Расположена на XII ребре, примерно в 7 см от позвоночника (см. рис. 92).

Показания: бронхиальная астма, боль в разных частях тела, особенно в поясничной области и нижних конечностях.

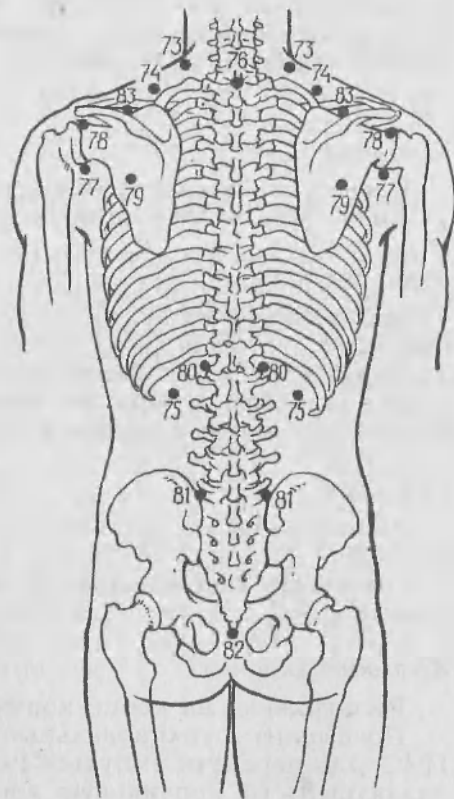


Рис. 92. Точки акупрессуры на спине и пояснице

17. Солнечное сплетение — СПп17.

Расположение: к середине подошвы от зоны желудка, ниже головок между II и III плюсневых костями, во впадине под подушечками подошвы. Аналогичная зона имеется и на левой стопе (СЛп17).

Показания: неврогенные нарушения функции желудка и кишок, обморок от удара в область желудка.

18. Надпочечник, правый — СПп18.

Расположение: в центре подошвы, между II и III плюсневыми костями, в нижнем и латеральном краях зоны солнечного сплетения. Аналогичная зона находится на левой стопе — СЛп18.

Топографическая анатомия: см. зону СПп17.

Показания: аритмия сердца, обморок, ревматизм, бронхиальная астма, воспаление суставов, артериальная гипотензия.

19. Зона справа отсутствует.

20. Поджелудочная железа — СПп20.

Расположение: ниже зоны желудка у медиального края подошвы, на середине I плюсневой кости (на левой стопе — зона СЛп20).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены подошвенный медиальный нерв, его ветви, ветви подошвенной медиальной артерии и вены.

Показания: сахарный диабет, язва двенадцатиперстной кишки, воспаление поджелудочной железы.

21. Почка, правая — СПп21.

Расположение: в центре подошвы, под зоной надпочечника.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены общие подошвенные пальцевые нервы, ветви глубокой медиальной подошвенной артерии и вены.

Показания: атеросклероз, эндартериит, фибромиозит, ревматизм, артрит, артроз, экзема, псориаз, почечнокаменная болезнь.

Аналогичная зона находится на левой подошве — СЛп21.

22. Мочеточник, правый — СПп22.

Расположение: начинается от зоны почки, проходит вниз наискось к медиальному краю начала пятки и входит в зону мочевого пузыря спереди от таранной кости. Аналогичная зона находится на левой стопе — СЛп22.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальные подошвенные нервы и артерия и их ветви.

Показания: перегибы, воспаление и сужение мочеточника.

23. Мочевой пузырь — СПп23.

Расположение: по медиальному краю стопы, перед пяткой, спереди таранной кости. Аналогичная зона находится на левой стопе — СЛп23.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальные подошвенные нерв и артерия.

Показания: воспаление, спазм или колики в мочевом пузыре, слабость сфинктера, недержание мочи. Массаж зон почки, мочеточника и мочевого пузыря показан также при нарушении обмена веществ, артериальной гипертензии, атеросклерозе и других заболеваниях.

24. Толстая кишка (правая часть) — СПп24, СПп32—34.

Зоны слепой кишки, восходящей и поперечной ободочной кишок находятся на правой стопе.

Расположение: зоны слепой и поперечной ободочной кишок расположены параллельно латеральному краю подошвы. Начинаются от верхнего края пяточной кости, проходят вверх до плюсневой кости V пальца и, поворачивая под прямым углом, доходят до медиального края подошвы. Ширина полосы — 1—1,5 см.

Топографическая анатомия: в проекции зон находятся медиальные подошвенные нерв и артерия, вена; латеральные подошвенные нерв, артерия и вена.

Показания: аппендицит, вздутие в нижнем отделе брюшной полости, атония кишок с болью в животе, понос, запор.

25. Тонкая кишка — СПп25.

Расположение: медиальнее зоны восходящей ободочной кишки, в проекции кубовидной, ладьеобразной и трех клиновидных костей; нижний край проходит по линии зоны червеобразного отростка и зоны мочевого пузыря. Аналогичная зона находится на левой стопе — СЛп25.

Топографическая анатомия: см. зону толстой кишки.

Показания: энтероколит, колит.

30. Печень — СПп30.

Расположение: зона печени охватывает площадь диаметром 3,5 см. Она располагается на 1 см от латерального края подошвы. Верхняя граница зоны — СПп13, медиальная — СПп17, СПп18, СПп21, что соответствует проекции области от II до V плюсневых костей. Рефлексогенная зона печени находится только на правой стопе, так же, как и зона желчного пузыря.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены артериальный подошвенный нерв, артерия и вена.

Показания: гепатит, желтуха, бессонница, повышенная утомляемость, раздражительность, пигментные пятна печеночного происхождения.

31. Желчный пузырь — СПп31.

Расположение: в зоне печени с медиальной стороны, диаметр 1,5 см.

Топографическая анатомия: см. зону печени.

Показания: холецистит, камни в желчном пузыре, желтуха.

32. Восходящая ободочная кишка — СПп32.

33. Илеоцекальный канал — СПп33.

34. Червеобразный отросток — СПп34.

35. Половые железы (яички и яичники) — СПп35.

Расположение: в центре пятки. Аналогичная зона находится на левой стопе — СЛп35. Кроме того, зона СЛ36.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральный подошвенный нерв и артерия.

Показания: болезненные менструации, нарушения менструального цикла, спазматическое сокращение матки, бесплодие, эпидидимит, импотенция, крипторхизм.

Левая стопа (подошвенная поверхность; см. рис. 100, б)

1. Голова (большие полушария), правая половина — СЛп1.

Расположение, топографическая анатомия, показания: см. зону головы на правой стопе (СПп1).

Зона СЛп2—СЛп18 на левой стопе (лобные пазухи, основание мозга, мозжечок, гипофиз, височная доля, нос, затылок, правый глаз, правое ухо, параситоидная железа, трапециевидная мышца, щитовидная железа, легкое и бронхи левые, плечо левое, желудок, двенадцатиперстная кишка, топографическая анатомия и показания такие же, как и для зон СПп2—СПп18 на правой стопе.

19. Сердце — СЛп19.

Расположение: на левой подошве, в проекции между II и IV плюсневидными костями.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральный подошвенный нерв, артерия и вена.

Показания: стенокардия, инфаркт миокарда, сжимающая или колющая боль в области сердца, одышка, сердечная аритмия.

Зона СЛп20—СЛп25 (поджелудочная железа, левая почка, левый мочеточник, мочевого пузырь, тонкая кишка) — расположение, топографическая анатомия и показания такие же, как и для зон СПп20—СПп25 на правой стопе.

26. Нисходящая петля толстой кишки — СЛп26.

На левой стопе проецируется вторая половина поперечной ободочной кишки, нисходящая ободочная и сигмовидная кишки.

Расположение: начинается от зоны поперечной ободочной кишки, идет к пятке параллельно латеральному краю подошвы, затем под почти прямым углом переходит в зону прямой кишки и направляется к рефлексогенной зоне мочевого пузыря, где заканчивается зоной заднего прохода.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральный подошвенный нерв, артерия и вена.

Показания: атония кишок, боль в животе, понос, запор.

27. Прямая кишка — СЛп27.

Расположение: перед пяткой, начиная от зоны сигмовидной кишки с латеральной стороны подошвы, чуть не доходя до зоны мочевого пузыря. Кроме того, зона прямой кишки находится на голени, на ее внутренней поверхности, во впадине спереди от ахиллова сухожилия — на обеих ногах (зона СМ52).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральные и медиальные подошвенные нервы, артерии и вены.

Показания: запор при вялости прямой кишки, геморрой.

28. Задний проход — СЛп28.

Расположение: впереди пятки, у медиального края подошвы.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальный подошвенный нерв, артерия и вена.

Показания: зуд в заднем проходе, геморрой.

29. Селезенка — СЛп29.

Расположение: зона находится только на левой подошве, над изгибом зоны поперечной ободочной кишки (СЛп26), на расстоянии 1 см от латерального края подошвы, во впадине у основания IV и V плюсневидных костей. Диаметр зоны 1,5—2 см.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены общие подошвенные пальцевые нервы, артерия и вена.

Показания: анемия (низкий уровень гемоглобина), колики в боку, снижение защитных функций организма.

35. Половые железы (яички и яичники) — СЛп35.

Расположение, топографическая анатомия, показания — см. зону СПп35 на правой стопе.

Тыльная поверхность стопы (рис. 101)

39. Лимфатические железы верхней части туловища — СТ39.

Расположение: на обеих нижних конечностях, в ямке прямо перед наружной лодыжкой.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены поверхностный малоберцовый нерв, латеральная лодыжковая передняя артерия, венозные ветви тыла стопы.

Показания: отек нижних конечностей, в том числе лодыжек, целлюлит, миома, киста (груди), рак.

40. Лимфатические железы нижней части туловища — СТ40.

Расположение: на обеих нижних конечностях, в ямке перед внутренней лодыжкой.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальные кожные ветви голени, отходящие от подкожного нерва; поверхностные ветви, отходящие от медиальной подошвенной артерии, и вены, отходящие от задней большеберцовой артерии и вены.

Показания: отек нижних конечностей, в том числе лодыжек, целлюлит, застойные явления в нижней части туловища.

41. Лимфатический проток, грудной отдел — СТ41.

Расположение: зона расположена на обеих нижних конечностях. Начинается от междупальцевой складки I и II пальцев в углублении между I и II плюсневыми костями.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены тыльные пальцевые нервы стопы, артериальная и венозная сеть тыла стопы.

Показания: отек нижних конечностей, в том числе лодыжек, целлюлит, снижение сопротивляемости организма, миома, язва, рак.

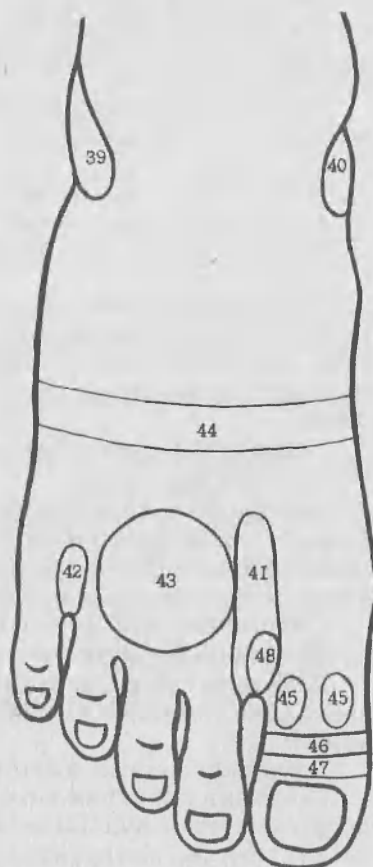


Рис. 101. Зоны на тыльной поверхности стопы

42. Орган равновесия (вестибулярный аппарат) — СТ42.

Расположение: в ямке между IV и V плюсневыми костями. Начинается от межпальцевой складки IV и V пальцев стопы. Протяженность зоны 2 см.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены промежуточный тыльный кожный нерв, плюсневые тыльные артерии и вена стопы.

Показания: головокружение при быстром подъеме и при вращении, состояние тошноты во время езды в транспорте, боязнь высоты, артериальная гипотензия.

43. Грудь (молочная железа) — СТ43.

Расположение: зона имеет вид круга диаметром 3,5 см, расположена между I и III плюсневыми костями.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены промежуточный кожный нерв и медиальный кожный тыльный нерв, плюсневые тыльные артерии и вены.

Показания: застойные явления в виде набухания молочных желез во время менструации, образование кист в ткани молочной железы.

44. Диафрагма — СТ44.

Расположение: зона проходит полосой (1 см) от основания I до V плюсневых костей.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены промежуточный и медиальный кожные тыльные нервы, плюсневые тыльные артерии и вены.

Показания: спазмы диафрагмы, одышка.

45. Миндалины, глотка и носоглотка — СТ45.

Расположение: у основания основной фаланги I пальца, на правой и левой стопах.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральный кожный тыльный нерв, соединительная ветвь, отходящая от икроножного промежуточного кожного тыльного нерва, медиальный кожный тыльный нерв; передняя латеральная лодыжковая артерия и дуга вен тыла стопы.

Показания: тонзиллит, фарингит, ринофарингит.

46. Нижняя челюсть — СТ46.

Расположение: посредине основной фаланги I пальца. Имеет вид поперечной полосы шириной 0,5 см.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены тыльный пальцевой нерв стопы, вены и артерии.

Показания: зубная боль, воспаление челюсти, пародонтоз.

47. Верхняя челюсть — СТ47.

Расположение: зона имеет вид поперечной полосы шириной 0,5 см, располагается параллельно зоне нижней челюсти (со стороны ногтевого ложа).

Топографическая анатомия: см. зону нижней челюсти.

Показания: зубная боль, воспаление челюсти, пародонтоз, нагноение придаточных пазух носа.

48. Гортань и трахея — СТ48.

Расположение: в углублении между I и II плюсневыми костями, у межпальцевой складки.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены тыльный пальцевый нерв стопы, собственная подошвенная артерия пальцев и тыльная пальцевая вена стопы.

Показания: ослабление голоса, охриплость вплоть до потери голоса, кашель, бронхит.

Латеральная поверхность стопы (рис. 102, а)

5. Височная область, тройничный нерв — СЛ5.

Расположение: зона находится на латеральной поверхности подушечки I пальца, переходит на латеральную поверхность межпальцевого промежутка и тыльную поверхность I пальца правой и левой стоп (см. также зону СПп5).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены подошвенные пальцевые нервы, артерия и вена. Зона правой стопы соответствует левому полушарию, и наоборот.

Показания: головная боль, мигрень, невралгия первой и второй ветвей тройничного нерва.

14. Плечо — СЛ14: см. описание зоны подошвы СПп14.

36. Половые органы — СЛ36: см. описание зоны половых органов СПп35.

Расположение: у латерального мыщелка — сзади и книзу.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены пяточные ветви, отходящие от икроножного нерва, малоберцовая артерия и малая подкожная вена нижней конечности.

Показания: болезненные менструации, нарушения менструального цикла, спазматическое сокращение матки, бесплодие, эпидидимит, импотенция, крипторхизм.

37. Расслабление органов малого таза — СЛ37.

Расположение: выше зоны СЛ36, в выемке впереди ахиллова сухожилия, поднимается вверх на расстояние до 9 см.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены большеберцовый нерв, задние большеберцовые вены и артерия.

Показания: маточное кровотечение, болезненные менструации.

38. Бедренный сустав — СЛ38.

Расположение: снизу и сзади медиальной и латеральной лодыжек и правой и левой стопах.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветви икроножного и медиального поверхностного кожного нервов, ветви малой подкожной вены.

Показания: боль в бедренном суставе, припухлость тазобедренного сустава.

Медиальная поверхность стопы (рис. 102, б)

6. Нос — СМ6.

Расположение: зона располагается в медиальной части I пальца.

Топографическая анатомия и показания: см. зону СПп6.

Рефлексогенные зоны паращитовидной железы (СМ10), мочевого пузыря (СМ23), бедренного сустава (СМ38), лимфатических желез (СМ4

Расположение: зона идет полосой шириной 1 см от медиальной клиновидной кости до начала таранной кости.

Топографическая анатомия: см. зону СМ54.

Показания: ишиас, поясничный радикулит, грыжа межпозвоночного диска, спондилоартроз с корешковым синдромом.

56. Крестец и копчик — СМ56.

Расположение: на медиальной стороне левой и правой стоп. Начинается от зоны мочевого пузыря (СМ23), проходит полосой шириной 2 см назад и к середине пятки.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены латеральные и медиальные подошвенные нервы, артерии и вены; ветви подошвенного пальцевого нерва.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, крестцовый радикулит, кокцигения, сакроилеит.

МЕТОДИКА МАССАЖА РЕФЛЕКСОГЕННЫХ ЗОН СТОПЫ

Массаж рефлексогенных зон стопы делают при оказании неотложной помощи, с лечебной (в период ремиссии) или профилактической целью.

Если массаж выполняет массажист, то пациент должен лежать на спине с закрытыми глазами, положив руки по бокам ладонями вверх. Он должен расслабить мышцы тела. Если же массаж делает сам пациент, то надо удобно сесть и положить массируемую ногу на колено другой ноги или на стул, чтобы мышцы ноги были по возможности расслаблены. Обе стопы следует массировать одинаковое время. Массаж эффективен только в том случае, если массажист занимает удобное положение, а тело пациента полностью расслаблено.

Массаж делают подушечками пальцев, межфаланговыми суставами либо карандашом с резиновой пробкой на конце. Для достижения эффекта скольжения нередко используют вазелиновое масло или недорогой крем. В зависимости от массируемой зоны применяют различные приемы — круговые движения, пальцевую вибрацию или движения пальца вверх и вниз. При массировании больших площадей зон нажим усиливают кверху (к центру), при этом рука скользит вниз.

При оказании неотложной помощи (мигрень, стенокардия, обморок, бронхиальная астма и др.) делают массаж соответствующей зоны. Сначала используют небольшой нажим, затем постепенно увеличивают нагрузку (в пределах 5—6 кг) с учетом возраста пациента.

В период ремиссии или при хроническом течении заболевания следует провести пальпаторную диагностику зон. Массажист или пациент путем надавливания подушечкой пальца или тупым концом ручки, карандаша на каждую зону подошвы или тыльной поверхности стопы определяет болезненную зону, соответствующую зоне органа или части тела, после чего приступает к массажу.

Лечебный массаж включает три последовательных приема:

1. Разогревание стопы в целях улучшения кровообращения и расслабления мышц. Для этого поглаживают всю стопу от пальцев до щиколоток,

разминают ее (межкостные мышцы тыльной и подошвенной поверхностей стопы) всеми пальцами, после чего производят похлопывание, рубление подошвы локтевой стороной кисти, активное поднятие стопы вверх и ее опускание вниз для полного расслабления.

2. Граблеобразное поглаживание стопы по направлению к пальцам, растирание подушечкой I пальца кисти подошвы всей стопы по направлению к пальцам с оптимальным нажимом. Дойдя до пальцев (пальцы не растирать), нужно сразу опустить стопу, а затем приступить к повторному растиранию. После расслабления мышц и общего растирания стопы делают поглаживание.

3. Стимуляция методом массажа ранее диагностированных пальпаторной прессацией болезненных (патологических) зон в целях лечения соответствующих органов или частей тела. Сила надавливания должна быть в пределах 6 кг. С каждым сеансом массажа нажим на болевые зоны увеличивают, с тем чтобы небольшая боль стимулировала пораженный орган.

Начинать массаж всегда следует с зоны почки, мочеточника и мочевого пузыря (в целях усиления функции выделительной системы). Затем массируют зоны головы, органов пищеварения, печени, лимфатической системы и, наконец, болезненные зоны (соответственно заболеванию). Стимуляцию зон заканчивают поглаживанием всей стопы.

В острых случаях каждую зону массируют в течение 10—20 мин, а в межприступный период или при хроническом заболевании — в течение 5 мин. Таким образом, подготовительный массаж всей стопы (в том числе зон надпочечников, почек, мочевого пузыря, головы) длится 25—30 мин, а массаж зоны, в которой сконцентрирована боль, — 5 мин.

Полный массаж всех зон обеих стоп в целях профилактики делают 1 раз в неделю. Завершают массаж катанием стопой (назад и вперед) палки без сильного на нее нажима.

Массаж зон стопы, особенно подошвы, не имеет возрастных ограничений.

Массаж рефлексогенных зон стопы при некоторых заболеваниях может применяться как самостоятельный метод лечения.

Интенсивный массаж рефлексогенной зоны стопы в соответствующем органе может вызвать определенные реакции: усиление боли, набухание связок, вен, повышение температуры тела (при массаже зон лимфатических узлов). Однако эти реакции быстро проходят.



МЕДОТЕРАПИЯ

Многие исторические памятники указывают на то, что первобытный человек употреблял в пищу мед.

Около 6000 лет тому назад египтяне разводили не только голубей и кур, но и пчел. Они хорошо знали лечебные свойства меда.

В Индии уже 4000 лет тому назад меду приписывали разнообразные питательные и лечебные свойства. Его употребляли как противоядие при отравлении растительными, животными и минеральными ядами.

Китайская медицина еще в III и II тысячелетиях до н. э. рекомендовала мед как самостоятельное лечебное средство.

В Древней Греции разводили пчел, использовали пчелиный мед. В трудах Гиппократ (460—377 гг. до н. э.) имеются сведения о пчелах, о питательных и лечебных свойствах продуктов пчеловодства.

В греческой мифологии существует много легенд о чудотворном действии меда. Великий Гомер в бессмертных произведениях «Илиада» и «Одиссея» воспевае мед и его высокие питательные качества: героиня Агамеда, давая греческим воинам и больным чудесный напиток кикеон, приготовленный на меде, лечила бессонницу и нервы, вдохновляла воинов на подвиги.

Пчеловодство и медолечение достигло своего расцвета в эпоху распространения христианства, когда создавалась государственность древних славян. Необъятные просторы лесов и пастбищ благоприятствовали развитию пчеловодства. Мед использовали в пищу, для лечения, а воск — для освещения помещений и для религиозных нужд. Опыт применения меда в лечебных целях передавался из поколения в поколение.

Создано много легенд и мифов о происхождении и жизни пчел, о питательных и лечебных свойствах пчелиного меда.

При изучении химического и физического состава меда установлено, что он является одним из наиболее сложных биологических продуктов, в состав которого входят более 70 веществ, необходимых для человеческого организма. Из этих веществ наибольшее значение имеют неорганические и органические соединения железа, кальция, магния, натрия, марганца, меди, лития, цинка, органические кислоты (яблочная, лимонная, винная, молочная, щавелевая), витамины А, В₂, В₅, В₆, В₁₂, фолиевая кислота, ферменты, гормональные и антибиотические вещества и др.

Пчелиный мед — это естественный продукт, незаменимый по своим качествам.

В меде содержатся сахара (глюкоза, фруктоза), которые играют большую роль в обмене веществ. Превращаясь в более простые вещества, они выделяют энергию.

Витамин В₂ принимает участие в белковом обмене и повышает сопротивляемость организма.

Фолиевая кислота входит в состав соединений, регулирующих процес-

сы кроветворения, функции эндокринной системы. Например, половой гормон стильбэстрол в присутствии фолиевой кислоты активизируется более интенсивно.

Мед применяют местно при острых воспалительных процессах, трофической язве, ожогах и т. д. Он оказывает противомикробное и противовоспалительное действие, улучшает питание тканей и способствует нейтрализации токсических продуктов. Вследствие этого уменьшается боль и ослабевает воспалительная реакция. Мед используют и как основу для питательных мазей.

Мед полезен при заболеваниях сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, глазных, женских, кожных и других болезнях.

При простудных заболеваниях рекомендуется принимать мед с теплым молоком, соком лимона (сок 1/2—1 лимона на 100 г меда), в теплом донниковом чае (на 1 чашку донникового чая 1 столовую ложку меда). Хорошим средством является сироп из сока хрена и меда (соотношение 1:1).

При употреблении меда в качестве лечебного средства при простуде необходимо 2—3 дня соблюдать постельный режим, так как он вызывает сильную потливость.

По данным ряда авторов (М. Б. Голомб, А. Рафф и соавт.), употребление 50—140 г меда в сутки в течение 1—2 мес улучшает общее состояние больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нормализует состав крови, повышает уровень гемоглобина и сосудистый тонус.

Мед успешно применяют при повышенной и пониженной кислотности желудочного сока. Обычный сахар считается кислотообразующей пищей. Мед нормализует секреторную деятельность желудка, понижая высокую и повышая низкую кислотность желудочного сока.

При нервных болезнях рекомендуется принимать утром и днем по 30 г меда, вечером — 40 г. Мед прекрасно помогает при бессоннице. Один стакан теплой кипяченой воды с одной столовой ложкой меда, выпитый за 1—1,5 ч до сна, обеспечивает больному спокойный сон.

В последние годы пчелиный мед стали применять для лечения гипертонической болезни. В меде содержится ацетилхолин, который снижает АД.

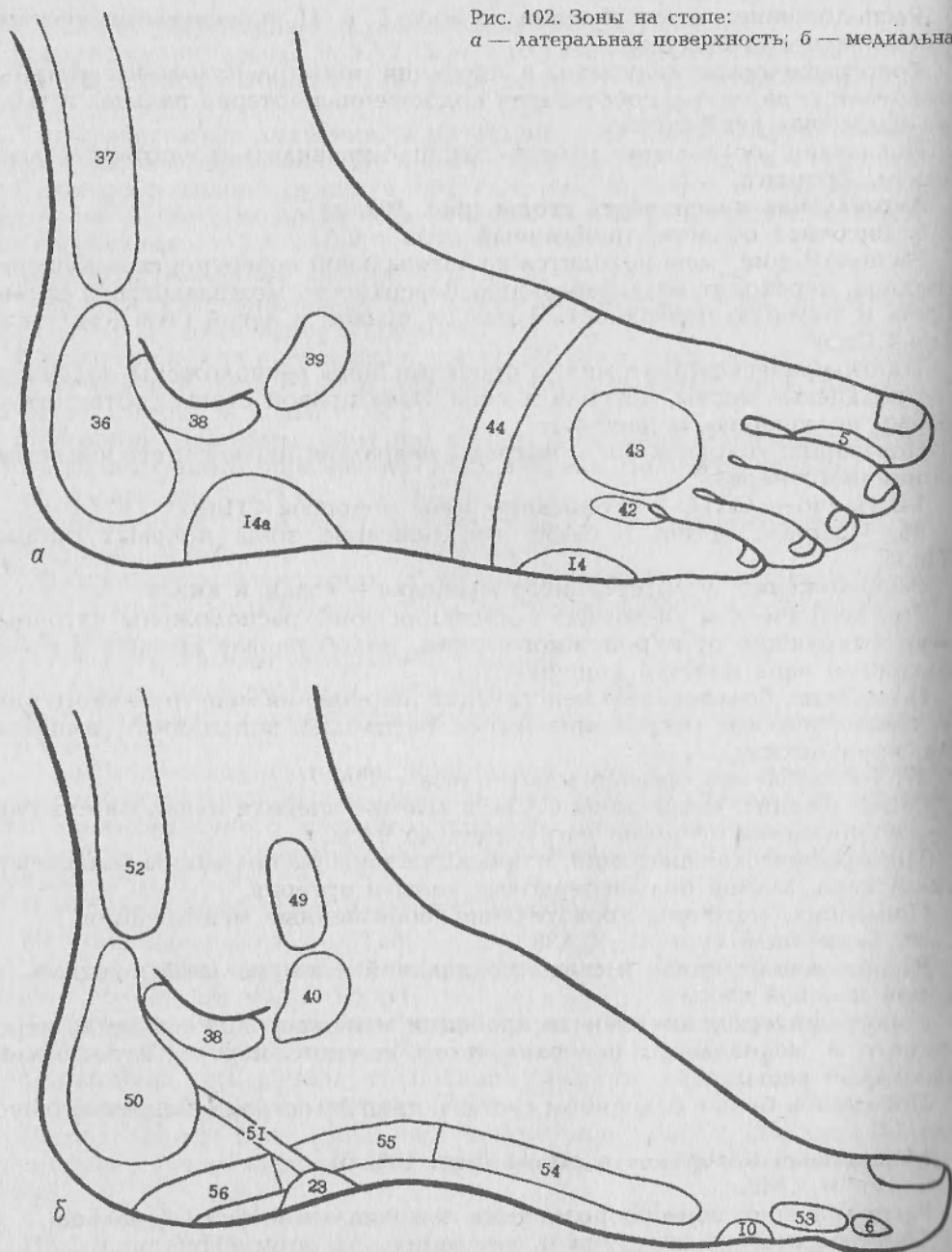
В медицине мед используют следующим образом: 1) внутрь в качестве лекарства и диетического пищевого продукта; 2) в виде мазей, для полоскания и обмывания (медовый раствор); 3) инъекции медового раствора в кровь или ткани.

Противопоказания к применению меда внутрь: а) аллергический диатез (крапивница, хроническая экзема и др.); б) понос с преобладанием броидильных процессов; в) индивидуальная непереносимость меда (тошнота, рвота, боль в животе, изжога, понос).

Если больному назначена диета, ограничивающая употребление углеводов, то и мед ему давать нельзя.

С 1954 г. в хирургической практике применяют мази Е. А. Конькова. Они дают хороший эффект при острых гнойных и хронических воспалительных процессах (ожоги, гнойные раны, длительно не заживающие язвы).

Рис. 102. Зоны на стопе:
а — латеральная поверхность; б — медиальная



описаны выше — см. описание зон СПп10 (СЛп10), СПп23 (СЛп23), СЛЗВ, СТ40.

49. Пах — СМ49.

Расположение: спереди и выше медиальной лодыжки, над зоной СМ40 (лимфатические железы) на правой и левой стопах.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены ветви подкожного нерва, большая подкожная вена и сеть подкожных артерий.

Показания: боль в паху, увеличение паховых лимфатических желез, сопровождающееся болью.

50. Матка, предстательная железа — СМ50.

Расположение: с медиальной стороны, сзади и снизу медиальной лодыжки на правой и левой стопе.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены медиальные пяточные ветви большеберцового нерва и медиальные подошвенные нервы, артерии и вены.

Показания: бели, боль во время менструации, опущение или перегиб матки, обусловленные слабостью связочного аппарата, миома, увеличение и воспаление предстательной железы.

51. Половой член, влагалище, мочеиспускательный канал — СМ51.

Расположение: медиальнее зоны мочевого пузыря (СМ23). Зона имеет вид полоски шириной 3 мм, идет наискось до зоны матки (СМ50) в области таранной кости.

Топографическая анатомия: см. зону СМ50.

Показания: уретрит, импотенция, бели и другие выделения, обусловленные инфекцией.

52. Прямая кишка — СМ52.

Расположение: на голени, с внутренней поверхности во впадине спереди от ахиллова сухожилия, на обеих стопах (см. также описание зоны СЛп27).

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены большеберцовый нерв, задние большеберцовые артерия и вена.

Показания: запор при атонии прямой кишки, воспаление прямой кишки, геморрой.

53. Шейный отдел позвоночника — СМ53

Расположение: на медиальной стороне стопы, идет параллельно основной фаланге I пальца. Имеется на обеих стопах.

Топографическая анатомия: в проекции зоны расположены собственные подошвенные пальцевые нерв, артерия и вены.

Показания: деформация позвонков, шейный радикулит, боль в верхних конечностях, корешковая рефлекторная боль в области сердца, кривошея.

54. Грудной отдел позвоночника — СМ54.

Расположение: на медиальной поверхности стопы, параллельно краю подошвы и плюсны.

Топографическая анатомия: см. зону СМ53.

Показания: болезнь Бехтерева, грудной радикулит, боль в спине, грыжа межпозвоночного диска.

55. Поясничной отдел позвоночника — СМ55.

Нами разработаны препараты для заживления ран, трофических длительно не заживающих язв, особенно у больных сахарным диабетом. Основой препаратов являются пчелиный мед и живица ели или сосны.

Рецепт мази для ран:

Живица сосновая или еловая	100 г
Подсолнечное масло не поджаренное	100 г
Мед в сотах	100 г

Если нет меда в сотах, берут 70 г пчелиного меда и 40 г желтого воска. Если нет живицы, можно использовать живичную канифоль (лучше ужгородскую).

Масло в эмалированной кастрюле ставят на огонь, аккуратно добавляют канифоль, слегка помешивают стеклянной палочкой, пока канифоль (живица) не растает. Мед в сотах всыпают медленно, помешивая его палочкой. Когда все растворилось, закипело, выключают огонь и продолжают помешивать до тех пор, пока смесь не приобретет желтый цвет. Мазь нужно хранить в прохладном месте.

Еще один рецепт мази:

Живица сосны или ели	100 г
Масло сливочное (свежее)	250 г
Мед пчелиный в сотах	200 г
Прополис в измельченном виде	10 г

Масло сливочное кладут в эмалированную кастрюлю, ставят на огонь и доводят до кипения. Аккуратно кладут живицу, помешивая стеклянной палочкой. Когда живица расплавится, добавляют мед в сотах и прополис. Если нет меда в сотах, то можно использовать 130 г пчелиного меда и 100 г желтого воска. Когда все расплавится и покипит 10 мин (следить, чтобы не сбежало), снять с огня и в горячем виде процедить и отжать в стеклянную банку, дать остыть. Смесь следует периодически помешивать, так как мед может осесть на дно банки. Сваренную мазь хорошо размешивают, чтобы мазь была однородной.

Перед наложением повязки рана не требует особой обработки. Если в ране собралось значительное количество гноя, то ее можно обработать гипертоническим или просто солевым раствором (1 чайная ложка соли «Экстра» на 3—4 стакана кипятка).

При ушибе, кровоизлиянии, инфильтратах после внутримышечных инъекций, тромбозах делают следующий компресс.

Мед пчелиный	1 столовая ложка
Белок 1 яйца	
Мыло хозяйственное	1 столовая ложка
или стиральный порошок	

Все это помещают в ступку и растирают до тех пор, пока не образуется эмульсия белого цвета.

Компресс накладывают следующим образом. На лоскут льняного полотна (по размеру очага воспаления) наносят тонким слоем эмульсию. Прикладывают его к телу, сверху покрывают компрессной бумагой (или целлофаном), накладывают вату и забинтовывают или завязывают шерстя-

ным шарфом или платком. Компресс делают утром и вечером. После снятия компресса и перед тем, как наложить новый, протирают кожу тампоном, смоченным в теплой воде.

Раны, долго не заживающие, трофические язвы, гангренозные язвы при облитерирующем артериозе обрабатывают также такой мазью.

Мед пчелиный в сотах	200 г
Масло сливочное	250 г
Живица ели или сосны	100 г
Мумие	30 г

Ее приготавливают так же, как и вторую мазь.

Марлевые повязки с мазью накладывают на гнойные раны, в том числе и на ожоговые. При трофической язве необходимо предварительно удалить некротизированные ткани. Повязки меняют ежедневно. После наложения повязки с мазью, изготовленной по 1, 2 и 3-му рецепту, может появиться жгучая боль. Через 10—15 мин она проходит, больные хорошо переносят медовую лечебную мазь.

Описанные выше препараты были проверены в клинике хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова.



МЕТАЛЛОТЕРАПИЯ

К глубокой древности восходят сведения о лечебном использовании меди. Так, древнегреческий философ, поэт, врач и политический деятель Эмпедокл любил носить медные сандалии, другой философ и ученый тех же времен — Аристотель — засыпал с медным шариком в руке. В трудах Гипократа, Галена, Авиценны и других древних врачей упоминается о прикладывании медных пластинок или монет к месту ушиба. Этот же метод использовали для лечения радикулита, язв и заболеваний суставов. Врачи Древнего Востока с помощью меди пытались лечить болезни кожи и глаз; при переломах костей они рекомендовали принимать порошок красной меди, запивая его молоком или водой. И сейчас в Египте и Сирии существует обычай надевать медные кольца на ноги и руки детей и носить их до тех пор, пока у детей не прорежутся зубы.

В Древней Греции медь применяли для лечения глухоты и при воспалении миндалин. Во Франции и в настоящее время медью лечат расстройства слуха. В Перу изготавливают знаменитые на весь мир лечебные браслеты «Реумус». Эта страна лежит в предгорьях Анд. Название гор происходит от слова «анга», что в переводе с языка индейцев кечуа означает «медь». Каждый фирменный браслет снабжен индивидуальным регистрационным номером. В сопроводительном проспекте поясняется, что в Великобритании, Франции и Японии, где выпускают подобные браслеты, используют именно перуанскую, лучшую и чистейшую в мире медь.

Перуанцы пишут, что «Реумус» лечит ревматизм (отсюда и название), ОРВИ; ослабляет, а иногда подавляет различные воспалительные процессы; снимает нервное и мышечное напряжение. Как утверждают перуанские специалисты, ревматическая боль резко уменьшается через несколько недель ношения браслета «Реумус» (носить его рекомендуется на запястье). Через месяц боль исчезает совсем. Браслет рекомендуется не снимать в течение 2 лет. Через 2 года он утрачивает свои электрохимические свойства из-за коррозии. Однако перуанские специалисты предупреждают, что браслет «Реумус» не может заменить консультацию у врача или назначенный курс лечения. Замечено, что рабочие медеплавильных заводов не болели холерой.

В клиниках Университета дружбы народов им. П. Лумумбы изучалась локальная аппликационная металлотерапия — лечебное действие дисков, пластинок и браслетов, наложенных на определенные точки и зоны кожи. Установлено, что для лечебных аппликаций лучше всего использовать диски, сделанные из различных металлов: меди, цинка, латуни, бронзы, серебра, магния, хрома, никеля, титана, железа, алюминия, олова, свинца, молибдена, селена и германия. Главным объектом изучения была локальная медетерапия. Результаты исследования показали, что аппликация меди снижает температуру тела, снимает боль, оказывает кровоостанавливающее и сильное бактерицидное действие, активизируют водный и солевой обмен, улучшают сон, успокаивает ЦНС, активизируют действие инсулина

в крови, усиливают лейкоцитарные функции. Медь проникает через кожу, связывает токсины и склеивает бактерии, образуя труднорастворимые соединения.

Установлено, что постоянная головная боль, быстрая утомляемость, плохое настроение часто обусловлены недостатком меди в организме.

В сутки нашему организму требуется 3 мг меди. Хронические заболевания органов пищеварения, молочная и некоторые виды мясной диеты истощают запасы меди в организме. Это приводит к уменьшению содержания гемоглобина в крови, бесплодию, ишемической болезни сердца, аритмии, нервным и психическим расстройствам, снижению сопротивляемости организма к различным инфекциям.

Восполнить недостаток меди в организме можно за счет пищи. Так, коровье молоко и рис бедны медью, поэтому длительная молочная диета может привести к недостаточности меди. Больше всего меди содержится в печени, а также в продуктах моря, зернобобовых, гречневой и овсяной крупах, орехах, абрикосах, арбузах, свекле, грибах, черной смородине. Очень полезно есть кизил, терн, лесные яблоки, землянику, клубнику, малину, ежевику и клюкву.

Показателем обеспеченности организма медью является ее концентрация в плазме крови и эритроцитах, составляющая в норме в среднем 17,9 мкмоль/л.

Таким образом, в медицине медь используется как эффективное лечебное средство в виде аппликаций, например при радикулите, миозите, долго незаживающих гнойных ранах и других недугах.

Методика применения металлотерапии. Прежде чем применять металлотерапию, врач должен выявить первичный очаг, что особенно важно при хронических заболеваниях.

В народной медицине при боли в области поясницы применяют металлическую медную стружку, медные пластины, пояса, спирали. Металлическую стружку нагревают на сковородке, помещают в специально сшитый из полотна мешочек и прикладывают к пояснице.

Спираль из красной меди (ширина 1 см, длина 3,5—4 м) накручивают вокруг поясницы, по бедру, голени и до стопы. В этой спирали можно ходить, спать. Спираль надевают на 6—10 ч.

В последние годы отдавалось предпочтение применению медных дисков, монет медно-алюминиевого сплава (выпуска 1959 г.). Применяют диски диаметром 1—8 см и толщиной 1—3 мм, браслеты длиной 15—20 см и шириной 1 см, медные пластины шириной 30 мм, длиной 60 мм и толщиной до 3 мм. Лучше всего использовать медь марки МВ (вакуумная) или марки МОВ, МОО, МГ.

Для получения большего эффекта медные диски, пластины, спирали предварительно прокаливают на огне, охлаждают и очищают наждачной бумагой или жесткой тканью. Это делают для снятия окисла металла. Такую процедуру проводят перед каждым сеансом лечения.

Металл сначала накладывают на одну ночь или на 2 сут для проверки. Его прикладывают к больному месту, закрепляя пластырем. Если покраснела кожа, появились припухлость, слабость, головокружение, во рту — привкус металла, то данный металл, например медь, нужно заменить

другим — железом, магнием и др. Медные диски и пластины накладывают на кожу болезненных участков, зоны Захарьина — Геда и точки акупунктуры на срок от 6 ч до 2 сут. Диски фиксируют на поверхности тела с помощью бинтов или лейкопластыря. В процессе лечения диски и пластины периодически снимают на несколько часов, а кожу под ними протирают теплой водой с мылом.

Для лечения грудных детей применяют бесконтактный способ лечения медью. Для этого под металлическую пластинку подкладывают марлевую салфетку. Курс лечения длится от 3 до 20 дней. При снятии медных дисков или пластин нужно обратить внимание на то, есть ли притяжение между телом и металлом. Наличие этого притяжения и зеленоватый цвет кожи под диском указывает на эффективность лечения и необходимость его продолжения. При отсутствии притяжения и обычном цвете кожи лечение следует прекратить.

При некоторых заболеваниях препараты меди назначают внутрь (по 0,001—0,0001 г сульфата меди 3 раза в день).

Взрослому больному на одну ванну назначают 40—50 мл 10 % раствора сульфата меди. Температура воды 37—37,5 °С, продолжительность процедуры 10—20 мин. Курс лечения состоит из 5—8 ванн, которые принимают, как правило, перед сном.

В течение года в зависимости от заболевания проводят 4—6 курсов лечения.

Показания к проведению металлотерапии: хронический отит, бронхит, цистит, холецистит, полиартрит, холодный абсцесс, травма, радикулит, болезни органов пищеварения (колит, гастрит), сахарный диабет, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и глаз. Металлотерапия улучшает состояние больного после операции, снижает шум в ушах.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость, покраснение и припухлость в месте приложения металла, слабость, головокружение, привкус металла во рту после пробного сеанса.

Мумие — целебный бальзам древности

Мумие — бальзам, известный еще в глубокой древности, применялся народными врачевателями, а затем и врачами.

В древних рукописях, дошедших до нашего времени, написанных на разных языках Ближнего и Среднего Востока и Тибета — арабском, персидском, турецком, китайском, индийском, татарском, азербайджанском, — с поразительным единодушием упоминается мумие как средство, которое надежно излечивает от многих болезней.

Известные медики древности — Аристотель, Авиценна, Абу-Райхон Мухаммед ибн Ахмед аль-Бируни, Давуд Антоки и другие — описали способы добычи этого средства и применения его при самых различных заболеваниях.

Народы Востока, в частности узбеки, с древнейших времен называют это средство «мумие» или «мумией», а в некоторых случаях употребляют название с приставкой «асиль», что означает «наилучший», «настоящий».

Мумие напоминает тот густой черный состав, которым египтяне с начала III тысячелетия до н. э. бальзамировали тела умерших.

Авиценна в своем «Каноне врачебной науки» писал: «Мумие — горный воск. У горного воска та же сила, что у зифта (смолы) твердых и жидких битумов, смешанных вместе, но только он полезен и приносит большую пользу. Обладает разрезающим и рассасывающим свойствами и действием. Горный воск в виде питья и втирания — прекрасное средство от боли при вывихе и переломе, при параличе лицевого нерва».

Мумие, считал Авиценна, обостряет чувства, укрепляет желудок, облегчает дыхание.

Начиная с Авиценны, медики Востока Алхаким Мухаммед Хусаин Алявий (книга «Магзанул Адвия» на персидском языке, 1886 г.), Мухаммед Тахир, Мухаммед бин Али Мухаммед Алджижевоний применяли мумие в качестве компонента в комплексе средств для лечения больных, страдающих параличом, вялостью органов.

Мухаммед Хусаин назначал мумие при болезнях суставов, ревматизме, переломах, вывихах, заболеваниях сухожилий, мышц, повреждениях кожи, при параличе верхних и нижних конечностей.

Ал Комуз Мухит (1795) указывал, что «аль мумие» — это название лекарства, которое употребляют арабы при различных заболеваниях костей, суставов, внутренних органов в виде питья и наружного смазывания.

Мумие применяли также при болезнях дыхательных путей — астме, кровохарканье, ангине, при некоторых болезнях пищеварительной и мочеполовой систем. Его смешивали с салом коровы, медведя, волка, свиньи, соком паслена, тмина, петрушки, с желтком яйца, маслом кокосового ореха, чечевицей, солодковым корнем и другими лекарственными компонентами животного и растительного происхождения.

Слава о необыкновенных свойствах мумие достигла Западной Европы. Еще до XVII в. в рукописях и печатных работах в Англии, Франции, Германии приводятся описания мумие как лекарственного средства. Во второй половине XVIII в. (1776 г.) доктор Р. Джеймс включил мумие в свою «Фармакопею». Он описал мумие как черное, блестящее, смолистое вещество, кисло-горьковатое на вкус, обладающее приятным запахом.

О происхождении этого целебного вещества существует множество гипотез. Современные ученые связывают образование мумие с проявлениями вулканической деятельности планеты; другие считают, что оно образуется из природной нефти; третьи — что мумие — это ископаемый мед, продукт выделений дикой медоносной пчелы.

В начале 70-х годов результаты химических анализов, проведенных сотрудниками Узбекского НИИ травматологии и ортопедии А. Шакировым и А. Мирзакаримовым, показали, что мумие — это минерал горных пород.

Мумие представляет собой твердое образование, окраска которого может быть от желто-коричневой до черной. Оно имеет блестящую, словно отполированную веками поверхность и горький вкус. При нагревании и повышении температуры воздуха мумие размягчается. Растворяется в воде, бензоле, ацетоне, хлороформе, метиловом и этиловом спирте (рН 6,5—7).

Общий химический анализ показал, что бальзам среднеазиатских гор

содержит большое количество органических веществ, а также силикатных групп двуоксида кремния, фосфорного ангидрида, оксиды алюминия, железа, титана, кальция, свинца, магния, бария, марганца, калия, натрия и в незначительных количествах оксиды стронция.

По данным спектрального анализа, мумие — это настоящий клад микроэлементов. Оно содержит алюминий, кальций, кремний, натрий, калий, железо, магний, фосфор, барий, серу, бериллий, марганец, ванадий, титан, серебро, медь, свинец, цинк, висмут, никель, кобальт, олово, стронций, хром, галлий, молибден. Некоторые образцы мумие содержат углерод, водород, азот.

В эксперименте на животных выяснилось, что пероральное введение сухого препарата в дозе 830 мг/кг, а подкожное — в дозе 250 мг/кг совершенно не токсично. Препарат мумие, используемый как биостимулятор, не вызывает новообразований, не является канцерогенным веществом. Он не обладает эмбриотоксичностью.

Полученные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о том, что мумие эффективно при переломе костей, травматическом повреждении тканей, язвенной болезни желудка, тромбофлебите, травматическом неврите, воспалении периферических нервов, ожоге, интоксикационном нарушении кровотока и других заболеваниях. Оно стимулирует репаративные процессы. Народные целители назначают мумие и при заболеваниях, связанных с сужением сосудов: артериальной гипертензии, инфаркте миокарда, склерозе, мигрени; при некоторых заболеваниях печени, почек, мочевого пузыря, а также при эпилепсии, лучевой болезни, воспалительных процессах.

В Индии мумие применяют при лечении сахарного диабета, а также заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ.

Мумие применяют внутрь в сухом виде по 0,15—0,2—0,3 г под язык или в виде 3% раствора (3 г мумие растворяют в 100 мл кипяченой воды температуры 60—70 °С) — по 20 мл 2 или 3 раза в день за 1 ч до еды (в зависимости от заболевания). Наружно применяют 3% раствор в виде компрессов или 3% мази.

Дозы мумие для детей: в возрасте от 3 мес до 1 года — 0,01—0,02 г; до 9 лет — 0,05 г; 9—14 лет — 0,1 г в день. Мумие рекомендуется запивать чаем или теплым молоком.





ПИАВКИ

Лечение пиявками — бделлотерапия, или гирудотерапия (от греч. «бделло» и лат. «гирудо» — пиявка), — известно с давних времен. Пиявки, наряду с кровопусканием, применяли Гален и Авиценна. Их использовали в народной медицине в Европе и на Руси в средние века. Лечение пиявками было очень распространено и в XIX в. Энтузиастами гирудотерапии были выдающиеся русские врачи М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, Н. И. Пирогов, С. П. Федоров. После открытия гирудина в белковом веществе, выпускаемом пиявкой в кровь человека во время прокуса кожи, клиническое применение пиявок было поставлено на научную основу.

Пиявки ставят в целях извлечения крови, обычно местного; их применяют и как отвлекающее средство (Г. А. Захарьин). Медленно отсасывая кровь, пиявки вызывают ее перераспределение. Это подтверждает клиническая практика: пиявки, поставленные в области копчика, могут уменьшить кровенаполнение отдаленного органа и даже прекратить кровотечение из него. Наблюдаются также изменения кровообращения, видимо, рефлекторного характера. Не исключено, что болеутоляющее действие пиявок при инфаркте миокарда обусловлено расширением коронарных сосудов.

Методика применения пиявок

Ставить пиявки надо, строго соблюдая правила асептики. Перевязочный материал и пинцеты должны быть стерильными. Для проведения гирудотерапии необходимы спирт, горячая вода (50—55 °С), ватные тампоны, пинцет (или деревянная палочка с ватным тампоном), перевязочный материал.

Больного лучше уложить. Участок кожи больного, на который будет помещена пиявка, обрабатывают спиртом, затем горячей водой (это устраняет запах спирта и вызывает гиперемию кожи) и вытирают сухой ватой или тампоном. Кожу нельзя обмывать сильно пахнущим мылом, смазывать йодом, протирать эфиром и др. Кожу, если нужно, выбривают. К теплой коже пиявки присасываются быстрее и активнее сосут кровь. Если пиявка не присасывается, то полезно смазать кожу молоком (подслащенным), кипяченой подслащенной водой или кровью, полученной из маленького укола. За 2—3 ч перед прикладыванием пиявок рекомендуется вынуть их из воды и поместить в сухой стакан. Пиявки должны быть голодными, иначе они не пригодны к употреблению. Если при соблюдении всех этих условий пиявка не присасывается, то следует ее слегка пощелкать пальцем по головке, и тогда она выпустит жало.

Одной рукой к намеченной врачом точке подносят сосуд с пиявками, одновременно другой рукой к этому же месту подносят ватный тампон, смоченный горячей водой (рис. 103). Пиявки, выползая по холодной стенке

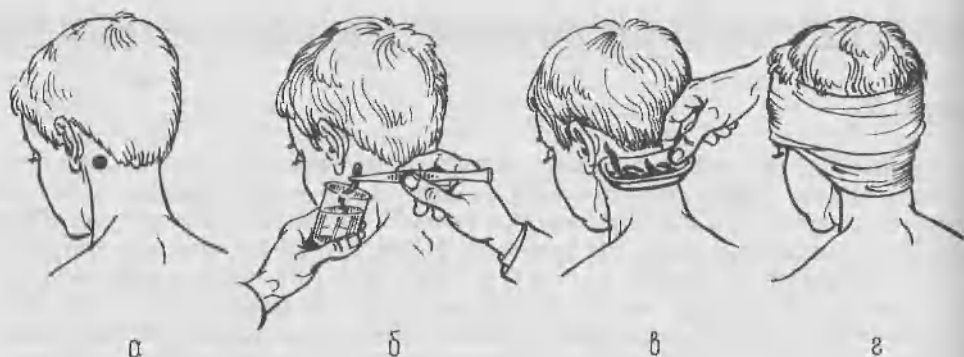


Рис. 103. Места прикладывания пиявок (а); сосуд с пиявками (б); лоток для собирания пиявок и крови (в); наложение асептической повязки после отпадения пиявок (г)

сосуда, быстро присасываются к теплой коже больного. Когда первая пиявка присосалась, ставят следующую. Иногда пиявку кладут в пробирку (головой к выходному концу), плотно приставляют пробирку к коже и ждут, пока она присосется. Если пиявка быстро отпадает, то надо заменить ее другой. Если необходимо приставить несколько пиявок, то их помещают в стаканчик, приставляют его к нужному месту и держат, пока пиявки не присосутся. При прикладывании пиявок за ухом слуховой проход закладывают ваткой. Если пиявку помещают в области заднего прохода, то в него также нужно положить ватку.

При прикладывании пиявок к деснам надо обязательно пользоваться пробиркой. Если пиявку нужно приложить к влагалищной части шейки матки, то поступают так: во влагалище вводят цилиндрическое зеркало, чтобы оно уперлось в своды, а саму пиявку прикладывают, пользуясь пробиркой, которую вводят через цилиндрическое зеркало.

При проведении гирудотерапии необходимо помнить, что в участках с рыхлой подкожной основой могут быть значительные подкожные кровоизлияния. Поэтому нельзя прикладывать пиявки к мошонке, векам, а также вблизи поверхностно расположенных сосудов (шея, виски). Не следует помещать пиявок на участки тела с особенно грубой кожей (кисти, стопы), так как они там не присосутся.

Присосавшаяся пиявка сосет кровь в течение 40—60 мин, после чего она отваливается. Если пиявка сама долго не отпадает, ее нужно посыпать солью или смочить соленой водой. Отрывать ее ни в коем случае не следует, так как при этом можно сломать ей челюсть, которая застрянет в коже, или вместе с челюстью можно оторвать кусочек кожи больного и вызвать тем самым длительное и обильное кровотечение.

Для собирания пиявок и крови, вытекающей из ранок, следует подстелить клеенку или подставить лоток.

Кровотечение из ранок продолжается в течение суток, а иногда и дольше. В этом случае на ранку накладывают стерильную повязку из марли и ваты, а при необходимости — тугую давящую повязку, предварительно смазав ранку каким-либо кровоостанавливающим средством. Ино-

Рис. 104. Места, к которым прикладывают пиявки

гда, очень редко, приходится зашивать ранки или накладывать скобки. Асептическую повязку обязательно меняют на следующий день.

В тех случаях, когда необходимо увеличить продолжительность кровотечения, на участок кожи после отпадения пиявок накладывают теплую или умеренно горячую влажную повязку (при остывании ее меняют) и таким образом поддерживают кровотечение.

При проведении гирудотерапии пиявок прикладывают к определенным местам (рис. 104).

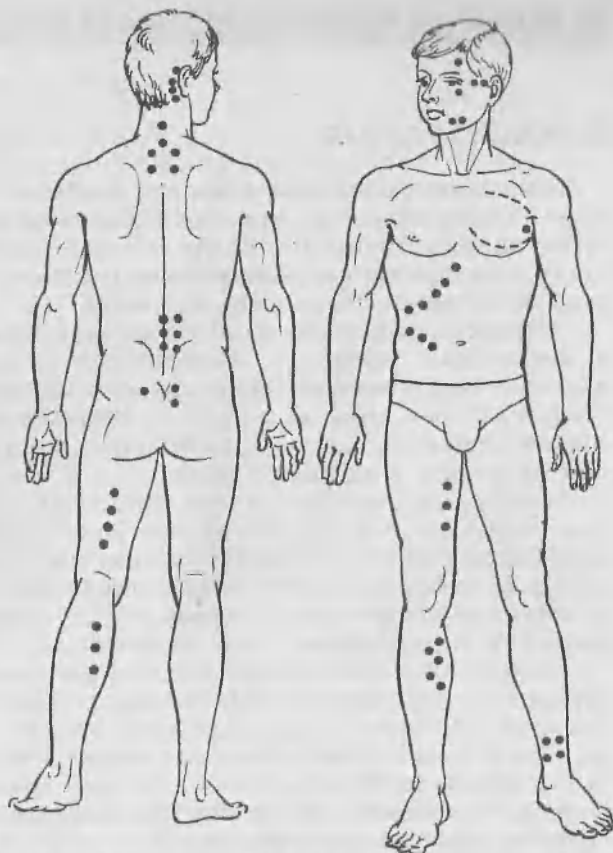
Показания к гирудотерапии: церебральная форма гипертонической болезни; предынсультные состояния; головная боль, головокружения; воспалительные процессы в кровеносных сосудах; воспалительные процессы в женских половых органах; сотрясения мозга; застойная печень; отек легких; митральный порок сердца; правожелудочковая недостаточность, стенокардия и инфаркт миокарда; тромбофлебит, тромбоз вен; геморрой.

Противопоказания: заболевания, сопровождающиеся кровоточивостью в связи с пониженной свертываемостью крови; гемолиз различного генеза, малокровие, резкое истощение, артериальная гипотензия.

При гирудотерапии все лекарства обычно отменяют, назначают обильное питье. Надо упомянуть и некоторые опасные свойства пиявок. Например, туркестанская пиявка, попадая с питьем в горло человека, вызывает кровотечение, а если проникает в трахею, то вызывает удушье. Есть сведения, что через укус пиявок могут передаваться возбудители инфекционных болезней: брюшного тифа, бруцеллеза, лептоспироза. Пользоваться для лечения пиявками, приобретенными не в аптеке, не рекомендуется.

Ставить пиявки следует только по назначению врача. Одновременно можно использовать от 4 до 12 штук.

Гирудотерапию нельзя считать устаревшим методом лечения, она особенно показана при коронарных и мозговых кризах.





ПСИХОТЕРАПИЯ

Мышление — высший продукт особым образом организованной материи — мозга, активный процесс отражения объективного мира в понятиях, суждениях, теориях и т. п. Мышление является источником наших слов, поступков, привычек, поведения и действия, вообще всего, что характеризует нашу личность и наше сознание.

Лечение самовнушением, внушением и гипнозом было известно йогам и египетским жрецам за тысячи лет до нашей эры. Оно было также известно и древнегреческим философам Аристотелю (IV век до н. э.), Сократу (V век до н. э.) и другим. Народные врачеватели нередко использовали внушение для лечения больных, настраивая их на оптимистические мысли и веру в выздоровление.

Необходимо, чтобы человек направлял свои мысли в правильное русло. Для здоровья важно, чтобы человек стремился развить в себе навыки оптимистического мышления. Оптимистические мысли — это источник радости, здоровья и счастья. Только такие мысли создают гармонию, красоту и хорошее настроение. Каждая мысль — это реальность, сила, которая может быть направлена как на добро, так и во зло.

Пессимизм в сочетании с плохим настроением необыкновенно пагубно отражается на здоровье. Пессимисты нередко люди злые, недоброжелательные, не замечающие красоты вокруг. Они видят в людях только недостатки, не всегда довольны собой. Пессимистические мысли — главные виновники большого количества нервных заболеваний. Вот почему больные с пессимистическими мыслями должны уметь тренировать волю, обрести веру в выздоровление.

Мысль человека подобна птице, постоянно перелетающей с места на место. Как бы сильно ни была возбуждена чем-нибудь душа, но если мысль о возбудившем предмете постоянно уносится от него, то и самое возбуждение слабеет так, что, наконец, совсем исчезает. Слово собирает ум, движет, останавливает, привлекает, направляет, руководит им, подчиняет себе душу. Так, робеющий человек иногда придает себе мужество своим собственным голосом, словом и добивается цели.

Наиболее важной предпосылкой успешного лечения, особенно тяжелой болезни, является бодрость духа, безусловная воля и уверенность в выздоровлении. Вот почему человек должен стремиться быть всегда веселым, потому что радость — это лекарство, которым должен пользоваться каждый. Хорошее настроение оказывает на человека такое же влияние, как солнце на растение.

При лечении больных, особенно нервными болезнями, очень важно восстановить их душевное спокойствие и равновесие. Стрессы — это основная причина многих заболеваний.

Человек тем здоровее и оптимистичнее, чем больше он способен мечтать. Шестьдесят секунд разумного мечтания — это шестьдесят секунд

покоя для тела и психики. Поэтому мечтайте о силе, здоровье и успехах в труде! Это способствует хорошему настроению и психическому равновесию, которые оказывают влияние на ваше здоровье.

Вера — основа всякого чуда! Вера в доброе, вера в хорошее, в красоту придает силу. Она поддерживает человека. А грустное, мрачное воображение — это вера в несчастье. Человек, который верит и знает, чего он хочет, достигает всего, а кто думает «не могу», перекрывает себе дорогу к любому успеху, к любой возможности достичь цели. Человек должен верить в свои силы. Проявленная воля — шаг к цели. Если человек сомневается в своей силе, он должен громко приказать себе словом.

Великий советский физиолог И. П. Павлов утверждал, что слово, то есть речь, — это такой же мощный раздражитель ЦНС, как и другие раздражители окружающего мира. Поэтому для проявления и укрепления воли человек должен заняться самовнушением. Формулу для лечения самовнушением должен выбирать врач.

Внушение

Под внушением (суггестией) понимают создание у человека определенного состояния или побуждение его к определенным действиям с помощью эмоционально окрашенного представления этого состояния и этих действий (И. Е. Вольперт, 1972). Внушение есть «вкладывание» одному человеку психическими средствами другого человека различных мыслей, чувств, ощущений, образов, вызывание механических движений и вегетативных реакций (М. Е. Бурно, 1974). По И. П. Павлову, «внушение есть наиболее упрощенный типичный условный рефлекс человека».

История учения о внушении, как и о гипнозе, теряется в истоках древних культур, большинство которых трактует их как «сверхъестественные явления». Древний Египет, Индия, Китай, Персия, Греция и Рим оставили нам целый ряд сведений об этом учении. Индусские аскеты (йоги) даже разработали целую систему предписаний относительно положения тела, характера дыхания, ограничения деятельности органов чувств и т. д., предназначенных для того, чтобы вызвать состояние самогипноза, выражающегося в «освобождении человека от телесных чувств», сосредоточении его мысли на спокойном созерцании своего внутреннего «я». По мнению йогов, в период таких состояний «сознание их исчезает, они не воспринимают больше ни звука, ни вкуса, ни цвета, ни прикосновения; они свободны от воспоминаний и забвения; они не умирают и не существуют». В еврейском Талмуде имеются указания на особое состояние, вызываемое приемами внушения, в котором «человек спит и не спит, бодрствует и не бодрствует, отвечает на вопросы, но душевно отсутствует». Китайские колдуны пользовались состоянием самогипноза для предсказания будущего и для лечения болезней.

В период средневековья и в эпоху Возрождения внушение и гипноз относили к тайным, так называемым оккультным, наукам.

Не останавливаясь на дальнейшей истории вопроса, следует подчеркнуть, что научные основы современного учения о внушении и гипнозе

были заложены во Франции представителями нансийской и парижской школ гипнологов (Льебо и Бернгейма; Шарко, Рише, Жане) и в дореволюционной России и СССР — известным гипнологом А. А. Токарским, выдающимся невропатологом и психиатром В. М. Бехтеревым и гениальным физиологом И. П. Павловым.

Внушение играет ведущую роль во всех психотерапевтических воздействиях врача. Различают внушение прямое и косвенное. При прямом внушении в самой формуле внушения ясно обозначен результат этого внушения («уходит головная боль», «можете двигать рукой» и т. п.). При внушении косвенном (опосредованном) формулы нет совсем, смысл внушения «спрятан» во внешнем виде, вкусе лекарств, в словах, жестах врача, в многострочном «завораживающем» рецепте. Иначе говоря, внушение в данном случае производится чаще всего посредством различных предметов внушения.

Внушение, проводимое каким-либо действием врача, называют реальным внушением. Если же врач пользуется речевым воздействием, то говорят о словесном, или вербальном, внушении. Различают два вида вербального внушения: 1) проводимое в состоянии бодрствования; 2) проводимое в состоянии гипнотического сна. Оба вида внушения составляют понятие суггестивной психотерапии. При внушении в состоянии бодрствования происходит частичное торможение коры. Внушение в состоянии гипнотического сна проводят при полном гипнотическом торможении коры.

К разгадке сущности внушения близко подошел известный психоневролог В. М. Бехтерев (1898), который писал: «Внушение есть не что иное, как вторжение в сознание или прививание к нему посторонней идеи; прививание происходит без участия воли и внимания воспринимающего лица и нередко без ясного даже с его стороны сознания».

Внушаемость есть вполне нормальное свойство человеческой личности, но у разных людей она неодинакова. В. М. Бехтерев считал, что под внушаемостью «...следует понимать способность и склонность в большей или в меньшей степени воспринимать и усваивать внушение, будет ли оно обуславливаться внутренними или внешними побуждениями. Внушение входит в сознание человека не «с парадного входа, а с черного крыльца», минуя сторожа — критику» (В. М. Бехтерев, 1898).

Сущность внушения впервые была раскрыта с физиологических позиций И. П. Павловым: «...внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека. Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражения в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений» (И. П. Павлов, 1924).

В лечебной практике чаще применяют внушение в бодрствующем состоянии, воздействие убеждением. Этот вид психотерапии, по сути дела, в какой-то степени использует каждый врач-клиницист, положительно влияющий своим словом на психику больного. Этот метод предусматрива-

ет, прежде всего, влияние слов врача, непосредственное воздействие на вторую сигнальную систему и через нее на те или иные соматические симптомы и синдромы.

Психотерапевт, зная особенности личности больного и определив его внушаемость, может использовать внушение в бодрствующем состоянии значительно шире. Этот вид психотерапии удобен еще и тем, что не требует создания особой обстановки и может проводиться в обычном врачебном кабинете.

В ходе беседы врач изучает больного и объясняет ему болезненные симптомы, вызывая критическое отношение к переживаемому состоянию. Поэтому необходимы ясность и простота аргументации, каждую фразу нужно строить понятно, без всяких «эффектных» оборотов, нагромождения терминов, витиеватости, ложной «красивости».

Внушение бывает двух видов:

1. *Внушение без подготовки*, когда больной о нем не знает. При этом способе внушения врач, например, говорит больному, что, хотя у него и серьезная болезнь, но при правильном лечении, хорошем уходе и достаточной терапии через определенное время он будет здоров. С помощью этих слов врач иногда достигает поразительных результатов. И наоборот, если врач или другое авторитетное лицо говорит неосторожно больному обескураживающие слова о его здоровье, то это может очень неблагоприятно повлиять на течение болезни и значительно замедлить выздоровление. Это явление известно в официальной медицине под названием ятрогении.

2. *Внушение с предварительной подготовкой*, когда больной знает о нем. Это внушение делают приблизительно так: мать предварительно говорит своему ребенку, что сегодня вечером, когда он уснет, она подойдет к нему, легонько положит свою руку на его голову, будет его ласково гладить и говорить что-то, но так, чтобы его не разбудить, отчего ребенок быстрее выздоровеет. И когда ребенок крепко уснет, она осторожно приближается к нему, кладет свою руку ему на голову, внимательно следя при этом, чтобы его не разбудить. Если, несмотря на осторожность, ребенок проснется, мать прикрывает рукой ему глаза и тихим голосом говорит: «Закрой, миленький, свои глазки и продолжай спать; ты очень хочешь спать, ты дремлешь, засыпаешь, миленький...». Когда мать убедится, что ребенок уснул, она ему говорит: «Сегодня, миленький, ты спишь глубоко, хорошо и не скоро проснешься. Ты слышишь, что я тебе говорю, но это тебя не будит». После этого мать начинает внушение.

Приводим один из примеров. Ребенок страдает ночным недержанием мочи. Когда ребенок подготовлен, во время сна мать садится возле него, кладет свою руку ему на голову и говорит приблизительно следующее: «Ты, маленький, уписываешься каждую ночь, потому что спишь очень глубоко и не чувствуешь, когда подойдет время пописать. С сегодняшнего дня сон твой не такой глубокий, и как только ты захочешь писать, ты сразу почувствуешь, встанешь, пописаешь, а после этого сразу уснешь. А кроме того, ты уже выдержишь больше, не уписываясь. Поэтому с сегодняшнего дня сразу, как только ты захочешь писать, ты почувствуешь это и проснешься...»

Внушение этим способом необходимо делать регулярно каждый вечер без исключения на протяжении 2—3 нед, пока ребенок не перестанет уписываться.

Подобным образом делают внушение детям, которые приносят своим родителям те или иные хлопоты и неприятности. Им можно внушить прилежание, послушание, честность и т. п. Разумеется, такие внушения следует делать при каждом удобном случае и днем, в бодрствующем состоянии, и уверять ребенка, что он уже хороший, послушный, прилежный, правдивый и этим доставляет радость своим родителям.

Показаниями к применению внушения в бодрствующем состоянии являются прежде всего различные неврозы типа истерии, неврастения и, реже, психастении, различные фобии (кардиофобия, канцерофобия и другие), ночное недержание мочи, заикание.

Внушение противопоказано больным, которые недавно перенесли инсульт или инфаркт миокарда, так как внушение в состоянии бодрствования предполагает определенные эмоциональные реакции больного на повелительный тон врача, проводящего внушение.

Самовнушение

Самовнушение (аутосуггестия) — это воздействие внушением на самого себя. В. М. Бехтерев полагал, что лечебное действие молитвы «в значительной мере сводится к самовнушению, действующему в связи с религиозной эмоцией». Самовнушение как дополнение к другим лечебным средствам представляет собой оружие, которое обладает большой силой. В зависимости от тех или иных обстоятельств оно может вызвать как крайне печальные последствия, так и восстановить психическое равновесие, ускорить лечебный и оздоровительный процесс.

В. М. Бехтерев, рекомендуя лечить самовнушением в бодрствующем состоянии (1911), считал, что «...наиболее подходящим временем для самовнушения является период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением». Он полагал, что «...для каждого отдельного случая должна быть выработана формула самовнушения, которая ... должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени».

Формула самовнушения зависит от заболевания, а также от умственного развития, образования и профессии больного. Формулу нужно произносить медленно, ясно и отчетливо.

С. П. Боткин лечил самовнушением у себя астению и невралгию после перенесенного сыпного тифа. Он «упорно и долго сосредоточивал внимание на желании отделаться от усталости и боли, продолжал работу, несмотря на сильнейшее напряжение».

В начале XX в. приемы «сознательного (преднамеренного) самовнушения» разработал французский аптекарь Эмиль Куе (1857—1926). Он учил своих пациентов сознательно пользоваться самовнушением, этой «врожденной силой природы». Куе прежде всего убеждал пациента в силе собственного самовнушения. Затем он предлагал пациенту закрыть глаза,

чтобы не отвлекали окружающие предметы, и в случае, например, «болезни живота» внушать себе, внятно шевеля губами, что каждое утро будет ступ, хороший аппетит, а ночью спокойный глубокий сон. Кроме того, при любой болезни сразу же после пробуждения и вечером перед сном Купе рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше». Внушать нужно без усилия, без раздумья, машинально, «как молитву».

Наиболее целесообразная, наиболее общая формула, которую мы можем рекомендовать, звучит следующим образом: «Каждый день в любом отношении мне становится все лучше и лучше». Разумеется, в зависимости от конкретных обстоятельств эта формула уточняется. Когда человек произносит эти слова, он должен испытывать одно желание: ему должно стать лучше. При этом никогда не следует забывать основной принцип самовнушения: неизменная и полная уверенность в успехе. Необходима не надежда, а полная уверенность.

Если днем или ночью больной почувствует боль или некоторое беспокойство, он должен уверенно себе сказать, что желает избавиться от них. После этого, поглаживая круговыми движениями слева направо лоб (если больной беспокоен) или же болезненное место (при боли), больной должен повторить громко или вполголоса как можно более быстро: «Боль проходит, боль проходит, боль проходит». Поглаживание необходимо продолжать до тех пор, пока боль не прекратится. Быстрое повторение формулы необходимо для того, чтобы больным не овладел пессимизм. При возобновлении болезненных ощущений надо повторно применить этот метод.

Не следует забывать, что неудачи в начале самовнушения не должны обескураживать, потому что после некоторого опыта человек начинает владеть собой.

Если необходимость в самовнушении возникла днем, больной должен удалиться в тихое помещение, расслабиться, сосредоточиться и думать о том, чего он желает достичь в отношении своей болезни: «Это — страх, плохие мысли и так далее — проходит...» Формулу нужно повторять очень быстро и много раз (например, от 20 до 30 раз), пока не наступит существенное улучшение.

Когда человеком овладевают плохие мысли, если он рассержен и готов ссориться, мстить, ему полезно рассмеяться, глубоко подышать и повторять мысли типа: «Я спокоен, я сам себе хозяин» и так далее. Вообще в таких случаях говорят: «Пересчитайте пуговицы на своем пальто снизу вверх и сверху вниз прежде, чем ответите». Благодаря этому выигрывается время, первый гнев проходит и человек успокаивается.

Лечение самовнушением почти не имеет противопоказаний. Даже при тяжелой истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз и аутогенная тренировка дают осложнения, можно обучить больного самовнушению («припадок не должен случиться») и не допустить развития надвигающегося припадка.

МЕТОДИКА САМОВНУШЕНИЯ

Эффект от самовнушения достигается не сразу. Для этого нужна ежедневная тренировка, направленная на достижение определенной цели, например: повысить устойчивость внимания или научиться быстро восстанавливать силы, хорошо засыпать, отучиться курить, выработать у себя отвращение к алкоголю и т. д. Для этого надо научиться снимать эмоциональное напряжение, успокаивать себя. Для того чтобы снизить эмоциональное напряжение, нужно снизить уровень бодрствования. Для того чтобы снизить уровень бодрствования до нужной для самовнушения степени, достаточно войти в такое состояние, которое в повседневной жизни называют дремотой.

Среди множества импульсов, идущих от периферии тела в головной мозг, есть более или менее информативные. Специальными исследованиями установлено, что самыми информативными оказались импульсы, поступающие от лица. Следовательно, если мы хотим успокоить нервную систему, надо начинать с расслабления мышц лица.

Заниматься самовнушением можно в трех основных положениях. Самое удобное из них — лежа на спине, руки при этом должны быть слегка согнуты в локтевом суставе и лежать ладонями вниз, а ноги расставлены на ширину плеч. Второе положение — сидя в мягком кресле с подголовником и подлокотниками, третье положение — сидя на обычном стуле. Надо сесть на половину сиденья стула, не опираясь на спинку; ноги, стоящие на полной ступне, нужно слегка выдвинуть вперед так, чтобы между икроножными мышцами и задней поверхностью бедер образовался угол 120—140°. На свободно расставленные бедра положить кисти, чтобы они не свисали между бедер, а голову слегка опустить вперед, не отклоняя ее ни влево, ни вправо. Но самое главное — мягко согнуть спину таким образом, чтобы плечи оказались строго по вертикали над тазобедренными суставами. В противном случае при постепенном погружении в дремоту тело будет падать вперед или назад.

Итак, приняли одну из указанных поз. Закрыли глаза. Расслабили мышцы рук, ног, туловища, лица. Сделали глубокий вдох и длинный-длинный, замедленный выдох. Повторили то же самое еще раз, но не так активно, спокойнее. Затем на вдохе средней глубины надо мысленно произнести короткое слово «я», а на замедленном выдохе, также мысленно, слово «расслабляюсь». Но чтобы лучше почувствовать расслабление, во время вдоха, когда произносим «я», следует сильно напрячь все мышцы тела. Тогда на выдохе, вместе со словом «расслабляюсь», это ощущение проявится отчетливей. После этого снова делаем короткий неглубокий вдох и произносим слово «я», а на спокойном удлиненном выдохе — слово «успокаиваюсь». Вот 1-я формула психорегулирующей тренировки — «я расслабляюсь и успокаиваюсь».

Наше внимание может быть активным, если мы сознательно направляем его на какой-либо объект, или пассивным, когда оно как бы само притягивается, в силу интереса к какому-нибудь явлению.

Метод самовнушения оказывает воздействие на организм с помощью одновременного использования слов, внимания и представлений. Так,

внимание можно представить себе в виде «зайчика» (светлого пятна) от солнца. Такое светлое пятно может двигаться, высвечивая тот или иной предмет, то ярче, то тусклее. Так и внимание мысленно может переноситься с одной области тела на другую. Например, произносим формулу на расслабление. Мысленно произнося слово «я», нужно круг внимания задержать на лице, а во время проговаривания слова «расслабляюсь» вести это «светлое пятно» (внимание) мысленно сверху вниз по шее, рукам, туловищу и ногам. Произнося слово «и», нужно внимание плавно вернуть к лицу, а на слове «успокаиваюсь» остановить на том участке организма, который, по вашему мнению, наиболее остро реагирует на стресс (голова, сердце, желудок и т. д.). Следует не только сосредоточить внимание, но и мысленно представить, что мышцы, над которыми проплывает «зайчик» (пятно внимания), становятся предельно расслабленными и мягкими, когда мысленно произносим слово «расслабляюсь». А при слове «успокаиваюсь» мысленное представление должно вызвать чувство успокоения.

При самовнушении не менее важно дыхание. Регулируется оно главным образом на счет замедленного, удлиненного выдоха, который приводит к некоторому самоуспокоению. При тренировке эта особенность используется в самом начале занятий: «я» — неглубокий вдох, «расслабляюсь» — длительный выдох, «и» — легкий вдох, «успокаиваюсь» — еще более замедленный выдох (1-я формула). При произнесении последующих формул о дыхании даже думать не надо. Оно само по себе станет спокойным, поверхностным.

2-я формула — «мое внимание на моем лице». Для этого первый раз надо посмотреть в зеркало, а затем следует закрыть глаза и снова, но уже мысленно, увидеть лицо.

3-я формула — «мое лицо спокойное». В это время внимание должно быть сосредоточено на лице.

Эти три формулы повторяют медленно, 2 раза каждую, 6—10 раз в течение дня, 3 дня подряд. Появляется ощущение удовольствия, так как нервная система не испытывает напряжения, отдыхает.

4-я формула — «губы и зубы разжаты». Необходимо слегка приоткрыть рот.

5-я формула — «расслабляются мышцы лба... глаз... щек». Внимание переходит ото лба на область глаз, затем щек. Представляем мысленно: складки на лбу, переносица разглаживаются, лоб освобождается от морщин, мышцы вокруг глаз расслабляются, освобождаются от напряжения. Формулу повторяют 2—3 раза.

6-я формула — «расслабляются мышцы затылка... шеи». При словах «расслабляются мышцы затылка» внимание охватывает заднюю поверхность шеи до верхних границ лопаток, а во время произнесения слов «и шеи» — нужно переключить внимание на переднюю поверхность — от подбородка до ключицы. Мысленно представляем полное расслабление мышц шеи. На произнесение и осмысление 6 формул нужны 2—3 мин. Заниматься надо 3—4 раза в день.

7-я формула — «лицо начинает теплеть». Внимание направлено на лицо, на представление о том, как оно согревается. Эту формулу следует повторить 6—8 раз.

8-я формула — «тепеют затылок и шея». Надо себе представить, что на шею ложится большой меховой воротник, под которым мышцы расслабляются еще сильнее.

9-я формула — «мое лицо полностью расслабленное, теплое... спокойное... неподвижное». Неподвижность надо представить, как чувство легкого оцепенения всех мышц лица; должно возникнуть ощущение теплой, приятной маски на лице, под которой полностью расслабляются все мышцы. Эти 9 формул необходимо повторять 2 раза в день в течение 3 нед.

10-я формула — «мое внимание переходит на мои руки». Мысленно скользите взглядом одновременно по обеим рукам — от плеч до кончиков пальцев. Эту формулу нужно произнести один раз.

11-я формула — «мои руки начинают расслабляться и теплеть». На слове «расслабляться» внимание как бы медленно поднимается от пальцев к плечам. На слове «теплеть» оно так же медленно «опускается» к пальцам.

12-я формула — «мои пальцы и кисти расслабляются и теплеют». Надо представить себе, как руки теплеют в теплой воде.

13-я формула — «мои предплечья (от кисти до локтевых суставов) и локти расслабляются и теплеют». Внимание сосредоточивается на предплечьях и локтевых суставах.

14-я формула — «мои плечи и лопатки расслабляются и теплеют».

15-я формула — «обе мои руки... полностью расслабленные... теплые... неподвижные». Мысленно произнося первые три слова формулы, переключают внимание на пальцы. Затем на словах «полностью расслабленные» внимание направляют к плечам и лопаткам, а на слове «теплые» — «опускают» вниз и вместе со словом «неподвижные» останавливают на предплечье и кистях.

16-я формула — «мое внимание на моих теплых пальцах». Эту формулу следует повторить 3 раза.

17-я формула — «мое внимание переходит на лицо». Ее произносят 1 раз.

18-я формула — «мое лицо полностью расслабленное... теплое... спокойное... неподвижное». Это делают, как в 9-й формуле.

На этом оканчивается этап тренировки рук. После него полагается около 1 мин побыть в состоянии покоя. Потом нужно сделать глубокий вдох, на выдохе открыть глаза, а затем, чтобы снять чувство расслабленности, сделать небольшую зарядку. На вдохе сильно сжать пальцы в кулак и согнуть руки в локтевых суставах, а на выдохе расслабить.

Если тренировка для рук пройдет успешно, можно изъять промежуточные формулы 12, 13 и 14. После этого следует перейти к отработке формул для ног.

19-я формула — «мое внимание сосредоточено на лице и постепенно переходит на мои ноги». Внимание с лица, постепенно «скользя» вниз, переходит на таз и ниже до подошв и кончиков пальцев обеих стоп.

20-я формула — «мои ноги начинают расслабляться и теплеть».

21-я формула — «мои подошвы и голеностопные суставы расслабляются и теплеют». Следует представить, что стопы находятся в теплой воде.

22-я формула — «мои голени и колени расслабляются и теплеют». Представляем так же, как в 13-й формуле.

23-я формула — «мои бедра и таз расслабляются и теплеют». Женщинам в период менструации формулы для ног применять не рекомендуется, чтобы не усилить приток крови к бедрам и тазу.

24-я формула — «обе мои ноги полностью расслаблены... теплые... неподвижные». Делаем по принципу 15-й формулы.

25-я формула — «мое внимание на моих голених и стопах», «мое внимание на моих теплых пальцах». На этом этапе расслабления ног заканчивается, и внимание снова направляют на лицо.

26-я формула — «мое лицо полностью расслабленное... теплое... спокойное... неподвижное».

Затем следует произнести про себя слова «я отдыхаю», «я отдохнул и успокоился», «я отдохнул и набрался сил, самочувствие хорошее». Это 27-я формула. После этого нужно сделать глубокий вдох, на выдохе открыть глаза и сделать несколько активных движений руками и ногами — на вдохе согнуть с напряжением руки в локтевом и ноги в коленном суставах, а на выдохе расслабиться.

На овладение «этапом ног» вполне достаточно 1—2 нед. Занятия должны вызывать чувство расслабления, тепла и покоя.

Одно из основных условий эффективности самовнушения — снижение уровня бодрствования головного мозга. Иногда во время занятий можно заснуть. Это не страшно, так как «самовнушенный» сон переходит в обычный. Однако важно натренировать умение удержать себя на нужном уровне бодрствования (не допуская погружения в сон).

Переходим к освоению формул выключения мышц и воздействия на вегетативную нервную систему.

28-я формула — «мое внимание переходит на туловище». Ее произносят один раз. Затем мысленно произносят слова: «мое внимание плавно переходит к лицу на шею и туловище», «чувствуется распространение теплоты на туловище».

29-я формула — «мое туловище полностью расслабленное и теплое». Слова «неподвижное» нет, потому что грудная клетка совершает дыхательные движения даже в состоянии покоя. Далее следует мысленно «опуститься» по туловищу, повторяя слова: «мой живот полностью расслабленный и теплый», «моя поясница полностью расслабленная и теплая», «мышцы моей спины расслаблены», «мое туловище полностью расслабленное и теплое». Это повторяют 2 раза.

30-я формула — «мое внимание сосредоточено на моей груди». Мужчинам нужно остановить внимание на боковых отделах грудной клетки ниже линии сосков (мужчины обладают брюшным типом дыхания), а женщинам (грудной тип дыхания) следует мысленно представить ее передне-верхние отделы.

31-я формула — «мое дыхание легкое... спокойное... свободное». Если надо успокоить дыхание, повторите эту формулу 6 раз, не делая глубоких вдохов. А после медленного спокойного выдоха полезно на 1—2 с задержать дыхание.

32-я формула — «мое внимание сосредоточено на моем сердце».

33-я формула — «мое сердце бьется спокойно... равно... хорошо», «оно отдыхает». Эту формулу тоже полезно повторить 6 раз. Самим изменять формулу для сердца не рекомендуется из-за возможных осложнений.

34-я формула — «весь мой организм отдыхает». Внимание направляют сначала вдоль туловища от сердца вниз, а при повторении формулы — от подошв к лицу.

35-я формула — «мое внимание сосредоточено на моем лице».

36-я формула — «мое лицо полностью расслабленное... теплое... спокойное... неподвижное».

37-я формула — «я отдыхаю».

38-я формула — «самочувствие хорошее».

После этого, как всегда, надо сделать глубокий вдох, на выдохе открыть глаза и медленно, с постепенным нарастающим напряжением произвести несколько движений руками и ногами, сгибая их на входе и разгибая на выдохе.

Описанная психорегулирующая тренировка (15—30 мин в день) снимает напряжение, организм отдыхает и восстанавливает силы. Она очень полезна при некоторых заболеваниях или функциональных расстройствах, например, при бессоннице, повышенном АД, головной боли и т. д. Перед каким-либо волнующим событием (например, перед сдачей экзамена) полезно отработать такую формулу: «во всем теле приятная легкость... голова ясная... я совершенно спокоен и собран... мыслью верно, не торопясь, четко... я уверен в себе... материал я усвоил... я спокоен... экзамен уверенно сдам». Подобные формулы нужно произносить за несколько дней до волнующего события, и в последний раз — непосредственно перед ним.

Следует обратить внимание на то, что при психотренировке необходимо использовать только четкие формулы без частиц «не». К примеру, чтобы бросить курить, надо произносить формулу только в активной форме: «курение мне безразлично... запах дыма противен мне... вкус во рту противный...», а не в пассивной: «я не хочу курить». Частица «не» снижает эффект самовнушения.

И еще одно условие: произнося формулы, нужно думать только о них. Чем вы сосредоточеннее, чем полнее и точнее будут мысленные представления, связанные с формулами, тем выше эффект самовнушения.

Если же сразу после психотренировки нужно приступить к работе, то следует после 34-й формулы — «весь мой организм отдыхает» — перейти к другим, активизирующим формулам: «мой организм отдыхает и набирается силы». Повторить 5—6 раз. Затем произносят такие формулы: «мой организм хорошо отдохнул... уходит чувство тяжести и расслабленности из моих ног, туловища, рук», «все мышцы отдохнувшие, сильные», «мышцы обретают легкость и упругость», «сонливость рассеивается», «дышу глубже, активнее», «голова отдохнувшая, ясная», «самочувствие хорошее, бодрое», «я полон энергии», «я готов действовать!», «встать!».

Эти формулы произносят в возрастающем темпе. После команды «встать!» надо сразу подняться и походить 2—3 мин, делая руками и

корпусом легкие разминочные движения. А затем с новыми силами приняться за дела. Успех самовнушения обеспечивают наличие четкой цели и регулярные ежедневные занятия.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Аутогенная тренировка — это метод самовнушения, предложенный немецким психотерапевтом И. Шульцем в 1932 г. Путем самовнушения достигается расслабление поперечно исчерченных мышц — релаксация. В этом состоянии делают самовнушение, направленное на те или иные функции организма. Это дает основание рассматривать аутогенную тренировку как один из методов самовнушения (А. М. Свядощ, 1961, 1965, 1971).

Методика аутогенной тренировки, разработанная И. Шульцем, в отличие от последующих модификаций получила название классической.

Аутогенной тренировкой можно заниматься в любое время дня. Первые сеансы желательны проводить в теплом, тихом помещении, при неярком свете. В дальнейшем можно заниматься в любой обстановке.

Во время занятий аутогенной тренировкой тело должно быть в удобном положении, исключая какое-либо мышечное напряжение. Рекомендуется занять одну из следующих поз: положение сидя на стуле, полусидя или лежа. Ниже приведен классический текст для аутогенной тренировки, позволяющий снять эмоциональное напряжение.

1. Я отдыхаю. Освобождаюсь от всякого напряжения.
Расслабляюсь. Чувствую себя свободно и легко.
Я спокоен. Я спокоен. Я ничего не ожидаю.
Освобождаюсь от скованности и напряжения.
Все тело расслаблено. Мне легко и приятно.
Я отдыхаю.
2. Расслаблены мышцы правой руки.
Расслаблены мышцы плеча и предплечья.
Расслаблены мышцы кисти правой руки и пальцев.
Расслаблены мышцы левой руки.
Расслаблены мышцы плеча и предплечья.
Расслаблены мышцы кисти левой руки и пальцев.
Обе руки расслаблены.
Они лежат неподвижные и тяжелые.
Чувствую тяжесть в руках.
Приятное тепло проходит по рукам.
Тепло доходит до пальцев.
Тепло пульсирует в кончиках пальцев.
Я спокоен. Я спокоен.
3. Расслаблены мышцы правой ноги.
Расслаблены мышцы бедра и голени.
Стопа лежит свободно и расслабленно
(то же повторяют и для левой ноги).
Обе ноги расслаблены. Чувствую тяжесть в ногах.
Тепло дошло до пальцев стоп. Тепло пульсирует в кончиках пальцев.
Я спокоен. Я спокоен.
Приятное тепло ощущаю в ногах. Мне приятно.
Я освободился от всякого напряжения.

Чувствую себя свободно и легко.
Я совершенно спокоен. Я спокоен.

4. Все расслаблено.
Расслаблены мышцы спины. Плечи опущены.
Расслаблены грудные мышцы.
Чувствую тяжесть расслабленного тела.
Расслаблены мышцы живота.
Чувствую приятное тепло во всем теле.
Я спокоен. Я спокоен.
5. Голова лежит свободно и спокойно (при положении лежа).
Голова свободно опущена (при положении сидя).
Расслаблены мышцы лица.
Брови свободно разведены.
Лоб разгладился.
Веки опущены и мягко сомкнуты.
Расслаблены крылья носа.
Расслаблены мышцы рта.
Губы слегка приоткрыты.
Расслаблены мышцы челюстей.
Чувствую прохладу на коже лба.
Все лицо спокойно, без напряжения.
Я спокоен. Я спокоен.
6. Я полностью освободился от напряжения.
Все тело расслаблено.
Чувствую себя легко и непринужденно.
Дышу свободно и легко.
Дышу ровно и спокойно.
Прохладный воздух приятно холодит ноздри.
Приятная свежесть вливается в легкие.
Я спокоен. Я спокоен.
7. Сердце бьется равномерно и спокойно.
Сердце бьется ритмично.
Чувствую себя легко и непринужденно.
Мне приятно. Я отдыхаю.
8. Я отдохнул.
Чувствую себя освеженным.
Чувствую легкость во всем теле.
Чувствую бодрость и свежесть.
Открываю глаза.
Хочется встать и действовать.
Я полон сил и бодрости.
Я готов к новой работе.
Встать!

После этого надо быстро встать; руки поднять и развести в стороны, одновременно сделать глубокий вдох; при вдохе задержать дыхание, затем напряженно и глубоко выдохнуть.

Некоторые авторы в конце каждого сеанса рекомендуют сделать резкие сгибательные и разгибательные движения рукой в локтевом суставе (обычно 3 раза), сопровождая их глубоким вдохом и выдохом.

Каждое новое упражнение повторяют в течение 2 нед по 3—4 раза ежедневно и только после того, как было освоено предыдущее.

Сеансы аутогенной тренировки проводят как самостоятельно, так и под наблюдением врача.

Влияние аутогенной тренировки на физиологические процессы. Состояние мышечной релаксации и покоя, возникающее во время аутогенной тренировки, сопровождается ослаблением тонуса как поперечно исчерченных, так и гладких мышц, а также уменьшением эмоциональной напряженности. Это доказали исследования Р. Polzien (1965).

Исследования активности головного мозга при аутогенной тренировке показали, что в состоянии релаксации лабильность высоколабильных нейронов снижается, а низколабильных — повышается и таким образом происходит выравнивание лабильности нейронов коры.

По всей вероятности, состояние релаксации — это переходное состояние между сном и бодрствованием — гипнотическое фазовое состояние. Его особенностью является то, что оно вызвано самовнушением и что при этом состоянии торможение одних областей головного мозга может сочетаться с возбуждением других. Процессы торможения не охватывают кору большого мозга и нижележащие отделы диффузно, а распространяются избирательно. Благодаря этому в состоянии релаксации возможен контроль за своими переживаниями и осуществление самовнушения.

А. М. Свядощ и А. С. Ромен показали, что при помощи аутогенной тренировки можно научиться погружать себя в аутогипнотическое состояние, во время которого путем самовнушения вызывать автоматическую речь (глоссолалию) и письмо. Они привели данные, свидетельствующие о том, что аутогенная тренировка является действенным методом, способным оказывать влияние на физиологические процессы, обычно недоступные произвольной регуляции. Для того чтобы повлиять на вегетативную функцию, не поддающуюся произвольной регуляции, очень важно длительно и многократно вызывать представления, направленные на эту функцию. Надо сказать, что этот механизм играет существенную роль и в патогенезе неврозов. Для результата лечения имеет значение и то, что самовнушение многократно повторяют.

Одним из соматических компонентов эмоции страха является мышечное напряжение. Релаксация, устраняя это напряжение, устраняет и чувство страха.

Противопоказания и осложнения. Аутогенная тренировка не имеет противопоказаний, однако пользоваться ею для устранения боли следует осторожно, так как больные, перестав ощущать боль, могут недооценить тяжесть своего состояния. Особенно это относится к больным с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Запрещается внушать себе остановку или резкое замедление сердечной деятельности — это может привести к нарушению сердечного ритма и приступу стенокардии. Не рекомендуется также внушать себе резкое чувство тепла или холода в области лба во избежание вазомоторных расстройств.

Упражнение, направленное на вызывание ощущения тепла в надчревной области, усиливает кровообращение в стенке желудка, а также повышает кислотность желудочного сока, поэтому его не следует применять при гиперацидном гастрите, язве и карциноме желудка, а также при гипертонии в системе воротной вены.

При беременности противопоказано вызывать путем самовнушения ощущение тепла в нижней части живота.



ФИТОТЕРАПИЯ

Фитотерапия — это ветвь природолечения, и оно не должно быть оторванным от остальных природолечебных направлений — водолечения, лечения солнцем и воздухом, физическим трудом, питанием фруктами, овощами и другими съедобными растениями, а должно входить в комплекс лечения природными средствами.

На Земле существует более 450 тыс. видов растений, и человек использует только незначительную их часть (менее 20 %). Остальные растения ждут, когда человек раскроет их тайну, развеет бесконечное множество легенд, которые окружают эти растения с давних времен.

Поиски и использование лечебных трав имеют давнюю историю. Еще на заре человеческой культуры первобытные люди искали среди растений средства, излечивающие болезни. Обычно сбором трав и лечением занимались маги, жрецы, колдуны, знахари, шаманы. В Древнем Египте только жрецы владели тайной лечебных трав.

В Древнем Вавилоне уже существовали врачи. В самой древней библиотеке мира, составленной при царе Ашшурбанипале и состоящей из 22 тыс. кирпичных плиток, найдены медицинские записи, в которых слово «медицина» означает «зелень», то есть лечебные травы. К лечебным растениям в то время относили яблоки, груши, морковь, чеснок, лук, свеклу и оставшиеся неизвестными растения, названные «солнечное растение», «лисье вино», «трава жизни», «змеиное ухо».

В то время уже были известны полезные свойства мака, мяты, подорожника и других растений.

В Китае 5000 лет назад написана древняя книга о лекарственных растениях.

В давние времена на весь мир славилась чудодейственными травами Индия, откуда приглашали чародеев, владевших тайнами «волшебных» трав. В Индии, с ее богатой растительностью, 4000 лет назад уже насчитывалось 760 лекарственных растений.

Имеются сведения об использовании лекарственных растений и в древнем русском врачевании. До наших дней дошел первый русский лечебник «Мази», составленный внучкой Владимира Мономаха. Известен «Изборник» великого князя Святослава Ярославовича, в котором приведены описания лекарственных трав.

Люди всегда наблюдали за поведением животных и находили для себя лечебные травы, подражая животным.

Стремясь получить эликсир долголетия или волшебный любовный напиток, люди давно обнаружили стимулирующее действие чая (в Азии), кофе и орехов кола (в Африке), коки (в Южной Америке), даже некоторых ядов, гашиша (на Ближнем Востоке), белладонны и ядовитых грибов (в странах Западной Европы).

Применение растений с лечебной целью закономерно связано с услови-

ями становления и развития человечества. Используя растения в пищу, люди отмечали различное их действие: рвотное, слабительное, кровоостанавливающее, снотворное и т. д. И в дальнейшем применяли их уже сознательно при том или ином заболевании. Интуиция и эмпирические наблюдения помогли человеку найти нужные лекарственные растения. Можно утверждать, что первый врач на земле был фитотерапевтом.

Растительные лекарства, лечебное действие которых доказано вековым опытом, широко применяют во всем мире.

Задача настоящего лечебного искусства состоит в том, чтобы найти для каждого больного соответствующий метод лечения. В связи с тем что природолечение направлено на нормализацию общих вегетативных функций, терапевтические приемы должны активизировать дыхание, обменные процессы на уровне капилляров и выделение из организма метаболитов. Улучшение выделения продуктов метаболизма достигается в основном посредством применения диеты и лекарственных трав, нормализующих функции пищеварительной системы, печени и почек, т. е. с помощью слабительных, желчегонных и мочегонных средств. Очищенные и синтетические препараты отличаются от лекарственных растений. Последние содержат большое количество органических и неорганических веществ: гликозидов, алкалоидов, эфирных масел, органических кислот, макро- и микроэлементов. Многие из них участвуют в окислительно-восстановительных процессах, благотворно влияют на кроветворение, оказывают каталитическое действие, входя в состав ферментов и других биологически активных веществ. Многие лекарственные растения являются источником натуральных витаминов, а гидробальнеопроцедуры, активизируя обменные процессы, способствуют лучшему их всасыванию и, следовательно, усвоению.

Лекарственные растения, помимо избирательного влияния на функции того или иного органа, обладают способностью усиливать иммунные и защитные реакции организма как единого целого. Следовательно, использование лекарственных растений в комплексе природного лечения повышает неспецифическую сопротивляемость организма, способствует нормализации деятельности различных органов, освобождает организм от вредных продуктов его жизнедеятельности. Вместе с тем, они не вызывают нежелательных побочных реакций и аллергических состояний.

Однако при траволечении следует соблюдать общие правила. Отвары более предпочтительны, чем порошки, так как при тепловой обработке обезвреживаются микробы. Отвары готовят из многих искусно подобранных лекарственных растений, часто они во много раз полезнее любого взятого отдельно лекарственного средства.

Заготовка лекарственных растений

Свежие лекарственные растения являются более целебными, чем высушенные. Травы сохраняют целебные свойства от 1 года до 3 лет (при правильном хранении).

Целебные травы или листья душистых растений следует собирать,

Таблица 32. Календарь заготовки лекарственных растений

Название растения	Часть растения	Срок заготовки
Авран лекарственный	Надземная	В период цветения (июль — сентябрь)
Адонис весенний	Надземная	Апрель — июль
Аир болотный	Корневище	Весной (апрель-май) и осенью (сентябрь-октябрь)
Алтей лекарственный	Цветки, листья и корни	Летом (июль-август), весной (апрель-май), осенью (август — октябрь)
Анис обыкновенный	Плоды зеленовато-серые	С середины августа
Арника горная	Соцветия	Июнь-июль
Астрагал шерстисто-цветковый	Надземная	В период цветения (июнь — сентябрь)
Багульник болотный	Листья и молодые побеги	В период цветения (июнь — сентябрь)
Барбарис обыкновенный	Корни Кора Листья	Апрель или октябрь-ноябрь Апрель-май После цветения (май — июль)
Барвинок малый	Надземная	В период цветения (май-июнь)
Безвременник осенний	Цветки, луковичы, семена спелые	Июнь-июль
Белладонна обыкновенная	Листья Корни	В период цветения (июнь-июль) Осенью (сентябрь-октябрь) на другой год
Береза бородавчатая	Почки	Ранней весной в период набухания (февраль — апрель)
Бессмертник однолетний	Листья	До или после цветения
Боярышник колючий	Цветки	В период цветения (май-июнь)
Брусника обыкновенная	Цветки	Май-июнь
Бузина черная	Листья и надземная часть	До цветения, в период цветения (март — октябрь)
Валериана лекарственная	Цветки	В период цветения (начало июня-июля)
Василек синий	Плоды	Август-сентябрь
Вахта трехлистная	Корневище с корнями	Август-сентябрь
Водяная лилия желтая	Цветки	Май — август
Горец птичий	Листья	В период цветения
Девясил высокий	Цветки, корневища	Июнь — сентябрь
Дуб обыкновенный	Стебель	Май — сентябрь
Дурман обыкновенный	Корневище с корнями	В апреле или сентябре
Душица обыкновенная	Кора молодых деревьев	Ранней весной
Зверобой продырявленный	Желуди	Октябрь
Золототысячник	Листья	Июнь — август
Исход сибирский	Цветки и листья	Июнь-июль
Калина обыкновенная	Надземная	Май — август
Каштан конский	То же	Июнь — август
Копытень европейский	Корневище с корнями	Август-сентябрь
Крапива двудомная	Кора	Апрель-май
Крестовик обыкновенный	Цветки, семена, кора	Май-июнь и осенью
Кровохлебка лекарственная	Корневище с корнями	Ранней весной
Крушина ломкая	Листья, стебель	Июнь — сентябрь
Кукуруза обыкновенная	Стебель	С апреля до осени
	Корневище	После цветения (октябрь-ноябрь)
	Кора молодых деревьев	До появления листьев
	Рыльца (волосы)	В период созревания

Название растения	Часть растения	Срок заготовки
Ландыш майский	Листья, цветки	Апрель — июнь
Лен посевной	Семена	В конце лета
Лук репчатый	Луковица	Осенью
Малина обыкновенная	Плоды, цветки, листья	Июль-август
Можжевельник обыкновенный	Плоды спелые	Сентябрь-октябрь
Мята перечная	Листья	В период цветения
Наперстянка	То же	Июнь-июль
Ноготки лекарственные	Соцветия	Май — октябрь
Одуванчик обыкновенный	Корни	Ранней весной или осенью
Окопник лекарственный	Корневище	Осенью
Ольха серая	Кора	Весной
Омела белая	Молодые ветви с листьями	После цветения (февраль и ноябрь)
Очиток едкий	Стебель	Май — июль
Папоротник мужской	Корневище	Ранней весной или осенью (сентябрь-октябрь)
Пастушья сумка	Стебель	В период цветения (апрель — август)
Переступень белый	Корни свежие	Весной или осенью
Пижма обыкновенная	Цветки, семена	Июнь — сентябрь
Плаун баранец	Стебель	Апрель — июнь
Подбел гибридный	Листья	Апрель — июнь
Подорожник большой	Листья, семена	Май — сентябрь
Подорожник блошиный	Семена	Июнь — август
Полынь горькая	Листья	В период цветения (май — август)
» обыкновенная	Наземная	Июль — сентябрь
Пустырник пятилопастный	То же	Июнь — сентябрь
Ромашка лекарственная	Соцветия	Май — август
Рута садовая	Листья, цветки, ветки	Июнь-июль
Синюха голубая	Корни	Август-сентябрь
Смородина черная	Листья молодые	Сразу после цветения (май — июль)
Сосна обыкновенная	Почки, хвоя, живица	До распушивания
Стальник колючий	Корневище	Осенью
Сушеница топяная	Стебель	В конце лета
Тимьян обыкновенный	Наземная часть	Июнь — сентябрь
Тмин обыкновенный	Семена	Во второй половине лета
Толокнянка обыкновенная	Листья	Май — сентябрь
Тополь черный	Почки	Апрель-май
Тысячелистник	Цветы, листья	Июнь — октябрь
Укроп душистый	Стебель	В период цветения
Фиалка трехцветная	Наземная	Май — август
Хвощ полевой	То же	Май — август
Хмель обыкновенный	Шишки и соцветия	Август
Цмин песчаный	Цветки, стебель	Июнь — август
Черёда трехраздельная	Вершки без цветков	До цветения (июль)
Черника обыкновенная	Листья	Август-сентябрь
Чистотел обыкновенный	Наземная	В период цветения
Шалфей лекарственный	Листья	Июнь-июль и осенью
Шиповник майский	Плоды спелые	Август-сентябрь
Щавель конский	Корневище с корнями	Осенью
Ятрышник мужской	Клубни	В конце лета

Таблица 33. Лекарственные растения, содержащие жизненно важные элементы

Название растения	Элементы, избирательно поглощаемые	Основная группа действующих веществ	Возможное использование в медицине	Лекарственная форма
Шиповник коричный	Марганец	Аскорбиновая кислота	Дефицит марганца, авитаминоз	Порошок сухих очищенных плодов, настоек
Облепиха крупшиновидная	Марганец, медь	Каротиноиды, аскорбиновая кислота, комплекс витаминов группы В	Дефицит марганца, меди, авитаминоз	Свежий сок, настоек
Черда трехраздельная	Марганец	Каротиноиды, фенольные соединения	Дефицит марганца, авитаминоз	Настоек
Сушеница топяная	Марганец	То же	То же + меди	Настоек
Пастушья сумка	Медь, хром	Витамин К, аскорбиновая кислота	Дефицит меди, хрома, внутреннее кровотечение	Жидкий экстракт
Подорожник большой	Медь, хром	Витамин К, каротиноиды, полисахариды	То же	Настоек, свежий сок
Черника	Медь, марганец, хром	Дубильные вещества, антациды	Дефицит меди, марганца, хрома	Свежий сок, настоек, плоды
Зверобой	Марганец	Дубильные вещества, флавоноиды, каротиноиды, аскорбиновая кислота	Желудочно-кишечные заболевания с дефицитом марганца, колит	Настоек
Брусника	Медь, марганец, хром	Дубильные вещества, флавоноиды, органические кислоты	Мочегонное средство, нарушение обмена веществ	Свежий сок, настоек
Алоэ древовидное	Марганец, медь	Антраценовые гликозиды	Средство для лечения анемии, воспалительных процессов	Свежий сок, сироп алоэ с железом
Водяной перец	То же	Флавоноиды	Дефицит меди, марганца, внутреннее кровотечение	Жидкий экстракт
Бессмертник песчаный	»	То же	Дефицит марганца, меди, желчегонное действие	Настоек
Мята перечная	Марганец, медь, ванадий, хром	Терпеноиды, флавоноиды	Спазмолитическое, желчегонное	»
Алтей лекарственный	Хром, ванадий	Полисахариды	Противовоспалительное, отхаркивающее, дефицит хрома, ванадия	Настоек
Женьшень	Марганец, ванадий, молибден, стронций	Тритерпеновые сапонины	Тонизирующее, дефицит марганца, ванадия, молибдена	Жидкий экстракт, порошок, настоек

Название растений	Элементы, избирательно поглащаемые	Основная группа действующих веществ	Возможное использование в медицине	Лекарственная форма
Наперстянка пурпурная	Марганец, молибден, хром	Сердечные гликозиды	Болезни сердца, дефицит марганца, молибдена, хрома	Порошок листьев
Горицвет весенний	То же	То же	То же	Настой
Ландыш майский	»	»	»	Настойка
Красавка	Кобальт, медь, марганец	Алкалоиды тропанового ряда	Спазмолитическое средство	Порошок листьев, экстракт
Чистотел большой	То же	Алкалоиды изохинового ряда	При кожных заболеваниях, связанных с дефицитом кобальта, меди, марганца	Настой

когда они молодые, сочные, делать это нужно во время цветения (табл. 32). Весенний сбор считается самым лучшим. Это необходимо делать в сухой, ясный день, лучше всего в полдень. Собранные листья должны быть чистыми, свежими, неувядшими. Их расстилают для сушки тонким слоем в тени на простыне. Травы, которые собирают со стеблями, связывают в пучки и подвешивают в тени, лучше всего под навесом. Если травы или листья быстро не высушают и существует вероятность заплесневения, то их лучше высушить в теплой комнате.

Цветки следует собирать во время цветения. Ароматные цветки не следует собирать до восхода солнца, а неароматные собирают днем после того, как сойдет роса. Лучше всего сушить цветки умеренным искусственным теплом. Неароматные цветки хранят в коробке, а ароматные — в плотно закупоренных стеклянных сосудах, которые ставят в сухое прохладное место.

Семена и плоды необходимо собирать после того, как они полностью созреют. Семена опускают в воду и берут только те, которые тонут, а остальные выбрасывают.

Кору, шишки и почки лучше всего собирать весной перед тем, как появятся листья. Мох и загнившие части необходимо выбросить, а пригодные к употреблению части высушивают при умеренной температуре. Кору снимают с молодых здоровых деревьев и их веток.

Астрология — древнейшая наука, которая связывает расположение небесных светил с жизнью людей, растений и всего живого на земле, — учит нас, что растения нужно собирать в благоприятные моменты, например, в момент соединения соответствующих светил. Например, дягель лекарственный следует собирать в последнюю четверть Луны, когда светило находится в зодиакальном созвездии Тельца и Близнецов, или в конце августа. Листья, находящиеся под покровительством Сатурна, будучи сорваны, когда Сатурн находится «в своем доме», полезны против подагры. Корень, находящийся под покровительством Солнца и Марса, следует

собирать, когда эти «покровители» находятся в зодиакальном созвездии Льва. Тогда он полезен при лечении гангрены и укусов ядовитых животных. Настой корня на вине излечивает язвы. Многие лекарственные вещества содержат жизненно важные элементы (табл. 33).

Определение качества заготовленного лекарственного сырья

Для определения по внешнему виду качества лекарственного растительного сырья достаточно знать следующее.

Если лекарственные травы хранились правильно, то они должны сохранить свой естественный, первоначальный (полученный сразу после сушки) цвет, запах и структуру. Это значит, что листья и травы обычно должны иметь зеленый цвет, а цветки, плоды, корни должны сохранять свой естественный вид, характерный для высушенного сырья. Цвет определяют при дневном освещении, запах — при растирании растительных тканей. Сырье не должно иметь запаха плесени и других, не свойственных ему запахов.

Плоды ягод черники, малины и т. п. не должны слипаться в комки, при растирании не должны пачкать ладони. Цветки, листья, травы не должны рассыпаться в пыль при растирании, что обычно происходит при пересушивании и хранении в слишком сухом месте. Недопустимо наличие в лекарственном сырье следов присутствия насекомых и грызунов.

Сроки хранения лекарственных растений:

боярышник, девясил, ландыш, фиалка трехцветная, коровяк, ноготки, василек синий, душица, шиповник, адонис весенний — 1 год;

почки сосны, золототысячник, крапива двудомная, липа, полынь горькая, чебрец, донник, горец птичий, череда, семена тыквы, почки березы — 2 года;

аир, алтей дикорастущий, пастушья сумка, чистотел, бессмертник, цветки бузины черной, зверобой, зопник колючий, мать-и-мачеха, подорожник большой, пустырник, сушеница болотная, пижма, кукурузные рыльца, спорыш, ягоды бузины черной, корневища щавеля конского — 3 года;

кора крушины ломкой, корни одуванчика, цветки тысячелистника, трава хвоща полевого, плоды жостера, омела, кора дуба — 5 лет.

Приготовление лекарств из лекарственных растений

В домашних условиях из лекарственных растений наиболее часто приготавливают настои и отвары. В прошлом в народной практике часто использовали напар. По свойствам он близок к настою. Для его приготовления лекарственное растительное сырье заливали кипятком и в закрытой посуде целую ночь парили в русской печи или духовке.

Галеновые препараты в виде настоев и отваров должны готовить с учетом рекомендаций Государственной фармакопеи СССР. Сухое сырье (растительное) отмеряют по весу, а экстрагент (извлекатель) — в данном случае воду — по объему. Обычная концентрация водных извлечений из сырья, не содержащего сильнодействующих веществ, составляет от 1:10 до 1:20, то есть 1 г сырья на 10 мл воды. В народной медицине 1 столовую ложку сырья заливают 1 стаканом кипятка.

Следует помнить, что водные извлечения из сырья, содержащего сильнодействующие вещества, готовят только в аптеках (в концентрации 1:30), а для сырья с ядовитыми веществами соответствующая концентрация составляет 1:200—1:400.

Приготовление настоя. 10 г сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане в течение 15 мин. Затем охлаждают 45 мин при комнатной температуре, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Приготовление настоек. В винный спирт (60 %) погружают определенное количество лекарственного растения и оставляют на несколько дней настаиваться в теплом месте. Затем процеживают и переливают в герметически закрывающуюся посуду. На спирту растения настаивают только тогда, когда части его смолы и растворяются только в спирте.

Приготовление отваров. Отвары — это вытяжки из лекарственных растений. Если настои чаще всего готовят из листьев, цветков и трав, то отвары — из более грубых частей растения (корней, корневищ, коры и плодов). Грубые части растений первоначально заливают холодной водой на определенное время. После этого их нагревают на кипящей водяной бане в течение 15—20 мин, охлаждают при комнатной температуре, затем процеживают, отжимают оставшееся сырье. Объем полученного отвара доводят кипяченой водой до исходного количества воды.

Если отвар из лекарственных растений готовить непосредственно кипячением на медленном огне в течение 15—20 мин, а не на водяной бане, то лечебный эффект такого отвара снижается.

Все горькие лекарственные растения кипятят в течение 10—15 мин, затем отвар отстаивают, процеживают. Пьют его в холодном виде. Обычно берут по 2 столовые ложки лекарственного растения на 0,5 л воды.

Все негорькие лекарственные растения кипятят в течение 5—10 мин. Отвар отстаивают, процеживают. Пьют холодным или теплым, в определенное время дня за 15—30 мин до еды. Обычно берут 2 столовые ложки лекарственного растения на 0,5 л воды.

Ароматические лекарственные растения обычно только заваривают и настаивают в течение 30—60 мин. Отвар пьют теплым, как чай, с сахаром или медом.

Корни и корневища лекарственных растений (ежевики, репейника, крапивы и др.) кипятят до тех пор, пока вода не выкипит наполовину.

Корни валерианы только запаривают и настаивают в течение 1—2 ч. Принимают за 30 мин до завтрака и обеда и вечером за 1—2 ч до сна.

Приготовление порошков. Порошки готовят из хорошо высушенных растений. Сперва их размельчают в фарфоровой ступке, а потом просеивают.

вают через густое сито. Крупный порошок можно оставить для приготовления отвара, а мелкий — для употребления внутрь и приготовления мазей. Порошок лучше готовить перед употреблением.

Приготовление мазей. Берут жировую основу, расплавляют на слабом огне, добавляют необходимые лекарственные растения (мелкую фракцию порошка), смешивают. В зависимости от консистенции добавляют оливковое масло или воск. Мазь хранят в прохладном месте в плотно закрытых сосудах.

Объемно-весовые соотношения (количество граммов лекарственного сырья в 1 столовой ложке)

- Кора дуба — 10
- Кора калины — 10
- Кора крушины — 10
- Корень алтея — 3
- Корень одуванчика — 10
- Корень солодки — 10
- Корень щавеля конского — 2,5
- Корень и корневище девясила резаные — 16
- Корень и корневище кровохлебки — 3
- Корень и корневище валерианы — 8
- Корень и корневище синюхи — 3
- Кукурузные рыльца — 3,3
- Листья барбариса обыкновенного — 10
- Листья брусники — 3
- Листья крапивы двудомной — 5
- Листья мать-и-мачехи — 5
- Листья мяты перечной — 10
- Листья подорожника большого — 5
- Листья сенны — 4
- Листья толокнянки — 10
- Листья трилистника водяного — 10
- Листья шалфея — 5
- Листья эвкалипта — 5
- Плоды аниса — 15
- Плоды боярышника — 15
- Плоды калины — 5
- Плоды можжевельника обыкновенного — 10
- Плоды тмина — 10
- Плоды фенхеля — 5
- Плоды черемухи — 10
- Плоды шиповника — 10
- Почечный чай — 3,3
- Почки березовые — 20

Почки сосновые резаные —	10
Соплодия ольхи —	5
Трава багульника болотного —	5
Трава болотного перца —	10
Трава горца почечуйного —	10
Трава горца птичьего —	5
Трава душицы —	5
Трава зверобоя —	6,6
Трава золототысячника —	5
Трава пастушьей сумки —	5
Трава полыни горькой —	5
Трава пустырника —	3,75
Трава сушеницы болотно-топяной —	5
Трава тысячелистника —	7,5
Трава фиалки трехцветной —	5
Трава хвоща полевого —	5
Трава череды трехраздельной —	5
Соцветия боярышника —	5
Соцветия бузины черной —	5
Соцветия липы —	3,3
Соцветия ноготков —	10
Соцветия ромашки —	2,5
Соцветия тысячелистника —	7,5

Для жидкостей, удельный вес которых близок к удельному весу воды:

1 столовая ложка —	15 г
1 десертная ложка —	10 г
1 чайная ложка —	5 г

Для сиропов:

1 столовая ложка —	20 г
1 десертная ложка —	13 г
1 чайная ложка —	6,5 г

Для жидкостей на основе воды:

обычный граненый стакан —	150 г
стакан из тонкого стекла —	200 г
ликерная рюмка —	25 г



АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ ОСНОВНЫХ АКУПУНКТУРНЫХ ТОЧЕК

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Бай-хуань-шу	V30	Жань-гу	R2
Бай-хуэй	T20	Жи-юе	VB24
Бао-хуан	V53	Жу-гэнь	E18
Би-гуань	E31	Жу-чжун	E17
Би-нао	GI14	Жэнь-ин	E9
Бин-фэн	IG12	Жэнь-чжунь (шуй-гу)	T26
Бу-лан	R22		
Бэнь-шэнь	VB13	И-си	V45
		И-фэн	TR17
Вай-гуань	TR5	И-шэ	V49
Вай-лин	E26	Ин-сян	GI20
Вай-цзо	VB36	Ин-чуан	E16
Вань-гу (тоу-вань-гу)	VB12	Инь-бай	R1
Вань-гу (на руке)	IG4	Инь-бао	F9
Вэй-дао	VB28	Инь-гу	R10
Вэй-цан	V50	Инь-ду	R19
Вэй-чжун	V40	Инь-лин-цюань	RP9
Вэй-шу	V21	Инь-лянь	F11
Вэй-ян	V39	Инь-мэнь	V37
Вэй-лю	GI7	Инь-си	C6
		Инь-тан	H
Гань-шу	V18	Инь-цзяо (рот)	T28
Гао-хуан	V43	Инь-цзяо (живот)	J7
Гуань-минь	VB37	Инь-ши	E33
Гуань-мэнь	E22		
Гуань-чун	TR1	Ку-фэн	E14
Гуань-юань	J4	Кун-цзуй	P6
Гуань-юань-шу	V26	Кунь-лунь	V60
Гуай-лай	E29		
Гун-сунь	RP4	Лао-гун	MC8
Гэ-гуань	V40	Ле-цюе	P7
Гэ-шу	V17	Ли-гоу	F5
		Ли-дуй	E45
Да-бао	RP21	Лин-дао	C4
Да-ду	RP2	Лин-сюй	R24
Да-дунь	F1	Лин-ци (тоу-лин-ци)	VB15
Да-ин	E5	Лин-ци (цзу-лин-ци)	VB41
Да-лин	MC7	Ло-цюе	V8
Да-хэ	R12	Лоу-гу	RP7
Да-хэн	RP15	Лу-си	TR19
Да-цзюй	E27	Лан-мэнь	E21
Да-чан-шу	V25	Лян-цю	E34
Да-чжу	V11	Лянь-цюань	J23
Да-чжуй	T14		
Да-чжун	R4	Мин-мэнь	T4
Дай-май	VB26	Му-чуан	VB16
Дань-шу	V19	Мэй-чун	V3
Ди-цан	E4		
Ди-ци	RP8	Нао-кун	VB19
Ду-би	E35	Нао-ху	T17
Ду-шу	V16	Нао-хуэй	TR13
Дуй-дуань	T27	Нао-шу	JG10
		Нэй-гуань	MC6
Е-мэнь	TR2	Нэй-тин	E44

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Пан-гуан-шу	V28	Тун-тянь	V7
Пи-шу	V20	Тун-цзы-ляо	VB1
По-ху	V42	Тянь-дин	GI17
Пу-шэнь	V61	Тянь-жун	IG17
Пянь-ли	GI6	Тянь-ляо	TR15
Сан-инь-цзяо	RP6	Тянь-си	H
Сань-цзянь	GI3	Тянь-ту	J22
Сань-цзяо-шу	V22	Тянь-фу	P3
Сан-ян-ло	TR8	Тянь-цзин	TR10
Си-гуань	F7	Тянь-цзун	IG11
Си-мэнь	MC4	Тянь-цюань	MC2
Синь-хуэй	T22	Тянь-чжу	V10
Синь-цзянь	H	Тянь-чи	MC1
Синь-цу цзянь	F2	Тянь-чуан	IG16
Синь-шу	V15	Тянь-чун	VB9
Синь-шэ (шея)	H	Тянь-шу	E25
Синь-ше (грудь)	H	Тянь-ю	VB9
Су-ляо	T25	Тяо-коу	E38
Сы-бай	E2	У-и	E15
Сы-ду	TR9	У-чу	V5
Сы-мань	R14	У-шу	E35
Сы-чжу-кун	TR23	Фу-ай	RP16
Сюань-ли	VB6	Фу-бай	VB10
Сюань-лу	VB5	Фу-лю	P7
Сюань-цзи	J21	Фу-си (нога)	V38
Сюань-чжун	VB39	Фу-ту (шея)	GI18
Сюань-шу	T5	Фу-ту (нога)	E32
Сюе-хай	RP10	Фу-тун-гу (тун-гу)	R20
Сюн-сян	RP19	Фу-фэнь	V41
Ся-бай	P4	Фу-цзэ	RP14
Ся-вань	J4	Фу-шэ	RP13
Ся-гуань	E7	Фу-ян	V59
Ся-лянь	IG8	Фэй-шу	V13
Ся-ляо	V34	Фэй-ян	V58
Ся-си	VB34	Фэн-лун	E40
Ся-цзуй-суй	E39	Фэн-мэнь (фу-мэнь)	V12
Сянь-гу	E43	Фэн-фу	T16
Сяо-лэ	TR12	Фэн-чи	VB20
Сяо-хай	IG8	Фэн-ши	VB31
Сяо-чан-шу	V27	Хай-цюань	H
Тай-бай	RP3	Хань-янь	VB4
Тай-и	E23	Хоу-дин	T19
Тай-си	P3	Хоу-си	IG3
Тай-чун	J3	Хуа-гай	J20
Тай-юань	F9	Хуа-жо-мэнь	V47
Тай-ян	H	Хуан-мэнь	V51
Тань-чжун	J17	Хуэй-инь	J1
Тао-дао	T13	Хуэй-цзун	TR7
Тин-гун	IG19	Хуэй-ян	V35
Тин-хуэй	VB2	Хэ-гу	GI4
Тоу-вэй	E8	Хэ-дин	H
Тоу-лин-ци	VB15	Хэ-ляо (нос)	TR22
Тоу-цзяо-инь (цзяо-инь)	VB11		
Тун-ли	C5		

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Хэ-ляо (ухо)	GI19	Цюй-гу	J2
Хэ-ян	V55	Цюй-цзэ	MC3
Хэн-гу	R11	Цюй-цюань	F8
		Цюй-ча	V4
Цзе-си	E41	Цюй-чи	GI11
Цзи-май	F12	Цюй-юань	IG13
Цзи-мэнь	RP11	Цянь-гу	IG2
Цзи-чжун	T6	Цянь-дин	T21
Цзи-цюань	C1	Цянь-цзянь	T18
Цзин-гу	V64		
Цзин-цюй	P8	Чан-цян	T1
Цзин-мэнь (живот)	VB25	Чжан-мэнь	F13
Цзинь-мэнь (нога)	V63	Чжао-хай	P6
Цзинь-со	T8	Чжи-бянь	V54
Цзинь-цзиньюй-е	H	Чжи-гоу	TR6
Цзу-лин-ци	VB41	Чжи-инь	V67
Цзу-сань-ли	E36	Чжи-чжэн	IG7
Цзу-тун-гу	V66	Чжи-ши	V62
Цзу-у-ли	F10	Чжи-ян	T9
Цзу-ян-гуань (ян-гуань)	VB33	Чжоу-жун	RP20
Цзу-цяо-инь	VB44	Чжоу-ляо	GI12
Цзы-гун	J19	Чжу-бинь	R9
Цзю-вэй	J15	Чжун-вань	J12
Цзюй-гу	GI16	Чжун-ау (бедро)	VB32
Цзюе-инь-шу	V14	Чжун-ау (голень)	F6
Цзюй-ляо (у носа)	VB29	Чжун-люй-шу	V29
Цзюй-ляо (живот)	E3	Чжун-ляо	V33
Цзюй-цюе	J4	Чжун-тин	J16
Цзя-чэ	E6	Чжун-фу	P1
Цзянь-вай-шу	IG14	Чжун-фэн	F4
Цзянь-ли	J11	Чжун-ци	J3
Цзянь-ляо	T14	Чжун-чжу (кисть)	TR3
Цзянь-цзин	VB21	Чжун-чжу (живот)	R15
Цзянь-чжун-шу	IG15	Чжун-чун	MC9
Цзянь-чжэнь	IG9	Чжун-шу	T7
Цзянь-ши	MC5	Чжэ-цзинь	VB23
Цзянь-юй	GI15	Чжэн-ин	VB17
Цзяо-синь	R8	Чи-цзэ	P5
Цзяо-сунь	TR20	Чун-гу	H
Ци-май	TR18	Чу-мэнь	RP12
Ци-мэнь	F14	Чун-ин	E42
Ци-сюе	R13	Чэн-гуан	V6
Ци-хай	J6	Чэн-лин	VB18
Ци-хай-шу	V24	Чэн-мань	E20
Ци-ху	E13	Чэн-фу	V36
Ци-чун	E30	Чэн-цзинь	V56
Ци-шэ	V11	Чэн-цзянь	J24
Ци-лин	C2	Чэн-ци	E1
Цин-лэн-юань	TR11	Чэн-шань	V57
Цин-мин	V1		
Цюань-чжу	V2	Шан-вань	J13
Цы-ляо	V32	Шан-гуань	VB3
Цю-сюй	VB40	Шан-лянь	GI9
Цюань-ляо	IG18	Шан-ляо	V31
Цюе-пэнь	E12		
Цюй-бинь	VB7		

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Шан-син	T23	Шэнь-цюе	J8
Шан-цзюй-суй	E37	Шэнь-чжу	T12
Шан-цю	RP5	Шэнь-шу	V23
Шан-цюй	R17		
Шан-ян	GI1	Эр-мэнь	TR21
Шао-фу	C8	Эр-цзянь	G12
Шао-хай	C3		
Шао-цзэ	IG1	Ю-мэнь	R21
Шао-чун	C9	Юань-е	VB22
Шао-шан	P11	Юй-тан	J18
Ши-гуань	R18	Юй-цзи	P10
Ши-доу	RP17	Юй-чжэнь	V9
Ши-мэнь	J5	Юй-чжун	R26
Ши-сюань	H	Юй-яо	H
Шоу-сань-ли	GI10	Юн-цюань	R1
Шоу-у-ли	GI13	Юнь-мэнь	P2
Шу-гу	V65		
Шу-фу	R27	Ян-мэнь	T15
Шуай-гу	VB8	Ян-бай	VB14
Шуй-дао	E28	Ян-ган	V48
Шуй-ту	E10	Ян-гу	IG5
Шуй-фэнь	J9	Яо-ян-гуан	T3
Шуй-цюань	P5	Ян-лао	IG6
Шэнь-дао	T11	Ян-лин-цюань	VB34
Шэнь-май	V62	Ян-си	G15
Шэнь-мэнь	C7	Ян-фу	VB38
Шэнь-тан	V44	Ян-цзяо	VB35
Шэнь-тин	T24	Ян-чи	TR4
Шэнь-фэн	R23	Яо-шу	T2
Шэнь-цан	R25		

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ ОСНОВНЫХ АКУПУНКТУРНЫХ ТОЧЕК КИСТИ

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Ань-ха	ME2	Пхе-ро	MV10
Банг-кванг	MI3	Са-дзун	MMS6
Би-дзунг	MRP19	Санг-чи	ME1
Би-чу	MTR21	Сам-син	MJ5
Би-йенг	MV16	Сам-чо	MJ6
Ви-дзунг	MJ12	Сиб-ин	MJ10
Вуи-хе	MV17	Сенг-ки	MVB20
Дам-чйенг	MV15	Син-бе	MT7
Де-дзи	MMS10	Син-де	ME22
Дзи-со	MJ4	Сик-кван	MJ20
Дзанг-до	MV20	Син-дзу	MR3
Дзин-дза	ME26	Сим-киек	MJ16
Дзунг-тхе	MVB25	Сим-фун	MV12
Дзянг-ми	MT1	Син-дзунг	MJ7
И-дзонг	MTR12	Син-че	MV8
Кан-са	MV14	Су-вйен	MV19
Кейнг-чи	MGI13	Су-тхонг	MT22
Ки-не	MF10	Фунг-дзанг	MT25
Ки-ым	MRP5	Фунг-сак	MV7
Кйен-ли	MTR10	Ха-им	MJ1
Кйенг-янг	MGI11	Ха-ок-сун	MR11
Кйек-ли	ME14	Ха-чи	MJ25
Кйек-чу	MT14	Хван-кок	MVB18
Кун-нынг	MVB30	Хенг-мун	MV11
Не-бок	MF14	Хып-кок	MV21
Не-до	MJ2	Чен-кван	MVB26
Не-фунг	MT24	Чо-ки	MV18
Ок-сун	MR10	Янг-тхонг	MVB24
Пхе-дзу	MT19	Ым-кук	MRP9
Пхо-дзун	MJ18	Ым-су	MR7

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ ВАЖНЕЙШИХ КОРПОРАЛЬНЫХ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение	Название точки	Французское номерное и буквенное обозначение
Бай-хуэй	T20	Фэн-чи	VB20
Гао-хуан	V43	Хэ-гу	GI4
Гуань-юань	J4	Хуань-тяо	VB30
Да-чжуй	T14	Цин-мин	V1
Жэнь-чжун	T26	Цзянь-юй	GI15
И-фэн	TR17	Цюй-чи	GI11
Ин-сян	GI20	Цзу-сань-ли	E36
Нэй-гуань	MS6	Чжун-вань	J12
Сань-инь-цзяо	RP6	Шэнь-шу	V23
Тай-ян	H	Шэнь-мэнь	C7
Тянь-шу	E25	Ян-лин-цзоань	V34



СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3	Аурикулопунктура	188
АКУПУНКТУРА	6	Анатомия ушной раковины	189
Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания	6	Зоны ушной раковины и их иннер- вация	190
Теоретические основы традиционной китайской медицины	11	Топография зон и точек акупунктуры на ушной раковине	192
Точки акупунктуры	19	Название, расположение и функцио- нальное значение точек ушной рако- вины	196
Сосуды (меридианы)	20	Иглоукальвание кистей	210
Жизненная энергия «чи»	22	Анатомия кисти	210
Механизм действия иглоукальвания и прижигания	25	Меридианы и точки акупунктуры	213
Главные условия эффекта иглореф- лексотерапии	39	Меридиан желудка	214
Момент раздражения	39	Меридиан тонкой кишки	215
Место раздражения	40	Меридиан толстой кишки	216
Методы раздражения	41	Меридиан мочевого пузыря	218
Способы определения точек акупунк- туры	45	Меридиан желчного пузыря	219
Методика и техника иглоукальвания и прижигания	46	Меридиан трех частей туловища	219
Микроиглотерапия	59	Меридиан сердца	221
Шарикотерапия	62	Меридиан легких	222
Прижигание	62	Меридиан печени	222
Сосуды и точки акупунктуры	65	Меридиан селезенки — поджелу- дочной железы	223
Сосуд легких	65	Меридиан почек	224
Сосуд толстой кишки	70	Меридиан перикарда	225
Сосуд желудка	78	Переднесрединный меридиан	226
Сосуд селезенки — поджелудочной железы	93	Заднесрединный меридиан	226
Сосуд сердца	99	Основные точки, место их располо- жения на кисти, функциональное значение	228
Сосуд тонкой кишки	103	Переднесрединный меридиан	228
Сосуд мочевого пузыря	109	Меридиан почек	231
Сосуд почек	131	Меридиан желудка	232
Сосуд перикарда	139	Меридиан толстой кишки	233
Сосуд трех частей туловища (трех обогревателей)	141	Меридиан перикарда	233
Сосуд желчного пузыря	149	Меридиан печени	233
Сосуд печени	163	Меридиан селезенки	234
Переднесрединный сосуд	168	Меридиан трех частей туловища	235
Заднесрединный сосуд	175	Заднесрединный меридиан	235
Несосудистые точки акупунктуры	183	Меридиан мочевого пузыря	236
Методы сочетания точек	185	Меридиан желчного пузыря	238
		Скальпотерапия (краниоакупунктура)	239
		Краткие анатомические сведения о своде черепа	240
		Механизм действия краниоакупунк- туры	242

Зоны краниоакупунктуры	244	Потогонные чаи	301
Топография зон скальпа и их функциональное значение	245	Компрессы	301
Методика краниоакупунктуры	252	Горячие припарки и горчичники	302
Акупунктура в педиатрии	253	Согревание сухим теплом	304
Методика и техника	254	Клизмы	304
Показания и противопоказания	257	ДИЕТОТЕРАПИЯ	307
АПИТЕРАПИЯ	258	Пища и питание	307
Показания и противопоказания к применению апитерапии	259	Общие правила питания	317
Методика апитерапии	259	Диета, регулирующая кислотно-основное состояние крови	319
АРОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ	262	Диета при острых болезнях	322
Токсичность некоторых эфирных масел	263	Диета при хронических болезнях	323
Биоэлектроника и ароматотерапия	263	Продукты питания	324
Методы ароматической терапии	264	Рекомендации Г. Шелтона	329
БОЛЮСОТЕРАПИЯ (ЛЕЧЕНИЕ ГЛИНОЙ)	270	Диета при функциональных расстройствах нервной системы	333
Внутреннее применение глины	271	КЛИМАТОЛЕЧЕНИЕ	336
Наружное применение глины	272	Солнцелечение (гелиотерапия)	336
ВОДОЛЕЧЕНИЕ	274	Лечебное действие солнца	337
История водолечения	274	Солнечные ванны	338
Методика водолечения	275	Воздушные ванны	339
Внутреннее употребление воды	276	Морские и речные ванны	340
Наружное применение воды	277	КРОВОПУСКАНИЕ	342
Действие теплой и холодной воды	278	МАГНИТОТЕРАПИЯ	348
Ванны и их применение	279	Методика магнитотерапии	350
Общие ванны	279	Полярность человеческого тела	350
Смешанные ванны	281	Медицинский кольцевой магнит	353
Содовая ванна	285	Аппликатор листовой магнитофорный	357
Содовая ванна с квасцами	286	Пояс противорадикулитный магнитофорный	358
Скипидарные гипертермические ванны	286	Микромагнитотерапия	359
Полуванна	289	Клипсы магнитные для аурикулярной магнитотерапии	362
Ванна со щеткой	289	МАССАЖ	364
Местные ванны	290	Приемы лечебного массажа	365
Контрастные ванны	292	Общий и местный массаж	368
Холодная ванна для стоп по Кнейпцу	292	Вакуум-терапия и вакуумный массаж	377
Хождение в холодной воде по Кнейпцу	293	Точечный массаж	378
Хождение по мокрой траве босиком по Кнейпцу	293	Пальцевой точечный массаж	379
Обливание	293		
Обтирание	294		
Обертывание	295		
Паровые ванны и потогонные распаривания	298		

Требования, предъявляемые к массажисту	380	Самовнушение	436
Методика точечного массажа	381	Методика самовнушения	438
Зоны акупрессуры	383	Аутогенная тренировка	443
Массаж рефлексогенных зон на стопе	404	ФИТОТЕРАПИЯ	446
Зоны стопы, их топография и функциональное значение	406	Заготовка лекарственных растений	447
Методика массажа рефлексогенных зон стопы	418	Определение качества заготовленного лекарственного сырья	452
МЕДОТЕРАПИЯ	420	Приготовление лекарств из лекарственных растений	452
МЕТАЛЛОТЕРАПИЯ	424	Алфавитный указатель основных акупунктурных точек	456
МУМИЕ — ЦЕЛЕБНЫЙ БАЛЬЗАМ ДРЕВНОСТИ	426	Алфавитный указатель важнейших корпоральных точек акупунктуры	460
ПИЯВКИ	429	Алфавитный указатель основных акупунктурных точек кисти	460
Методика применения пиявок	429		
ПСИХОТЕРАПИЯ	432		
Внушение	433		