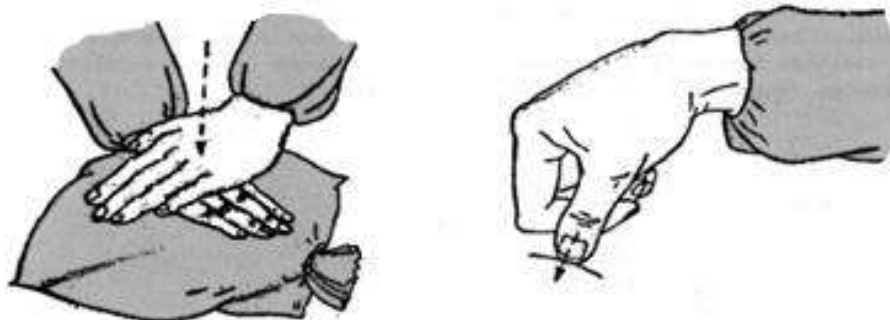


Е.Е. МОЛЧАНОВА
Н.В. МИРОНОВА

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
ЧАСТЬ I

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

«Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности Рефлексотерапия»



Рецензенты:

Дробышев В.А. — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России

Завгородько В.Н. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской реабилитации и физиотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава России

Авторы:

Молчанова Е.Е. — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России.

Миронова Н.В. — ассистент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России.

В учебном пособии описаны наиболее важные методы современной рефлексотерапии (классической иглотерапии, скальптерпии, вакуумрефлексотерапии, прижигания, фитотерапии, китайского массажа и др.), показания и противопоказания к их применению в комплексной терапии заболеваний и клинических синдромов в клинике внутренних болезней.

Учебное пособие предназначено для ординаторов, обучающихся по специальности Рефлексотерапия.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	5
Предисловие.....	6
Глава I Классификация методов рефлексотерапии	8
Глава II. Иглоукалывание	
2.1. Классическая иглотерапия	12
2.2. Микроиглотерапия	56
2.3. Поверхностная иглотерапия	61
2.4. Краниопунктура	66
2.5. Су джок терапия	76
2.6. Фармакопунктура	78
Глава III. Прижигание	80
Глава IV. Другие методы рефлексотерапии	
4.1. Вакуумрефлексотерапия	90
4.2. ДЭНС терапия	94
4.3. Акупрессура	108
4.4. Вибромассаж	112
4.5. Цуботерапия	114
4.6. Аппликация пластин	116
4.7. Криопунктура	118
4.8. Лазеропунктура	119
4.9. Магнитопунктура	121
4.10. Электропунктура	124
4.11. Ультрафиолетовое облучение	126
4.12. Микроволновая резонансная терапия	127

4.13. Фонопунктура	130
4.14. Сонопунктура	132
4.15. Остеопериостальная акупунктура	132
Глава V. Китайский массаж	137
Глава VI. Фитотерапия	156
Тестовые задания для самоконтроля.....	184
Ответы на тестовые задания	192
Рекомендуемая литература	192

Список сокращений

ИРТ – иглорефлексотерапия

ДЭНС – динамическая электронейростимуляция

ТВМ – традиционная восточная медицина

ТКМ – традиционная китайская медицина

РТ – рефлексотерапия

БАТ – биологически активная точка

МЭД – программа минимальной эффективной дозы

Δ LT - дельта латентные триггеры

ЦНС – центральная нервная система

МРТ – микроволновая резонансная терапия

ЭМИ – электромагнитное излучение

УФО – ультрафиолетовое облучение

ОПА – остеопериостальная акупунктура

ПРЕДИСЛОВИЕ

Восточная медицина, используемая с древнейших времен, и сегодня не утратила своей актуальности и широко применяется наряду с западными методами терапии. Одним из методов лечения, насчитывающим более чем двухтысячелетнюю историю, стала рефлексотерапия, позаимствованная из китайской медицины. Исходя из понятия целостности организма, рефлексотерапия воздействует через нервную систему на все органы и системы человека.

В подтверждение закона «противоречивых начал» (Инь-Ян) восточной философии, развитого в последующем Ф. Гегелем в закон «единства и борьбы противоположностей», по мере прогресса медицины нарастают и ее трудности, обусловленные этим прогрессом. Одной из таких трудностей является проведение успешной и безопасной фармакотерапии. В результате расширения возможностей фармацевтической промышленности увеличивается производство синтетических лекарственных препаратов, а, следовательно, и повышение шансов проявления нежелательного побочного действия лекарств и неуклонный рост «лекарственных болезней». Медицина ищет выходы из создавшегося положения. Один из них – изучение нелекарственных методов терапии, в частности методов традиционной восточной медицины.

Широкое распространение методов народной медицины и использование их многими специалистами объясняется их безвредностью, относительной простотой, способностью дополнять или даже заменять медикаментозные, физиотерапевтические методы лечения. Они не сопровождаются аллергическими реакциями или какими-либо другими осложнениями. Большим преимуществом чжень-цзю терапии является способность воздействовать на весь организм, стимулируя его защитно-компенсаторные и приспособительные механизмы и нормализуя измененную реактивность. При довольно высокой эффективности метод экономи-

чен, не требует дорогостоящей аппаратуры, его можно применять практически в любых условиях.

Считается, что акупунктура родилась в Китае. Китайскими медиками была изобретена карта, на которой был изображен человек и все биологически активные точки на нем.

Разработка иглоукалывания проходила в тесной связи с общей медициной. В 1076 году в Китае появилась первая школа по подготовке специалистов по иглотерапии. Будущие иглотерапевты обучались акупунктуре на специальных манекенах из бронзы с проделанными отверстиями для введения игл. Они изучали двенадцать «жизненных сосудов», линий и каналов, которые объединяли биологически активные точки на теле человека с внутренними органами. В те времена уже было известно о 657 точках (303 парных и 51 непарных).

В XVIII веке об акупунктуре было написано около 20 работ. В XIX веке были изданы 142 книги по акупунктуре. В них описывались положительные результаты этой методики лечения, а также ее высочайшая эффективность. Развитие иглоукалывания продолжалось, и в 50-е годы XX века акупунктура стала пользоваться популярностью в европейских странах.

В России изучением акупунктуры занимались ученые В.В. Корсаков и Э.С. Вязьменский, но они не могли внедрить эту методику в практику традиционной медицины. Для глубокого изучения акупунктуры в 1950 году в Китай были направлены несколько российских профессоров: И. И. Русецкий, В. Т. Вогралик, Э. Д. Тыкочинская, М. К. Усова и Н. Н. Осипова, а в 1957 году, после их возвращения в Россию, на кафедрах физиотерапии и неврологии был введен новый предмет, однако преподавали его недолго. В 1971 году, в Министерстве здравоохранения СССР было решено возобновить обучение специалистов по иглорефлексотерапии. В конце 1978 года предмет был введен в программу по подготовке специалистов.

Столь широкое распространение традиционной восточной медицины

требует от современного врача знания теоретических и практических основ этого метода лечения, показаний и противопоказаний к применению различных методик воздействия на организм человека.

Глава I. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Рефлексотерапия - лечебная система, основанная на принципах рефлексологии, осуществляемая посредством различного воздействия на ткани организма, контролируемая и реализующаяся через ЦНС.

Учитывая терминологическую путаницу, идентичность таких терминов, как «иглотерапия», «иглоукалывание», «иглорефлексотерапия», «акупунктура», считаем необходимым предложить следующую сокращённую унифицированную терминологию и классификацию.

Классификация методов рефлексотерапии

По месту воздействия рефлексотерапию классифицируют следующим образом:

- корпоральная - на точки тела;
- аурикулярная - на точки ушной раковины;
- краниальная - на точки и зоны головы;
- периостальная - раздражение надкостницы;
- подошвенная (педопунктура);
- ладонная (манопунктура, Су-Джок);
- назальная - на точки носа:
 - экзоназальная;
 - эндоназальная;
- оральная - на точки слизистой оболочки щёк, губ. и другие.

По методу воздействия рефлексотерапию разделяют на следующие виды.

- Механическая:
 - прессорефлексотерапия (воздействие на поверхностные механоре-

цепторы давлением);

- иглорефлексотерапия (классическая акупунктура) - введение игл для воздействия на все виды механорецепторов и ноцицепторов;

- микроиглорефлексотерапия - пролонгированное введение микроигл, кнопок;

- цуборефлексотерапия (Япония) - микропрессорефлексотерапия, то есть наложение металлических шариков на область определённых точек, пролонгированное давление на механорецепторы;

- периостальная игольчатая;

- поверхностная - раздражение много игольчатым валиком, молоточком;

- вибрационная (вибромассаж) - механические колебания частотой 50-200 Гц в течение 20-30 мин;

- ультразвуковая;

- иглоаппликационная;

- вакуумная - баночный массаж.

- Электрическая, или электропунктура, - воздействие постоянным или переменным током в непрерывном или импульсном режиме на все точки и зоны:

- электрорефлексотерапия - поверхностная электростимуляция;

- чрескожная электростимуляция нервов - один из методов противоболевой электростимуляции в зонах кожной проекции боли;

- электроиглорефлексотерапия, или электроакупунктура, - глубокая электростимуляция точек через иглы;

- метод Риодараку (Ryodaraku) - метод, основанный на феномене Риодараку повышенной электропроводности определённых точек в области кистей и стоп;

- метод Фолля.

- Электромагнитная (лучистая) - биоэнерготерапия:

- лазерорефлексотерапия (лазеропунктура);
- магниторефлексотерапия;
- микроволново-резонансная рефлексотерапия;
- электростатическая рефлексотерапия - применение электростатического поля и искрового разряда.

- Термическая - воздействие температурой:

- терморефлексотерапия - бесконтактное прогревание точек и зон, воздействие на терморепцепторы;

- термоожоговая рефлексотерапия - локальное прижигание в области точек, цзю-терапия, мокса - терапия;

- термоиглорефлексотерапия - прогревание через введённые в точки иглы, воздействие на механо-, терморепцепторы и ноцицепторы;

- криорефлексотерапия - криогенное воздействие;

- криоиглорефлексотерапия.

- Лекарственная, или фармакопунктура:

- аквапунктура - введение дистиллированной воды, изотонических растворов;

- прокаиновые блокады;

- введение лекарственных средств в триггерные точки;

- сывороточная рефлексотерапия;

- введение лекарств в точки - "глашатаи" и точки "согласия";

- нейротерапия - метод "шрамовых" инъекций;

- мезотерапия - множественные внутрикожные инъекции в зонах Захарьина Геда;

- методика Эдагавы - инъекции растворов в мышечную ткань (при мышечных спазмах);

- остеопунктура - введение лекарств в надкостницу и др.

- Комбинированная на биоактивные точки и зоны:

- электрофорез, микроэлектрофорез;

- гидротерапия;
- аэроионотерапия.
- Имплантационная:
 - Кетгут;
 - другие нити.
- Малое кровопускание и др.

Следует учитывать, что некоторые пациенты не переносят отдельные виды или любой из методов рефлексотерапии. У них могут развиваться сосудистые реакции вплоть до шока и коллапса, а также аллергические реакции в виде локальных кожных высыпаний на месте воздействия или генерализированных процессов по типу анафилаксии или токсико-аллергического дерматита. Во избежание этого необходимо тщательно изучить анамнез больного

Отдельные пациенты резистентны к процедурам рефлексотерапии. В аспекте традиционной восточной медицины первичная резистентность зависит от «энергетической недостаточности» больного. Это состояние чаще встречаются у пожилых, ослабленных больных, при инфекциях, интоксикациях, алкоголизме.

Имеют значение масса тела, склероз сосудов, биохимические показатели крови и т.д. Вторичную резистентность обнаруживают через некоторое время после начала лечения. Она может возникнуть на фоне слишком интенсивного и/или продолжительного лечения. В таких случаях целесообразнее проведение прерывистого курса лечения. Эффективность лечения во многом зависит от предшествующего состояния больного. Врач должен постараться определить индивидуальные особенности больного, его реактивность, иммунитет, функциональное состояние нервной системы, провести анализ каждого проявления болезни. При выборе соответствующих точек следует учитывать возраст больного, физиологические циклы (климакс, менструальный цикл, беременность), предшествующее лечение.

В настоящее время применяют различные методы рефлексотерапии при воздействии на акупунктурные точки. Эффективность методов лечения зависит от их соответствия состоянию больного и патологическим нарушениям. Это возможно только при правильной оценке состояния больного, верной диагностике с позиций западной и восточной медицины и хорошем знании возможностей отдельных методов лечения. Наиболее эффективно комплексное лечение с применением различных методов рефлексотерапии, поэтому целесообразно использовать сочетание различных методов во время одного сеанса.

ГЛАВА II. ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ

2.1. КЛАССИЧЕСКАЯ ИГЛОТЕРАПИЯ

Акупунктурные иглы

Первые акупунктурные иглы, появление которых относят к 3-5 тысячелетию до н. э., изготавливались из камня (кремня, кварца) и бамбука, затем появились костяные, и лишь значительно позже — металлические иглы.

В одном из основополагающих трактатов древнекитайской медицины — Лин Шу (1-6 вв. до н. э.) — описаны следующие 9 типов игл — цзю чжэнь:

1. Тонкая игла — хао чжэнь;
2. Длинная игла — чан чжэнь;
3. Круглая игла — юань чжэнь;
4. Тупая игла — ди чжэнь;
5. Саблевидная игла — пи чжэнь;
6. Большая игла — да чжэнь;
7. Остроконечная (мечевидная.) игла — фэн чжэнь;
8. Острокруглая игла — юань ли чжэнь;
9. Стреловидная игла — чань чжэнь.

Первые 4 вида игл применялись главным образом для регуляции циркуляции энергии (1-2 — методом акупунктуры, 3-4 — методом акупрессуры), в то время как остальные (5-9) — использовались для удаления стаза крови, гноя, избыточного жара, воспалительной синовиальной жидкости из суставов и при асците.

1. Тонкая игла (игла-волосок) — хао чжэнь — наиболее широко используемая форма иглы в древние времена и в настоящее время. Имеет тонкий длинный стержень, толщиной 0,2-0,5 мм, острый пулеобразный кончик и различную длину (от 1,5 до 12 см). Иглы длиной 0,5 цуня (1,5 см) обычно используются у детей, при пунктировании в области лица; длиной 1,5-2 цуня (4,5-6 см) — главным образом для точек тела и конечностей; длиной 3,5-4 цуня (10-12 см). Для точек VB 30 хуан-тяо, V 54 чжи-бянь и др., а также для пунктирования из одной точки в другую, например, от GI 4 хэ-гу до IG 3 хоу-си, или от VB 34 ян-линь-цуань к RP 9 инь-линь-цуань. Более толстые иглы — 26-го и 28-го размеров, толщиной, соответственно, — 0,45 и 0,38 мм, применяются для сильной стимуляции или для кровопускания. Тонкие иглы, 30-го размера (толщиной 0,32 мм) и 32-го размера (0,26 мм), — обычно используются для акупунктуры точек вокруг глаз и в области носа.

2. Длинная игла — чан чжэнь — тонкая игла с длинным стержнем (7 цуней, т. е. около 21 см) и острым кончиком. По форме и длине напоминает тонкую иглу — хао чжэнь, — отличаясь от нее только несколько большим диаметром и большей длиной. Применялась для глубокого пунктирования при лечении ревматизма и ишиаса. На основе этой иглы позднее были разработаны удлиненные иглы — ман чжэнь.

3. Круглая игла — юань чжэнь — имеет тупой закругленный кончик, длину — 1,6 цуня (4,8 см). Использовалась для акупрессуры при лечении ревматических заболеваний, болевых синдромов и других состояний.

4. Тупая игла — ди чжэнь — тонкая игла с тупым, слегка заострен-

ным кончиком, общей длиной 3,5 цуня (около 10 см). Использовалась при акупрессуре меридиана, массаже мышц, для улучшения циркуляции энергии и крови, рассеивания патогенных факторов при лечении различных заболеваний.

5. Саблевидная игла — пи чжэнь — имеет форму, подобную сабле, с двумя краями, с острым кончиком. Общая длина иглы 4 цуня (около 12 см), ширина стержня — до 2,5 фэней (до 8 мм). Игла использовалась, главным образом, для удаления гноя и стаза крови, при рассеивании патогенного жара.

6. Большая игла — да чжэнь — напоминает по форме саблевидную, однако более узкая по сравнению с ней. Ее стержень может быть также круглым и иметь диаметр до 3 мм. Кончик иглы всегда округлый, заостренный, как карандаш. Длина ее около 4 цуней (12 см). Применялась для лечения асцита, вскрытия абсцессов, рассеивания патогенного жара, удаления стаза крови. Широко используется и входит во все наборы для акупунктуры в Китае и в настоящее время.

7. Остроконечная (мечевидная) игла — фэн чжэнь — имеет острый кончик трехгранной формы. Общая длина иглы 1,6 цуня (около 4,8 см). Форма ее близка к форме современной трехгранной иглы. Использовалась для вскрытия карбункулов, кровопускания, при лечении гастроэнтеритов и острых заболеваний с высокой температурой.

8. Круглая острая игла — юань ли чжэнь — тонкая игла со слегка расширенным, но острым кончиком, длина ее около 1,6 цуня (4,8 см). Использовалась для более глубокого, чем с помощью мечевидной иглы, пунктирования — при карбункулах, отеках, остром воспалительном процессе, при лечении би-синдромов.

9. Стреловидная игла — чань чжэнь — имеет острый кончик, напоминающий по форме стрелу, и длину 1,6 цуня (4,8 см). Использовалась для кровопускания, лечения синдромов жара, при поверхностном пунктирова-

нии. По форме близка более древней игле — цзинь чжэнь.

Кроме этих 9 игл, описанных в древнекитайских руководствах, следует остановиться еще на следующих видах акупунктурных игл.

Трехгранная игла — сань лэн чжэнь — современная игла, по форме близкая древней остроконечной игле — фэн чжэнь. Имеет острый, трехгранной формы, кончик, круглую ручку и длину от 1 до 2 цуней (3-6 см). Применяется в настоящее время для кровопусканий при синдроме жара, мании, рвоте, фарингите, местно — при стазе крови.

Удлиненная игла — ман чжэнь — по форме близка одной из древних игл — длинной игле, чан чжэнь. Игла имеет острый кончик и тонкий длинный стержень — более 5 цуней (15 см). Длина иглы может быть до 1 м. Игла вводится двумя руками, одной из которых берутся за стержень, близко к кончику иглы, другой — в области ручки. Введение иглы требует высокой квалификации врача. Применяется при лечении хронических ревматических заболеваний, дисменореи, гастроэнтеритов. Используется для пунктирования в области спины, ягодиц, реже — головы и конечностей, обычно — методом косоого или горизонтального введения.

Требования, предъявляемые к форме и строению акупунктурных игл

К разным иглам, в зависимости от их строения и целей, с которыми они применяются, следует предъявлять различные требования. Мы подробно остановимся на форме и строении основной в настоящее время акупунктурной иглы, известной с древних времен как тонкая — хао чжэнь. Она имеет 4 части: ручку, основание (стержень под ручкой), стержень вне ручки и кончик иглы. Основные требования, предъявляемые к каждой части иглы, следующие:

Ручка — должна быть длиной от 2,5 до 4 см, так как при более короткой — врачу трудно взять ее тремя пальцами, а при более длинной — игла становится неустойчивой при поверхностном введении. Наиболее удобной для манипуляций является толщина ручки от 1 до 3 мм. Желает-

тельно, чтобы поверхность ручки была не гладкой, что обычно достигается изготовлением ее из одного или двух слоев проволоки, навитой спиралеобразно на верхний конец стержня.

Стержень — обычно бывает длиной от 10 до 125 мм и толщиной от 0,1 до 0,5 мм. Реже применяются иглы других размеров — длиной до 1 м, толщиной — 0,5-0,6 мм.

В Китае и многих других странах иглы известны под номерами, в зависимости от толщины стержня (табл. 1).

Таблица 1. Основные размеры игл, применяемые в настоящее время

№ игл	26	27	28	29	30	31	32	34	35
Диаметр игл (мм)	0,45	0,42	0,38	0,34	0,32	0,30	0,26	0,22	0,20

В настоящее время основными являются иглы длиной 25-75 мм, под номерами 28- 30, имеющие толщину стержня 0,38-0,32 мм. Важно, чтобы ручка и стержень были изготовлены из цельного куска металла, иначе игла будет легко ломаться у основания. Стержень иглы должен быть гладким, гибким, упругим, легко восстанавливать свою первоначальную форму и, в то же время, достаточно плотным, твердым, что облегчает введение иглы. Кончик иглы — должен быть острым, иметь пулеобразную, или близкую к ней, форму заточки. При слишком остром, тонком и длинном кончике возникает опасность, что он может загнуться или отломиться, что приведет к травматизации тканей. Кроме того, очень острый, тонкий кончик иглы может прокалывать и разрушать клетки, в то время как правильно заточенный, пулеобразный — входит между клетками, раздвигая их. При более тупом кончике введение иглы болезненно и затруднено. Наиболее качественной является электрохимическая заточка, дающая возможность полу-

чить пулеобразную и любую другую форму кончика иглы. В Китае, кроме того, выделяют конец ручки, который у китайских игл имеет несколько расширенную форму петли, что облегчает прикрепление к нему кусочка сигары при использовании метода горячей иглы и специальных контактов при электроакупунктуре, а также помогает врачу следить за углом поворота иглы при ее вращении.

Показания и противопоказания к акупунктуре

Основными документами, регламентирующими применение метода рефлексотерапии в лечебной практике в нашей стране, являются в настоящее время приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2007 г. N 266 «Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике».

Общие медицинские показания к применению рефлексотерапии в клинической практике

1. Острые и хронические болевые синдромы.
2. Функциональные расстройства органов и систем организма.
3. Профилактика рецидивов хронических болезней, функциональных расстройств, отдельных симптомов и синдромов болезней.
4. Реабилитация больных после различных заболеваний, травм, хирургических операций.
5. Острые и хронические заболевания, болевые и другие патологические синдромы, травмы у спортсменов, при которых применение активной медикаментозной терапии не рекомендуется в связи с допинговым эффектом некоторых фармакологических препаратов.
6. Необходимость повышения общей сопротивляемости и иммунокоррекции в период реконвалесценции после острых инфекционных и длительных заболеваний.

7. Необходимость усиления действия курортных и бальнеологических факторов.
8. Метеопатические и бальнеологические реакции, возникающие в ходе курортного лечения.
9. Необходимость повышения адаптационных возможностей и профилактика реакций патологического стресса в условиях интенсивного воздействия неблагоприятных и потенциально патогенных факторов различной природы (стрессы вследствие интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок, гиподинамия, монотония, прочие неблагоприятные производственные условия).

Противопоказания к проведению чжэнь-цзю терапии

1. Доброкачественные и злокачественные новообразования (методы рефлексотерапии широко применяются для уменьшения болевого синдрома и других симптомов при четвертой стадии онкологических процессов).
2. Болезни крови и кроветворных органов с геморрагическим синдромом.
3. Беременность.
4. Острые инфекционные и лихорадочные заболевания неясной этиологии.
5. Болевые синдромы неясной этиологии.
6. Хронические инфекционные заболевания в стадии декомпенсации.
7. Инфаркт миокарда.
8. Состояние острого психического возбуждения.
9. Состояние опьянения.
10. Резкое истощение.
11. Состояние после значительного физического или психоэмоционального перенапряжения.

12. Возраст до года и после семидесяти лет (применяется наиболее мягкие методы рефлексотерапии, такие как точечный массаж, прогревание, поверхностное иглоукалывание).

В настоящее время методы рефлексотерапии широко применяются для уменьшения болевого синдрома и других симптомов при четвертой стадии онкологических процессов.

При инфаркте миокарда рефлексотерапия проводится с применением мягких методик через 6 месяцев после острого периода.

У детей до года в последнее время широко применяются наиболее мягкие методы рефлексотерапии, такие как точечный массаж, прогревание, поверхностное иглоукалывание. В ряде случаев, при отсутствии других противопоказаний, рефлексотерапия применяется и у больных старше 70 лет, также с применением щадящих методик. При беременности в отдельных случаях в специализированных учреждениях методы рефлексотерапии применяют для сохранения беременности и уменьшения явлений токсикоза. Однако в первые три месяца беременности запрещено пунктирование точек в нижней половине живота и люмбосакральной области, а также общих и сильнодействующих точек, таких как: GL4 хэ-гу, RP6 сань-инь-цзяо, V60 кунь-лунь, V67 чжи-инь, и аурикулярных точек. После трех месяцев беременности противопоказано также пунктирование точек верхней половины живота. В современной китайской чжэнь-цзю терапии вышеприведенные ограничения применения акупунктуры при беременности являются наиболее значимыми.

Кроме того, китайские специалисты, осторожно, с применением небольшого количества игл, лечат больных истощенных, в состоянии переутомления, при голодании, чрезмерном приеме пищи и интоксикации. В некоторых из этих случаев они считают целесообразным отложить сеанс до улучшения состояния больного.

Особое внимание в отечественной и восточной акупунктуре уделяют необходимости соблюдать осторожность при пунктировании точек, расположенных вблизи крупных сосудов (RP 11, E 9, E 10 и др.), жизненно важных или легко повреждаемых органов (E 1, RP21, P 1, P 2 и др.).

В китайской литературе подчеркивается необходимость избегать повреждения цзан органов, расположенных в области грудной клетки и в брюшной полости. Кроме того, считается недопустимым пунктировать область родничка у новорожденных, оставлять на длительное время иглы у больных, с которыми невозможен полный контакт, в том числе — у маленьких детей.

В западной медицине рефлексотерапия не применяется в сочетании с рентгенотерапией: после проведения курса лучевой терапии рефлексотерапия может быть назначена не ранее, чем через 3 месяца после облучения. Кроме того, избегают применять рефлексотерапию у больных, принимающих большие дозы наркотических, психотропных препаратов с седативным эффектом и стероидных гормонов. Можно сочетать метод рефлексотерапии с физиотерапевтическими методиками, но между этими процедурами должен быть перерыв не менее 2-4 часов.

Соблюдение всех вышеперечисленных рекомендаций позволяет избежать развития нежелательных последствий и серьезных осложнений при проведении лечения больных методами рефлексотерапии.

Подготовка к проведению акупунктуры

Психологическая подготовка больного

Хотя психотерапевтическое воздействие не является основным в механизме действия иглотерапии, его значение трудно переоценить при любом виде лечения, тем более, при таком, как акупунктура. Поскольку рефлексотерапия связана с воздействием различными физическими факторами на тело больного, иногда болезненном, проведение лечения требует особого доверия пациента.

При общении с больным перед проведением сеанса необходимо рассеять чувство страха, недоверия, объяснить, какие ощущения он должен испытывать, каких результатов от лечения следует ожидать, в том числе и от первого сеанса. Очень важно во время первой процедуры не вызвать чрезмерно неприятных болевых ощущений и получить хотя бы небольшое уменьшение симптомов, беспокоящих больного. В том случае, когда врач не рассчитывает на немедленное улучшение состояния больного во время сеанса, на эффект «на игле», следует предупредить больного, что данный сеанс направлен на улучшение общих, адаптивных возможностей организма и является подготовительным — с тем, чтобы не обмануть ожиданий пациента и не лишиться его доверия.

Стерилизационная обработка акупунктурных игл

Стерилизационная обработка инструментов в кабинете рефлексотерапии в настоящее время проводится в соответствии с приказом МЗ СССР N 408 от 12 июля 1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом» и ОСТ-42-21-2-85, введенным в действие приказом МЗ СССР N 770 от 10 июня 1985г. В соответствии с этими приказами, все инструменты, имеющие контакт с раневой поверхностью, должны подвергаться дезинфекции, предстерилизационной обработке и стерилизации. В процессе дезинфекции уничтожаются патогенные микроорганизмы, при предстерилизационной обработке достигается механистическая очистка инструментов, при стерилизации — уничтожение всех микроорганизмов, их спор, вирусов. Все рефлексотерапевтические инструменты сразу после использования следует ополоснуть водопроводной водой, соответствующей ГОСТ 2874-73, в течение 30 с в маркированной ванночке. После удаления инструментов в ванночке должны проводиться дезинфекция, предстерилизационная обработка и затем стерилизация.

1. Дезинфекция проводится погружением инструментов на один час в 3 % раствор хлорамина, или в 6 % раствор перекиси водорода, или в 4 %

спиртовой раствор формалина (спирт 70 %), или кипячением в течение 15 минут в 3 % растворе соды. После дезинфекции инструменты ополаскиваются дистиллированной водой по ГОСТ 6700-72 в течение 30с,

2. Предстерилизационная обработка проводится помещением инструментов на 15 минут в раствор биолота (5 г биолота — 995 мл питьевой воды по ГОСТ 2874-73), подогретом до 45-50 °С. Затем в течение 30 с они очищаются при помощи ватно-марлевого тампона (в процессе мойки температура раствора не поддерживается). После предстерилизационной обработки инструменты ополаскиваются в течение 3 минут проточной водой, затем в течение 30 с дистиллированной водой. При проведении дезинфекции кипячением в содовом растворе можно не проводить предстерилизационную обработку инструментов в биолоте.

3. Стерилизация должна проводиться одним из следующих методов:

а) автоклавирование — при 132 °С, 2 атм, 20 мин; или при 121 °С, 1,1 атм, 45 мин. Второй вариант — более щадящий, менее портящий инструменты;

б) суховоздушная стерилизация — проводится обязательно в упаковке из крафт-бумаги при 180°С в течение часа (упаковка предохраняет инструменты от затупления);

в) химическая стерилизация 6 % перекисью водорода при комнатной температуре в течение 6 часов или при 50°С — в течение 3 часов;

г) химическая стерилизация в течение 30 мин в 2,5 % спиртовом растворе хлоргексидина (гибитона) по 20 % водному раствору или в 0,5 % спиртовом растворе по активному веществу (готовится разведением 20 % водного раствора хлоргексидина в 70 % этиловом спирте в соотношении 1 : 40).

После стерилизации инструменты промываются дистиллированной водой и, при необходимости длительного хранения, до использования помещаются в специальный контейнер или пробирку с притертой пробкой и

заливаются 96 % спиртом. На дно контейнера следует положить вату для предохранения от повреждения острия игл.

Все применяемые в настоящее время методы дезинфекции, предстерилизационной обработки и стерилизации в той или иной степени снижают качество инструментария — уменьшают их упругость, прочность, затупляют острие. При этом наиболее щадящим для некоторых инструментов оказывается кипячение в 3 % растворе соды в течение 15 мин, затем помещение в 2,5% спиртовой раствор хлоргексидина на 30 мин. Рекомендуют также менять методы стерилизации, что, по мнению некоторых специалистов, удлиняет срок службы инструментов.

Кожа больного перед проведением акупунктуры стерилизуется 76 % этиловым спиртом. В соответствии с приказом МЗ СССР N245 от 30.08.1991 г. на одно посещение больного положено 5 г 96 % этилового спирта-ректификата. Кроме того, на хранение игл возможно выделение 100 г 96 % этилового спирта-ректификата на 1 месяц в соответствии с приказом МЗ СССР N 762 от 17.08.1978 г. Следует иметь в виду, что 1 г 96 % этилового спирта-ректификата занимает объем 1,25 мл.

Поза больного и врача

Поза больного должна быть удобна для проведения акупунктуры в соответствующей области и, в случае необходимости оставления игл в течение длительного времени, должна быть удобной для больного. Наиболее часто используются следующие положения больного:

1. Положение лежа на спине. Используется для пунктирования в области лица, груди, живота, конечностей.

2. Положение лежа на животе. Используется для пунктирования в области головы, спины, конечностей.

3. Положение лежа на боку. Используется для пунктирования боковой поверхности головы, туловища, конечностей, а также при применении сочетания точек передней и задней поверхности туловища.

4. Положение сидя на стуле со слегка согнутой шеей, руки лежат свободно на коленях и опираются на стол. Используется для пунктирования волосистой части головы, шеи, воротниковой области, рук.

При первой процедуре, лечении ослабленных больных, а также лиц, склонных к выраженным вегетативным реакциям, пунктирование следует проводить в горизонтальном положении, чтобы избежать глубокого обморочного состояния.

Поза врача должна быть удобна. Руки врача должны иметь точку опоры, иначе центр тяжести руки будет перенесен на иглу, что может вызвать у больного ощущение резкого давления и боли.

Техника пунктирования

Взятие иглы (чи чжэнь фа)

В зависимости от длины иглы и способа ее введения, возможны различные варианты взятия иглы. Наиболее часто используют следующие:

1. Взятие ручки тремя пальцами правой руки, расположенными компактно, близко друг к другу, крепко обхватывая ее. Применяется при введении коротких игл, длиной 1-2 см, методом быстрого введения, особенно в плотные ткани, а также при быстром поверхностном уколе.

2. Взятие ручки тремя пальцами так, как держат карандаш. Применяется при быстром введении очень коротких игл (0,5-1 см) при достаточной плотности иглы.

3. Взятие иглы одной рукой, как описано в 1-м или 2-м вариантах, но не в области ручки, а в области стержня, чуть выше его кончика. Для профилактики инфицирования игла берется через стерильный марлевый или ватный тампон. Можно также взять иглу чуть выше ее кончика пинцетом. Последний вариант нам представляется наиболее удобным. Метод используют для введения длинных игл — более 7 см, особенно при быстром введении, необходимости уменьшить болевые ощущения и при работе начинающими специалистами.

4. Взятие иглы одной рукой в области ручки тремя пальцами — первым, вторым и третьим, так, чтобы указательный и средний были расположены свободно, напротив большого пальца, как бы скользя вниз по игле, поддерживая ее и сохраняя заданное направление. При этом желательно, чтобы рука опиралась на 3-й или 4-й и 5-й пальцы в области пунктирования. Это поможет сконцентрировать усилия врача при введении иглы и сохранить направление пунктирования. Данный метод применяется при введении коротких игл (2-4 см).

Можно использовать этот метод и при введении игл несколько большей длины (5-7 см), располагая 4-й и 5-й пальцы вдоль иглы, слегка поддерживая ее и помогая сохранить заданное направление введения.

Метод используется многими китайскими врачами, однако требует достаточной плотности иглы, ее хорошей заточки, высокой квалификации врача, силы в пальцах его рук, поскольку при таком взятии иглы труднее сконцентрировать всю силу в одном движении и направлении. Метод может применяться начинающим врачом лишь в области тонкой кожи, мягких, легко проходимых тканей и при пунктировании короткой плотной иглой.

5. Взятие иглы так, как описано в 4-м варианте, но не в области ручки, а ниже, в области стержня. При этом окончание пятого пальца правой руки должно находиться на одном уровне с острием иглы и опираться на поверхность тела больного. Таким образом фиксируется рука врача и кончик иглы. Этот метод удобен для введения игл длиной 7-9 см. Его недостатком является сложность обеспечения стерильности стержня. Кроме того, затруднены манипуляции иглой, поскольку игла в области стержня гладкая и тоньше, чем в области ручки, в связи с чем она может скользить в руках врача, что недопустимо.

6. При необходимости введения иглы снизу вверх игла как бы лежит на 2-м и 3-м пальцах, а можно, дополнительно, чтобы она лежала еще и на 4-м и 5-м пальцах врача.

7. Реже игла берется двумя пальцами, большим и указательным. Такое взятие иногда целесообразно вблизи кончика иглы, в частности, при очень короткой ее длине, реже применяется в области ручки.

8. Взятие иглы двумя руками. Одной — чуть выше кончика иглы, как описано в первом варианте, т. е. тремя пальцами левой руки, но тут пальцы расположены более свободно; второй, пунктирующей, обычно правой, рукой — в области ручки, тремя пальцами, так, что указательный и средний расположены относительно свободно напротив большого пальца.

Такое взятие иглы применяется при введении длинных игл методом устойчивого пунктирования.

Кроме того, этот метод взятия иглы двумя руками используют при более глубоком введении длинных игл, после прохождения иглой поверхностных слоев с помощью одной руки, как описано в третьем варианте. В этом случае врач, после введения иглы одной рукой, обычно правой, переносит ее от кончика иглы на ручку, а второй — берется за стержень около места введения, помогая сохранить устойчивость и направление иглы.

9. Взятие иглы двумя руками — так, что ведущая, обычно правая, расположенная внизу, берет иглу около кончика двумя пальцами — большим и указательным. Вторая рука — тремя пальцами, свободно — берет иглу в области ручки. Ее задача — поддерживать иглу и помогать при ее введении нижерасположенной руке.

Фиксация кожи в области акупунктурной точки второй рукой

В тех случаях, когда игла берется одной рукой, вторая, как правило, фиксирует кожу в области пунктируемой точки. В древнекитайских руководствах по акупунктуре говорится о необходимости использования обеих рук при введении иглы. Основными приемами фиксации кожи являются:

1. Надавливание подушечкой концевой фаланги большого, среднего или указательного пальца левой руки рядом с акупунктурной точкой — чжи це я шоу фа. Метод используется при пунктировании короткой иглой неглубоко расположенных точек, например, Р 7 ле-цюе, R 6 чжао-хай и др.

Вариантом этого метода можно считать метод давления ногтем большого пальца в области пунктируемой точки — це фа. Перед уколом кончиком ногтя делают крестообразное вдавление в месте, соответствующем акупунктурной точке. Применяется для уменьшения болевых ощущений при введении иглы. Сильное давление вызывает местную ишемизацию, онемение и, как следствие этого, снижение чувствительности рецепторов кожи и уменьшение болевых ощущений при последующем пунктировании.

2. Метод растягивания кожи 1-м и 2-м пальцами левой руки — шу чжан я шоу фа. Игла вводится правой рукой в акупунктурную точку между 1-м и 2-м пальцами левой руки, в область растянутой кожи. Метод применяется при пунктировании в области живота и других областях с плохо фиксируемой, свободно расположенной кожей, а также при пунктировании пожилых, истощенных больных.

3. Захватывание кожи 1-м и 2-м пальцами левой руки в складку. Игла быстро вводится правой рукой в область складки, обычно методом косоугольного пунктирования. Данный метод удобен для пунктирования точек головы, лица и других областей с тонким мышечным слоем, тонкой кожей. Этот способ введения применяется также при методе дянъ Цы — быстром пунктировании поверхностно расположенного сосуда с получением капелек крови, при пунктировании концевых точек в области кончиков пальцев.

4. Использование пяти пальцев левой руки. Левая рука накладывается плотно на кожу в области пунктирования точки. Игла вводится правой рукой между двумя пальцами левой руки. Метод применяется обычно в области спины.

Техника собственно введения иглы

Техника собственно введения иглы — цзинь чжэнь — один из основных компонентов акупунктурной техники. Существует большое количество методов введения, однако, при любом из них прохождение иглы через эпидермис должно быть, по возможности, быстрым и безболезненным, так как раздражение болевых рецепторов в области кожи не способствует терапевтическому эффекту, а лишь вызывает негативное отношение больного к процедуре, затрудняя дальнейшее лечение. Для уменьшения болевых ощущений при любом методе пунктирования игла должна быть взята рукой врача достаточно крепко, плотно. Внимание врача должно быть фиксировано на кончике иглы. Первое движение вводящей, пунктирующей руки должно быть достаточно энергичным, быстрым, направленным вертикально вниз по отношению к поверхности кожи. При работе тонкой, хао, иглой и достаточном опыте врача к поступательному движению можно добавить небольшое вращательное, однако при этом ведущим должно оставаться поступательное движение. После прохождения через эпидермис дальнейшее введение иглы в глубь тканей обычно бывает безболезненным. Оно может быть чисто поступательным или поступательным в сочетании с легкими вращательными движениями небольшой амплитуды (до 180°), и попеременным: вправо, затем влево, с высокой частотой вращения — 90-100 оборотов в минуту. Необходимо следить, чтобы амплитуда вращения была минимальная, иначе можно вызвать «накручивание» мышц и их рефлекторный спазм, усиливающий боль и затрудняющий дальнейшее введение иглы. Причем, следует учитывать, что, чем чаще вращение и меньше амплитуда, тем быстрее и легче достигается введение иглы. В Китае чаще используют чисто поступательное движение или сочетание поступательного с вращательным при ведущем участии поступательного компонента. В нашей стране чаще пользуются методом «вкручивания» иглы, т.е. сочета-

нием поступательного и вращательного движений, при котором важным или доминирующим является вращательное.

В случае применения методов, регулирующих циркуляцию энергии в меридианах, при подходе к глубине расположения акупунктурной точки, введение иглы следует замедлить, чтобы было легче уловить появление феномена дэ ци, являющегося определяющим для получения эффекта в этой группе методов.

Разнообразие техники введения определяется различием терапевтических целей, что предполагает различную глубину введения и применение соответствующих игл. Кроме того, методика введения отличается в разных областях тела и зависит от толщины подкожного жирового и мышечного слоев, чувствительности рецепторов и плотности тканей в области пунктирования. Наконец, она зависит от квалификации врача и часто определяется школой, к которой принадлежит специалист.

Весьма условно все многообразие методик можно разделить на 3 группы:

1. Быстрое одномоментное введение иглы на нужную глубину.
2. Двухмоментное введение: быстрое прохождение через эпидермис, затем более постепенное введение — глубже, на нужную глубину.
3. Постепенное введение иглы на необходимую глубину.

Особое место занимает введение игл с помощью направителя. Этот метод известен также как метод «щелчка». Он широко используется в Японии, Германии и некоторых других странах. Применяют направители различной конструкции, чаще в виде трубок различной длины. Их подбирают в соответствии с длиной иглы так, чтобы игла при вставлении в трубку легко проходила в нее вместе с ручкой и выступала на 3-5 мм над верхним концом направителя. Направитель вместе со вставленной в него иглой плотно прижимается к коже в области акупунктурной точки, вызывая здесь ишемизацию и, как следствие этого, значительное уменьшение

болевых ощущений при введении иглы. Игла вводится легким ударом по выступающей части ручки — «щелчком». В Китае к использованию направителей относятся отрицательно, считая их применение признаком недостаточно высокой квалификации врача.

При использовании направителя любой конструкции, после прохождения иглы через эпидермис (на глубину 3-5 мм), направитель удаляют, и дальнейшее введение проводится постепенным поступательным или поступательно-вращательным движением на требуемую глубину.

К группе введения иглы одной рукой относят все методы одномоментного быстрого пунктирования и часть методов двухмоментного и постепенного. В группе введения иглы двумя руками выделяют два основных варианта:

1. Метод устойчивого пунктирования — цы чжэнь фа. При этом методе поступательное движение иглы обеспечивается одновременным координированным усилием обеих рук, при ведущей — вышерасположенной руке. Нижерасположенная рука обеспечивает прежде всего устойчивость введения иглы. Пунктирующая рука, обычно правая, берет иглу в области ручки тремя пальцами, так, что указательный и средний расположены напротив большого пальца. Вторая рука берет иглу чуть выше кончика, свободно, тремя пальцами (8-ой вариант).

Прохождение иглы через эпидермис при этом методе обычно осуществляется за счет быстрого поступательного, реже — поступательно-вращательного движения вышерасположенной руки. Нижерасположенная рука может не только обеспечивать устойчивость иглы, но и, при достаточной квалификации врача, добавочно посылать иглу координированным поступательным движением в том же направлении, помогая быстро провести иглу через эпидермис. Дальнейшее введение осуществляется поступательно-вращательным движением вышерасположенной руки. Вращение

должно быть небольшой амплитуды — до 180° , поочередно, по - и против часовой стрелки, с частотой 50-100 оборотов в минуту.

2. Метод введения иглы двумя руками с доминирующим или важным участием нижерасположенной руки — му ши чжи я шоу фа. При этом методе пунктирующая, обычно правая, рука берет иглу около кончика — плотно, двумя пальцами; вторая рука — свободно держит ручку иглы (9-й вариант). Врач поступательными движениями нижерасположенной руки вводит иглу, постоянно перенося свою руку чуть выше и как бы вдавливая иглу в пунктируемую точку. Вторая рука помогает, поддерживая иглу и дополнительно посылая ее в том же направлении. Метод требует высокой квалификации врача, при нем трудно обеспечить стерильность иглы, и поэтому он применяется реже, чем другие методы введения иглы.

Угол введения иглы

Пунктирование может проводиться под разным углом. В зависимости от угла введения иглы различают 3 вида пунктирования:

Перпендикулярное пунктирование — чжи цы — под углом 90° к поверхности кожи.

В древнекитайской медицине метод перпендикулярного пунктирования применялся, главным образом, для лечения поверхностного болевого синдрома, вызванного патогенным холодом. При этом обычно кожа захватывалась в области акупунктурной точки 1-м и 2-м пальцами левой руки, игла быстро вводилась перпендикулярно и поверхностно. Кроме того, в Китае игла вводится перпендикулярно при гармонизирующем методе регуляции циркуляции энергии. В западной рефлексотерапии перпендикулярно пунктируется большая часть точек.

2. Косая пункция — се цы — под углом примерно 45° к поверхности кожи. В западной медицине этот метод обычно применяется в областях с тонким мышечным слоем или в области груди, живота, при опасности повреждения внутренних органов. Например, при пунктировании Р 7 ле-

цкое, РС 3 инь-тан, F14 ци-мень и других точек. Кроме того, данный метод применяют при необходимости пунктирования точек, в области которых кожа изменена. В этом случае можно ввести иглу, несколько отступая от точки, в области неизменной кожи, и под углом направить ее к месту расположения собственно акупунктурной точки в глубине тканей. В восточной медицине косое пунктирование применяют также для регуляции циркуляции энергии в меридиане: для ее усиления нужно ввести иглу под углом, направляя ее кончик по ходу меридиана, а для уменьшения энергии — против хода меридиана.

Особое место занимает введение в одну акупунктурную точку 2-4-х игл под углом 45-65°. Такой метод, в частности, применяется при пунктировании VB 14 ян-бай, E 4 ди-цан у больных с невритом лицевого нерва — для усиления стимулирующего действия в области этих точек.

3. Горизонтальное пунктирование — хэн цы. Введение иглы под углом 3-15° к поверхности кожи. Этот метод также используется при тонком мышечном слое, при необходимости воздействия на достаточно большие области. Наиболее часто метод используется в области головы, грудины, например, при пунктировании точек T 20 бай-хуэй, E 8 тоу-вэй, J 17 тань-чжун и др.

Кроме того, горизонтальное пунктирование применяется при введении иглы из одной точки в другую, например, от T 24 шэнь-тин к T 23 шан-син.

Следует иметь в виду, что при косом и горизонтальном пунктировании прохождение через эпидермис иногда проводится перпендикулярным уколом, затем направление иглы меняется, и она вводится горизонтально или косо. Это позволяет более безболезненно провести иглу через эпидермис.

Особое место занимает метод проникающего пунктирования — тоу сую фа. Этот метод применяли в древности и широко применяют в Китае в

настоящее время. Используется в тех случаях, когда одновременное пунктирование 2-х, близко расположенных и положительно действующих на данный процесс, акупунктурных точек, оказывает хороший терапевтический эффект. Например, проникающее пунктирование из E 38 тяо-коу в V 57 чэн-шань применяют контралатерально при плечелопаточном периартрозе, с двух сторон, от TR 5 вай-гуань к MC 6 нэй-гуань, при вегетативно-сосудистой дистонии и т. д. Кроме однонаправленного проникающего пунктирования, иногда применяется многонаправленное, например, при плече-лопаточном периартрозе — от GI 15 цзянь-юй к GI 14 би-нау, затем от GI 15 цзянь-юй к TR 14 цзянь-ляо, после этого — от GI 15 цзянь-юй к C 1 цзи-цюань.

При проникающем пунктировании обычно игла достигает второй точки, не выходя из тела. При этом вторая рука врача контролирует движение иглы, с тем, чтобы не допустить выход иглы в области второй акупунктурной точки на поверхность кожи. Затем, после получения феномена дэ ци во второй акупунктурной точке, игла удаляется, если это однонаправленное проникающее пунктирование, или возвращается в первую акупунктурную точку и затем направляется в следующую, третью точку, если это многонаправленное пунктирование.

В зависимости от расположения акупунктурных точек по отношению друг к другу, при проникающем пунктировании применяется перпендикулярное, как, например, при введении иглы из GI 4 хэ-гу к IG 3 хоу-си, или косое, горизонтальное пунктирование, например, при введении иглы из TR 21 эр-мэнь IG 19 тин-гун и VB 2 тин-хуэй.

Глубина введения игл

Глубина пунктирования различна для различных точек и может отличаться в одной к той же точке при различных методах воздействия — более глубокое введение при ослабляющем, рассеивающем методе и более поверхностное — при стимулирующем методе. Кроме того, у ослабленных

больных, детей, стариков и при пониженном питании больного — обычно используют менее глубокое пунктирование тех же точек, что и у взрослых с сильной конституцией и хорошими адаптогенными, защитными возможностями организма.

Для большинства акупунктурных точек оптимальной является глубина 1-1,5 см при использовании рассеивающего метода и 0,5 см при стимулирующем методе. Реже — акупунктурные точки пунктируются менее глубоко (при любой методике). Обычно это точки, расположенные более поверхностно, на глубине 0,7—0,9 см в области с отсутствием мышечного слоя, например, Р 7 ле-цзе, Т 20 бай-хуэй, и др. Некоторые акупунктурные точки, например, J 3 чжун-цзи, J 4 гуань-юань, J 6 ци-хай и другие точки в области живота, при хорошо развитой брюшной мускулатуре и подкожно-жировом слое, расположены на глубине 2-3 см; а VB 30 хуань-тяо — самая глубоко расположенная точка на теле человека — на глубине 7-9 см. Глубина пунктирования этих точек должна соответствовать глубине их расположения.

Методы тренировки введения акупунктурных игл

Поскольку введение акупунктурных игл, особенно длинных и тонких, является наиболее трудной манипуляцией в акупунктуре, для начинающих специалистов необходима предварительная тренировка.

Тренировку следует начинать с введения игл в фантом.

Для этого, прежде всего, необходимо сделать бумажную подушечку из мягкой (можно туалетной) бумаги, сложенной в 4-18 слоев, прямоугольной формы, и перевязанной ниткой. В середину этой подушечки можно вложить хлопковую вату. В процессе тренировки следует делать все те же движения, как и при нанесении уколов ранее перечисленными способами.

Самое главное — тренировка силы руки, держащей иглу. Держать иглу нужно обязательно с приложением усилий. Недопустимо, чтобы тело

иглы скользило между большим и указательным пальцами. Хорошим результатом натренированности пальцев может считаться укол, при котором прокалывается сразу 6 слоев бумаги. Тренировка силы пальцев и методов нанесения уколов на бумажно-ватной подушечке является лишь первой частью обучения основам иглотерапии. Поскольку бумажно-ватная подушечка и тело человека имеют большую разницу, китайские специалисты считают необходимым следующий этап - тренировку на себе, чтобы понять, какие ощущения появляются у больного и у врача. Для тренировки на начальных этапах рекомендуют использовать точки Е 36 цзу-сань-ли, GI 10 шоу-сань-ли и другие, расположенные в областях с хорошо выраженным мышечным слоем и вдали от крупных сосудов и жизненно важных органов.

Феномен de qi (дэ ци)

Феномен дэ ци, известен также как феномен прибытия ци — энергии, феномен пунктирования (КНР), хибики (Япония), предусмотренных ощущений (Россия) и др. Феномен прибытия энергии появляется при введении в акупунктурную точку и имеет очень важное, решающее значение для эффективности лечения методами, направленными на регуляцию циркуляции энергии в меридиане. В древнекитайском руководстве Лин Шу сказано: «Акупунктурная терапия не будет эффективна, пока ци не прибывает».

Признаки прибытия Ци

В данном феномене следует различать два аспекта — ощущения больного и ощущения врача.

Ощущения больного могут быть следующими:

1. Чувство тяжести, онемения, ломоты, распираания. Этот вид ощущений западная медицина связывает с раздражением проприорецепторов. Он чаще наблюдается при пунктировании точек в области надкостницы, месте прикрепления мышц, сухожилий (Р 7 ле-цюе, РС 3 инь-тан и др.).

Восточные медики считают, что получение подобных предусмотренных ощущений особенно важно для получения терапевтического эффекта при лечении бессонницы, некоторых других состояний, при которых необходимо вызвать миорелаксацию.

2. Чувство теплоты, жжения - как результат раздражения симпатических рецепторов, окружающих сосуды. Эти ощущения могут быть получены при пунктировании любых точек, поскольку небольшие сосуды и, следовательно, симпатические рецепторы расположены в любой области, однако, они более выражены при введении игл в «сосудистые» точки, расположенные вблизи крупных сосудов, такие как С 7 шэнь-мень, Е 9 жэнь-инь, Е 10 шуй-ту, 1G 17 тянь-жун и др.

Получение чувства жжения или теплоты восточные медики считают особенно важным при лечении артритов и артрозов.

3. Ощущение прострела, прохождения электрического тока в восточной медицине выделяют в особый вид дэ ци — чу дянь гань

Этот вид предусмотренных ощущений легко возникает при пунктировании точек в области прохождения нервных стволов — МС 6 нэй-гуань, 1G 8 сяо-хай и др. и расценивается западной медициной как результат раздражения нервных волокон. В древневосточной литературе указывается на особую важность получения этого вида дэ ци при лечении невритов, радикулитов.

Возможно также одновременное появление различных видов ощущений. Феномен дэ ци может распространяться по ходу меридиана, что известно в восточной медицине как акупунктурная реакция — чжэнь цзю гоу ин, или меридианная передача — цзин ло гоу чуань. Причем, это распространение возможно как дистальнее, так и проксимальнее пунктируемой точки.

При высокой квалификации врача все описанные ощущения не являются очень неприятными для больного. В первые сеансы он восприни-

мает их как умеренно болезненные, затем адаптируется, чему, очевидно, способствует разъяснение, какое важное значение имеют предусмотренные ощущения для получения лечебного эффекта. В дальнейшем некоторые больные говорят, что этот феномен воспринимается ими как приятный.

Ощущения врача. Первое ощущение врача при попадании в акупунктурную точку — чувство как бы «проваливания» в пустоту, в «отверстие» (хуе, сюе — означающее «точка» — имеет дополнительное значение «отверстие, щель»). Западные врачи связывают появление этого ощущения с большей выраженностью рыхлой соединительной ткани в области акупунктурной точки по сравнению с окружающими тканями. Затем врач чувствует какую-то тяжесть на кончике иглы. Это ощущение сравнивают с ощущением рыболова во время поклевки, когда рыба еще не села на крючок, но слегка его оттягивает. Данные ощущения врача расцениваются восточными специалистами как первые признаки прибытия ци. В более выраженных случаях ощущение тяжести на кончике иглы у врача усиливается, напоминает ощущение магнита — как будто игла углубляется, притягиваемая магнитом, схватывается соседними тканями.

Китайские специалисты именно ощущениям врача придают основное значение при определении появления феномена дэ ци в пунктируемой точке. Именно эти ощущения в первую очередь наиболее подробно описаны в древнекитайских руководствах и на них ориентируются современные китайские специалисты, не спрашивая больных об их ощущениях. Как правило, ощущения врача и больного появляются одновременно. Иногда, при недостаточной внимательности или чувствительности больного, ощущения врача в виде «схватывания иглы» появляются чуть раньше предусмотренных ощущений больного. Электромиографические исследования, проводимые японскими авторами, показали, что момент возникновения ощущения «схватывания иглы» (феномена дэ ци) совпадает с активизацией мышечных волокон в ответ на раздражение рецепторов в области аку-

пунктурной точки. Именно поэтому ощущения больного (результат раздражения рецепторов) и врача (свидетельствующие о рефлекторном напряжении мышц) возникают обычно одновременно. С позиций западной медицины появление феномена предусмотренных ощущений также важно, так как свидетельствует о наличии первого звена в рефлекторном механизме действия через акупунктурную точку на определенную функциональную систему.

Манипуляции, применяемые для стимуляции феномена дэ ци — дао ци

В тех случаях, когда после попадания иглы в область акупунктурной точки феномен дэ ци не получен и врач чувствует только ощущение «проваливания» — «ощущение большой, пустой комнаты без конца», а больной не испытывает никаких предусмотренных ощущений или феномен дэ ци выражен слишком слабо, следует применить специальные манипуляции для побуждения прибытия энергии — дао ци. Основными среди них являются: вращение, вибрация, встряхивание, пощипывание, покачивание, «поскребывание» иглы, пунктирование, линейный массаж вдоль меридиана и оставление иглы.

1. Вращение иглы — наиболее часто используемая манипуляция для получения феномена дэ ци, поскольку этот метод малотравматичен, позволяет легко дозировать раздражение от очень мягкого до достаточно интенсивного. Существуют различные варианты вращения:

а) Поочередное, равномерное вращение иглы в обе стороны по ходу и против хода часовой стрелки, с амплитудой от 90° до 180° и частотой от 50 до 100 и более вращений в минуту. При этом, чем меньше амплитуда и частота вращения, тем слабее раздражение, и наоборот. Необходимо иметь в виду, что, при большой длине иглы, даже небольшое искривление ее при вращении в области ручки приводит к большой амплитуде вращения в области кончика иглы, что может вызвать травматизацию тканей. Кроме то-

го, вращение не должно превышать 180° , иначе может произойти «накручивание» кожи и спазм мышц в области пункции.

б) Метод однонаправленного вращения иглы по направлению течения энергии в меридиане — цо фа.

Данный метод соответствует восточным представлениям о том, что вращение иглы по ходу меридиана способствует усилению циркуляции энергии в меридиане. Игла берется 1-м, 2-м и 3-м пальцами правой руки в области ручки. Вращение производится движением большого пальца вперед. При этом, следует избегать закручивания тканей вокруг иглы. Поэтому необходимо прекратить движение большого пальца при появлении сопротивления этому движению и на время отпустить иглу. Манипуляцию можно повторить 2—3 раза с интервалами в несколько секунд.

в) Летающий метод — фэй фа — является, по сути, вариантом однонаправленного вращения иглы — цо фа. Игла также вводится под углом по ходу меридиана, берется 1-м, 2-м и 3-м пальцами в области ручки. Ручка вращается движением большого пальца вперед до сопротивления и затем резко отпускается, что вызывает легкую вибрацию иглы. Манипуляция повторяется 3 раза. Название метода связано с тем, что внезапное освобождение пальцев правой руки врача напоминает расправление крыльев птицы. Метод применяется в тех областях тела, где хорошо выражен мышечный слой.

2. Метод вибрации. Оказывает мягкое стимулирующее действие при активизации феномена дэ ци. Для достижения вибрации игла берется 1-м, 2-м и 3-м пальцами правой руки за верхнюю часть ручки. Движения очень небольшой амплитуды (около 1 мм) совершаются в верхне-нижнем направлении с большой частотой (50—100 и более в минуту). Чаще применяется в области с хорошо выраженным мышечным слоем.

3. Метод встряхивания (постукивания, щелчка). Также применяется для побуждения или усиления феномена дэ ци. Встряхивание иглы может

быть получено постукиванием по ручке методом щелчка. Это приводит к колебаниям кончика иглы. Рекомендуется проводить в областях, которые удалены от крупных сосудов и жизненно важных органов. Часто используется при лечении неврита лицевого нерва и пунктировании местных точек стимулирующим методом.

4. Метод пощипывания. Пощипывание проводится в области ручки, легко, вызывая ее дрожание. Применяется для стимуляции феномена дэ ци в акупунктурных точках, отдаленных от крупных сосудов и жизненно важных органов.

5. Метод покачивания. При данном методе игла берется за ручку и делаются небольшие круговые движения ручки по часовой стрелке. При применении этого метода для длинных игл их следует брать за стержень. При недостаточном эффекте рекомендуется слегка поднять иглу, затем направить по ходу меридиана и повторить круговые движения. Метод рекомендуется при очень слабом феномене дэ ци в поверхностно расположенных точках — E 8 тоу-вэй, GI 2 эр-цзянь, GI 3 сань-цзянь и др.

6. Метод «поскребывания» (царапанья). При данном методе тело иглы в месте ее вхождения в кожу фиксируется большим и указательным пальцами левой руки. Большой палец правой руки помещается на конец ручки, чтобы поддержать ее устойчивость, затем указательным пальцем правой руки проводят «скребущее» движение сверху вниз и, несколько слабее, наоборот. Эти движения не должны быть очень сильными. Ручку от иглы рекомендуют не отрывать. Обычно применяют для получения и усиления феномена дэ ци в области переднего и заднего срединного меридианов, а также в области точек, где не допустима большая амплитуда движений иглы - в области глаз, вблизи нервных стволов, крупных сосудов, жизненно важных органов.

7. Метод пунктирования (метод прямого и косого пунктирования) — ти ча фа. Относится к методам сильной стимуляции. Используется для по-

лучения и усиления феномена дэ ци в областях тела, расположенных вдали от сосудов и жизненно важных органов, с хорошо развитым подкожно-жировым и мышечным слоем. При этом методе игла берется 1-м, 2-м и 3-м пальцами правой руки в области ручки и проводятся перпендикулярные движения в верхне-нижнем или косом направлении, с амплитудой 2 — 4 мм (иногда больше) — по отношению к оптимальной глубине места расположения акупунктурной точки. Метод травматичен и применяется в западной медицине с осторожностью и редко.

8. «Плавающий», или подвижный, укол — является по сути вариантом метода пунктирования и используется китайскими и многими западными специалистами для «поиска» феномена дэ ци в областях тела, расположенных вдали от сосудов и жизненно важных органов, с хорошо развитым подкожно-жировым и мышечным слоем.

При данном варианте после введения на нужную глубину игла останавливается, данное положение иглы и руки фиксируется, и затем проводится «покалывание» (пунктирование) по направлению «вверх-вниз». Если при этом не возникает ощущение дэ ци, иглу извлекают под кожу, затем меняют направление иглы и вновь вводят ее на нужную глубину, где повторяют пунктирование, вращение или другие методы получения феномена дэ ци. Метод весьма травматичен и должен применяться с осторожностью.

9. Линейный массаж вдоль хода меридиана — чжи я син ци фа. Проводят методом давления большим пальцем по ходу меридиана, с интенсивностью поглаживания или более сильно. Более эффективным считается метод постукивания по ходу меридиана. Массаж проксимальнее от введенной иглы эффективнее, чем массаж по ходу меридиана до иглы. Применяется в области точек, где стимуляция феномена дэ ци более травматичными методами нежелательна - в области лица, вблизи крупных сосудов, жизненно важных органов.

10. Временное оставление иглы. Известен также как метод ожидания прибытия ци — хоу ци. Применяется обычно в том случае, когда все остальные манипуляции, допустимые в данной области тела, не привели к желаемому результату. Игла обычно оставляется на 5-60 минут, реже — дольше. При этом, через небольшие промежутки времени (2-10 минут, в зависимости от общей длительности оставления иглы), повторяют различные, адекватные для данной области тела и состояния больного, манипуляции для стимуляции дэ ци. В практике, обычно, при отсутствии эффекта от одного из методов, проводится другая манипуляция, затем применяют прием оставления иглы — хоу ци, с повторными манипуляциями через небольшие промежутки времени.

Причины отсутствия феномена дэ ци

Если, несмотря на все проводимые манипуляции, феномен дэ ци не появляется, это может иметь следующие причины:

1. Неправильное определение врачом локализации акупунктурной точки.
2. Неправильная глубина введения иглы.
3. Несовершенство манипуляции при недостаточной квалификации врача.
4. Слабая конституция, ослабленный организм больного. В гл. 67 Лин Шу говорится, что здоровые лица с обилием ци — имеют быстрое прибытие энергии, лица с избыточной инь, хрупкой конституцией — имеют замедленное прибытие ци.
5. Снижение чувствительности в области пунктируемой точки.
6. Специфическая конституция некоторых людей с хорошими защитными силами организма, но у которых трудно или невозможно вызвать феномен дэ ци.

Значение феномена дэ ци

Феномену дэ ци придается большое значение в восточной и западной медицине. Как уже говорилось, его наличие необходимо для достижения терапевтического эффекта в большинстве случаев акупунктурного лече-

ния. При этом, не имеет значения, как получен феномен дэ ци — самостоятельно после введения иглы или после каких-то манипуляций. Однако, по силе и скорости появления этого феномена можно судить о функциональной активности больного, состоянии его защитной энергии. Чем быстрее появляется и сильнее выражен феномен дэ ци, тем острее процесс и больше выражена функциональная активность соответствующих органов, систем и меридианов. И, наоборот, при слабо выраженном феномене дэ ци и медленном его появлении следует думать о вялотекущем процессе, слабых функциональных и защитных возможностях организма. В связи с этим, анализ степени выраженности и скорости появления феномена дэ ци служит дополнительным методом при определении прогноза и выборе метода лечения больного. В древнекитайских источниках указывается, что быстрое прибытие ци обычно говорит о легком течении заболевания и хорошем прогнозе. Медленное прибытие ци показывает возможность недостаточного эффекта при лечении.

Лишь в очень редких случаях у некоторых людей имеется специфическая конституция, при которой человек не испытывает предусмотренных ощущений, однако, лечение его методом акупунктуры может дать положительный результат.

Очень сильные предусмотренные ощущения и напряжение мышц требуют применения уменьшающего, рассеивающего энергию метода акупунктуры (прием се). И, наоборот, не резко выраженное и медленное прибытие ци является показанием для мягкого стимулирующего метода (прием бу).

Методы, применяемые для регуляции циркуляции энергии в меридиане — бу се методы

Многовековая история акупунктуры накопила большой опыт по методам регуляции циркуляции энергии в организме. Все они применяются

только после получения феномена дэ ци. В зависимости от поставленной цели, все методы делятся на три группы.

1. Усиливающие, стимулирующие — бу фа методы. Применяются при синдромах недостаточности для усиления циркуляции энергии в меридиане, активизации физиологических функций органов и систем, адаптивных, защитных сил организма. (Таблица 2)

2. Рассеивающие, ослабляющие, уменьшающие энергию — се фа методы. Применяются при синдромах избыточности, чрезмерности патогенного фактора, гиперактивности различных органов и систем, для рассеивания патогенной энергии, для уменьшения гиперактивной циркуляции энергии в меридианах и функциональной активности соответствующих органов и систем. (Таблица 2)

3. Гармонизирующие методы — пин бу пин се фа. Применяют при различных дисфункциях функциональных систем, значительном снижении защитных сил организма, а также при одновременной гиперактивности патогенных факторов и слабости защитных сил организма, недостаточности функциональной активности отдельных органов и систем. Эти методы направлены на гармонизацию нарушенных функций, а также на одновременное рассеивание патогенного фактора и усиление защитных сил организма.

Основными элементами всех методов, направленных на регуляцию циркуляции энергии, являются различные методы вращения, поступательного движения, различная скорость введения и удаления иглы, связь манипуляций с дыханием, с направлением движения ци в меридиане, «открывание» или «закрывание» отверстия после пунктирования и некоторые другие.

1. Метод регуляции циркуляции энергии в зависимости от направления течения.

Зависимость направления пунктирования от течения энергии в меридиане — ин суй бу се фа.

При усиливающем — бу методе — игла вводится под углом 60° , с кончиком, направленным по ходу меридиана. При пунктировании нескольких точек на меридиане точки берутся последовательно по ходу меридиана.

При ослабляющем — се методе — кончик пунктирующей иглы направляется под углом 60° против хода меридиана. Акупунктурные точки берутся последовательно против хода меридиана.

Интересно, что современная нейрофизиология показала, что различный вектор раздражения рецепторов приводит к различным эффектам.

2. Метод быстрого и медленного введения и удаления иглы — цзы суй бу се фа.

При усиливающем методе игла вводится медленно, с усилием, в сочетании с небольшим вращением, на заданную глубину; удаляется быстро, легко, вначале к уровню на 4-6 мм ниже кожи и затем, моментом позже, быстро удаляется полностью.

При ослабляющем методе игла вводится быстро, легко; удаляется медленно, с усилием.

В 1 гл. Лин Шу движение руки при удалении иглы для стимулирующего метода — сравнивается с «движением руки, когда дотрагиваешься до кипятка»; для рассеивающего метода — с движениями «человека, медленно и неохотно покидающего свой родной город».

3. Применение вращения иглы для регуляции циркуляции ци в меридиане — нянь чжуань бу се фа. При усиливающем методе игла вращается по часовой стрелке (1-й палец движется вперед), с умеренной скоростью и силой, с амплитудой движения меньше 180° . В обратном направлении игла поворачивается мягко и более медленно — движением указательного пальца вперед, большого — назад.

При ослабляющем методе — необходимо вращение против часовой стрелки (1-й палец движется назад), быстро, с большой силой и амплитудой больше 180°. В обратном направлении игла поворачивается легко и медленно, движением 1-го пальца вперед, указательного — назад.

Амплитуда вращения не должна быть больше 360°, иначе возникает «накручивание» на иглу окружающих тканей, спазм мышц, сильная боль, возможны искривление и перелом иглы.

4. Применение поступательного движения — метод прямого и косого пунктирования — ти ча бу се фа.

При усиливающем методе игла, после получения феномена дэ ци, тяжело, с усилием опускается на 2-4 мм ниже области пунктируемой точки, затем мягко поднимается на исходный уровень.

Рекомендуется повторить это движение 9 раз (цифра 9, как нечетная, в восточной философии относится к категории ян).

При ослабляющем методе игла после получения феномена дэ ци с усилием, тяжело поднимается на 2-4 мм вверх и затем легко опускается до исходного уровня. Манипуляция повторяется 6 раз (число 6, как четное, относится к категории Инь).

Амплитуда пунктирования может быть различна в зависимости от состояния больного и выбранной степени стимуляции. Однако, в любом случае, она должна быть небольшой — несколько миллиметров.

5. Методы регуляции циркуляции ци разной последовательностью манипуляций на различной глубине пунктируемой области.

При усиливающем методе игла вначале вводится в более поверхностный слой пунктируемой области тела, где, после получения феномена дэ ци, проводятся манипуляции, способствующие стимуляции циркуляции защитной энергии, затем игла опускается в более глубокие слои пунктируемой области и вновь, после получения феномена дэ ци, повторяются стимулирующие методы. Затем игла быстро, легко удаляется.

При ослабляющем методе — наоборот, игла вначале вводится на максимальную для данной точки глубину и, после получения феномена дэ ци, проводятся манипуляции, способствующие рассеиванию энергии, затем игла поднимается в вышерасположенные слои пунктируемой области и методы рассеивания повторяются. После этого игла медленно, с усилием, удаляется.

6. Регуляция циркуляции энергии методом «открытия и закрытия отверстия» — кай хэ бу се фа. При стимулирующем методе после удаления иглы следует прессировать область пунктирования, чтобы «закрыть отверстие», при ослабляющем методе — отверстие оставляют открытым, «чтобы избыточная энергия удалялась здесь из организма». Для усиления этого эффекта рекомендуют перед удалением иглы, при рассеивающем методе, сделать несколько колебательных движений иглой, чтобы «расширить отверстие».

7. Связь методики пунктирования с фазой дыхания — ху си бу се фа.

В Лин Шу описано два варианта регуляции циркуляции энергии особой методикой пунктирования, связанной с фазой дыхания:

а) При стимулирующем методе игла вводится на выдохе и выводится на вдохе, при уменьшающем методе — наоборот, вводится на вдохе и выводится на выдохе.

б) Вращение иглы, при стимулирующем методе, после получения феномена дэ ци проводится в фазе выдоха и прекращается в момент вдоха больного, при рассеивающем методе — наоборот, вращение иглы продолжается до фазы выдоха у больного.

Вариантом данного метода является метод регуляции циркуляции энергии, в меридиане теплом и холодом — лян жэ бу се фа. Техника его проведения следующая: при усиливающем методе, после получения феномена дэ ци, игла поворачивается по ходу часовой стрелки 3 раза. Вращение иглы прекращается в момент вдоха. Это повторяется 3 раза, пока местно не

появится чувство тепла. При отсутствии эффекта применяется метод «поскребывания» по направлению вниз или повторяется первый этап.

При ослабляющем методе, после получения феномена дэ ци, игла поворачивается против часовой стрелки 6 раз, вращение прекращается в фазе выдоха. Повторяют манипуляцию, пока не появится чувство холода. При отсутствии эффекта проводят стимуляцию методом «поскребывания» по направлению вверх или повторяют первый этап.

8. Метод оставления иглы — лю чжэнь. Применяют не только для стимуляции феномена дэ ци, но также для регуляции циркуляции энергии в меридиане. При стимулирующем методе игла после получения феномена дэ ци обычно оставляется на короткое время (2-15 минут) или удаляется сразу. При ослабляющем методе игла оставляется на более длительное время — 20-60 минут, иногда дольше. При этом, чем тяжелее и длительнее процесс, тем больше должно быть время оставления иглы. Например, при очень сильных, хронических, резистентных к терапии болях, спазмах, при достаточно хороших защитных силах организма, после получения феномена дэ ци иглу оставляют на 60-90 минут.

В древнекитайских руководствах при описании приема оставления иглы говорится: «В тех случаях, когда лечение направлено на удаление лишней энергии, оставление иглы должно продолжаться столько, сколько необходимо до получения желаемого результата. Если же лечение направлено на увеличение энергии, оставление иглы должно быть кратковременным, после чего иглу сразу извлекают».

Западные медики связывают особенности воздействия в зависимости от длительности оставления иглы в области акупунктурной точки с тем, что при длительном ее нахождении в тканях, наряду с афферентной нейрогенной импульсацией, возникают, по данным Гращенко и Русецкого, нейрогуморальные и гормональные сдвиги в соответствующей функциональной системе. Это приводит к включению адаптогенных, в том числе —

противоболевых, антиспастических и других механизмов длительного действия.

Однако в данной закономерности существует одно очень важное исключение. Наиболее сильный обезболивающий эффект можно получить методом, при котором, после получения очень сильного, ярко выраженного феномена дэ ци — в виде онемения, боли до ломоты, удара электрического тока, — игла удаляется. Этот метод широко применяется в Китае при пунктировании точек VB 30 хуань-тяо, V 40 вэй-чжун гомолатерально — у больных ишиасом, VB 38 ян-фу — контралатерально при плечелопаточном периартрозе. Метод в ряде случаев очень эффективен, но он может быть применен только у конституционально сильных больных, с достаточными компенсаторными возможностями. У слабых больных, с хроническими болями — следует применять метод пунктирования с получением слабого или умеренно выраженного феномена дэ ци, с последующим длительным оставлением иглы.

Таблица 2. Основные методы стимулирования и седирования

Манипулирование иглой	БУ	СЕ
Вращение иглы	Короткое, медленное	Быстрое
Метод оставления иглы	Оставляется на короткое время (2-15 минут) или удаляется сразу	Оставляется на более длительное время — 20-60 минут, иногда дольше.
Скорость введения и извлечения иглы	Медленное введение, быстрое выведение	Быстрое введение, медленное извлечение
Направление введения иглы	По ходу меридиана	Против хода меридиана

В зависимости от дыхания	Ввести на выдохе, извлечение на вдохе.	Ввести на вдохе, извлечение на выдохе.
Отверстие после введения иглы	Закрыть и провести массаж места укола	Не закрывать
Царапание иглы	Вниз	Вверх

Все вышеописанные методы регуляции циркуляции энергии в меридианах применяются в акупунктурных методиках самостоятельно или в различных сочетаниях. Причем, наиболее часто сочетается прием оставления иглы на определенное время с другими методами активизации или рассеивания энергии. При этом метод гармонизации циркуляции энергии — пин бу пин се фа включает одинаковые по силе, поочередно применяемые приемы усиления (бу) и ослабления (се). При этом методе игла вводится перпендикулярно, после получения феномена дэ ци — ее равномерно вращают по ходу и против часовой стрелки, или используют равномерные движения иглы вверх и вниз. Затем игла оставляется на 15-20 мин, после чего — удаляется. Все манипуляции обычно проводятся мягко, по щадящей методике.

Гармонизирующий метод, как уже было сказано выше, применяется при сложных синдромах, сочетании избыточности патогенного фактора и недостаточности антипатогенной, защитной энергии. Это, как правило, ослабленные больные с хроническим, вялотекущим процессом.

Адекватность силы воздействия при акупунктуре состоянию больного

При любых методиках пунктирования необходима адекватность силы и характера воздействия состоянию больного. Этот аспект является одним из самых важных, если не основным, при проведении лечения различными методами рефлексотерапии, и особенно методом акупунктуры. Несоблюдение его приводит или к отсутствию эффекта, когда воздействие

слишком слабое, или к ухудшению состояния больного — при чрезмерном раздражении.

Только опыт и интуиция врача могут подсказать, какой метод, какую силу воздействия и длительность манипуляций следует проводить данному больному в данный момент. При этом, следует начинать с минимальных по силе раздражений и, внимательно наблюдая за реакцией больного и его общим состоянием, постепенно усиливать степень воздействия.

Обычно слабое воздействие — жо цы цзи — применяется у больных со слабой конституцией, при их психологической неподготовленности и у пожилых пациентов при хронических процессах.

Сильное воздействие — цян цы цзи — применяется у больных с сильной конституцией, психологически подготовленных к проведению лечения и при наличии показаний для сильного воздействия (выраженный болевой синдром, спазмы, гиперкинезы, гипертонус и др.).

Лишь адекватное, оптимальное для данного больного раздражение гарантирует терапевтический эффект.

Методы акупунктурного воздействия, применяемые в западной медицине

В западной медицине применяют возбуждающий, тормозной и регулирующий методы, имеющие в ряде случаев существенные отличия от многих применяемых в восточной медицине методов.

1. Возбуждающий метод оказывает стимулирующее действие при периферических парезах, энергических состояниях, обмороках и некоторых других состояниях с гипофункцией различных органов и систем. При этом методе пунктируют большое количество акупунктурных точек, вводят иглы на небольшую глубину, 0,5-1 см, получают относительно менее сильные, чем при тормозном методе предусмотренные ощущения путем быстрого, резкого раздражения. Иглу удаляют сразу после стимуляции или оставляют на 5-15 минут.

Выделяют 1-й и 2-й варианты возбуждающего метода.

1-й вариант — более сильный, при нем пунктируют 15-25 точек, вызывая более сильные предусмотренные ощущения; иглы удаляются сразу после стимуляции или через 5-7 минут.

2-й вариант — более умеренный стимулирующий метод, при котором пунктируют 10-15 акупунктурных точек, с получением умеренных предусмотренных ощущений, иглы оставляются на 7-15 минут.

2. Тормозной метод вызывает тормозящее, седативное действие при гиперфункции различных органов и систем, повышении мышечного тонуса, спазме мышц, гиперкинезах, повышенной возбудимости, болевых и других синдромах гиперактивности.

Для получения тормозного эффекта в западной медицине применяют пунктирование небольшого количества акупунктурных точек (от 1 до 10), глубокое введение (1-3 см и более), получение сильного предусмотренного ощущения методом постепенного усиления степени раздражения, затем длительное оставление иглы. Условно выделяют 1-ый и 2-ой варианты тормозного метода.

1-й вариант — более сильные предусмотренные ощущения, максимально глубокое для данной области и точки введение игл, длительное, на 40-60 и более минут, их оставление.

2-й вариант — более умеренные предусмотренные ощущения, менее глубокое введение игл, оставление их на 20—40 минут.

3. Регулирующий (гармонизирующий) метод применяется при тех же состояниях, что и гармонизирующий метод в восточной медицине, — у ослабленных больных, при различных дисфункциях, сочетании состояний гипер- и гипоактивности. Гармонизирующее действие достигается использованием 4-6 акупунктурных точек с умеренным адаптогенным действием, введением иглы на глубину 1 — 1,5 см, получением умеренных предусмотренных ощущений и оставлением игл на 15 — 20 минут.

Возможные осложнения и их, профилактика

Методы рефлексотерапии, при правильном их применении, безопасны и не дают осложнений. Однако при нарушении основных правил их использования возможно развитие различных побочных эффектов.

Наиболее частым осложнением при иглотерапии является развитие вегетативно-сосудистых реакций в виде предобморочного состояния — бледности лица, снижения артериального давления, похолодания конечностей. Если своевременно не оказать помощь, может развиваться обморок.

Для профилактики вегетативно-сосудистых пароксизмов следует проводить процедуры, особенно первые, при горизонтальном положении больного. Это осложнение развивается в результате слишком сильного воздействия для данного больного, и поэтому необходимо для его профилактики соразмерять степень раздражения с компенсаторными возможностями пациента, особенно осторожно лечить больных в первые сеансы, пока не уточнен характер их вегетативных реакций. При развитии предобморочного состояния следует извлечь все иглы, уложить больного, помассировать точки «скорой помощи» — Т 26, Т 25 и др., дать больному вдохнуть нашатырный спирт. При недостаточном эффекте — парентерально вводят кордиамин. Следует отметить, что развитие этого осложнения свидетельствует, как правило, о высокой чувствительности больного к рефлексотерапии и позволяет прогнозировать хороший эффект при продолжении лечения методом акупунктуры. Необходимо лишь несколько уменьшить силу воздействия (взять более мягкие акупунктурные точки, в меньшем количестве и т.д.).

Искривление иглы развивается обычно при произвольном сокращении мышц или движении больного. Для профилактики этого осложнения следует вводить иглы, по возможности, щадящим методом, избегая грубых манипуляций иглой, введения игл в сухожилия.

Необходимо снять у больного психоэмоциональное напряжение перед сеансом, добиться полной релаксации мышц, объяснить пациенту правила поведения во время процедуры и следить за их выполнением, а также за отсутствием неприятных ощущений во время оставления игл. Если искривление иглы вызвано изменением положения тела, то вначале рекомендуют вернуть больного в исходное положение и затем извлекать иглу. Нельзя при удалении иглы применять большие усилия. Извлечение иглы при ее искривлении проводят медленными плавными движениями в направлении наклона ручки иглы. При этом необходимо периодически отпускать ручку, чтобы уточнить ее направление, которое в процессе извлечения обычно меняется.

Затруднение извлечения иглы наблюдается обычно при повышенной возбудимости мышц; возможно при спастических параличах, грубом болезненном введении иглы. В подобных случаях следует помассировать круговыми движениями мышцы вокруг иглы, а если не помогает, — произвести иглоукалывание в точку этого меридиана выше или ниже места задержки иглы, что, как правило, расслабляет спазмированную мышцу. Профилактика этого осложнения требует соблюдения тех же правил, что и профилактика искривления иглы.

Поломка иглы — редкое, но одно из наиболее серьезных, осложнений. Происходит чаще у основания иглы, т.е. на месте припая стержня к рукоятке.

Для профилактики этого осложнения необходимо постоянно проверять состояние игл, пользоваться иглами, изготовленными из цельного куска проволоки. Иглу следует оставлять выступающей над кожей на 10-20 мм и следить, чтобы игла не была покрыта тяжелым одеялом, простыней и не заглублялась. При переломе иглы, если конец иглы хорошо виден, его захватывают пинцетом («москитом») и извлекают. В случае если остаток сломанной иглы находится на уровне кожи, следует придавить кожу

вокруг иглы и попытаться захватить иглу пинцетом. Если извлечь ее не удастся, необходимо удалить иглу оперативным путем.

Для профилактики инфицирования кожи и глубжележащих тканей, а также возможности заражения сывороточным гепатитом и СПИДом, — следует тщательно обрабатывать кожу спиртом, особенно в области ушной раковины и в зонах с повышенным скоплением секрета потовых и сальных желез, соблюдать правила стерилизации игл и других рефлексотерапевтических инструментов.

Возможно также развитие гематомы, травматического неврита, микропневмоторакса и других осложнений при неправильном введении игл в области сосудов, периферических нервов и различных внутренних органов. Для их профилактики необходимо соблюдать правила введения игл вблизи сосудисто-нервного пучка и жизненно важных органов. Кроме того, для профилактики развития гематомы при проколе сосуда рекомендуется немедленное извлечение иглы с ее вращением. Это может способствовать сокращению стенки сосуда и остановке кровотечения.

Гематома обычно рассасывается самостоятельно через 5-7 дней. При значительном кровоизлиянии с выраженной отечностью применяют местно давление, через несколько дней — массаж, тепло, прогревание на область гематомы, чтобы ускорить ее рассасывание.

Болевые ощущения в области пунктирования, сохраняющиеся в течение длительного времени после сеанса, обычно являются следствием грубых манипуляций иглой. Для их профилактики необходимо избегать сильной стимуляции, особенно в области нервных стволов, сосудов. Для уменьшения болевого синдрома в легких случаях применяют местно точечный массаж методом прессации, при более выраженном болевом синдроме — прессацию и прогревание в области боли.

2.2.МИКРОИГЛОТЕРАПИЯ

Микроиглорефлексотерапия — одна из разновидностей иглоукалывания, предназначена для длительного (продолжительного) воздействия на акупунктурные точки. Известна в Китае как интрадермальная иглотерапия «*pi-nei-zhen*», «пи-нэй-чжень»).

Микроиглотерапию применяют либо как самостоятельным методом лечения, либо в комплексе с другими методами рефлексотерапии. Так, микроиглотерапия может проводится параллельно с классическим иглоукалыванием, лазеропунктурой (микроиглы вводятся после сеанса на 1-2 дня). Такой подход наиболее оправдан в период манифестации клинической симптоматики для потенцирования «тормозных» эффектов рефлекторной терапии. Часто микроиглотерапия назначается после завершения основного курса рефлексотерапии для закрепления полученных результатов или для предотвращения рецидива заболевания.

Механизм действия

Очаг хронического асептического воспаления вокруг микроиглы вызывает раздражение рецепторов и, как следствие этого, активизацию нейроэндокринных механизмов адаптации, нормализацию функциональной активности соответствующих органов и систем. Продлительное раздражение микроиглами рецепторов в области акупунктурной точки создает длительно существующую доминанту, переключаящую на себя поток патологической импульсации вызывает разрыв патологического круга, способствует «вытормаживанию» очага патологической гиперактивности и тем самым создает условия для уменьшения болей, гиперкинезов, приступов бронхиальной астмы, вегетативно-сосудистых и других нарушений. Сравнение механизма действия классической иглотерапии и микроиглотерапии показало, что при классической акупунктуре включаются механизмы быстрого реагирования в виде антиноцицептивной подсистемы нейро-

нов, связанных с опиатными нейронами. При микроиглотерапии складывающаяся антиноцицептивная система активизируется более медленно.

Микроиглы изготавливают из цельного куска проволоки (диаметром 0,1-0,3 мм) того же материала, что и обычные акупунктурные иглы, то есть из специальных сортов нержавеющей стали, серебра, золота и др.

Техника процедуры

Техника введения микроигл несколько отличается от техники введения обычных игл. После соответствующей обработки кожи иглу берут стерильным глазным или обычным пинцетом, как ручку, и вводят подкожно. Очень важно, чтобы игла располагалась именно подкожно, а не внутрикожно (это слишком болезненно при введении) и не внутримышечно или в непосредственной близости к сухожилиям (может привести к искривлению микроиглы). При введении иглы в точки кожи головы предварительно удаляют волосы на участке 1 см² или иглы фиксируют специальным биоклеем, так же вводят микроиглы на туловище при наличии выраженного волосяного покрова. После введения микроиглу фиксируют лейкопластырем. Можно фиксировать микроиглу и специальным биоклеем.

В зависимости от показаний можно вводить от одной до шести игл на различное время. Стальные иглы могут находиться в тканях в течение 1-7 дней, серебряные или золотые – 2-3 нед.

Микроиглотерапия предполагает воздействие на карпоральные и аурикулярные точки с помощью специальных микроигл диаметром 0,1 — 0,3 мм, изготовленных из цельного отрезка проволоки. Материалом для микроигл могут служить нержавеющая сталь (нихром), золото или серебро.

Корпоральные точки стимулируются микроиглами, которые имеют ручку в виде 1,5-2 витков спирали, в центре которой проходит стержень длиной от 1 до 14 мм. Рабочий конец иглы выполнен в форме конуса, вершина которого имеет угол 5-10°.

Для аурикулярной микроиглотерапии применяются специальные иглы-кнопки (по форме напоминают канцелярские кнопки). По сравнению с микроиглами для корпоральных точек они имеют меньший размер, а стержень иглы перпендикулярен виткам ручки.

Микроиглотерапии проводится циклами. Под циклом понимается период непрерывного воздействия на группу акупунктурных точек. Продолжительность цикла (время оставления игл) в среднем составляет 3-5 дней для игл из нержавеющей стали и 5-7 дней для игл из золота и серебра.

Перерыв между циклами составляет в среднем от 3 до 7 дней. Курс лечения состоит из 3-5 циклов. Последовательно для достижения значимого клинического эффекта, а также для закрепления полученных результатов, может проводиться 2-3 курса микроиглотерапии. Интервалы между курсами составляют 1-2 месяца.

Подбор акупунктурных рецептур для проведения микроиглотерапии проводится на основе эмпирического, сегментарного и локального подходов и предполагает использование точек «общего действия», специфических точек, сегментарных и локальных точек. В качестве локальных пунктов могут быть рекомендованы не только классические акупунктурные точки, но и «триггерные» пункты, которые клинически характеризуются болью, локальной и отраженной болезненностью, а также местными структурными изменениями, например, в виде локальных мышечных гипертонусов. Одни и те же точки не подвергаются повторному воздействию в течение одного курса лечения.

Обычно 1-й цикл лечения начинают с общих корпоральных точек, 2-й цикл проводят с применением общих аурикулярных точек, а начиная с 3-го цикла используют специфические, сегментарные и локальные точки.

Показания к применению микроиглотерапии в основном соответствуют показаниям к применению иглоукалывания. Предпочтительным является лечение тех заболеваний и патологических состояний, которые

требуют «тормозных» вариантов стимуляции, т.е. сильного раздражения. Поэтому применение микроиглотерапии может быть преимущественно рекомендовано при болевых синдромах различной локализации, при психоэмоциональных и вегетативных расстройствах, требующих седативного воздействия, при абстинентном синдроме, при заболеваниях нервной системы, сопровождающихся гиперрефлексией, гиперкинезами, спастикой и ригидностью, при заболеваниях внутренних органов с повышением тонуса гладкой мускулатуры, при эндокринной патологии, связанной с гиперфункцией желез внутренней секреции, при хронических воспалительных процессах, при аллергических состояниях, при дегенеративно-дистрофических поражениях опорно-двигательного аппарата.

Микроиглотерапия применяется при:

1. Заболеваниях центральной нервной системы (острые нарушения мозгового кровообращения в восстановительном периоде, последствия травм головного и спинного мозга, включая посттравматическую головную боль, спастическая кривошея, лицевой геми- и параспазм, детский церебральный паралич, синдром вегетативной дистонии с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль, ночное недержание мочи, заикание).
2. Психоэмоциональных расстройствах (тревога, страх, навязчивость, истерия, нарушения сна).
3. Токсикомании (табакокурение, алкоголизм).
4. Заболеваниях периферической нервной системы (в остром периоде в случае развития болевого синдрома при невропатиях, плексопатиях, полиневропатиях).
5. Вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромах.

6. Сексуальных нарушениях у мужчин (преждевременная эякуляция различного генеза, хронический перемежающийся ночной приапизм, болевые и дизурические синдромы при простатите).

7. Заболеваниях кожи (кожный зуд, нейродермит, псориаз, экзема, крапивница).

8. Заболеваниях ЛОР-органов (вазомоторный ринит, сенсоневральная тугоухость, болезнь и синдром Меньера).

9. Заболеваниях органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит).

10. Заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь I — II ст., облитерирующий эндартериит).

11. Заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит с повышенной или нормальной секрецией, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит).

12. Заболеваниях почек и мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, хронический цистит и др.).

13. Заболеваниях эндокринных желез и нарушения обмена веществ (сахарный диабет II тип, тиреотоксикоз, ожирение).

14. Гинекологических заболеваниях (болевой синдром при хронических воспалительных заболеваниях матки и придатков).

Противопоказания

Противопоказания к применению микроиглотерапии ограничены лишь заболеваниями кожи в области предполагаемого введения микроигл (воспаление, фурункулы, другие гнойничковые заболевания кожи, рубцы, травматическое поражение и др.). Не следует сочетать микроиглотерапию с рентгенотерапией, электрорефлексотерапией и физиотерапией на область введения микроигл.

Осложнения

Среди осложнений, связанных непосредственно с методикой проведения микроиглотерапии, прежде всего следует отметить:

- 1) выраженный локальный или регионарный воспалительный процесс (вплоть до нагноения или рожистого воспаления);
- 2) поломку корпоральной микроиглы (особенно актуально для золотых и серебряных игл);
- 3) повреждение сосудисто-нервных пучков (возможно при введении микроигл в дистальные точки тем больным, которые придерживаются активного двигательного режима — дети, спортсмены, рабочие и др.).

2.3. ПОВЕРХНОСТНАЯ ИГЛОТЕРАПИЯ

Поверхностная иглорефлексотерапия (pi fu , "пи фу") включает воздействие на акупунктурные точки, биологически активные зоны и области валиком, многоигольчатым молоточком или пучком игл. Различные виды поверхностной иглорефлексотерапии - вариант быстрого поверхностного иглоукалывания одной иглой, которое можно осуществлять быстрым нанесением серии уколов обычной акупунктурной иглой. Однако подобный способ воздействия непроизводителен, требует больших затрат времени и технически сложен, поэтому такой метод применяют сравнительно редко. Обычно вместо этого используют описанный ниже метод поверхностной иглорефлексотерапии многоигольчатым молоточком, пучком игл или валиком.

Метод поверхностной иглотерапии был известен в древнем Китае и описан как особый вид поверхностного иглоукалывания - "ян-цы". Сначала его использовали главным образом у детей, поэтому он был известен также как детский.

В настоящее время его широко используют у взрослых. Применяется почти у всех больных в качестве вводной или заключительной процедуры

при проведении сеанса классической иглотерапии и других методов рефлексотерапии. Реже поверхностную иглотерапию используют в качестве монотерапии.

Механизм действия

Поверхностная иглорефлексотерапия вызывает механическое раздражение в соответствующих точках и зонах, что приводит к увеличению электропроводности кожи и усилению местного кровообращения. Кроме того, воздействие на акупунктурные точки и биологически активные зоны, рефлекторно связанные с соответствующими функциональными системами, вызывает изменение в соответствующих центрах их регуляции.

Используют многоигольчатые молоточки. В некоторых случаях можно применять специальные трубки с иглами. В трубке существуют отверстия только для прохождения острия иглы. Раздражение проводят лёгким постукиванием по необходимым зонам рабочей поверхностью трубки. Также разработан ещё один способ многоигольчатого раздражения – иглоапликация (Кузнецов И.И., 1981), при котором воздействие на определённые кожные зоны осуществляют с помощью наложения гибких пластин различного размера с укрепленными на них иглами (1-16 штук на 1 см²). Давление игл на кожу можно регулировать путём нагнетания воздуха в резиновую муфту, облегающую сверху иглоапликатор. Валики, применяемые при поверхностной иглотерапии, обычно изготавливают из специальных твёрдых нержавеющей сплавов. Можно также использовать валики с большим количеством игл или пластмассовые валики, однако они вызывают иногда менее приятные ощущения, чем более дорогие валики из твёрдых сплавов.

Методика воздействия

Поверхностная иглорефлексотерапия многоигольчатым молоточком

Процедура раздражения многоигольчатым молоточком заключается в ритмичном поколачивании по определённым акупунктурным точкам и кожным зонам.

- Раздражение слабой степени не сопровождается выраженными болевыми ощущениями, после процедуры на коже возникает лёгкая нестойкая эритема.

- Раздражение средней степени сопровождается незначительной болью, которая сразу же после сеанса проходит. Характерна выраженная стойкая эритема.

- Раздражение сильной степени сопровождается выраженной болью. После сеанса в местах воздействия кроме стойкой эритемы возникают петехии, точечные кровоизлияния, исчезающие через несколько дней.

- Сверхсильное раздражение применяют очень редко. Воздействие при этом близко к порогу переносимости болевого раздражения. Больной с трудом переносит боль и может просить о прекращении процедуры. Кожная реакция более выражена, чем при раздражении сильной степени.

Освоение техники многоигольчатого раздражения требует довольно длительной тренировки. Кисть врача должна быть довольно гибкой, натренированной не только в смысле скорости, точности, но и силы удара многоигольчатым молоточком.

Частоту ударов можно отрабатывать с помощью метронома - от одного удара в 2 с до двух ударов в 1 с (120 в мин). Следует обращать внимание и на строго перпендикулярное направление ударов. Рукоятку молоточка при этом нужно удерживать с достаточным усилием, упруго - в противном случае его головка легко отклоняется в сторону и иглы царапают кожу. В то же время кисть при тренировке не должна быть чрезмерно напряжена - иначе подвижность её резко снижается, она быстро устаёт, удары становятся неравномерными по силе и частоте.

Поверхностная иглорефлексотерапия пучком игл

Раздражение пучком игл - разновидность поверхностного иглоукалывания с использованием соединённых в пучок нескольких игл, обычно укреплённых на длинной рукоятке. Раздражение пучком игл проводят в определённых зонах, описывая дорожки различной формы: продольные, поперечные, кольцевидные, овальные и др. Форма дорожки зависит от зоны. Расстояние между дорожками и ударами на дорожке в среднем составляет 5-10 мм.

Часто используют серии ударов в одну и ту же зону, соответствующую расположению акупунктурной точки. Начинают с 20 и доводят до 40-50 ударов к концу курса лечения. У детей, пожилых и ослабленных больных следует применять раздражение слабой и средней степени. В области головы, лица, шеи, живота интенсивное раздражение не используют.

Поверхностная иглорефлексотерапия валиком

На области биологически активных зон воздействуют специальными валиками, оказывающими механическое раздражающее действие на кожу. Валиком воздействуют на соответствующие зоны с лёгким давлением, при этом направление перемещения валика может соответствовать путям венозного и лимфатического стока или линиям натяжения кожи (линии Лангера). Раздражение проводят до появления гиперемии в области воздействия.

Зоны воздействия

Область применения поверхностной многоигольчатой акупунктуры та же, что и у большинства способов рефлексотерапии. В зависимости от показаний раздражение пучком игл можно проводить как на поражённой, так и на симметричной здоровой стороне. Начинать процедуру рекомендуют со здоровой стороны, применяя при этом различной степени раздражение. Наиболее часто используют следующие зоны.

Воротниковая область.

Воздействие показано при хронической недостаточности мозгового кровообращения, вегетативно-сосудистой дистонии, неврозах, шейном остеохондрозе, мышечно-тонических синдромах в шейно-воротниковой области и др. Применяют при спондилогенных болевых, местных мышечнотонических синдромах.

Отделы позвоночника.

Паравертебрально на уровне грудного отдела воздействуют при хронических лёгочных процессах, хроническом бронхите; на нижнем грудном и поясничном уровнях - при заболеваниях ЖКТ, печени; в крестцовой зоне - при гинекологических заболеваниях.

"Трусиковая зона" - при ночном энурезе, гинекологических заболеваниях

Показания, противопоказания и осложнения

Поверхностную рефлексотерапию назначают при очень широком круге заболеваний.

Поверхностная иглотерапия в шейно-воротниковой, паравертебральной и некоторых других областях в качестве вводной или заключительной процедуры показана практически при всех заболеваниях. Особенно эффективна она при неврозах, вегетативно-сосудистой дистонии, хронических бронхитах, других хронических лёгочных заболеваниях, ночном энурезе, гинекологических хронических заболеваниях, гастрите, язвенной болезни желудка и др.

Противопоказания те же, что и при классической иглотерапии. При этом поверхностную иглотерапию не следует проводить в области изменённой кожи, бородавок, особенно с выраженной пигментацией, при склонности к кровоточивости, гемофилии.

Осложнения регистрируют крайне редко. При нарушении правил асептики возможны раздражение и инфекционно-воспалительные изменения кожи. В этом случае лечение следует прервать и обработать кожу в области поражения 76% спиртом. При сильном и сверхсильном воздействии у ослабленных больных возможны вегетативные реакции и обморок.

2.4. КРАНИОПУНКТУРА

Краниопунктура (скальптерапия, церебральная акупунктура) — разрабатываемая в последнее время микроакупунктурная система, в основе которой лежит воздействие на особые зоны, расположенные в области скальпа. Точки скальпа в классическом иглоукалывании используют давно. Однако при краниопунктуре воздействие проводится не изолированно на одну точку, а на целую зону, локализация которой в определенной мере совпадает с анатомической проекцией структур головного мозга, преимущественно коры большого мозга. Известно около 20 линейно расположенных зон, стимуляция которых оказывает терапевтический эффект. Так, определены моторная, сенсорная, оптическая, слуховая, речевая, вазомоторная и др. линии. При использовании данной акупунктурной системы получены обнадеживающие результаты при ряде тяжелых заболеваний нервной системы: последствиях инсульта, посттравматической энцефалопатии, паркинсонизме, эпилепсии, расстройствах речи и зрения центрального генеза, болезни Меньера и др.

Механизм действия краниопунктуры.

Считают, что при раздражении активных зон скальпа возникает поток афферентной и протопатической импульсации, который активизирует целый ряд структур: продолговатого мозга, подкорковых ядер и коры с последующим переключением афферентации с этих структур на различные системы организма.

Лечебный эффект краниопунктуры находит теоретическое подтверждение в современных нейроанатомических и нейрофизиологических дан-

ных об общности иннервации отдельных областей мозга и скальпа (напр., участие V пары черепных нервов в иннервации оболочек мозга и скальпа; общий «материнский» источник вегетативных сосудистых сплетений скальпа и мозга и др.). Естественно, что в таких случаях стимуляция определенной зоны скальпа ведет к функциональным изменениям соответствующей области коры большого мозга, где имеют свое представительство различные функции организма.

Первичные проекционные сенсорные и моторные области коры большого мозга иллюстрируют ставшие классическими схемы Пенфилда. Размеры различных участков тела на них зависят от представительства определенных двигательных и чувствительных функций организма в прецентральной и постцентральной извилинах коры большого мозга. Зрительная проекционная область находится в затылочной доле, на внутренней поверхности полушария, в области шпорной борозды. Слуховая проекционная область коры расположена в височной доле, в верхней височной извилине и на внутренней поверхности височной доли, в извилинах Гешля. Функциональная система речи объединяет различные отделы полушарий большого мозга. В основном корковое представительство речевой функциональной системы связано с вторичными и третичными зонами лобных, теменных и височных долей мозга (наиболее известны моторная область Брока в заднем отделе нижней лобной извилины и сенсорная область Вернике в заднем отделе верхней височной извилины).

В коре большого мозга представлены также рецепторные поля внутренних органов. Висцеральная афферентация с интерорецепторов направляется в соответствующие отделы коры, взаимодействуя с соматическими сенсорными системами, что приводит к образованию соматовисцеральных афферентных перекрытий на этом уровне. Так, доказано, что все внутренние органы, посылающие информацию в головной мозг по чревным и

брыжеечным нервам, имеют свое представительство в постцентральной извилине коры большого мозга.

Корковое представительство ряда функций (слух, зрение, осязание) многократно дублируется во вторичных и третичных областях. Кроме того, для целостной функции головного мозга важно взаимодействие между корковыми отделами различных сенсорных систем и исполнительными двигательными системами. Нарушение такого взаимодействия клинически проявляется в виде апраксии и афатических расстройств.

Топографическая характеристика зон краниопунктуры и основные показания для воздействия на них

Локализация зон краниопунктуры уточняется по отношению к двум линиям отсчета (рис. 1): первая – саггитальная линия, совпадающая с ходом заднесрединного меридиана – соединяет точку РСЗ (Инь-тан) между бровями и верхушку наружного затылочного выступа, вторая – горизонтальная бровезатылочная линия – проходит через верхний край бровей и нижний край наружного затылочного бугра. Кроме того, необходимо определить середину саггитальной линии отсчета (точка С). Правильное определение этого пункта зависит от точности определения наружного затылочного выступа.

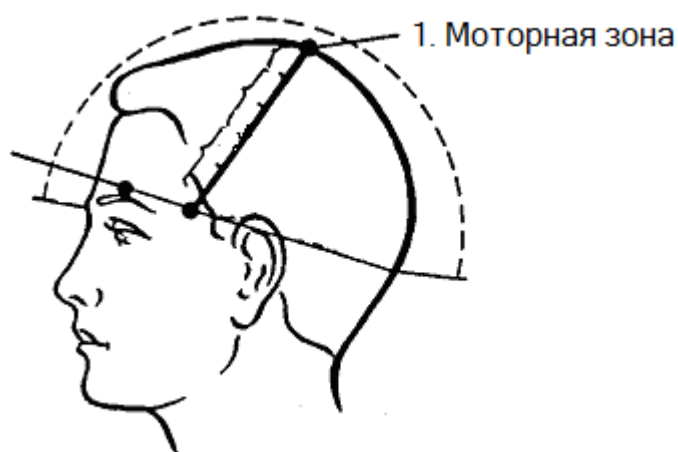


Рис.1. Основные ориентиры для проведения краниопунктуры

1. Моторная зона. Представляет собой линию, соединяющую две точки: верхнюю – примерно на 5 мм кзади от центра сагиттальной линии

отсчета (соответствует точке бай-хуэй) и нижнюю – на пересечении бровзатылочной линии отсчета с передней границей роста волос в височной области (если она выражена нечетко, можно провести вертикаль от середины скуловой дуги). Верхняя пятая часть зоны соответствует нижней конечности и туловищу, средние две пятых – верхней конечности, нижние – мышцам лица и языка.

Показания: центральный паралич и парез нижних конечностей — верхняя пятая часть зоны, верхних конечностей — средние две пятых, центральный паралич мышц лица (с противоположной стороны), слюнотечение — нижние.

Речевая зона I. Соответствует нижним двум пятым моторной зоны.

Показания: моторная афазия.

2. Зона чувствительности (сенсорная зона). Расположена примерно на 1,5 см кзади и параллельно моторной зоне (рис.2). Верхняя пятая часть зоны соответствует нижним конечностям, туловищу, голове, средние две пятых — верхним конечностям, нижние — лицу.

Показания: боль, чувство тяжести или парестезии в нижних конечностях, пояснице, болевой синдром в шейно-затылочной области, шум в голове — верхняя пятая часть зоны; болевой синдром и чувствительные нарушения в области верхних конечностей (с противоположной стороны) — средние две пятых; мигрень, невралгия тройничного нерва, зубная боль, парестезии в области лица (воздействие на гомолатеральную парестезии зону) — нижние. Особенно эффективное обезболивание возникает при сочетанном воздействии соответствующего сегмента чувствительной зоны с определенным сегментом моторной зоны.

3. Зона хореи и тремора (купирования гиперкинезов). Находится примерно на 1,5 см кпереди от моторной зоны и параллельно ей. Соответствует премоторной области коры большого мозга (рис.2).

Показания: гиперкинетический синдром при паркинсонизме, хорее, торсионной дистонии, двойном атетозе и др. При этом необходимо помнить, что если поражение унилатерально, то краниопунктура проводится контралатерально, если же оно билатерально, то и краниопунктура должна обязательно проводиться билатерально.

4. Сосудодвигательная (вазомоторная) зона. Расположена примерно на 1,5 см кпереди от зоны купирования гиперкинезов и параллельно ей (рис.2).

Показания: отеки конечностей при центральных параличах (трофические отеки коркового происхождения).

5. Вестибуло-кохлеарная зона. Соответствует отрезку горизонтальной линии длиной около 4 см, середина которого расположена на расстоянии примерно 1,5 см от верхушки ушной раковины (рис.2).

Показания: снижение слуха, шум в ушах, головокружение, синдром Меньера.

6. Зона речи II. Отрезок длиной около 3 см, локализуется параллельно заднесрединной линии отсчета, книзу и кзади от теменного бугра, на 2 см кзади от париетально-темпорального шва.

Показания: алексия, амнестическая афазия.

7. Зона речи III. Отрезок горизонтальной линии длиной около 4 см, проходит кзади от центра вестибуло-кохлеарной зоны.

Показания: сенсорная афазия.

8. Психомоторная зона. Состоит из трех полосок длиной около 3 см каждая: первая, вертикальная, спускается от теменного бугра, через теменно-височный шов, две другие образуют угол 40° с вершиной в верхней (начальной) точке первой полоски, образуя как бы знак стрелы (рис.2).

Показания: идеомоторная апраксия.

9. Моторно-сенсорная зона ноги. Отрезок длиной около 3 см на вершине черепа, проходящий параллельно сагиттальной линии, примерно в 1

см от нее, спереди пересекается с верхней частью моторной зоны, сзади — с сенсорной (рис.3).

Показания: чувствительные и двигательные нарушения в области нижних конечностей, люмбагия, полиурия центрального происхождения (несахарный диабет), энурез, выпадение матки.

10. Зона зрения (оптическая зона). Длина около 4 см, расположена параллельно сагиттальной линии, примерно на 1 см кнаружи от нее; нижний край зоны соответствует уровню наружного затылочного выступа (рис.4).

Показания: нарушение зрительных функций центрального генеза.

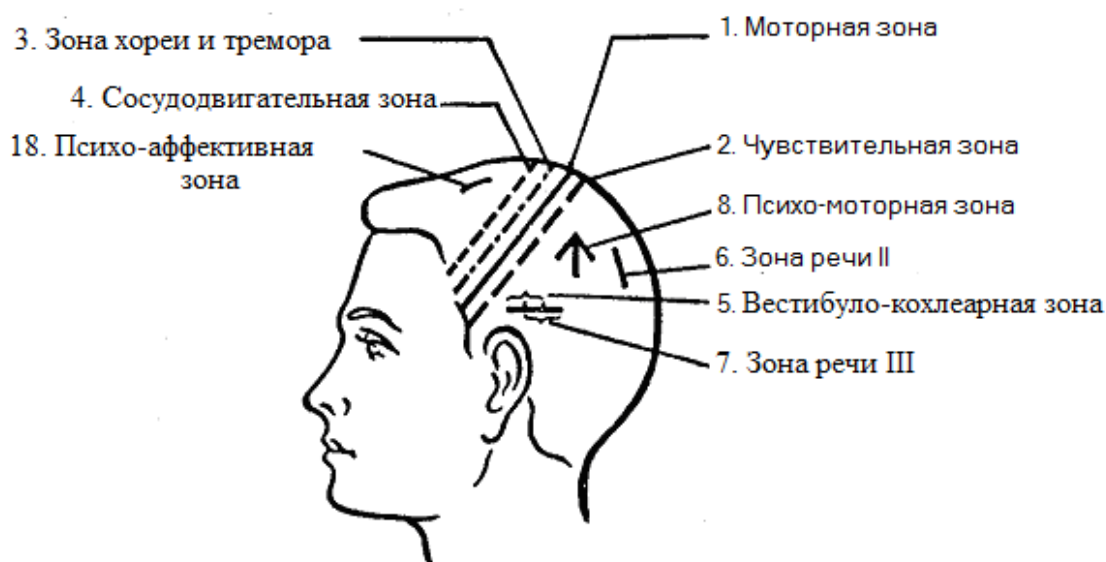


Рис. 2. Зоны для проведения скальптерапии (латеральная часть)

11. Зона равновесия. Длина около 4 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, примерно на 3-3,5 см кнаружи от нее; начинается от основания затылочного бугра (рис.4).

Показания: мозжечковая атаксия.

12. Зона желудка. Длина около 2 см, проходит кверху от передней границы роста волос по линии, проведенной через зрачок (вторая боковая линия головы) (рис.5).

Показания: заболевания желудка (гастралгия, язва желудка, гиперацидный гастрит, гастро-дуоденальный рефлюкс), боль в верхней части живота.

13. Гепатобилиарная зона. Длина около 2 см, расположена ниже передней границы роста волос, как продолжение зоны желудка (рис.5).

Показания: заболевания печени и желчных путей.

14. Зона грудной клетки (полости). Расположена параллельно сагиттальной линии отсчета, на середине расстояния между ринофарингеальной зоной, зонами желудка и гепатобилиарной; длина зоны около 4 см, середина ее — на передней границе роста волос (рис.5).

Показания: бронхиальная астма, бронхит, пароксизмальная тахикардия, нарушение дыхания центрального генеза, боль в области грудной клетки.

15. Мочеполовая зона. Длина около 2 см, локализуется параллельно сагиттальной линии отсчета, проходит кверху от передней границы роста волос по линии, проведенной через наружный край глазницы (третья боковая линия головы) (рис.5).

Показания: функциональные метроррагии, выпадение матки и др. заболевания мочеполовых органов.



Рис. 3. Зоны для проведения скальптерапии

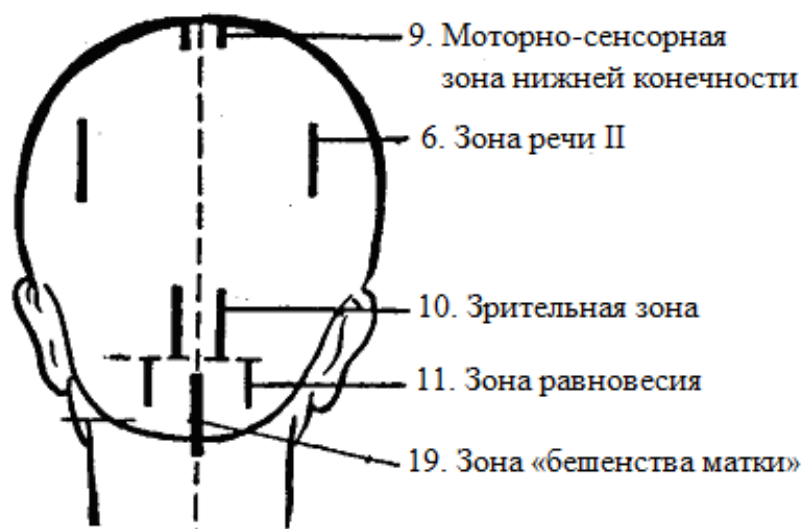


Рис. 4. Зоны для проведения скальптерапии

16. Зона кишечника. Длина около 2 см, находится ниже передней границы роста волос, как продолжение мочеполовой зоны (рис.5).

Показания: заболевания кишечника, кишечная непроходимость, заболевания желудка, поджелудочной железы, депрессивные синдромы

17. Носо-глотко-гортанная (ринофарингеальная) зона. Расположена на сагиттальной линии отсчета, занимает примерно по 2 см выше и ниже передней границы роста волос (рис.5).

Показания: заболевания глотки, полости рта, носа, бронхоспазм.

18. Психо-аффективная зона. Длина около 2 см, на 2 см кнаружи от срединной линии и параллельно ей, между задним (верхним) краем зоны грудной полости и верхним краем вазомоторной (сосудодвигательной) зоны (рис.2).

Показания: психо-аффективные состояния.

19. Зона «бешенства матки» (психических заболеваний). Расположена на задней срединной линии, от основания затылочного бугра до остистого отростка II шейного позвонка, длиной 3 см (рис.5).

Показания: психические заболевания.

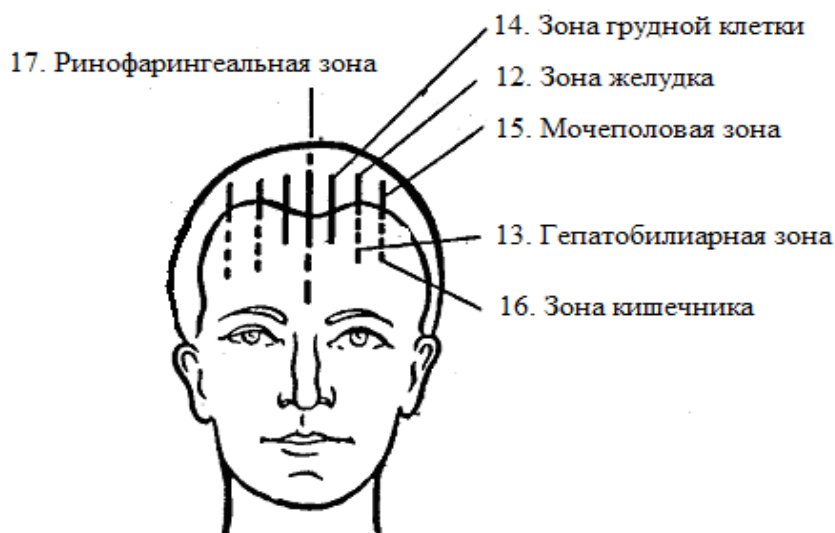


Рис. 5. Зоны для проведения скальптерапии

Методика краниопунктуры

Для практического применения достаточно ориентироваться на 10-12 зон, наиболее часто применяемых при лечении различных состояний.

Выбор стороны воздействия на скальп неврологический, т. е. при болевом синдроме в левой половине тела воздействуют на зоны справа, и наоборот (исключение составляет центральный паралич мышц лица). Если патологический процесс двусторонний или имеется расстройство речи центрального генеза, краниопунктуру следует проводить симметрично.

При стимуляции зон скальптерапии акупунктурные иглы вводят под углом около 30° - 45° , затем почти горизонтально под кожей на всю длину зоны; если зона длинная и иглы не хватает, то можно использовать 2-3 иглы и более (можно использовать 2 иглы, вводя их навстречу друг другу с противоположных концов зоны), т.е. глубина введения иглы должна быть 2,5-4 см. После введения игл в течение 1-1,5 мин манипулируют ими (вращение влево-вправо с частотой до 200 раз в минуту) с паузами между манипуляциями 5-10 мин. Стимуляция должна быть достаточно сильной, однако манипуляции иглами не рекомендуется производить более 2 мин, чтобы не вызвать потери сознания. Общее время стимуляции зависит от

цели лечения и его переносимости. Средняя продолжительность сеанса – от 15 до 30 минут. При повторении вращения во второй и третий раз пациент должен двигать поврежденной конечностью или говорить (при нарушении речи). Скальптерапию можно проводить ежедневно или через день, общий курс, как правило, 10 сеансов. При хронических заболеваниях рекомендуется проводить сеансы через 4-8 дней.

В случае возникновения побочных реакций нужно значительно сократить время раздражения и время сеанса, а затем, ориентируясь на состояние больного, постепенно удлинять и время раздражения скальпа и само время сеанса скальптерапии.

Для длительного воздействия (1-3 суток) вдоль зоны краниопунктуры устанавливают несколько микроигл, закрепляют их пластырем и периодически проводят раздражение путем надавливания пальцами. Используют электрическую стимуляцию зон краниопунктуры через введенные иглы, а также лазерную краниопунктуру в соответствующих зонах.

Краниопунктура может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с корпоральной и аурикулярной рефлексотерапией. При этом необходимо учитывать индивидуальные особенности больного, его общее состояние, возраст и др. Лицам пожилого возраста краниопунктуру следует проводить особенно осторожно.

Определять проекции основных борозд и извилин большого мозга можно по общепринятой схеме Кренлейна (рис. 6). Ориентировочные пункты ее: нижняя горизонтальная линия проходит через нижний край глазницы и верхний край наружного слухового отверстия; верхняя горизонтальная линия — параллельно нижней, через верхний край глазницы; передняя вертикальная линия — от середины скуловой дуги; средняя — от головки нижней челюсти; задняя — через задний край основания носовидного отростка. Центральная борозда проецируется на роландову линию, проведенную от точки пересечения задней вертикальной линии с са-

гиттальным швом к точке пересечения передней вертикальной линии с верхней горизонтальной. Кпереди от центральной борозды находится предцентральная извилина, кзади — постцентральная. Латеральная борозда является передневерхней границей височной доли и проецируется на биссектрису угла, образованного верхней горизонтальной и роландовой линиями (проекцией центральной борозды).

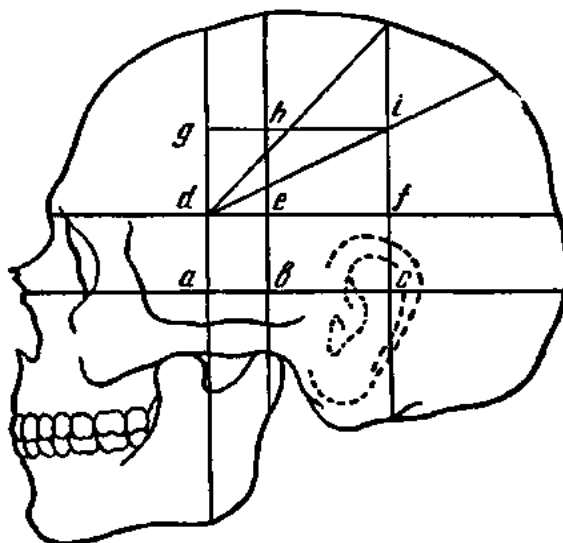


Рис. 6. Схема черепно-мозговой топографии (по Кренлейну-Брюсовой).

ac – нижняя горизонталь; df – средняя горизонталь; gi – верхняя горизонталь; ag – передняя вертикаль; bh – средняя вертикаль; cg – задняя вертикаль.

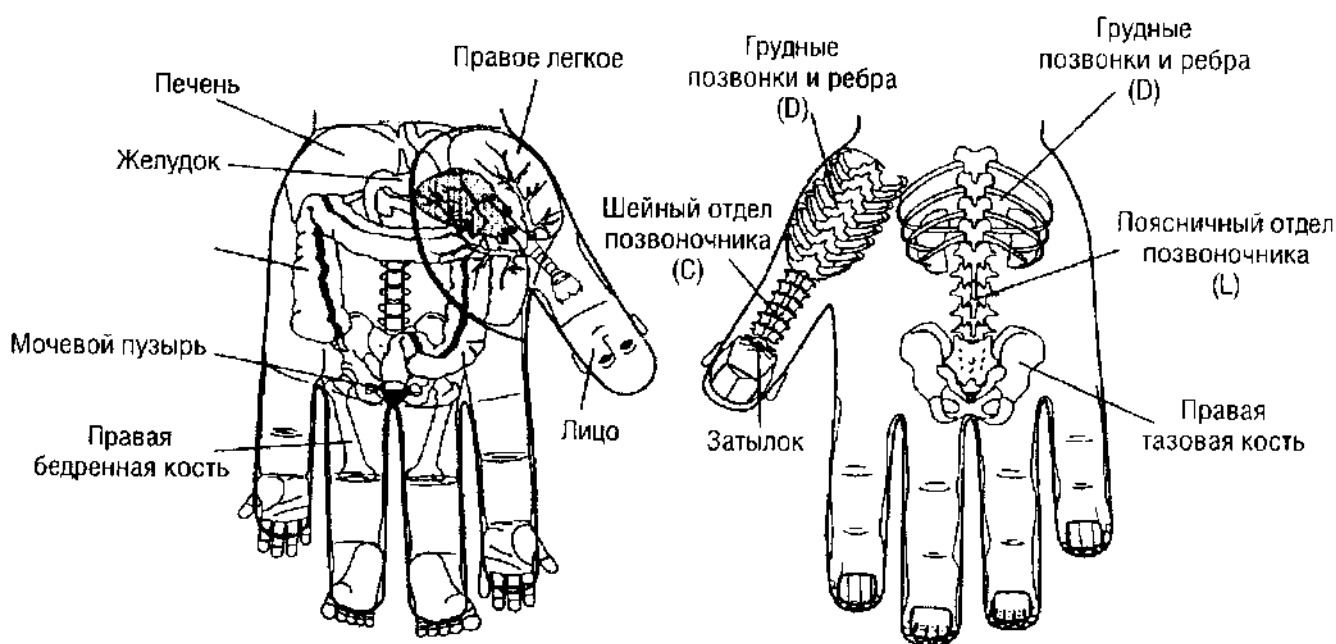
2.5. СУ ДЖОК ТЕРАПИЯ

Су джок терапия – метод лечения, использующий для воздействия (диагностики и лечения) точки, находящиеся на кистях и стопах («су-джок» в переводе с корейского означает «кисть и стопа»). В основе метода лежит представление о том, что кисть и стопа являются миниатюрными копиями человеческого тела. Так, большой палец соответствует голове и шее, указательный и мизинец – рукам, средний и безымянный – ногам. На ладони располагаются точки, соответствующие всем внутренним органам. Линия жизни на ладони соответствует диафрагме, выше линии жизни располагаются точки соответствия сердцу и легким, ниже – органам брюшной полости (желудок,

печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка и кишечник), точки соответствия мочеполовым органам находятся на ладони между средним и безымянным пальцами. На тыльной стороне кисти и стопы можно найти точки соответствия позвоночнику и почкам (рис. 7-8).

Рис. 7-8. Система соответствия су-джок на кисти¹

История лечения и диагностики по кисти и стопе уходит в глубину



веков, что свидетельствует об эффективности данной системы воздействия, проверенной на протяжении столетий. Системы соответствия телу на кистях и стопах являются природной системой лечения. Естественная стимуляция точек соответствия в процессе ежедневной деятельности приводит к возникновению в них «лечебной волны», направляющейся в область заболевания и оказывающей профилактическое и лечебное действие.

В настоящее время Су Джок терапия признана наиболее эффективным методом рефлексотерапии и может применяться как для лечения острых болевых синдромов (как средство скорой помощи) подобно некоторым сильнейшим фармацевтическим препаратам, так и для лечения хронических заболеваний.

¹Пак Чжэ Ву «Сам себе су джок доктор». – М., 2006

Метод позволяет лечить не только на уровне нарушений внутренних органов, но и в сфере изменения эмоций и мыслей. Многочисленные методы Су Джок терапии (точечный массаж, акупунктура специальными миниатюрными иглами, прижигание полынными минимоксами, магнитотерапия, семянотерапия, цветотерапия и др.) позволяют лечить множество заболеваний или, по крайней мере, облегчить течение болезни. Преимуществом Су Джок терапии является простота, безопасность и высокая эффективность.

2.6. ФАРМАКОПУНКТУРА

Фармакопунктура - малоинвазивный метод профилактики и лечения, который пришел в медицину в середине прошлого века. В 1952 г. во Франции доктор Мишель Пистор, основоположник этого метода в области эстетической медицины, опубликовал Основы фармакопунктуры, основываясь на собственных наблюдениях и оценивая полученные результаты, по которым он сделал вывод о высокой эффективности и безопасности фармакопунктуры. Для названия данного метода был использован неологизм – фармакопунктура, что подразумевает подкожные или внутрикожные инъекции лекарственных препаратов, благодаря чему достигается наибольший лечебный эффект именно в той области, где необходимо, а воздействие на другие органы и системы сводится к минимуму. В последующем определились показания и противопоказания к новой методике. Благодаря значительным результатам фармакопунктура получила широкое распространение в Европе, а затем и во всем мире.

Механизм действия

Введением гомеопатических препаратов в акупунктурные точки достигается стимуляция последних. Это один из способов их стимуляции, позволяющий регулировать циркуляцию энергии, функциональную деятельность всего организма, нормализующая его физиологические функции.

В этом, собственно, и состоит особое терапевтическое воздействие на акупунктурные точки, которое проявляется при любом воздействии на них.

Помимо местного раздражения, возникающего при фармакопунктуре и приводящего в действие терапевтические свойства точек, гомеопатические препараты, постепенно проникая в лимфатическую и кровеносную системы, распространяются затем по всему организму, оказывая на него лечебное действие.

При фармакопунктуре применяются следующие препараты:

- сосудистые препараты для восстановления кровотока,
- анестетики (новокаин, лидокаин) при болевом синдроме,
- гормоны при аллергических реакциях, воспалении,
- физраствор, если есть необходимость длительного действия на точку,
- витамины для терапии дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата,
- гипертонический раствор натрия хлорида, раствор калия хлорида для стимуляции регенерации,
- аутокровь.

Метод проведения

Суть метода заключается в инъекции лекарственных средств через тонкие полые металлические иглы в точки акупунктуры. Обычно в каждую точку вводят 0,2-0,5 мл препарата. Курс лечения составляет: 7-10 процедур.

Показания

Устранение болевых синдромов различного происхождения;

Устранение патологического тонуса мышечных волокон;

Используется в комплексе лечения таких заболеваний как остеохондроз, межпозвонковая грыжа, люмбаго, артрит, бурсит и при других заболеваниях опорно-двигательного аппарата;

Головные боли, мигрени;
Заболевания желудочно-кишечного тракта;
Нарушение обмена веществ;
Хроническая усталость и вегето-сосудистая дистония.

Противопоказания

Доброкачественные и злокачественные опухоли;
Беременность;
Состояние сильного психического возбуждения или опьянение;
Инфекционные заболевания, в том числе и хронические, в стадии обострения;
Серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и почек.

ГЛАВА III. ПРИЖИГАНИЕ

Прижигание (ЦЗЮ) – это лечебный метод, основанный на воздействии теплом на акупунктурные точки. Издавна прижигание применялось совместно с иглоукалыванием, которые дополняли друг друга. Поэтому в 73-й главе «Лин Шу» сказано: «Болезни, которые не могут быть извлечены иглоукалыванием, лечатся прижиганием».

Основные свойства прижигания следующие:

1. Прогревание каналов и изгнание холода. Застой ЧИ и крови в каналах обычно вызывается внедрением в них патогенного холода. Прижигание, прогревая каналы, нормализует кровоток и циркуляцию ЧИ в них. Более того, в 75-й главе «Лин Шу» сказано: «Если застой крови в сосудах не может быть снят с помощью прижигания, его нельзя будет вылечить и иглоукалыванием».

2. Восстановление Ян из коллапса для лечения истощения Ян, укрепления, усиления Ян Чи, при избыточности Инь и недостаточности Ян (у больного ощущение холода, повышенная чувствительность к холоду). По-лынь, кроме прогревающего действия, обладает силой Ян, что с успехом

используется при лечении симптомов коллапса Ян, таких как потеря сознания, похолодание конечностей.

3. Нормализация тока Чи и крови. Прижигание вызывает гладкий ток ЧИ и крови вверх и вниз. Например, прижигание точки R1 юн-цюань, расположенной на подошве, используется при лечении заболеваний, проявляющихся избытком в верхней части тела и недостатком в нижней. В 64-й главе «Лин Шу» сказано: «Когда имеется избыток Чи в верхней части тела, ее можно опустить вниз с помощью прижигания точек, расположенных в нижней части тела». Если же имеются расстройства вследствие дефицита в верхней части и избытка ее внизу, то заставить ЧИ подняться вверх можно с помощью прижигания точки T.20 бай-хуэй, расположенной на макушке головы.

4. Устранение застоя крови и Чи. Прижигание можно использовать в начальной стадии развития фурункула или карбункула, при туберкулезе шейных лимфатических узлов, при долго не заживающих язвах кожи. При маститах к больной груди прикладывают влажную бумагу, через некоторое время замечают, что одно место на бумаге подсохло – это место застоя Чи и крови, в котором и производится прижигание.

5. Профилактическое действие. Издавна известно, что для сохранения здоровья и долголетия следует, кроме физических упражнений, делать себе прижигание точек E.36 цзу-сань-ли в первые 10 дней нового лунного месяца. Кроме того, в «Записках о прижигании Бянь Чуе» сказано: «Если здоровый человек делает прижигание в точках J.4 гуань-юань, J.6 ци-хай, T.4 мин-мэнь и J.12 чжун-вань, то он будет жить очень долго, по крайней мере сто лет».

Материалы для прижигания

При проведении прижигания используют так называемую моксавату, представляющую собой высушенный и измельченный порошок полыни обыкновенной (*Artemisia vulgaris*) В «Новом издании медицинского

лекарствоведения» есть следующее описание полыни: «Листья полыни горькие и острые на вкус, при использовании их в небольших количествах образуется тепло, в больших количествах – сильный жар. По природе полынь является истинным Ян и имеет способность восстанавливать Ян при ее истощении. Она может открыть двенадцать главных каналов, пройти по трем Инь – каналам для регулирования Чи и крови, удалить сырость и холод, прогреть матку, остановить кровотечение, отрегулировать менструальный цикл и облегчить плод. При сгорании она проникает во все каналы, устраняя сотни болезней». Из этой цитаты видны основные свойства прижигания и причина использования в этой процедуре именно полыни.

В прижигании используются два основных метода: прижигание мокса-конусами и прижигание мокса-сигаретами (Рис.9).



Рис.9 Мокса: полынная сигара и конус

Мокса-конусы приготавливаются следующим образом. Кладут на поднос небольшое количество сухого порошка полыни и обжимают его с трех сторон пальцами в виде конуса (или скатывают между ладонями шарик, разделяют его пополам и каждую половину сжимают пальцами для формирования конуса). Обжать следует достаточно плотно, чтобы он не рассыпался во время горения. Мокса-конусы бывают различных размеров: самые маленькие размером с пшеничное или рисовое зернышко, средние — с сою или с половину финиковой косточки, самые большие – размером с концевую фалангу большого пальца руки (т. е. около 1 см высотой и 0,8 см в диаметре). Маленькие и средние конусы применяются для прямого

прижигания, а большие – для непрямого. Делать конусы большого размера не рекомендуется, так как они начинают рассыпаться – лучше приготовить два конуса нормальной величины, чем один вдвое больших размеров. Клинически за одну единицу прижигания считается конус, который сгорает примерно на $2/3$ своей высоты. Для прижигания точек обычно требуется 1-3 конуса.

Приготовление мокса-сигарет. Возьмите лист папиросной бумаги размерами 20x2см, свалайте мокса-порошок в плотный валик диаметром около 1,5 см и поместите его в бумагу, которую после заворачивания моксы склейте яичным белком. Но лучше всего приготавливать мокса-сигареты в специальных разъемных гильзах, набивая их туго мокса-порошком.

Кроме мокса-сигарет, приготовленных из чистой моксы, существует большое число специальных официальных мокса-сигарет, имеющих подчас очень сложный многокомпонентный состав. В зависимости от состояния пациента и особенностей заболевания врачи нередко сами составляют рецепты сборов или вводят в официальные мокса-сигареты необходимые добавки.

Виды прижигания

Существует три основных способа прижигания: мокса-конусом, мокса-сигаретой и прогревание иглы.

Прижигания мокса – конусом

Прижигание с использованием мокса-конуса бывает прямым, когда конус ставится непосредственно на кожу поджигается, и непрямым, когда между кожей и конусом находится какая-либо прокладка.

1. Прямое прижигание имеет две разновидности – с образованием рубца и без образования рубца.

Прижигание без образования рубца проводится следующим образом: на кожу ставится конус, поджигается, и когда пациент начинает чувство-

вать жжение или легкую боль, он убирается и ставится новый. Так повторяется несколько раз и обычно прогорает около $2/3$ конуса. Обычно на такую процедуру уходит 3—5 больших конусов. Никаких ожоговых волдырей, а тем более нагноения и рубцов после процедуры оставаться не должно. Сеансы такого прижигания делаются обычно через день.

Прижигание с образованием рубца, называемое также «прижиганием с нагноением», проводится следующим образом: на кожу накапывается немного чесночного или лукового сока, чтобы лучше прилип конус, ставится конус маленьких размеров, поджигается и полностью сгорает. Процедура повторяется до 5—10 раз, пока не образуется локальная гиперемия, пузырь. После вскрытия пузыря он нагнаивается, и образуется язва, после заживления которой остается рубец. Этот метод в настоящее время применяется редко и показанием к нему являются некоторые хронические заболевания, такие как бронхиальная астма, гастриты. Лечение в одной точке повторяется не более двух раз. В течение одного сеанса используются только 1-2 точки.

2. Непрямое прижигание классифицируется по виду прокладки между мокса-конусом и кожей, и существует 4 основных типа прокладок:

а) Прижигание через имбирь (Рис. 10):

в кусочке имбиря толщиной около 5 мм делается множество отверстий и он помещается между конусом и кожей. По мере сгорания конуса больной начинает чувствовать тепло и жжение, при этом врач меняет имбирь и конус на новые, и процедура продолжается до достижения отчетливой гиперемии. На сеанс требуется обычно 3-5 больших конусов, сеансы можно проводить через день. Этот метод в основном применяется для лечения синдромов ослабления селезенки и желудка, при болях в суставах, дефиците Ян Чи.



Рис.10

б) Прижигание через чеснок: долька чеснока толщиной около 5 мм приготавливается так же, как долька имбиря и ставится между конусом и кожей. Процедура применения аналогична имбирному. Метод применяется для удаления опухолей, ядов при укусах змей и насекомых, туберкулезе, на ранних стадиях фурункулов. Метод противопоказан у лихорадящих больных.

в) Прижигание через соль применяется обычно на точке J.8 шэнцзюе, расположенной в пупке. В пупок до уровня кожи насыпается мелкая соль и на нее ставится мокса-конус больших размеров. Если пупок выпуклый (например, при асците), то предварительно вокруг него делается валик из сырого теста высотой около 1 см и в него насыпается соль, причем минимальная толщина слоя соли между пупком и конусом не должна быть менее 5 мм. Этот метод применяется при болях в животе, рвоте, поносах, при коллапсе Ян, скоплении жидкости в брюшной полости (в последнем случае прижигание проводится до 2 часов).

г) Прижигание через аконит (борец): порошок аконита смешивается с небольшим количеством вина или чесночного сока и формируется в виде лепешки, которая в нескольких местах прокалывается и ставится между конусом и кожей. Далее процедура аналогична прижиганию через имбирь. Этот метод применяется только при синдромах дефицита и персистирующего холода Инь, проявляющегося импотенцией, поллюциями и фригидностью.

Прижигание мокса - сигарой

Этот метод в настоящее время применяется чаще, нежели прижигание мокса-конусами. При проведении прижигания мокса-сигаретами легко контролировать интенсивность нагрева кожи и продолжительность процедуры. Существует три основных способа прижигания мокса-сигаретами:

1. Тепловое прижигание: мокса-сигарета держится на расстоянии около 3 см над выбранной точкой, причем пациент должен ощущать лег-

кое тепло. Процедура продолжается 5 — 10 минут, пока кожа не покраснеет. Этот метод применяется при синдромах дефицита. Не следует форсировать прижигание – в данном случае имеется в виду легкая стимуляция, поэтому ощущения больного не должны выходить за рамки приятного тепла.

2. Ключущее прижигание: зажженная сигарета быстро «клюет» над точкой, не касаясь, однако, кожи. Она может также совершать при этом круговые движения вокруг точки. Этот метод используется в основном при артритах, поносах, болях в животе и при неправильном положении плода.

3. Гладящее (утюжащее) прижигание: зажженная сигарета движется вверх-вниз по ходу канала на расстоянии примерно 1 см над кожей. Этот метод применяется при застое Чи в каналах вследствие холода и сырости, при синдроме Би и болях.

Прижигание через иглу

Прижигание через иглу является комбинированным методом иглоукалывания и прижигания. После введения иглы на заданную глубину и прихода Чи игла прогревается несколькими способами, или же вводится сразу специальная игла с чашечкой на конце. При этом у пациента появляется ощущение тепла вокруг точки, которое распространяется по ходу канала (Рис.11).

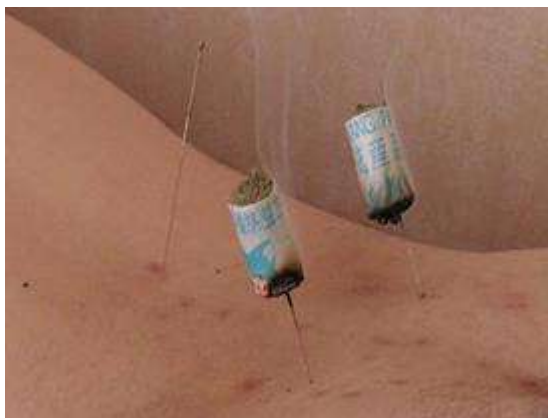


Рис.11. Прижигание через иглу

Для предупреждения возможных ожогов падающим пеплом под иглу рекомендуется подкладывать кусочек картона с вырезом до середины.

Этим способом достигается прогревание каналов, ускорение тока Чи и крови. Он применяется в основном при болях в суставах, вызванных холодом-сыростью, при ригидности конечностей и параличах.

Некоторые специальные способы прижигания

В клинике иногда пользуются некоторыми специальными способами прижигания, из которых хотелось бы остановиться на следующих:

1. Фитильное прижигание: деревянная палочка (ситник обманчивый) толщиной около 5 мм опускается в растительное масло и поджигается. Затем она быстро касается выбранной точки, и при этом отчетливо слышен звук треска. Могут использоваться горящие спички. Этот метод применяется для лечения и профилактики паротита прижиганием точек цзяо-сунь TR 20 и эр-мэнь TR 23. При этом бывает маленький ожог. Прижигают 1-2 раза.

2. Восковое прижигание: воск размягчается до толерантной температуры и помещается на точку, после чего это место укутывается для сохранения тепла. Описана эффективность этого метода прижигания при лечении костного туберкулеза накладыванием воска на наружное отверстие свища. Вместо воска можно пользоваться парафином.

3. Серное прижигание: над областью поражения рассыпается небольшое количество мелких кристалликов серы. Затем над кожей на расстоянии 1 см проводится зажженная палочка, кристаллы серы воспламеняются и тут же гасятся резиновой губкой, так что ожога не образуется. Этот метод описан для лечения артрита локтевого сустава («локоть теннисиста»).

4. Лекарственное прижигание. Можно использовать семена белой горчицы, которые растирают в порошок, смешивают с водой и прикладывают полученную пасту на выбранную точку, оставляя ее на 3-4 часа до появления пузырей. Этот метод применяется для лечения синдрома би, на спине для лечения астмы (V 13 фэй – шу, V 43 гао – хуан – шу, дин – чу-

ань – си). Можно использовать чеснок, который необходимо растолочь в порошок и приложить к точке на 2-3 часа до появления пузыря (точка используется для лечения ангины).

Последовательность прижигания

Последовательность воздействия на точки прижиганием в принципе сходна с иглотерапией. Так, сначала лечится спина, а затем живот и грудь; сначала голова, а затем туловище и конечности.

Пожилым и ослабленным пациентам обычно требуется меньше конусов; прижигание детям производится только большими конусами при тщательном наблюдении за пациентом.

Показания к прижиганию

1. Синдром недостаточности Ян
2. Синдром недостаточности Чи от холода
3. Коллапс от недостаточности Ян
4. Истощение Ян

Противопоказания к прижиганию

1. Синдромы избытка и жара (включая жар от недостаточности Инь)
2. Высокая температура
3. Острое состояние больного
4. В области головы, лица, глаз, в области суставов и над крупными сосудами
5. Во время менструации
6. У беременных женщин не следует прижигать точки на животе и в пояснично-крестцовой области.

В трактате «Чжэнь Цзю Да Чэн» приводится целый ряд точек, прижигание которых нежелательно или противопоказано, однако некоторые из них с успехом применяются на практике (табл.3).

Таблица 3. Нерекомендуемые и запрещенные для прижигания точки

Каналы	Точки
легких	тянь-фу Р 3; цзин-цю Р 8; юй-цзи Р 10; шао-шан Р 11
толстого кишечника	хэ-ляо GI 19; ин-сян GI 20
желудка	ся-гуань Е 7; тоу-вэй Е 8; жэнь-ин Е 9; жу-чжун Е 17; чу-ань-ляо Е 18; би-гуань Е 31; фу-ту Е 32; инь-ши Е 33; ду-би Е 35; тяо-коу Е 38
селезенки	инь-бай RP 1; лоу-гу RP 7; инь-лин-цюань RP 9; фу-ай RP 16; чжоу-жун RP 20
тонкого кишечника	цзянь-чжэнь IG 9
мочевого пузыря	цин-мин V 1; цзань-чжу V 2; чэн-гуан V 6; тянь-чжу V 10; синь-шу V 15; бай-хуань-шу V 30; чэн-фу V 36; инь-мэнь V 37; вэй-чжун V 40; шэнь-май V 62
перикарда	чжун-чун MC 9
сань-цзяо	цзан-чи TR 4; тянь-ю TR 16; сы-чжу-кун TR 23
желчного пузыря	тоу-лин-ци VB 15; янь-юе VB 22; ди-у-хуэй VB 42
ду-май	яо-ян-гуань Т 3; цзи-чжун Т 6; я-мэнь Т 15; фэн-фу Т 16;
жэнь-май	су-ляо Т 25, цзю-вэй J 15

Осложнения и побочные эффекты прижигания

К осложнениям и побочным эффектам прижигания относится образование ожогов. Ожоги первой степени, характеризующиеся покраснением и жжением кожи, проходят самостоятельно. При появлении пузырей маленького размера трогать их не следует, а более крупные надо вскрыть и продезинфицировать.

Если уже образовалось нагноение, стенки пузыря надо иссечь, ожоговую поверхность продезинфицировать и наложить повязку.

ГЛАВА IV. ДРУГИЕ МЕТОДЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

4.1. ВАКУУМРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

В Древнем Китае в качестве банок использовали – рог коровы, каолиновые, бамбуковые банки, затем – стеклянные, сейчас – из специальной пластмассы.

Банки ставятся стационарно на определенную зону или по ходу канала выполняется баночный массаж (там, где много мышц, жира, напр., на спине, бедрах, ягодицах), существует комбинированная постановка банок (в сочетании с иглотерапией, кровопусканием) (Рис.12).

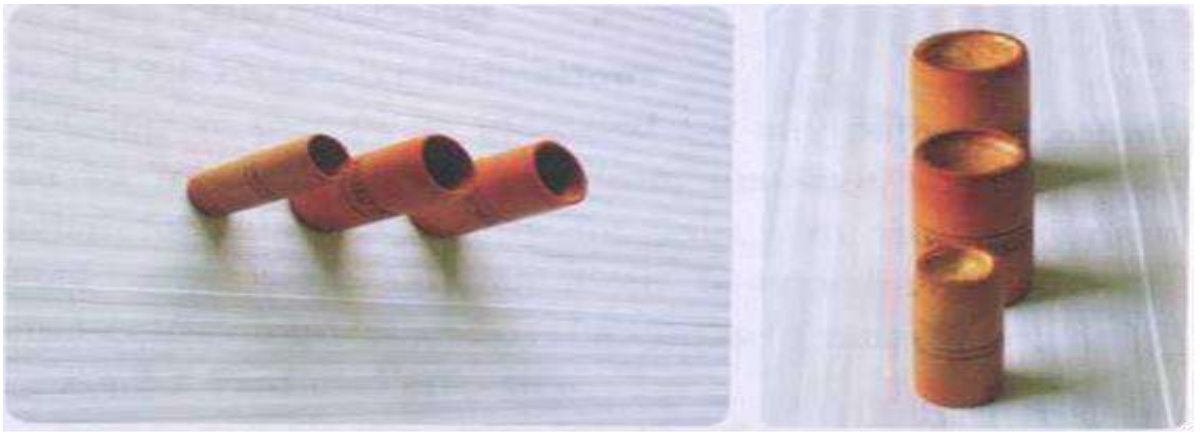
Методы постановки банок:

•С огнем.

- Метод огненного броска (в банку бросают зажженную бумагу или ватку со спиртом и приставляют к боковой поверхности, чтобы избежать ожога; она выгорает и присасывается).
- Метод мерцающего огня – факелом выжигается воздух и банка устанавливается на больного.
- Постановка на огонь (на крышечку или кусочек пластмассы кладут бумажку или ватку со спиртом, поджигают, а сверху ставят банки и прижимают).

•Без огня.

- Метод с горячей водой (кипятят воду, отвар трав, держат над паром банку до вытеснения воздуха, протирают края и ставят банку, слегка прижимая).
- Создание вакуума путем выдавливая воздуха (резиновые, пластмассовые, поршневые, винтовые (с магнитом), банки с присасывающим действием (можно ставить на БАТ)

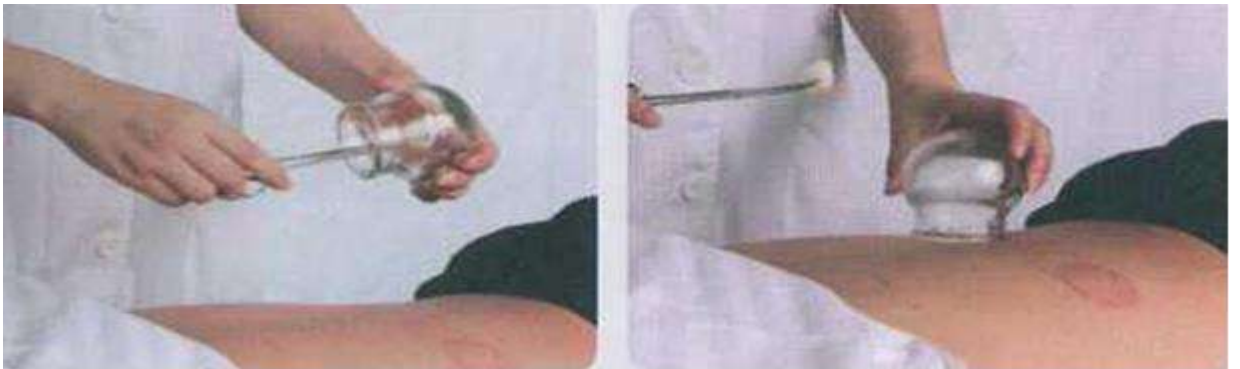


А



Б

В



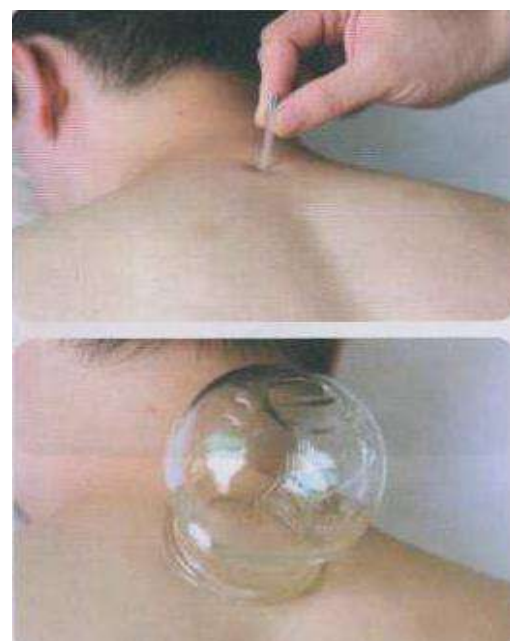
Г



Д



Е



Ж



З



И



К

Рис. 12. А – бамбуковые банки, Б – вакуумные банки (пластмасса), В – стеклянные банки,

Г – метод «мерцающего огня», Д – метод «огненного броска», Е – баночный массаж (метод «движущейся банки»), Ж – банка с акупунктурой, З – банка с кровопусканием, И – банка после гуаша; К – вакуумные банки (резиновые, поршневые с магнитом).

После постановки банку оставляют на 15-20 мин (летом на более короткое время, зимой – на более длительное).

Показания к постановке банок:

- Лечение синдрома би (т.е. боли в суставах от сырости и ветра).
- Боли в животе (желудке), нарушение пищеварения и всасывания.
- Головная боль (банки маленького размера на висок и лоб).
- Гипертония (т. цзу-сань-ли).
- Простуда, кашель, боли в области поясницы, спины.
- Менструальные боли (лучше за 3 дня до начала менструации).

Противопоказания:

- Лихорадка (высокая температура)
- Судороги
- Частые кожные реакции
- Язвы на коже
- Оволосение в области постановки банок

- Тонкий мышечный слой
- Беременным в области живота и пояснично-крестцового отдела

4.2 ДЭНС ТЕРАПИЯ

ДЭНС терапия – это немедикаментозное, не инвазивное лечебное воздействие на организм человека, причем направлено оно на аутомодуляцию гомеостаза, на мобилизацию в пределах физиологических констант внутренних сил организма, регуляцию работы нервной систем, другими словами на восстановление функций всего организма.

Фундаментальные и клинические исследования эффективности метода ДЭНС проводятся с 1999 года. Результаты этих работ постоянно публикуются в специализированных журналах, ежегодно докладываются на российских и международных конгрессах.

В 2005 году метод динамической электростимуляции получил официальное признание и был зарегистрирован в качестве самостоятельной медицинской технологии со своим, не имеющим аналогов методическим обеспечением и модельным рядом аппаратов.

Применение ДЭНС, как в комплексе с другими видами лечения, так и в виде отдельного метода оздоровления, способствует положительной динамике при многих острых и хронических заболеваниях. Применение аппаратов позволяет ускорить процесс выздоровления, снижает фармакологическую нагрузку на организм и способствует быстрому восстановлению здоровья.

Лечебные эффекты ДЭНС

Воздействие лечебными импульсами аппаратов ДЭНС вызывает в органах и тканях рефлекторные изменения. Выделяют несколько уровней оздоровительных реакций: местные, сегментарные и общие (общерегуляторные).

Местные реакции проявляются изменением метаболизма в коже и глубже расположенных тканях непосредственно в месте аппаратного воздействия. При этом наблюдается выделение биологически активных веществ и возбуждение большого количества нервных рецепторов. К местным эффектам относятся: обезболивающий, трофический (заживляющий), противоотечный, противовоспалительный.

Возбуждение в ответ на стимуляцию кожных зон распространяется по нервным волокнам, трансформируется в соответствующих сегментах спинного мозга и передается к органам и тканям - развиваются сегментарные реакции. Этот тип реакций обеспечивает разнообразные лечебные эффекты и позволяет восстанавливать функции внутренних органов, мышц, активизировать регионарный кровоток и т. д.

К сегментарным эффектам относится обезболивающий, спазмолитический, сосудистый, противовоспалительный, нормализация моторики желудочно-кишечного тракта, улучшение уродинамики.

Низкоинтенсивное воздействие импульсными токами от аппаратов ДЭНС запускает развитие общерегуляторных реакций. К общим эффектам относится обезболивающий, сосудистый (например, стабилизация артериального давления), коррекция гормональных и эндокринных нарушений. То есть общие реакции обеспечивают стабильность лечебных эффектов, позволяют бороться с проявлениями стресса и лежат в основе профилактического применения аппаратов ДЭНС.

В то же время каждая частота или режим аппаратов ДЭНС обладают своими особенностями (специфичностью) действия. Использование в конкретной ситуации различных частот и режимов стимуляции позволяет увеличить выраженность того

или иного лечебного эффекта. Именно поэтому на сегодняшний день модельный ряд аппаратов ДЭНС представлен как универсальными моделями, использующимися при широком круге заболеваний, так и специализированными моделями с автоматическими или полуавтоматическими программами, предназначенными для лечения конкретных заболеваний.

Показания и противопоказания

Метод ДЭНС терапии имеет широкую сферу применения и успешно может использоваться как в комплексе с другими лечебными средствами, так и в качестве монотерапии:

- в остром периоде и в периоде раннего восстановления при различных заболеваниях для коррекции функциональных расстройств и уменьшения выраженности жалоб;
- на всех этапах реабилитации острых и хронических заболеваний;
- в качестве средства первичной профилактики с целью повышения неспецифических защитно-приспособительных резервов организма;
- в качестве профилактического средства для снижения риска развития многих острых заболеваний и предупреждения развития обострений хронических болезней.

Показания к применению

В зависимости от задач лечения ДЭНС может применяться при различных заболеваниях и синдромах с целью получения обезболивающего, спазмолитического, сосудистого, противовоспалительного, трофического и общерегуляторного эффектов.

Метод ДЭНС не имеет возрастных ограничений, и его применение показано взрослым и детям:

- для коррекции нарушений функций органов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, нервной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевого выделения, эндокринной, половой систем, болезнях ЛОР-органов, глаз, кожи;

- для реабилитации после перенесенных заболеваний, хирургических вмешательств, травм;
- для профилактики острых заболеваний и рецидивов хронических болезней, в том числе для коррекции функциональных нарушений, выявленных на доклинической стадии с помощью различных методов резервографии;
- для профилактики и устранения реакций патологического стресса при воздействии неблагоприятных факторов различной природы, при напряженной умственной работе, интенсивных физических нагрузках, физическом и умственном перенапряжении, синдроме хронической усталости, нарушениях сна.

Противопоказания к применению

ДЭНС имеет незначительное количество противопоказаний к применению.

Их можно разделить на две категории - абсолютные и относительные.

Абсолютные:

- наличие у пациента имплантированного кардиостимулятора;
- индивидуальная непереносимость.

Относительные:

- эпилептический статус;
- новообразования любого происхождения;
- лихорадка неясного генеза;
- тромбоз вен;
- состояние острого психического, алкогольного или наркотического возбуждения.

Общие сведения об аппаратах ДЭНС терапии

Все модели аппаратов ДЭНС делятся на две группы – универсальные и специализированные (Рис.13).



А



Б



В



Г



Д

Рис.13. А – универсальный аппарат ДЭНАС-ПКМ; Б – ДЭНС аппликатор; В – ДЭНС очки; Г – массажные электроды; Д – Специализированные аппараты: Диа ДЭНС кардио, Остео ДЭНС и др.¹

Универсальные модели предназначены для лечения широкого спектра проблем. Особенности их конструкции позволяют комфортно проводить воздействие в любой области тела, а большой диапазон частот обеспечивает возможность получения разнообразных лечебных эффектов. Для универсальных аппаратов выпускается ряд выносных электродов, позволяющих сделать процедуру лечения максимально комфортной, особенно при оказании самопомощи.

¹Корпорация ДЭНАС МС. Каталог продукции, 2014

Лечебный модуль универсальных аппаратов представлен режимами «Терапия», «Тест» и лечебно-профилактической программой минимальной эффективной дозы (МЭД). В режиме «Терапия» имеется возможность установки различных частот, каждая из которых обладает своими лечебными эффектами. Одни частоты востребованы для лечения болевых синдромов, другие - при лечении воспаления, третьи - способствуют нормализации артериального давления и т.д.

Диагностический модуль аппаратов, включающий в себя режим «Скрининг», а в профессиональных моделях - электропунктурные диагностические системы, позволяет проводить быструю оценку функционального состояния организма и определять наиболее важные зоны воздействия.

Количество лечебных частот и диагностических режимов в разных моделях аппаратов может изменяться в зависимости от назначения, что и определяет их лечебные возможности.

Режимы аппаратов

Режим «ТЕРАПИЯ»

Режим «Терапия» предназначен для оказания лечебного воздействия на биологически активные зоны различной площади и биологически активные точки встроенными или выносными электродами аппаратов.

Режим «Терапия» без модуляции

Сверхвысокая частота 200 Гц

Для частоты 200 Гц характерен местный механизм обезболивания и достаточно быстрое развитие анальгезии. Максимальный эффект наблю-

дается непосредственно во время стимуляции, быстро регрессирует после прекращения воздействия.

Частота 200 Гц рекомендуется для быстрого обезболивания при поражениях опорно-двигательного аппарата, невралгиях, травмах.

Высокие частоты 140, 77, 60 Гц

В данном диапазоне частот лечебный эффект реализуется с участием сегментарных механизмов. Время наступления эффекта может варьировать в широких пределах: от 3-5 до 20-30 минут и более.

Частота 140 Гц рекомендуется для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и невралгий, сопровождающихся выраженным болевым синдромом.

Частоты 77 и 60 Гц

Являются универсальными, широко используются при выраженных местных жалобах для коррекции нарушений в работе внутренних органов. Рекомендуются для обезболивания, улучшения местного и регионарного кровотока, для лечения воспалительных процессов и т.д. в остром периоде и в периоде реабилитации.

Низкие частоты 20, 10 Гц

Лечебные эффекты данных частот в первую очередь связаны с активацией

опиоидэргических структур головного мозга. Характерной особенностью действия частот 20 и 10 Гц является развитие стойкой системной (общерегуляторной) реакции.

Универсальность лечебных эффектов частот 20 и 10 Гц позволяет применять их в лечении большого круга заболеваний в остром периоде и в периоде реабилитации. Они используются с целью оказания общерегуляторного действия, стабилизации и пролонгирования лечебных эффектов других частот при поражении внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Инфранизкие частоты 9,9...1,0 Гц

Характерной особенностью инфранизких частот является универсальность, обеспечивающая широкий круг их применения. Вместе с тем в настоящее время имеются данные о том, что организм человека способен отвечать на воздействие частот определенного диапазона избирательной активацией отдельных нервных или органических структур с последующим формированием специфических физиологических эффектов.

Существует достаточно большое количество рекомендаций для клинического

применения частот инфранизкого (ниже 10 Гц) диапазона. Так, например, ряд авторов рекомендует использовать частотный диапазон 0,4-4,0 Гц для направленного влияния на состояние лимфоидной, костной и соединительной ткани, диапазон от 4,0 до 7,0 Гц - для направленного влияния на структуру вегетативной нервной системы, диапазон от 7,0 до 10 Гц - для коррекции работы паренхиматозных органов. Детальные рекомендации по использованию инфранизких частот были предложены еще известным врачом Р. Фоллем. На современном этапе исследования терапевтических эффектов этого диапазона частот проводились рядом авторов (И.С. Ролик, А.В. Самохин, Ю.В. Готовский и др.).

Режим «Терапия» с модуляцией

Модулированный режим «7710»

Режим представляет собой чередование пачек импульсов с частотой 10 и 77 Гц, которые подаются в определенной последовательности. Характерная особенность этого режима - релаксирующий (расслабляющий эффект).

Режим «7710» рекомендуется применять у людей с признаками артериальной гипертензии, синдромом вегетативной дистонии по гипертоническому типу, у людей с нарушениями сна.

Модулированный режим «77АМ»

В данном режиме пачки импульсов с частотой 77 Гц моделируются по амплитуде. Его применение обеспечивает получение эффектов, противоположных тем, которые возникают при использовании режима «7710».

Режим «77АМ» рекомендован для применения при наличии признаков гипотонических или атонических состояний внутренних органов.

Режим «Тест» и программа МЭД

Одной из главных особенностей аппаратов динамической электростимуляции является наличие функции обратной связи, в основе которой лежит динамическая оценка электрических характеристик кожи в зоне воздействия (мониторинг поверхностного импеданса кожи).

В режиме «Тест» функция обратной связи применяется для автоматического

определения индивидуального времени воздействия на стимулируемую зону. Этот

режим позволяет определить продолжительность стимуляции с учетом индивидуальной реакции, а также проводить поиск латентных триггерных зон, что обеспечивает возможность составления индивидуальной схемы лечения.

Кроме этого, режим «Тест» применяется в лечебно-профилактической программе МЭД (программа минимальной эффективной дозы). Эта автоматизированная

программа позволяет определять минимальное достаточное время воздействия, необходимое для развития стойкого физиологического эффекта не только на местном, но и на системном уровне.

Режим «Тест» используется с целью оказания общерегуляторного действия при широком спектре заболеваний.

Кроме этого, режим «Тест» применяется как экспертный (диагностический) режим, позволяющий определить дополнительные зоны воздействия для повышения эффективности сеансов.

Программа МЭД показана к применению как компонент комплексных

схем лечения и профилактики таких проблем, как синдром хронической усталости, метеочувствительность; как неспецифическая профилактика в период эпидемического подъема респираторных заболеваний; с целью повышения неспецифических адаптационных резервов во время действия различных стрессогенных факторов и т.д.

Режим «Скрининг»

При большинстве заболеваний нарушение функций внутренних органов

сопровождается патологическим изменением свойств тканей в определенных областях тела и приводит к формированию триггерных зон - участков, значительно отличающихся по своим характеристикам от соседних и симметрично расположенных областей. Выявление триггерных зон (скрытых жалоб) имеет важное диагностическое и лечебное значение. Активные триггерные зоны проявляются резким изменением болевой или температурной чувствительности, стойким изменением цвета кожи, локальным нарушением потоотделения и пр. Их легко удастся обнаружить в процессе проведения опроса и осмотра. В отличие от активных, латентные (скрытые) триггерные зоны выявляются только при регистрации электрических характеристик кожи.

Именно для этой цели предназначен режим «Скрининг». При работе в режиме

«Скрининг» встроенные электроды аппарата поочередно устанавливаются в исследуемых зонах. Измерение электрических параметров зоны производится в течение 5 секунд. После этого на экран выводится значение ΔLT

(дельта латентных триггеров), характеризующее электропроводность зоны. Перестановка электродов производится после получения значения ΔLT в обследуемой зоне.

Значения ΔLT выражаются в условных единицах и могут варьировать в диапазоне от 0 до 100 условных единиц.

На сегодняшний день диагностическая ценность абсолютных значений ΔLT не

определена, а самым информативным показателем для выявления латентных триггерных зон является разность значений ΔLT на симметричных или соседних участках кожи.

Режим «Скрининг» предназначен для поиска дополнительных эффективных зон воздействия (триггерных зон). Он может применяться для составления индивидуальной схемы лечения в остром периоде болезни, на всех этапах реабилитации и для составления индивидуальной схемы профилактических сеансов.

Способы воздействия

Лечебное воздействие ДЭНС может проводиться на рефлексогенные зоны

различной площади и биологически активные точки. Воздействие может осуществляться тремя способами: стабильным, лабильным или стабильно-лабильным.

Стабильный способ

Это способ, при котором сохраняется неподвижное положение электродов на

выбранной зоне в течение всего времени воздействия.

Стабильный способ используется на небольших по площади зонах, сравнимых с размерами выносных или встроенных электродов, и при воздействии на акупунктурные точки. В режиме «Тест», «Скрининг» и при

использовании программы МЭД воздействие проводится только стабильным способом.

Лабильный и лабильно-стабильный способы

При лабильном способе электроды аппарата перемещают по зоне воздействия.

Перемещение производят плавно, скользя по поверхности тела, со скоростью от 0,5

до 2-3 см в секунду. Передвижения осуществляют прямолинейными, спиралевидными, кругообразными и иными движениями с небольшой компрессией в зависимости от размеров и рельефа обрабатываемого участка. При лабильно-стабильном способе воздействия производится непродолжительная задержка встроенных или выносных зональных электродов, например в зонах максимальной болезненности.

Лабильный и лабильно-стабильный способы используются на зонах, превышающих по своим размерам площадь электродов аппарата. В режиме «Терапия» допускается применение трех способов: стабильного, лабильного и лабильно-стабильного.

Зоны воздействия

Все зоны воздействия можно объединить в две группы - основные и дополнительные. Основные - это классические зоны, с обработки которых следует начинать лечение. Дополнительные зоны используются совместно с основными для усиления лечебного эффекта.

Для повышения эффективности лечения в практике ДЭНС воздействуют на кожные проекции органов, обладающих высокой гормональной, метаболической

активностью или несущих важные барьерные функции. Кроме этого, широко практикуется воздействие на рефлексогенные зоны и точки систем соответствия (точки представительства органов и систем), среди которых наиболее активно используются системы соответствия на ушной раковине,

скальпе, кистях и стопах (Су Джок). Все системы соответствия обладают богатой иннервацией, что обеспечивает достаточно быстрый и выраженный эффект при воздействии.

Основные зоны воздействия

- зона прямой проекции жалобы или очага поражения;
- зоны сегментарной иннервации;
- рефлексогенные зоны и точки систем соответствия на скальпе, ушной раковине, кистях и стопах (Су Джок);
- зоны общего действия (универсальные) - шейно-воротниковая, пояснично-крестцовая, околопозвоночные (паравертебральные), предплечья и кисти, тройничная;
- зоны для усиления системного эффекта - проекции биологически активных точек хэ-гу (GI 4), нэй-гуань (MC 6), вай-гуань (TR 5), цзу-сань-ли (E 36), сань-инь-цзяо (RP 6);
- специальные зоны - зона задней срединной линии тела, прямой проекции надпочечников и почек, зона прямой проекции кишечника и печени, седьмого шейного позвонка;
- триггерные зоны.

Мощность (интенсивность) воздействия

Выбор мощности (интенсивности) воздействия осуществляется индивидуально, для каждой зоны и режима стимуляции. На практике используют три уровня мощности (УМ) - минимальный (УМ-1), комфортный (УМ-2), максимальный (УМ-3).

При выборе мощности необходимо руководствоваться субъективными ощущениями, возникающими под электродами аппарата.

Минимальный уровень - под электродами не возникает никаких ощущений или возникает ощущение легкой вибрации. Минимальный уровень устанавливается в тех случаях, когда воздействие должно быть низкоинтенсивным - это дети до 7 лет, взрослые и дети с заболеваниями сер-

дечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, синдром вегетативной дистонии). Пациентам, у которых наблюдаются частые головные боли, головокружения, лечение необходимо начинать также с минимального уровня мощности.

Комфортный уровень - воздействие выше порога ощущений. Под электродами ощущается безболезненная вибрация, покалывание или легкое жжение. Это наиболее часто применяемый на практике уровень мощности.

Максимальный уровень - это ощущения на пороге боли. Под электродом возникает болезненное жжение, покалывание. При этом могут возникать непроизвольные сокращения мышц в области воздействия. Применяется для лечения болевых синдромов при сильной, интенсивной боли.

Время воздействия

Продолжительность сеанса ДЭНС может изменяться в широких пределах, от 2-3 до 40-90 минут. В случаях когда целью лечебного сеанса является оказание неотложной помощи (обезболивание, коррекция артериального давления, удушье и т.п.), о достаточности воздействия на сеансе говорит исчезновение или значительное уменьшение жалоб. При курсовом лечении, когда состояние пациента стабилизируется, можно руководствоваться средними значениями времени воздействия, которые приводятся ниже.

Эти значения также можно корректировать в сторону увеличения или уменьшения, в зависимости от динамики жалоб. Следует помнить, что увеличение продолжительности воздействия на одну зону часто не приводит к усилению эффекта. Для повышения эффективности сеанса целесообразно воздействовать на другие зоны.

Рекомендуемая продолжительность сеанса с учетом возраста ребенка:

- от 0 до 1 года — 5-10 минут (1-3 минуты на одну зону);

- от 1 до 3 лет — 10-15 минут (3-5 минут на одну зону);
- от 3 до 5 лет — 15-20 минут (5-7 минут на одну зону);
- от 5 до 12 лет — 20-25 минут (7-9 минут на одну зону);
- старше 12 лет и у взрослых — до 30-40 минут (10-15 минут на одну зону).

4.3. АКУПРЕССУРА

Акупрессура представляет собой вид рефлексотерапии, в основе которого лежит раздражение механорецепторов путем надавливания (прессации) в акупунктурных точках. Акупрессура явилась дальнейшим развитием точечного массажа, известная в Китае под названием пальцевой чжень, в Японии — шиацу (shi — палец, atsu — давление). Суть этого вида массажа заключается в надавливании подушечками пальцев на рефлексогенные зоны (точки акупрессуры). В отличие от точечного массажа, в котором применяют приемы поглаживания, растирания, разминания и вибрации, в акупрессуре используется только прием надавливания.

Надавливание выполняют одним пальцем (большим или указательным), двумя (указательным и средним), тремя (указательным, средним и безымянным) или всей ладонью. Выбор пальцев зависит от расположения рефлексогенных зон. Так, при воздействии на зоны спины чаще всего используют большой палец или указательный и средний, на области глаз и живота — ладонь, при этом ладонь должна быть теплой, плотно прилегать к телу, надавливание не должно вызывать неприятных болевых ощущений. При акупрессуре рефлексогенных зон в области крупных суставов и мощных мышечных групп надавливание можно усилить путем наложения пальцев или ладони одной руки на другую.

Эффективность акупрессуры во многом зависит от развитости пальцев. Особого внимания заслуживают большие пальцы рук, так как ими приходится наиболее часто пользоваться при проведении процедуры.

Большие пальцы должны быть сильными, с хорошо развитой подушечкой концевой фаланги, которой непосредственно производят надавливание на кожу и подлежащие ткани.

Для того чтобы большие пальцы были сильными, а подушечки мягкими, их тренируют, используя специальные упражнения для рук, которые укрепляют мышцы и связки кисти, предплечья, плеча и грудной клетки. Так, для выполнения одного из этих упражнений необходимо подушечки пальцев одной руки соединить с подушечками пальцев другой руки, руки согнуть в локтевых суставах под углом 90° и расположить на одной линии на уровне груди. Соединенные пальцы максимально развести в стороны. Через нос сделать полный вдох и на выдохе с силой надавить подушечками пальцев одной руки на подушечки пальцев другой руки, одновременно оказывая сопротивление этому давлению силой мышц кисти, предплечья, плеча и грудной клетки. Давление пальцами друг на друга не прекращать до полного выдоха. На вдохе давление прекращают, мышцы расслабляют, пальцы ставят в исходное положение. Упражнение рекомендуется повторить 3—5 раз, в последующем постепенно увеличивая до 15—20 раз.

Нельзя вместо подушечки надавливать кончиком пальца, это вызовет у пациента боль, а в наиболее чувствительных местах тела кровоподтеки, быстро утомит палец и даже может его травмировать. Следует помнить, что нельзя сильно надавливать на рефлексогенные зоны, под которыми находятся крупные кровеносные сосуды и нервные стволы, это относится к зонам подмышечной, паховой областей и шеи.

Методы и приемы акупрессуры

В акупрессуре, как и в точечном массаже, различают успокаивающий (тормозной) и возбуждающий (стимулирующий) методы воздействия на рефлексогенные зоны. Выбор их зависит от общего состояния организма и наиболее выраженных симптомов.

Успокаивающий (тормозной) метод воздействия предусматривает постепенное увеличение давления и постепенное его ослабление, а также постепенное увеличение давления и быстрое его прекращение.

Прием постепенного увеличения давления и постепенного его ослабления начинают с легкого прикосновения к рефлексогенной зоне с последующим усилением давления до появления легкой боли. Обычно на боль пациент реагирует замедлением дыхания, прищуриванием глаз, а люди с склонностью к эмоциональным реакциям — побледнением лица, усилением потливости. В этом положении палец задерживают на 5—7 с, затем постепенно ослабляют давление до возвращения в исходное положение без отрыва пальца от рефлексогенной зоны. Через 3—5 с прием повторяют (3—4 раза). За время одной процедуры воздействуют на 6—8 рефлексогенных зон.

Прием показан при мышечном спазме, нервном возбуждении, бессоннице, острой боли, нервной тревоге, неврозе.

Прием постепенного увеличения давления и быстрого его прекращения начинают, как и вышеописанную процедуру, но при появлении у пациента легкой боли давление на точку резко прекращают. Палец от рефлексогенной зоны не отрывается, прием повторяется 3—4 раза с перерывом на 5 с. Всего подвергают акупрессуре 6—8 рефлексогенных зон.

Прием показан при сильной боли в затылочной и теменной областях, судорогах, сосудистых спазмах, гипертонической болезни, утомлении глаз, печеночной и почечной коликах.

Возбуждающий (стимулирующий) метод воздействия предусматривает проведение приемов быстрого увеличения давления и быстрого его прекращения, а также быстрого увеличения давления и постепенного его прекращения.

Быстрое увеличение давления и быстрое его прекращение — наиболее сложный прием акупрессуры, который требует тренировки. В некото-

рых руководствах по рефлексотерапии его описывают как прием вонзания, или пальцевого укола. Он относится к специфическим приемам и часто используется в восточной медицине.

Процедуру начинают с легкого надавливания на выбранную рефлексогенную зону, затем подушечкой пальца в быстром темпе наносят уколы, не отрывая пальца от зоны. Пальцевые уколы делают жестко, рывком, до боли. Пунктируется до 10 зон. Этот прием показан при травматическом спазме тканей, миозитах, растяжении мышц спины, голени, судорогах икроножных мышц, обмороке, утомлении, а также для стимуляции функции легких и сердца в комплексе с другими способами лечения.

Быстрое увеличение давления и постепенное его прекращение выполняют подушечкой указательного или среднего пальца, остальные пальцы разведены и полусогнуты в суставах. Надавливание производят с силой, резко и глубоко до появления чувства онемения, расширения или прохождения электрического тока. В глубине тканей кончик пальца задерживают на 7—10 с, а затем медленно его отпускают. Через 3—5 с прием повторяют. За одну процедуру рекомендуется пунктировать до 6 рефлексогенных зон. Прием оказывает возбуждающее действие на весь организм, он показан при умственном утомлении, нарушении ритма дыхания, заикании, предстартовой депрессии спортсменов, вегетативно-сосудистой дистонии.

Для усиления возбуждающего действия рекомендуется во время задержки давления в глубине тканей проводить вибрацию подушечкой пальца.

Описанные методы и приемы акупрессуры эффективны при оказании само- и взаимопомощи, их положительная реакция продолжается 6—12 ч, а в некоторых случаях — до 24 ч. При необходимости акупрессуру можно выполнять 2—3 раза в сутки.

4.4. ВИБРОМАССАЖ

Вибромассаж (вибрационная стимуляция) проводится при помощи специальных массажеров. Для получения максимального эффекта частота колебаний должна быть в пределах 50 – 200 Гц, время воздействия – 20 мин, средняя сила давления – 1 кг (амплитуда колебаний 200 – 400 мкм). Рекомендуется воздействовать непосредственно на болевые зоны или точки. В основе механизма вибрационной стимуляции лежит активизация пластинчатых телец Паччини в соединительной ткани и первичных окончаний в мышечных веретенах.

Вибромассаж оказывает воздействие на нервную систему: вибрация возбуждает нервы, которые перестали выполнять свои функции; слишком возбужденные нервы вибрация способна успокоить. Стимулируют нервную деятельность слабые вибрации, сильные же, наоборот, сдерживают ее.

Вибромассаж оказывает воздействие на сосудистую систему, он улучшает кровообращение, нормализует сердечнососудистую деятельность. Доказано, что низкие колебательные частоты (до 50 Гц) способны вызвать понижение артериального давления, а высокочастотные колебания (до 100 Гц), наоборот, поднимают артериальное давление, а также увеличивают число сердечных сокращений.

Аппаратная вибрация улучшает работу органов дыхания, активизирует обменные процессы в организме. Благоприятные воздействия оказывает вибромассаж на нервно-мышечный аппарат. Вибромассаж способен повысить работоспособность уставших мышц, т. к. он вызывает положительные реакции нервной системы и улучшает кровоснабжение мышц, а также улучшает окислительно-восстановительные процессы в мышечной ткани.

Научно доказано, что ежедневное использование вибромассажа приводит к длительному повышению работоспособности человека. Вибромассаж оказывает тонизирующее воздействие на массируемые ткани, а также

противовоспалительное и обезболивающее. Для достижения максимального эффекта применять аппаратный массаж лучше всего на биологически активных точках (БАТ) и сегментарно-рефлекторных зонах.

Аппаратная вибрация применяется при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, последствий переломов и травм, бронхитов и бронхиальной астмы, радикулитов, остеохондрозов, заболеваний центральной нервной системы.

Не рекомендуется вибромассаж при травмах позвоночника, остеопорозе, эндартериите и атеросклерозе нижних конечностей, тромбофлебите, трофических язвах, болезни Рейно и т. д. Не следует проводить вибромассаж перед сном.

Широко применяется аппаратная вибрация в спортивном массаже перед тренировками и после них.

Все аппараты, применяемые при вибромассаже, можно разделить на аппараты для локальной (частной) вибрации и аппараты для общей вибрации.

Начинать сеанс вибромассажа нужно со спины. Движения приставки виброаппарата следует производить по направлению к лимфатическим узлам (к подмышечным впадинам). Массаж выполняется круговыми и продольными движениями. Массаж спины необходимо выполнять в течение 3-5 минут, можно немного задержаться на широчайших мышцах спины.

Затем нужно произвести массаж верхних конечностей, начиная массировать внутреннюю поверхность плеча, локтевой сустав и сгибатель предплечья, далее — внешнюю поверхность плеча и предплечья. Затем следует промассировать кисть и лучезапястный сустав. Можно использовать при массаже конечностей два вибратора. Выполнять массаж одной руки следует в течение 1-1,5 минут.

Следующий этап — массаж поясничного отдела спины и тазовой области. Движения следует направлять к области паха.

Далее — массаж задней поверхности ноги, на него отводится примерно 1 минута. Сначала следует массировать коленный сустав и заднюю поверхность бедра. Направлять движения нужно от коленного сустава к ягодичной складке (не рекомендуется использовать вибромассажер на внутренней поверхности бедра). Затем необходимо промассировать икроножную мышцу и ахиллово сухожилие, направляя движения от пятки в сторону коленного сустава. Столько же времени отводится на массаж передней поверхности ноги. Сначала — массаж передней поверхности бедра по направлению от коленного сустава вверх, затем массаж коленного сустава, передней поверхности голени от голеностопного сустава.

После этого в течение 1 минуты следует промассировать большие грудные мышцы по направлению к позвоночнику.

Область живота нужно массировать по ходу толстого кишечника.

Начинать и заканчивать сеанс вибромассажа следует ручным поглаживанием.

Не рекомендуется выполнять вибромассаж более 20 минут, т. к. длительная вибрация может оказать неблагоприятное воздействие на организм, вызвать вялость и утомление, бессонницу и головные боли.

При проведении вибромассажа не следует использовать мази и гели, т. к. это ослабляет его воздействие.

4.5. ЦУБОТЕРАПИЯ

Цуботерапия (микропрессоррефлексотерапия) является способом пролонгированного воздействия на механорецепторы и заключается в наложении и фиксации в зоне акупунктуры шариков из нержавеющей стали, золота, серебра диаметром 1 – 3 мм. Для усиления терапевтического эффекта больной должен периодически надавливать на шарики.

Аппликация металлических шариков (цуботерапия) предложена в Японии. Суть метода состоит в том, что точечное воздействие осуществляется шариком из нержавеющей стали диаметром 1—2 мм, фиксируемым на

коже кусочком липкого пластыря. Шарик может быть изготовлен из серебра, золота и других металлов (по восточным представлениям серебро обладает тормозным, а золото — возбуждающим действием).

Шарики выпускаются наклеенными на кусочки липкого пластыря размером 5X5 мм и сверху прикрыты прозрачной бумагой. При отсутствии шариков промышленного изготовления можно воспользоваться шариками от подшипников соответствующего размера. Естественно, что подобные шарики надо тщательно промывать и стерилизовать кипячением.

Хранить шарики полезно в контакте с магнитом. Намагниченные шарики (магнитофоры) предпочтительнее.

Шарик с кусочком пластыря накладывают на нужную точку и слегка углубляют вращательными движениями, после чего пластырь приклеивают к коже. Для одной процедуры можно использовать до 10 шариков. Продолжительность сеанса 30—60 мин, но можно оставить шарики на срок от 1—3 дней до 2 недель. Рекомендуется регулировать длительность воздействия шарика на точку в зависимости от состояния больного. Если через 2—3 дня наступает улучшение, то шарики оставляют на своих местах. В противном случае выбирают другие точки.

Особенно показана цуботерапия детям и пожилым людям, ослабленным или опасующимся уколов.

При аппликации шариков на несколько дней рекомендуется дополнительное раздражение надавливанием на шарик 1—2 раза в день (цубомассаж) по правилам точечного массажа.

Цуботерапию можно применять как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами рефлекс- и физиотерапии, не следует только комбинировать аппликацию металлических шариков с электропунктурой, а также рентгено-, электро- и гидротерапией.

Противопоказания те же, что и при точечном массаже.

4.6. АППЛИКАЦИЯ ПЛАСТИН

Аппликация пластин – один из методов пролонгированной рефлексотерапии.

Эмпирическую металлотерапию в Европе применяют со времён Парацельса. Основанием для использования подобного вида лечения, очевидно, стала вера в могущественную силу металла. Практическое же её применение дало определённые положительные результаты.

Механизм действия

Металл при аппликации на кожу оказывает двойное действие - местное и общее.

Местное воздействие происходит за счёт механического раздражения рецепторов и вследствие образования микротоков на границе раздела "металл-ткань", общее действие объясняют проникновением ионов металла в организм.

Чаще используют пластины из красной меди, золота, серебра (проба 999), нержавеющей высокосортной стали и цинка.

Аппликация медных пластин оказывает наибольший терапевтический эффект при дефиците меди в организме, а также при болевых синдромах благодаря её противоболевому действию.

Серебро используют для ускорения регенерации тканей (при замедленном заживлении ран, гастритах, циститах, вагинитах и др.), при ожирении, патологии соединительной ткани различного генеза и задержке жидкости в организме. Оно оказывает также регулирующее влияние на функции нервной системы, кожи и мочеполовых органов, следовательно, его можно использовать при различных заболеваниях этих систем. Особого внимания заслуживает применение серебра при вегетативных дисфункциях (гипоталамический синдром, вегетативнососудистая дистония, ганглиониты), истерическом неврозе, последствиях перенесённого инсульта и др.

Аппликации пластин из свинца нашли применение при заболеваниях костной системы (нарушения оссификации при рахите, длительно не срастающиеся переломы, остеопороз костей), экссудативном диатезе, хронических дерматитах, кератозах кожи, облысении, заболеваниях селезёнки.

Использовать платину и золото рекомендуется при угнетении иммунитета, астенических и депрессивных синдромах.

В некоторых случаях целесообразно использовать пластины из разнородных металлов, в частности из меди и цинка. Наложение таких пластин генерирует определённой величины электрический заряд (его величина при прочих равных условиях зависит от размера пластин), что значительно усиливает лечебный эффект.

Пластины из меди и цинка предпочтительны для наложения на биоактивные точки, образующие поперечные каналы между спаренными меридианами, или на биоактивные точки выхода и входа соседних меридианов, что позволяет восстановить функциональное равновесие меридианов.

Методика проведения

Сущность этого способа рефлексотерапии заключается в наложении на акупунктурные зоны хорошо отшлифованных металлических кружочков из меди, нержавеющей стали, серебра, золота и другого металла диаметром от 2 до 30 мм и толщиной 1-3 мм. В последнее время используют пластины из эбонита толщиной 1-1,5 мм и диаметром 5 мм. В центре они имеют некоторое утолщение, что приближает их по форме к шарикам. Пластины закрепляют лейкопластырем. Длительность аппликации составляет 3-5 сут, затем делают 2-3-дневный перерыв во избежание раздражения кожи лейкопластырем.

Показания и противопоказания

Показаниями к аппликации металлических пластин считают преимущественно хронические заболевания (например, остеохондроз и его неврологические проявления, невриты, невропатии, миозиты, поражения

отдельных суставов, бронхиальную астму, заболевания печени и других внутренних органов, гипертоническую болезнь и др.), болевые синдромы в детском и старческом возрасте, а также у беременных.

Наложение металлических пластин на биоактивные точки редко используют как самостоятельный метод лечения. Предпочтительнее применять его в перерывах между курсами классической иглотерапии, в лечении детей и особо чувствительных лиц.

Противопоказания те же, что и к микроиглотерапии, цубо-терапии. Как правило, они ограничены местными изменениями кожи.

Эффективность металлотерапии, простота, безопасность метода позволяют предполагать, что он в различных вариантах будет развиваться и в дальнейшем, в том числе в рефлексотерапии.

4.7. КРИОПУНКТУРА

Криопунктура (греч. *kryos* – холод, лед, мороз + лат. *punctura* – укол) – один из методов пунктурной физиотерапии, при котором для воздействия на точки акупунктуры используется холод. Холодовое воздействие на точки акупунктуры пока еще не нашло широкого применения, хотя общее охлаждение организма и охлаждение отдельных областей человеческого организма хорошо известно в медицине. Существуют различные варианты криопунктуры.

1. Акупунктурную иглу вводят в точку обычным способом, после чего к ней подсоединяют прибор для криотерапии и задают необходимый температурный режим (от 0 до -70 °С). Наиболее часто с этой целью используют малогабаритные полупроводниковые термоэлектрические приборы, основанные на эффекте Пельтье. Время холодового воздействия зависит от температуры: чем она ниже, тем короче время экспозиции.

2. Для проведения процедуры используют акупунктурные иглы со специальной насадкой – чашечкой. После введения иглы в акупунктурную

точку в чашечку помещают тот или иной холодагент (охлажденная вода, кусочки льда, фитиль с эфиром и др.).

3. В качестве раздражителя используют специальный полый металлический конус, устанавливаемый непосредственно на точку акупунктуры. В полость конуса помещают тающий лед; для охлаждения конуса применяют также распыление хлорэтила.

Криопунктуру больные переносят хорошо. Она эффективна при болевых синдромах, спастических парезах, судорогах, при некоторых заболеваниях нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

4.8. ЛАЗЕРОПУНКТУРА

Лазеропунктура – метод пунктурной физиотерапии, заключающийся в воздействии на точки акупунктуры низкоэнергетическим лазерным излучением. Метод называют также лазерной рефлексотерапией и пунктурной лазеротерапией.

Энергия лазерного излучения обладает значительной биологической активностью:

- противовоспалительное действие
- оказывает обезболивающий и противоотечный эффект
- улучшает кровообращение и обмен веществ в повреждённых тканях
- стимулирует микроциркуляцию - работу капилляров
- нормализует жировой обмен (процесс расщепления липидов)
- вызывает понижение свёртываемости крови "разжижает кровь"
- улучшает клеточный состав крови
- влияет на состояние иммунной системы - повышает иммунитет
- способствует заживлению язвенных и раневых поверхностей
- препятствует размножению болезнетворных микроорганизмов
- после лазерного облучения любые медикаменты усваиваются быстрее, эффект медикаментозной терапии усиливается как минимум в 2 раза.

Выделяют два основных способа лазерной рефлексотерапии: лазеропунктура – воздействие лазерным излучением на точки акупунктуры без нарушения целостности кожных покровов; лазероакупунктура – глубокая лазерная стимуляция акупунктурных точек через полую иглу, в которую вводится световод, проводящий лазерное излучение.

Для лазеропунктуры наиболее часто используют маломощные лазеры, генерирующие излучение в красной и ближней инфракрасной областях оптического спектра. Для чрескожного воздействия на более поверхностно расположенные точки следует использовать излучение красного спектра, для воздействия на более глубокие структуры излучение инфракрасного спектра. Одним из требований к аппаратуре для лазерной рефлексотерапии является возможность ограниченного по площади воздействия (до 1 см²). При чрескожной лазеропунктуре наиболее эффективно контактное с компрессией воздействие, что существенно уменьшает потери лазерного излучения. Лазеропунктура может осуществляться как в непрерывном, так и в импульсном режимах генерации излучения. При выборе частоты следует учитывать, что низкая частота (1-10 Гц) оказывает преимущественно тонизирующий эффект, а более высокие частоты (20-100 Гц) – седативный.

Параметры воздействия весьма существенно зависят от локализации облучаемых точек. Плотность потока мощности равна ориентировочно 5 мВт/см² (максимально 20 мВт/см²) на одну корпоральную точку и 2 мВт/см² (максимально 10 мВт/см²) на аурикулярную точку. Время воздействия на одну корпоральную точку составляет 10-20 с (но не более 30 с), на одну аурикулярную точку – 3-5 с (но не более 10 с). Суммарное время воздействия до 2 мин (максимально 5 мин) на корпоральную точку и 20-30 с (максимально 1 мин) – на аурикулярную. Суммарная плотность энергии при пунктурной лазеротерапии не должна превышать 2 Дж/см². Число облучаемых точек – до 8-10. Курс лечения обычно составляет 10-15 процедур.

Пунктурная лазеротерапия обладает противовоспалительным, обезболивающим, спазмолитическим, сосудорасширяющим, седативным, стимулирующим обменные и регенераторные процессы действием. Лазеропунктура отличается высокой эффективностью, безболезненностью, быстротой получения терапевтического эффекта и асептичностью, однако ее проведение требует строгого соблюдения технологии и техники безопасности.

Лазеропунктура показана при: артериальной гипертензии, бронхиальной астме, воспалительных процессах различной локализации, остеохондрозе позвоночника с неврологическими проявлениями, болевых синдромах различного генеза, гипоталамическом синдроме, мигрени, неврозах и других заболеваниях.

Противопоказана лазеропунктура при: доброкачественных и злокачественных опухолях любой локализации, активных васкулитах, нефритах и пиелонефритах, диффузных коллагенозах.

4.9. МАГНИТОПУНКТУРА

Воздействие на отдельные органы или участки тела переменным или постоянным магнитным полем получило название «магнитотерапия», а воздействие этими факторами на БАТ — «магнитопунктура». Известно, что все живые организмы находятся под действием магнитного поля Земли, которая является как бы гигантским магнитом. Было установлено влияние внешних магнитных полей на ЦНС, а также особая чувствительность к колебаниям магнитного поля Земли шишковидной железы. Поскольку она участвует в регуляции функции гипофиза, щитовидной железы и надпочечников, уровень активности ЦНС, интеграция всей деятельности организма по циклам регулируется, вероятно, циклическими изменениями магнитного поля. Слабое магнитное поле Земли представляет собой ту физическую силу, которая дает важную информацию об окружающей среде, необходимую для нормального функционирования человеческого орга-

низма. В медицине электромагнитные поля разных типов (постоянное, переменное, пульсирующее) используются с целью воздействия на различные процессы внутри организма, неподвластные химическому контролю. В связи с этим пересматриваются методы лечения, ранее считавшиеся ненаучными. Отрывочные сведения о магнитотерапии имеются еще в трудах Аристотеля (III в. до н. э.). В XVI в. Парацельс целенаправленно использовал магниты для лечения больных. В 1881 г. отечественный ученый П.С. Григорьев упоминает о магнитотерапии как об эффективном методе; в 40-х гг. XX в. этот метод применялся в дерматологии. В начале 60-х гг. XX в. начали широко использовать магнитные японские браслеты, а в 1967 г. А.С. Фефер предложил новый метод магнитотерапии — магнитофоры. Магнитоносителями в них являются постоянные прорезиненные магниты определенного размера с известными (заданными) параметрами магнитоемкости, напряженности и проникающей способности поля. Практическое применение магнитофоров позволило прежде всего обнаружить их анальгезирующий эффект.

Д. Г. Беляев, М. Л. Гельфонд (1978) обращают внимание на более успешное купирование (у 70% наблюдаемых больных) данным методом (поле мощностью 300 эрстед) хронической боли, особенно воспалительного характера, и малую эффективность его при купировании острой боли, напр., послеоперационной.

Принцип использования магнитофоров прост: пластины требуемого размера накладывают выше и ниже зоны локализации боли (напр., выше и ниже коленного сустава при его заболевании), а затем прибинтовывают. Возможно также наложение магнитофоров на наиболее болезненные участки тела. Время воздействия практически неограниченно: от нескольких часов до недели при напряженности магнитного поля от нескольких десятков эрстед до 300 и более. В последние годы применяются специаль-

ные аппараты (серийно выпускается аппарат «Полюс-1»), генерирующие постоянное магнитное поле со средней напряженностью 600 эрстед.

В настоящее время применяется также пульсирующая магнитотерапия, основанная на использовании слабых пульсирующих магнитных полей низкой частоты, что отличает ее от электромагнитотерапии (использующей волны высокой частоты). Обычно создается магнитное поле в 6-60 Гс с частотой 1-500 колебаний в секунду. Магнитотерапию с успехом применяют:

- для улучшения функции мышц при восстановительной терапии,
- при нарушениях ритма сна и бодрствования,
- нейровегетативных расстройствах и некоторых нарушениях функции мозга (в частности, при дизлексиях). При действии на область головы магнитного поля с числом колебаний 12/с наблюдается парасимпатический (холинергический) эффект, при поле с числом колебаний 460/с — симпатикотонический (адренергический).

- в качестве местного лечения при воспалительных процессах в тканях и для улучшения заживления ран.

- на область поджелудочной железы способствует выделению инсулина либо глюкагона (в зависимости от примененной частоты).

Предполагается, что механизм действия магнитного поля включает следующие факторы: 1) магнито-гидродинамический эффект (концентрационные и ориентационные изменения макромолекул с нарушением биохимических и биофизических процессов); 2) задержку и искажение нервных импульсов (в т. ч. и от очага боли); возможно, это следствие первого фактора, т. е. биофизико-химические нарушения ведут к изменениям нервной импульсации; 3) изменение (нормализация) физиологических взаимоотношений между различными системами организма путем воздействия на гуморальные (нейромедиаторные) процессы и биологические мембраны.

Магнитотерапия противопоказана при системных заболеваниях крови, гипотонии, диффузном токсическом зобе, гипоталамическом синдроме, беременности, склонности к кровотечениям, раннем постинфарктном периоде.

4.10. ЭЛЕКТРОПУНКТУРА

Электропунктура (поверхностная чрескожная электростимуляция) и электроакупунктура (глубокая электростимуляция через введенные иглы) являются методами рефлексотерапии, при которых воздействие на акупунктурные точки осуществляется электрическим током (Рис.14).



А



Б

Рис.14 А) Прибор для электроакупунктуры; Б) Процедура электроакупунктуры

Суть метода состоит в следующем. В точку акупунктуры вводится акупунктурная игла. При электроакупунктуре целесообразно пользоваться иглами, покрытыми изолирующим лаком (кроме рукоятки и острия иглы). После получения предусмотренных ощущений к игле подключается зажим от проводника выхода аппарата. Зажим желательно присоединить к стержню иглы, а не ее рукоятки. Зажим или провод укрепляется на коже таким образом, чтобы игла имела нужное направление. В случае воздействия на одну точку другой электрод (индифферентный) в виде металлической пластинки укрепляют на коже, предварительно обработав ее для уменьшения электрокожного сопротивления (обрабатывают 70%-ным этиловым спиртом и увлажняют физраствором либо наносят электрофизиологическую

пасту). Для воздействия одновременно могут использоваться несколько точек. Подбор точек для электроакупунктуры может осуществляться как по обычным принятым в иглотерапии принципам, так и с учетом электрических параметров точек акупунктуры.

Наиболее распространенными видами тока, применяемыми сегодня для воздействия на точки акупунктуры, являются гальванический и импульсные токи различной формы (чаще прямоугольной и синусоидальной). Некоторые аппараты генерируют форму тока, регистрируемую в перехвате Ранвье нервного волокна.

Лечение ЭАП осуществляют двумя методами: возбуждающим и тормозным. В качестве возбуждающего (тонизирующего) воздействия применяют гальванический ток отрицательной полярности. Тормозное, или седативное, действие достигается применением положительного полюса гальванического тока и импульсного тока частотой 80-100 Гц. На выбор тока оказывают влияние и характер патологического процесса, его острота. При лечении хронических заболеваний лучше всего использовать постоянный ток, а при его отсутствии – импульсный с частотой 20-30 Гц. При лечении острых заболеваний (боли, травмы, воспалительные процессы) можно применять все виды импульсных токов. При необходимости стимуляции и восстановления трофики тканей предпочтение отдают постоянному непрерывному току. При лечении атрофии мышц с дегенеративной реакцией наиболее подходящим считается импульсный ток с экспоненциальной или синусоидальной формой импульсов (20-30 Гц), причем воздействие должно быть прерывистым. При острых болях, воспалительных процессах с явлениями гиперемии и отечности, при травматических кровоизлияниях необходим ток с частотой 80-100 Гц, причем воздействие должно быть непрерывным. Необходимы дальнейшие исследования и наблюдения для оптимизации выбора параметров тока при ЭАП. Это касается и силы тока. Сегодня полагают, что лечение различных хронических

заболеваний ЭАП наиболее эффективно при силе тока 15-30 мкА и длительности воздействия на точку 10-20 с. Количество процедур, проводимых через 1-2 дня, не должно превышать 6-8 на курс. При проведении электроиглоанальгезии величина силы тока не должна превышать 200 мкА при частоте 2-20 Гц; воздействие отрицательной полярности длительно-стью 50 с, положительной – 1-5 с, что позволяет избежать электролиза иглы и возникновения ожогов. При необходимости получения выраженного стимулирующего действия рекомендуется использовать гальванический ток со сменой полярности через каждые 5-10 с, время воздействия до 2 мин на каждую точку. Имеются и другие мнения относительно выбора параметров тока при ЭАП.

В основе действия ЭАП лежит рефлекторный механизм, а также действие физических (механического и электрического) факторов на функциональное состояние точек акупунктуры и связанных с ними тканей. ЭАП вызывает активацию преимущественно опиоидэргической нейротрансмиттерной системы головного мозга, что способствует развитию анальгетического эффекта и улучшению обмена веществ в тканях.

Диапазон использования ЭАП довольно широк. Она показана при различных заболеваниях нервной системы, болезнях внутренних органов, при патологии опорно-двигательного аппарата, функциональных расстройствах.

Метод противопоказан при тех же заболеваниях и состояниях, что и акупунктура, а также при индивидуальной непереносимости электрического тока.

4.11. УЛЬТРОФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ

Ультрафиолетовое облучение (УФО) акупунктурных точек методически близко к лазеропунктуре.

Методика и техника УФО акупунктурных точек: сначала определяют биологическую дозу (как это заведено в физиотерапии), а на следующий

день начинают лечения.

После поиска проводят облучение 3-6 точек в один сеанс по 2 биодозы на каждую (во избежание облучения соседних участков кожи, применяют плотные прокладки с отверстиями диаметром около 5 мм). Облучение тех же точек возможно через 2-3 дня (после уменьшения эритемы) с последующим увеличением времени до 5-7 биодоз. Курс лечения и количество сеансов обычны.

Ультрафиолетовое облучение (УФО) точек акупунктуры целебно влияет на ход многих заболеваний (бронхиальная астма, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, радикулярный синдром, заболевание кожи и др.). Применение данной методики заслуживает особенное внимание в детской практике, например во время лечения гемолитической желтухи у новорожденных.

4.12. МИКРОВОЛНОВАЯ РЕЗОНАНСНАЯ ТЕРАПИЯ

Микроволновая резонансная терапия (миллиметровая микроволновая) - воздействие нетепловым электромагнитным излучением миллиметрового (ММ) диапазона на точки акупунктуры. При этом электромагнитное излучение определенной резонансной частоты имитирует сигналы, вырабатываемые живыми организмами, и при их воздействии способствует восстановлению функциональных систем организма.

Человеческий организм - это единое целое, сложная система, соединение тела, души и разума. Состояние человека определяется состоянием его биополя или электромагнитного поля. Впервые оно было измерено академиком В.П.Казначеевым в 70-е годы прошлого столетия.

Если Вы спокойны, у вас ничего не болит и на душе легко, - значит, Ваше биополе сгармонизировано - все в порядке. Ну, а если Вы раздражены, злы, обижены, если не покидают тревожные мысли и преследуют болезни - лечишься, лечишься, а все без толку, или не успели побороть один

недуг, как возникает другой - значит, Ваше биологическое поле нарушено, истощено и не способно к защите и самовосстановлению.

Микроволновая резонансная терапия (МРТ) - это безмедикаментозный способ коррекции физиологических состояний организма за счет локального воздействия на точки акупунктуры, рефлексогенные зоны или рецепторные поля низкоинтенсивными электромагнитными излучениями (ЭМИ) в миллиметровом диапазоне волн.

Под действием МРТ происходит восстановление собственной информационно-управляющей системой организма, восстанавливается электромагнитное поле или биополе человека. МРТ пороговыми уровнями ЭМИ в миллиметровом диапазоне волн восстанавливает биополевую структуру в системах организма и энергоинформационные резервы, практически избегая токсических и угнетающих воздействий медикаментов на организм человека. МРТ справляется со многими болезнями в более короткие сроки и без осложнений. Лечится не болезнь, а человек в целом, как учили патриархи медицины и врачи древности.

МРТ учитывает традиции восточной медицины, которые складывались на протяжении тысячелетий. Метод безболезненный и не имеет противопоказаний. МРТ применяется как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами лечения. На Вашем теле есть тысячи биологически активных точек - это точки входа и выхода жизненной энергии. Линии, на которых расположены многие точки, называются меридианами распространения жизненной энергии. Они проходят по всему телу и соединяют жизненно важные органы. Каждая точка связана с определенным органом - например, точка меридиана сердца или точка меридиана легких. Есть и точки общего воздействия, точки повышения иммунитета и точки долголетия. Через них и идет восстановление электромагнитного поля, а это и есть выздоровление.

Показания к лечению:

- заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, атеросклероз, облитерирующий эндартериит, гипертоническая болезнь);
- заболевания нервной системы и психоэмоциональные расстройства (невралгии, мигрень, депрессии, невроз, хроническая усталость, состояние после стрессов, снижение памяти);
- заболевания эндокринной системы и нарушение обмена веществ (болезни щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет и его осложнения, женские гормональные расстройства);
- заболевания органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь, заболевание печени, панкреатит, холецистит, колит);
- заболевания ЛОР-органов (отит, ринит, синусит, гайморит, аденоиды, ларингит);
- заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония, бронхиальная астма);
- заболевания костно-мышечной системы (артроз, артрит, остеохондроз);
- состояния после травмы и операции;
- заболевания полости рта и зубов (зубная боль, пародонтоз, пародонтит);
- заболевания кожи (аллергия, дерматит, экзема, псориаз);
- заболевания мочеполовых органов (пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, простатит, аденома предстательной железы, снижение потенции, энурез);
- гинекологических заболеваний (аднексит, эндометрит, кольпит, нарушение менструального цикла, мастопатия);
- и многие другие заболевания различных систем и органов человека, в том числе и лечение аллергии.

4.13. ФОНОПУНКТУРА

Фонопунктура (ультразвуковая пунктура) – одна из разновидностей современной пунктурной физиотерапии, в основе которой лежит воздействие на точки акупунктуры механическими колебаниями ультравысокой частоты или ультразвуком.

Основанием для разработки фонопунктуры послужили следующие данные и предположения.

1. Основу методов рефлексотерапии составляет контролируемое раздражение периферического рефлекторного элемента. Ультразвук также может оказывать избирательное полимодальное влияние на рецепторы, прежде всего тельца Фатера – Пачини, как *in vitro*, так и *in vivo*.

2. Ультразвуку как лечебному фактору присущи многие эффекты, характерные для действия рефлексотерапии. Он вызывает дегрануляцию тучных клеток, влияет на метаболизм циклического аденозинмонофосфата, серотонина, кининов и простагландинов, способствует восстановлению регуляторных и адаптивных процессов в организме.

3. Кожные участки, соответствующие точкам акупунктуры, обладают высоким пьезоэлектрическим коэффициентом, что является биофизической основой генерации электрического потенциала ими под влиянием низкоинтенсивного ультразвука.

4. В специальных исследованиях было показано, что воздействие ультразвуком в точки акупунктуры не только сопровождается предусмотренными ощущениями, но и оказывает хороший обезболивающий эффект, усиливает адсорбционно-трофическую функцию тканей, изменяет регионарное кровообращение, стимулирует регенераторные процессы в органах и тканях, вызывает другие саногенетические эффекты.

Клиническая апробация метода подтвердила его эффективность при ряде заболеваний периферической нервной системы и внутренних органов, что способствовало внедрению метода в широкую клиническую практику.

Для лечения используются обычные ультразвуковые терапевтические аппараты, снабженные ультразвуковыми излучателями площадью 0,5-1,0 см². Процедуры проводятся в удобной для больного позе (сидя или лежа) с соблюдением общепринятых правил ультразвуковой терапии. Чаще всего пользуются ультразвуком частотой 880-1000 кГц в импульсном или непрерывном режиме. В последние годы стали для этих целей использовать низкочастотный (16-100 кГц) и даже фокусированный ультразвук.

Параметры воздействия зависят от характера заболевания, стадии, наличия сопутствующих болезней, общего состояния больного и проводимого ему лечения. В качестве ориентиров можно отметить следующие. Интенсивность ультразвука при воздействиях на точку акупунктуры чаще равна 0,05-0,2 Вт/см², реже 0,3-0,5 Вт/см². Малые интенсивности оказывают, как правило, стимулирующее, а большие – тормозное влияние на ЦНС и другие органы. Время воздействия на точку составляет 30-120 с, общая продолжительность обычно не превышает 9-12 мин. При первых процедурах воздействуют на 3-5 точек, при последующих – их число может быть увеличено до 6-8. На курс лечения, как правило, необходимо от 6-8 до 12-16 процедур. Повторный курс фонопунктуры может быть проведен через 6-8 недель. Воздействие ультразвуком на точки акупунктуры может проводиться и в виде ультрафонофореза, т.е. сочетанного применения ультразвука и лекарственного вещества.

Фонопунктура наиболее успешно используется при лечении больных неврологического профиля: невралгия тройничного нерва, остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями, травма периферических нервов, преходящие нарушения мозгового кровообращения, цефалгии; показана она и больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмой, зудящими дерматозами.

Противопоказаниями для фонопунктуры являются общие противопоказания для иглорефлексотерапии и ультразвуковой терапии, а также индивидуальная непереносимость ультразвука.

4.14. СОНОПУНКТУРА

Сонопунктура – действие на акупунктурные точки звуковыми волнами разного тона (метод предложен J. Lamy, 1967) на основе теории естественных циркадных ритмов, которые существуют для каждого органа. Выбор АТ обычен. Звуки в диапазоне слышимости подаются из генератора звуков на мембрану с насаженным стержнем, который действует как камертон и стимулируют АТ звуковым массажем. Однако влияние звука рассматривают не как механический массаж, а как влияние разных звуковых частот на соответствующие органы и психику (E. Schick, 1983): звук "до" влияет преимущественно на функцию желудка, селезенки, поджелудочной железы, "ре" — на желчный пузырь и печень, "ми" не действует на определенный орган, "фа" влияет на мочеполовую систему, "соль" — на функцию сердца, сосудов и тонкой кишки, "ля" — на легкие и почки, "си" — на функциональную систему "формирования теплоты". Низкие звуки влияют на нижнюю часть тела, высокие, — на верхнюю, в том числе на голову.

4.15. ОСТЕОПЕРИОСТАЛЬНАЯ АКУПУНКТУРА

Остеопериостальная акупунктура (ОПА) заключается в воздействии различными физическими факторами (механическим и электрическим, механическим и лазерным) непосредственно на периостальные участки и остеоцепторы костной ткани.

Применение стимуляции рецепторов кости и надкостницы обусловлено прежде всего значительной активацией репаративных процессов в зоне рефлекторного воздействия. Показано увеличение внутрикостного кровотока, установлено усиление процессов остеогенеза.

В основе активации репаративных процессов, по-видимому, лежит эволюционно закрепленные реакции гомеостатических систем организма в

ответ на повреждение его тканей, характеризующиеся специфичностью и дифференцированностью. Установлено, что механическое раздражение иглой рецепторов кожи несколько снижает кровообращение в кости, тогда как дальнейшая внутрикостная пункция этой же иглой и механическая стимуляция рецепторов кости приводит к значительному его повышению. Это служит доказательством целесообразности воздействия на рецепторы тех структур, репаративные процессы в которых необходимо активизировать.

Применение ОПА позволяет получить выраженный нейротрофический эффект непосредственно в костно-фиброзных структурах, пораженных дистрофическим или воспалительным процессом. Данный эффект существенно потенцируется при дополнительном использовании лазерной стимуляции, осуществляемой с помощью тонкого световода через просвет полый иглы, введенной в ткани.

Другим механизмом терапевтического действия является модулирующее влияние на функциональное состояние спинального сегментарного аппарата, ствола и коры головного мозга. В основе указанного влияния лежит тесная взаимосвязь костной и мышечной систем в процессе осуществления двигательных и постуральных реакций. Результаты нейрофизиологических исследований Н-рефлекса, сгибательного ноцицептивного рефлекса, мигательного рефлекса, соматосенсорных вызванных потенциалов показывают эффективное влияние раздражения остео- и периостальных рецепторов на состояние процессов возбуждения и торможения в различных отделах нервной системы. В целом, применение ОПА приводит к усилению тормозных реакций в ЦНС. Отмечено большее влияние стимуляции дистальных отделов склеротома по сравнению с проксимальными.

Воздействие на рецепторы кости и надкостницы оказывают анальгезирующее действие за счет активации эндогенных механизмов контроля

боли. Следует отметить большую эффективность электрической стимуляции по сравнению с механической.

Необходимо подчеркнуть, что иннервация костной ткани и надкостницы имеет свои особенности. Морфологическое изучение внутрикостных нервов позволяет отнести их к медленно проводящим миелинизированным афферентам А-дельта и немиелинизированным волокнам группы С, тогда как в надкостнице наряду с медленно проводящими афферентными системами богато представлены миелинизированные волокна А-альфа, А-бета.

Таким образом, электрическая стимуляция рецепторов кости и надкостницы позволяет воздействовать с одной стороны на центральные механизмы антиноцицепции через активацию медленно проводящих волокон, а с другой стороны потенцировать механизм «воротного контроля» через систему специфических проприоцептивных низкочастотных и быстропроводящих нервных проводников. Для получения оптимального эффекта в первом случае требуются интенсивные стимулы «низкой» частоты, для того, чтобы возбудить высокопороговые волокна костных афферентов и центральные нейроны антиноцицептивной системы, а во втором – «высокочастотные» стимулы низкой интенсивности, поскольку А-альфа и А-бета волокна надкостницы, входящие в специфическую сегментарную афферентную систему, обладают низким порогом возбудимости и высокой функциональной лабильностью.

Метод ОПА обладает комплексным лечебным действием, заключающимся, во-первых, в стимуляции репаративных процессов, во-вторых, в модулирующем влиянии на функциональное состояние различных отделов нервной системы, в-третьих, в активации эндогенных антиноцицептивных систем организма.

Зоны рефлекторного воздействия для ОПА подбираются на основе локального и сегментарного принципов с учетом склеротомной иннервации и степени их локальной болезненности. Наиболее часто используют

остистые отростки позвонков, ребра, акромион, бугорки плечевой кости, ость лопатки, костные выступы крестцовой кости, гребень и верхнюю заднюю ость подвздошной кости, седалищный бугор, большой вертел и надмыщелки бедренной кости, мыщелки большеберцовой кости, головку малоберцовой кости, лодыжки и пяточный бугор.

Показанием к стимуляции остеорецепторов обычно является резко выраженная и выраженная болезненность указанных зон. Показанием для стимуляции периостальных рецепторов служит выраженная и умеренная болезненность.

В общем случае, наиболее предпочтительными для стимуляции являются те зоны, пальпация которых вызывает отраженные болевые ощущения. В качестве зон воздействия на периостальные рецепторы также могут быть использованы костные структуры, безболезненные при пальпации. В этом случае критерием выбора служит наличие отраженных болевых ощущений в пределах данного склеротома.

За один сеанс лечения используют от 1 до 4-х зон воздействия, стимуляцию которых производят одновременно, причем остеорецептивное раздражение показано не более чем в 2-х зонах.

Кожу в области выбранной зоны воздействия обрабатывают этиловым спиртом. Для стимуляции остеорецепторов производят внутрикостную пункцию: инъекционной иглой с мандреном прокалывают кожу, после чего медленными, но интенсивными вращательными движениями достигают губчатого вещества кости, критерием достижения необходимой глубины служит появление у больного ощущения распираания и наполнения в месте пункции. Глубина внутрикостной пункции в среднем составляет 0,3 - 1,0 см. Для воздействия на периостальные рецепторы толстой акупунктурной иглой пунктируют надкостницу, при этом игла вводится в кость на глубину около 0,1 - 0,2 см. Болезненность данных манипуляций не превос-

ходит болезненности широко применяемых в неврологии методов инъекционной терапии.

Введенные иглы оставляют на 15 - 30 минут, причем 1 раз в 5 минут производят механическую стимуляцию каждой зоны в течение 15 - 120 секунд, для осторецепторов - путем вращательных движений иглой с некоторым нажимом, для периостальных рецепторов путем вибрирующих движений иглой с частотой 1-3 Гц.

Для потенцирования рефлекторных эффектов механической стимуляции проводят электростимуляцию, используя в качестве электродов введенные иглы.

Для воздействия на периостальные рекомендуются следующие параметры: частота следования биполярных импульсов 100-150 Гц, их длительность 0,1-0,5 мс, силу тока воздействия подбирают по ощущению выраженной вибрации, покалывания (обычно не более 300 мкА), продолжительность стимуляции 15 - 25 минут. Для стимуляции осторецепторов используют частоты от 2 до 15 Гц с длительностью биполярных импульсов 3-5 мс, силу тока воздействия подбирают по максимально переносимому ощущению (обычно 500-700 мкА), продолжительность стимуляции 30-60 минут.

Для усиления трофического действия применяю дополнительную лазерную стимуляцию, для чего в просвет иглы вводится гибкий одноразовый стерильный световод малого диаметра (0,5-0,6 мм). Используют гелий-неоновые или инфракрасные лазеры. Доза воздействия на одну зону не превышает 10 Дж, а суммарная доза на сеанс составляет не более 25 Дж.

После окончания сеанса иглы извлекают, а место пункции обрабатывают 3% настойкой йода. Курс остеопериостальной акупунктуры составляет 2 - 8 сеансов, проводимых с интервалом в 1 - 2 дня.

Глава V. КИТАЙСКИЙ МАССАЖ

В настоящее время массаж получил широкое распространение, благодаря своему терапевтическому эффекту. Опубликовано достаточное количество литературы по точечному массажу и массажу, применяемому в европейской медицине. Однако по китайскому массажу, его уникальной методике сведения крайне скудны, в то время как он обладает широким спектром действия, сочетает в себе виды рефлексотерапии.

История китайского массажа

Впервые китайский массаж упоминается в известной книге «Нэй-цзин» около двух тысяч лет назад. Само название массажа включает в себя несколько концепций. На Севере его чаще называют как ан-мо, на Юге как туй-на, кроме этого существуют такие названия как ан-ву, ан-гао. Все эти термины несут в себе действия, определяющие сами приемы массажа: ан обозначает надавливание, мо – растирание, облегчение боли рукой, движение по кругу, туй обозначает движение рукой вперед, сдвигание, на – щипковые движения вверх, ву – движение или вращение конечности, гао – поднятие пятки, ноги.

Несмотря на общее название с европейской символикой массажа, он в корне отличается от него: в основе китайского традиционного массажа лежат догмы древнекитайской философии, меридианный тропизм, учение о синдромах, кроме этого существует специальный детский массаж, массаж головы и поясничной области, живота, и сочетание в одном сеансе многих приемов массажа. По правилам перед работой массажист должен сосредоточиться на своем пациенте, на его лечении, равновесии Инь-Ян.

В развитии китайского массажа прослеживается 6 периодов, начиная с династии Цин, когда массаж использовали даже во время коматозных состояний, острых травматических повреждений. Имелась специальная книга по массажу: "Huang ligib" о an mo shi juan", однако в настоящее время она

утеряна. Многие противоболевые точки были взяты из этой книги, как и лечение синдрома слабости и холода в конечностях.

С 960 года н. э. массаж стал активно внедряться в практику, открывались специальные массажные отделения, в которых работали профессор, четыре массажиста-учителя, 16 массажистов, 14 обучающихся студентов. С помощью массажа лечили в основном болезни ветра, холода, сырости, тяжести, сухости, зноя.

К третьему периоду относятся годы 960 - 1368, когда массаж стал использоваться при родах. Массаж в теплой воде способствовал более быстрому родоразрешению, при этом применялись приемы только надавливания и растирания.

К четвертому периоду относятся годы 1368 - 1901 династии Мин, когда предпочтение стали отдавать приемам ту-на. В это же время развитие получил детский массаж, который отличался от взрослого по точкам, линиям, поверхности применения, и выделился как самостоятельная система. В этот период появился метод воздействия на точки одним пальцем «и джи чан» (основателем этого метода считался Ли Цзан Чен).

К пятому периоду отнесены годы 1901-1949 – период распространения массажа в практической медицине и среди населения.

Шестой период развития китайского массажа начался с 1949 года, а в 1980 году узаконена специальность массажиста и введена в курс обучения.

Противопоказания к применению китайского массажа:

- туберкулез,
- гнойные процессы,
- онкология,
- высокая температура,
- инфекционные заболевания,
- повреждения кожи,

- кровотечения,
- переломы, вывихи,
- беременность, период менструации.

Перед сеансом массажа необходимо провести рентгенологическое исследование, КТ, МРТ.

Восемь лечебных действий массажа

1. Согревающее. 2. Тонизирующее. 3. Расслабляющее. 4 . Потогонное. 5. Примирительное (среднее, нейтральное действие). 6. Рассеивающее.
7. Очищающее.
8. Улучшающее проходимость каналов.

Согревающее действие используется для лечения синдромов недостаточности и холода. Рекомендуемые приемы массажа следующие: колебание, растирание, давление, разминание. Все движения проводятся медленно, мягко, ритмично, длительное время каждый прием. Укреплению энергии ян (удалению холода) способствует воздействие на тонизирующие точки J 12 чжун-вань, ци-хай, J 4 гуань-юань, а на точки V 23 шень-шу – согреванию и укреплению почечного Ян, селезенки и желудка, сопротивляемости организма, удалению холода и боли.

Улучшающее проходимость каналов, когда происходит элиминация застоя. Рекомендуемые приемы массажа – растирание, сдавливание. На конечностях лучше использовать дерганье, толкание, растирание, сдавливание. Эти приемы способствуют улучшению циркуляции Чи и крови в органах.

Тонизирующее действие - "бу" – используется для укрепления, повышения уровня Чи и крови, соков организма, функциональной деятельности органов. При синдроме недостаточности лучше всего применять приемы колебания, растирания. Делать их следует мягко, медленно, несильно. Для укрепления деятельности селезенки, желудка, почек желательнее использовать следующие приемы – и джи чан, растирание, разминание, сдавливания.

Расслабление – "се" – применяют для лечения синдрома избыточности. Рекомендуемые приемы – колебание, растирание, сжатие, давление. Это силовые приемы.

Потогонное действие способствует усилению потливости, изгнанию патогенного фактора, когда заболевание имеет еще только поверхностный характер (начало) от воздействия ветра, холода, жара. Сначала проводится легко, затем с постепенным усилением. Рекомендуемые приемы – сжатие, давление, дерганье, и-джи-чан. Например, воздействие на точки Т 16 фэн-фу, VB 20 фэн-чи способствует удалению ветра, на точки GL4 хэ-гу, MC 6 вай-гуань – поверхностного патогенного фактора, точку Т 14 да-чжуй – нормализует все янские меридианы. Давление на точку тянь-цзун улучшает циркуляцию Чи и крови.

Примирительное действие. Патогенный фактор находится в середине между наружным и внутренним. Используемые приемы проводятся ровно, мягко, медленно. С помощью растирания, вибрации регулируются энергия Чи, кровь, функции селезенки, желудка, печени (ее угнетенной функции). Для регулирования энергии Чи каналов на конечностях выбирают приемы качания и-джи-чан, давления, разминания, сучевания. Хороший эффект дает использование точек каналов Жэнь-май и Ду-май (V 18 гань-шу, V 21 вэй-шу, V 20 пи-шу и других).

Рассеивающее действие лечит застой в виде отеков, опухолей, а также диспепсию, застой Чи и крови. Происходит улучшения кровообращения, проходимости Чи, восстановления функции органов. Рекомендуемые приемы – колебание, растирание – проводятся мягко, легко, быстро.

Очищающее действие, как правило, лечит синдром жара с помощью приемов растирания от точки Т 14 да-чжуй сверху вниз по каналу Ду-май (остистым отросткам) до самого конца методом толкания. При синдроме избыточности толкание проводится сильнее. При поверхностном синдроме

жара недостаточного типа толкание производится несильно сверху вниз по каналу мочевого пузыря, избыточного типа – несколько сильнее.

Приемы массажа

Массаж является главным средством для лечения больного места. Для выполнения массажа применяются как руки, так и другие части конечностей. Требования, предъявляемые к выполнению массажа следующие:

1. Длительное время воздействия с одинаковой частотой, ритмом, скоростью выполнения приема массажа.

2. Определенная сила воздействия должна быть постоянной, ровной, мягкой и глубокой.

"Сила – это основа массажа, искусство – это ключ массажа". Массаж осуществляется с помощью шести основных форм движений.

Колебание (качание)

Растирание

Вибрация или сотрясение

Сжатие, давление

Поколачивание

Движение суставов

1. Колебание а) и-джи-чан— yí zhī chán б) качание — gun fa в) разминание — gou fa.

И-джи-чан - yí zhī chán – подушечка кончика пальца находится на месте точки, плечо расслаблено, локоть, запястье находятся навесу, локоть расположен ниже запястья и не движется, являясь точкой опоры. Предплечье активно колеблется и тянет запястье и сустав первого пальца. Сила давления, частота, размах ровный. Частота 120-160 в минуту. Площадь касания пальца маленькая, а глубина действия большая. Применяется везде, но чаще на голове, лице, груди, животе, конечностях, шее, при лечении головной боли, болей в животе, суставах. Действие - уменьшение ригидности

мышц, улучшение проходимости коллатералей, урегулирование, рассеивание застоя крови, устранение скопления пищи, укрепление функции селезенки, желудка, рассеивание избыточного жара (рис. 15-18)

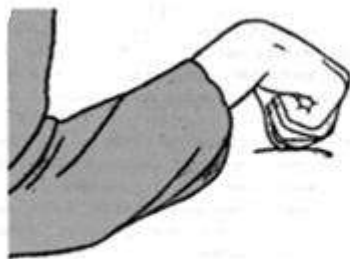


Рис. 15

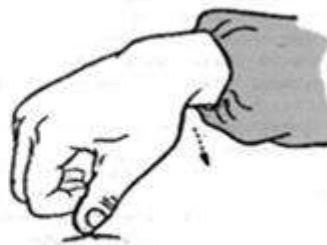


Рис. 16

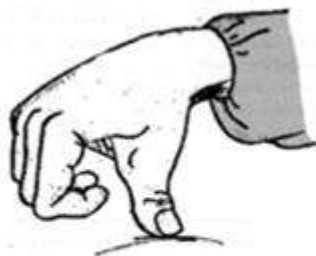


Рис. 17



Рис. 18

Рис. 15-18. Прием массажа и-джи-чан¹

Качание - gun fa (гун фа). Для выполнения этого приема массажа следует согнуть и развернуть запястье, предплечье же выполняет вращательные движения. Сустав пятого пальца находится на месте точки, локоть является точкой опоры, предплечье активно колеблется и тянет запястье развернуться и произвести вращательные движения. Сила, частота, размах движений ровный, плечо и локоть чуть согнуты, площадь касания и сила давления больше, чем при предыдущем приеме. Применяется, как правило, на плече, спине, поясничной области, ягодицах, т.е. там, где большая толщина мышц. Этим методом можно лечить ноющую боль от ветра, влаги, явления онемения, нарушения чувствительности, парезы конечностей.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

Действие - расслабление мышц, сухожилий в целях активизирования кровообращения, что повышает двигательную способность мышц (рис.19-22) .

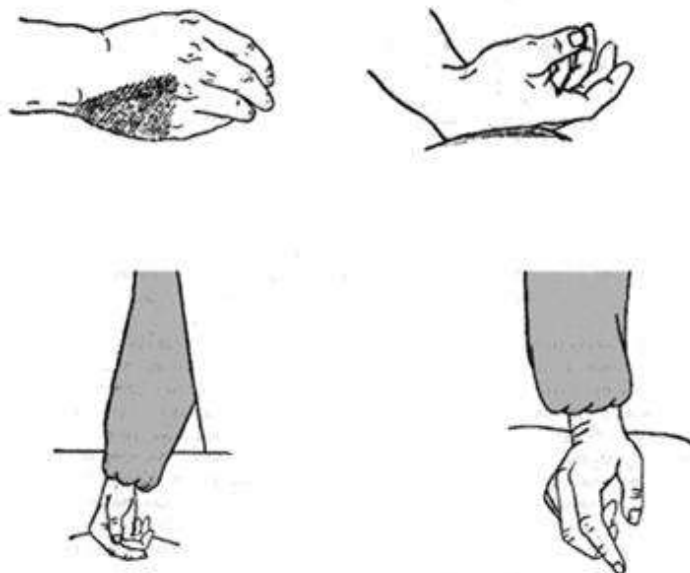


Рис. 19-22

Рис. 19-22. Выполнение приема массажа «качание» (gun fa)¹

Разминание - rou fa (жоу-фа) — существует в виде двух вариантов: 1) ладонью, 2) пальцами. При выполнении этого приема массажа тенар, основание ладони находятся на месте, запястье расслаблено, а локоть выполняет точку опоры, предплечье активно тянет запястье, делая мягкие, медленные колебания. Сила давления легкая. Частота колебаний 120-160 в минуту. Этот прием применяется везде: при лечении болей в животе, груди, подреберье, запоров, поносов, отеков от травмы. Действие – регуляция энергии Чи, улучшение кровообращения, уменьшение ригидности мышц, устранение скопления пищи (рис. 23-24).

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

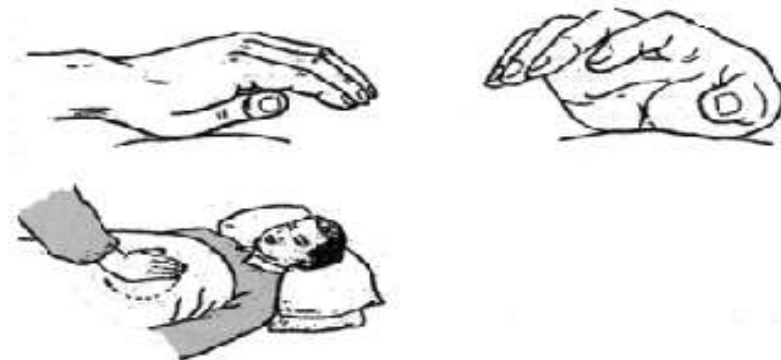


Рис. 23-24

Рис. 23-24. Выполнение приема массажа «разминание» (rou fa)¹

2. Растирание – mo sa — существует в виде нескольких приемов:

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| а) толкание – tui | б) сучевание - suo, |
| в) поглаживание – to | г) растирание - mo-fa, sa-fa. |

При растирании используется ладонь, палец или локоть, проводится по линии или по кольцу (рис. 25-28). Ладонь кладется на нужное место, запястье является центром, и вместе с предплечьем производятся движения по кольцу. Вместо ладони могут использоваться пальцы – указательный, средний, безымянный, располагающиеся на месте.

Запястье выполняет роль центра, пальцы и ладонь вместе движутся по кольцу. Движения делают медленно, легко и координированно с частотой до 120 в минуту. Эти приемы применяются в области груди, живота, подреберья для лечения болей в животе, диспепсии, вздутия живота, застоя энергии Чи. Действие – регулирование функции желудка и устранение скопления пищи, перистальтики желудка и кишечника. Направление движения зависит от заболевания и явлений избыточности или недостаточности. Если движения по кольцу называются как mo, то движения по линии – это sa.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanhai Pujiang Education Press, 2011

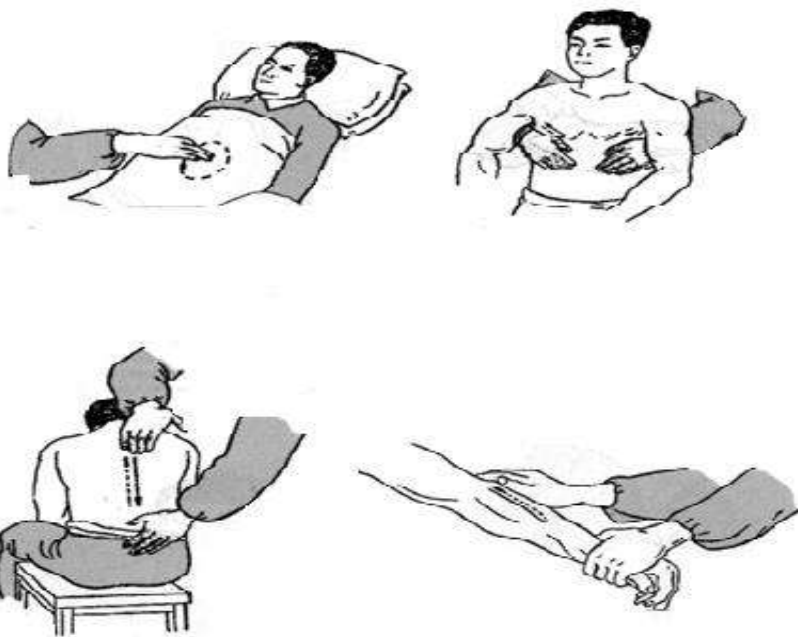


Рис. 25-28

Рис. 25-28. Выполнение приема массажа «растирание»¹

При использовании приема са требования следующие: тенар, основание ладони, гипотенар находятся на нужном месте, по линии действия. Запястье, предплечье и кисть держат ровно, ладонь и пальцы плотно прилегают к поверхности тела, точкой опоры является плечевой сустав, плечо активно тянет ладонь во все стороны массажа.

Сила давления небольшая, амплитуда побольше, частота 120-100 в минуту. Этот прием вызывает мягкое, согревающее раздражение. Действие – согревание меридианов, улучшение проходимости коллатералей, активизирование циркуляции Чи и крови, укрепление селезенки и функции желудка.

Ладонь больше используется в области живота и в подреберьях, гипотенар – на спине, плече, поясничной области, ягодицах и нижних конечностях, тенар – на груди, животе, спине, пояснице, конечностях. Растирание проводится только по поверхности кожи, лучше с применением лекарств, чтобы не нарушать кожные покровы.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

Толкание - tui (туй)- производится пальцем, ладонью, локтем. Во время массажа этим методом движения выполняются по линии в одну сторону, плотно прилегая к поверхности тела. Скорость движений медленная и ровная, применяется везде. Действие – повышение двигательной активности за счет возбуждения мышц при улучшении кровообращения и циркуляции энергии Чи по каналам и коллатералям (рис.29-30).

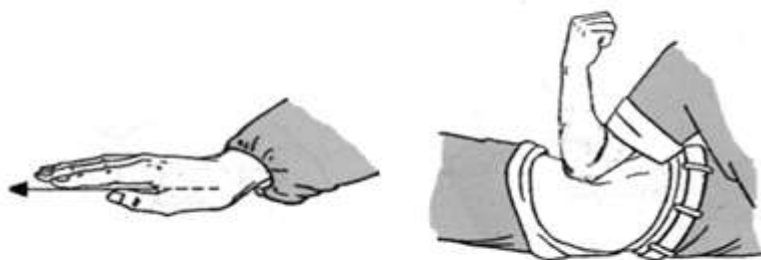


Рис. 29-30

Рис. 29-30. Выполнение приема «толкание» (tui)¹

Сучевание – suo (цуо) – это прием массажа, когда конечность или область подреберий располагается между двумя ладонями, которые движутся напротив друг друга с одинаковой силой достаточно быстро, но перемещаться сверху вниз следует медленно. Действие приема заключается в регулировании Чи и крови, расслаблении сухожилий и улучшении проходимости коллатералей. Часто используется как окончательный прием, при этом производить движения удобнее сверху вниз (рис. 31).

Поглаживание – mo (мо) – используется большой палец или второй, подушечка которого располагается на коже, движения производятся сверху вниз, влево вправо. Применяется часто на голове, лице, шее для лечения головокружений, головной боли, болей в шейном отделе позвоночника. Оказывает успокаивающее действие, улучшает зрение (рис32).

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanhai Pujiang Education Press, 2011



Рис. 31



Рис. 32

Рис. 31. Выполнение приема массажа «сучевание» (suo)¹

Рис. 32. Выполнение приема массажа «поглаживание» (mo)¹

3. Вибрация - zhen dong (чжен-дон) – существует в виде двух вариантов:

а) трясение – dou (доу) и б) вибрация – zhen (чжен).

При реализации этих приемов производится раздражение с высокой частотой и чередованием разной силы и продолжительностью действия на организм.

а) Трясение – двумя руками держать дистальный отдел конечности и с силой непрерывно с большой частотой производить движения. Чаще используется на верхней конечности и как окончательный прием. Сначала амплитуда колебаний и частота большие, затем постепенно уменьшаются (повторять следует 3-4 раза) (рис. 33).

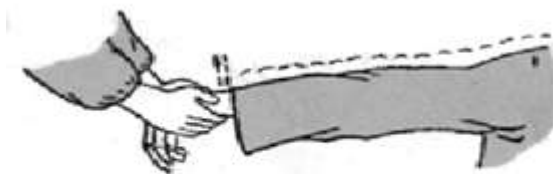


Рис. 33

Рис. 33-34. Выполнение приема массажа «трясение»¹

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanhai Pujiang Education Press, 2011

б) Вибрация производится ладонью или пальцами, которые располагаются на поверхности тела, мышц. Во время работы нужно сконцентрировать силу на кончиках пальцев или ладони. Особенностью является большая частота вибрации и сила воздействия на организм с использованием одной руки или двух. Действие – рассеивание застоя крови, устранение скопления пищи, регуляция функции желудка и кишечника (рис. 34-35).

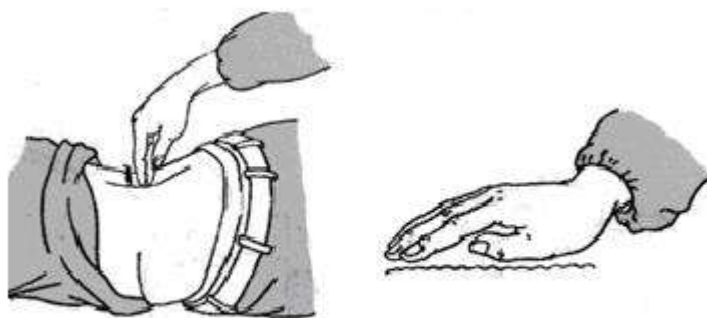


Рис. 34-35

Рис. 33-34. Выполнение приема массажа «вибрация»¹

4. Сжатие и давление- jí yа – существует в виде нескольких приемов:

а) придавливание – ап, б) давление пальцем – dian, в) щипание – nie, г) дерганье – па, д) скручивание – pian, е) топтание – саі gіао.

а) Придавливание (ап) используется в виде двух вариантов: пальцами, ладонями. Придавливать следует руками или пальцами. Кончиками или подушечками пальцев, расположенными на поверхности тела, либо ладонью одной или двумя (положить одну на другую) придавить поверхность тела. Во время работы их следует плотно прижимать к поверхности тела на месте и не передвигаться, силу добавлять постепенно, а не сразу. Этот прием можно применять везде, на всех точках. Ладонь используется в области спины, поясницы, живота. Действие заключается в расслаблении мышц, уменьшении застоя крови и Чи, активизировании кровообращения, купировании болевого синдрома (рис.36-37).

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

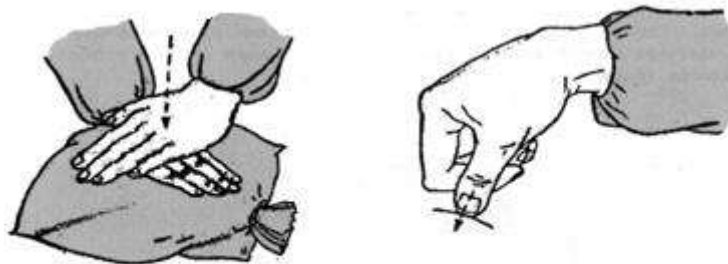


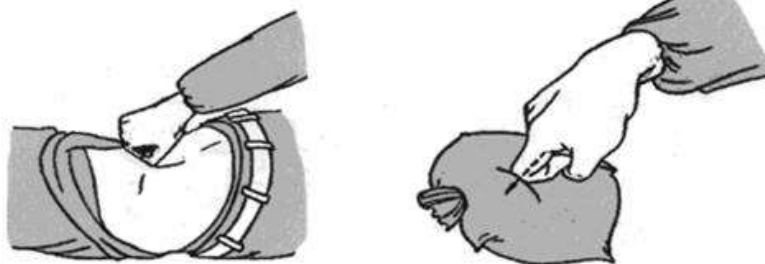
Рис. 36-37

Рис. 36-37. Выполнение приема массажа «придавливание» (an)¹

б) Давление пальцем (диэн): а) большим пальцем и б) согнутым пальцем. Кончиком большого пальца или фаланговым суставом согнутого пальца производится давление на точку. Площадь давления маленькая, а сила раздражения большая, поэтому применяется в области тонких мышц, суставов в течение 1-2 минут.

Этот прием используется для лечения спазмов, особенно кишечника, мышц в области поясницы, нижних конечностей. Действие – активизирование кровообращения, уменьшение боли, регулирование функции внутренних орга-

(рис.38-39)



НОВ

Рис. 38-39

Рис. 38-39. Выполнение приема массажа «давление»¹

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

в) Щипание (не). Для выполнения этого приема используются 3 или 5 пальцев, которые собираются вместе и производят давление с противоположных сторон, сила давления постепенно увеличивается (рис.40). Применяется на голове, шее, конечностях, спине. Действие – расслабление мышц, сухожилий, улучшение проходимости коллатералей, активизирование кровообращения. Сочетается часто с разминанием

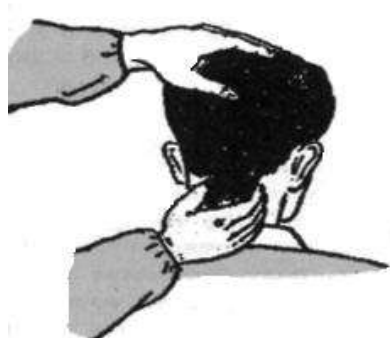


Рис. 40

Рис. 40. Выполнение приема массажа «щипание»¹

г) Дерганье (на), т.е. сжимание и поднятие складки кожи вверх, при этом резко делать не следует. Большой палец находится на точке, а указательный, средний и безымянный с противоположной стороны, сила воздействия нарастает постепенно (это обязательно для всех процедур), непрерывно и ровно (рис.41-42). Часто применяется на шее, конечностях. Служит для удаления ветра, рассеивания холода, расслабления сухожилий, улучшения проходимости коллатералей, купирования болевого синдрома.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011



Рис. 41



Рис. 42

Рис. 41-42. Выполнение приема массажа «дерганье»¹

д) Скручивание – «скручивание нити» (ниэн). Для выполнения этого приема массажа необходимо, чтобы большой и указательный пальцы находились друг против друга и производили быстрые движения по типу скручивания нити. Этот метод используется на мелких суставах с направлением движений во время массажа от проксимального к дистальному. Основное действие массажа заключается в улучшении проходимости коллатералей, расслаблении сухожилий, смазывании суставов. Лечатся боли, опухание мелких суставов, неловкость движений в них (рис.43).

е) Топтание (цай це) – прием массажа, когда все приемы производятся ногами: разминание (лучше, чем руками), толкание, давление, вытяжение – с двух сторон, однако на больную сторону упор делается больше.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

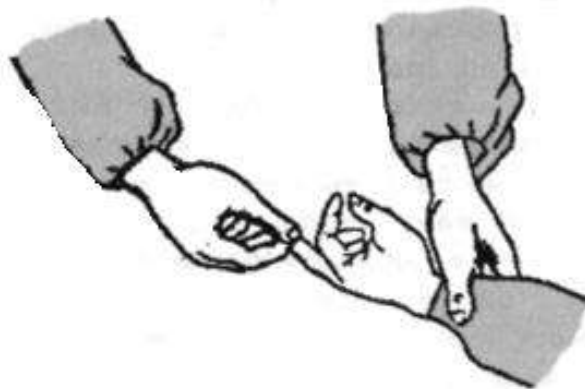


Рис. 43

Рис. 43. Выполнение приема массажа «скручивание»¹

5. Поколачивание представляется в виде трех вариантов:

- а) похлопывание (потряхивание) paі (пэй).
- б) поколачивание ji (ти).
- в) щелчок tan (тан).

Для выполнения этих приемов часто применяется ладонь, пальцы, гипотенар, палочки.

а) Похлопывание (пэй). Необходимо согнуть и сомкнуть пальцы кисти так, чтобы ладонь была "пустой", похлопывания производить ритмично в области больного места по поверхности тела. Используется на плече, спине, пояснице, ягодицах, внешней поверхности конечностей для лечения ощущений ломоты от ветра и влаги, явлений миоспазма. Действует расслабляюще на мышцы, сухожилия, улучшает проходимость меридианов, энергии Чи, кровообращение.

б) Поколачивание (ти). Для реализации приема используется тыльная сторона кулака, основание ладони, гипотенар, кончики пальцев. Кулак должен быть "пустым", запястье зафиксированным, а удары наноситься тыльной стороной кулака.

¹Zuo Yanfu Chinese Tuina. – Shanghai Pujiang Education Press, 2011

При работе пальцами они также должны быть свободными, запястье зафиксированным, а работает основание ладони. При использовании гипотенара – пальцы свободны и выпрямлены, запястье чуть изогнуто назад, делается одной или двумя (сложенными вместе) руками на поверхности тела. Прием кончиками пальцев - "по поверхности тела капает дождь". Тонкие палочки из шелковичного дерева по 8-12 штук вместе держатся вертикально, движения быстрые, короткие, ровные, ритмичные.

Все выше перечисленные приемы применяются в области поясницы, спины, темени, ягодиц, конечностей. Тем не менее, предпочтение отдается к использованию гипотенара на пояснице, спине, конечностях, кончиков пальцев – на голове, лице, груди, животе, палочек – на темени, пояснице, спине, конечностях. Приемы действуют расслабляюще на мышцы, сухожилия, улучшают проходимость коллатералей, регулируют и умиряют Чи и кровь. Часто используются для лечения синдрома "би" от ветра и влаги, головной боли.

в) Щелчок (тан). Подушечка одного пальца кладется на ноготь другого пальца, давит и соскальзывает, можно делать одним пальцем или всеми (от пятого ко второму) с частотой до 160 в минуту («галоп лошади»). Часто применяется на голове, лице, шее, способствует расслаблению мышц, сухожилий, улучшает проходимость коллатералей, устраняет ветер, рассеивает холод. Лечит головную боль, ригидность мышц шеи.

б. Движение суставов. Пассивные движения суставов производятся в виде следующих приемов:

а) Вращение суставов – уао (е).

б) Ношение на спине – bei (пэй).

в) Растягивание, натягивание, протягивание - Ыа shen (на шэн).

а) Вращение шеи. Одна рука располагается в области затылочно-теменной поверхности головы, а другая рука, поддерживая нижнюю челюсть, производит движения налево и направо.

Вращение плечевого сустава. Одна рука ложится на плечевой сустав, а другая поддерживает запястье и локоть и делает круговые движения.

Вращение тазобедренного сустава. Больной лежит на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, одной рукой поддерживают пятку, а другой колени, движения в тазобедренном суставе делаются круговые (можно вращать обе ноги).

Вращение голеностопного сустава. Одной рукой фиксируют пятку, а другой рукой держат за пальцы стопы и производят круговое вращение сустава.

Лечатся анкилозы суставов и затруднения сгибательно - разгибательных движений. Действие – смазывание суставов, повышение их двигательной функции.

б) Ношение на спине - (пэй). Врач и больной стоят спина к спине, врач захватывает больного в локтевых суставах, сгибается в пояснице и коленных суставах и взваливает больного на спину, отрывая его от пола, тем самым, вытягивая позвоночник. Взвалив пациента на спину, следует выпятить ягодицы и производить дрожательные и колебательные движения. Применяется при патологии поясничного отдела позвоночника, мышц, им можно исправлять смещение мелких суставов, улучшать состояние больного при грыжах диска.

в) Растягивание (па шен) производится двумя руками в противоположных направлениях или в одном.

На шее используются два приема: а) косое растягивание – когда голова несколько сгибается вперед, одну руку кладут на латерально-заднюю часть головы, а другую на противоположную область нижней челюсти. Сначала следует повернуть максимально, потом двумя руками делать небольшие вращательные движения в противоположных направлениях, часто можно услышать хруст позвонков, но это не является обязательным.

б) вращательное растягивание, когда кисть одной руки фиксируют область затылка, а локоть другой находится на подбородке. Сначала голову вращают пассивно до максимального упора, а затем доводят чуть быстрее до конца и несколько наверх, растягивая при повороте.

В области поясницы используется три вида приема:

а) косое растягивание – когда пациент лежит на боку, колено ноги, расположенной сверху, согнуто, локоть левой руки врача располагается на плечевом суставе больного, а локоть другой руки – на ягодице. Вращение максимальное, при этом растягивание производится двумя руками в противоположных направлениях.

б) вращательное растягивание – больной сидит на стуле, а помощник врача твердо стоит и поддерживает бедро больного, врач большим пальцем производит давление на больной остистый отросток в противоположном от вращения направлении, а другая рука ложится через плечо на затылок и шею и производит максимальное вращение и растягивание.

в) изгиб назад – больной лежит на животе, врач одну руку подводит под коленные суставы, а другую кладет на больное место в поясничной области. Делается максимальный изгиб и затем резкое движение в противоположную сторону

Все приёмы проводятся быстро, решительно, однако амплитуда должна быть физиологичной. Применяются для лечения позвоночника с целью расслабления мышц, сухожилий, улучшения прохождения энергии по каналам, расположения позвонков.

Натягивание – имеет значение как вытяжение, для чего следует после фиксирования производить вытяжение за дистальный отдел конечности. Существует четыре вида натягивания суставов:

а) на шее: врач становится за спиной пациента, два больших пальца располагает в нижней части затылка, основанием ладоней поддерживает

нижнюю челюсть и приподнимает голову вверх, предплечье врача давит на плечо больного, производя вытяжение.

б) плечевого сустава: больной сидит и наклоняется в противоположную сторону, а врач двумя руками держится за запястье и локоть и постепенно с силой натягивает.

в) лучезапястного сустава: врач одной рукой держится за предплечье, а другой за кисть, производя растяжение в противоположных направлениях, аналогично голеностопного сустава.

г) фаланговых суставов: врач двумя руками производит растягивание пальца и суставов в противоположные стороны

Глава VI. ФИТОТЕРАПИЯ

В китайской медицине большая роль отводится лечению лекарственными растениями, и ее часто называют траволечением, хотя богатая китайская фармакология включает также лекарственные средства минерального и животного происхождения. Обычно термин «лекарственные растения» включает в себя все виды лекарственных средств.

Китайское лекарство традиционно применяется в виде отваров. Смесь соответствующих растений кладут в глиняный горшок и добавляют воду. Смесь варится на медленном огне до тех пор, пока в горшке не останется восемь десятых отвара. Отвар пьют, пока он теплый. Остатки выбрасывают. (Ради экономии остатки можно проварить еще раз и потом выбросить.)

Читатели, считающие отвары устаревшей формой лекарств и привыкшие к таблеткам и сиропам, будут удивлены, узнав, что таблетки, сиропы и другие лекарственные формы западной медицины использовались еще в Древнем Китае. Отвары, настойки, таблетки, пилюли и порошки упоминаются в «Нэй-Цзин», написанной 2000 лет назад.

В своем знаменитом труде «Как лечить различные виды горячки», написанном в 210 г., Чжан Чжунцин рекомендовал мытье, замачивание, окуривание, применение капель для носа и ушей, мазей и суппозиториев, лекарств (перорально и в нос). Его средство из квасцов для лечения белей было, по-видимому, первым в мире гинекологическим суппозиторием.

Позднее, но все равно намного раньше, чем в западной медицине, в период правления династии Сун, когда правительство организовало императорские аптеки для поддержания высоких стандартов в фармацевтическом деле, лекарства в виде таблеток и сиропов были широко распространены.

Основные принципы сбора лекарственных растений:

Целое растение собирается летом или осенью.

Корневища – в конце осени.

Цветы – в начале распускания.

Семена (полностью поспевшие) – осенью.

Кора деревьев – весной и летом.

Собранные растения промывают, удаляют непригодные части, нарезают ломтиками, смачивают водой и высушивают на солнце. Затем их можно выпаривать, отжимать или выпекать.

Традиционный отвар с его очевидным неудобством по сравнению с таблетками, сиропами или настойками, тем не менее, все еще самая популярная форма лекарства в китайской медицине, т.к. в отличие от готовых форм рецепт дает врачу большую свободу действий, чтобы он мог подбирать лекарственные растения с учетом особых потребностей больного.

Врач может выписывать больному каждый раз другой рецепт. Когда растения прописаны врачом, приготовление из них отвара — совсем не трудное дело.

Основные принципы китайской фармакологии

Чтобы помочь врачам, китайские мастера классифицировали свойства лекарственных средств на четыре энергии, пять вкусов и двенадцать систем меридианов.

Характер и функции лекарственных средств обобщены в четыре энергии, а именно: холод, жар, тепло и прохлада. Холодные — лекарственные средства, обладающие способностью устранять «жар» и «огонь» и нейтрализовать яд.

К этому классу лекарственных растений в китайской фармакологии принадлежат западные антибиотики. К холодным растениям относятся бай-тоу-он (корень пульсатиллы) и хуан-лянь (корневище желтого лотоса).

Горячие медицинские средства — растения, которые изгоняют холод, усиливают ян и укрепляют иммунную систему. Примерами могут служить жоу-гуй (кора коричника) и фу-цзы (корень аконита).

Теплые и прохладные лекарственные средства — это умеренные варианты горячих и холодных лекарств. Примеры теплых трав: хон-хуа (цветок сафлоры) и ду-чжун (кора эукомии); прохладных трав — си-цао (корень марены) и ню-хуан (*Calculus Bovis*).

Есть также пятая группа лекарственных растений, не относящихся ни к горячим, ни к холодным, ни к теплым, ни к прохладным средствам и поэтому называемых нейтральными. В нее входят пей-лань (посконник) и цзинь-ин-цзи (плоды розы блестящей).

Кроме деления на четыре энергии китайские лекарственные средства различаются по пяти вкусам, а именно: острый, сладкий, горький, кислый и соленый.

Горький вкус влияет на сердце, острый — на легкие, кислый — на печень, сладкий — на селезенку и соленый — на почки.

Острые лекарственные средства обладают способностью устранять внешнее зло, вызывать потоотделение, регулировать жизненную энергию и выводить больного из бессознательного состояния. К таким средствам относятся растения — ма-хуан (эфедра) и му-сян (корень оклендии).

Сладкие растения обладают способностью регулировать физиологические функции систем селезенки и желудка, укреплять жизненную энергию и улучшать кровь. К таким растениям относятся кань-цао (корень солодки) и тан-шэнь (корень кодонопсиса мелковолоосистого).

Горькие растения устраняют «жар», тушат «огонь», осушают «сырость» и прочищают заблокированные пути. К этим растениям относятся да-хуан (корень и корневище ревеня) и мо-яо (смола комифоры).

Кислые растения оказывают вяжущее действие, укрепляют функции и ресурсы, продвигают жидкость в организме и облегчают кашель. К кислым растениям относятся, например, у-вэй-цзы (плоды лимонника) и у-мэй (плоды Mune).

Лекарственные средства с соленым вкусом обладают способностью увлажнять, смягчать, облегчать выделение и прочищать заблокированные пути. К ним относятся лю цзяо-цзяо (*Colla Cornus Cevis*) и ман-сяо (сульфат натрия).

По направлению действия лекарственные средства делят на: поднимающие и всплывающие, которые применяются для активизации энергии; погружающие и опускающие — для успокоения, укрепления и очищения организма.

В восточной фитотерапии используется принцип меридианного тропизма, который заключается в том, что лечебное действие препаратов связывается с определенным каналом и цзан — фу органом.

Классификация лекарственных средств по системам меридианов показывает, по каким меридианам направится энергия лекарственных растений. Это относится к 12 основным меридианам.

Из-за того что сложная сеть меридианов связывает все части тела, выписанное врачом средство хотя и будет воздействовать на определенную систему меридианов, может достичь также и других органов.

Для лечения определенной болезни врач располагает огромным количеством лекарственных растений.

Его выбор зависит от таких факторов, как стадия развития болезни, система меридианов, где, вероятно, развернется «поле битвы», а также физиологическое и психологическое состояние больного, что определяется по пульсу, его внешнему виду и реакциям на болезнетворные факторы.

Врач может использовать для смеси от 2 до 20 лекарственных растений. Когда состояние больного меняется, врач соответственно изменяет состав лекарства.

Издrevле известны 7 различных взаимодействий лекарственных препаратов при составлении рецептов:

- 1) Одиoчное применение препарата;
- 2) Взаимное усиление – комбинирование препаратов с одинаковыми свойствами;
- 3) Взаимное содействие – комбинация одного наиболее важного с менее важным;
- 4) Взаимное ограничение – одни препараты ограничивают вредное (ненужное) влияние других;
- 5) Детоксикация одного лекарства другим;
- 6) Взаимное угнетение действия одного лекарственного средства другим;
- 7) Использование антагонизма, несовместимости лекарств (используется личное побочное действие препаратов).

Из лекарственных растений готовят настой, настойки, отвар, порошки и экстракты.

Остановимся на приготовлении основных лекарственных форм: настоек, отвар и настойка в домашних условиях.

Настой – это водяное извлечение лекарственных веществ из растения. Как правило, готовят из мягких стеблей, цветов, луковиц, содержащие нестойкие, летучие вещества. Настой приготавливают так. Берут измельченное сырье, кладут в эмалированную посуду и заливают кипятком, настаивают 15 – 45 мин и более при комнатной температуре, процеживают и пьют.

Отвар – обычно готовят из грубых частей растений: корней, корневищ, коры, т.е. из сырья, содержащего трудно извлекаемые лекарственные вещества. Поэтому для их извлечения требуется продолжительная термическая обработка и охлаждение. Этим отвар отличается от настоя. При приготовлении отвара над твердым веществом наливается вода выше на 1 палец, кипятится 15-20 мин, фильтруется, остаток заливается вновь половиной полученного отвара, вновь кипятится 15 мин, фильтруется, остаток выбрасывается. Отвар используется до появления неприятного запаха.

Настойка – это спиртовая, спиртово-водочная, или водочная вытяжка лекарственных веществ. Получают путем настаивания на спирте или водке. Такое лекарство сохраняется долго, не теряя своих лечебных свойств. Готовят в пропорциях 1:5, 1:10, 1:20 в стеклянной посуде с притертой пробкой, выдерживают 7 – 10 суток и более при периодическом перемешивании (взбалтывании), затем фильтруют и выливают в темную посуду. Срок хранения 3 года.

Сборы (смеси). В случае возникновения нескольких симптомов при одной болезни, применяют сборы (смеси), например, при язве желудка могут возникнуть от еды – изжоги, боли, бессонница. В тоже время нередко одно растение оказывает свое действие на несколько проявлений. Ромашка, например, служит противовоспалительным и антисептическим сред-

ством. Если возникла опасность кровотечения, к сбору добавляют тысячелистник, крапиву, при изжоге – кору дуба и т.д.

Группы лекарственных средств

I. Лекарства для облегчения поверхностного синдрома.

1. Лечение острым теплым средством (после переохлаждения)

- Эфедра китайская (Рис. 44)

Меридиан – сердце, легкие, мочевой пузырь.

Эффективность – применяется в качестве противоастматического, диуретического средства, а также средства, стимулирующего циркуляцию Чи легких.



Рис. 44

- Ветви коричневого дерева (Рис. 45)

Меридиан – сердце, легкие.

Эффективность: потогонное действие для разрешения поверхностного синдрома. Согревающие меридианы для улучшения прохождения ян – чи.



Рис. 45

- Схизонибеда многонарезная (Рис. 46)

Меридиан – легкие, печень.

Эффективность – потогонное и «ветрогонное» средство, стимулирующее высыпание.



Рис. 46

- Лазурник растопыренный (Рис. 47)

Меридиан – мочевой пузырь, печень, легкие, селезенка. Эффективность – вызывает диурез, удаление влаги и ветра, болеутоляющее действие.

Рис. 47



- Нотоптеригиум (Рис. 48)

Меридиан – мочевой пузырь, почки.

Эффективность – усиление диуреза, рассеивание холода, изгнание ветра и влаги, облегчение боли.



Рис. 48

- Копытень Зибольда (Рис. 49)

Меридиан – легкие, сердце, печень, почки.

Эффективность – потогонное средство для удаления холода, ветра, боли, согревающее легкие, растворяющее мокроту, скопленную жидкость.



Рис. 49

- Дудник даурский (Рис. 50)

Меридиан – легкие, желудок.

Эффективность – «ветрогонный» эффект, разрешение простудных синдромов, удаление влаги, болеутоляющее действие, уменьшает набухание и дренирует гной.



Рис. 50

- Свежий имбирь (Рис.51)

Меридиан – легкие, желудок, селезенка.

Эффективность – усиление диуреза, согревание средней части туловища и прекращение рвоты, согревание легких и прекращение кашля.

Рис.51



- Лук китайский зеленый (Рис. 52)

Меридиан – легкие, желудок.

Эффективность – при заложенности носа, простуде, для изгнания холода с поверхности, активирования течения ян – чи, удаления токсических веществ.



Рис. 52

2. Лечение острым охлаждающим средством

- Мята перечная (Рис. 53)

Меридиан – легкие, печень.

Эффективность – удаляет ветер и жар, способствует высипанию, удаление сильного жара из горла и груди.



Рис. 53

- Лопух большой (Рис. 54)

лопух – репейник (Рис. 55)

Меридиан – легкие, желудок.

Эффективность – удаление патогенного ветра, стимулирование высипания, облегчение воспаления горла, очищение от жара, обезвреживание яда, удаление мокроты и кашля.



Рис. 54



Рис. 55

- Листья шелковицы (Рис. 56)

Меридиан – легкие, печень. Эффективность – изгнание ветра и удаление жара из печени, улучшение остроты зрения.

Рис. 56



- Хризантема (Рис. 57)

Меридиан – легкие, печень.

Эффективность – удаление ветра и жара, улучшение зрения, жаропонижающее и противоядное средство, усмирение печени, понижение ян печени, гипертония.



Рис. 57

- Пуэрария волосистая (Рис. 58)

Меридиан – селезенка, желудок.

Эффективность – разрешение поверхностного синдрома в мышцах, коже, удаление патогенного ветра, снижение жара, усиление ян, ускорение высыпания, стимулирование секреции тин – жидкости, утоление жажды.



Рис. 58

- Володушка (Рис. 59)

Меридиан – перикард, печень, желчный пузырь.

Эффективность – снижение жара, облегчение застоя печеночного чи и подъема ян – чи

Рис. 59



- Оболочка личинки цикады (Рис 60)

Меридиан – легкие, печень.

Эффективность – облегчение конвульсий и спазмов (внутренний ветер), устранение ветра и ускорение высыпания, улучшение зрения и удаление бельма, облегчение воспаления горла.



Рис 60



II. Слабительные средства.

- Ревень (Рис. 61)

Меридиан – селезенка, желудок, толстая кишка, перикард.

Эффективность – слабительное, жаропонижающее, обезвреживающее средство, активизирующее кровообращение, устраняющее застой крови.



Рис. 61

- Глауберова соль (Рис. 62)

Меридиан – желудок, толстая кишка.

Эффективность – слабительное средство, размягчающее уплотнение.



Рис. 62

- Мед (Рис. 63)

Меридиан – легкие, селезенка, толстая кишка.

Эффективность – тонизирует желудок, селезенку, увлажняет легкие, слабительное, обезвреживающее средство.

Рис. 63



III. Лекарства для удаления жара.

1. Лекарства для очищения от жара и удаления огня.

- Гипс (Рис. 64)

Меридиан – легкие, желудок.



Рис. 64

Эффективность – понижение сильного жара и дисфагии, удаление жажды; наружно в жженом виде как вяжущее средство для стимулирования и регенерации тканей.

2. Лекарства для удаления патогенного жара в целях улучшения зрения.

- Камя Тора (Рис. 65)

Меридиан – печень, желчный пузырь.

Эффективность – очищение печени от жара, улучшение зрения, увлажнение кишечника, запоры.



Р

ис. 65

- Ремания (Рис. 66)

Меридиан – сердце, печень, почки.

Эффективность – понижает жар и охлаждает кровь, тонизирует инь, стимулирует секрецию жидкости.



Рис. 66

- Воробейник краснокорневой (Рис. 67)

Меридиан – сердце, печень.

Эффективность – охлаждает кровь и обезвреживает яд, способствует высыпанию.



Рис. 67

- Рог носорога и рог буйвола (Рис. 68)

Меридиан – сердце, печень, желудок.

Эффективность – понижает жар и охлаждает кровь, антитоксическое средство.



Рис. 68

- Бычий безоар (Рис. 69)

Меридиан – сердце, печень.

Эффективность – очищение сердца от патогенного жара с целью восстановления сознания, флегмагонное, антиконвульсивное, жаропонижающее, противо-ядное средство.



Рис. 69

- Кора пиона древовидного (Рис. 70)

Меридиан – сердце, печень, почки.

Эффективность – понижение жара, охлаждение крови, активизирование кровообращения, рассеивание стаза крови.



Рис. 70

- Пион красный (Рис. 71)

Меридиан – печень.

Эффективность – удаление патогенного жара и охлаждение крови с целью активизирования кровообращения и удаления застоя крови.

Рис. 71



- Вайда красильная (Рис. 72)

Меридиан – сердце, желудок.

Эффективность – удаление жара, обезвреживание яда, охлаждение крови и устранение синяка.



Рис. 72

- Норичник коричневый (Рис. 73)

Меридиан – легкие, желудок, почки.

Эффективность – средство для удаления жара, тонизирующее инь, выводящее огонь и обезвреживающее токсины, смягчающее уплотнения, удаляющее боли в горле.



Рис. 73

3. Лекарства для удаления жара и обезвреживания.

- Жимолость японская (Рис. 74)

Меридиан – легкие, желудок, сердце, селезенка.

Эффективность – очищение от жара, обезвреживание яда, наружные синдромы от жара и ветра, лихорадочная болезнь, начальная стадия, кожные болезни, боли, опухание в горле.



Рис. 74

- Форзиция подвешенная (Рис. 75)

Меридиан – сердце, желчный пузырь.

Эффективность – жаропонижающее, противоядное средство для удаления «ветра – жара», рассасывающее карбункул и уменьшающее застой крови.



Р

Рис. 75

- Одуванчик лекарственный (Рис. 76)

Меридиан – печень, желудок.

Эффективность – жаропонижающее, антитоксическое средство.



Рис. 76

- Гуттуиния сердцелистая (Рис. 77)

Меридиан – легкие.

Эффективность – жаропонижающее, обезвреживающее, диуретическое средство, рассасывающее карбункул.



Рис. 77

- Мохнатая патриния (Рис. 78)

Меридиан – желудок, толстая кишка, печень.

Эффективность – жаропонижающее, обезвреживающее, охлаждающее кровь, кровоостанавливающее средство.



Рис. 78

- Корень софоры (Рис. 79)

Меридиан – сердце, легкие.

Эффективность – жаропонижающее, противовоспалительное, болеутоляющее средство, для облегчения боли в горле.

Рис. 79



- Лазиосфера фенцля дождевик гигантский (Рис. 80)

Меридиан – легкие.

Эффективность – очищение легких от жара, средство, облегчающее воспаление горла.



Рис. 80

- Партулак огородный (Рис. 81)

Меридиан – сердце, толстая кишка.

Эффективность – жаропонижающее, кровоохлаждающее, кровоостанавливающее, противоязвенное средство.



Рис. 81

- Фасоль золотистая (Рис. 82)

Меридиан – сердце, желудок.

Эффективность – жаропонижающее, антитоксическое, удаляющее летний зной, диуретическое средство.



Рис. 82

- Гедиотис (Рис. 83)

Меридиан – желудок, толстая кишка.

Эффективность – жаропонижающее, обезвреживающее, мочегонное, противораковое средство.

Рис. 83



4. Лекарства для удаления жара и влаги.

- Коптис китайский (Рис. 84)

Меридиан – сердце, печень, желчный пузырь, желудок, толстая кишка.

Эффективность – удаление жара, устранение влаги, удаление огня и обезвреживание яда.

Рис. 84



- Байкальский шлемник (Рис. 85)

Меридиан – сердце, легкие, желчный пузырь, толстая и тонкая кишка.

Эффективность – средство, удаляющее жар и влагу, токсические вещества, огонь, предохраняет от выкидыша плода.

Рис. 85



Бархат амурский (Рис. 86)

Меридиан – почки, мочевой пузырь, толстая кишка.

Эффективность – средство, удаляющее сильный жар, влагу, обезвреживающее яд, удаляющее жар от недостаточности инь.

Рис. 86



- Горечавка шероховатая (Рис. 87)

Меридиан – печень, желчный пузырь.

Эффективность – очищение печени и желчного пузыря от влаги и жара, укрепление желудка.

Рис. 87



5. Лекарства для удаления жара от недостаточности инь.

- Кожица корня дерезы (Рис. 88)

Меридиан – легкие, почки.

Эффективность – удаление жара, охлаждение крови, снижение жара от недостаточности инь.



Рис. 88

- Полынь сельдерейная (Рис. 89)

Меридиан – печень, желчный пузырь.

Эффективность – жаропонижающее средство для лечения теплового удара, малярии, снижения жара от недостаточности инь.



Рис. 89

IV. Лекарства для удаления влаги при помощи ароматических веществ.

- Лафантус морщинистый (Рис. 90)

Меридиан – селезенка, желудок, легкие.

Эффективность – средство ароматическое для рассеивания влаги, укрепляющее желудок, противорвотное, рассеивающее поверхностный вредный фактор.



Рис. 90

- Атрактилис яйцевидный (Рис. 91)

Меридиан – селезенка, желудок.

Эффективность – удаление влаги, изгнание ветра и укрепление селезенки.



Рис. 91

- Магнолия лекарственная (Рис. 92)

Меридиан – селезенка, желудок, легкие, толстая кишка.

Эффективность – средство, активирующее циркуляцию Чи, удаляющее влагу, противоастматическое.



Рис. 92

- Плод амомума (Рис. 93)

Меридиан – селезенка, желудок, почки.

Эффективность – удаление влаги, улучшение циркуляции Чи, согревание селезенки, предотвращение выкидыша; при диарее.



Рис. 93

V. Лекарства для удаления патогенной влаги с мочой (мочегонные).

- Семена подорожника азиатского (Рис. 94)

Меридиан – печень, почки, легкие, толстая кишка.

Эффективность – для диуреза, при болезненном мочеиспускании; удаление патогенного жара, улучшение зрения.



Рис. 94

- Акебия пятерная (Рис. 95)

Меридиан – сердце, легкие, тонкая кишка, мочевого пузырь.

Эффективность – средство, очищающее от жара, понижающее огонь, способствует диурезу, секреции молока.



Рис. 95

- Порошок талька (Рис. 96)

Меридиан – мочевого пузырь.

Эффективность – удаление летнего жара, мочегонное средство.



Рис. 96

VI. Лекарства антиревматические (для удаления ветра и влаги).

- Дудник крупнопильчатый (Рис. 97)

Меридиан – почки.

Эффективность – устранение ветра и влаги, удаление боли.



Рис. 97

- Кость тигра (Рис. 98)

Меридиан – печень, почки.

Эффективность – удаление ветра и влаги, укрепление мышц и костей, облегчение конвульсий.



Рис. 98

VII. Лекарства для согревания средней части туловища.

- Аконит Фишера (Рис. 99)

Меридиан – сердце, селезенка.

Эффективность – восстанавливает ян, для лечения коллапса и шока, нагревает почки и стимулирует ян, согревает среднюю часть туловища, болеутоляющее средство.



Рис. 99

- Корица Лаурейра (Рис. 100)

Меридиан – печень, почки, селезенка.

Эффективность – тонизирует почечный ян, согревающий селезенку и желудок, удаление внутреннего холода для улучшения кровообращения.



Рис. 100

- Сухой имбирь (Рис. 101)

Меридиан – сердце, легкие, селезенка, желудок, почки.

Эффективность – восстановление ян, согревание ян – меридианов, средней части туловища, легких, удаление застоя жидкости.



Рис. 101

VIII. Лекарства для оживления.

- Мускус (Рис. 102)

Меридиан – сердце, селезенка.

Эффективность – для оживления в качестве средства активизирования кровообращения и рассеивания кровяного стаза, ускорения течения родов, выделения железа.



Рис. 102

- Борнеол (Рис. 103)

Меридиан – сердце, селезенка.

Эффективность – ароматическое, возбуждающее средство для оживления, жаропонижающее и болеутоляющее средство.

Рис. 103



IX. Лекарства для лечения эмоциональных расстройств (обладающие седативным действием).

- Киноварь (Рис. 104)

Меридиан – сердце.

Эффективность – средство для успокоения и облегчения конвульсий и противоядное.



Рис. 104

- Кости быка, лошади (Рис. 105)

Меридиан – сердце, печень, почки.

Эффективность – усмирение гиперфункции печени и облегчение конвульсий, лечение психического напряжения, жженые как вяжущее средство.



Рис. 105

- Устрица далянобальская (Рис. 106)

Меридиан – сердце, печень, почки.

Эффективность – средство, усмиряющее гиперфункцию печени, смягчающее и рассасывающее уплотнения, лимфаденит, вяжущее средство.



Рис. 106

- Зизифус унаби (Рис. 107)

Меридиан – сердце, селезенка, печень, желчный пузырь.

Эффективность – укрепление сердца и печени, облегчение психического напряжения и остановка потоотделения.

Рис. 107



Х. Лекарства для умирения печени и остановки ветра.

- Рог сайгака (Рис. 108)

Меридиан – печень.

Эффективность – жаропонижающее, антитоксическое средство, усиливающее гиперфункцию ян печени, облегчающее конвульсию, очищающее печень от жара и улучшающее зрение.



Рис. 108

- Земляные черви (Рис. 109)

Меридиан – желудок, селезенка, печень, почки.

Эффективность – прекращение конвульсий, удаление жара, активизирование коллатералей, усиление диуреза, противоастматическое действие.



Рис. 109

- Сколопендра (Рис. 110)

Меридиан – печень.

Эффективность – спазмолитическое и антиконвульсивное, обезвреживающее действие, смягчающее уплотнения, устраняющее непроходимость в коллатеральных и утоляющее боль.



Рис. 110

XI. Лекарства для урегулирования циркуляции энергии Чи.

- Кожура мандарина (Рис. 111)

Меридиан – селезенка, легкие.

Эффективность – улучшение циркуляции Чи и пищеварения, удаление влаги, устранение флегмы.



Рис. 111

- Сыть круглая (Рис. 112)

Меридиан – печень, сань – цзяо.

Эффективность – усмирение печени и регулирование циркуляции ее Чи, налаживание менструального цикла и удаление боли.



Рис. 112

XII. Лекарства для активизирования кровообращения и удаления застоя крови.

- Шалфей многокорневищный (Рис. 113)

Меридиан – сердце, перикард.

Эффективность – активизирование кровообращения и удаление застоя крови, жара, похолодание крови, успокоение.

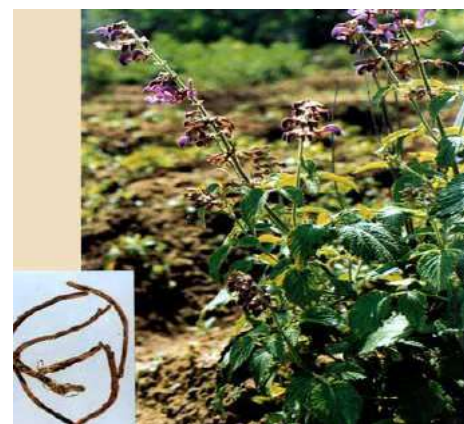


Рис. 113

- Сушеные зерна персика (Рис. 114)

Меридиан – сердце, печень, толстая кишка.

Эффективность – улучшение кровообращения, устранение кровостаза, увлажнение и опорожнение кишок.



Рис. 114

- Сафлор красильный (Рис. 115)

Меридиан – сердце, печень.

Эффективность – активизирование кровообращения, рассасывание застоя крови, восстановление нормальной менструации.



Рис. 115

- Тысячеголов посевной (Рис. 116)

Меридиан – печень, желудок.

Эффективность – ускорение местного кровообращения, усиление отделения молока.



Рис. 116

ХШ. Лекарства для остановки кровотечения (путем удаления жара и рассеивания застоя, укрепления энергии).

- Гинура перистонадрезная (Рис. 117)

Меридиан – печень, желудок.

Эффективность – остановка кровотечения, рассеивание застоя крови и облегчение крови.



Рис. 117

- Кровохлебка (Рис. 118).
- Жень – шень (Рис. 119)

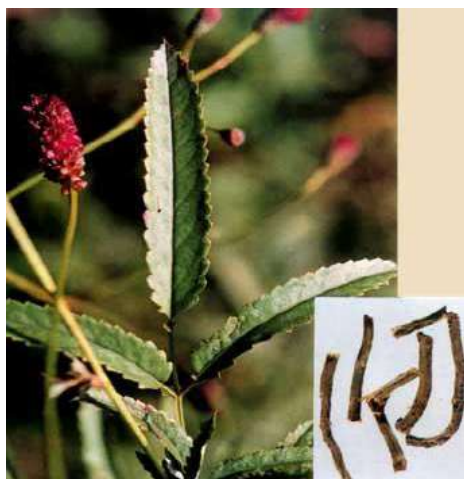


Рис. 118



Рис. 119

XIV. Лекарства для удаления скопления пищи и улучшения пищеварения.

- Плоды боярышника (Рис. 120)

Меридиан – селезенка, желудок, печень.

Эффективность – рассеивание застоя пищи и стаза крови.



Рис. 120

XV. Лекарства для укрепления энергии.

- Жень-шень (Рис. 121)



Рис. 121

XVI. Лекарства для активизации энергии ян.

- Панты (Рис. 122)



Рис. 122

XVII. Лекарства для укрепления энергии инь.

- Ягоды дерезы (Рис. 123)



Рис. 123

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ для самоконтроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ АКУПУНКТУРНЫХ ИГЛ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ПРИНЯТО ПРОВОДИТЬ

- 1) сухим жаром в течение 1 часа при температуре 160⁰ С
- 2) автоклавированием в течение 1 часа при температуре 120⁰ С
- 3) кипячением в течение 30 минут при температуре 100⁰ С
- 4) сухим горячим воздухом 30 минут при температуре 100⁰С

2. ДЛЯ АКУПУНКТУРЫ ЗОЛОТЫМИ ИГЛАМИ ПО ТРАДИЦИОННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ СВОЙСТВЕННО:

- 1) тормозное действие
- 2) возбуждающее действие
- 3) нейтральное действие
- 4) действие зависит от манипуляций с иглой

3. ДЛЯ АКУПУНКТУРЫ СЕРЕБРЯНЫМИ ИГЛАМИ ПО ТРАДИЦИОННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ СВОЙСТВЕННО:

- 1) тормозное действие
- 2) возбуждающее действие
- 3) нейтральное действие
- 4) действие зависит от манипуляций с иглой

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКУПУНКТУРЫ ВРАЩЕНИЕ ИГЛЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1) усиления предусмотренных ощущений
- 2) уменьшения предусмотренных ощущений
- 3) лучшего выведения иглы из БАТ
- 4) уменьшения болезненных ощущений

5. ЧЕМ СЛАБЕЕ БОЛЬНОЙ (СЛАБЫЙ ТИП НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГИПОСТЕНИЧЕСКОЙ СТАДИИ, ИСТОЩЕНИЕ И Т.П.), ТЕМ

- 1) меньшей должна быть сила раздражающего воздействия
- 2) большей должна быть сила раздражающего воздействия
- 3) сила раздражающего действия не имеет значение
- 4) показаны другие методы рефлексотерапии (например, прижигание)

6. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ОЩУЩЕНИЙ, ЕСЛИ ОНИ НЕ ВОЗНИКЛИ СРАЗУ НА ВВЕДЕНИЕ ИГЛЫ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) вращение иглы
- 2) неполное извлечение иглы
- 3) вращение с погружением и неполным извлечением иглы
- 4) пунктирование

7. ВАРИАНТ ТРАДИЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТОЧКИ АКУПУНКТУРЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ ИГЛЫ ПРОТИВ ХОДА МЕРИДИАНА С ВРАЩЕНИЕМ ПРОТИВ ЧАСОВОЙ СТРЕЛКИ И ОСТАВЛЕНИЕМ ИГЛ НА НЕСКОЛЬКО ДЕСЯТКОВ МИНУТ – ЭТО МЕТОД

- 1) тонизации
- 2) дисперсии
- 3) гармонизации
- 4) смешанного воздействия

8. В ТОЧКИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ И ЖИВОТЕ ИГЛЫ ПРИНЯТО ВВОДИТЬ В ФАЗЕ

- 1) вдоха
- 2) выдоха
- 3) задержке дыхания
- 4) не зависит от фазы дыхания

9. ГЛУБОКОЕ ВВЕДЕНИЕ АКУПУНКТУРНЫХ ИГЛ ВЗМОЖНО ПРИМЕНЯТЬ В ТОЧКАХ

- 1) на пальцах рук и ног
- 2) на кончике носа
- 3) в области головы
- 4) в области шеи

10. В РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ЭФФЕКТА КРАНИОПУНКТУРЫ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) активация различных отделов лимбико-ретикулярного комплекса
- 2) стимуляция центральных механизмов антиноцицептивной системы
- 3) регионарные гемодинамические сдвиги в коре головного мозга
- 4) эффект психотерапевтического воздействия

11. ИННЕРВАЦИЯ ЗОН СКАЛЬПА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) лицевым нервом
- 2) верхними шейными спинальными сегментами С2-С3
- 3) блуждающим нервом
- 4) добавочным нервом

12. ВЫБЕРИТЕ ЗОНЫ КРАНИОПУНКТУРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕВОЙ ПЛЕКСОПАТИИ

- 1) моторная, верхняя 1/5 часть, сенсорная зона, верхняя 1/5 часть
- 2) моторная, средние 2/5 части, сенсорная зона, средние 2/5 части
- 3) моторная, нижние 2/5 части
- 4) сенсорная зона, нижние 2/5 части

13. ВЫБЕРИТЕ ЗОНУ, КОТОРАЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЛИНИЮ, РАСПОЛОЖЕНУЮ НА 1,5 СМ КЗАДИ И ПАРАЛЛЕЛЬНО МОТОРНОЙ ЗОНЕ

- 1) моторная
- 2) сенсорная
- 3) вазомоторная
- 4) вестибуло - кохлеарная

14. СРЕДНИЕ ДВЕ ПЯТЫХ ЧАСТИ МОТОРНОЙ И СЕНСОРНОЙ ЗОНЫ СООТВЕТСТВУЮТ

- 1) голове
- 2) верхней конечности
- 3) нижней конечности
- 4) туловищу

15. ПРИ РАССТРОЙСТВАХ РЕЧИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА КРАНИОПУНКТУРУ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) с двух сторон
- 2) справа
- 3) слева
- 4) у левшей справа, у правшей слева

16. ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ СЛЕВА ЭФФЕКТИВНА СТИМУЛЯЦИЯ ЗОН СКАЛЬПА

- 1) слева
- 2) справа
- 3) с двух сторон
- 4) сторона воздействия не имеет значения

17. ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ СПРАВА ЭФФЕКТИВНА СТИМУЛЯЦИЯ ЗОН СКАЛЬПА

- 1) слева
- 2) справа
- 3) с двух сторон
- 4) сторона воздействия не имеет значения

18. НИЖНИЕ ДВЕ ПЯТЫХ ЧАСТИ МОТОРНОЙ И СЕНСОРНОЙ ЗОНЫ
СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) голове
- 2) верхней конечности
- 3) нижней конечности
- 4) туловищу

19. ПРИЖИГАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОСТУДНЫХ ЗАБО-
ЛЕВАНИЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ТОЧКАХ

- 1) цзу-сань-ли, хэ-гу
- 2) хэ-гу, цюй-чи
- 3) тай-си, фу-лю
- 4) фэн-мэнь, цзу-сань-ли

20. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМОВ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ХОЛОДА
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЙСТВИЕ МАССАЖА

- 1) тонизирующее
- 2) согревающее
- 3) рассеивающее
- 4) примирительное

21. ДЛИНА НАПРАВИТЕЛЕЙ ИГЛ ДОЛЖНА БЫТЬ

- 1) на 3-4 мм короче иглы
- 2) соответствовать длине иглы
- 3) на 3-4 мм выше иглы
- 4) на 8-10 мм короче иглы

22. ПОД КЛАССИЧЕСКОЙ АКУПУНКТУРОЙ ПОНИМАЕТСЯ ВОЗ-
ДЕЙСТВИЕ

- 1) с лечебной или профилактической целью специальными игла-
ми
- 2) специальными приемами массажа
- 3) лазером
- 4) многоигольчатым валиком

23. СПОСОБЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ИГЛ

- 1) кипячение в течение 45 мин.
- 2) помещение в 96% р-р этилового спирта на 1 час
- 3) помещение в 75% р-р этилового спирта на 2 часа
- 4) кипячение в течение 20 мин.

24. ВИДЫ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

- 1) лазерное
- 2) ультрафиолетовое

- 3) инфракрасное
- 4) микроволновое

25. ИГЛЫ ДЛЯ АУРИКУЛОТЕРАПИИ ЭТО

- 1) специальные микроиглы
- 2) короткие корпоральные
- 3) длинные корпоральные
- 4) специальных игл нет

26. КЛАССИЧЕСКАЯ ИГЛОТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ

- 1) декомпенсации сердечнососудистой системы
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) пневмонии
- 4) бронхите

27. ВРЕМЯ ЭКСПОЗИЦИИ ИГЛ ПРИ МИКРОИГЛОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) от 1 до 30 суток
- 2) 30-40 мин.
- 3) 20-30 мин.
- 4) 10-15 мин.

28. МЕТОД КОРПОРАЛЬНОЙ МИКРОИГЛОТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ИГЛЫ ВВОДЯТСЯ В ТОЧКИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ

- 1) на руках, ногах, туловище
- 2) на ухе
- 3) в области живота
- 4) в области спины

29. МЕТОД АУРИКУЛЯРНОЙ МИКРОИГЛОТЕРАПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ИГЛЫ ВВОДЯТСЯ В ТОЧКИ

- 1) живота
- 2) уха
- 3) носа
- 4) спины

30. ЛОКАЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ МНОГОИГОЛЬЧАТЫМ МОЛОТОЧКОМ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) раздражение локальной болезненной области, точки
- 2) создание фона для дальнейшего лечения
- 3) раздражение наносится вдоль позвоночного столба и крестца
- 4) раздражение наносится в определенные сегменты

31. ПРИ КОРПОРАЛЬНОЙ АКУПРЕССУРЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НАНОСИТСЯ

- 1) на зоны головы
- 2) на точки головы
- 3) на зоны уха
- 4) на точки туловища, рук и ног

32. ПРИ АУРИКУЛЯРНОЙ АКУПРЕССУРЕ РАЗДРАЖЕНИЯ НАНОСИТСЯ

- 1) на зоны головы
- 2) на точки уха
- 3) на точки туловища
- 4) на зоны рук и ног

33. ПРИ КРАНИАЛЬНОЙ АКУПРЕССУРЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НАНОСИТСЯ НА ТОЧКИ

- 1) головы
- 2) туловища
- 3) уха
- 4) рук

34. ВАКУУМ-МАССАЖ ПРИ СОЧЕТАНИИ С КЛАССИЧЕСКОЙ И СКАЛЬПОАКУПУНКТУРОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ПРОВОДИТЬ

- 1) до сеанса акупунктуры
- 2) во время сеанса акупунктуры
- 3) не имеет значения
- 4) после сеанса акупунктуры

35. МОКСЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

- 1) специальной морской травы
- 2) полыни
- 3) зверобоя
- 4) подорожника

36. ПРОГРЕВАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО В ОБЛАСТИ

- 1) живота
- 2) спины
- 3) рук
- 4) глазных яблок

37. КРИОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ТОЧКУ ФАКТОРОМ

- 1) холода
- 2) тепла

- 3) лучистой энергии
- 4) переменного тока

38. ДЛЯ КРИОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) полынь
- 2) хлорэтил
- 3) зверобой
- 4) подорожник

39. К ВАКУУМРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) традиционное вакуум-воздействие (банки)
- 2) массаж с помощью вакуумной банки
- 3) банка с кровопусканием
- 4) банка с акупунктурой

40. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОГО МАССАЖА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) остеохондроз позвоночника с болевым корешковым синдромом
- 3) бронхит
- 4) миозит

41. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ЛЕЖИТ

- 1) местная реакция
- 2) сегментарная реакция
- 3) общая реакция
- 4) вовлечение компонентов общей, сегментарной и местной реакции

42. ПАРАЛЛЕЛЬНО С ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЕЙ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) прием гормонов
- 2) витаминотерапию
- 3) прием сосудистых средств
- 4) ЛФК

43. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) вегетативная реакция
- 2) заикание
- 3) энурез
- 4) кахексия

44. СОЧЕТАТЬ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЮ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С

- 1) ЛФК
- 2) точечным массажем
- 3) сегментарным массажем
- 4) УВЧ

45. В АППАРАТАХ ДЛЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ СИЛА ТОКА НА ВЫХОДЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 500 мкА
- 2) 10 мкА
- 3) 100 мкА
- 4) 1000 мкА

46. ЭЛЕКТРОМИКРОИОНОФОРЕЗ ТОЧКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 4 мин.
- 2) 2 мин.
- 3) 5 мин.
- 4) 10 мин.

47. СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОДНУ ТОЧКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕАНСА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,5-1 мин.
- 2) 3-7 мин.
- 3) 10-15 мин.
- 4) 16-18 мин.

48. ДЛЯ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОЛЕ

- 1) электрическое
- 2) магнитное
- 3) электромагнитное
- 4) статическое

49. ДЛЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ТОРМОЗНЫМ СПОСОБОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОК

- 1) постоянный положительной полярности
- 2) постоянный отрицательной полярности
- 3) переменный / синусоидальный/
- 4) прерывистый /импульсный/

50. ДЛЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРЫ ВОЗБУЖДАЮЩИМ СПОСОБОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ТОК

- 1) переменный / синусоидальный/
- 2) прерывистый /импульсный/
- 3) постоянный положительной полярности
- 4) постоянный отрицательной полярности

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ для самоконтроля

01 - 1	02 - 2	03 - 1	04 - 1	05 - 1
06 - 1	07 - 2	08 - 1	09 - 3	10 – 1-3
11 - 2	12 - 2	13 - 2	14 - 2	15 - 1
16 - 2	17 - 1	18 - 1	19 - 3	20 - 2
21 - 1	22 - 1	23 - 1	24 - 4	25 - 1
26 - 1	27 - 1	28 - 1	29 - 2	30 - 1
31 - 4	32 - 2	33 - 1	34 - 2	35 - 1
36 - 4	37 - 1	38 - 2	39 - 1	40 - 1
41 - 4	42 - 1	43 - 1	44 - 4	45 - 1
46 - 2	47 - 2	48 - 1	49 - 1	50 - 4

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Яроцкая Э.П., Федоренко Н.А. Атлас клинической иглотерапии и точечного массажа: Изд. Торсинг, 2006. –272 с.
2. Самосюк И., Лысенюк В. Акупунктура. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2004. – 528 с.
3. Шнорренбергер К. Специальные техники акупунктуры и прижигания. – М.: «Valbe», 2007. – 280 с.
4. Фокин В.Н. Руководство по акупунктуре, или Пальцевый чжэнь: Изд. ФА ИР, 2009. – 544 с.

5. Табеева Д.М. Иглоотерапия. Интегративный подход: Изд. ФАИР, 2010. – 368 с.
6. Михайлова А.А. Диагностика и аурикулотерапия: Атлас – справочник. Учебно-практическое руководство. – М.: Центр инноваций «Продвижение», 2003. – 144 с.
7. Гойденко В.С. Структурно-функциональная теория механизма действия иглоотерапии и микроиглоотерапии // Уч. пособие, Изд-во РМАПО, 2000.
8. Латогуз С.И. Практическое руководство по рефлексотерапии и иглоукалыванию, 2003. – 404 с.
9. Миконенко А.Б. Атлас практической акупунктуры, 2008. – 432с.
10. Практическое руководство по динамической электронейростимуляции // Под общей ред. С.Ю. Рявкина. – Екатеринбург «Токмас-Пресс», 2011. – 151 с.