

*О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, С.С. Щербаков*

---

# **ВАКУУМНО-МАГНИТНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

**拔  
罐**



---

**ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

**О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, С.С. Щербаков**

# **Вакуумно-магнитная рефлексотерапия**

**Пособие для врачей**

**Харьков  
2012**

ББК 53.58  
УДК 615.814.1 (292.575) + 615.832  
В-14

Авторы:

*О.Г. Морозова*

д.м.н., профессор, зав. каф. рефлексотерапии Харьковской  
медицинской академии последипломного образования (ХМАПО)

*В.И. Здыбский*

к.м.н., Ph.D., доцент кафедры рефлексотерапии ХМАПО

*С.С. Щербаков*

врач-рефлексотерапевт высшей категории

Рецензенты:

*В.А. Малахов*

доктор медицинских наук, профессор, зав. каф. лечебной  
физкультуры, спортивной медицины и реабилитации ХМАПО,

*О.Е. Дубенко*

доктор медицинских наук,

профессор кафедры невропатологии и нейрохирургии ХМАПО

**Морозова О.Г., Здыбский В.И., Щербаков С.С.**

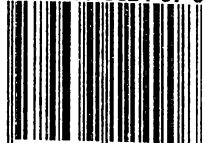
В-14 Вакуумно-магнитная рефлексотерапия. – Пособие для врачей.  
Изд. 2-е, перер. и доп. – Харьков. – 2012. – 91 с. Библиография 33.  
ISBN 966-8624-07-6

В пособии изложен материал, посвященный теории и практике вакуумно-магнитной рефлексотерапии. Работа представляет собой результат анализа отечественной, зарубежной и оригинальной китайской литературы по применению банок с лечебными целями. В доступной форме освещены теоретические и практические положения этого способа воздействия при конкретных заболеваниях, с учётом собственного опыта авторов.

Пособие рассчитано на практических врачей-рефлексотерапевтов, физиотерапевтов, массажистов, курсантов медицинских академий последипломного образования, студентов медицинских университетов, а также всех, кто интересуется восточной медициной. Текст иллюстрирован 29 рисунками. На лицевой стороне обложки иероглифы обозначают – магнитные банки.

Материалы пособия полностью или частично не могут быть использованы для переиздания без разрешения авторов.

ISBN 966-8624-07-6



9 789668 624076 >

ББК 53.58

© О.Г. Морозова, В.И. Здыбский,  
С.С. Щербаков, 2012

© В.И. Здыбский, оформление обложки

© В.И. Здыбский, С.С. Щербаков, рисунки

## Содержание

Предисловие .....	6
История применения и развития вакуум-терапии .....	7
<i>Часть I. Теоретические основы вакуумно-магнитной рефлексотерапии .....</i>	<i>10</i>
1. Механизмы вакуумной терапии .....	10
1.1. Показания, противопоказания к вакуумной терапии ..	13
1.2. Положение больного при ВМТ .....	14
2. Некоторые особенности магнитотерапии .....	16
3. Виды банок и методы воздействия .....	17
3.1. Комбинированная вакуумно-магнитная терапия .....	19
3.2. Собственная модель вакуумно-магнитной банки .....	20
3.3. Методика баночного массажа .....	22
3.4. Другие методики сочетанного воздействия .....	25
4. Особенности вакуумного воздействия на различных участках тела .....	27
4.1. Вакуумно-магнитная терапия в области лица и шеи ..	27
4.2. Вакуумно-магнитная терапия в области туловища (спины) .....	28
5. Возможности диагностики (предварительное тестирование) с помощью ВТ .....	31
5.1. Визуальная оценка экстравазатов .....	31
5.2. Диагностика по мышечным триггерным точкам .....	33
<i>Часть II. Практическое применение вакуумно-магнитной терапии .....</i>	<i>35</i>
6. Вакуумно-магнитное воздействие в терапии .....	35
7. Вакуумно-магнитное воздействие в неврологии, вертебрологии и артрологии .....	57
8. Вакуумно-магнитное воздействие при заболеваниях периферических сосудов .....	81
Заключение .....	86
Литература .....	87





**ВСЕ  
ДЛЯ  
РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

Медицинский инструментариум китайского производства

[www.acupunctureshop.com.ua](http://www.acupunctureshop.com.ua)



ПП Онишко Игорь Степанович  
Львов, вулиця генерала Чупринки, 74

телефон +38 050229 05 56

+38 067 664 01 55

+38 093 348 92 31

електронна пошта: [igly.med@mail.ru](mailto:igly.med@mail.ru)

ICQ 426671485

[www.igly.com.ua](http://www.igly.com.ua)

## Список сокращений, использованных в тексте

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
БМУ	– болезненные мышечные уплотнения
ВМРТ	– вакуумно-магнитная рефлексотерапия
ВР	– варикозное расширение
ВТ	– вакуумная терапия
ГБ	– головные боли
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
МП	– магнитное поле
МТТ	– мышечные триггерные точки
МЦР	– микроциркуляторное русло
ПМП	– постоянное магнитное поле
РВГ	– реовазография
РТ	– рефлексотерапия
СД	– сахарный диабет
ТА	– точка акупунктуры
ТКМ	– традиционная китайская медицина
ТТ	– триггерные точки
ХМАПО	– Харьковская медицинская академия последипломного образования
ХНУ	– Харьковский национальный университет
ЦНС	– центральная нервная система
Р	– канал легких
GI	– канал толстой кишки
Е	– канал желудка
RP	– канал селезенки-поджелудочной железы
С	– канал сердца
IG	– канал тонкой кишки
V	– канал мочевого пузыря
R	– канал почки
MC	– канал перикарда
TR	– канал трех частей туловища
VB	– канал желчного пузыря
F	– канал печени
VC	– переднесрединный канал
VG	– заднесрединный канал

*Учиться – все равно, что плыть против течения,  
только перестанешь грести – и тебя отнесит назад.*

*У. Уитли*

## **Предисловие**

Древневосточные методы лечения продолжают подтверждать свою эффективность на фоне современных способов терапии, что заставляет врачей различных специальностей шире использовать их в своей работе. Все лечебные способы воздействия имеют свою интересную историю. Особенно поучительны истории возникновения, совершенствования и признания нетрадиционных методов китайской медицины. Эти способы терапии прошли длинный и сложный путь становления и многократно доказали не только свою эффективность, но и безопасность, доступность в применении, экономичность.

Многовековая история традиционной китайской медицины (ТКМ) учит нас хранить и развивать медицинские традиции, постоянно совершенствовать лечебные методики, создавать новые устройства, расширяющие показания к применению различных способов и доказывающие их современность. К числу таких эффективных способов воздействия на зоны тела и на точки акупунктуры относится воздействие банками или вакуумтерапия.

В представленном практическом пособии мы поставили задачу с новых, современных позиций проанализировать один из древнейших способов рефлексотерапии – вакуумтерапию (ВТ) и ее современную модификацию вакууммагниторефлексотерапию (ВМРТ). Как известно, даже среди врачей, существуют противоречивые мнения об эффективности этих способов терапии. Поэтому в первой части пособия мы предлагаем краткое рассмотрение механизмов действия ВМРТ, приводим примеры различных устройств для ВТ (в том числе модель, разработанную авторами), показания и противопоказания, возможности диагностики с помощью банок, различные варианты их применения.

Вторая часть включает практические рекомендации по лечению целого ряда наиболее распространенных заболеваний. Мы не ставили задачу подробно останавливаться на этиопатогенезе этих заболеваний, а решили только обозначить основные лечебные схемы, которые доказали свою эффективность на практике. Особенность пособия заключается в том, что все основные схемы указывают не только проблемные зоны, которые рекомендуются например, для баночного массажа, но и точки акупунктуры. Мы придерживаемся той точки зрения, что воздействие ВТ и ВМРТ наиболее целесообразно и эффективно реализуется, если врач использует китайскую картографию точек акупунктуры (ТА).

## **История применения и развития вакуум-терапии**

История практического применения банок с лечебной и профилактической целью достаточно древняя. Судьба различных способов рефлексотерапии складывалась не одинаково. Одни способы бесследно исчезли, другие, пройдя сложный многовековой путь, сохранились и по сегодняшний день. К числу последних относится и один из старейших в истории медицины лечебных способов воздействия – метод вакуум-терапии. Врачи многих поколений способствовали обогащению и развитию этого метода лечения. В настоящее время метод вакуумного воздействия продолжает подтверждать свою эффективность.

Согласно историческим данным медицинские банки представлены в одном из самых полных наборов хирургических инструментов древнего мира, изображенном на рельефе египетского храма Ком Омбо (100 г. до н. э.). Выполненные из стекла, рога или бронзы, они были наиболее популярным инструментом любого греческого или римского доктора (Джеймс П., Торп Н., 1997). Другие источники утверждают, что использование банок с лечебной целью зародилось в Китае и имеет почти пятивековую историю. В качестве банок китайцы использовали коленца бамбука или высокие чайные чашки. Считалось, что банки могли с успехом применяться для лечения болезней суставов, колик, острых болей, при пневмониях и некоторых других заболеваниях (Козлов И. М. с соавт., 1996). В дальнейшем банки широко распространились в других странах Востока: Монголии, Корее, Японии. Банки, которые здесь использовали, были различных форм и размеров, выполненные из стекла, керамики, бамбука и глины. При этом особо подчеркивалось, что при правильной постановке банок под ними обязательно должен появиться кровоподтек. Было также показано, что банки оказывают антитоксическое действие путем активизации выделения секрета потовых и сальных желез, содержащего помимо воды и солей мочевины, ацетон, жирные кислоты, барий и другие вещества.

Банки часто использовались с целью кровопускания. Так, в Древнем Риме выдающийся врач К. Гален применял банки, которые нагревались пламенем лампы и накладывались на кожу поверх небольших надрезов. Абу Али Ибн Сина, известный под именем Авиценна (980-1037), в своем классическом труде "Каноны врачебной науки", обосновывая действие на организм пиявок и банок в качестве "средств извлечения дурной крови", писал: "Если

тело чисто, то очищать следует только больной орган с помощью банок или пиявок. Не откладывай и не оттягивай этого, ибо оттяжка увеличивает злокачественность заболевания”.

В древней Руси горшок играл роль большой сухой банки. Накладывание горшков предпринималось с целью разогнать “дурную кровь”, а также для стимуляции выкидыша (Попов Г., 1998) Из истории известно, что в крестьянских семьях женщины лечили мастит, используя накладывание банок. В банках создавали отрицательное: давление путем сжигания какого-либо вещества, что позволяло отсасывать гнойное содержимое из молочной железы.

В дальнейшем положительные клинические эффекты использования вакуума нашли отражение в работах Н.И.Пирогова, Т. Billroth (1869), Rogowicz (1885). Они считали, что местная застойная гиперемия сопровождается стремительным усилением регионарного тока лимфы, а циркулирующие лимфоциты в зоне гиперемии являются именно тем субстратом, который обеспечивает выраженный терапевтический эффект вакуум-терапии. Важной вехой научного обоснования применения разреженного воздуха с лечебно-профилактической целью являются работы выдающегося немецкого хирурга Августа Бира “Искусственная гиперемия как метод лечения” (1906) и “Лечение застойной гиперемией” (1908). Главной особенностью действия искусственной гиперемии в тканях является рассасывание рубцов, узлов, сгустков крови за счет повышенного содержания лейкоцитов и выделяемых ими ферментов. Автор отмечал выраженный болеутоляющий эффект феномена искусственно создаваемой застойной гиперемии. Кроме того, он указал на “всасывающее действие” застойной гиперемии, сутью которой является быстрое выведение различных веществ из зоны воспаления за счет ускоренного оттока жидкостей – эффект детоксикации тканей. Исследования метода продолжались и В.Х.Василенко (1926) показал, что сразу после применения банок наблюдается снижение артериального давления в среднем на 25 мм. ртутного столба, а частота пульса замедляется на 20 ударов в 1 мин. При этом изменяется картина крови: количество лейкоцитов уменьшается на 15 %, а число лимфоцитов увеличивается на 20 %. Интерес к физическому фактору вакуума, особенно в хирургической практике, стал возрастать с 1950-х гг. Это подробно и детально изложено в монографии Ю. А. Давыдова и А. Б. Ла-

ричева “Вакуум-терапия ран и раневой процесс” (1999). В ней отражены результаты 20-ти летних исследований применения вакуум - терапии в области хирургии ран и ее высокая эффективность при тяжелых гнойных инфекциях.

В работах Е. С. Вельхова и соавт. (1983-1991) был детально разработан и обоснован метод применения вакуум-терапии для лечения различных заболеваний периферической нервной системы, созданы вакуумные банки разного функционального назначения – различного объема, диаметра и конфигурации. Для проведения лечебных процедур использовали вакуумный насос, позволяющий создавать различные варианты режимов разрежения воздуха в банках. Впервые была предпринята попытка глубинного воздействия на мягкие структуры тканей и показана лечебная эффективность таких процедур.

Сегодня китайская традиционная медицина продолжает успешно применять уникальный и эффективный способ лечения с помощью магнитно-вакуумной терапии (баночный массаж или вакуумный массаж), которая сочетает в себе вакуумную, магнитную терапии и лечение лекарствами и является совершенно новым терапевтическим методом. Многие специалисты считают, что по сравнению с вакуумной терапией или лечением лекарствами, вакуумно-магнитная терапия (вакуумный массаж) является более эффективной, так как ее применение дает как бы тройной эффект.

В заключении краткого исторического обзора приведем цитату одного из китайских специалистов: “Вакуум–терапия – один из самых древних и в тоже время самый молодой метод лечения. Это универсальный метод, позволяющий излечивать самые разные болезни. Ни одно лекарство не воздействует так, как этот метод” (У Вей Синь, 1993).

# Часть I

## Теоретические основы вакуумно-магнитной рефлексотерапии

### 1. Механизмы вакуумной терапии

За годы развития вакуумной терапии (ВТ) и усовершенствования методик и форм ее проведения (от простой бамбуковой банки до специальных вакуумно-магнитных банок, банок с регулируемым вакуумом и др.) изменялись и представления о механизмах действия ВТ. Как и все способы поверхностной рефлексотерапии (РТ) банки были отнесены к механической группе воздействия. Механическому фактору раздражения кожи вначале уделялось основное внимание. Сегодня мы уже говорим о сложных механизмах такой простой на первый взгляд процедуры, которую могла провести каждая мать для своего больного ребенка.

В задачу нашей работы не входит анализ всех глубинных механизмов ВТ, но для раскрытия темы следует отметить некоторые основные действующие факторы, к которым мы относим:

- механическое воздействие (в том числе на места особых болезненных мышечных уплотнений и ТА),
- воздействие на систему микроциркуляции,
- изменение лимфотока,
- стимуляция образований различных химических и биологических веществ.

На механический фактор воздействия обратили внимание еще самые древние врачи. В традиционной китайской медицине (ТКМ), в народной медицине и в рефлексотерапии давно применялись различные механические микрповреждения тканей и точек акупунктуры с лечебными целями. ТКМ прошла огромный путь от прижигания, иглокалывания (акупунктуры), гальцевого массажа до современных аппаратных способов РТ. Малые кровопускания, мелкие надрезы тканей, точечный массаж проводились с целью уменьшения застойных явлений в тканях. Было замечено, что в процессе заживления мелких ран происходит полное восстановление капиллярной сети за счет появления и разрастания новых микрососудов. Как теперь доказано, в ответ на механическое повреждение любого генеза возникают процессы регенерации, сопровождающиеся не только восполнением поврежденных тканевых элементов, но и образованием новых сосудистых терминалей взамен выключенных из кровотока (А.В. Кораблев, Т.Н. Николаева, 1999).

Сегодня не оспаривается тот факт, что большинство известных патологических процессов протекает с нарушением микроциркуляции и трансапиллярного обмена не только в поверхностных слоях кожи, но и в соответствующих мышечных группах. При длительно текущих заболеваниях в некоторых участках соединительной ткани возникают болезненные мышечные уплотнения (БМУ), которые сопровождаются не только болью, но и локальными отеками. Такие БМУ могут определяться при контрактурах суставов, в посттравматических участках ткани. ВТ и следующее за ней микроповреждение тканей и мышечных волокон, приводит к интенсификации процессов неоваскулогенеза в поврежденных или ишемизированных участках, с последующим улучшением и восстановлением их функций.

При воздействии специальными банками возникает перепад давления в поверхностных и глубоких слоях тканей. На первом этапе, кожа и подлежащие ткани сжимаются краями банок, а в это же время различные слои мягких тканей втягиваются силой вакуума внутрь банки. При наличии внутри банки специально встроенного магнита, добавляется воздействие магнитным полем (МП). Выделяют вертикальный градиент давления, возникающий между полостью и краями банки, равномерно по всему ее объему. Также, после установки банки, образуется горизонтальный градиент давления. Он возникает между интактными участками тканей и зонами повышенного (под краями банки) и пониженного (в ее полости) давления. Таким образом, можно говорить о суммарном вертикально-горизонтальном перепаде давлений на определенном, строго ограниченном участке, как по площади так и по глубине воздействия. Выраженность и направление градиентов давления будет изменяться и усложняться, если на соседних сегментах (или точках акупунктуры) будут установлены дополнительные банки. Площадь захвата тканей, глубина и сила воздействия будут зависеть от формы банки, ее величины, технических приемов при установке.

Кроме указанных факторов, первые же процедуры ВТ приводят к изменению метаболизма в тканях. В результате воздействия высвобождаются противовоспалительные медиаторы, гормоны («теория некрогормонов»), другие биологически активные субстраты (гистамин, гепарин и др.). За счет активного выброса биологически активных веществ снижается тонус сосудов, расширяется просвет артериол, прекапилляров и венул, увеличивается число функционирующих капилляров. Это, в свою очередь, приво-



дит к повышению локальной температуры тканей на 3-5 °С. Весь комплекс локальных изменений, в результате ВТ, ведет к активному дренированию интерстициального пространства.

В результате ВТ возникают специфические «следы» – геморрагические пятна, получившие название экстравазаты. Под экстравазатами понимаются скопления серозно-геморрагического экссудата и небольшого количества крови, в результате кожно-сосудистой реакции патологически измененных тканей, в ответ на воздействие вакуума (П.П.Михайличенко, 2005). Как известно, микроциркуляторное русло (МЦР) является основным звеном органной сосудистой пластичности, а нарушения микроциркуляции выступают первопричиной сосудисто-тканевых расстройств. В состав МЦР входят: артериолы, прекапилляры, посткапилляры, венулы, артерио-венулярные анастомозы, лимфатические капилляры и другие микроструктуры, способствующие движению тканевой жидкости и крови. В условиях покоя у человека одновременно функционирует не более 20-30% от общего числа капилляров. При возникновении спазма и других патологических состояниях возникает затруднение оттока крови в посткапиллярном участке, что приводит к повышению посткапиллярного сопротивления, ухудшению оттока крови из капиллярного русла. Эти же изменения ведут к повышению кровяного давления. Имеются экспериментальные данные о способности к регенерации МЦР. При этом пусковыми факторами являются: асептическое воспаление, микротравматические повреждения тканей, хронический застой лимфы (В.И.Козлов и др., 1994). Под воздействием ВТ в ишемизированных и трофически измененных тканях усиливаются процессы микроциркуляции, нарастает содержание тучных клеток, включаются другие регенеративно-репаративные механизмы. Установлено, что число работающих капилляров, в результате вакуумного массажа, увеличивается в несколько раз, а скорость лимфотока в 8-10 раз. Вакуумный массаж, кроме ликвидации застойных явлений в тканях, увеличивает выход (через потовые железы) на поверхность кожных покровов токсичных и недоокисленных продуктов обмена.

Суммируя краткий экскурс в известные механизмы действия ВТ можно заключить, что в результате воздействия вакуума мы можем ожидать следующие лечебные эффекты:

- сосудорасширяющий,
- спазмолитический,
- противовоспалительный,

- анальгетический,
- детоксицирующий,
- лимфодренирующий,
- трофо- и иммуностимулирующий,
- регенеративно-репаративный.

Все перечисленные эффекты согласуются с известными механизмами действия рефлексотерапии, а потому, применяя ВТ и магнитотерапию через точки акупунктуры, мы будем в дальнейшем использовать термин вакуумно-магнитная рефлексотерапия (ВМРТ).

### **1.1. Показания и противопоказания к вакуумно-магнитной РТ**

*Показания.* Спектр использования вакуумно-магнитной рефлексотерапии весьма широк. Ею с успехом лечатся такие заболевания, как артериальная гипертензия, стенокардия, головные боли, болезни позвоночника, гинекологические заболевания, опущение внутренних органов, иммунодефицитные состояния, вегетосудистая дистония, бессонница, неврозы. В народной медицине этот метод издавна известен как хорошее подручное средство при простуде, кашле, заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, энурезе.

Вакуум-терапию используют при заболеваниях соединительной ткани (контрактуры, мышечный спазм), миофасциальном болевом синдроме, артрозах, сколиозе, синдроме хронической усталости.

Банки применяются при лечении воспалительных заболеваний органов дыхания: простых хронических бронхитах, астме, последствиях пневмоний, для профилактики и лечения острых и хронических миозитов, нейромиозитов, невралгий, невропатий и полиневритов, остехондроза; при ушибах и травмах, а также в косметологии (при атонии мышц лица, рубцах, преждевременном старении кожи), в комплексном лечении целлюлита и ожирения.

*Противопоказания.*

Декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы: стенокардия, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, острый инсульт.

Онкологические заболевания.

Нарушение свертываемости крови, системные заболевания крови, гемофилия.

Хронические декомпенсированные заболевания печени и почек.

Варикозное расширение вен.

Кожные заболевания (дерматит, экзема, нарушение целостности кожных покровов).

Повышенная чувствительность кожи к механическому воздействию.

Раны или свежие послеоперационные швы.

Беременность, маточное кровотечение

Острые инфекционные заболевания, туберкулёз лёгких в активной стадии.

Судорожные состояния, психические заболевания и неврозы с аффективными состояниями.

Грибковые заболевания, лихорадочные состояния.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения или при угрозе кровотечения.

Артериальная гипертензия III ст.

Банки не ставятся на область сердца, глаз, ушей, сосков молочных желез, половых органов.

*К относительным противопоказаниям относят:*

грудной и старческий возраст (более 90 лет),

хронический алкоголизм, неуточненный диагноз.

### **1.2. Положения больного при вакуумной терапии**

Цель процедуры вакуумной терапии – создавая локальное отрицательное давление на определенные участки кожи, через кожные рецепторы и другие связи, воздействовать на более глубоко лежащие ткани (подкожная клетчатка, мышцы, сосуды).

Известно 4 наиболее распространенных положения пациента при проведении ВТ (рис. 1-4):

- лежа на животе,
- лежа на спине или на боку,
- сидя в удобном положении.

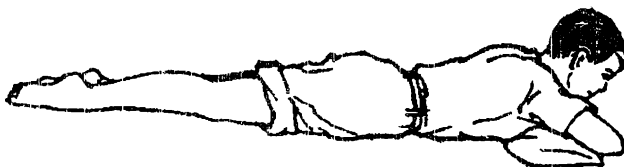
Главное требование к положению больного заключается в том, чтобы оно было удобно для пациента, на протяжении всей процедуры, и для врача, для проведения необходимых манипуляций с банками.



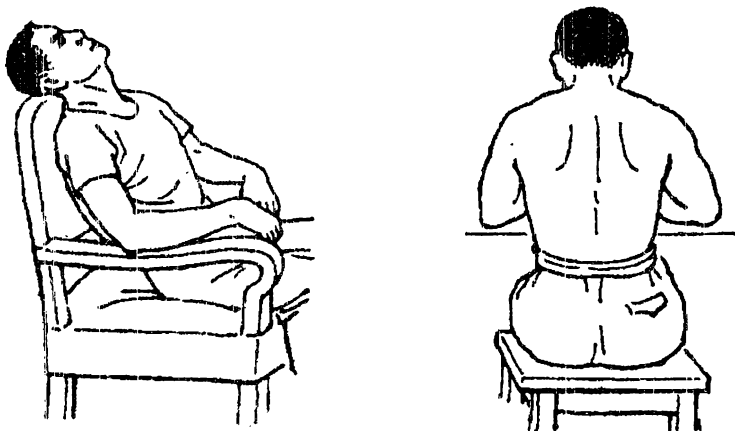
*Рис. 1. Положение лежа на спине*



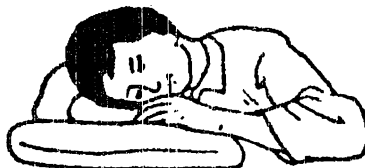
*Рис. 2. Положение лежа на боку*



*Рис. 3. Положение лежа на животе*



*Рис. 4. Сидя в удобном положении*



## **2. Некоторые особенности магнитотерапии**

Магнитотерапией (МТ) называют способ воздействия, при котором с лечебной целью применяют переменное низкочастотное (50 Гц) и постоянное магнитное поле. В РТ применяют микромагниты.

Согласно информационной теории, магнитобиологические эффекты объясняются вносимой в биологическую систему информацией, вызывающей перераспределение энергии в живой системе (А.С.Пресман, 1968, М.Варноthy, 1966). В этом отношении определенное значение может иметь магнитный резонанс, возникающий между энергией магнитного поля и элементарной энергией атомов и молекул организма (Е. Gleichman, 1976).

Механизм физиологического и терапевтического действия магнитных полей (МП) сложен и до настоящего времени окончательно не выяснен. Большинство работ свидетельствует о том, что влияние магнитных полей на организм осуществляется через нервные, гуморальные звенья, обменные процессы и изменения жидкокристаллических компонентов живых систем. Определенное значение имеет возникновение электрического потенциала в кровеносных сосудах, сопровождающееся гематологическими сдвигами в движущейся крови (Р.П. Кикут, 1978). Экспериментальными работами доказано, что магнитные поля влияют на процессы тканевого обмена.

Отмечена высокая чувствительность центральной нервной системы к действию магнитных полей. По всей вероятности, в первую очередь они действуют на гипоталамическую область.

Магнитные поля взаимодействуют с молекулами, обладающими диа- и парамагнитными свойствами. Под влиянием МП изменяются электрический потенциал и проницаемость клеточных мембран, диффузионные и осмотические процессы, коллоидное состояние тканей, повышается уровень метаболических, окислительно-восстановительных процессов и свободнорадикального окисления. Ответная реакция организма зависит от чувствительности к МП, исходного функционального состояния его систем. МП обладает выраженным последствием. После однократной процедуры следовые реакции могут сохраняться в течение более суток. Постоянное магнитное поле (ПМП) по сравнению с переменным в большей мере усиливает тормозные процессы в ЦНС. Наиболее чувствительны к МП гипоталамус, зрительный бугор, кора головного мозга.

Магнитотерапия обладает выраженным противоотечным, противовоспалительным, местноанальгезирующим действием, понижает периферическое сосудистое сопротивление, улучшает кровообращение, микроциркуляцию тканей, изменяет вязкость и свертывание, состав крови (увеличивает количество тромбоцитов и лимфоидных клеток), усиливает процессы реорборции (рассасывание кровоизлияний, всасывание избытка синовиальной жидкости).

*Показания для магнитотерапии:* гипертоническая болезни I – II А ст., вегетативно-сосудистая дистония, остаточные явления и последствия ишемического инсульта, черепно-мозговая травма и ее последствия, вегетативные полинейропатии, вибрационная болезнь, болезнь Рейно, невралгии воспалительного и ишемического генеза, ганглиониты, мигрень, фантомные боли, каузалгии, остеохондроз позвоночника с корешковым, вегетативно-сосудистым, симпаталгическим синдромами, синдром плечелопаточного периартроза, токсические полинейропатии (диабетические, алкогольные).

*Противопоказания для магнитотерапии:* индивидуальная непереносимость, выраженная гипотония, системные заболевания крови, гипоталамический синдром, склонность к кровотечениям, токсический диффузный зоб III ст., а также те, что обозначены в разделе ВТ.

### **3. Виды банок и методы воздействия**

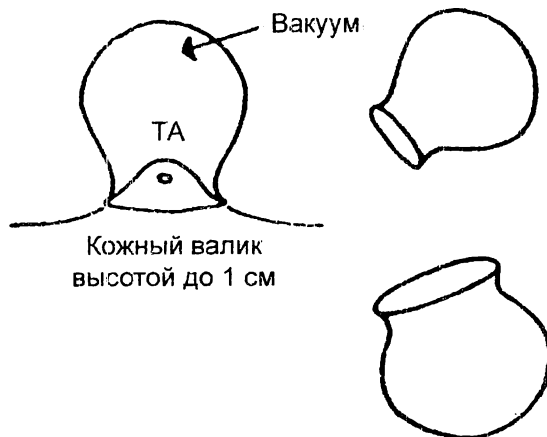
Баночная терапия была известна многим народам еще в древности. Использование банок для оздоровления организма пришло с древнейших времен. Широкое распространение банки получили как в странах Востока (Китай, Таиланд, Корея), так и в нашем регионе. Для локального воздействия отрицательным давлением в различные века и в разных регионах применяли сосуды всевозможной формы и материалов: из дерева, бамбука, фарфора, стекла, глины.

Широко используется баночный массаж в народной медицине, где возможна постановка банок на позвоночник для снятия болевого синдрома и подготовки к мягкой мануальной терапии. Ставятся банки также на живот (при опущении внутренних органов в районе живота, малого таза и даже при грыже сразу после ее появления). При этом предварительно осуществляется специальный массаж.

Существует методика использования банки для снятия головной боли при мигрени. Для этого делается неглубокий надрез кожи в районе седьмого шейного позвонка (в точке VG14) и банка ставится на него до полной ликвидации боли (3-15 мин.).

*Применение обычной медицинской банки*

До сих пор для вакуумной терапии используют различного вида и размера банки, от обычных медицинских до специальных (рис. 5), вместимостью от 30 до 200 ml и более.



*Рис. 5. Способ применения медицинской банки в стабильном режиме*

Цель процедуры – создавая локальное отрицательное давление на определённые участки кожи, через кожные рецепторы и другие связи, воздействовать на более глубоко лежащие ткани (подкожная клетчатка, мышцы, сосуды). За счёт создаваемого разрежения воздуха в банке она плотно присасывается к коже. Считается, что оптимальный уровень разрежения воздуха равен 0,2 атм.

Мы применяли различные банки, которые в зависимости от конструкции имеют особенности в установке. Распространен вариант постановки банки в стабильном режиме. Для этого необходимо: выбрать банку соответствующего зоне раздражения размера (например, маленькую банку рекомендуется использовать в области лица, а самую большую в области спины). Удерживая нижнюю часть банки левой рукой, правой рукой держат верхнюю часть банки до создания в ней вакуума. Рекомендуется оставить банку на 10-20 минут.

### 3.1. Комбинированная вакуумно-магнитная терапия (ВМТ)

Известный китайский профессор Сян Яо Цзюнь так описывает причины заболеваний: "Все болезни у человека происходят от нарушения регулярности циркуляции *ци*, крови, неправильного потения, скопления слизи, внешних патогенных факторов (холод, ветер, сырость), ядов, избытка жира. Все это способствует нарушению нормального движения *ци* и крови". Исходя из этого и были разработаны китайские вакуумно-магнитные банки (*ци сюэ тон*), которые устраняют эти нарушения.

В вакуумно-магнитных банках сочетаются механизмы действия вакуумной терапии, постоянного магнитного поля и прессуры на точки акупунктуры. Происходит взаимное потенцирование этих трех факторов воздействия, поэтому эффективность применения ВМТ существенно возрастает. Преимущества этого вида банок состоит не только в комбинированном воздействии трех физических факторов, но и в отсутствии необходимости пользоваться для создания вакуума тампоном с зажжённым эфиром или спиртом. Отсутствие огня снимает психологическую боязнь процедуры.

ВМТ также проводится посредством наложения банки, внутри которой расположен конусообразный магнит (рис. 6). В вакуумно-магнитных банках разряжение воздуха может создаваться специальным насосом, который позволяет дозировать степень вакуума в банке (рис. 7). После создания разряжения воздуха в банке образуется кожный валик, который касается вершины конуса магнита, оказывая прессорное воздействие на точку акупунктуры. Процедура проводится в течение 10-20 мин., 3 раза в неделю, на курс лечения 10-15 процедур.



Рис. 6. Китайские вакуумно-магнитные банки

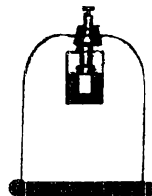


Рис. 7. Китайская банка с внешним поршнем



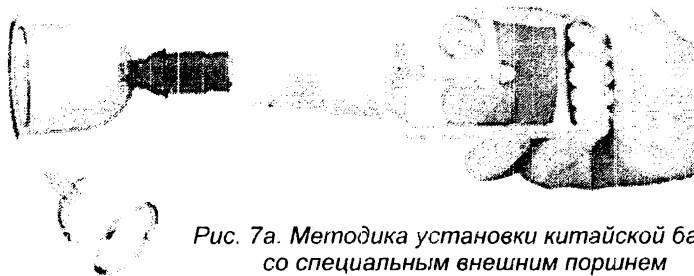


Рис. 7а. Методика установки китайской банки со специальным внешним поршнем

### 3.2. Собственная модель вакуумно-магнитной банки

В нашей модели поставлена задача усовершенствования механизированной медицинской банки путем изменения конструкции банки и ее элементов, что позволяет осуществить объединенное влияние вакуумом, магнитным полем, гальваническим током, механическое влияние конусом, а также приводит к удобству эксплуатации.

Введение в банку конического электрода и кольцевого магнита дает возможность осуществлять комбинированное влияние: механическое, гальваническим током, магнитным полем и вакуумом на участок поверхности тела пациента, который дает возможность быстрее достичь терапевтического эффекта. Эффект состоит в усилении, под действием давления, выделения из тучных клеток серотонина, гистамина и других активных веществ, которые, благодаря влиянию электрического тока и магнитного поля, приводят к быстрому действию. Приведенная суть вакуумно-магнитной банки поясняется рис. 8.

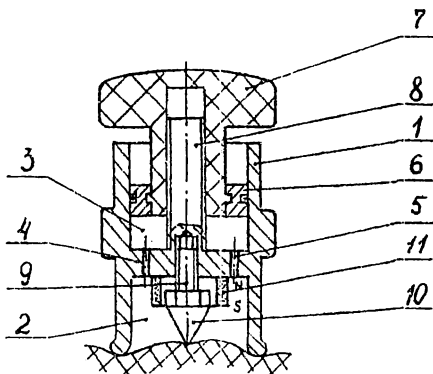


Рис. 8. Новая модель вакуумно-магнитной банки (патент на полезную модель 931.- Кл. А61Н39/04, А61N1/10, А61N2/08 по заявке № 2000116203 от 2000 г.)

Предложенная медицинская банка состоит из корпуса 1 с двумя цилиндрическими пустотами: верхней 3 и нижней 2, разделенных перегородкой 4 с отверстиями 5, при этом в верхней части нижней пустоты вмонтирован, с возможностью осевого перемещения, поршень 6 с рукояткой 7, закрепленной на последнем с возможностью перемещения вдоль оси нижней пустоты 3 за счет винта 8, жестко смонтированного на торце перегородки 4. В верхней пустоте в центре перегородки вмонтирован, за счет резьбового конца 9 и резьбового отверстия в перегородке, конический электрод 10, повернутый вершиной конуса к поверхности кожи пациента. Коаксиально с ним смонтирован кольцевой магнит 11, повернутый одним из полюсов к коже больного. Корпус банки и электрод 10 изготовлены из металлов, которые имеют разные электродные потенциалы и образуют с электролитами кожи гальваническую пару.

Устройство работает следующим образом. Врач берет медицинскую банку в руку, прикладывает ее к поверхности кожи пациента над точкой акупунктуры. Открытым торцом врач прижимает ее к коже, удерживая за корпус одной рукой, второй рукой обертывает рукоятку, которая перемещает поршень. При этом получается разрежение воздуха в нижней пустоте, а через отверстие 5 и в верхней пустоте, за счет чего банка присасывается к коже, частично втягивает ее в пустоту, приближая к магниту 11 и прижимая к электроду 10, который своим заостренным концом упирается в кожу. В результате этого на коже в зоне ТА осуществляется влияние вакуумом, магнитным полем кольцевого магнита, давлением конического электрода (цуботерапия) и гальванопунктурой, то есть прохождением слабого электрического тока (10-50 мкА) за счет электродвижущей силы. Эта сила развивается гальванопарой, образованной корпусом и электродом под действием электролита кожи.

Вакуумно-магнитные банки применялись нами в следующих вариантах:

-- ВМТ на одну зону с установкой и отрывом банки 10-20 раз. Такая техника обладает выраженным тонизирующим действием. Этот прием используют для лечения местного кожного онемения и синдромов недостаточности (пустоты).

-- Стабильная ВМТ по зонам проекций органов или точкам акупунктуры с оставлением банок на 20-30 мин. Особенно эффективна установка банок в зонах сочувственных и сигнальных ТА.

-- Динамическая ВМТ аналогично баночному массажу с остановками в наиболее болезненных (триггерных) точках. Данный ме-

тод применяют для лечения блуждающих болей и блокаде каналов на различных участках тела, насыщенных мышечной тканью.

– После установки банок на определенные точки совершают вибрирующие движения банкой 10-15 раз. Такая методика относится к стимулирующей ТА.

– После постановки банок на точки выполняют вращательные движения по часовой, а затем против часовой стрелки по 15-20 раз.

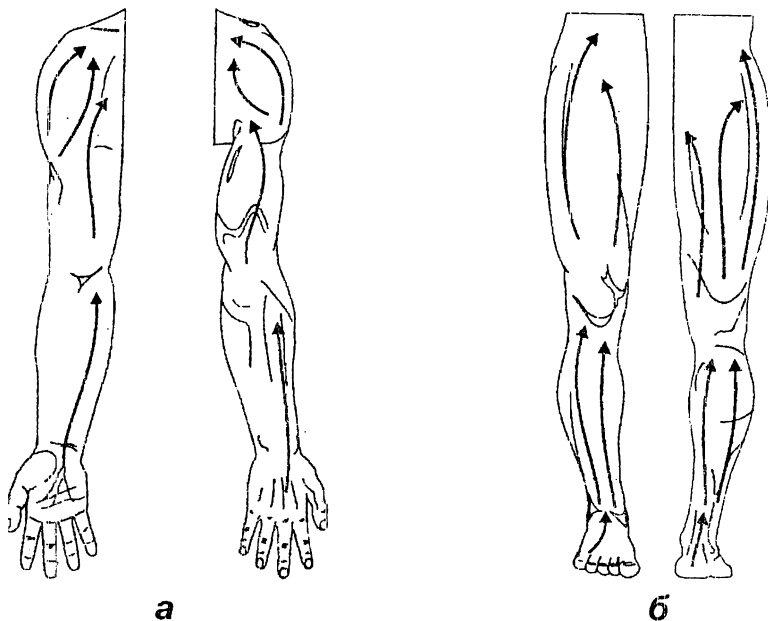
### **3.3. Методика баночного массажа.**

Больной ложится на массажную кушетку лицом вниз, не опираясь на локти. Руки опущены вдоль туловища. Длинные мышцы спины должны быть максимально расслаблены. Перед процедурой проводится кратковременное растирание мышц спины сухой рукой, выявляются особенно болезненные паравертебральные точки и болезненные мышечные уплотнения (БМУ). Кожа пациента смазывается вазелиновым или другим специальным массажным маслом. Необходимо проверить края банки, они не должны быть повреждены, чтобы не травмировать кожу.

Поставить банку на выбранную зону или над ТА. При этом пациент не должен испытывать боли или неприятных ощущений. Можно симметрично использовать две банки.

Удерживая банку одной рукой в нижней части создать в ней вакуум, вращая верхнюю часть против часовой стрелки другой рукой, до создания валика высотой 1-1,5 см (или ориентируясь по ощущениям больного). Обычные банки устанавливаются без вращения. При появлении болевых ощущений разрежение воздуха в банке следует уменьшить.

После сцепления банки с кожей, сохраняя разрежение воздуха и не отрывая банки, начинают плавными утюжащими движениями передвигать кожный валик (например, вдоль позвоночника вверх, а затем в обратном направлении) до появления стойкого покраснения кожи. При баночном массаже допускается возвратно-поступательное и круговое движение при условии, что процедура должна заканчиваться движением банки в сторону венозного оттока. Схема баночного массажа прилагается (рис. 10). Время воздействия 5-10 мин. или до получения стойкой гиперемии в зоне массажа. Процедуру можно повторять 2-3 раза в неделю, длительность курса до 10 сеансов (в зависимости от состояния и чувствительности кожи больного). Массажные движения в области верхних и нижних конечностей осуществляются в сторону венозного оттока (рис. 9 а, б).



*Рис. 9. Линии для массажного перемещения банки в области верхних (а) и нижних (б) конечностей в направлении венозного оттока*

После окончания процедуры необходимо снять банку, вращая верхнюю часть по часовой стрелке. Участки кожи протирают смоченным в тёплой воде полотенцем и вытирают насухо, полностью удаляя остатки масла. Закончить процедуру рекомендуется лёгким растиранием мышц массируемой области.

Таким образом, удаётся добиться усиления скорости кровотока, лимфотока и снижения рефлекторно повышенного тонуса мышц. Установлено, что число работающих капилляров, в результате баночного массажа, увеличивается в несколько десятков раз, а скорость лимфотока в 8-10 раз.

Противопоказания: онкологические заболевания, беременность, острый инфаркт, инсульт, сильные поверхностные повреждения кожи. Срок годности банок не ограничен, если механически не повредить банку.

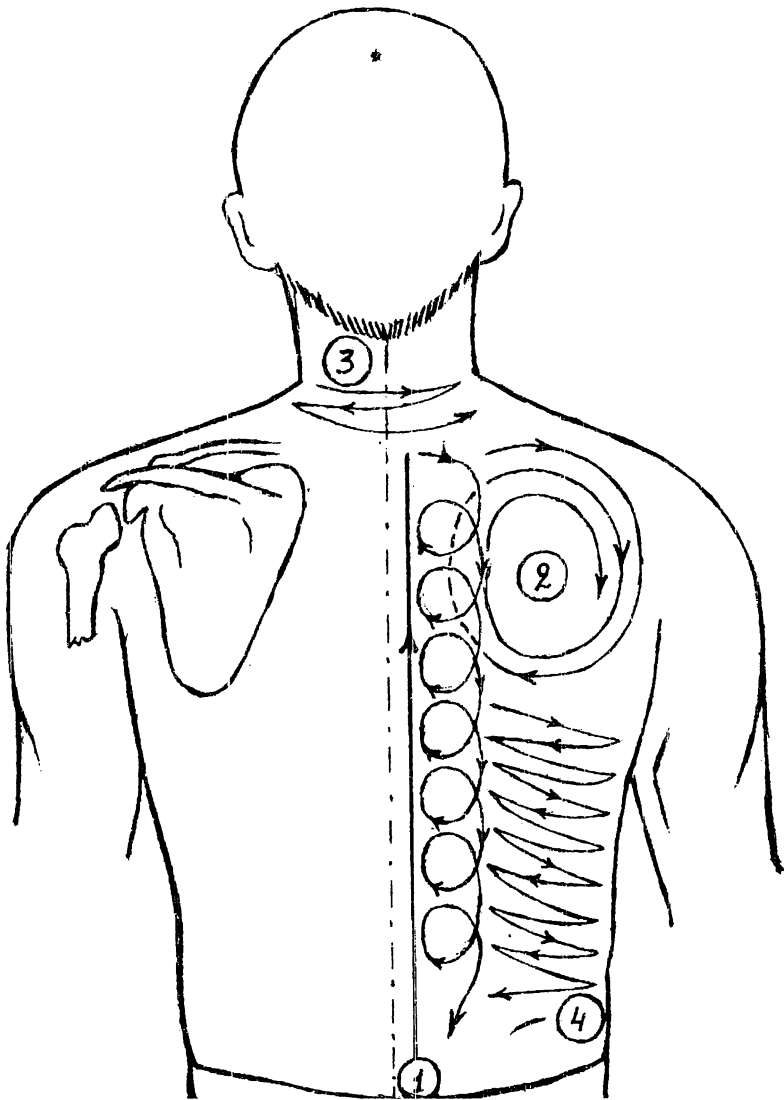


Рис. 10. Схема проведения баночного массажа:  
1. паравerteбральная зона; 2. окололопаточная зона;  
3. шейно-воротниковая зона; 4. область межреберий

### 3.4. Другие методики сочетанного воздействия

Существуют также методики сочетания акупунктуры и вакуумного воздействия, что получило название – вакуумиглотерапия. Тонкую иглу вводят в выбранную акупунктурную точку. Затем, когда у пациента возникнут предусмотренные ощущения, поверх иглы устанавливают банку. Данный прием используется для терапии трудноизлечимых внутренних болезней, при лечении некупируемого болевого синдрома, при заболеваниях суставов. Можно также использовать акупунктуру в области дистальных точек, после баночного массажа.

Банки применяют и для осуществления методики малого кровопускания. Для этого после укола в определённую ТА на это же место ставится медицинская банка, что увеличивает истечение крови из зоны укола.

При сочетании с иглотерапией воздействие может производиться и в обратном порядке: вначале ставится банка, а затем, в зоне гиперемии, мечевидной или трёхгранной иглой делают насечки по аналогии с циферблатом часов: на 3, 6, 9, 12 часов. После нанесения насечек на это место вновь ставят банку до получения необходимого количества крови или ждут её остановки. В современных условиях такие методики необходимо проводить с осторожностью (в перчатках), чтобы исключить контакт врача с кровью, а следовательно и возможность инфицирования вирусным гепатитом. Лучше использовать индивидуальные или разовые инструменты для каждого больного.

В настоящее время выпускаются новые пластикантно-пневматические банки, которые изготавливаются из современного медицинского пластика (Россия, патент, 2001). Также как вакуумно-магнитные банки они устанавливаются без применения внешнего огня и легко стерилизуются.

Например, при остеохондрозе позвоночника делают скользящие массажные движения от поясницы к шейному отделу позвоночника. Особое внимание уделяют массажу паравертебральных зон на расстоянии 2-3 см от остистых отростков позвоночника. Движения прямолинейные, при этом вверх двигают банку с усилием так, чтобы перед банкой продвигалась складка кожи, движения вниз – без усилия, кругообразно. При хронических радикулитах дискогенного происхождения иногда в начале баночного массажа боли могут усиливаться.

При шейном остеохондрозе делают круговые движения банкой вокруг седьмого шейного позвонка (перед процедурой необходимо наклонить голову пациента и найти самый выступающий позвонок). Направление движения – по часовой стрелке, не касаясь седьмого позвонка, количество движений – нечетное (11-15). После этого делают массаж трапециевидной мышцы по направлению от головы к плечам.

При простудных заболеваниях, бронхитах, пневмонии – массируют от нижних углов лопаток к плечам (на спине), боковые поверхности грудной клетки, а также от мечевидного отростка грудины к левому и правому плечу. Под действием баночного массажа отходит мокрота, улучшается дыхание, снижается температура тела. После окончания процедуры больного надо укутать одеялом, дать стакан чая с лимоном или малиной.

При миозитах мышц массажные движения осуществляют вдоль поясницы, при миозитах мышц предплечья массируют мышцы задней поверхности шеи и спины. При пояснично-крестцовом радикулите массируют поясничную область, а если боль иррадирует в ногу, то и заднюю поверхность конечности от подколенной ямки к подягодичной складке.

При целлюлите проводят баночный массаж мышц в проблемных зонах (например, на нижней конечности в области бедра и ягодиц). Перемещение банки круговое, зигзагообразное, прямолинейное (все виды движений по 5-6 раз). При воздействии баночного массажа происходит механическое воздействие на жировые клетки. Вакуумный массаж позволяет повысить тонус атоничных мышц, активизировать обмен веществ, выведение токсинов и лишней жидкости. При движении банки происходит массаж мышечной ткани, что приводит к выделению тепла и выделению избыточного количества жидкости, накопившейся в подкожно-жировой клетчатке. Результатом этой процедуры являются: уменьшение проявлений целлюлита, нормализация мышечного тонуса, повышение обмена веществ и улучшение усвоения продуктов лечебного и косметического назначения (масел, кремов, лосьонов). Для усиления эффекта рекомендуется смазывать массируемую поверхность антицеллюлитным кремом. Курс массажа – 1 месяц.

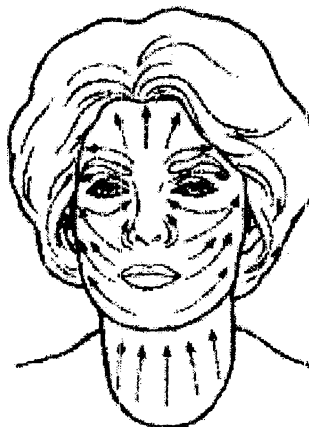
В целях повышения иммунитета у ослабленных, длительно болеющих пациентов, применяется методика аутогемотерапии, которая заключается в постановке на кожу ягодицы на 30-60 секунд банки в режиме большого вакуума. Курс лечения – 10 дней.

Баночный массаж при последствиях травм применяют для нормализации крово- и лимфотока, снятия болевого синдрома, рассасывания отёка, гематомы, регенерации и репарации тканей, нормализации окислительно-восстановительных процессов. Массаж начинают делать выше места ушиба (рефлекторно-отвлекающий), постепенно спускаясь к прилегающим к зоне ушиба участкам.

#### **4. Особенности вакуумно-магнитного воздействия на различных участках тела**

##### **4.1. Вакуумно-магнитная терапия в области лица и шеи**

Лицо является одним из самых чувствительных участков тела, поэтому в этой области рекомендуется мягкий ритмичный вакуумный массаж, который активизирует кровообращение кожи лица и стимулирует лимфоотток по лимфатическим сосудам. При регулярном проведении процедуры уменьшается отечность, мышечный спазм, разглаживаются морщины, активизируется обмен веществ и выведение токсинов. Движения вакуумной банки проводят по массажным линиям лица, представленным на рис. 11.



*Рис. 11. Массажные линии на лице*

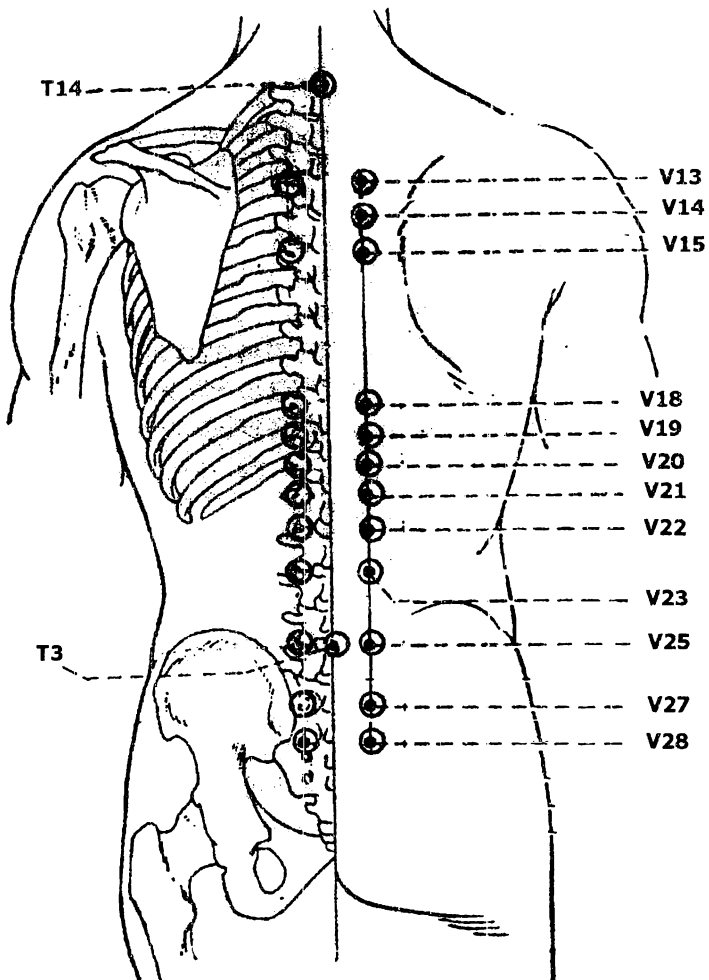


#### 4.2. Вакуумно-магнитная терапия в области туловища (спины)

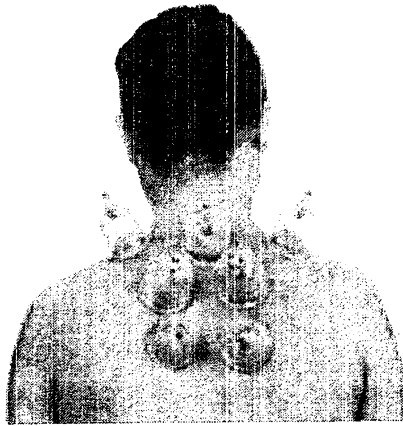
Один из вариантов воздействия представлен нами в разделе общего баночного массажа. В другом варианте делается акцент на воздействие по ян-каналам V и VG. Последовательность массажа по задне-срединному каналу и каналу мочевого пузыря следующая. Ставят банку в области крестца (на 2-3 см выше точки VG 3) и дождавшись, когда втянется кожа в банку на 1-1,5 см, плавным движением двигают банку вверх по задне-срединному каналу от VG 3 до VG 14 вплоть до 7-го шейного позвонка (самого выступающего). Далее плавно переходят на правую первую ветвь канала мочевого пузыря, отстоящую от ветви задне-срединного канала на 1,5 цуня (V 11) и плавно двигают (линейным массажем) банку вниз от точки V 11 до точки V 25; затем снова плавно перемещают банку в область крестца (VG 3) и передвигают банку вверх по задне-срединному каналу от VG 3 до VG 14. Затем плавно перемещают банку из точки VG 14 в левую первую ветвь канала мочевого пузыря в точку V 11 и двигают банку вниз до точки V 25 (с левой стороны). Вновь движение банки вверх от точки VG 3 до точки VG 14, а далее плавно передвигают банку на правую вторую ветвь канала мочевого пузыря (точка V 41), отстоящую от задне-срединного канала на 3 цуня, и двигают банку вниз по ходу энергии канала мочевого пузыря от точки V 41, но уже с левой стороны от позвоночника, до точки V 53 (с левой стороны). Таким образом, схема линейного массажа следующая: VG3 → VG14 → (правая сторона: V11 → V25) → VG3 → VG14 → (левая сторона: V11 → V25) → VG3 → VG14 → (правая сторона: V41 → V53) → VG3 → VG14 → (левая сторона: V41 → V53). Это первый проход, а при ВТ надо сделать 2-3 таких прохода (рис. 12).

Во время процедуры рекомендуется использовать специально подобранные ароматические масла, массажные кремы или гели, которые повышают эффективность воздействия.

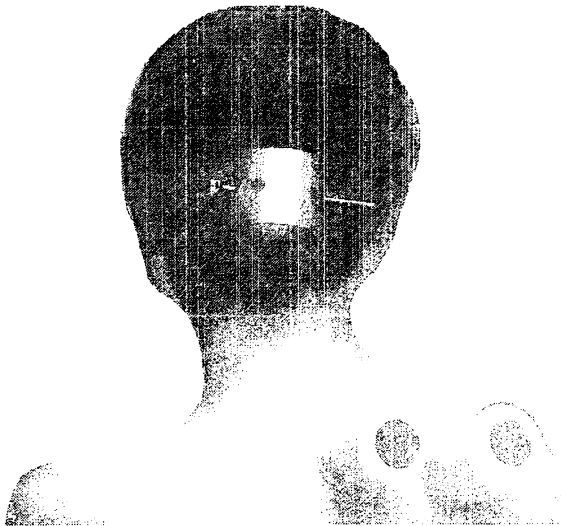
Дезинфекция банок проводится путем 2-х кратного протирания с интервалом в 5-10мин. салфеткой из марли или бязи, смоченной в 3% растворе перекиси водорода с добавлением 0,5% мощщего средства типа «Лотос» или в 1% растворе хлорамина.



*Рис. 12. Локализация ТА заднесрединного канала и сочувственных точек канала мочевого пузыря, использующихся для вакуумной терапии*



*Рис. 13. Воздействие банками по сочувственным ТА  
и точкам T14, VB 21*



*Рис. 14. Вакуумно-магнитное воздействие в зоне точки T14  
и в области плечевого сустава*

## **5. Возможности диагностики с помощью вакуума (предварительное тестирование)**

В ТКМ сегодня применяется более 20-ти способов воздействия на ТА, но редко какой-либо способ может одновременно использоваться и с диагностическими целями (например, широко применяются возможности электропунктуры). Китайские врачи предложили для предварительного тестирования воспользоваться некоторыми эффектами ВТ. Это новый подход, который требует дополнительного изучения. Мы предлагаем ознакомиться с некоторыми данными, которые уже вызвали интерес у врачей.

### **5.1. Визуальная оценка экстравазатов**

Предварительное заключение основано на визуальной оценке цвета пятен, остающихся после воздействия вакуума. В современной литературе эти следы называют экстравазатами. Врачи ТКМ отметили, что появляющиеся в результате ВТ экстравазаты у различных больных отличаются по внешнему виду и окраске кожных покровов (от розовой до багрово-синюшно-фиолетовой). Была выдвинута гипотеза, что эти изменения отражают состояние кожно-сосудистой реакции в месте воздействия. По этой реакции можно, в свою очередь, судить о наличии застойных явлений в том или ином сегменте.

Например, быстро исчезающие пятна розового цвета свидетельствуют о нормальной реакции кожи. Если цвет пятна ярко-красный, а кожа горячая при пальпации, говорят о синдроме «жара» и избытке крови. Пятна синевато-зеленого цвета при холодной коже расцениваются как синдром «пустоты» или недостатка ци и крови. Фиолетовые пятна могут появляться при хронических заболеваниях и свидетельствуют о «застое» (ухудшении оттока) ци и крови.

Кроме изменения цвета в проблемном участке были отмечены крупно- или мелкоточечные геморрагии (единичные, множественные, сливные или мозаичные). Из сосудистых изменений можно отметить единичные или множественные «петли» венозных капилляров (извитые, червеобразные или точечные). По всем перечисленным изменениям можно провести предварительное тестирование о наличии, степени выраженности и локализации застоя венозной крови в диагностируемом (поверхностном или глубоком) участке тела. Такая оценка включает в себя и время образования экстравазатов (от нескольких секунд до одних суток).

Перечисленные изменения могут появляться в любых областях тела, но наиболее часто их выявляют в затылочной области, надплечьях, по задней поверхности шеи, в области плечевых суставов, лицевой области, по передней поверхности грудной клетки и в области спины.

По нашему мнению заслуживают особого внимания экстравазаты, которые выявляются в области спины в проекции сочувственных ТА по каналу мочевого пузыря, а также в области сигнальных ТА (на передней поверхности туловища). Как известно все эти акупунктурные точки расположены сегментарно к главным органам и появление изменений в них может быть связано не только с изменениями в подлежащих мышечных группах, но и в этих органах.

Появление поверхностных изменений чаще отражает гиперемию в подкожных венозных сплетениях и в капиллярах. Глубинные изменения возникают при наличии патологии МЦР фасциально-мышечных слоев. В соответствии с выявленными изменениями можно предположить и вовлечение в патологический процесс соответствующих сухожильно-мышечных или основных каналов, связанных с кожей, мышцами, сосудами.

Поверхностные экстравазаты появляются значительно раньше (в течение первых минут воздействия), тогда как глубинные проявляются даже после окончания процедуры ВТ (от 30 мин. до суток). В подверженной ВТ зоне может возникать отечность и незначительная болезненность (например, в трапецевидной мышце).

О возможностях предварительного тестирования мы говорим потому, что все указанные изменения, как правило, появляются на первых сеансах ВТ и по мере продолжения курса лечения уменьшаются или даже полностью исчезают. Такая реакция свидетельствует о ликвидации венозного застоя крови, о восстановлении тканевой микрогемодинамики и о нормализации обменных процессов в пораженных тканях. Это согласуется с высказываниями древних врачей о том, что снятие блокады движения ци, нормализует движение крови.

Локальный отек мягких тканей обычно выглядит, как участок припухлости, возвышающийся над поверхностью кожи на 0,1-5 см. Такую отечность можно рассматривать как показатель, отражающий «блокаду» местного лимфатического звена. Он может возникать изолированно или в сочетании с экстравазатами.

Локальные отеки исчезают довольно быстро после процедуры, но экстравазаты при этом сохраняются до нескольких дней. Локальные отеки часто возникают в зонах, где присутствуют БМУ, а потому их можно трактовать как признак, указывающий на длительно текущий процесс, сопровождающийся нарушением тканевой гемо- и лимфоциркуляции. В плане прогноза подобные нарушения требуют более длительного периода реабилитации, по сравнению с нарушениями только в русле гемомикроциркуляции.

## **5.2. Диагностика по мышечным триггерным точкам**

Под мышечными триггерными точками (МТТ) понимают участки повышенной раздражительности, обычно в пределах напряженных (уплотненных) пучков скелетных мышц или мышечной фасции.

В литературе по РТ также встречаются другие названия этих точек: триггерный пункт (ТП), триггерная точка (ТТ), «курковая» зона. При пальпации такая точка болезненна, отличается повышенной чувствительностью, может вызывать ответные вегетативные реакции и отраженные боли в характерные для нее зоны. Часто МТТ совпадают по локализации с канальными или внеканальными ТА, но в 20% случаев обнаруживаются и в других зонах.

Проблема устранения боли до настоящего времени остается фундаментальным вопросом в медицине. Острая боль, как правило, является симптомом болезни и выполняет предупреждающую (сигнальную) функцию. Она часто связана с действием повреждающего фактора и купируется при прекращении этого действия или при устранении последствий повреждения тканей.

Хроническая боль рассматривается Международной ассоциацией по изучению боли как «...боль, которая продолжается сверх нормативного периода заживления». Главным ее отличием является не временной фактор, а качественно иные нейрофизиологические, психофизиологические и клинические взаимоотношения.

Выделяют «латентные» и активные МТТ (Д. Тревелл, Д. Симонс, 1989). Активные ТТ болезненны и без нанесения дополнительного раздражения, а латентные выявляются только после пальпации. Такие точки могут быть причиной ограничения движений, повышенной раздражимости или слабости пораженной мышцы. Нормальная мышечная ткань не содержит МТТ и в ней отсутствуют БМУ и различные «тяжи». В связи с этим, выявленные при обследовании определенных каналов или мышечных групп ТТ представляют диагностический интерес.

Наличие таких препятствий в зоне прохождения канала в ТКМ расценивают как «блокаду» для движения ци и крови. Это вызывает состояние полноты («избытка ци») в канале, для устранения которой рекомендуется седативное («рассеивающее») воздействие на ТТ серебрянной иглой или вакуумная терапия, что устраняет блокаду и восстанавливает движение ци и крови.

По современным представлениям, причинами появления МТТ могут выступать: микротравмы, перенапряжение или спазм мышцы, локальная ишемия. В результате длительной локальной ишемии в зонах мышечных контрактур могут развиваться дистрофические и даже некротические изменения миофибрилл на уровне мышечного волокна или клетки. Наличие подобных изменений существенно ухудшает прогноз лечения.

Чтобы диагностически правильно оценить МТТ, а затем эффективно на них воздействовать, в ТКМ рекомендуется выяснить:

- характер боли (ян или инь),
- пути ее распространения («рисунок боли»),
- изменения в зоне нахождения МТТ и в подлежащей мышце (болезненные уплотнения, слабость, отек, гиперемия кожи, гиперестезия и т.п.),
- каков локальный ответ на пальпацию или укол (судорога, острая боль или ее исчезновение после пальпации).

Быстрая устраняемость боли в обследуемой зоне свидетельствует о благоприятном прогнозе. Ян-характер боли требует седативного воздействия, для инь-боли необходима стимуляция (проводится в соответствующих ТА, находящихся на каналах, проходящих через участок боли).

В заключении этого раздела стоит отметить, что степень достоверности выявления застойных изменений в тканях с помощью вакуума оценивается в 90%. Чем выше степень выраженности обнаруженных изменений, тем значительнее предполагаемые деструктивные изменения в тканях. МТТ и сигнальные ТА на каналах всегда заслуживали особого внимания в ТКМ как для диагностического, так и для лечебного применения

## Часть II

### Практическое применение ВМТ

В традиционной китайской медицине вакуум-терапию применяют для нормализации циркуляции *ци* и крови, для снятия болей и отеков, при лечении заболеваний, вызванных патогенными факторами: ветром, холодом и влажностью.

Приведем некоторые примеры вакуумно-магнитной рефлексотерапии, которую мы применяли в сочетании с акупунктурой и гомеосиниатрией. На этих примерах рассмотрим возможности ВМ-терапии и ее сочетания с другими способами РТ.

#### **6. Вакуумно-магнитное воздействие в терапии**

Хроническая патология составляет значительную долю в пульмонологической практике и требует длительного и адекватного лечения.

*Хронические болезни нижних дыхательных путей.*

##### **6.1. Простой хронический бронхит**

Обычно протекает с типичными весенними и осенними обострениями, которые проявляются следующими симптомами: кашель, одышка, ночная потливость, слабость и недомогание. При аускультации выявляются сухие хрипы, жесткое дыхание. Особенностью органов дыхания является то, что их слизистые оболочки, начиная от верхних дыхательных путей, находятся под постоянным воздействием бактерий, вирусов, пылеобразных и других агрессивных повреждающих факторов.

Способы РТ направлены на усиление механизмов самоочистки слизистых оболочек дыхательных путей. ВМТ рекомендуется после нормализации температуры тела до 37° С. Следует обратить внимание на каналы легких, селезенки-поджелудочной железы, желудка, почки, печени. Начинать лечение рекомендуем с ТА общего действия: E36, P7, GI4, RP6, TR5. Затем в рецептуру включают сегментарные точки в области грудной клетки и спины в сочетании с дистальными ТА по соответствующим каналам: P1, 5, RP18-20, 4, E13-15, E40, V13,14,20, V21-23, 43, IG14, VC17-21, R25, 27, R3, R6 VG13,14, F2,3, F13,14. При сухом кашле на ян-каналах рекомендуется седативное воздействие, а на инь-каналах стимулирующее.

На курс лечения рекомендуется 12-15 сеансов. Первые 5 сеансов проводят ежедневно, затем 5-6 сеансов через день и 2-3 поддерживающих сеанса 1-2 раза в неделю. Весной и осенью рекомендуют повторное профилактическое лечение.



## 6.2. Астма

Бронхиальная астма относится к заболеваниям, характеризующимся обратимой обструкцией дыхательных путей, вызванной их воспалением и гиперреактивностью. Согласно статистическим данным, астмой страдают от 3 до 8% населения. Чаще всего проявляется приступами удушья вследствие наступающего бронхоспазма, отеком слизистой оболочки бронхов, гиперсекрецией вязкой мокроты, закупоривающей просвет бронхов.

Предложено несколько современных клинико-патогенетических классификаций астмы, в которых учтены формы, стадии и тяжесть заболевания. Различают инфекционно-аллергическую и атопическую астму, а также преаастматическое состояние. В свою очередь в атопической астме выделяют формы: пыльцевую, пылевую, медикаментозную, смешанную. Также в инфекционно-аллергической астме выделяют: аспириночувствительную, сочетающуюся с полипозом носа и околоносовых пазух (триада), чувствительную к анальгезирующим средствам, обусловленную адреналином и эфедрином. Также выделяют астму, возникающую при физических нагрузках, пищевую астму в сочетании с пищевой аллергией.

В современных классификациях выделяют четыре варианта течения: дисгормональный, аутоиммунный, нервно-психический, адренергического дисбаланса. Установлено, что при астме отмечается нарушение тонуса вегетативной нервной системы с преобладанием ее парасимпатического отдела. Все вышеперечисленное свидетельствует о сложных пусковых механизмах болезни и необходимости ограничить медикаментозную и аллергическую нагрузку на данных пациентов. Это обстоятельство и заставляет включать способы РТ в комплекс реабилитационных мер.

В связи с тяжелым течением заболевания необходимо напомнить противопоказания: астма в стадии выраженного обострения, пневмосклероз с склонностью к легочному кровотечению, сердечная и легочно-сердечная недостаточность II-III степени, длительное применение больших доз гормональных препаратов.

Способы РТ в комплексе терапевтических мероприятий направлены на снятие или уменьшение мышечного спазма, на уменьшение аллергических реакций, на нормализацию гомеостаза, что способствует эффективной реабилитации больных. Чаще проводится курсовое лечение астмы, чем купирование ее приступов. Лечение рекомендуется проводить через день, на курс 12-15 сеансов воздействия.

В традиционной китайской медицине выделяют 3 типа астмы, в соответствии с дисфункцией определенных каналов:

1. *Дисфункция (пустота) каналов TR и VB (малый ян).*

Проявляется сухим кашлем с трудно отделяемой мокротой, напряжением передней брюшной стенки, ощущением переполнения в верхней части живота, холода в области затылка, плеч и спины. Рекомендуется стимулирующее воздействие на точки: TR5, 15, VB17, 20, 21, V17, 22, 23, 43, GI4.

2. *Пустота каналов «большой инь»: P (легких) и RP (селезенки).*

Проявляется упорным сухим кашлем с небольшим отделением мокроты, диареей, анорексией, атонией и напряжением брюшной стенки, повышенной чувствительностью к холоду, пастозностью в нижних конечностях. Как известно ВМ-терапия особенно эффективна при синдромах «пустоты» и «холода». Рекомендуется стимуляция в следующих ТА: RP4, 6, P1, 7, VC4, 6, V13, 20, V23, VG9, F13, 14.

3. *Пустота в каналах «малый инь»: С (сердца) и R (почек).*

Проявляется сухостью во рту, болями в груди, общим беспокойством, сердцебиением. При осмотре выявляется: темный цвет лица, синюшность губ, темные круги вокруг глаз. Рекомендуется стимулирующее воздействие в ТА: R3, 7, 26, 27, C7, V15, V23.

При профилактическом курсовом лечении используют все сегментарные точки в проекции сегментов C5-Th10, например, для воздействия баночным массажем или вакуумно-магнитным способом. ТА в области спины чаще применяют при сухом кашле, а при затруднении в отделении мокроты, используют ТА в области грудной клетки. В рецептуру также включают ТА: P2, 9, V43, 60, VC17-22, F2, 3, 8, 13, 14, VG14, 20, VG24, TR8, 16, E14, 15, MC6. Для усиления действия акупунктуры применяют вакуум-иглотерапию.

Для купирования приступа астмы рекомендуют следующие ТА: VG14 + V13 + GI4 (сильная стимуляция). Если приступ не купируется, дополнительно: RP6 + TR5 + P1 + VG26. Другие точки для выбора при купировании приступа: P5, P7, VC21, 22, VG9 (уровень остистого отростка Th6) в эту точку иглу рекомендуют вводить сверху вниз подкожно до 50 мм.

Для купирования приступа также рекомендуют ТА:

P 1 + V 13, P 5 + P 7, F 2, 3, VB 21, VC 17 + VC 22.

Дополнительно при курсовом лечении применяют:

VG14 + V 13, GI 4 + E 36 – это общий рецепт при любых формах астмы.

VG10 – VG11 – при сухом, непрекращающемся, навязчивом кашле. E 12, P 10 + P 7, VC 17 + VC 14 – при приступообразном, непрекращающемся кашле.

VC 22 + VC 17 – для стимуляции иммунитета.

VC 22 + R 27 – для улучшения отхождения мокроты, активации движения эпителия дыхательных путей.

VC12 + E 18 – для разжижения мокроты и слизи (при синдроме «высыхания жидкостей тела»).

VC 12 + R 6, V 43 – при упорной хронической астме.

P1 + P9, E36 + RP6 – при сухом, коротком кашле, усиливающемся ночью (пустота *инь* легких).

E41, V20, V21 – для уменьшения образования мокроты, если она очень обильна.

F8 – при выраженном аллергическом компоненте.

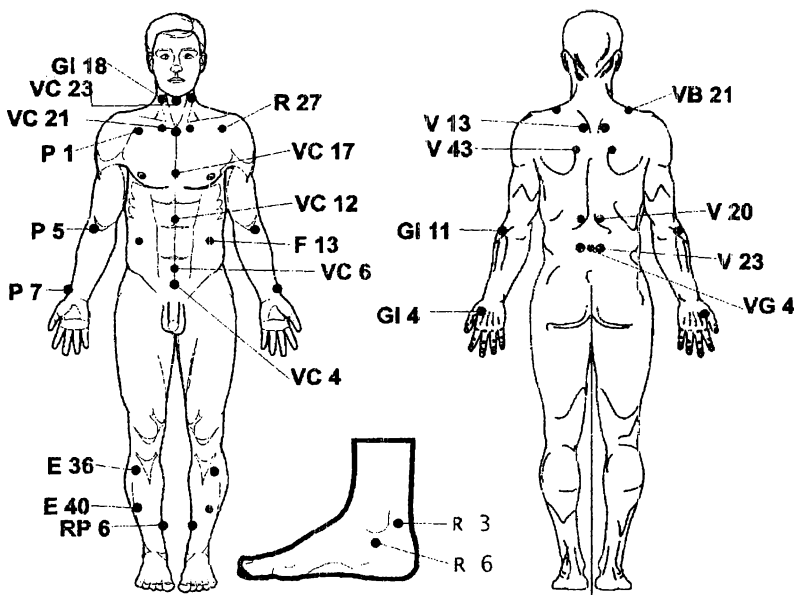


Рис. 15. ТА для лечения хронического бронхита и астмы

### 6.3. Хронический гастрит.

Хронический гастрит – своеобразное хроническое воспаленное слизистой оболочки с процессами структурной перестройки её гиперпластического, атрофического и язвенного характера, сопровождающееся расстройством секреторной, двигательной и экскреторной функций желудка.

Симптомы зависят от характера и локализации гастрита. Наиболее часто больные предъявляют жалобы на ухудшение аппетита, отрыжку, изжогу, давление и тяжесть в подложечной области, возможны боли, тошнота.

Внезапное появление любых болей в животе, например по типу «кинжального удара» является противопоказанием к ВМРТ, т.к. в этом случае вначале необходимо исключить клинический симптомокомплекс острого живота, появление которого требует экстренной госпитализации больного.

Для рефлексотерапевтического воздействия удобна классификация гастрита в зависимости от секреторной функции желудка на 3 вида:

- гиперацидный,
- субацидный,
- аноцидный.

Воздействие ВМРТ в первом случае производится по седативной методике до 30 мин. При субацидном и аноцидном гастритах стимуляция 10-15 мин.

Применяются следующие акупунктурные точки: GI2, 4, 10, E20-25, 36, 40, 41, 45, RP4, 6, 15, 16, IG5, V17, 19-21, 25, 65, MC6, TR6, VB 25, 34, 43, VC10, 12, 14, 15. Используются также внеканальные точки (например, четыре точки вокруг пупка: чи-чжун). Симптоматические ТА применяются дополнительно, в зависимости от ведущих жалоб больного. Например: для стимуляции аппетита при субацидном и аноцидном гастритах рекомендуется воздействие на точки: E36, 41, 42, V21, F13. При тошноте: E36, 44, MC6. Для нормализации секреторной функции желудка: E12, 36, VC12.

В ТКМ выделяют несколько основных синдромов при заболеваниях желудка.

1. Холод и пустота селезенки и желудка. Симптомы: тупые боли в области желудка, стремление к теплу, уменьшение боли от давления и массажа, тепла. Боли усиливаются при приеме холодной или грубой пищи. Рвота прозрачной жидкостью. Нарушение пищеварения, отсутствие жажды, жидкий стул. Конечно-

сти холодные, повышенная чувствительность к холоду. Тело языка светлое с тонким белым налетом. Пульс мягкий, слабый, без силы, или глубокий и медленный.

2. Жар в желудке с блокированием *ци*. Симптомы: сильные боли в области желудка и пищевода, ощущение жара и урчание в этих областях. Горький привкус во рту, жажда, сухость во рту, красновато-желтая моча, запор. Беспокойство, раздражительность. Кислая отрыжка. Язык красный с желтым и клейким налетом. Пульс быстрый.

3. Печень вызывает блокирование *ци* желудка. Симптомы: периодически сильные боли в желудке, вздутие и чувство полноты в верхней части живота, после отрыжки или отхождения газов наступает облегчение. Изжога или кислая рвота. Горький привкус во рту. Переживание, волнение, грусть, депрессия ухудшают состояние. На языке тонкий липкий налет. Пульс напряженный, глубокий.

4. Скопление и застой пищи в желудке. Симптомы: чувство полноты в желудке, распирающая боль в области желудка, боль усиливается от давления и после еды, плохое самочувствие, отрыжка с зловонным запахом или рвота кислой непереваренной пищей. После рвоты наступает облегчение. Отсутствие аппетита и одновременно понос. Налет на языке толстый и клейкий. Пульс слабый и скользящий, или глубокий и сильный.

5. Скопление слизистых жидкостей. Симптомы: сильные боли в верхней части живота, повышенной слюноотделение. Головокружение, сердцебиение, чувство полноты в груди. Язык с белым и клейким налетом. Пульс глубокий, напряженный и скользящий.

6. Застой крови. Симптомы: очень сильные колющие боли в области желудка, повышенная чувствительность к давлению на область эпигастрия, боли явно локализуются в одном месте, при пальпации ощущается узловатое уплотнение в области желудка. Дегтеобразный стул, рвота кровью. Язык темно-красный или с фиолетовыми пятнами. Пульс напряженный и грубый, неровный.

Рекомендуемое лечение: MC6, E36, VC12, V21, VC14, E40, RP6, F2, F3, VC11, RP4, V20, V17, VC4, RP9, E43, E44, R3, F13, F14, VB34, E21.

На курс используется 10-12 сеансов, ежедневно. Лечение проводится на фоне соблюдения диеты. После окончания курса лечения рекомендуется фитотерапия. Через 2-3 недели при необходимости проводится повторный курс. Об эффективности лечения свидетельствует купирование болевого синдрома, исчезновение изжоги, отрыжки, нормализация аппетита.

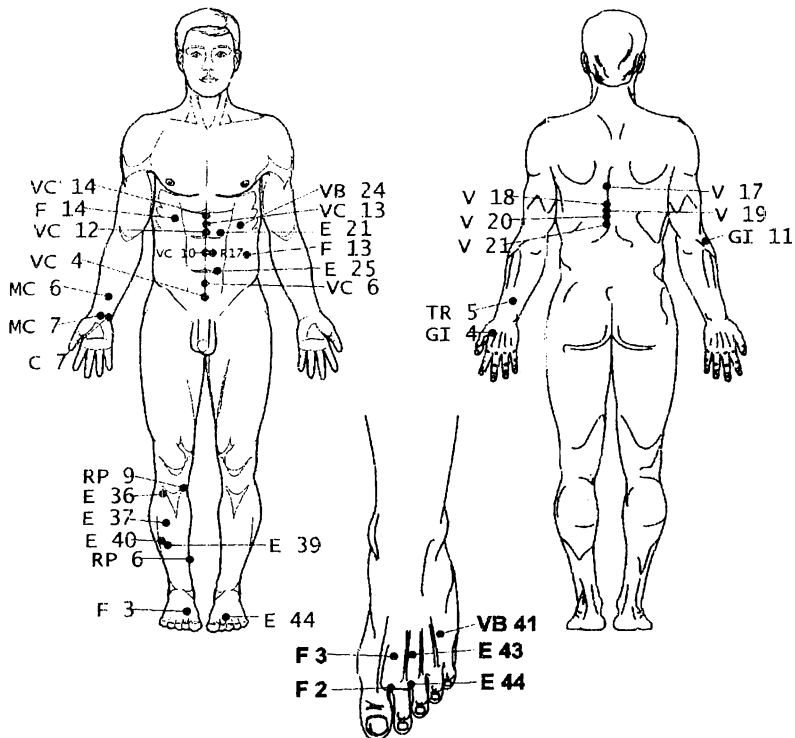


Рис. 16. ТА для лечения хронического гастрита

#### 6.4. Вакуумно-магнитная терапия спастических колитов

Спастический колит относится к функциональным заболеваниям кишечника, в основе которых лежит нарушение моторной функции толстой и в меньшей степени тонкой кишки в результате расстройства нейрогуморальной регуляции. Причиной этого заболевания являются психогенные воздействия или рефлекторные влияния из других отделов желудочно-кишечного тракта, что приводит к дискоординации движений кишечника.

Клиническая картина заболевания складывается из различных симптомов. Ведущими являются боль в животе, запоры, поносы или их чередование, метеоризм. Лечение должно быть направлено на купирование ведущего синдрома.

При остром течении спастического колита ВМТ проводится по седативной методике, а при хроническом – по комбинированной методике, когда ТА на спине и животе тонизируют (в течение 3-5 минут), а на конечностях тормозят.

Зоны и ТА для воздействия: живот и спина, верхние и нижние конечности. Наиболее часто используемые точки: GI2, 4, 6, 10, 11, E22, E25, 27, 34, 36, 40, 45, RP4, 6, 15, V20, 22, 24, 25, 27, R15, 16, VB34, F2, VG4, VC4, 6, 10, 12.

В начале лечения чаще используется седативное воздействие на ТА спины.

При метеоризме рекомендуются следующие ТА: VC4, 6, 12; E25, V20, 23, RP3. Дополнительно воздействуют на симптоматические ТА:

– при вздутии живота через 1-2 часа после еды – седация VC6;

– при вздутии в боковых отделах живота – RP4, F14;

– при вздутии в нижних отделах живота – F5, R10, VC3.

Если заболевание проявляется поносами, то применяют специфические ТА:

E16, 20 – при поносе с урчанием;

R16 – при поносе на фоне хронических заболеваний кишечника и желудка;

GI3 – при поносе с урчанием и метеоризмом;

V53 – при поносе с рвотой.

Сочетание поноса с клиникой нарушений в одном из органов-управителей позволяет провести посиндромную терапию.

а) колит с поносом на фоне «пустоты» канала селезенки – поджелудочной железы: – VC6, 12, E25, 27, RP4, 9, V20, GI11, E36, V32;

б) колит с поносом на фоне «пустоты» канала почек – стимуляция VC4, 12, R15, вакуум-иглотерапия в ТА: R3, 10, GI10, V23, 25, 47, V32;

в) колит с поносом на фоне «пустоты» канала легких: P6, V13, 20, 25, V32;

г) колит с поносом на фоне «пустоты» канала печени – стимуляция ТА: F13, 14, VC3, V17, 18, 23, E34, а ВМТ в точке V32.

Преобладание запора в клинических проявлениях болезни указывает на необходимость воздействия по тонизирующей методике на следующие ТА: R3, 6, RP4, 8, 14, VC4, 6, 12, C7, V20, 21.

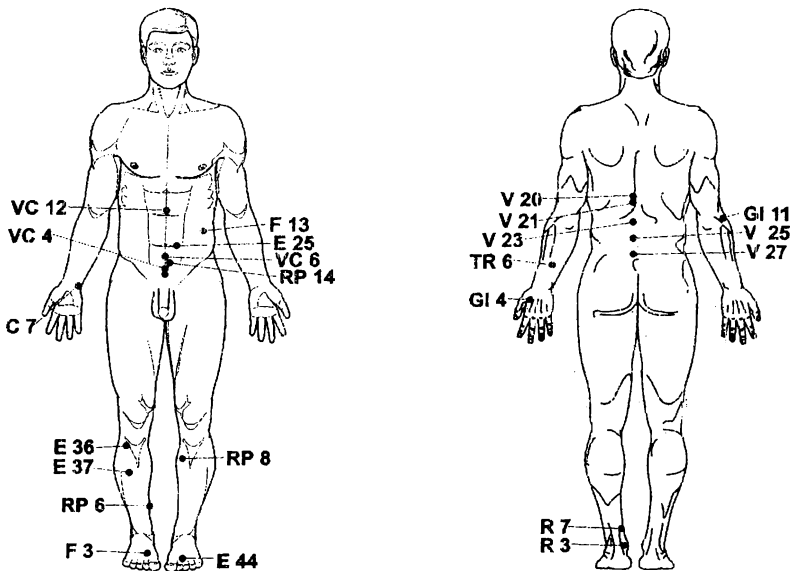


Рис. 17. ТА для лечения спастического колита

### 6.5. Хронический холецистит.

Холецистит – неспецифическое воспаление желчного пузыря. В 85-95% случаев сочетается с камнями. В 60% при остром холецистите из желчи высевают микробные ассоциации. В ряде случаев заболевание возникает при забросе панкреатических ферментов в желчный пузырь (ферментативный холецистит). Больные с острым холециститом подлежат госпитализации в хирургическое отделение для специализированного лечения.

Заболевание чаще возникает у женщин после 40 лет. Хронический холецистит – рецидивирующее заболевание. Застой желчи и наличие инфекции обуславливают клиническую картину заболевания: висцеральные боли без четкой локализации (чаще в эпигастральной области, области пупка). Боль обычно носит тупой характер. В острых случаях (для дифференциальной диагностики), особенно при возникновении обструкции пузырного протока боль усиливается, перемещается в правое подреберье, иррадирует в надключичную область, межлопаточное пространство, поясничную область. Возникает тошнота, рвота (многократная при холецистопанкреатите). Кожные покровы могут быть иктеричны,



субфебрильная температура (при инфекции до 39 °С). Острый холецистит и холецистопанкреатит – отнесены к противопоказаниям для проведения ВМРТ. Кроме того, необходимо исключить наличие камня, который может вклиниваться в большой дуоденальный сосок. При хроническом течении заболевания боли усиливаются после приёма жирных, жареных, копчёных блюд, острого, спиртного. Приступы могут быть спровоцированы нервно-психическим напряжением. У женщин нередко совпадают с менструальным циклом. Течение приступа может сопровождаться усилением вегетативных нарушений, вплоть до вегетативных и дизэнцефальных кризов. Для диагностики существенную помощь в современных условиях оказывает УЗИ (эффективность до 90%). ВМРТ способствует снятию или уменьшению спазмов желчного пузыря, прохождению желчи, уменьшению боли. Применяется воздействие в точках: GI11, E21, 22, 36, 40, RP4, 6, 21, V18, 19, 60, VB23, 24, 34, 37, 38; F2, 3, 6, 13, 14.

Один из вариантов воздействия – использование баночного массажа в следующих зонах: regio hypochondriaca, epigastrica, umbilicalis, vertebralis, dorsalis pedis. Время воздействия на зону – 10-15 мин. Воздействие рекомендуется начинать с дистальных точек каналов, находящихся в пустоте: R3, 7, F3, 8. Затем используют ТА спины: V18, 23, 47 и живота: VC3, 6. Время воздействия 5-10 мин. Приводим некоторые возможные варианты сочетания ТА:

- 1) TR5 + VB34 + VB24 (D);
- 2) VB38 + F8 + V18;
- 3) R7 + VB25 + V23.

По традиционным представлениям при хроническом холецистите преобладает пустота канала почек и печени. Поэтому для восстановления баланса энергии рекомендуется начинать лечение с тонизирующего воздействия на ТА каналов R и F, а седативного – на каналы V и VB.

Лечение при холецистите: R 3, R 6, VC 4, VC 3, V 23, F 3, F8, F 14, V 18, VB 34, VB 38, VB 41, V 17, V 19, VB 24.

При хроническом холецистите для устранения синдрома пустоты канала почек, добавляют точки: R 7, R 10, VC 5, V 47.

При спазме сфинктера Одди (увеличение желчного пузыря): IG 4, IG 8.

При атонии желчного пузыря: RP 4, RP 6, F 3.

При тошноте и рвоте: VC 12, E 36, VB 40.

На фоне лечения следует соблюдать диету. Курс лечения 10-14 сеансов. Через 2-3 недели проводятся повторные курсы. Об эффективности лечения свидетельствует уменьшение или купирование болевого синдрома, сокращение частоты и продолжительности приступов.

#### **6.6. ВМТ дискинезии желчного пузыря и желчных путей**

Дискинезия желчного пузыря и желчных путей – нарушение двигательной функции желчного пузыря и желчных путей. Небактериальные формы дискинезии желчевыводящих путей могут возникать вследствие патологии органов малого таза, желудка, двенадцатиперстной кишки, неврогенного характера. Течение заболевания длительное с периодами обострений и ремиссий.

В клинической картине преобладают боли в правом подреберье, характер которых зависит от типа нарушения моторики. Гипотоническая форма проявляется длительными тупыми болями и чувством тяжести в правом подреберье. При гипертонической форме болевой синдром чаще острый и кратковременный с типичной для острого холецистита локализацией и иррадиацией.

При опросе пациентов, следует уточнить, бывают ли у них головные боли и где они локализуются. Выясняют также время обострения (интересен период активности канала  $\text{VB}$  с 23 до 1 часа).

ВМРТ способствует снятию или уменьшению спазмов желчного пузыря и желчных протоков, что устраняет препятствия для прохождения желчи и уменьшает боль.

Для воздействия выбирают ТА в области спины, верхней части живота, правой стороне грудной клетки и на конечностях.

ВМРТ проводится по седативной или комбинированной методике в следующих точках: G11, 4, E19-21, E25, 36, RP4, 6, 15, C8, IG5, V17, 18, 19, 60, R21, TR6, VB23, 24, VB34, 36-38, 40, 44, F2-6, 13, 14.

При остром болевом синдроме рекомендуется седативное воздействие на ТА VB34, 38, 41, V17, 19, а при спазме сфинктера желчного пузыря – седация G14, IG8.

Гипотоническая форма лечится комбинированными методиками. При атонии желчного пузыря тонизируют RP4, 6, F3, VC12, а седативное воздействие оказывают на ТА: F14, E19, 21, V19, 22, V45 правой стороны и TR9, VB34, 41 с обеих сторон. При сочетании гипотонической формы дискинезии желчевыводящих путей с синдромом «пустоты» канала почек дополнительно проводят ключущее цзю в точках: R7, 10, VC5, V47.

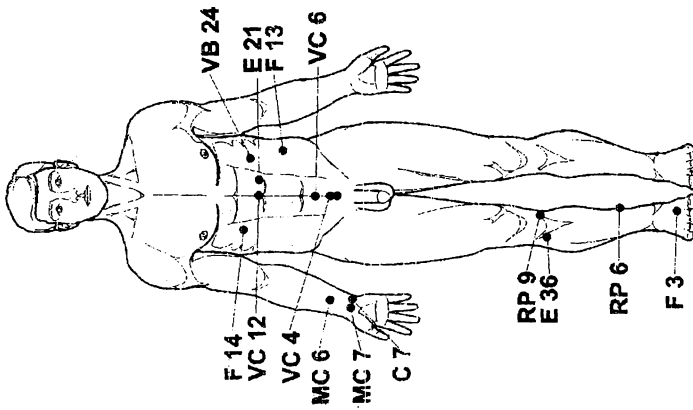
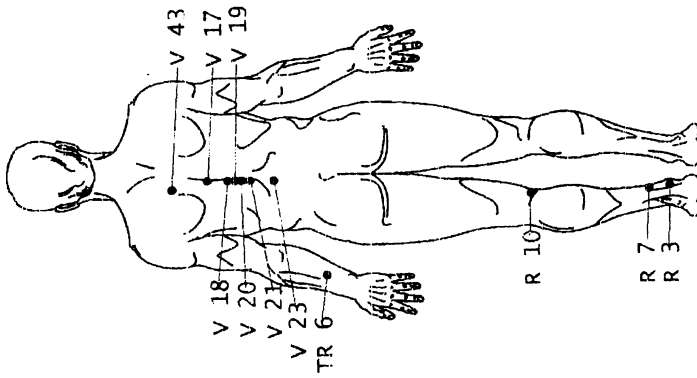


Рис. 18. ТА для лечения хронического холецистита и дискинезии желчного пузыря и желчных путей

## 6. 7. Артериальная гипертензия I – II ст.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать одно из ведущих мест в мире как по распространенности, так и по неблагоприятному исходу. По данным ВОЗ отмечается рост осложнений, связанных с артериальной гипертензией (АГ), что приводит к ранней инвалидизации и смертности лиц трудоспособного возраста. В различных странах АГ является ведущим фактором риска мозгового инсульта и ишемической болезни сердца. В связи с этими обстоятельствами большое внимание уделяется вопросам профилактики АГ и поиску новых средств эффективного лечения (в том числе немедикаментозных).

Врач-рефлексотерапевт, кроме знаний по ТКМ, должен владеть информацией по современному состоянию вопроса. Так, согласно классификации ВОЗ (Женева, 1978) выделяют три стадии АГ, для каждой из которых обозначены характерные симптомы и величина АД. Мы также рекомендуем вспомнить формы или варианты клинического течения АГ, изложенные в классификации А.Л.Мясникова (1964), где обращено внимание на преимущественное поражение органов: сердце, почки, сосуды мозга, случаи со смешанной симптоматикой. В китайской традиционной медицине также выделяют четыре типа синдромов:

а) синдром полноты каналов почки (R) и мочевого пузыря (V). Если данные о пациенте укладываются в рамки синдрома, рекомендуется группа точек: R1-R3, R10, V10, V17,23, 28, 43, 60, VG 11, 14, 20.

б) синдром полноты каналов печени (F) и желчного пузыря (VB).

Симптомы: головная боль в затылке, внутреннее возбуждение, раздражительность, вспыльчивость, больной "не находит себе места", красное лицо, покрасневшие глаза, сухость во рту, запор, желтый налет на языке, напряженный и быстрый пульс.

При этом синдроме рекомендуются точки:

F2,3, F13,14, VB1,14,20,21,38,39, V18,19.

с) синдром полноты каналов перикарда (MC) и трех частей туловища (TR). Часто в этот синдром укладываются жалобы пациентов с повышенной метеочувствительностью или дисгормональными нарушениями. Рекомендуемые для выбора точки: TR10,16,21, MC1,6,7, V14,15,22, VC12,14,17.

д) синдром полноты каналов легких (P) и толстого кишечника (GI). При этом синдроме рекомендуют для выбора точки: P5,9, GI11,15, V13,25, E8,9,25,36, VB4,8,12.

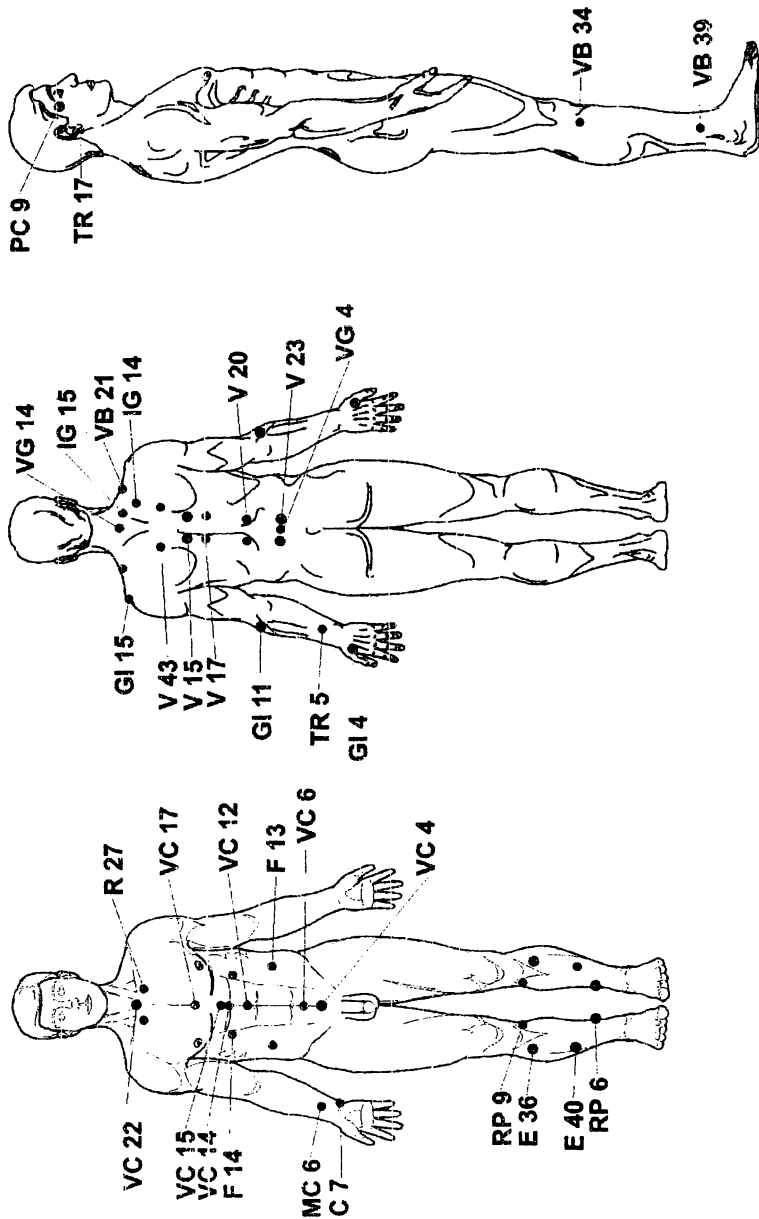


Рис. 19а. ТА для лечения артериальной гипертензии

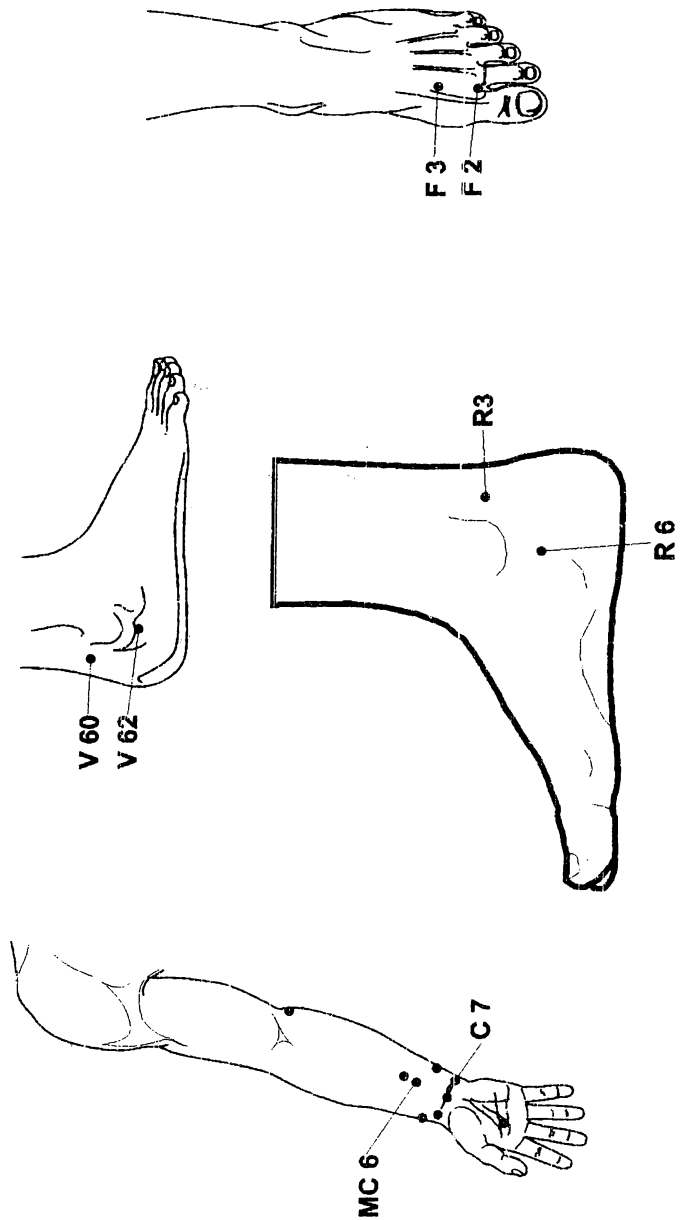


Рис. 196. ТА для лечения артериальной гипертензии

Следует обратить внимание, что предлагаемые точки выбираются не только с учетом сегментарных и общих ответных реакций, но и с учетом влияния на всю систему каналов и «специфического» воздействия. При определении синдрома «полноты», сразу решается вопрос о выборе метода воздействия – седативный (тормозный, рассеивающий).

Специфические точки при АГ:

С 7 – преимущественно снижает диастолическое давление.

МС 7 – преимущественно снижает систолическое давление.

RP 6, E 36, TR 5 одинаково снижают систолическое и диастолическое давление.

### **6.8. Применение ВМТ при стенокардии.**

По современным представлениям в основе ишемической болезни сердца (ИБС) лежит локальное сужение просвета крупной или среднего калибра коронарной артерии вследствие пролиферации гладкомышечных клеток внутренней оболочки (интимы) и отложения в ней липидов.

К факторам риска ИБС относят:

- возраст старше 50 лет,
- пол ( мужчины болеют в 5 раз чаще женщин ),
- гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия,
- вредные привычки (курение),
- сахарный диабет, подагра,
- отягощенная наследственность,
- применение гормональных контрацептивов,
- диагональная морщинка мочки уха (В.И.Шапкин, 2001)

Клинические симптомы стенокардии.

Важным клиническим симптомом считаются характерные приступообразные боли в груди и левой руке (IV-V пальцы кисти) при физической нагрузке. Длительность приступа от 2-5 до 10 мин. (купируется нитроглицерином).

Боли чаще локализуются в области передней грудной стенки, могут иррадиировать в шею, плечевой пояс, эпигастральную область. В ряде случаев пациенты отмечают затрудненное дыхание, сухой кашель, напряжение при движении, разговоре, головные боли, заложенность или шум в ушах.

При осмотре можно выявить общий гипергидроз, бледность, гиперестезию в левой руке и пальцах кисти, оживление глубоких рефлексов на верхней конечности.

При ИБС (стенокардии) выделяют:

- неврогенные локально-сегментарные боли,
- ангионевротические,
- вегетативно-ирритативные,
- общемозговые и психозмоциональные неврологические синдромы.

По представлениям традиционной китайской медицины стенокардию относят к синдрому полноты ян-каналов и пустоты инь-каналов. Рефлексотерапия применяется для купирования приступов, а также в межприступном периоде (курсовое лечение).

*ВМРТ и акупунктура.* Для нестложной помощи при купировании приступа рекомендуют тонизирующее воздействие в дистальных точках: С3,4, МС6, IG1, TR1. Из сегментарных ТА применяют V15, R23.

В межприступном периоде возможны три варианта синдромов:

1. Пустота каналов С (сердца) и МС (перикарда) и полнота каналов IG и TR.

При этом варианте стимулируют ТА: С7, МС6, VC14, 17, V14, 15, МС1.

Седативное воздействие рекомендуется в ТА: IG8, 11, 15, TR10, 15. Осторожность следует соблюдать при стимуляции точки V15.

2. Пустота канала RP (селезенки) и полнота канала E (желудка).

В этом случае стимулируют ТА: RP2, 4, F13, VC6, V20, а седативное воздействие оказывают на ТА: E25, 36, 45, VC12, V21.

3. Пустота канала F (печени) и полнота канала VB (желчного пузыря).

Рекомендуется стимулировать ТА: F3, 8, 14, VC3, V18 и оказывать седативное воздействие на ТА: V19, 43, VB24, 34, E36 (вакуум-иглотерапия).

*Специфические точки при стенокардии*

Для купирования приступа: С4, МС6, V15, V17, R23.

Боли в области сердца с чувством страха: С3, С4, TR6.

Боли в области сердца с иррадиацией в надключичную область: P5, F2.

Боли в области сердца с вздутием живота (метеоризмом): МС6, E21, F14.

Боли в области сердца с чувством оцепенения: R7, МС7, P2.

Боли в области сердца с иррадиацией в спину: VG7, VG8, VG9, V47.

Боли в области сердца с рвотой: F13.



Боли в области сердца с одышкой: C5, P4, F13, VC9, VC22.

Боли в области сердца с чувством обморока: R7.

Боли в области сердца с чувством давления в груди: VC3, MC8.

Боли в области сердца с чувством полноты в области сердца: MC6, MC8.

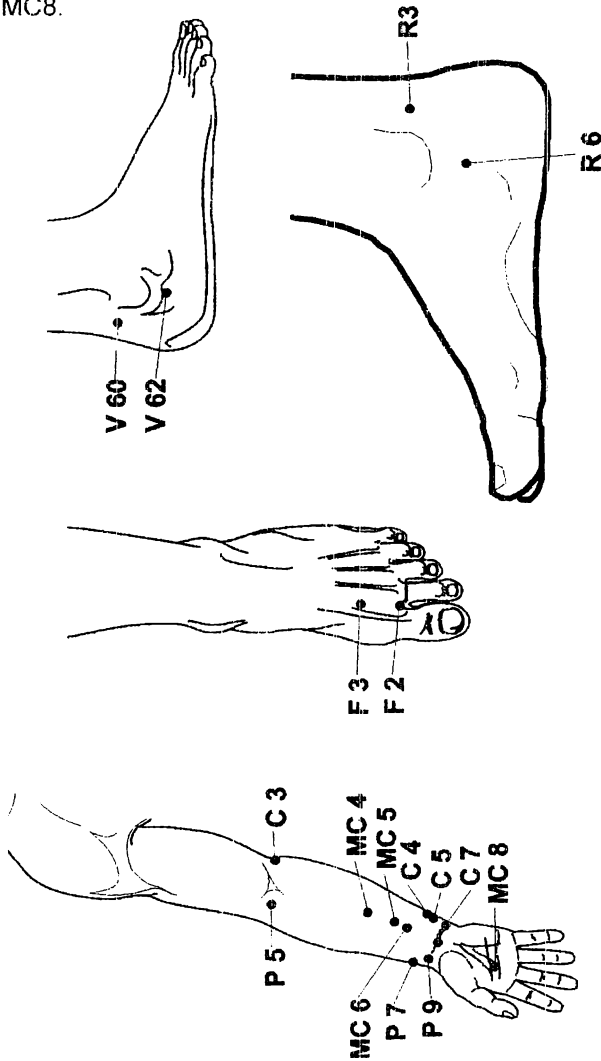


Рис. 20а. ТА для лечения стенокардии

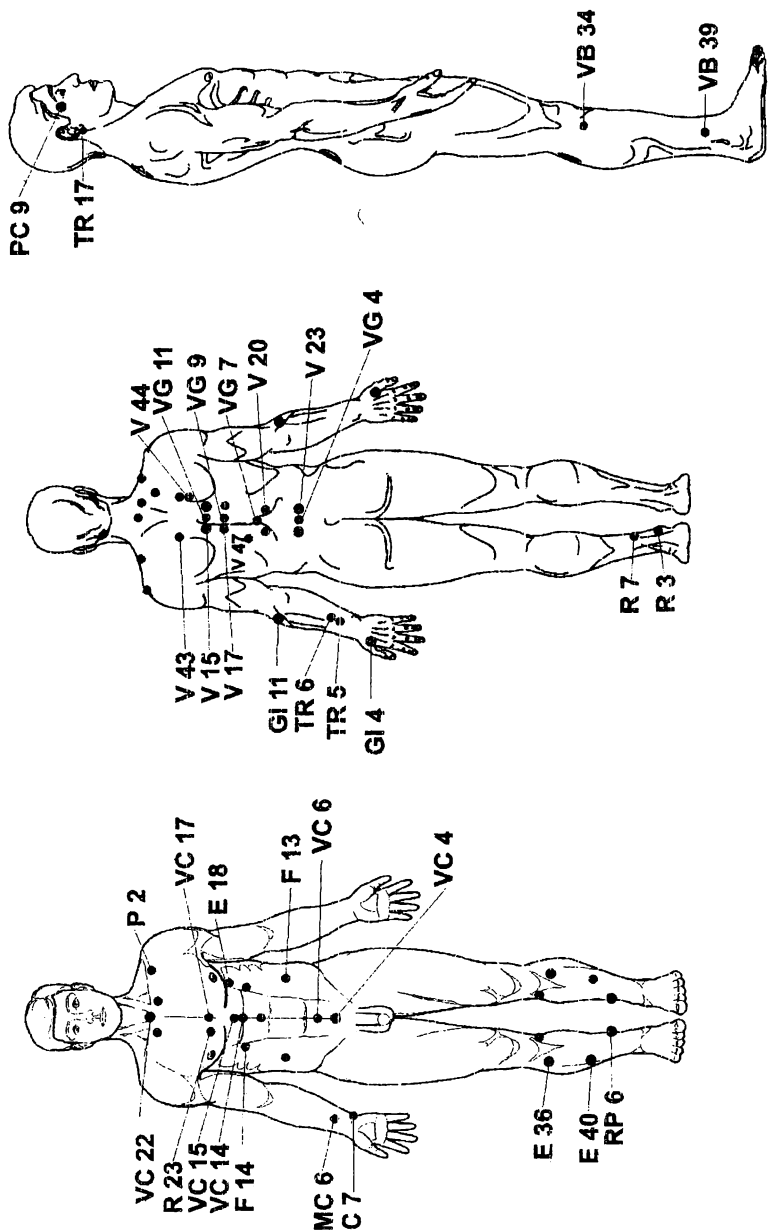


Рис. 206. ТА для лечения стенокардии

## **6.9. Применение ВМТ при кардиалгиях различного генеза**

*Особенности вертебро-коронарного синдрома.* Болевые синдромы, локализующиеся в области передней грудной стенки и не имеющие этиопатогенетической связи с нарушениями в сердечно-сосудистой системе, предложено называть «пектальгическими». Наиболее часто пектальгический синдром имеет вертеброгенное происхождение.

Характерна многофакториальность генеза пектальгического синдрома. Один из основных факторов – наличие тесных связей шейных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) и сердца через симпатические образования шейной области с соответствующими сегментами спинного мозга. Обычно играют роль одновременно два круга патологической импульсации: проприоцептивной – из пораженного ПДС (позвоночника, поперечно-реберных суставов, шейного ребра, передней лестничной мышцы, лопатки, грудной клетки, руки) в проекционную зону дерматома, миотома и склеротома; афферентной – из сердца через диафрагмальный нерв, спинной мозг в периартикулярные ткани шейного отдела позвоночника и верхнего плечевого пояса с последующей проекцией на кожу в соответствующие зоны Захарьина-Геда.

Патологическая импульсация ирритативно-рефлекторным путем вызывает вегетативные нарушения в верхнеквадрантной зоне. Это проявляется нарушением вегетативных, сосудистых, потоотделительных, пиломоторных рефлексов, а также вегетативно-сосудистыми и трофическими нарушениями в висцеральной сфере, т.е. может рефлекторно воздействовать на сердце. Болевая импульсация из этих порочных кругов достигает по спиноталамическому пути коры больших полушарий головного мозга. Вследствие этого боли, связанные с поражением позвоночника, периферических суставов верхней конечности могут проецироваться на область сердца, нередко имитируя приступы коронарного хронической, а также острой ишемической болезни сердца.

Важным и частым механизмом кардиалгий некоронарного происхождения является ирритация окончаний синувертебрального нерва с последующей компенсаторной реакцией в виде мышечного спазма определенных мышечных групп верхнеквадрантной зоны с их биомеханической перегрузкой, то есть формированием миофасциальной дисфункции с образованием триггерных точек и соответственно возникновение боли.

Пектальгический синдром характеризуется мышечно-тоническими и дистрофическими изменениями в области передней грудной стенки с характерными болевыми проявлениями.

*Клиническая характеристика.* Основой жалобой являются боли ноющего, тупого характера, локализующиеся чаще в левой половине передней грудной стенки, различной интенсивности и длительности. Боли носят практически постоянный характер, усиливаются при резких поворотах головы, туловища, отведении рук в стороны, подъеме тяжестей, сильном кашле. Часть больных отмечают появление или усиление болей в области сердца в положении лежа на левом боку, что нередко приводит к нарушениям сна. Обычно пациенты расценивают подобные боли как сердечные. Прием нитратов при этом не дает положительного эффекта. Длительное существование пектальгического синдрома приводит к формированию астено-депрессивных реакций и соответственно усилению болевого синдрома.

Наличие тесных связей шейных ПДС и сердца через симпатические образования шейной области с соответствующими сегментами спинного мозга обуславливает некоторое сходство клинической картины ишемической болезни сердца и вертеброгенной кардиалгии.

Кроме того, при усилении вертеброгенных миотонических реакций на фоне дистрофического процесса в шейном двигательном сегменте, у больных с наличием коронарного атеросклероза возможна так называемая рефлекторная стенокардия, то есть сердчно-болевым синдром смешанного генеза.

Поэтому возможно сочетание и наложение симптомов вертеброгенной патологии и ишемической болезни сердца, что нередко затрудняет диагностику и соответственно адекватную терапию, а также приводит к хождению пациента от терапевта к неврологу и наоборот.

Для дифференциации с коронарной кардиалгией необходим следующий минимум лечебно-диагностических мероприятий:

1. Тщательный анализ жалоб с выявлением типичных признаков стенокардитических болей.
2. ЭКГ.
3. Пробы с антиангиальными препаратами.
4. Определение признаков вертебрального синдрома (деформация позвоночника, ограничение движений в нем, напряжение и болезненность паравертебральных мышц, наличие зон гиперестезии или гипестезии).

5. Рентгенологическое исследование позвоночника (признаки остеохондроза).

6. Мануальное исследование мышц передней грудной стенки (большой, малой грудных и других).

Пальпация мышц передней грудной стенки при пектальгическом синдроме выявляет признаки миофасциальной дисфункции в виде локальных болезненных зон и уплотнений в виде образований округлой формы, тяжей или валиков (триггерных точек), надавливание на которые усиливает или провоцирует характерную боль. Обычно зоны локальной пальпаторной болезненности в мышцах совпадают с зонами субъективных болевых ощущений.

Особенно напоминает стенокардитическую боль синдром малой грудной мышцы, возникающий вследствие травматизации при резком или длительном боковом отведении плеча и запрокидывании руки, в том числе во время сна, при работе с вытянутыми и приподнятыми руками. Болевые ощущения при этом локализуются в медиоклавикулярной области на уровне III-V ребер и иррадиируют в руку по ульнарному краю до кисти, сопровождаясь парестезиями. Это обусловлено компрессией сосудисто-нервного пучка между клювовидным отростком лопатки, первым ребром и напряженной малой грудной мышцей. Боли усиливаются при физическом напряжении с участием руки.

В некоторых случаях болевые проявления в области передней грудной стенки обусловлены врожденными или приобретенными костно-хрящевыми поражениями, которые выделяются как отдельные синдромы: грудино-реберный отек Титце, болезненный мечевидный отросток, болезненный реберный хрящ.

Следует помнить, что патологические импульсы из пораженного ПДС способны видоизменить истинную коронарную боль или присоединиться к ней.

*ВМТ и акупунктура.* Мы применяли преимущественно седативное воздействие в сегментарных ТА передней грудной клетки, шейно-воротниковой и межлопаточной областей. Рекомендуемые точки для воздействия: V10, 11, 14, 43, 60, TR14, 15, IG14, 15, VB20, 21, VG12, 14, VC14, 17, а также дистальные ТА: TR5, E36, 40, MC7, GI10, 11 и другие.

В дополнение к корпоральной РТ применяют баночный массаж в верхнем районе спины, по паравертебральным линиям и по внутренней поверхности предплечья.

## **7. ВМРТ в неврологии, вертебрологии и артрологии**

### **7.1. ВМТ при головной боли**

Головной болью считаются любые боли и чувство дискомфорта, локализованные в области головы (Харриссон Д., 1993), хотя некоторые исследователи ограничивают боли областью, расположенной кверху от бровей и до затылка.

По современным представлениям боль возникает при раздражении болевых рецепторов. Ткани, лишенные таких рецепторов, нечувствительны к боли. В области головы болевые рецепторы находятся в коже, подкожной клетчатке, надкостнице черепа, оболочках мозга, внутричерепных артериях и венах. Чувствительны к боли и черепные нервы, содержащие сенсорные волокна. Головная боль является частым симптомом различных заболеваний и патологических состояний.

Классификация головных болей, утвержденная Международной Ассоциацией по изучению головной боли в 1988 году и дополненная в 2004г., различает 13 форм головных болей. Эта классификация выделяет первичные (самостоятельные) патологические формы головных болей (мигрень, кластерная головная боль, хроническая пароксизмальная гемикрания, головная боль напряжения) и симптоматические (вторичные) головные боли. Несмотря на широкий перечень и распространенность симптоматических головных болей среди населения, они составляют, по мнению ряда авторов всего 6-10 % от всех форм головных болей. Наиболее часто люди страдают от головных болей напряжения и мигрени.

*Международная классификация головных болей (2004).*

#### *Основные классы*

1. Мигрень
2. Тензионная головная боль (головная боль напряжения)
3. Кластерная головная боль и хроническая пароксизмальная гемикрания.
4. Разнообразные головные боли, не связанные со структурными поражениями (от внешнего сдавления, холодовые, оргазмические, доброскачественные кашлевые).
5. Головные боли, обусловленные травмой головы.
6. Головные боли, обусловленные сосудистыми заболеваниями.
7. Головные боли, обусловленные несосудистыми внутричерепными заболеваниями.
8. Головные боли, вызываемые воздействием каких-либо веществ или их внезапным отсутствием (абузусные).

9. Головные боли, вызванные немозговыми инфекциями.

10. Головные боли, обусловленные метаболическими нарушениями (гипоксия, гиперкапния).

11. Головные или лицевые боли, обусловленные заболеваниями черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, полости рта или других лицевых или черепных структур.

12. Невралгия затылочного и черепных нервов.

13. Неклассифицируемая головная боль.

Согласно данной классификации выделяют первичные и вторичные типы ГБ:

1. Первичные ГБ это самостоятельные, нозологические формы, к которым относят мигрень, пучковые или кластерные головные боли, хроническую пароксизмальную гемикранию и головные боли напряжения.

2. Вторичные или симптоматические головные боли, причиной которых являются какие-либо заболевания (черепно-мозговая травма, сосудистая патология мозга, опухоли, т.е. с 4 по 13 классы).

Диагностика первичных и вторичных головных болей имеет принципиальное значение для выбора терапии.

При первичных головных болях проводится терапия, направленная на предупреждение развития или возникновения приступа головной боли, на уменьшение её интенсивности. При вторичных необходимо лечение основного заболевания, как причины головной боли.

*Общие принципы диагностики для выявления первичности или вторичности головной боли*

Наиболее важным в диагностике головных болей является определение первичности или вторичности цефалгии, так как вторичная головная боль не может быть излечена без воздействия на патологический фактор, ее вызывающий. Но не менее важным является выявление механизма головной боли, так как только адекватное воздействие на механизм может привести к положительному результату. В противном случае применение даже самых новых и эффективных препаратов может дать обратный эффект. Примером тому служит введение спазмолитиков на вершине мигренозного приступа либо назначение дегидратирующей терапии при внутричерепной гипотензии.

На сегодняшний день можно выделить шесть механизмов головной боли: сосудистый, ликворо-динамический, мышечного напряжения, невралгический, ликворо-динамический, психалги-

ческий. Сосудистые цефалгии в свою очередь могут быть вазомоторными при функциональном нарушении сосудистого тонуса, венозными и ишемически-гипоксическими (при органических изменениях сосудистой стенки у больных с атеросклерозом, артериальной гипертензией или васкулитом). Причем у одного и того же пациента мы видим сочетание нескольких механизмов, причем эти механизмы в определенной степени связаны с ее этиологией, но часто совпадают при разных причинных факторах.

Важными в диагностическом алгоритме являются жалобы пациента, позволяющие заподозрить прежде всего механизм головной боли. Так, пульсирующий характер цефалгии указывает на сосудистый механизм. Если пульсирующая головная боль односторонняя (гемикрания), это может свидетельствовать в пользу мигрени. При двусторонней пульсации можно думать о вегетативной дистонии или цереброваскулярных заболеваниях (дисциркуляторная энцефалопатия). Утренние головные боли или боли, развивающиеся или усиливающиеся после пребывания в горизонтальном положении, сопровождающиеся отечностью век свидетельствуют в пользу венозных цефалгий.

Сжимающий характер головной боли говорит в пользу головной боли мышечного напряжения. Такую головную боль уменьшают движения мышцами плечевого пояса, массаж воротниковой зоны.

Распирающий характер цефалгии свидетельствует в пользу внутричерепной гипертензии. При этом головная боль усиливается в горизонтальном положении, при кашле, натуживании и может сопровождаться головокружением, рвотой, т.е. общемозговыми симптомами. Следует отметить, что врачами практического здравоохранения часто переоценивается роль внутричерепной гипертензии как механизма головной боли. Более того, иногда у больного наоборот развивается внутричерепная гипотензия, о чем свидетельствует усиление головной боли при ходьбе, в вертикальном положении и уменьшение в горизонтальном. Больному легче спать без подушки, его состояние облегчает опускание головы книзу.

Невралгическую боль характеризуют кратковременные пароксизмы цефалгии (секунды) стреляющего характера, локализующиеся соответственно ветвям тройничного нерва, возникающие или усиливающиеся в том числе при воздействии на триггерные зоны. Постоянная боль не относится к невралгической, то есть связана уже не с раздражением, а с поражением тройничного нерва (невропатия).



Важен также анамнез. Возникновение впервые пароксизмальных головных болей в молодом возрасте, усиление боли при физической нагрузке свидетельствует скорее в пользу мигрени или вазомоторных головных болей на фоне вегетативной дистонии. Хронический характер боли неинтенсивного характера, усиление ее при эмоциональном или умственном напряжении говорит о тензионной боли.

В диагностике важное значение придается клиническому или объективному исследованию. Часто такое исследование позволяет заподозрить причину цефалгии (при ее вторичном происхождении) и определить ее механизм.

#### *Головная боль с позиций традиционной китайской медицины*

Традиционная китайская медицина рассматривает появление головной боли как симптома при различных острых и хронических заболеваниях. Причиной головной боли может быть атака экзогенных и эндогенных факторов в результате повреждения ци и крови в голове и замедления циркуляции ци в каналах, которые проходят через голову. На голове встречаются все ян каналы: ручные и ножные, а ци и кровь шести цзан органов и фу органов направлены вверх к голове (Е.Л. Мачерет и А.О. Коркушко, 2005).

Появление головной боли, связанной с эндогенными факторами нередко происходит от гиперфункции ян печени или недостаточности ци и крови. Головная боль, возникшая от указанных факторов, является следствием внедрения патогенного ветра внутрь каналов и коллатералей. При внедрении патогенного фактора в организм, вначале атакуется его верхняя часть, которой и является голова.

Этиология и патогенез головной боли с позиций ТКМ рассматривается следующим образом.

Во-первых, головная боль может появиться при врожденной недостаточности ци и крови при нерегулярном питании, стрессе. Недостаточность ци мешает ян выполнять функцию подъема, а недостаточность крови нарушает питание мозга и приводит к головной боли.

Во-вторых, к головной боли приводит внедрение патогенного ветра внутрь каналов и коллатералей, что поражает ци и кровь.

В-третьих, головная боль может появиться у людей с врожденным избытком ян в результате застоя ци или после приступа гнева, который разрушает инь.

## *Дифференциальная диагностика и лечение*

### 1. Головная боль вследствие недостаточности ци и крови.

Клинические проявления такого рода головной боли – усиление боли при стрессе, при охлаждении и облегчение при согревании. Сопровождается головокружением, ухудшением зрения.

Объективно – тусклое лицо, язык бледный с тонким белым налетом, пульс нитевидный слабый. Затяжной характер боли возникает при наличии недостаточности ци, из-за чего нарушается функция подъема чистой ян, нарушается функция опускания мутной инь.

Боль, которая облегчается при согревании и усиливается на холоде, указывает на невозможность распределения ян ци.

Тусклое лицо, головокружение, ухудшение зрения связано с плохим кровоснабжением лица и головы (недостаточностью крови).

Бледность языка с тонким белым налетом и слабым нитевидным пульсом являются признаками недостаточности ци и крови.

Локализация боли связана с каналами и коллатералиями. Боль в лобной и в надглазничной областях связаны с каналом желудка. Двусторонняя или односторонняя боль в височной области – с каналом желчного пузыря. Боль в теменной области, затылке и шее связаны с каналом мочевого пузыря.

Для лечения головной боли вследствие недостаточности ци и крови используется метод тонизации и регуляции ци и крови, повышение подъема чистой ци и опускание мутной ци.

Для тонизации первоначальной ци используется точка VC6.

С целью подъема упавшей ян воздействуют на VG 20.

Для укрепления ци в почках и для тонизации ци и крови используются сочувственные точки для печени, селезенки и почек – V 18, 20, 23, так как печень хранит кровь, селезенка управляет кровью, а почки хранят и вырабатывают эссенцию и кровь.

Для стимуляции желудка необходимо использовать E36 методом стимуляции.

2. Внедрение патогенного ветра внутрь верхних участков каналов и коллатералей (“ветер головы”) проявляется головной болью, распространяющейся к затылочной области и шее. Цефалгия интенсивная, постоянная, сверлящая. Такого рода боль появляется от обструкции ци в меридианах и коллатералах при внедрении экзогенного патогенного ветра. Ветер – патогенный фактор ян обладает способностью атаковать верхнюю часть тела, в связи с чем боль, возникающая от ветра, распростра-

няется к затылочной области и шее. Головная боль носит постоянный характер и происходит от застоя ци.

Объективно регистрируется пульс “натянутой струны”, белый тонкий налет языка, что как раз и является признаками внедрения патогенного ветра в меридианы и коллатерали.

Для лечения головной боли вследствие внедрения патогенного ветра необходимо использовать седативный метод для регуляции ци и крови. Для сдерживания боли используются местные точки в сочетании с дистальными точками связанного с болью канала. Рекомендуется метод ослабления с задержкой иглы. При болях в лобной области используются точки E8, 44; VG23; VB14. При локализации цефалгии в теменной области – точки VG20, IG3, V7, V67, F3. Локализация боли в височной области требует применения точек VB1, 8, 41; TR 5. При болях в затылочной области применяются точки VB20, V10, 60, IG3.

3. Цефалгия вследствие бурного подъема ян печени характеризуется сильной головной болью с обеих сторон, сопровождающейся снижением зрения, раздражительностью, взрывчатостью, горечью во рту.

Объективно: одутловатое лицо, красный с желтым налетом язык, пульс быстрый “натянутой струны”. Горечь во рту свидетельствует о накоплении жара в канале желчного пузыря, от бурного восхождения ян печени, которая поражает желчный пузырь, так как печень и желчный пузырь связаны внутренне и наружно. Двусторонняя головная боль возникает из-за того, что канал желчного пузыря происходит по обеим сторонам головы, быстрый пульс “натянутой струны” и красный язык с желтым налетом – признаки жара в желчном пузыре и печени.

Для лечения головной боли вследствие подъема ян печени рекомендуется использовать седативный метод. Применяются точки ручных и ножных каналов с двух сторон: VB 5, 20, 43; F2.

Сочетание местных точек с отдаленными ослабляет жар в канале и успокаивает ян печени.

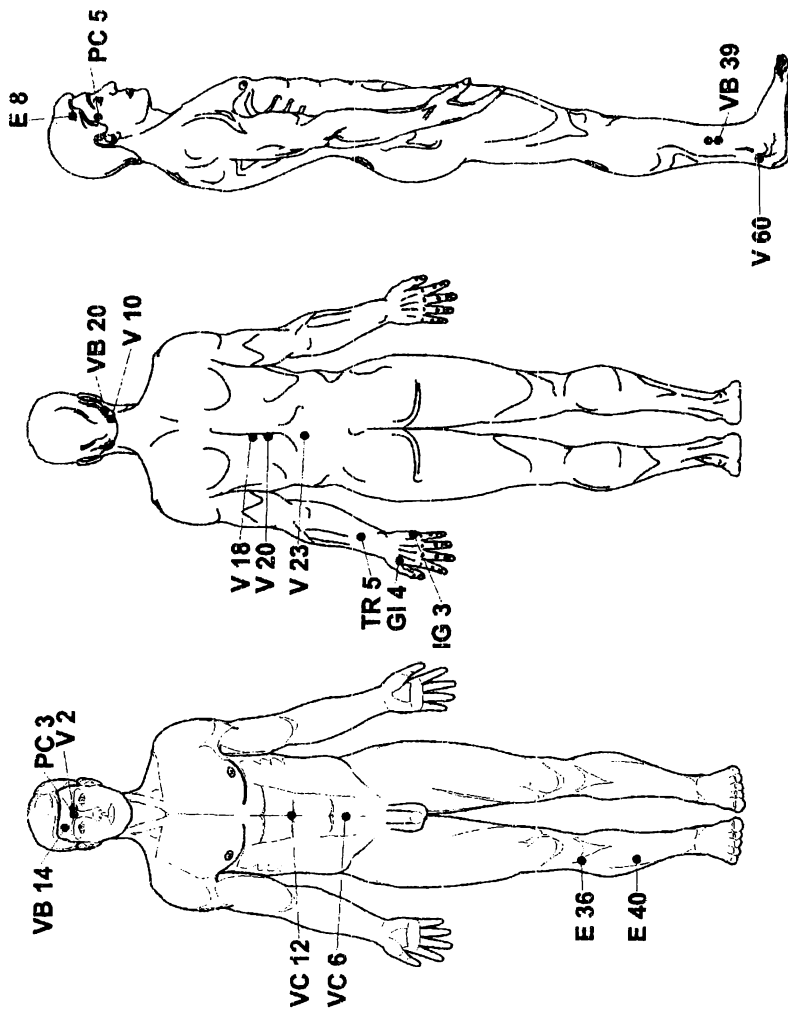


Рис. 21а. ТА для лечения головной боли

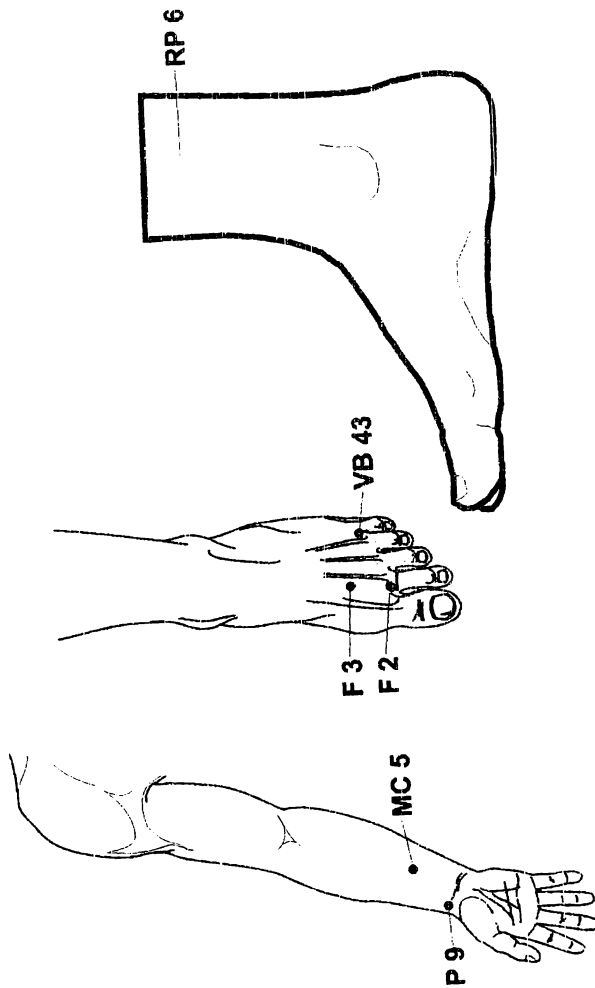


Рис. 216. ТА для лечения головной боли

### 7.1.1. Головокружение

Головокружение можно определить как ощущение нарушенной ориентации тела в пространстве. Головокружение является не самостоятельным заболеванием, а симптомом целого ряда болезней.

Под системным (вестибулярным) головокружением понимают ощущение вращения окружающих человека предметов или собственного тела в определенном направлении; при несистемном (не вестибулярном головокружении) присутствуют ощущения неустойчивости, проваливания, общей слабости, предчувствие падения, шаткость при ходьбе.

Головокружение встречается при стимуляции любой из трех анатомических систем, ответственных за равновесие тела в пространстве: зрительной, вестибулярной и мышечной.

Оно может появиться в результате поражения периферических отделов вестибулярного аппарата внутреннего уха или вестибулярного нерва. Такое головокружение называется периферическими. Причиной головокружения также бывают заболевания головного мозга, и тогда говорят о центральном головокружении.

В ТКМ выделяют следующие синдромы.

1. Закупорка среднего обогревателя слизью-влажностью. Симптомы: головокружение, вялость, чувство тяжести в голове, нарушение сна, ночные кошмары, тошнота, рвота, ощущение полноты в грудной клетке и животе, сниженный аппетит, онемение конечностей. Белый липкий налет на языке. Скользящий пульс.

Лечение методом ВМРТ: VC12, V20, E36, E40, MC6.

2. Недостаточность *ци* и крови. Симптомы: головокружение, нечеткость зрения, усиливающаяся при физической нагрузке или перенапряжении, бледность кожных покровов, бледные губы и ногтевые ложа. Депрессия, нарушение сна, сердцебиение, одышка, неуверенная речь, слабость в конечностях, плохой аппетит. Бледный язык, тонкий слабый пульс.

Лечение методом ВМРТ: E36, RP6, V20, V23, VC4.

3. Недостаточность *цзин ци* почек. Симптомы: головокружение, забывчивость, шум в ушах, нарушение сна, слабость в коленях и поясничной области. У пациентов с недостаточностью *ян* почек понижена температура конечностей, бледный язык, тонкий глубокий пульс. У пациентов с недостаточностью *инь* почек отмечается чувство жара в ладонях, подошвах и области сердца, ночная потливость, красный язык, тонкий напряженный пульс.

Лечение методом ВМРТ: V23, VC4, R3, E36.

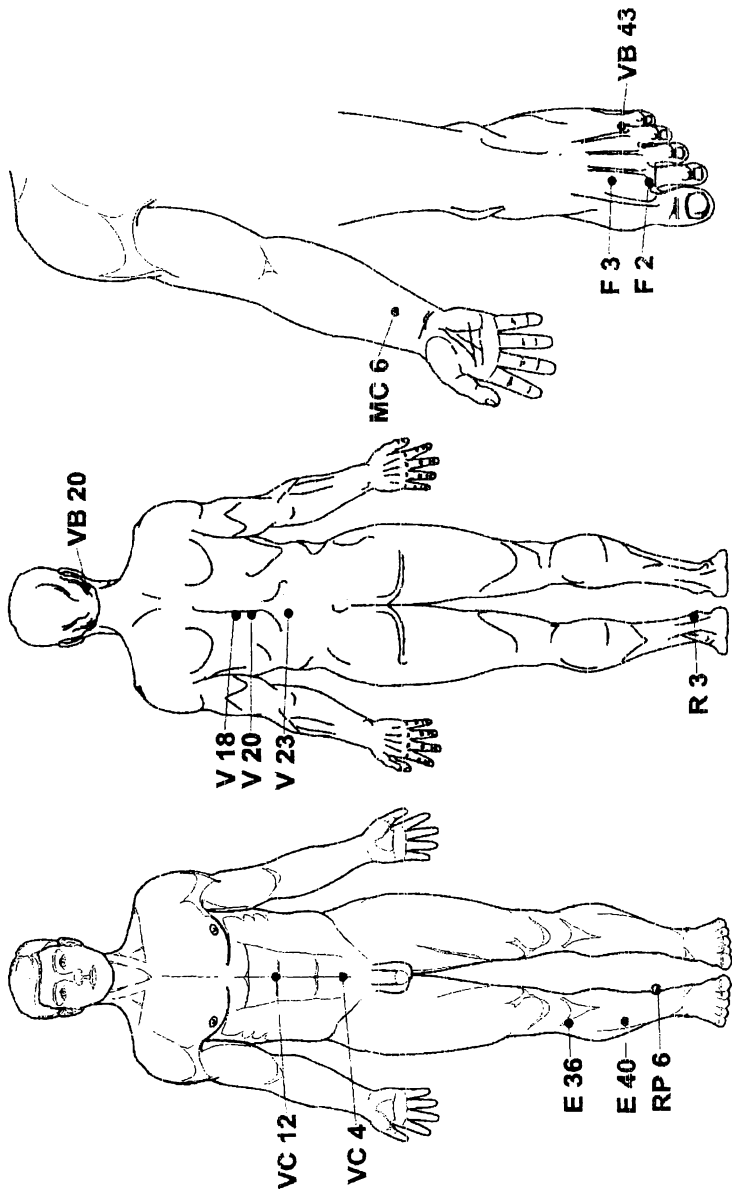


Рис. 22. ТА для лечения головокружений

## 7.2. Бессонница

Бессонница определяется как трудности при засыпании, пробуждении (после наступления сна, но до желаемого времени пробуждения), нарушение длительности или качества сна, приводящие к нарушениям повседневной активности. В большинстве исследований принято произвольное определение бессонницы: задержка в наступлении сна более чем на 30 мин. Преходящая (транзиторная) бессонница продолжается менее одной недели, кратковременная – от одной до четырех недель.

Хроническая бессонница – бессонница продолжительностью более одного месяца. Последствия включают усталость, нарушения настроения, трудности при выполнении профессиональной деятельности и сниженное качество жизни.

В ТКМ выделяют следующие синдромы.

1. Недостаточность сердца и селезенки. Симптомы: затрудненное засыпание, ночные кошмары, учащенное сердцебиение, нарушение памяти, вялость, бледно-желтый цвет лица, плохой аппетит, ощущение распирания в области желудка, частый жидкий стул. Бледный язык с тонким белым налетом. Нитевидный, слабый пульс.

Лечение: V20, V15, RP1, C7, RP6.

При ухудшении памяти: V52, VG20, V10, VB20.

2. Дисгармония между сердцем и почками. Симптомы: нарушение сна, беспокойство, головокружение, шум в ушах, сухость во рту, ощущение жара в ладонях и подошвах, нарушение памяти, учащенное сердцебиение, боли в пояснице. Красный язык без налета. Тонкий, быстрый пульс.

Лечение: V15, V23, R3, MC7, C7, R6.

3. Жара – влажность в желудке. Симптомы: нарушение сна, ночные кошмары, ощущение жара в груди, ощущение распирания или распирающей боли в области желудка и животе, тошнота, рвота, кислая отрыжка, запор. Желтый, липкий налет на языке. Скользящий или напряженный пульс.

Лечение: VC12, E40, E36, C7, MC6.

4. “Воспламенение” огня печени. Симптомы: затрудненное засыпание, головокружение, ощущение распирания в голове, беспокойство, вспыльчивость, покраснение глаз и лица, горький привкус во рту, боль в области подреберья. Тонкий желтый налет на языке. Напряженный, быстрый пульс.

Лечение методом ВМРТ: V18, V19, F2, C7, VB38.



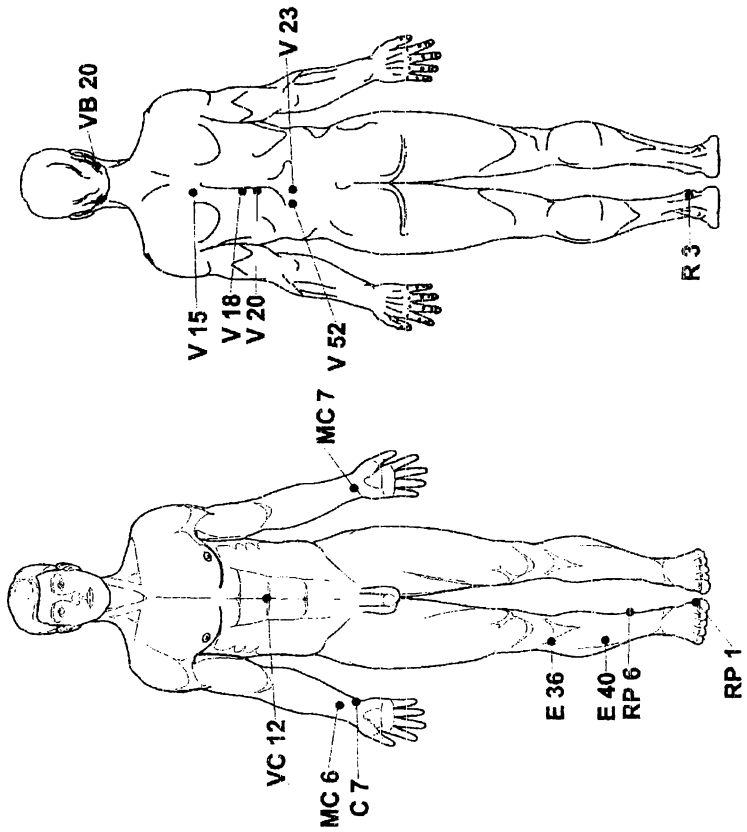


Рис. 23. ТА для лечения бессонницы

### **7.3. ВМТ при заболеваниях позвоночника**

Остеохондроз позвоночника – это хроническое мультифакторальное заболевание, характеризующееся прогрессирующими деструктивными изменениями тканей позвоночных сегментов и проявляющееся различными неврологическими, ортопедическими и висцеральными нарушениями.

Согласно теориям восточной медицины, «непроходимость энергии порождает боль». Нарушение проходимости энергии в системе каналов проявляется обычно в виде боли в определенных участках на поверхности кожи, помимо болей в зоне поражения. Воздействие на болевые (триггерные) точки и отдаленные ТА, лежащие на каналах, проходящих через участок нарушения, должно восстановить «проходимость каналов», «нормализовать ток энергии», чем достигается осуществление принципа: «достижение проходимости энергии снимает боль». Важным для врача является не только установление правильного диагноза, но и выбор способа, места, метода и момента воздействия на точки акупунктуры. Таким образом, в задачу рефлексотерапевтического воздействия на первом этапе входит уменьшение или устранение нервно-мышечного спазма (ян), воспаления (ян), отека (инь) и, как следствие этого, уменьшение болевого синдрома.

#### **7.3.1. Шейный остеохондроз**

Клинические проявления шейного остеохондроза могут быть классифицированы в зависимости от превалирования тех или иных симптомов в основные синдромы:

- нейрорефлекторные (брахиалгия, синдром передней лестничной мышцы, краниалгия, симпаталгический);
- нейродистрофические (синдром плечо–кисть, плечелопаточный периартроз, эпикондилит);
- компрессионно-рефлекторные синдромы позвоночной артерии;
- компрессионные корешковые синдромы;
- спинальные (компрессионный, миелопатический синдромы).

Симпаталгические синдромы (ян) как правило сочетаются с нейро-дистрофическими (инь), что усложняет лечение. В этих случаях устанавливается ведущий (по преобладающим клиническим проявлениям) синдром и лечение начиналось с его ликвидации. На шейном уровне (задняя поверхность) наиболее поверхностно расположена трапецевидная мышца, а в среднем слое – ременная мышца, длинные мышцы головы и шеи. При шейном остеохон-

дрозе болевые точки чаще определялись в надлопаточной, межлопаточной областях, по паравертебральным зонам и по внутренней поверхности лопатки, в местах прикрепления ромбовидных мышц, в области лопаточной ости, в надостных и трапециевидных мышцах, т.е. преимущественно на янских каналах: GI, IG, V, TR. Использовались ТА: GI15, 16, IG10, 13-15, V11, TR15, VB21.

Мы применяли сочетание различных способов РТ.

*ВМРТ, акупунктура и гомеосиниатрия* использовалась в остром и подостром периодах заболевания по седативной или смешанной методике. Воздействие начинали с дистальных ТА верхних и нижних конечностей, а через 15-20 минут вводили препараты Zeel-T или Traumeel-S в ТА шейно-воротниковой области и точки заднесрединного канала.

По передней поверхности грудной клетки в поверхностном слое расположена большая грудная мышца. Одним концом она прикреплена к гребню большого бугорка плечевой кости. Другой конец – ключичной частью прикрепляется к внутренней половине ключицы; грудинно-рёберной частью – к груди и хрящам II-VII рёбер; брюшной частью – к передней стенке влагалища прямой мышцы живота. При пальпации в ней обнаруживались болезненные мышечные узелки в месте перехода мышечной части в сухожильную и в местах прикрепления мышцы. Иногда триггерные точки не совпадали по локализации с акупунктурными точками. В случае отсутствия выраженной болезненности воздействие проводилось по ТА каналов почки: R26, 27 и желудка E 11-14.

### **7.3.2. Плечелопаточный периартроз**

Заболевание чаще возникает в результате реактивного травматического воспаления плечевого сустава или развивается вследствие дистрофических изменений в периартикулярных тканях сустава. Характеризуется резким ограничением движений в суставе, сильными болями ночью с возможной иррадиацией в шею и руку. Боли усиливаются при движении (ян). В лечении этого заболевания лучшие результаты дают комбинированные методики.

Schmidt (1982) при сильных болях рекомендует поверхностное укалывание с последующим малым или баночным кровопусканием в зонах болезненных точек спины и плеча. Yanagiya предложил методику, учитывающую клинические проявления заболевания. Если боль возникает при движении руки вперед и вверх, иглу вводят горизонтально из GI15 к TR14. Если боль возникает при движении руки назад, иглу вводят в обратном направлении.

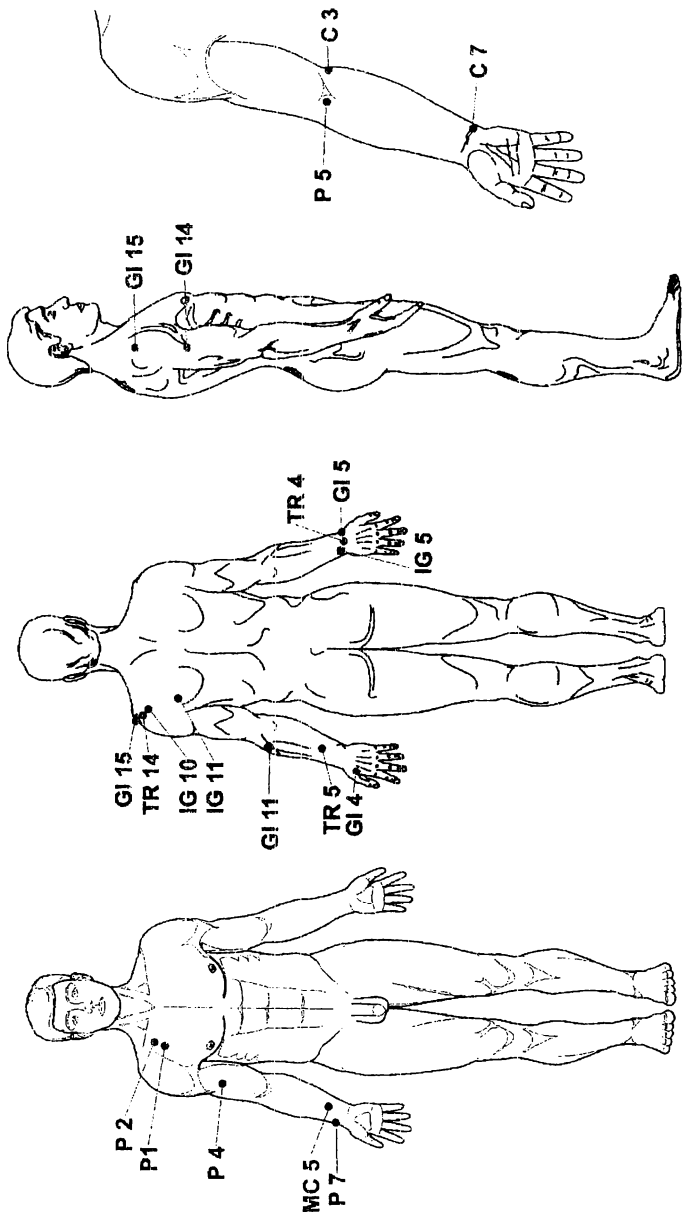


Рис. 24. ТА для лечения шейного остеохондроза и плечелопаточного периартроза

### 7.3.3. Поясничный остеохондроз

При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника кроме корешковых синдромов, могут развиваться синдром тазового дна, миелопатия или миелоишемия при поражении межпозвоночных дисков ThXII-LII, нейропатии (А.Я.Попелянский, Я.Ю.Попелянский, 1985). Мы применяли акупунктуру и гомеосиниатрию преимущественно у больных с острыми корешковыми синдромами.

Перед сеансом РТ определялся «рисунок боли», который при пояснично-крестцовом корешковом синдроме локализовался на ян-каналах: E, V, VB. Лечение начинали с акупунктуры в области верхних конечностей или перекрёстно (рука – «здоровая нога»), а затем в ТА в зоне поражения и в триггерные точки вдоль позвоночника вводили Discus compositum или Traumeel-S.

Как известно, мышцы позвоночника имеют три слоя. В поверхностном слое на грудном уровне находится трапецевидная мышца (её сухожильное растяжение) и широчайшая мышца спины. На поясничном уровне – подвздошно-поясничная, квадратная поясничная, пояснично-рёберная. В среднем слое: на грудном уровне – подвздошно-рёберная, длиннейшая грудная; на поясничном – длинная поясничная, многораздельная мышцы. В глубоком слое на всех уровнях расположены межпоперечные, поперечно-остистые и межкостистые мышцы. В проекции всех этих мышц мы имеем ТА по каналам V и VB. Во всех случаях в рецептуру включались ТА заднесрединного канала.

Нами отмечено, что в процессе лечения почти у половины больных, после купирования острого болевого синдрома, отмечалось и изменение «рисунка боли». В связи с этими изменениями в рецептуру включались новые триггерные ТА.

Согласно с данными ТКМ наибольшую связь с костями, позвоночником имеет функциональная система почек. Особенно сильно эта связь проявляется в поясничном отделе позвоночника. При недостатке ци в почке ее не хватает на обеспечение нормального функционирования позвоночника, что создает условия для патологии. Нарушению движения ци в почках способствуют стрессы, психотравмы, переохлаждения.

По традиционным представлениям обострение остеохондроза может быть связано с «внедрением патогенных факторов ветра и холода». В связи с этим отмечается «пустота» в каналах RP и R и «избыток» в спаренных с ними каналах желудка (E) и мочевого пузыря (V). Клинически это проявляется болью и ощущением холода в пояснице, подколенной ямке и ногах, онемением

нием и чувством тяжести в ногах, метеоризмом. В этих случаях воздействовали ВМРТ по тонизирующей методике на инь-каналы: RP1, 4, 6, 9, R1, 6, 10 для «устранения ветра и холода» и стимуляции периферического кровотока. На ТА каналов желудка и мочевого пузыря воздействовали по седативной методике: E36, 43, 44, V39, 40, 60, 65, 66. Кроме того, при лечении остеохондроза и полиартритов, мы учитывали рекомендации T.Rabulet и A.J.Raibulet (1978), которые предложили наряду с местными и специфическими точками воздействовать на точки: V22, V23, V62, IG3 для стимуляции функции коркового вещества надпочечников. Как известно, ТА IG3 и V62 также используются как точки-ключи экстраординарных сосудов, в синдромологии которых указаны гипертонус и контрактура мышц. Поэтому мы применяли их с ТА канала VG при статико-кинетических нарушениях в позвоночнике с выраженным миотоническим синдромом. Дополнительно воздействовали на каналы F и VB, которые по традиционным представлениям, также связаны с состоянием мышц.

При поражении этих каналов может отмечаться усиление болей ночью и уменьшение их при движении. У пациентов этой группы дополнительно применялись инъекции Coenzyme compositum N10. При односторонней локализации боли, акупунктурное воздействие проводили на здоровой стороне, а в точки акупунктуры на пораженной стороне вводили препараты: Zeel-T или Traumeel-S. В рецептуру включались точки: F2, F3, F5, VB34, 38, 39-41, а также V18, 19. Препараты также вводились в сочетании с ВМРТ в болезненные при пальпации точки (триггерные пункты): V25, 27, 31-34, 54, 57, 58, 60, VG 2-4. Discus compositum чаще всего вводился паравертебрально и по каналам RP, VB, F.

Эффективность лечения при остеохондрозе позвоночника оценивали на протяжении 3-6 месяцев по субъективным (уменьшение боли в соответствующем отделе, отсутствие или изменение её иррадиации, изменение чувствительности в конечностях, отсутствие болезненности при пальпации остистых отростков, уменьшение или исчезновение болезненности в проекции соответствующих мышц, исчезновение симптомов натяжения) и объективным данным.

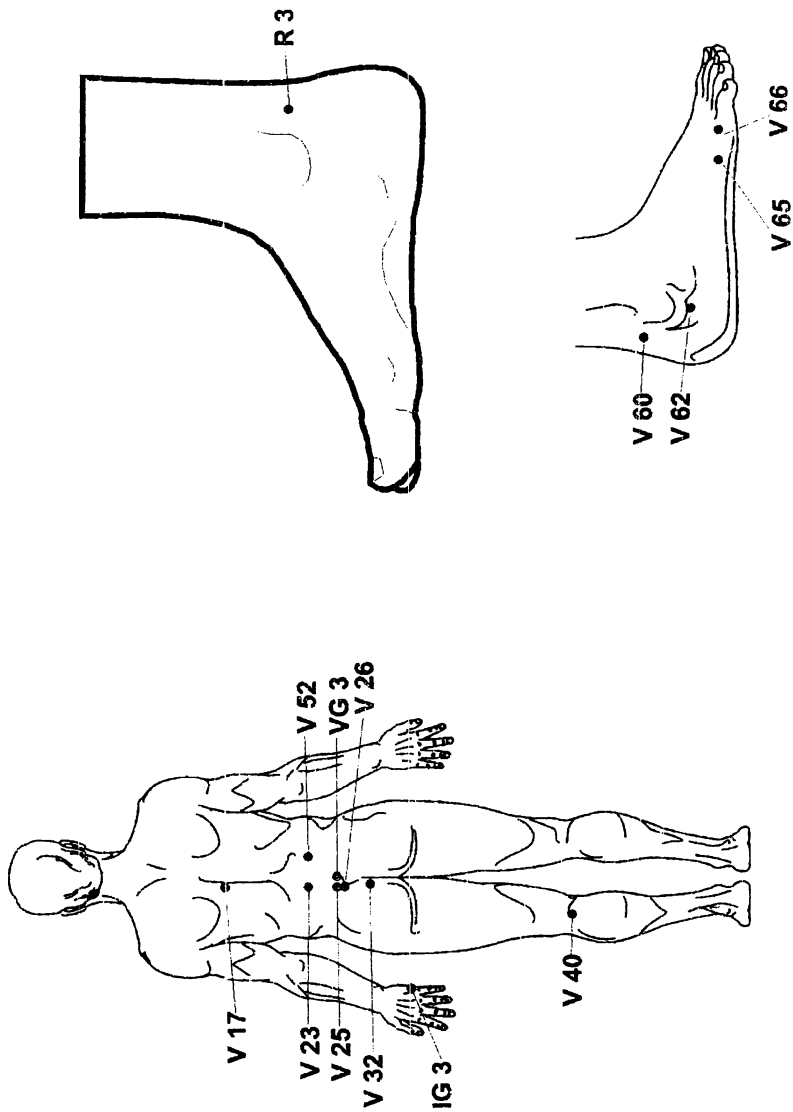


Рис. 25. ТА для лечения поясничного остеохондроза

#### **7.4. ВМТ при заболеваниях суставов**

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1998), выделяются следующие нарушения в суставах: полиартроз, коксартроз, гонартроз, артроз первого запястно-пястного суставов и другие артрозы.

Остеоартроз является одновременно результатом действия механического и биологического факторов, которые нарушают синхронность процессов биодеградации и образования клеток суставного хряща, матрикса и субхондральной кости. Заболевание, как правило, поражает все ткани синовиального сустава. Таким образом, остеоартроз проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, эрозированию и уменьшению толщины суставного хряща, а также склерозу субхондральной кости, формированию остеофитов и субхондральных кист (Creamer P., Hochberg M.C., 1997).

##### **7.4.1. Заболевания суставов верхних конечностей**

При заболеваниях плечевого сустава ВМРТ начинали с точек нижних конечностей: VB34, E36, 38, V57 по тонизирующей методике. Затем использовали сегментарные и местные точки с противоположной от боли стороны: GI4, 11, 15, 16, IG3, 7, 8, 10, TR3, 5, TR8, 14, 15, P2, VB21. Воздействовали также по тонизирующей методике. В точки акупунктуры на пораженной стороне дополнительно вводили препараты: Zeel-T или Traumeel-S. Затем препараты также вводились в болезненные при надавливании точки (триггерные пункты). Одна из «специфических» точек для плечевого сустава – GI15. В этой области болезненность часто обусловлена включением в патологический процесс сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Сухожилие проходит между большим и малым бугорками плечевой кости, в этом месте оно окружено синовиальным влагалищем, затем прободает суставную капсулу и прикрепляется к надсуставному бугорку лопатки. Через дельтовидную мышцу хорошо пальпируются бугорки плечевой кости. Между ними делался укол до дельтовидной мышцы и вводился препарат Zeel-T в объеме 0,2 ml. При отеке в области плечевого сустава воздействие начинали с акупунктуры (по тонизирующей методике) в дистальных точках верхней конечности: GI4, 5; TR6, 1; IG5, 1, а также нижней конечности: R5, 7; V60, 62. Затем через 10 мин. в местные точки вводили Traumeel-S.



При заболеваниях локтевого сустава использовали те же принципы воздействия. Наиболее часто для акупунктуры и ВМРТ применяли точки: GI4, GI10, 11; IG3, 15; TR3, 4, 8. К дистальной поверхности внутреннего надмыщелка прикрепляются сухожилия мышц – круглого пронатора, длинной ладонной, локтевого сгибателя запястья, поверхностного сгибателя пальцев. К наружному надмыщелку прикрепляется плечелучевая мышца. Триггерные точки часто локализуются в области вершины надмыщелка. Для местного введения препаратов чаще использовались ТА: IG8, TR10, C3. Эти же точки применялись при болях в области кубитального канала. Точки TR5 и TR8 также использовались для введения препаратов. На здоровой стороне преимущественно использовали акупунктуру, а на поражённой стороне Zeel-T или Traumeel-S.

В дистальном отделе предплечья локтевой нерв проходит через карпоульнарный канал. Дорзальной стенкой его служит ладонная связка запястья, вентральной – удерживатель сухожилий сгибателей, медиальной – гороховидная кость. Между указанными связками и гороховидной костью образуется узкая треугольная щель. Местно инъекция препаратов чаще проводилась между гороховидной костью и вершиной шиловидного отростка лучевой кости. Из ТА использовались: C7 и IG5.

Болевые ощущения могут исходить из метакарпального канала. Его основанием являются кости и суставы запястья, покрытые связками. Кости запястья образуют углубления. Со стороны большого пальца оно ограничено лучевым возвышением; со стороны мизинца – локтевым возвышением запястья (гороховидной костью и крючком крючковидной кости). Сверху канал покрыт удерживателем сухожилий сгибателей. В канале ульнарно лежит синовиальное влагалище сухожилий поверхностного и глубокого сгибателей пальцев; радиально располагается синовиальное влагалище длинного сгибателя большого пальца, а между ними лежит срединный нерв. Длина канала 3-4 см.

При болях в лучезапястном суставе и пальцах кисти для акупунктуры и ВМРТ на здоровой стороне применяли ТА: P10, 7; GI3, 4, 6; IG3, 5; MC7; TR3, 4, 5. На стороне поражения в ТА вводились антигомотоксические препараты.

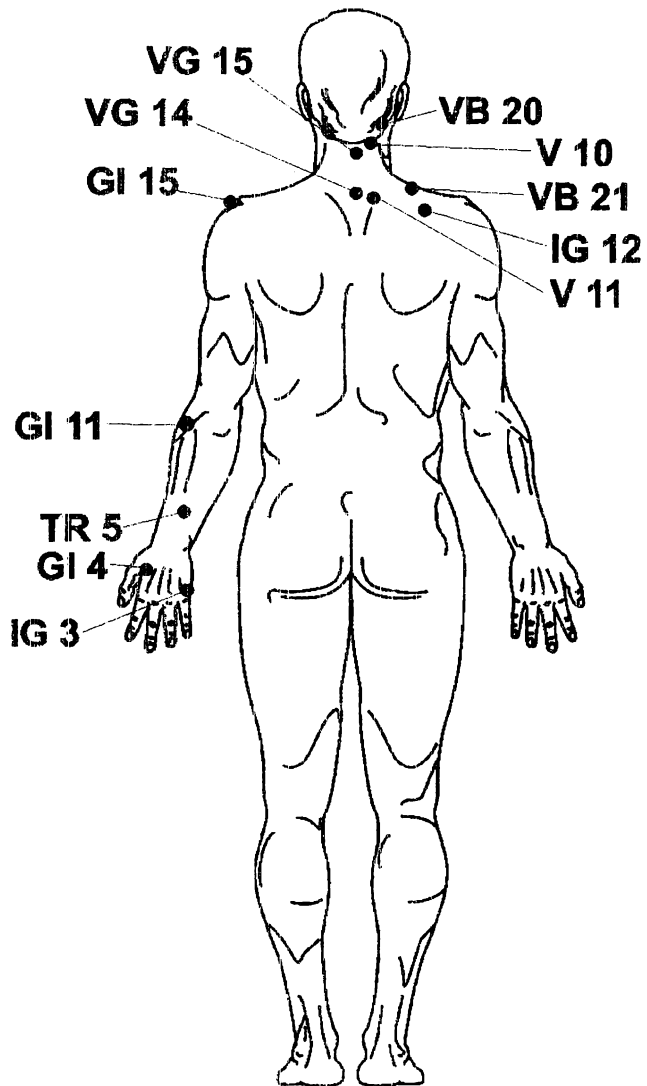


Рис. 26. ТА для лечения суставов верхних конечностей

#### 7.4.2. Заболевания суставов нижних конечностей

Тазобедренный сустав относится к шаровидным суставам с широкой суставной сумкой, укреплённой многочисленными связками и мышцами. Мышцы плотно облегают тазобедренный сустав: сверху сзади – грушевидная и несколько ниже – внутренняя запирательная, снизу сзади – малая и средняя ягодичные мышцы, снизу – приводящие короткие мышцы бедра, спереди – большая поясничная мышца и прямая головка четырёхглавой мышцы бедра. Между капсулой сустава и мышцами находится небольшое количество очень плотной упругой жировой клетчатки, где наиболее часто обнаруживаются триггерные пункты.

*ВМРТ, акупунктура и гомеопатия.* При заболеваниях тазобедренного сустава наиболее часто использовались точки: E31, 36; V33, 40, 54; VB29-31, 34; F11; VG4, 12. При травмах тазобедренного сустава лечение начинали с акупунктуры по тонизирующей методике на отдаленные точки на стороне травмы (Г.Лувсан, 1990): R1, 7, F3, 1, 8; VC2, 3. Затем через 10 минут после введения игл применяли препараты: Traumeel-S, Zeel-T или Discus compositum и ВМТ в ТА пояснично-крестцовой области. При длительном ограничении движений дополнительно применяли введение препаратов в местные точки. Чтобы ввести препарат в местные ТА больному придавали положение лёжа на здоровом боку. Например, одна из триггерных зон определялась следующим образом: левой рукой пальпировался большой вертел бедра. Отступив на 0,5-1 см вверх пальпировалась болевая точка. Затем под углом 30° в сагиттальной плоскости производился укол с целью попадания в жировую клетчатку. При выявлении триггерных зон другой локализации в них также вводилось антигомотоксические препараты.

При травмах тазобедренного сустава, начинали с седативного воздействия иглой на точку VB30 (на стороне повреждения), и ВМТ на VB34. Затем после ВМРТ вводили Traumeel-S в ТА пояснично-крестцовой области: VG2-4, V31-34, V25.

При поражении коленного сустава начинали с акупунктурного воздействия на здоровой стороне в точках: E35-38, RP9-10; E44, V39, V40, 60; R9-10; VB31-34, 38; F7-9; VG3. Затем через 10-15 мин. вводили препараты в местные и сегментарные ТА на стороне поражения.

Триггерные точки чаще определялись в зоне трёхглавой мышцы голени, которая состоит из икроножной (имеющей медиальную и латеральную головки) и камбаловидной мышц. Своими началь-

ными отделами головки икроножной мышцы ограничивают снизу подколенную ямку. Камбаловидная мышца покрыта икроножной и прикрепляясь к малоберцовой и большеберцовой костям образует своими сухожилиями арку. В этом месте в мышечно-сухожильном канале возможна компрессия большеберцового нерва при напряжении мышц голени. Расслабление этих мышц обеспечивает уменьшение раздражения нерва. После ВМРТ применяли инъекции препаратов Traumeel-S и Discus compositum производили, например, в наиболее возвышенную часть брюшка напряжённой икроножной мышцы. При выявлении участков миодистрофии инъекции производились и в эти участки. Из акупунктурных точек в этой зоне использовали V56, 57, 58.

При травмах коленного сустава ВМТ сочетали с введением препарата Traumeel-S в точки: VB34+E35 на стороне поражения.

При заболеваниях голеностопного сустава и суставов пальцев стопы точками выбора служат: E41, 36, R3, V60, 62, 65, VB41 и другие болезненные точки. Например, большеберцовый нерв проходит между внутренней лодыжкой и пяточной костью. Впереди лежит сухожилие сгибателя пальцев, изнутри – сухожилие длинного сгибателя большого пальца, снаружи нерв и сухожилия обхватываются связкой – удерживателем сухожилий сгибателей. Этой связкой замыкается тарзальный канал. В этой зоне проецируется своеобразная петля из точек акупунктуры канала почки. Мы использовали введение препаратов в ТА: R6 и R3, а также в другие триггерные точки этого канала.

При отеке голеностопного сустава местно вводили Traumeel-S в следующие ТА: V60, 62, E41, VB41, R2, 5, 7. ВМРТ применяли в пояснично-крестцовой области. При ограничении движений в суставе дополнительно воздействовали в точки: V58, VB34, 37; E34, 40; V63 препаратом Traumeel-S. При длительных болевых синдромах после травмы начинали с седативного воздействия иглами в точках: F2, 3; VB34, 38, 39; E36, 41 на здоровой стороне, а через 15-20 мин. вводили препараты в симметричные точки на больной стороне. «Специфичная» точка для голеностопного сустава VB41.

При лечении полиартрозов наряду с местными и специфическими точками воздействовали на точки: V23, 62; IG3 для стимуляции функции коркового вещества надпочечников. В эти точки мы вводили Coenzyme compositum.

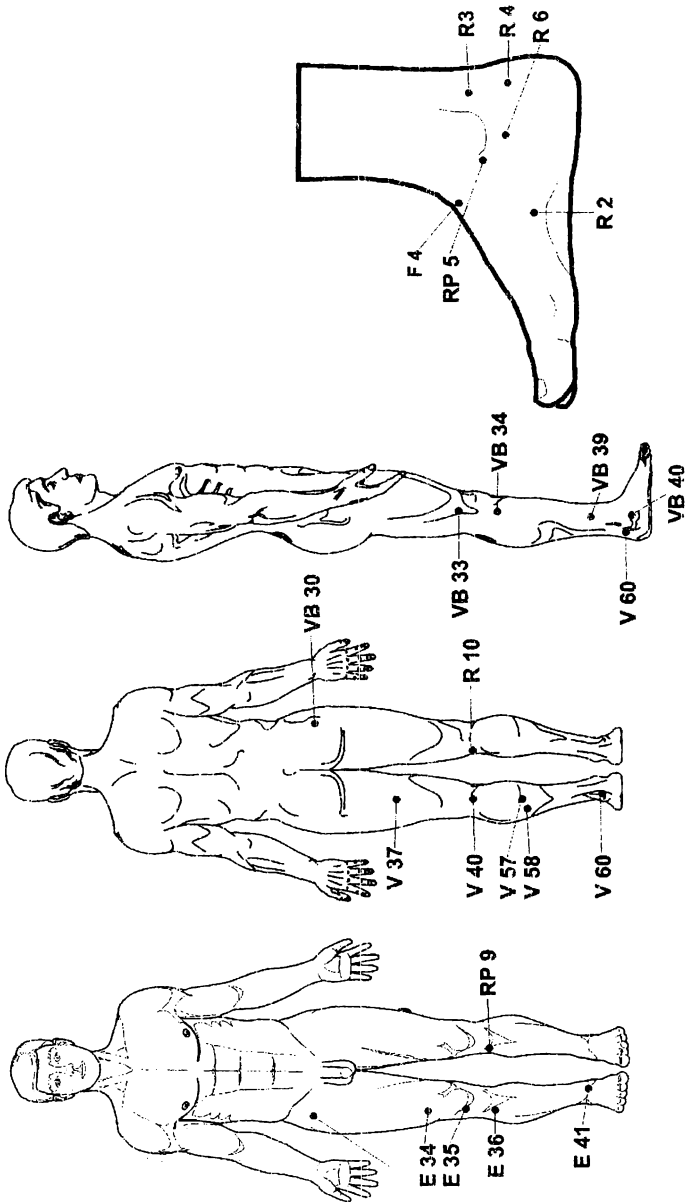


Рис. 27. ТА для лечения суставов нижних конечностей

## **8. ВМРТ при заболеваниях периферических сосудов**

### **8.1. ВМТ при варикозном расширении вен нижних конечностей**

Наиболее часто встречается варикозное расширение (ВР) поверхностных вен нижних конечностей, реже – глубоких. Первичное ВР поверхностных вен связывают со слабостью, функциональными нарушениями венозной стенки, сопровождающейся несостоятельностью клапанов и нарушением кровотока.

Вторичное ВР вен чаще возникает в результате нарушения венозного оттока, например при посттромбофлебитическом синдроме, несостоятельности клапанов глубоких вен, травмах.

Способствуют развитию заболевания: ожирение, беременность, врождённая слабость соединительной ткани, длительное пребывание в положении стоя (особенно для людей определённых специальностей).

Выделяют четыре стадии ВР вен:

I стадия – жалоб нет. При осмотре можно выявить косметические нарушения.

II стадия – отмечается чувство тяжести, распирания в конечности, судороги по ночам, парестезии.

III стадия – чувство распирания усиливается, появляются отёки, индурация кожи и подкожной клетчатки, пигментация.

IV стадия – отмечается образование трофических язв.

Наиболее частым осложнением ВР вен является острый тромбофлебит – воспаление вен. При этом воспалённые вены напряжены, болезненны при пальпации, кожа над поражённым участком гиперемирована, отмечается субфебрильная температура.

Применение различных способов рефлексотерапии в комплексном лечении ВР вен достаточно обоснованно различными авторами.

Задача врача – осуществить выбор того или иного РТ способа воздействия – адекватного состоянию больного. Применение ВМРТ наиболее эффективно в начальных стадиях ВР вен, а также при хронических рецидивирующих формах течения тромбофлебита. При лечении язв голени способом выбора служит лазеропунктура.

*Акупунктура и ВМТ.*

Лечение начинают с ТА "общего действия": Е36, РР6, С7, МС6, ВВ34. В дальнейшем в рецептуру включают ТА из других групп: V17, 18, 22, 23, 31, 40, 57, 58, РР4, 6, 9-10, F2, 3, 7, 8, ВВ30, ВВ39.

Приводим некоторые варианты сочетания точек:

- 1) TR5 + VB34 + VC6;
- 2) P9 + V17 + V23 + V60;
- 3) IG8 + VB20 + VB39 + VG14;
- 4) MC5 + F13 + F2 + VC4.

Об эффективности лечения свидетельствуют: уменьшение болей, отёчности в конечности, улучшение периферической микроциркуляции, стихание проявлений дерматозов. Даже в IV стадии заболевания обратное развитие язвы у некоторых больных происходит уже после первого курса лечения состоящего из 12-15 сеансов. Хорошие результаты получены у 70-80% больных. В тактическом плане РТ может применяться в комплексе консервативных мероприятий и в послеоперационном периоде, т.к. при сегментарном ВР вен и частичном их удалении – прогноз течения заболевания обычно благоприятный.

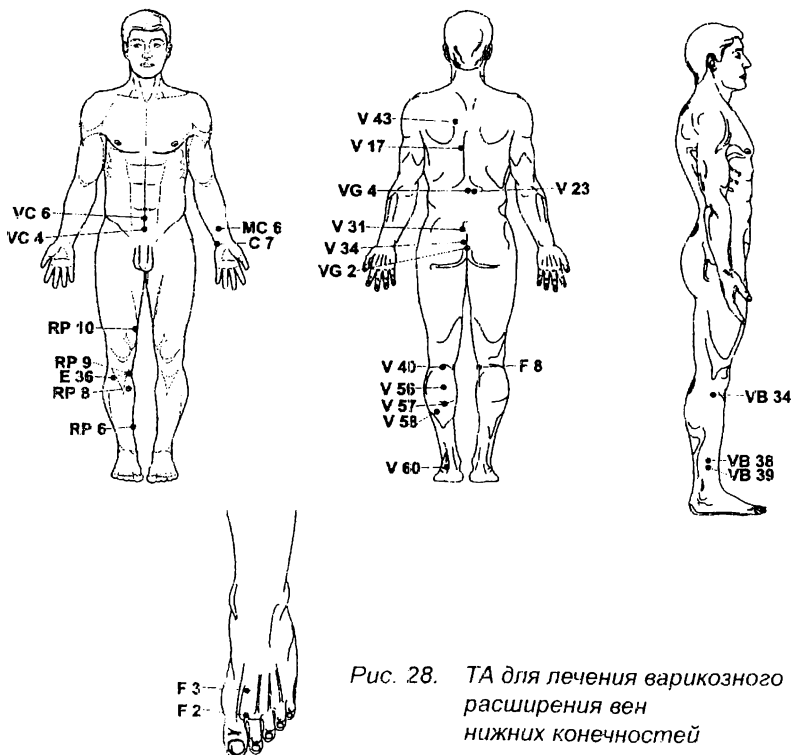


Рис. 28. ТА для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей

## 8.2. ВМТ при диабетической микроангиопатии и полинейропатии

Известно, что течение сахарного диабета (СД) обычно сопровождается развитием поражений сердечно-сосудистой системы (ангиопатии). Диабетические ангиопатии классифицируются на макроангиопатии (не являющиеся строго специфичными для СД) и микроангиопатии (являющиеся специфичными). Микроангиопатии – поражение сосудов малого калибра, имеющие в своей основе утолщение базальной мембраны в результате отложения в сосудистой стенке гликопротеидов. Микроангиопатии встречаются практически во всех органах, а также в коже, но отличаются значительной неравномерностью даже в пределах одного органа. В стенке мелких сосудов выявлены, в значительном количестве, кислые и нейтральные мукополисахариды. У большинства обследованных гистологическая картина микроангиопатии кожи наблюдалась до клинических проявлений микроангиопатии почек и глаз (Строев Ю.И. и др., 1978). Начальным этапом проявления микроангиопатии является снижение тонуса сосудов и изменение микроциркуляции, что может быть одной из причин повышенного отложения в стенках капилляров мукополисахаридов. Дальнейшее изменение местного тканевого метаболизма может сопровождаться гиперпродукцией нейтральных и снижением образования кислых мукополисахаридов. R. Alexander (1973) доказал, что микроангиопатия по времени опережает нарушение углеводного обмена. Таким образом, микроангиопатии представляют собой развивающийся в микроциркуляторном русле дистрофический процесс, тесно связанный с метаболическими нарушениями, обусловленными особенностью в обмене белково-углеводных комплексов – мукополисахаридов (гликозоаминогликанов).

Различные способы РТ используются в комплексе лечебных мероприятий с целью уменьшения болевого синдрома, для улучшения общего состояния больного и снижения медикаментозной нагрузки на него, а также направлены на восстановление или улучшение капиллярного кровообращения, снижение тонуса сосудов системы микроциркуляции, улучшение реологических свойств крови, уменьшение проницаемости сосудов. Учитывается течение основного заболевания. Уже имеющийся опыт лечения больных СД подтвердил многоплановость воздействия РТ на организм. В частности в процессе лечения отмечена положительная динамика показателей электроэнцефалограммы, вегетативных реакций, ряда гормональных и биохимических показателей.



Для воздействия мы отбирали больных с СД II типа (так называемый инсулинонезависимый диабет). По имеющимся литературным данным компенсация заболевания у этих больных достигается в более короткие сроки что связывают с активацией инсулин-продуцирующей функции островкового аппарата поджелудочной железы.

*ВМРТ и акупунктура.* Используется преимущественно в следующих акупунктурных точках: P7, GI4, 11, E36, 41, RP4, 6, C7, V18, 23, 31-34, V17, 40, 43, 58, 60, R3, 6, MC7, TR5, VB30, 34, F2, 3, VC4, 6, VC8 (цзю).

Многие зоны (и точки), входящие в рецептуру воздействия, находятся в одних сегментах с поджелудочной железой. На местные и сегментарные точки воздействовали по тонизирующей методике (5-10 мин.), а в дистальных ТА использовалось слабое седативное воздействие (20-30 мин.). У больных с преобладанием фазы вазодилатации сосудов применяли воздействие на 1-2 зоны не более 10 мин. Такая же методика применялась у больных с преимущественными жалобами на слабость в нижних конечностях и нарушение чувствительности в них.

В качестве примера приводим некоторые сочетания акупунктурных точек:

- 1) TR5 + VB34 + VC6,
- 2) GI11+ V20 + V22 + V60
- 3) RP6 + RP16 + VC12 + GI4,
- 4) R6 + F13 (14) + F3
- 5) VG4 + V17 + V31, V62

Курс лечения состоит из 12-14 ежедневных сеансов, а затем рекомендуются повторные и поддерживающие курсы лечения.

Об эффективности курса лечения у большинства больных свидетельствует уменьшение явлений астенизации, стабилизация показателей гликемии, уменьшение болевого синдрома в нижних конечностях. По данным наших исследований, на РВГ нижних конечностей отмечено увеличение реографического индекса (особенно выраженное в течении сеанса), уменьшение периферического сопротивления. Динамика этих показателей выше у больных с лучшим исходным тонусом сосудов. Хорошие результаты получены у лиц среднего возраста, а также отмечена зависимость эффективности лечения от тяжести заболевания, длительности и особенности его течения. У больных с тяжелой формой заболевания и в молодом возрасте воздействие менее эффективно.

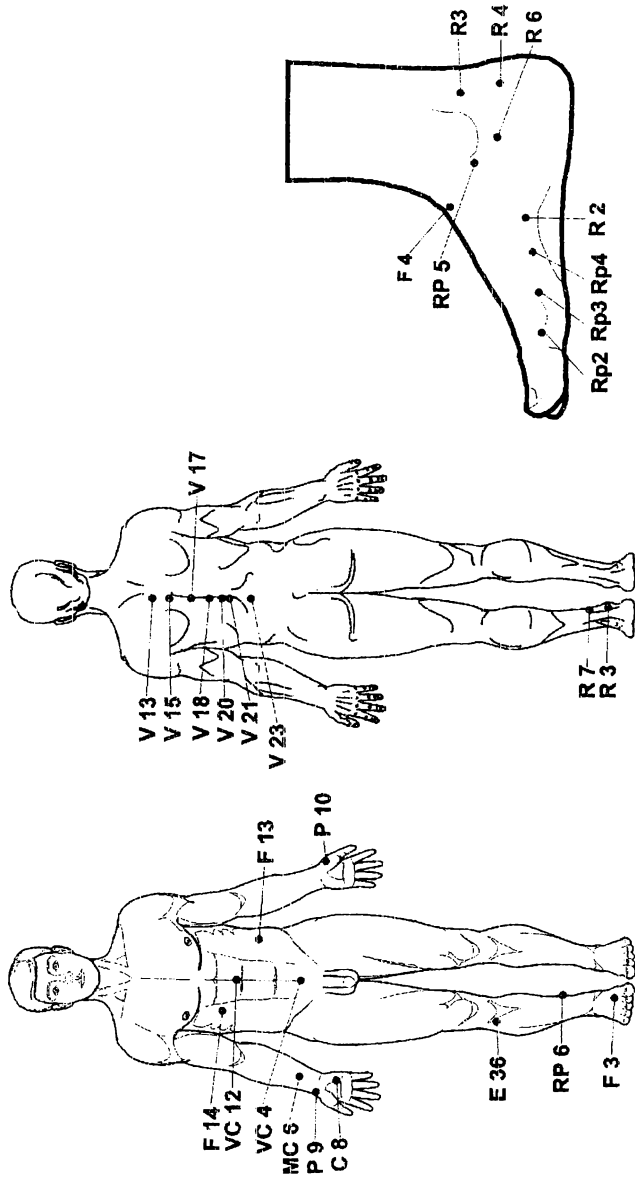


Рис. 29. ТА для лечения диабетической полинейропатии

## **Заключение**

В Ваших руках второе дополненное издание пособия, главная задача которого состоит в демонстрации возможностей одного из способов ТКМ – вакуумтерапии и ее модификаций. ВТ входит в программу обучения рефлексотерапевтов наряду с другими аппаратными способами РТ. Сегодня этот способ воздействия используется специалистами народной медицины, физиотерапевтами и массажистами.

Как уже отмечалось способ вакуумно-магнитной терапии прошел многовековую апробацию и занял свою нишу в современной медицинской практике.

На примере новых устройств для вакуумно-магнитной терапии, которые разработаны в последнее десятилетие, можно ясно увидеть, какой качественный прорыв сделан специалистами для развития этого направления. Комбинированные устройства разработаны с учетом всех требований современной и традиционной китайской медицины. Они уже выпускаются промышленным путем и внедрены в практику здравоохранения во многих странах мира.

Как видно из пособия, способ достаточно прост в применении, атравматичен (при правильном применении), хорошо сочетается с другими видами лечения. При соблюдении показаний и после консультации с врачом, может быть применен в качестве само- и взаимопомощи в домашних условиях при лечении хронических и длительно текущих заболеваний.

Авторы желают Вам успехов в освоении новых методик рефлексотерапии!

## Литература

- Вельховер Е.С., Радыш Б.Б. Применение вакуумного массажа в клинике нервных болезней. - М.:УДН, 1983.-18с.
- Давыдов Ю.А., Ларичев Л.Б. Вакуум-терапия ран и раневой процесс.-М.: Медицина, 1999.-160с.
- Довбня О.В. Китайская медицина. Лечебные банки. – К. – 2007. – 64с.
- Доронін П.С., Здибський В.І., Климович Л.В. Медична банка. Деклараційний патент України на корисну модель 931.- Кл. А61Н39/04, А61Н1/10, А61Н2/08 по заявке N 2000116203 від 02.11.2000р.- Бюл. №6.-16.07.2001.
- Здыбский В.И., Севидова Е.К., Доронин П.С. Новые электрохимические аспекты гальванических эффектов в рефлексотерапии. // Радиофизика и электроника. Сб. науч. трудов.- Т.4.- N2.- X. - 1999.- С. 132-135.
- Здыбский В.И., Климович Л.В., Доронин П.С. Поверхностная рефлексотерапия и способы её применения. - Харьков: Консум, 2000 - 176с.
- Здыбский В.И., Щербаков С.С. Восточная медицина (от древних теорий до современной практики). - Харьков. - 2004. - Ч.І.- 460с., Ч.ІІ.- 350с.
- Здыбский В.И. Лабиринты рефлексотерапии.- Харьков.- 2005. - 316с.
- Здыбский В.И., Щербаков С.С. Восточная медицина. От древних теорий до современной практики. Монография. Изд. 2-е, перер. и доп. – X. – 2010. – 580с
- Козлов В.И., Мельман Е.П., Нейко Е.М. и др. Гистофизиология капилляров. - СПб.:Наука, 1994. - 234с.
- Кораблев А.В., Николаева Т.Н. Гемоциркуляторное русло. - М.:РГМУ, 1999. - 188с.
- Коробкова А.В. (ред.) Физиологические сдвиги при ускорении восстановительных процессов и лечении спортивных травм путем использования локального отрицательного давления. - М. - 1974. - 52с.
- Мачерет Е.Л., Чуприна Г.М., Морозова О.Г. та інш. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів. - X.:ВПЦ Контракт, 2006.-168с.
- Михайличенко П.П. Вакуум-терапия: баночный массаж.- СПб.:Невский просп., 2000. - 156с.
- Михайличенко П.П. Основы вакуум-терапии. Теория и практика.-М.:АСТ, СПб.:Сова, 2005. - 318с.

Морозова О.Г., Здыбский В.И., Щербаков С.С. Вакуумно-магнитная рефлексотерапия. – Х. – 2006. – 76с.

Сингх Д. Практическая энциклопедия восточной терапии (акупунктура и моксстерапия). – М. – 1997. – 740с.

Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо - клинический атлас рефлексотерапии. – 3-е изд. перераб. и доп. – Харьков: Око, 1995. – 162с.

Пойнер Э. и др. Анатомический атлас акупунктуры. Трехмерная локализация точек акупунктуры. Пер. с нем. – М.: Арнебия, 2007. – 136с.

Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в косметологии. –СПб.:ВМА, 2002. –356с.

Понтинен П., Гледич Й., Потманн Р. Триггерные точки и триггерные механизмы. Пер. с нем. – М.: Арнебия, 2009. – 96с.

Рокам Р. Атлас-справочник по неврологии. Пер. с нем. – М.: Арнебия, 2008. – 420с.

Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Энциклопедия. – Киев.: Украинская энциклопедия. – М.: Аст-Пресс, 1994. – 541с.

Тревелл Д., Симонс Д. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989. –255с.

Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань. – 1995. – 207с.

Шапкин В.И. Рефлексотерапия. Практическое руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 640с.

Яворская В.А., Грибенюк А.В. Головная боль. – Х. – 2001. – 190с.

Ян Цзясан. Атлас акупунктуры. Пер. с англ. Изд. 2-е. Ростов н/Дн. – 2008. – 75 с.

Ярыгин Н.Е., Кораблев А.В., Николаев Т.Н. Конструкция системы микроциркуляции: ее моделирование в эмбриогенезе и ремоделирование в условиях патологии. – М.: РГМУ, 2001. – 248с.

Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. – М.: Ремедиум, 2000. – 207с.

Cines D.B., Pollak E.S., Buck C.A. et al. Endotelial cells in Physiology and Pathophysiology of Vascular Disorders //Blood.-1998. – 91(10). – P.3527-3561.

Melzack R., Wall P.D. The Challenge of Pain. – Penguin Books, 1996.

Pappagalo M. Complex Regional Pain Syndromes. In Management of Neuropathyk Pain Syndromes. A supplement to Neurology Reviews. – 2000. – P. 559 – 565.



**ВСЕ  
ДЛЯ  
РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

медицинский инструментальный китайского производства

[www.acupunctureshop.com.ua](http://www.acupunctureshop.com.ua)



ПП Онышко Игорь Степанович  
Львов, вулиця генерала Чупринки, 74

телефон: +38 050 229 05 56

+38 067 664 01 55

+38 093 348 92 31

электронная почта: [igly.med@mail.ru](mailto:igly.med@mail.ru)

ICQ 426671485

[www.igly.com.ua](http://www.igly.com.ua)

## **КАФЕДРА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ХМАПО**

Проводит специализацию, тематическое усовершенствование и предаттестационные циклы по рефлексотерапии для врачей, окончивших лечебный факультет.

После успешного окончания циклов медицинской академией выдается сертификат специалиста установленного образца. Зачисление на циклы производится по путевкам и направлениям от лечебных учреждений. Для врачей из стран СНГ обучение платное, по перечислению от организаций или за наличный расчет. Курсанты обеспечиваются общежитием.

*Подробную информацию можно получить по адресу:*

61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58

**Харьковская медицинская академия  
последипломного образования.**

**Телефоны:**

**(057) 711-80-15 – отдел комплектования,**

**711-80-31 – учебная часть.**

**E-mail: [office@med.edu.ua](mailto:office@med.edu.ua)**

**Адрес кафедры: 61176, г. Харьков, Салтовское шоссе, 266,  
городская клиническая больница №7, 5 эт.,  
неврологическое отделение, тел. (057) 710-21-04  
факс (057) 713-30-29**



Наукове видання  
(посібник для лікарів)

О.Г. Морозова, В.І. Здібський, С.С. Щербаков

Вакуумно-магнітна рефлексотерапія

(російською мовою)

В другому виданні посібника висвітлені механізми дії вакуумно-магнітної рефлексотерапії описані точки акупунктури, які рекомендовані для впливу, розроблені авторами методики рефлексотерапії.

Даються рекомендації, які дозволяють підвищити ефективність лікування багатьох захворювань, в тому числі за рахунок нових методик комбінованого використання вакуумно-магнітної терапії через ТА.

Посібник розрахований на практикуючих лікарів-рефлексотерапевтів, невропатологів, курсантів медичної академії післядипломної освіти, студентів медичних університетів.

Коректор Л.Є. Алістратова  
Відповідальний за випуск В.І. Здібський  
Комп'ютерна верстка О.В. Єсін

Підп. до друку 7.01.2012 року. Формат 60 x 90 1/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Таймс. Друк офсетний.  
Ум. др. арк. 4,0. Наклад 500 прим. Ціна договірна.

СПДФО Мосякін Віктор Миколайович  
Україна, м. Харків, пр. Правди, 7  
Тел. (057) 705-04-82

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до державного реєстру видавців, виготовників і розповсюджувачів  
видавничої продукції від 12.01.2004 серія ХК №92

---

Надруковано на ризографії ПП «Єсін»  
Україна, 61072, м. Харків, пр. Леніна, 52  
Тел./факс (057) 340-60-39



# Издания кафедры для рефлексотерапевтов

*В.И. ЗДЫБСКИЙ, С.С. ЩЕРБАКОВ*

## ВОСТОЧНАЯ МЕДИЦИНА

# 針灸



От древних теорий  
до современной практики  
(в двух частях)

**О.Г. Морозова, В.И. Здыбский, О.М. Бутенко,  
В.В. Цыганенко, А.А. Ярошевский**

## Избранные клинические лекции по рефлексотерапии

承泣 阳溪



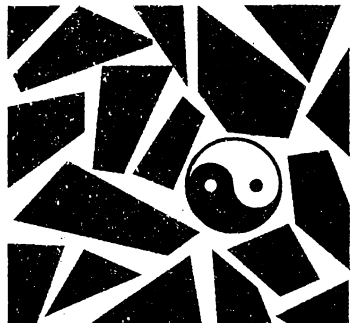
气舍

库房

по материалам  
научных работ сотрудников  
кафедры рефлексотерапии  
ХМАПО

*В.И. ЗДЫБСКИЙ*

## ЛАБИРИНТЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ



150 страниц, 1987 г.

*В.И. ЗДЫБСКИЙ*

## ФИЛОСОФСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

