

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

БПВ



В.А.ЛИНДЕ

**ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ
ТЕРАПИЯ
В
АКУШЕРСТВЕ
И
ГИНЕКОЛОГИИ**



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, ИЗДАТЕЛЬСТВО «ГИППОКРАТ», 2004

В.А.ЛИНДЕ

**ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ
ТЕРАПИЯ
В
АКУШЕРСТВЕ
И
ГИНЕКОЛОГИИ**



УДК 618.1/2:615.814.1

ББК 57.1

Л59

Рецензент заведующий кафедрой акушерства и гинекологии СПбГПМА
проф. *С. И. Гайдук*

Линде В.А.

Л59 Чжень-цзю терапия в акушерстве и гинекологии / В.А.Линде.— СПб.: Гиппократ, 2004.— 176 с.

ISBN 5-8232-0248-2

Книга посвящена использованию чжень-цзю терапии (рефлексотерапии, акупунктуры) в акушерской и гинекологической практике. Большое внимание уделено вопросам акупунктурной диагностики и общим вопросам локализации и прижигания. На основании собственного опыта и опубликованных данных, автор описал возможные варианты проведения чжень-цзю терапии при различных акушерских и гинекологических заболеваниях.

Для врачей-рефлексотерапевтов и акушеров-гинекологов

ISBN 5-8232-0248-2

© В.А. Линде, 2004 г.
© «Издательство Гиппократ», оформление, 2004 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Использование в акушерстве и гинекологии методов чжень-цзю терапии — направление, представляющее большой интерес, как научный, так и практический. В современных публикациях четко прослеживается тенденция к поиску максимально безопасных методов лечения беременных и родильниц при акушерских осложнениях. Трудность решения задачи эффективного и одновременно безопасного лечения беременных женщин и матерей в период лактации, нарастание тяжести ятрогенных последствий, особенности патогенеза многих акушерских заболеваний диктуют необходимость максимального использования всего накопленного в медицине опыта и, в частности, тех ее направлений, которые еще до недавнего времени считались нетрадиционными или альтернативными, а теперь все чаще рассматриваются как комплементарные. Подобные тенденции четко прослеживаются и в гинекологии. При этом исследования эффективности ИТ находятся в стадии накопления фактического материала.

Сложность проблемы интеграции ИТ в акушерскую и гинекологическую практику заключается в непривычности для современного европейского врача традиционной китайской философии, на базе которой выросла система чжень-цзю терапии. Кроме того, ИТ, как и другой метод регулирующей терапии — гомеопатия, имеет выраженную антропоцентрическую составляющую. Это приводит к тому, что любая схема лечения или акупунктурный рецепт может рассматриваться лишь как ориентир, причем, весьма относительный, а все остальное — прерогатива конкретного врача, имеющего дело с конкретной пациенткой.

С другой стороны, несомненная эффективность ИТ при ряде акушерских и гинекологических заболеваний, например при рвоте

беременных или альгодисменорее, заставляет все большее число ученых рассматривать ее как перспективное направление в решении ряда акушерских и гинекологических проблем. Одним из неоспоримых и важнейших достоинств чжень-цзю терапии является ее регулирующий характер, когда в организм практически не вводится никаких дополнительных факторов (если не считать укола иглы или прогревания кожной проекции ТА), а лечебный эффект объясняется только происходящими в самом организме направленными изменениями. Таким образом, исключается побочное действие, алергизация и другие отрицательные составляющие фармакотерапии. При этом остается возможность количественной оценки воздействий — время и характер воздействия на ТА, что делает ИТ равноправным с точки зрения объективизации, стандартизации и статистической обработки получаемых данных методом терапии.

В настоящей книге обобщены данные различных публикаций и результаты собственных исследований по вопросам использования чжень-цзю терапии при различных акушерских и гинекологических заболеваний.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА КАК ЕДИНОЙ СОЦИАЛЬНО- БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Регуляторный характер акупунктурного воздействия, не приносящего в организм ничего сверх того, что в нем уже есть, а лишь направляющего происходящие в нем изменения, ставит на повестку дня вопрос о регуляции организма или, точнее, индивидуума (поскольку социальное и психологическое неотделимы в живом человеке от биологического), как единого целого. Кроме того, бурно развивающееся с 60—70-х годов XX в. в различных областях медицины психосоматическое направление заставляет пересмотреть патогенезы большинства акушерских и гинекологических заболеваний под данным углом зрения. При этом для начала есть необходимость остановиться на наиболее общих механизмах психосоматических нарушений.

В настоящее время практически не вызывает сомнений то, что основным центром регуляции индивидуума «как сложной динамической системы, находящейся в состоянии неустойчивого равновесия и реагирующей на все изменения как в окружающей среде, так и внутри самой системы» [ВОЗ, 1965] являются подкорковые структуры головного мозга, и в первую очередь гипоталамус. Гипоталамус является центральным звеном нейро-гормональной регуляции в человеческом организме. При этом гипоталамические структуры, отвечающие за эндокринную регуляцию, и в частности за синтез и секрецию гонадотропин-рилизинг гормона (люлиберина), реагируют не на какой-то отдельный, изменяющий их активность фактор (любой из известных вариантов обратной связи), а на сумму воздействий гипоталамических и экстрагипоталамических центров, обеспечивающих поддержание гомеостаза. Так, механизм обратной связи, обеспечивающийся повышением в периферической крови концентрации эстрогенов, может приводить как к уменьшению выработки люлиберина, так и к увеличению последней в зависимости от того, воздействуют эстрогены на клетки, вырабатывающие люлиберин, напрямую или опосредованно через активацию адренергических, дофаминергических или опиоидных структур, а при прямом воздействии — от соотношения с другими гормонами и в первую очередь, видимо, с прогестероном.

В области задних ядер гипоталамуса выявлен «центр иммуногенеза», участвующий в регуляции по крайней мере клеточного иммунитета. С активацией гипоталамических структур связана реализация вегетативного компонента эмоциональных реакций, что дало возможность некоторым исследователям называть его «психосоматическим перекрестом». Доказано, что различные формы поведения отличаются друг от друга по регуляторным пептидам гипоталамуса, реализующим специфические реакции в ЦНС.

Таким образом, фактически ядра гипоталамуса, а точнее, ибо и сам гипоталамус является звеном интегративной системы, называемой *«лимбико-ретикулярным комплексом»* [Вейн А.М., 1998], регуляторные центры этой системы реагируют не на один какой-либо конкретный фактор, а на некую интегральную результирующую всех действующих в данный момент на эти центры и друг на друга факторов. При этом лимбико-ретикулярный комплекс и основное его звено — гипоталамус — отвечают, по современным взглядам, за базовую для поведенческих реакций целостную интеграцию деятельности организма.

Это, с одной стороны, делает гипоталамус фактически недоступным для прямых регуляторных воздействий, а с другой — создает предпосылки или условия для широкого диапазона косвенных регуляторных воздействий, ибо любая гармонизация идущих к нему импульсов — метод регуляции его деятельности. Однако основная задача фармакотерапии состоит в подавлении или замещении чего-либо, т. е. фармакотерапия — это, по сути, лечение неотложных состояний. Следовательно, попытки регуляции, гармонизации деятельности организма — прерогатива, преимущественно, с одной стороны (в основном со стороны сомы) чужень-цзю терапевтов и гомеопатов, а с другой (в основном со стороны психики) — психотерапевтов.

ПРОБЛЕМЫ СООТНОШЕНИЯ АДАПТАЦИИ И БОЛЕЗНИ

Биологический смысл эмоций заключается в создании избыточного количества энергетических субстратов в крови и активации соответствующих систем организма для обеспечения оптимальных условий адаптации индивидуума к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Любая деятельность человека осуществляется с участием аппарата эмоций, чувства неразрывно связаны с мыслями и действиями. При этом эмоциональная реакция появляется в самом начале процесса адаптации на стадии формирования потребности и доминантной мотивации. Таким образом, эмоциональное напряжение участвует в формировании функциональной системы, обеспечивающей целенаправленную эффективную деятельность по

удовлетворению возникшей потребности. Естественно, что затруднение или невозможность удовлетворения потребности будет приводить к дезадаптации и нарушению формирования и деятельности всей функциональной системы, включая и соматический ее компонент. Спорным является лишь вопрос о наличии или отсутствии специфической связи между характером психологического стресса и определенной органической системой, на которую он воздействует [ВОЗ, 1965], хотя клинические наблюдения позволяют предполагать наличие такой специфической связи. Например, описан психологический профиль женщин, предрасположенных к возникновению миомы матки. Однако степень значимости подобных связей на сегодняшний день оценить невозможно. В любом случае, кроме них, значение имеют и такие факторы, как:

- конституциональная предрасположенность, основанная на наследственности;

- конституциональная предрасположенность, являющаяся результатом предыдущего жизненного опыта (как психологического, так и физиологического, начиная с внутриутробного периода жизни);

- ослабление какого-либо органа или системы в результате травмы или инфекции;

- степень активности и(или) истощения ресурсов какого-либо органа или системы в момент напряжения или изменения эмоционального состояния;

- символическое значение органа в системе личности данного индивидуума (что определяется как личностными особенностями конкретного человека, так и особенностями той культурной и социальной среды, частью которой он является);

- ослабление органа или системы в результате задержки физиологического развития.

А значит, здесь есть место для регулирующих воздействий с использованием чжень-цзю терапии. Ведь если конституциональная предрасположенность, основанная на наследственности, фактически не регулируема, а символическое значение органа в системе личности данного индивидуума регулируется, скорее, с помощью психотерапии, то регуляция остальных факторов — это как раз задача чжень-цзю терапевтов и гомеопатов.

Психогенный стресс и возникающие на его фоне нарушения деятельности высших центров саморегуляции давно стали серьезной акушерско-гинекологической проблемой. Можно, например, считать доказанной значимость психоэмоционального стресса в развитии таких, казалось бы сугубо соматических, акушерско-гинекологических заболеваний, как невынашивание беременности, внутриматочная гипоксия плода, гестоз, аномалии родовой деятельности, миома матки, нарушения менструального цикла, бесплодие и т. д.

По мнению А.Э.Отевой и соавт. (1994), в психотерапевтической коррекции нуждается каждая третья беременная жен-

щина. Г.И.Брехман и соавт. (1995) считают, что психологическое консультирование супружеской пары, психологическая коррекция в процессе беременности, психопрофилактическая подготовка и активное ведение родов в сопереживающей манере существенно улучшат течение беременности и родов.

С другой стороны, возможность развития психосоматических нарушений при минимальной психической дисфункции, зависимость конкретных их проявлений от исходного состояния органов и систем и довольно часто возникающие в процессе развития различных заболеваний на уровне этих органов и систем так называемые порочные круги, в которых следствие усиливает причину, а причина, в свою очередь, вновь индуцирует или усиливает следствие, заставляет искать такие терапевтические методики, психонормализующий компонент в которых будет лишь одним из лечебных факторов.

Кроме того, абсолютизация психического фактора как основного в развитии синдрома дезадаптации представляется нецелесообразной, поскольку и сам аппарат эмоций может зависеть от состояния как гипоталамуса, так и соматического компонента в целом. Убедительным доказательством роли гипоталамуса в возникновении эмоций и их окрашивании являются опыты с прямым раздражением различных его областей, позволившие выявить в нем «центры» положительных и отрицательных эмоций [Хомуло П.С., 1982, 1985]. Зависимость же психики от соматики позволила некоторым ученым рассматривать головной мозг человека как орган, деятельность которого в значительной мере зависит от гормонального статуса в целом и влияния половых гормонов в частности [Кон И.С., 1988].

В.Г.Вогралик (1972, 1988) выделяет пять уровней, с которых могут начинаться дизрегуляторные процессы, приводящие к дезадаптации организма в целом:

1) кора головного мозга и ближайшие подкорковые образования, т. е. психотравма;

2) высшие центры нейрогормональной регуляции, и в первую очередь гипоталамус (сюда же, вероятно, должен быть отнесен тесно связанный с гипоталамусом гипофиз);

3) периферические эндокринные железы;

4) периферический аппарат вегетативной нервной системы (сплетения, узлы, периферические волокна);

5) периферические органы и ткани.

Теоретическая, изначальная абсолютизация любого из этих уровней вместе с упрощением восприятия больного приведет и к сужению спектра возможных лечебных мероприятий и как следствие к уменьшению их эффективности. На долю же психического фактора как основной причины дизрегуляторных висцеропатий, по данным В.Г.Вогралика, приходится 34,4% заболеваний.

МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТА

Проблемы, связанные с воздействием на ТА, можно подразделить на две группы. Во-первых, это круг вопросов, связанных непосредственно с проведением иглоукалывания и(или) прижигания, а во-вторых — вопросы выбора точек воздействия.

Вопрос о длительности нахождения акупунктурных игл в тканях пациенток разные авторы решают по-разному. Поэтому, приводя авторские методики, мы укажем и предложенную авторами длительность сеансов. В остальных случаях будем иметь в виду следующее.

Чжень — иглоукалывание. Иглы вводят на каноническую глубину, до получения предусмотренных ощущений.

Для стимуляции или возбуждения ТА какого-либо канала (БУ) иглы оставляют в тканях пациенток на 5—10—15 с (I вариант; выраженная стимуляция) или на 5—20 мин (II вариант, мягкая стимуляция), считая при этом, что чем дольше экспозиция игл, тем более мягким будет стимулирующее воздействие.

Для получения тормозного, седативного эффекта (СЕ) иглы в тканях оставляют на 30—35 мин без дополнительного воздействия на них (II вариант; мягкое торможение) или 40 мин и дольше с дополнительным воздействием на иглы (I вариант, выраженное торможение).

В трактатах по традиционной китайской медицине указаны и другие особенности воздействий на ТА в зависимости от того, какого эффекта мы хотим добиться (табл. 1).

Безусловно, не все указанные манипуляции представляются обязательными или даже желательными. Например, воздействие на ТА перед введением игл при стимуляции включает в себя и манипуляции, отнесенные в раздел тормозных, да и вообще выглядит громоздким. Более важным представляется мягкий, возбуждающий массаж зоны проекции ТА перед ее (точки) стимуляцией с помощью иглы и более жесткий тормозной массаж перед ее седатацией.

Кроме двух описанных выше методов, используют третий, *переходный, или гармонизирующий, метод*. При воздействии этим методом иглы оставляют в тканях пациенток на 23—25 мин.

Цзю — прогревание. Различают:

— ключущее цзю — длительность около 2 мин, возбуждающий метод;

— стабильное цзю — длительность около 2 мин, мягкое возбуждение;

— стабильное цзю — длительность около 5 мин, мягкий тормозной эффект.

ТАБЛИЦА 1 Особенности воздействия на ТА при воздействии на них стимулирующим или тормозным методом

БУ	СЕ
<i>Воздействие на ТА перед введением игл</i>	
Массаж по ходу канала Надавливание. Массаж против хода канала Пощелкивание по коже и(или) растирание ее	Надавливание на ТА (для рассеивания защитной Вэй)
<i>Направление введения игл</i>	
По ходу канала	Против хода канала
<i>Манипуляции иглами</i>	
Слабые, поверхностные	Сильные, глубокие
Введение быстрое и сильное (энергичное)	Введение медленное, осторожное
Извлечение медленное, осторожное	Извлечение быстрое и сильное (энергичное)
Введение на выдохе	Введение на вдохе
Извлечение на вдохе	Извлечение на выдохе
Медленное вращение	Быстрое вращение
Отверстие после извлечения иглы закрывают пальцем	Отверстие после извлечения иглы оставляют открытым

При этом следует иметь в виду, что цзю, при прочих равных условиях, оказывает преимущественно стимулирующее действие, и его предпочтительнее использовать в ситуациях пустоты (см. гл. 3).

Иглоукальвание и прогревание можно сочетать на одной процедуре (прогревание игл).

В акушерстве мы преимущественно используем мягкую стимуляцию, мягкую седацию или переходный метод воздействия на ТА.

Опубликованы различные рекомендации и схемы лечения акушерских и гинекологических осложнений с помощью чжень-цзю терапии. Не ставя под сомнение эффективность этих методов (часть из них будет приведена ниже), отметим, что большинство из них имеют один существенный недостаток: они не позволяют индивидуализировать лечение с учетом состояния различных функциональных систем у конкретной пациентки, особенностей ее психического статуса, а также возможных причин того или иного заболевания.

Принципиально возможны два пути выбора ТА для лечения практически любого заболевания [Качан А.Т. и др., 1990]:

— классический, основанный на выборе основного пораженного канала и воздействии на него по определенному алгоритму;

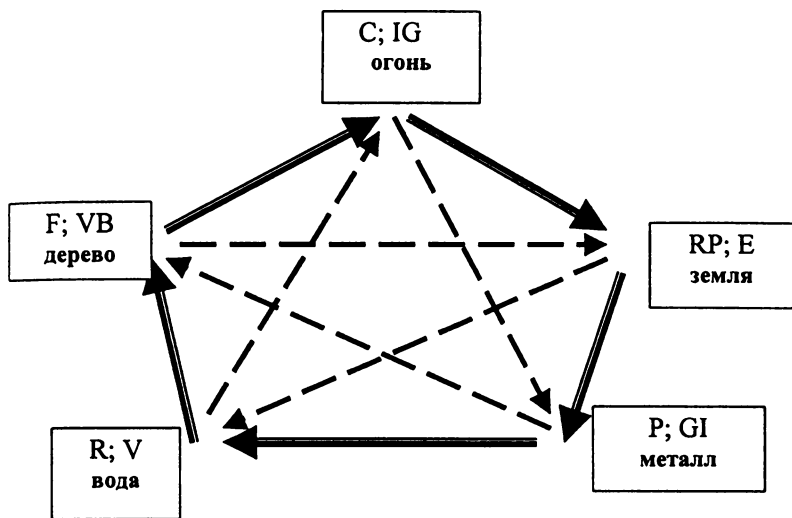


Схема 1 АЛГОРИТМ У-СИН

Наружные (двойные) стрелки указывают позитивные связи («мать» — «сын») Внутренние (пунктирные) стрелки показывают деструктивные связи

— рецептурный, при использовании которого ТА подбирают без учета пораженного канала, в основном по локально-сегментарному принципу.

Мы считаем предпочтительным первый путь выбора ТА. Однако если основной пораженный канал выявить не удастся, то приходится пользоваться рецептурным методом. Поэтому при дальнейшем изложении материала мы по возможности будем останавливаться на обоих путях.

Воздействие на выбранные каналы при использовании классического метода чжень-цзю терапии производят по алгоритму концепции У-СИН (схема 1). По данному алгоритму все бесконечное разнообразие окружающей среды подразделяют по 5 первоэлементам: дерево, огонь, земля, металл, вода [Варнаков П.Х., Шиман А.Г., 2001]. При этом стимулирующее воздействие на предыдущий элемент в последовательности (мать) усиливает и последующий элемент (сына). Дерево усиливает огонь, огонь — землю, земля — металл, металл — воду, вода — дерево. Торможение происходит по внутренним связи пентаграммы: дерево тормозит землю, земля — воду, вода — огонь, огонь — металл, металл — дерево; и при торможении последующего элемента в цепи. Для воздействия используют однородные каналы либо относящиеся к системе

ЯН каналы, соответствующие органам «фу», либо относящиеся к системе Инь каналы, соответствующие органам «чжан». Таким образом, для опосредованной стимуляции (воздействие по «большой звезде») канала тонкой кишки (огонь, ян) надо стимулировать канал желчного пузыря (дерево, ян) и тормозить канал мочевого пузыря (вода, ян). Для седатации канала сердца (огонь, инь) надо тормозить канал селезенки (земля, инь) и стимулировать канал почек (вода, инь). Этот же алгоритм, только без учета инь и ян, используют и при воздействии непосредственно на сам канал (воздействие по «малой звезде»). Воздействуют на точки каналов, относящиеся к соответствующим первоэлементам (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2 Точки первоэлементов классических каналов

Канал	Дерево	Огонь	Земля	Металл	Вода
Легких (Р)	P11 шао-шан	P10 юй цзи	P9 тай-юань	P8 цзин-цюй	P5 чи-цзэ
Толстой кишки (Gi)	Gi3 сань-цзянь	Gi5 ян-си	Gi11 цюй-чи	Gi1 шан-ян	Gi2 эр-цзянь
Желудка (Е)	E43 сянь-гу	E41 цзе-си	E36 цзу-сан-ли	E45 ли-дуй	E44 нэй-тин
Селезенки (RP)	RP1 инь-бай	RP2 да-ду	RP3 тай-бай	RP5 шан-цю	RP9 инь-лин-цюань
Сердца (С)	C9 шао-чун	C8 шао-фу	C7 шэнь-мэнь	C4 лин-дао	C3 шао-хай
Тонкой кишки (Ig)	Ig3 хоу-си	Ig5 ян-гу	Ig8 сяо-хай	Ig1 шао-цзэ	Ig2 цян-гу
Мочевого пузыря (V)	V65 шу-гу	V60 кунь-лунь	V40(54) вэй-чжун	V67 чжи-инь	V66 цзу-тун-гу
Почек (R)	R1 юн-цю-ань	R2 жань-гу	R3 тай-си	R7 фу-лю	R10 инь-гу
Перикарда (MC)	MC9 чжун-чун	MC8 лао-гун	MC7 да-лин	MC5 цзянь-ши	MC3 цюй-цзэ
Трех обогревателей (TR)	TR3 чжун-чжу	TR6 чжи-гоу	TR10 тянь-цзин	TR1 гуань-чун	TR2 е-мэнь
Желчного пузыря (VB)	VB41 цзу-лин-ци	VB38 ян-фу	VB34 ян-лин-цюань	VB44 цзу-сяо-инь	VB43 ся-си
Печени (F)	F1 да-дунь	F2 син-цзянь	F3 тай-чун	F4 чжун-фэн	F8 цюй-цюань

Мы при использовании концепции У-СИН практикуем несколько измененный алгоритм [Орел В.И., 1993]. Как уже было сказано, воздействие по указанному алгоритму производится сначала на ТА «элемент в элементе» других каналов, а затем на АТ на самом канале с учетом древнекитайских представлений о взаимосвязях пяти первоэлементов. Соответственно, для торможения канала Е по классическому алгоритму необходимо в первую процедуру тормозить точку металла на канале толстой кишки (Gi) (элемент — металл) — Gi1 (шан-ян) и возбуждать точку дерева на канале желчного пузыря (VB) (элемент — дерево) — VB41 (цзу-линь-ци). По используемому же нами алгоритму возбуждать надо точку дерева на канале F (также элемент — дерево, но уже «иньский» канал) — F1 (да-дунь). Таким образом, по этой модификации алгоритма У-СИН при работе по деструктивным связям учитывается и диалектический антагонизм инь и ян. Косвенное подтверждение правильности этой точки зрения можно найти и в некоторых современных китайских работах [Лю Бин Цюань, 1992]. Вторую процедуру проводят как обычно, т. е. в нашем примере — это торможение точки металла на канале желудка (E45, ли-дуй) и возбуждение точки дерева на том же канале (E43, сянь-гу).

Для опосредованного торможения или стимуляции канала может быть использовано правило «полдень-полночь», основанное на ритме циркуляции энергии в каналах [Гаваа Лувсан, 1990]. По противоположности во времени наибольшей активности канал сердца связан с каналом желчного пузыря, канал тонкой кишки — с каналом печени, канал мочевого пузыря — с каналом легких, канал почек — с каналом толстой кишки, канал перикарда — с каналом желудка, канал трех обогревателей — с каналом селезенки.

Акупунктурные точки, соответствующие пяти первоэлементам 12 классических парных каналов, представлены в табл. 2.

Аурикулярные точки акупунктуры (АТ) используются с учетом показаний и рекомендаций, содержащихся в работах Н.Н.Богданова и соавт. (1985, 1988, 1991). Время экспозиции игл в тканях ушной раковины идентично времени экспозиции при корпоральной иглотерапии.

Глава 3

ВОПРОСЫ АКУПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Оценка состояния органов чжан-фу и соответствующих им каналов — кардинальный и сложнейший вопрос акупунктурной диагностики. Для исследования состояния классических акупунктурных каналов предложено большое число различных специальных методов. Одним из основных, безусловно, является

пульсовая диагностика. Сложности с ее освоением представителями европейской медицины привели к появлению различных инструментальных и аппаратных методов акупунктурной диагностики, таких как методы Акабана, Накатани, Брату, Фолля, Орла и т. д. [Самосюк И.З. и др., 1994; Орел В.И., 2000]. Так, в главе, посвященной чжень-цзю терапии в акушерстве, мы приводим некоторые данные по акупунктурной диагностике, полученные с помощью термотеста В.И.Орла (2000). Однако рассмотрение сути, достоинств и недостатков указанных методов не входит в задачи данного пособия.

При оценки состояния органов чжан-фу и соответствующих им каналов могут оказаться полезными следующие положения классической китайской медицины.

Орган чжан «легкий» [Р] относится к элементу «Металл», управляет циркуляцией жизненных сил ци и жидкости, а также всем тем, что рассеивается и опускается вниз тела, контролирует дыхание. Соответствующий им орган фу «толстая кишка» [GI] отвечает за выведение шлаков, а также частично за водный и электролитный обмен.

Органы и каналы, относящиеся к элементу «Металл» (преимущественно канал легких), контролируют состояние кожи и волос тела. Открываются они через нос, являющийся их «входными воротами и передней заставой». Соответствующий им цвет — белый, запах — прогорклый и сырого мяса, вкус — острый, звук — плач, выделение — выделения из носа. Эмоция, отражающаяся на их работе, — горе, плач: «горе, безысходная тоска ранят легкие». Для нарушения функций этих органов и каналов характерно ухудшение состояния ранним утром (с 3 до 5 ч — для канала легких и с 5 до 7 ч — для канала толстой кишки) и в осеннее время [Качан А.Т. и др., 1990; Фалев А.И., 1993]. В эмоциональном плане для нарушения функций описываемых каналов характерна склонность к тоске.

Органы чжан «поджелудочная железа и селезенка» [RP] относятся к элементу «Земля», управляют транспортировкой, переработкой и перераспределением веществ. Участвуют в кроветворении. Контролируют состояние крови. «Достаточность жизненной силы селезенки предохраняет от кровотечений». Соответствующий им орган фу «желудок» [E] имеет, по трактату Наньцзин, особое значение среди органов фу. Он отвечает за прием и переваривание пищи. Его называют «морем питательных веществ» [Шнорренбергер К., 1996]. При его нормальном функционировании болезнь излечивается относительно легко, и наоборот [Халмурат Упур, Начатой В.Г., 1992].

Относящиеся к элементу «Земля» органы отвечают за состояние мышц, плоти и конечностей. Их входные ворота и передняя застава — рот. Их состояние определяют по языку. Соответствующий им цвет — желтый, запах — ароматный,

вкус — сладкий, звук — пение, выделение — слюна. В эмоциональной сфере органам и каналам РР и Е соответствует задумчивость, склонность к глубоким размышлениям и пение; нарушение функционирования каналов приводит к появлению навязчивых состояний. Наиболее неблагоприятный сезон — долгое лето или периоды межсезоний. На протяжении суток время наибольшей изменчивости и податливости каналов: 7—9 ч утра — для канала желудка и 9—11 ч — для канала поджелудочной железы — селезенки.

Орган чжан «сердце» [С] относится к элементу «Огонь», отвечает за функции управления кровью и сосудами, заключает в себя разум человека. Соответствующий ему орган фу «Тонкая кишка» [IG] отвечает за переваривание и главным образом усвоение и распределение питательных веществ.

Функционирование этих органов проявляется на лице. Они открываются через язык. Соответствующий им цвет — красный, запах — горелый, вкус — горький, звук — речь, выделение — пот. Неблагоприятным сезоном для органов и каналов, относящихся к данному элементу, считается лето (по А.Т.Качану и соавт. (1990) — «третий месяц лета», т. е. август). Наиболее неблагоприятное климатическое явление — жара. Кроме того, неблагоприятно сказываются на работе органов/каналов, относящихся к данному элементу, чрезмерные эмоции, даже положительные («излишняя радость ранит сердце»); на нарушение функционирования данных каналов может указывать быстрая смена эмоций. Время максимальной активности, изменчивости и податливости внешним и внутренним влияниям канала сердца и канала тонкой кишки: с 11 до 13 и с 13 до 15 ч соответственно.

Орган чжан «почки» [R] относится к элементу «Вода», отвечает за накопление сексуальной энергии цзин и обеспечение детородной функции, управляет циркуляцией жидкости, образованием крови, усвоением входящих в организм жизненных сил ци. Кроме того, почки управляют состоянием костей и волос головы. По концепции Наньцзин, левая почка действительно является почкой, а правая называется «воротами жизненности» (Мин-мень) и отвечает за генетическую информацию и половую функцию, в ней собирается «сперматическая эссенция» у мужчин и «находится менструальная кровь и силы, которые удерживают плаценту» у женщин. Соответствующий почкам орган фу «мочевой пузырь» [V] отвечает за накопление жидкости организма и выведение мочи.

Входные ворота и передняя застава — уши. Соответствующий органам и каналам R и V цвет — белый, запах — гнили, вкус — соленый, звук — стон, выделение — моча. Эмоции — различные желания: «излишние желания ранят почки», причем не только нереализованные, вызывающие тяжелые вздохи, но

и реализованные, особенно сексуальные излишества. Нарушения функций данных каналов сопровождаются страхом, повышенной тревожностью. Время максимальной активности и изменчивости канала мочевого пузыря — 15—17 ч, а канала почек — 17—19 ч.

Два канала, традиционно относящихся к элементу «Огонь», перикарда [МС] и трех обогревателей [TR] трудны для современной европейской интерпретации. Они не имеют соответствующих органов. Перспективной представляется гипотеза В.Е.Еремеева [1993], который считает, что данные каналы отвечают в первую очередь за координацию работы остальных каналов. Это подтверждается и тем, что каналу трех обогревателей и в несколько меньшей степени перикарда в трактатах Су Вэнь и Наньцзин отводится особая роль, не сводимая к роли чисто янских или иньских каналов и органов чжан-фу. Речь идет фактически о роли общей регуляции организма. Так, например, в трактате Су Вэнь говорится, что «перикард суть чиновники, они могут дарить радость и наслаждение». А в трактате Наньцзин подробно обсуждаются функции каждого из трех обогревателей в отдельности. И функции эти суть контроль различных обменных процессов в организме. Все это, видимо, и послужило Пак Чжэ Ву (1991) поводом предположить, что канал перикарда — это канал головного мозга, а канал трех обогревателей — канал спинного мозга, соответственно.

Верхний обогреватель управляет входящим внутрь организма и охраняет выход из него наружу. Точка, соответствующая центру верхнего обогревателя ТАНЬ-ЧЖУН (VC 17), расположена во впадине на прямой линии между сосками. Средний обогреватель управляет перевариванием пищи и питья. Центр его находится ниже пупка в точке ТЯНЬ-ШУ (E 14). Нижний обогреватель управляет разделением чистого и мутного, выделениями организма, препятствует проникновению внутрь вредных веществ, регулирует большинство физиологических процессов. Центр его находится по средней линии на один цунь ниже пупка. Время максимальной активности и изменчивости канала перикарда — 19—21 ч, а канала трех обогревателей — 21—23 ч.

Орган чжан «печень» [F] относится к элементу «Дерево», отвечает за накопление крови, обеспечивает свободную циркуляцию жидкости в организме, дезинтоксикацию, осуществляет контроль за свертывающей системой крови, управляет состоянием связок. Печень хранит дух Хунь. Соответствующий печени орган фу «желчный пузырь» отвечает за желчеобразование и желчевыделение. Они совместно контролируют работу связочного аппарата и периферической нервной системы.

Входные ворота и передовой рубеж органов и каналов печени и желчного пузыря — глаза. Состояние их определяют

по состоянию ногтей. Соответствующий им цвет — сине-зеленый, запах — тухлый запах мочи и крови, вкус — кислый, звук — вздох, выделение — слезы. В эмоциональной сфере описываемым каналам соответствует целеустремленность, храбрость, решительность, гневливость. «Гнев ранит печень». Нарушение функционирования каналов печени и желчного пузыря сопровождается склонностью к депрессиям. Время максимальной активности и изменчивости каналов желчного пузыря — с 23 до 1 ч и печени — с 1 до 3 ч.

Симптомы заболеваний органов фу (Ян — движение) то поднимаются вверх, то опускаются вниз, перемещаются. Симптомы заболеваний органов чжан (Инь — неподвижность) стоят на месте, не перемещаясь.

Болезни органов фу — болезни «сжатия» — начинаются, не имея места, где бы задержаться. Больной хочет холода и хочет видеть людей. Болезни органов чжан — болезни «скопления» — берут начало в конкретной области и не выходят за ее пределы. Больной хочет тепла и не хочет никого видеть.

При определении пораженного органа и канала определенную информацию можно получить при пальпации точек ШУ и МУ (сигнальных) (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3 Точки ШУ и МУ классических каналов

Канал	Точка ШУ	Точка МУ
Легких	Фэй-шу, V13	Чжун-фу, P1
Перикарда	Цзюе-инь-шу, V14	Тань-чжун, VC17
Сердца	Синь-шу, V15	Цзюй-цюе, VC14
Печени	Гань-шу, V18	Ци-мэнь, F 14
Желчного пузыря	Дань-шу, V19	Жи-юе, VB 24
Селезенки	Пи-шу, V20	Чжан-мэнь, F13
Желудка	Вэй-шу, V21	Чжун-вань, VC12
Трех обогревателей	Сань-цзяо-шу, V22	Ши-мэнь, VC5
Почек	Шэнь-шу, V23	Цзин-мэнь, VB25
Толстой кишки	Да-чан-шу, V25	Тянь-шу, E25
Тонкой кишки	Сяо-чан-шу, V27	Гуань-юань, VC4
Мочевого пузыря	Пан-гуан-шу, V28	Чжун-цзи, VC3

Согласно трактату Наньцзин, точки ШУ, как относящиеся к Ян, отражают преимущественно Инь, т. е. органы чжан. Соответственно, точки МУ, относящиеся к Инь, отражают преимущественно Ян, т. е. органы фу.

При определении «пустоты» или «полноты» того или иного органа и канала необходимо учитывать данные, приведенные в табл. 4.

ТАБЛИЦА 4 Симптомы пустоты и полноты

Симптом	Пустота	Полнота
Характер пульса	Шероховатый	Напряженный, крепкий
Направление патологического процесса	Выходящее	Входящее
Поведение больного	Много говорит	Молчит
	Медлителен	Стремителен в движениях
Характерные симптомы	Шероховатое	Твердое
	Зуд	Боль
	Мягкое, податливое	Твердое, крепкое

Если боли локализуются снаружи, то имеют место внешняя полнота и внутренняя пустота. Если боли локализуются внутри, то имеют место внутренняя полнота и внешняя пустота.

В гл. 62 трактата Су Вэнь выделены пять видов полноты — пустоты органов чжан (табл. 5).

ТАБЛИЦА 5 Виды пустоты — полноты

Пустота — полнота	Органы чжан, отвечающие за соответствующую энергию*	Пустота — полнота	Органы чжан, отвечающие за соответствующую энергию*
Относящаяся к психике	Сердце	Относящаяся к физической форме	Селезенка
Относящаяся к энергии	Легкие	Относящаяся к области воления	Почки
Относящаяся к крови	Печень		

*Интересно, что перечисление органов чжан в указанной главе следует деструктивным связям алгоритма У-СИН (см схему 1)

В трактате Ней Цзин (гл. 8) указаны следующие признаки пустоты и полноты органов чжан (табл. 6).

ТАБЛИЦА 6 Признаки пустоты и полноты органов чжан

Орган чжан	Пустота	Полнота
<i>Сердце</i> управляет артериями, а в них размещается дух	Больной стонет	Больной смеется
<i>Селезенка</i> управляет энергией «ин»	Параличи рук и ног	Вздутие живота У женщин — аменорея
<i>Легкие</i> управляют энергией, а в ней — «вторичная душа»	У больного постоянно сложен нос	У больного жажда, отдышка Грудь у него в полноте
<i>Почки</i> управляют волей, а в ней — жизненная сущность	Конечности больного леденеют	У больного отеки, что отражается на других органах
<i>Печень</i> управляет кровью, а в ней помещается душа	Человек пуглив и беспокоен	Человек раздражителен, пребывает в состоянии гнева

Кроме того, как указано в гл. 8 трактата Нэй цзин, о состоянии пустоты или полноты могут указывать сны пациентов (табл. 7, 8).

ТАБЛИЦА 7 Сны, отражающие состояние пустоты

Локализация пустоты	Содержание сна
Пустота сердца	Горы, огонь и дым
Пустота печени	Леса
Пустота селезенки	Пропасти (ущелья) и грозы (бури)
Пустота почек	Человеку снится, что он утонул или тонет
Пустота мочевого пузыря	Путешествия
Пустота желудка	Наслаждается роскошными блюдами, пиршествует
Пустота толстой кишки	Песни, которые поют другие, но не спящий
Пустота тонкой кишки	Находится в больших горах
Пустота желчного пузыря	Дерется (сражается), участвует в судебном процессе, кончает жизнь самоубийством

ТАБЛИЦА 8 Сны, отражающие состояние полноты

Локализация полноты	Содержание сна
Полнота Инь	Человек плывет по морю, и ему страшно
Полнота внешнего Ян	Пожары
Полнота Инь и Ян	Сражения
Полнота верхней части	Летает
Полнота нижней части	Падает
Полнота печени	Человек в гневе
Полнота легких	Страшно, плачет или летает
Полнота сердца	Смеется
Полнота селезенки	Весел, поет, или же тело становится очень тяжелым
Полнота почек	Позвоночник человека отделяется от его тела

Помочь определить «пораженный» канал могут локализация и характер болей [Шнорренбергер К., 1996]. В зависимости от локализации головной боли можно предположить нарушение в функционировании таких каналов, как канал мочевого пузыря, желудка, толстой кишки и т. д. (табл. 9).

ТАБЛИЦА 9 Зависимость локализации головной боли от «пораженного» канала

Локализация боли	«Пораженный» канал
Задняя часть головы с распространением на затылок и спину	Мочевого пузыря
Лобная часть с иррадиацией в область бровей	Толстой кишки, желудка
Височная область	Желчного пузыря
Свод черепа и зубы	Почек и сердца (застой холода)
Середина черепа с иррадиацией в виски	Печени, перикарда

Боль и чувство переполнения в верхней части живота свидетельствуют о нарушении функционирования канала желудка. Боли и вздутие в брюшной полости говорят о блокировании и застое ци в печени [Шнорренбергер К., 1996]. Боли в области пояснице часто указывают на пустоту почек, но могут говорить и о других состояниях, например застое крови.

Характер боли отражает характер патологического процесса (табл. 10).

ТАБЛИЦА 10 Взаимосвязь между характером боли и синдромом классической китайской медицины

Характер боли	Синдром
Блуждающие боли с потерей чувствительности, парестезиями и зудом	Синдром ветра
Дергающие или тянущие	Синдром влажности
Сильные боли с чувствительностью к холоду или ознобом	Синдром холода
Повышенная чувствительность к теплу, покраснение, отек	Синдром жара
Боли и вздутие живота	Застой ци
Колющие боли, фиксированные в одном месте	Застой крови

Сложным и до конца не решенным вопросом является оценка состояния чудесных или необычных (экстраординарных)

каналов (меридианов, сосудов). Согласно канонам китайской медицины, они отходят от главных, классических каналов и вновь возвращаются к ним [Шнорренбергер К., 1996].

Чудесные каналы не постоянны и не имеют непосредственной связи с плотными и полыми органами чжан-фу. Их назначение — регулировка крови и энергии главных каналов. Когда каналы «переполняются», появляются чудесные каналы. Их даже собственно каналами назвать можно лишь с натяжкой, поскольку собственных точек они не имеют. Все их точки заимствованы из классических постоянных каналов [Юсупов А.С., 1990].

Многие современные авторы считают, что чудесные каналы возникают лишь при наличии в организме хронического патологического процесса или нарушения циркуляции сразу в нескольких постоянных каналах [Гаваа Лувсан, 1990]. Однако такой взгляд на чудесные каналы представляется несколько упрощенным. Так, например, по традиционным китайским представлениям, матка находится в непосредственной связи с органом чжан почки и чудесными каналами Чжун-май (чон-май, чун-май) и Жень-май. Состояние последних определяет во многом становление репродуктивной функции женщин. Чудесные каналы активно участвуют в формировании ребенка в антенатальном периоде его развития. Таким образом, чудесные каналы можно себе представить, скорее, как генетически детерминированные функциональные системы в их классическом понимании, т. е. создаваемые организмом динамические системы, состоящие из регулирующих структур и структур, непосредственно отвечающих за преодоление какого-либо внутреннего или внешнего фактора (в данном случае — переполнения, перегрузки классических, постоянных каналов), цель которых — адаптация организма к меняющимся условиям внешней и внутренней среды и поддержание гомеостаза [Анохин П.К., 1975].

Возникают такие системы как в физиологических ситуациях, так и при патологических состояниях. Принципиальным же, с точки зрения использования чудесных каналов в чжень-цзю терапии, является то, что при хроническом патологическом процессе функционирование их принимает постоянный, стабильный характер.

Для включения биоэнергетической связи между точками постоянных каналов, входящими в тот или иной чудесный канал, существуют специальные точки: командные точки (точки-ключи, главные точки), контролирующие уровень потока энергии в чудесном канале, и связывающие точки. Эти точки всегда являются парными и симметричными [Юсупов А.С., 1990]. Общей точкой, соединяющей все 8 чудесных каналов, является точка Цин-мин (V1).

В акушерстве и гинекологии имеют значение следующие чудесные каналы (меридианы): Ду-май, Жень-май, Чун-май, Дай-май, Инь-цзяо-май и, в меньшей степени, Ян-цзяо-май.

Ду-май — канал управитель (губернер, контролирующий, море каналов Ян и т. д.). Канал проходит, в частности, через головной мозг. «Управляет» всеми классическими каналами, относящимися к системе Ян, т. е. каналами, соответствующими полым органам фу. Как таковой чудесный канал Ду-май возникает из классического одноименного непарного заднего срединного канала с его 28 ТА, когда система каналов Ян не справляется с возникшими нарушениями.

Командная точка (ключ) — точка Хоу-си (IG3).

Связывающая точка — точка Шэнь-май (V62).

Точка СЕ — точка Фу-ян (V59).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Ду-май, значатся уменьшение подвижности и боли в позвоночнике, головные боли, мышечно-суставные боли, эпилепсия, нарушение мозгового кровообращения, сухость в горле, боли в низу живота с иррадиацией в область сердца, геморрой, энурез, задержки и недержание мочи и т. д.; у женщин — бесплодие. При полноте канала Ду-май возникают ригидность, неподвижность и боли в области позвоночного столба, при пустоте — чувство пустоты в голове.

Жень-май — канал зачатия (питания эмбриона, директор, море каналов Инь, Рэн-май и т. д.). «Управляет» всеми классическими каналами, относящимися к системе Инь, т. е. каналами, соответствующими плотным органам чжан. В нем заключена основа возможности постоянного поддержания жизни человека. В 14 лет канал Жень-май становится проходимым, канал Чжун-май становится обилён, и женщина приобретает способность к зачатию. Как таковой чудесный канал Жень-май возникает из классического одноименного непарного переднего срединного канала с его 24 ТА, когда система каналов Инь не справляется с возникшими нарушениями.

Командная точка (ключ) — точка Ле-цзюе (P7).

Связывающая точка — точка Чжао-хай (R6).

Точка СЕ — точка Цзяо-инь (R8).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Жень-май, значатся боли и отечность десен, зубные боли, затруднение речи, боли в глазах. Болезненность кожи живота, нарушения менструального цикла, бели, женское и мужское бесплодие, грыжи, ночные поллюции, энурез, задержка мочи, боли в надчревной области, в низу живота и в паху.

Чжун-май — поднимающий канал (Чон-май, Чун-май, растормаживания, регулятор энергии, море 12 основных кана-

лов и т. д.). Относится к системе Инь. Контролирует обменные процессы, биоритмологические изменения, ведает деятельностью половой сферы и т. д. Начинается канал от первой точки переднесрединного канала Хуэй-инь (VC1). К Чжун-май относятся 11 парных точек канала почек от R11 до R21 включительно: Хэн-гу (R11), Да-хэ (R12), Ци-сюе (R13), Сы-мань (R14), Чжун-чжу (R15), Хуан-шу (R16), Шан-цюй (R17), Ши-гуань (R18), Инь-ду (R19), Фу-тун-гу (R20), Ю-мэнь (R21).

Командная точка (ключ) — точка Гуань-сунь (RP4).

Связывающая точка — точка Нэй-гуань (MC6).

Точка СЕ — точка Чжу-бинь (R9).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Чжун-май, значатся спазмы и боли в животе, нарушения менструального цикла, простатит, импотенция, женское и мужское бесплодие, невынашивание беременности, опущение и выпадение половых органов, вагинизм, климактерический синдром, заболевания эндокринной системы, астма, стенокардия, аритмия и т. д.

Дай-май — опоясывающий канал (сосуд пояса, Таэ-мо и т. д.). Относится к системе Ян, «опоясывает лентой поясницу и укрепляет ее». Соединяет все каналы систем Инь и Ян. В состав его входят точки канала желчного пузыря Дай-май (VB26), У-шу (VB27), Вэй-дао (VB28).

Командная точка (ключ) — точка Цзу-линь-ци (VB41).

Связывающая точка — точка Вай-гуань (TR5).

Точка СЕ — точка Ян-цзяо (VB35).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Дай-май, значатся чувство растяжения и переполнения в животе, усталость в пояснице, ощущение холода в области спины, бели, опущение матки, атрофия мышц, слабость, двигательные нарушения в нижних конечностях, экзема, генерализованный зуд, бессонница, гипотиреоз, импотенция, фригидность, бесплодие, нарушения менструального цикла, аменорея.

Инь-цзяо-май — внутренний пяточный канал (ускоритель Инь, гордость Инь, сосуд равновесия Инь, сосуд движения Инь, канал, возбуждающий Инь, и т. д.). Приводит в действие энергию Инь и распределяет ее на глубоких уровнях [Юсупов А.С., 1990]. Начинается в точке Чжао-хай (R6), проходит через точку Цзяо-синь (R8), относящуюся к чудесному каналу Чжун-май (точка СЕ). Огибает половые органы и поднимается по передней брюшной стенке, передней поверхности грудной клетки (по ходу канала желудка), проходит вдоль горла, по нижней челюсти, щеке и заканчивается в точке Цин-мин (V1).

Командная точка (ключ) — точка Чжао-хай (R6).

Связывающая точка — точка Ле-цюе (P7).

Точка СЕ — точка Цзяо-синь (R8).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Инь-цзяо-май, значатся эпилепсия, летаргия, извращение вкуса, спазмы в нижних конечностях, заболевания почек и мочевого пузыря. Боли в низу живота, в пояснице, в малом тазу с иррадиацией в паховую область. Импотенция, боли в области предстательной железы, нарушения менструального цикла, дисфункциональные маточные кровотечения.

Ян-цзяо-май — наружный пяточный канал (гордость Ян, ускоритель Ян, канал возбуждающий Ян и т. д.) — регулирует температуру тела и переносит жидкости в ткани и суставы. По традиционным китайским представлениям, играет основную роль в становлении и поддержании репродуктивной функции мужчин. Ход данного канала разные авторы дают несколько по-разному. Наиболее принято включать в его ход следующие точки: Шень-май (V62), Пу-шень (V61), Кунь-лунь (V60), Фу-ян (V59), Цзюй-ляо (VB29), Хао-шу (IG10), Цзянь-юй (GI15), Цюй-гу (GI16), Ди-цан (E4), Цзюй-ляо (E3), Чен-ци (E1), Фэн-чи (VB20).

Командная точка (ключ) — точка Шень-май (V62).

Связывающая точка — точка Хоу-си (IG3).

Точка СЕ — точка Фу-ян (V59).

Среди симптомов, характерных для ситуаций, в которых начинает стабильно функционировать чудесный канал Ян-цзяо-май, значатся эпилепсия, последствия инсульта, головные боли, бессонница, боли во внутреннем углу глаза, боли в спине и в пояснице, спазмы в нижних конечностях, люмбаго, ишиас, снижение иммунитета.

Акупунктурную диагностику при некоторых патологических состояниях в акушерстве мы осуществляли с помощью термометра [Орел В.И., 2000]. При проведении последнего в зонах проекции точек-колодцев электронным термометром (макетный вариант) с точностью измерения $\pm 0,05^{\circ}\text{C}$ контактным методом измеряли температуру в последовательности, идентичной последовательности в тесте Акабанэ. После 4-кратного измерения вычисляли средние показатели температуры для каждой точки. Об «асимметрии» и дисфункции канала свидетельствует разность средней температуры в парных точках более $0,7^{\circ}\text{C}$. Кроме того, во внимание принимали каналы с максимальной и минимальной лабильностью показателей при повторных замерах. Под последними понимали каналы с лабильностью выше или ниже рассчитанной для конкретной пациентки средней лабильности температуры $\pm 1,5$ среднеквадратичных отклонения от нее (индивидуальный «коридор нормы»). Если за индивидуальным «коридором нормы» оказывалось более

двух каналов, то во внимание принимали только каналы с максимальной и минимальной лабильностью температуры. Канал с максимальной лабильностью показателей температуры в точках-колодцах рассматривали как находящийся в субкомпенсированном состоянии. Канал с минимальной лабильностью показателей температуры в точках-колодцах рассматривали как функционирующий с максимальной нагрузкой.

Глава 4

ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Пульсовая диагностика — один из самых интересных, загадочных и трудных для восприятия современными европейскими врачами разделов диагностики в классической китайской медицине. При этом в самих классических медицинских трактатах Китая о пульсовой диагностике пишется как о рутинном методе, которым должен владеть врач. Например, в трактате «Ней цзин» указано, что высшее искусство врача — познание причины болезни по внешнему виду больного. Совершенный врач выясняет причину болезни, слушая больного. Ремесленник выяснит ее, расспросив больного. А мастерской определит ее по пульсу.

Некоторые отечественные исследователи отмечают, что функция кровообращения настолько интимно связана с состоянием и функцией всех других органов и систем организма, что любые происходящие в них изменения неизбежно отражаются на самом кровообращении, вызывая реакцию пульса [Вогралик В.Г., 1957]. Однако принципиальная установка современной европейской научной доктрины на объективную, количественную оценку исследуемых параметров делает во многом заведомо субъективный анализ получаемой при исследовании пульса больного информации, серьезным препятствием для использования метода европейским врачом, и это несмотря на то, что очевидная субъективность абсолютизации или, по крайней мере, возведения в ранг решающих аргументов при постановке диагноза и назначении лечения рассматриваемых в качестве объективных данных, являющихся сплошь и рядом результатом использования вспомогательных методов диагностики, нас почему-то совершенно не смущает.

Серьезно затрудняет усвоение основ пульсовой диагностики разноречивость трактовок различных вариантов пульса в разных публикациях. Так, К.Шнорренбергер (1996) указывает, что в современном Китае в большинстве школ учитывают 28

видв пульса. Сам автор разбирает 19 наиболее часто встречающихся видов и 11 из них рассматривает в качестве основных. При этом он пишет, что в реальной жизни существует почти необозримое многообразие различных категорий пульса. Знаменитый арабский (персидский) врач и философ Абу Али Ибн Сина различал 48 типов пульса. Даже если сузить круг пульсовой диагностики до оценки пульса в области лучевой артерии (а ведь существует еще оценка пульса в области сонной и других артерий), методики самой оценки могут существенно различаться.

Кроме того, в основе этой оценки лежат сформировавшиеся на положениях китайской философии представления о функционировании каналов (меридианов) и соответствующих им плотных органов чжан и полых органов фу [Дубровин Д.А., 1991; Халмурат Упур, Начатой В.Г., 1992]. Это также осложняет использование метода пульсовой диагностики в современной европейской медицине.

Необходимость оценки состояния каналов (меридианов) и соответствующих им органов чжан — фу и отказ от использования для этого классической пульсовой диагностики привели к появлению различных инструментальных и аппаратных методов акупунктурной диагностики. В современной европейской и японской чжень-цзю терапии используют методы Акабана, Накатани, Брату, Фолля, Орла и т. д. [Самосюк И.З., Лысенюк В.П., 1994; Орел В.И., 2000]. Однако ни один из этих методов не приобрел решающего числа сторонников среди чжень-цзю терапевтов, а метод Фолля во многом вышел из плоскости акупунктуры [Самосюк И.З. и др., 1994]. Это говорит о том, что ни один из них не может на сегодняшний день полностью заменить пульсовую диагностику.

Таким образом, несмотря на очевидную трудность освоения теоретических положений и практических навыков пульсовой диагностики, овладение ее основами остается важным этапом в постижении искусства чжень-цзю терапии [Вогралик В.Г., Вогралик М.В., 1988; Овечкин А.М., 1991]. Да и проблема выбора количества базовых характеристик патологических пульсов — это, в конечном итоге, проблема выбора основной школы пульсовой диагностики, относительно воззрений которой будет сортироваться остальная информация. А трактовку пульса можно рассматривать просто как алгоритм последующего воздействия на канал или каналы, в функционировании которых выявлены нарушения. Так, за основу классификации пульсов, используемой в данном пособии, взята классификация великого китайского врача эпохи династии Западная Хань Ли Шичжэня.

Безусловно, в интерпретации результатов исследования пульса пациента много субъективного. Однако, если учесть,

что и в трактате «Ней цзин», и в трактате «Наньцзин» говорится, что вводить иглу надо, когда видно, что ее надо вводить, и извлекать иглу, когда видно, что надо извлекать, становится ясно, что окончательный выбор классики китайской медицины принципиально оставляют за врачом. Да и как может быть иначе, если то, что для одних нормально, для других может быть проявлением болезни. Определяя норму пульса для конкретного пациента, необходимо учитывать его пол, возраст, конституцию, темперамент, другие индивидуальные особенности, время года и проч. [Иванов В.И., 1991].

Все-таки использование в своей практике метода пульсовой диагностики позволит европейскому врачу приблизиться к видению акупунктуры китайским коллегой. А это, в свою очередь, существенно повысит ее эффективность. Без освоения данного метода вряд ли можно однозначно и безоговорочно утверждать, что врач вышел за пределы рецепторного метода подбора точек для сеансов иглоукалывания и прогревания.

Пульсовая диагностика подразумевает улавливание врачом максимального числа особенностей пульсовой волны у пациента. Поэтому исследование должно проводиться в насколько это возможно комфортной обстановке. Врач во время исследования должен быть спокойным, максимально сосредоточенным. Он должен твердо представлять себе последовательность своих действий и спектр ожидаемой после каждого из них информации. Дыхание его должно быть ровным и спокойным, ибо только при этом условии он сможет оценить соответствие частоты пульса частоте нормального дыхания [Халмурат Упур, Начатой В.Г., 1992].

Руки врача должны быть теплыми, чтобы не вносить дополнительный возмущающий фактор в процесс исследования. Желательно, чтобы между врачом и пациентом установились доверительные отношения, чтобы сама процедура для последнего не была стрессом.

Пациент во время обследования должен удобно сидеть в кресле или лежать на кровати. Его ничто не должно отвлекать. Одежда должна быть свободной, не стесняющей его тела.

Желательно, чтобы пациент на пульсовую диагностику пришел натощак и до физических нагрузок, чтобы врач мог легко уловить малейшее нарушение пульса. Обильная еда, алкоголь, физические нагрузки, нервный стресс и проч. изменяют характеристики пульса. Оптимальным временем исследования пульса является утро, когда, как пишется в трактате Су Вэнь, иньская энергия дремлет, а янская еще не поднялась, и, следовательно, пульс можно рассматривать как относительно базальный.

ТЕХНИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬСА

Общепринятым является исследование пульса на лучевых артериях. Руки пациента, обращенные сгибательной поверхностью вверх, лучше всего охватывать ладонями снизу так, чтобы большие пальцы оказывались изнутри и сверху, а остальные четыре пальца — снаружи и сверху. Для исследования пульса врач кладет кончик III пальца правой кисти на область лучевой артерии на уровне шиловидного отростка лучевой кости левой руки пациента, а кончик III пальца левой кисти — на соответствующую область его правой руки. Пальпируемая III пальцами область — это область **гуань**, или «барьер». Кнаружи от нее в проекции акупунктурной точки тай-юань (P9, точка юань канала легких) располагается II палец врача. Это область **цунь**, или «мера, большой палец». Кнутри от барьера в проекции ТА цзин-цзюй (P8, точка металла или река-цзин канала легких) располагается IV палец врача. Это область **ци**, в некоторых транскрипциях **чи**, или «локоть, подошва» (рисунок).

Необходимо еще раз подчеркнуть, что в разных руководствах рекомендуют разные методики анализа пульса. Общепринятым является исследование пульса при трех уровнях давления:

— легкое давление, или **ху**, в некоторых транскрипциях **жу**, буквально — «держат на весу», на уровне кожи и подкожной клетчатки;

— среднее давление, или **хунь**, «искать», на уровне мышц;

— сильное давление, или **ань**, «давить», на уровне сухожилий и костей.

При более поверхностной пальпации определяется состояние каналов и органов Ян, при более глубокой пальпации — каналов и органов Инь.

Чаще всего оценивают состояние органов и каналов в соответствии локализации пульса, представленной в табл. 11.

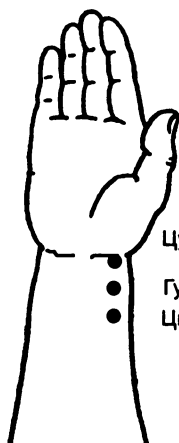
ТАБЛИЦА 11 Соответствие между локализацией пульса и состоянием органа или канала*

Уровень пальпации	Поверхностно/глубоко	Поверхностно/глубоко
Область пальпации	Левая рука	Правая рука
Цунь (мера)	IG/C; MC**	GI/ P
Гуань (барьер)	VB/F	E/RP
Ци (локоть)	V/R	Мин-Мэнь

* В таблице и в пособии в целом использовано французское условное обозначение каналов и относящихся к ним точек акупунктуры

** Данное положение не является общепринятым. Однако в Су Вэнь указывается, что в области цунь слева наиболее глубоко оценивают точку 17 передне-срединного канала (VC17. Тань-чжун, точка МУ канала перикарда MC). Следовательно, можно говорить о том, что это локализация оценки канала MC.

Естественно, описанное соотношение локализации пульса и отражаемого им органа или канала не единственное. По данным Гаваа Лувсан (1990), в области ци справа диагностируют состояние не Минь-Мэнь, а каналов ТР и МС. Кроме того, в области цунь каналы тонкой кишки и сердца слева, а толстой кишки и легких справа, по мнению автора, — только у мужчин. У женщин они зеркально меняются местами. К.Шнорренбергер (1996), кроме использованного в данном пособии варианта, предлагает и другой (первый, по его мнению) вариант соотношений и т. д.



Цунь (мера, большой палец)
Гуань (барьер)
Ци (локоть, подошва)

Точки исследования пульса.

Что касается канала трех обогревателей и в несколько меньшей степени перикарда, то им в трактатах Су Вэнь и Наньцзин отводится особая роль, не сводимая к роли чисто янских или иньских каналов и органов чжан-фу. Речь идет фактически о роли общей регуляции организма. Так, например, в трактате Су Вэнь говорится, что «перикард суть чиновники, они могут дарить радость и наслаждение». А в трактате Наньцзин подробно обсуждаются функции каждого из трех обогревателей в отдельности. И функции эти суть контроль различных обменных процессов в организме. Все это, видимо, и послужило Пак Чжэ Ву (1991) поводом предположить, что канал перикарда — это канал головного мозга, а канал трех обогревателей — канал спинного мозга, соответственно. В свете изложенного импонирует точка зрения Халмурат Упур и В.Г.Начатого (1992). Они считают, что каждому из трех обогревателей соответствует общий характер пульса в одной из областей обеих рук: верхний — в цунь, средний — в гуань, нижний — в ци.

К.Шнорренбергер (1996) акцентирует внимание на том, что важнейшим при исследовании пульса является не оценка его в трех областях, а определение общего качества пульсового удара.

В трактате Су Вэнь указано, что расположенные на левой кисти пульсы **Жэнь Инь** служат для изучения янской энергии, тогда как расположенные на правой руке пульсы **Цунь Коу** служат для изучения состояния иньской энергии. В трактате Нэй цзин уточняется, что правые пульсы отражают состояние пяти органов чжан (Р, С, РР, F, R), а левые — пяти органов

фу (GI, IG, E, VB, V). В трактате Наньцзин содержится методика оценки пульсов правой руки:

— при надавливании на сосуд так, чтобы исследовать состояние кожи (подобно весу трех горошин), получают информацию о канале и органе чжан легкие;

— надавливая так, чтобы исследовать состояние крови (подобно весу шести горошин), получают информацию о канале и органе чжан сердце;

— надавливая так, чтобы исследовать мышцы (подобно весу девяти горошин), получают информацию о состоянии поджелудочной железы и селезенки;

— надавливая так, чтобы исследовать сухожилия и связки (подобно весу двенадцати горошин), получают информацию о состоянии печени;

— надавив до кости и слегка приподняв пальцы, получают информацию о состоянии почек.

В заключение есть смысл указать, что одним из эффективных способов освоения пульсовой диагностики является изучение собственного пульса и пульса близких людей в различных эмоциональных и физических состояниях, в разное время суток и т. д. [Иванов В.И., 1991].

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПУЛЬСА

Исходя из изложенного ранее, мы можем сделать вывод, что исследование пульса должно быть как минимум двухэтапным.

На первом этапе оценивают общее состояние пульса. При этом необходимо иметь в виду следующее:

— пульс на правой руке отражает состояние иньской составляющей гомеостаза, а пульс на левой руке — янской;

— у женщин основным, ведущим является состояние пульса на правой руке, а у мужчин — на левой.

На втором этапе оценивают состояние органов и каналов в цунь, гуань и ци.

Однако целесообразнее использовать более сложный пяти-этапный метод пульсовой диагностики.

Первый этап — оценка общего состояния пульса. При этом необходимо иметь в виду следующее:

1) пульс на правой руке отражает состояние иньской составляющей гомеостаза, а пульс на левой руке — янской;

2) у женщин основным, ведущим является состояние пульса на правой руке, а у мужчин — на левой.

Второй этап — оценка в областях цунь, гуань и ци обеих рук состояния канала трех обогревателей. При этом следует иметь в виду, что верхний обогреватель отражается характером пульса в цунь, а нижний — в ци.

Третий этап — оценка состояния органов чжан по пульсу на правой руке:

1) при надавливании на сосуд так, чтобы исследовать состояние кожи (подобно весу трех горошин), получают информацию о канале и органе чжан легкие;

2) надавливая так, чтобы исследовать состояние крови (подобно весу шести горошин), получают информацию о канале и органе чжан сердце;

3) надавливая так, чтобы исследовать мышцы (подобно весу девяти горошин), получают информацию о состоянии поджелудочной железы и селезенки;

4) надавливая так, чтобы исследовать сухожилия и связки (подобно весу двенадцати горошин), получают информацию о состоянии печени;

5) надавив до кости и слегка приподняв пальцы, получают информацию о состоянии почек.

Четвертый этап — оценка состояния органов фу по пульсу на левой руке:

1) при надавливании на сосуд так, чтобы исследовать состояние кожи (подобно весу трех горошин), получают информацию о канале и органе чжан толстая кишка;

2) надавливая так, чтобы исследовать состояние крови (подобно весу шести горошин), получают информацию о канале и органе чжан тонкая кишка;

3) надавливая так, чтобы исследовать мышцы (подобно весу девяти горошин), получают информацию о состоянии органа и канала желудка;

4) надавливая так, чтобы исследовать сухожилия и связки (подобно весу двенадцати горошин), получают информацию о состоянии желчного пузыря;

5) надавив до кости и слегка приподняв пальцы, получают информацию о состоянии мочевого пузыря.

Пятый этап — уточнение состояния органов и каналов в соответствии с характером пульсов различной локализации (табл. 12).

ТАБЛИЦА 12 Соответствие между локализацией пульса и состоянием органа или канала

Область пальпации	Левая рука	Правая рука
Уровень пальпации	Поверхностно/глубоко	
Цунь (мера) Гуань (барьер) Ци (локоть)	IG/C; MC VB/F V/R	GI/P E/RP TR/Мин-Мэнь

* Очередность третьего и четвертого этапов дана для женщин, у мужчин очередность обратная

Несмотря на кажущуюся эклектичность, этот метод дает возможность последовательно собрать максимально полную информацию о состоянии организма в целом и каждого из его органов в отдельности. А это, в свою очередь, позволяет сделать максимально обоснованными выводы пульсовой диагностики и вытекающие из нее терапевтические мероприятия.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАЛЬНОГО ПУЛЬСА

Нормальный пульс китайские врачи характеризуют как *мягкий* или *умеренный* (хуань-май). Он залегает в основном на среднем уровне (хунь), и его частота соответствует приблизительно 4 ударам на цикл вдох-выдох, т. е. 60—80 уд/мин. Это ровный, мягкий, спокойный и сильный пульс. Одна из важнейших его характеристик — равномерность. Он хорошо прощупывается и на уровне ху, и на уровне ань.

В зависимости от возраста, пола и конституции пациента могут быть выделены следующие особенности:

- чем моложе пациент, тем быстрее у него пульс; у детей до 3—4 лет пульсовая диагностика не информативна; у детей 5—6 лет на цикл вдох-выдох приходится около 6 ударов пульса, т. е. частота его соответствует 90—110 уд/мин;

- у молодых и сильных людей пульс сильнее, у пожилых — слабее;

- у женщин пульс легче и быстрее, чем у мужчин;

- у женщин пульс в цунь слабее, чем в ци (женский пульс); у мужчин пульс в цунь сильнее, чем в ци (мужской пульс);

- у высоких и сильных людей пульс шире и продолжительнее, у людей с изящным телосложением — уже и короче;

- у худощавых людей пульс залегает более поверхностно, у полных — более глубоко;

- тяжелая физическая нагрузка, чрезмерная нервная нагрузка, прием алкоголя или обильной пищи делают пульс быстрым и сильным.

Время года также накладывает отпечаток на характер пульса.

Весной пульс более напряженный. В Су Вэнь сказано, что весенний пульс соответствует печени, Востоку, Дереву. Его энергия еще слаба и легка. Он скользкий и словно бы прямой и длинный, похожий на скрипичную струну.

Летом пульс более широкий, напоминающий поток. Летний пульс соответствует сердцу, Югу и Огню.

Энергия пульсовой волны велика при ее накатывании и заметно слабее при откатывании, что делает пульс похожим на крючок.

Осенью пульс более поверхностный. Он соответствует легким, Западу и Металлу. Пульс более напряжен при накатывании и рассеян при откатывании.

Зимой пульс более глубокий. Он соответствует почкам, Северу и Воды. Его энергия характеризуется глубиной и стойкостью.

Нетрудно заметить, что в сезонной характеристике пульса отсутствует пятый элемент — Земля. По этому поводу в Су Вэнь указано, что Земле соответствует пульс селезенки. А «когда селезенка работает хорошо, о ее существовании попросту забывают».

Форма пульса зависит и от того, какой орган или какие органы он характеризует (табл. 13).

ТАБЛИЦА 13 Зависимость формы пульса от отражаемых им органов

Отражаемые органы		Форма пульса
Слева	Справа	
Толстая кишка	Легкие	Поверхностный, короткий, шероховатый пульс, как пластинки металла, покрывающие верхние части жилищ
Тонкая кишка	Сердце	Наружный, большой и рассеивающий пульс, подобный огню, который освещает все снаружи
Желудок	Селезенка	Мягкий и спокойный пульс, напоминающий спокойно гуляющую по двору курницу, медленно опускающую лапки на землю
Желчный пузырь	Печень	Твердый и длинный пульс, как корни деревьев
Мочевой пузырь	Почки	При надавливании мягкий, при отпускании твердый пульс, как податливая вода, заключающая в себе упорство и твердость

В заключение необходимо отметить, что все характеристики, касающиеся возраста, пола, конституции, сезона и прочих влияющих на характер и форму пульса условий, отражают его особенности, нюансы, не влияя на его основную характеристику, т. е. пульс здорового человека остается хуань-май, другими словами, мягким и умеренным. Исключение составляют лишь изменения, связанные с физической нагрузкой, нервным напряжением, употреблением алкоголя и обильной пищи. В этих случаях характер пульса нельзя трактовать как хуань-май.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПУЛЬСОВ

Характеристика основных патологических пульсов дается по следующей схеме.

- А Название пульса и его китайский эквивалент
- Б Краткое описание пульса.
- В Общая характеристика патологического состояния, приводящего к появлению данного пульса
- Г Частные заболевания и синдромы, для которых характерен данный пульс.

Поверхностный (плавающий) пульс фу-май. Хорошо прощупывается на уровне «ху». На уровне «ань» становится слабым, но не пустым.

Внешний (наружный) синдром, инфекционные болезни.

Если пульс медленный — холод и ветер.

Если пульс частый — жар и ветер.

Если пульс энергичный — жар.

Если пульс слабый — недостаток крови, пустота Инь («Ян не на что опереться»).

Глубокий пульс чэнь-май. Не прощупывается на поверхности.

Застой воды и влаги в иньских каналах.

Если пульс частый — внутренний жар.

Если пульс медленный — внутренний холод.

Если пульс гладкий — застой мокроты.

Если пульс энергичный — застой и холод внутри, борьба между болезнетворным началом и защитными силами организма.

Если пульс слабый — дефицит янской энергии в организме, недостаточность защитных сил.

Медленный (редкий) пульс ци-май. Пульс медленнее 4 ударов на цикл вдох-выдох, или 60 уд/мин.

Синдром холода. Заболевания органов чжан. Скопление мокроты, остановка холода, болезни застоя.

Если пульс энергичный — боли, вызванные избытком внутреннего холода; полнота и холод.

Если пульс слабый — болезни пустого холода.

Частый (быстрый) пульс шу-май. Пульс быстрее 4 ударов на цикл вдох-выдох, или 90 уд/мин.

Синдром жара.

Если пульс сильный — полнота и жар.

Если пульс тонкий и слабый — внутренний жар и пустота инь (часто при туберкулезе легких).

Если пульс очень слабый — пустота ци.

Частый пульс поздней осенью говорит об опасном заболевании.

Весьма быстрый пульс жи-май. На цикл вдох-выдох приходится более 6—7 ударов.

Крайнее истощение Инь и сильный Ян. Состояние больного тяжелое.

Гладкий (скользящий) пульс хуа-май. Пульс гладкий, круглый и скользкий, перекатывающийся подобно жемчужине.

Полнота и жар, вызванные слизью и блокированной пищей. Застой крови в нижней части тела. Исчезновение источника жизненных сил и ци в организме. Сопровождает скопление мокроты, рвоту, тошноту, нарушение пищеварения.

У здоровых женщин — признак беременности.

Шероховатый (неровный) пульс се-май. Противоположность скользящего пульса, как будто ножом скоблят кусок бамбука. Пульс приходит и уходит с затруднениями.

Повреждение субстанции, уменьшение количества крови, закупорка ци и блокирование крови или истощение сексуальной энергии цзин.

Истощение жидкости в связи с профузным потоотделением и(или) рвотой.

Вредоносный холод в крови.

Нарушение менструального цикла.

Беременность.

Пустой пульс гон-май или суй-май. Поверхностный, большой и пустой внутри пульс, как при ощупывании пустого шланга или нажатии на перо лука («луковый пульс»).

Потеря крови и повреждение Инь. Данный пульс часто сопровождается потоотделением, страхом и гневом или меланхолией.

Избыточный (полный, соответствующий полноте) пульс ши-май. Пульс остается сильным на всех трех уровнях и в цунь, и в гуань, и в ци.

Соответствует синдрому полноты. Остановка жара.

Симптомы делирия, умопомешательства.

Рвота.

Анорексия, запоры.

Боли, вызванные застоем ци.

Длинный пульс чан-май. Длинный, нежный и ровный пульс, напоминает движение пальцев по бамбуку. Длиннее струнообразного пульса, с которым его легко спутать.

Чаще всего отражает синдром жара.

Жар крови.

Эпилепсия (умопомешательство, вызванное ветром и мокротой).

Внутренний избыток жара, как правило, в желудке и кишечнике.

Если пульс тугой и напряженный — заболевания канала мочевого пузыря.

Короткий пульс дуань-май. Никогда не бывает полным. При наложении одного пальца на любой из участков пальпации

пульса ощущается биение, которое как бы возвращается назад с полпути. Необходимо дифференцировать от тонкого и редкого пульса.

Истощение или исчезновение крови и жизненных сил ци.

Если пульс гладкий и частый — избыток внутреннего жара-влажности.

Если пульс умеренно частый — отравление алкоголем.

Если пульс поверхностный — недостаточность крови.

Если пульс глубокий — камни в печени.

Если пульс короткий в цунь — как правило, головная боль, вызванная недостаточностью янской ци.

Если пульс короткий в чи — боль в животе и нижней части тела, вызванная недостаточностью янской ци.

Увеличенный (напоминающий поток, неожиданно пышный, обильно разливающийся, широкий) пульс **хон-май** или **хун-май**. Широкая, большая и сильная пульсация с ощущением набегающей волны. Если такой пульс прижать до уровня ань, то в нем, в отличие от избыточного пульса, отсутствует сила.

Избыточный жар. Внешняя полнота Ян и внутренняя пустота Инь.

Если пульс сопровождается неприятными ощущениями в желудке или тошнотой и рвотой — преимущественно синдром избытка.

Если пульс сопровождается поносом — синдром недостатка с исчезновением жидкостей в организме и синдром жара Ян.

Крошечный (нитевидный, хрупкий) пульс **вэй-май**. Очень тонкий и хрупкий пульс, иногда пропадает. Пульсовая волна воспринимается не очень отчетливо.

Общая пустота Инь, Ян, ци и крови. Опасная слабость Ян.

Ознобы и жар с профузным потом, указывающие на исчезновение янской ци.

Различные нарушения половой функции у мужчин.

Нарушения менструального цикла у женщин.

Напряженный (тугой, натянутый) пульс **цзинь-май**. Большое артериальное напряжение и сильная пульсация. На уровне жу быстрый, тугой и сильный, т. е. довольно поверхностный пульс. При пальпации ощущение, как от туго натянутого каната или троса.

Состояние холода и боли. Нарушение пищеварения.

Кашель, вызванный холодом в легких.

Эпилепсия, вызванная холодом в печени.

Избыток отхаркиваемой мокроты, вызванный холодом в селезенке.

Мягкий пульс **хуань-май**. Нормальный пульс здорового человека.

Мягкий и поверхностный пульс — синдром ветра с недостаточностью питающей энергии и защитных сил.

Мягкий и глубокий пульс — синдром влажности.

Струнообразный пульс сянь-май. Пульсовой удар в начальной фазе прямой и длинный, производящий впечатление натянутой скрипичной струны.

Пульс характерен для заболеваний печени и желчного пузыря, а также для болезней, вызванных слизевыми жидкостями.

Гладкий пульс — заболевания природы Ян.

Напряженный и тонкий пульс — заболевания природы Инь.

Перемежающиеся жар и озноб, например, малярия.

Крепкий (прочный) пульс лао-май или цзе-май. Является как бы развитием редкого пульса. Характеризуется несколько замедленным приходом и уходом пульсовых волн с непродолжительными интервалами между ними.

Внутренний синдром избытка. Долго текущие заболевания холода с болями в животе и разбалансировкой жизненных сил ци в печени или застою ци в селезенке и желудке.

Липнувший (незаметный) пульс жуань-май или гуань-май. Очень мягкий и нежный, поверхностный и тонкий пульс, прощупываемый только при очень слабом надавливании. Его сравнивают с плаванием шелковой материи по воде. Близок по форме со слабым и поверхностным пульсами.

Истощение крови и предельный недостаток Инь.

Ночные поты, беспокойство, жар.

Кровотечение или понос, вызванный влажностью в селезенке.

Если у человека нет видимых признаков болезни — крайнее истощение, пустота печени и почек.

Слабый пульс жу-май или жуо-май. Очень поверхностный, небольшой и тонкий пульс.

Общее состояние пустоты, преимущественно связанное с влажностью.

Данный пульс может сопровождать следующие проявления: жар и озноб, параличи, страх и гнев, спонтанное потоотделение, общая слабость.

Рассеивающийся (вихреобразный) пульс сань-май. Пульс, напоминающий бьющий родник или ключ, или колебание цветков тополя на слабом ветру.

Данный пульс, как правило, говорит об ухудшении течения болезни.

При беременности вне зависимости от ее срока является симптомом ее преждевременного прерывания.

В раннем послеродовом периоде — вариант нормы.

В цунь на левой руке — нервное расстройство (апатия), связанное с сердцем (недостаток энергии Ян).

В цунь на правой руке — сильное потоотделение, связанное с болезнью легких или недостатком жизненных сил организма.

В гуань на левой руке — заболевания печени, застой ветра и влаги.

В гуань на правой руке — расстройства желудка или отеки ног.

В чи — хроническое неблагоприятно текущее заболевание почек.

Тонкий пульс хи-май или си-май. Пульс тонок, как нить, но хорошо прощупывается кончиками пальцев. Обычно пульс быстрый, а пульсовая волна маленькая и лишена силы.

Синдромы слабости и истощения.

Общая слабость и истощение.

Пустота Инь и крови.

Болезни, вызванные влажностью.

Ослабление ци при тяжелых, хронических болезнях.

Влажность поразила почки, спонтанное потоотделение.

Скрытый пульс фу-май. Пульс залегает глубже, чем глубокий, т. е. внизу ань.

Блокирование патогенного начала внутри организма.

Сильные боли и состояние слабости Ян.

Синдромы юй, т. е. смешанные противоположные состояния холода и жара, Инь и Ян, ибо крайний холод рождает жар, а крайний жар рождает холод.

Холера.

Скорый (быстрый, нерегулярный, галопирующий) **пульс цю-май.** Очень быстрый, даже бешеный пульс, который иногда интермиттирует.

Обильное Ян и состояние жара и полноты. Блокирование крови и ци, слизевых жидкостей и остатков пищи.

Жар в канале трех обогревателей.

Перемежающийся (узелковый, медленный-шероховатый) **пульс цзэ-май.** Медленный, нерегулярный пульс, дающий иногда перебои на один или несколько ударов.

Обильное Инь и завязанная узлом ци.

Карбункулы, опухоли.

Замерзающий (замещающий) **пульс дай-май.** Один или два удара чередуются с отсутствием удара. Прерывание пульса является регулярным.

Слабость функционального начала органов чжан.

Синдром ветра.

Болевые состояния.

Психическое возбуждение.

Ранение.

Поносы как следствие пустоты в нижней части тела.

Беременность более 12 нед.

Большой пульс да-май. Пульс отличается от нормального большой пульсовой волной, но без признаков скользящего пульса.

Обильное болезнетворное начало, достижение болезнью ее наивысшей точки.

Если пульс полон силы — сопротивляемость организма высокая, достаточная для излечения.

Если пульс слабый — сопротивляемость снижена.

Пульс малого наполнения ху-май. Пульс слаб и в цунь, и в гуань, и в ци на уровне жу и хунь, а на уровне ань — вообще пуст.

Синдром пустоты, чаще всего и крови, и ци.

Анализируя пульсы нетрудно заметить, что многие из них как бы парные, отражающие Инь и Ян одного целого. Например, поверхностный пульс соответствует поверхностным синдромам, а глубокий пульс — глубоким. Частый пульс соответствует синдрому жара, редкий — синдрому холода. Длинный пульс — энергия находится в равновесии, короткий пульс — энергия возмущена. Гладкий пульс — избыток Ян, слизи. Шероховатый пульс — избыток Инь, недостаток крови, истощение сексуальной энергии. И так далее.

Скорый, перемежающийся и замерзающий пульсы объединяются понятием **нерегулярные пульсы**. Они в целом характерны для болезней сердца, застоя крови, обильного образования слизи, депрессии.

Иногда пульсы можно сгруппировать по состояниям. Так, беременности соответствуют гладкий, шероховатый, замерзающий и рассеивающийся пульсы. Если беременность развивается нормально, то характерен гладкий пульс. Если беременность развивается с отклонениями, то характерен шероховатый пульс или, после 12 нед беременности, замерзающий пульс. Если беременность прерывается, то пульс становится рассеивающимся.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПУЛЬСОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО ДАННЫМ КЛАССИЧЕСКОЙ КИТАЙСКОЙ И СОВРЕМЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Безусловно, начинать заниматься пульсовой диагностикой по любому, даже самому подробному, руководству очень трудно. Желательно по данным различных публикаций изучить теоретические аспекты, а практические навыки получать и нарабатывать в процессе общения с живым учителем. Еще лучше, чтобы учитель имел в своем распоряжении соответствующие тренажеры. Однако жизнь подчас не считается с нашими желаниями. В данном разделе для облегчения освоения пульсовой диагностики приведены наблюдения и замечания о некоторых аспектах диагностики состояний по характеру пульса из различных классических и современных источников.

В реальной жизни редко встречается какой-либо один классический вариант пульса. Чаще врач имеет дело с

сочетанием нескольких пульсов. Предложенная в данной работе методика оценки пульса поможет максимально подробно разобраться в нюансах характеристики пульса в конкретной ситуации. При этом необходимо помнить, что противоположные пульсы, составляющие как бы одну пару, одновременно не встречаются. Так, пульс не может быть одновременно поверхностным и глубоким, длинным и коротким, гладким и шероховатым, частым и медленным, мягким и напряженным, крепким и слабым и т. д.

По характеру пульса можно не только диагностировать отклонения в работе того или иного канала и выбрать метод воздействия на него, но и оценить эффективность воздействия. Так, во время сеанса чжень-цзю терапии иглы можно удалять после нормализации пульса пациента.

При пульсе, указывающем на крайнюю степень истощения защитных сил организма, чжень-цзю терапия противопоказана.

Если результаты пульсовой диагностики подтверждают или уточняют другие клинические проявления болезни, то сложностей с трактовкой результатов диагностики не возникает. При противоречии между характером пульса и остальными симптомами возникает вопрос: как трактовать полученные результаты и чем руководствоваться при выборе тактики лечения.

Если характер пульса говорит о более тяжелом состоянии пациента, чем остальные симптомы, это, скорее всего, свидетельствует о том, что болезнетворное начало превосходит защитные силы организма и болезнь будет прогрессировать.

Если характер пульса и остальные симптомы противоречат друг другу по сути патологического процесса, например, у больного имеют место симптомы обильного жара, а пульс слаб, или пульс напряженный и сильный, а симптомы полноты отсутствуют, то надо решить является пульс истинным или ложным, т. е. руководствоваться при лечении данными пульсовой диагностики или данными других методов обследования. Решить эту проблему можно, сопоставив результаты пульсовой диагностики и остальных методов обследования и ответив на вопрос: является ли патологический процесс, на который указывают результаты пульсовой диагностики, следствием патологического процесса, проявляющегося остальными симптомами, или, наоборот, является его причиной. Или является ли патологический процесс, на который указывает характер пульса, второстепенным, побочным по отношению к патологическому процессу, на который указывают остальные симптомы, или, наоборот, основным, ведущим. В первом случае пульс является ложным и руководствоваться при выборе лечения надо остальными симптомами, а во втором — пульс является истинным и руководствоваться при выборе лечения надо результатами пульсовой диагностики.

В довершение рассмотрения несоответствия между характером пульса и характером остальных симптомов перечислим четыре относительных противопоказания к иглоукалыванию, содержащихся в гл. 61 трактата Ней Цзин:

- 1) очень высокая температура тела при спокойном пульсе; полный возбужденный пульс после обильного потоотделения;
- 2) обширный и напряженный пульс при поносе;
- 3) исхудание больного при поражении фэнь (ветром) с высокой температурой тела и пульсом, лишенным энергии желудка;
- 4) при твердом и упругом (эластичном) пульсе у истощенных больных, страдающих перемежающимися приступами жара и озноба.

Если пульс поверхностный, то болезнь находится в полых органах фу. Если пульс глубокий, то болезнь находится в плотных органах чжан.

Если у мужчины определяется женский пульс (в цунь слабее, чем в ци), то имеет место «неполнота» и болезнь внутри, причем, болезнь локализуется на стороне патологического пульса. Если у женщины определяется мужской пульс (в цунь сильнее, чем в ци), то имеет место «Великий избыток» и болезнь локализуется в конечностях на стороне патологического пульса.

Чрезмерно «возбужденный» пульс в ци (локоть, подошва) у женщин служит признаком беременности. Скачущий и скользящий пульс в ци и извилистый в цунь — также признак беременности.

Пульс цунь соответствует энергии, а пульс ци — крови.

Если в цунь пульс пустой, а в ци — скачущий, то велика вероятность кровотечения.

Пульс, напоминающий маленький, очень тонкий шнур — признак истощения канала Чжун-май (Чун-май или Чон-май, сосуд интенсивного подъема, поднимающий меридиан). Пульс, представленный двумя потоками одновременно, указывает на истощение энергии канала Жэнь-май (переднесрединный меридиан, сосуд зачатия).

Если характерный для канала печени струнообразный пульс, неважно на левой или на правой руке, «забивает» все остальные пульсы, то это указывает на болезнь печени, вызванную влажностью. При этом отмечают головные боли, боли в области почек и чувство оледенения в ногах.

Глубокий, малый и частый пульс свидетельствует о поражении канала почек.

Глубокий, малый, частый и рассеянный пульс говорит о наличии озноба или лихорадки, холода или жара.

Поверхностный и рассеянный пульс характерен для головокружения.

Если при поверхностном исследовании возникает ощущение, что пульс не хочет погружаться в глубину, то это говорит о холоде («обледенении», Су Вэнь) в области почек и нижних конечностей.

Если при сильном надавливании возникает ощущение, что пульс не хочет подниматься к поверхности («всплывать»), то это свидетельствует о болях в области головы и шеи.

Если при очень сильном надавливании («до самой кости») в пульсе очень небольшое количество энергии, то это признак болей в области почек и позвоночного столба.

Глава 5

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ

В классических трактатах китайской медицины содержится большое число противопоказаний к иглоукалыванию. Так, не следует проводить иглоукалывание больным, находящимся в следующих состояниях:

- при алкогольном опьянении;
- в состоянии гнева;
- при сильном испуге;
- перед половым актом и после него;
- при чрезмерном утомлении;
- после плотной еды;
- после долгого поста;
- при сильной жажде;
- после долгого путешествия.

Кроме того, абсолютными противопоказаниями к иглоукалыванию являются:

- 1) истощение больного;
- 2) серьезное кровотечение;
- 3) состояние после обильного потоотделения;
- 4) сильный понос;
- 5) массивное кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде.

Относительные противопоказания к иглоукалыванию:

- 1) очень высокая температура тела при спокойном пульсе; полный возбужденный пульс после обильного потоотделения;
- 2) обширный и напряженный пульс при поносе;
- 3) исхудание больного при поражении фэнь (ветром) с высокой температурой тела и пульсом, лишенным энергии желудка;
- 4) исхудание больного с длительной гипертермией, бледностью кожи, наличием крови в каловых массах и носовым кровотечением;

5) при твердом и упругом (эластичном) пульсе у истощенных больных, страдающих перемежающимися приступами жара и озноба.

В гл. 47 трактата Су Вэнь сказано, что беременную женщину пользоваться иглами не следует. Если судить по контексту, то речь идет о редких ситуациях, когда женщина теряет способность говорить в поздние сроки беременности (36—40 нед). При этом в качестве обоснования выдвигается тезис, что это явление само пройдет в течение 2 мес после родов. Однако в любом случае иглоукалывание при беременности необходимо проводить по строгим показаниям и врач должен стремиться к минимизации количества необходимых для выздоровления пациентки сеансов, т. е. при лечении беременных особенно важно помнить заповедь классической китайской медицины: «При укалывании больного надлежит действовать с максимальным прилежанием и с величайшей осторожностью, как если бы врач находился у края пропасти. Иглу следует держать так, как будто ты собираешься схватить тигра».

Из общих (но не абсолютных) положений чжень-цзю терапии можно указать следующие:

— при прочих равных условиях сначала следует тонизировать, затем воздействовать тормозным методом;

— если Ян неполное, а Инь в избытке, сначала тонизируют Ян, затем тормозят Инь;

— если Инь неполное, а Ян в избытке, сначала тонизируют Инь, затем тормозят Ян.

Болезни органов чжан трудноизлечимы, так как передаются по деструктивным связям алгоритма У-СИН (см. схему 1). Болезни органов фу легко излечимы, так как передаются от «матери» к «сыну».

В трактате Наньцзин указано, что при пустоте тонизируют, при полноте воздействуют тормозным методом. При пустоте тонизируют «мать», при полноте седатируют «сына». Если нет ни пустоты, ни полноты, то ограничиваются одним каналом или одной точкой-цзин (колодец).

Когда заболели пять органов чжан и шесть органов фу, необходимо использовать «источники» (точки юань).

Если речь идет о профилактике заболеваний, а «мудрый не ждет пока люди заболеют, чтобы начать лечить», то весной и летом необходимо поддерживать энергию Ян, а зимой и осенью — энергию Инь.

При воздействии на канал надо использовать как точки, относящиеся к пяти первоэлементам (алгоритм У-СИН), так и локально-сегментарные точки, относящиеся к каналу. Количество используемых одновременно точек и длительность курса лечения — параметры очень индивидуальные и не могут быть схематизированы.

При использовании в лечении чудесных каналов необходимо помнить следующие разработанные разными исследователями положения:

— использовать чудесные каналы лучше после восстановления функционирования основных каналов;

— укалывают сначала командную точку, затем точки по ходу чудесного канала, и, наконец, связывающую точку;

— командную точку лучше использовать у женщин справа, а у мужчин слева; связывающую точку — с противоположной стороны;

— иглы оставляют в точках на 10—15 мин без манипуляций ими;

— цзю точек чудесных каналов не рекомендуется.

Чаще при лечении какого-либо хронического заболевания используют точки одного или двух чудесных каналов. Иногда, для усиления эффекта, на командную точку чудесного канала можно воздействовать II вариантом тормозного метода [Табеева Д.М., 1980]. Тогда стимулирующим методом воздействуют на точки групповых Ло: Сань-ян-ло (TR8) при воздействии на каналы Ду-май и Ян-цзяо-май, Сюань-чжун (VB39) при воздействии на каналы Ян-вэй-май и Дай-май, Сань-инь-цзяо (RP6) при воздействии на каналы Жень-май и Инь-цзяо-май, Цзянь-ши (MC5) при воздействии на каналы Инь-вэй-май и Чжун-май.

Глава 6

ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Невынашивание беременности остается одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота этого патологического состояния, по данным разных авторов, колеблется от 8 до 25%. Чаще всего беременность прерывается в I триместре (от 50 до 63,3%), реже — во II (от 14,6 до 25,5% на сроках 13—20 нед и 8,4% от 20 до 25 нед беременности), на долю III триместра приходится от 25,6 до 30% невынашивания [Булиенко С.Д. и др., 1982; Самородинова Л.А., 1989].

Причины невынашивания беременности принято делить на несколько групп — это социально-биологические, генетические причины, эндокринные нарушения, инфекция, изменения в иммунном статусе системы мать — плод, пороки развития матки и генитальный инфантилизм, истмико-цервикальная недостаточность и т. д. [Сидельникова В.М., 1986]. В I триместре наиболее частыми причинами невынашивания считаются генетические, гормональные и инфекционные, во II — возраст

тает роль истмико-цервикальной недостаточности [Зотова Г.А., Сычев Е.П., 1989; Демидова Е.М., 1993].

Многие из описанных причин невынашивания беременности можно рассматривать как варианты проявления дезадаптации организма женщины к беременности вследствие нарушения процессов нейрогормональной регуляции преимущественно на центральном, в первую очередь лимбико-ретикулярном и гипоталамическом уровне.

С этих позиций представляется недостаточно оцененным значение психосоматических нарушений как одного из факторов в патогенезе невынашивания. А оценка их становится в настоящее время все более и более необходимой. Это связано, во-первых, с отсутствием убедительных данных о безвредности лечения гормонами и другими сильнодействующими препаратами. Более того, появляется информация об отрицательном влиянии на гаметы стимулятора овуляции кломифена и антибиотиков, эмбриотоксическом действии эстрогенов и прогестерона и нарастание последствий ятрогении. Таким образом, сама жизнь диктует необходимость поиска альтернативных эффективных и безопасных методов лечения [Кирющенко А.П., Тараховский М.Л., 1990; Вихляева Е.М. и др., 1994; Гуркин Ю.А., 1995; Margeau L. et al., 1988]. А во-вторых, накапливаются данные о большом значении психосоматического компонента в патогенезе невынашивания беременности [Айламазян Э.К., 1993; Madeja U., Maspfuhl B. 1989].

Так, по данным А.О.Сырицы (1990), в периоды повышенного нервно-психического напряжения возрастает частота угрозы невынашивания и внутриматочной гипоксии плода. По мнению С.И.Слепцовой (1991), социальные факторы, наряду с медицинскими, относятся к важнейшим причинам невынашивания беременности. Е.М.Демидова (1993) убедительно доказала, что особенности психического статуса, в частности депрессивные расстройства, играют ведущую роль в поддержании патологического симптомокомплекса привычного невынашивания беременности. И.Ю.Щеглова (1992) также выявила значимость психогенных нарушений в патогенезе невынашивания и необходимость их коррекции в комплексном лечении последнего. По данным Э.А.Отевой и соавт. (1994), каждая третья беременная женщина нуждается в психотерапевтической коррекции. А один из ведущих психоаналитиков, занимающихся проблемами женской психологии, К.Хорни (1993) считает, что прерывание беременности без видимых органических причин является следствием искаженного отношения женщины к материнству.

Развитие психосоматических нарушений связано с вегетативным компонентом эмоциональных реакций, выполняющим функцию энергетического обеспечения целостного поведения

[Хомуло П.С., 1985]. Этот компонент реализуется через возбуждение лимбико-ретикулярной системы мозга, что приводит к активации эрготропных и трофотропных структур гипоталамуса, называемого западными исследователями «психосоматическим перекрестом» [Луцик Е.А., 1993; Щеглов Л.М., 1993]. Гипоталамус является центральным звеном нейрогормональной регуляции человеческого организма [Арутюнян Н.А. и др., 1991; Hoffman G. et al., 1986]. Таким образом, становится понятной принципиальная возможность психогенных гормональных нарушений.

Психогенные нарушения, естественно,— не единственный путь развития патологической адаптации женщины к беременности. Практически любые более или менее стойкие нарушения деятельности любой из систем организма будут приводить к изменениям в работе гипоталамических структур, отвечающих, фактически, за интеграцию всех функциональных систем в единый организм [Дильман В.М., 1987]. При этом и в случае развития дезадаптации со стороны «соматики» нарушение функций гипоталамических структур приведет к изменению психического статуса и, следовательно, психический компонент также будет иметь большое значение в поддержании патологического симптомокомплекса и станет показанием к соответствующему корригирующему лечению [Демидова Е.М., 1993]. Эта очевидная взаимосвязь между соматикой и психикой позволила некоторым ученым рассматривать головной мозг человека как орган, деятельность которого в значительной степени зависит от гормонального статуса в целом и влияния половых гормонов в частности [Кон И.С., 1988; Horsky I., 1981]. Известно, например, что при бесплодном браке наблюдаются значительные психологические отклонения у обоих супругов. Однако до настоящего времени не ясно, что при этом является первичным: отсутствие ли детей приводит к психоэмоциональным расстройствам или эти расстройства вызывают нарушения репродуктивной функции [Пшеничникова Т.Я., 1991; Шенкер Дж., 1993]. Вероятно, могут иметь место оба эти механизма.

Эндокринные нарушения занимают одно из первых мест среди причин невынашивания беременности [Кошелева Н.Г. и др., 1995]. Роль гипоталамуса в эндокринной регуляции человеческого организма и зависимость адекватной секреции им гонадолиберина от большого числа (суммы) гипоталамических и экстрагипоталамических факторов сомнения в настоящее время не вызывает [Lauber A., Whalen R., 1988]. Андрогенизация, интерес к которой все возрастает [Раисова А.Т., 1990; Рябцева И.Т. и др., 1993], не является исключением. С одной стороны, она сама может быть следствием нарушения функций гипоталамо-гипофизарной системы, а с

другой — всегда вызывает в той или иной степени их нарушения [Кошелева Н.Г. и др., 1995].

Большое значение в последнее время придают инфекционным причинам невынашивания [Кошелева Н.Г. и др., 1993]. Инфекционные причины невынашивания очень неоднородны. С одной стороны, возможно тератогенное повреждение плода рядом микроорганизмов, например, вирусом краснухи, спирохетами и др., а с другой — непосредственное влияние микроорганизмов на индукцию преждевременного прерывания беременности [Айламазян Э.К., 1995]. В настоящее время считается доказанным значение вирусов простого герпеса II типа, папилломавируса, цитомегаловируса, микоплазм, уреаплазм, хламидий, любых условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав биоценоза влагалища, в развязывании преждевременного прерывания беременности [Сидельникова В.М., Демидова Е.М., 1989; Ярославский В.К., 1995]. В связи с этим необходимо отметить, что высшие центры регуляции гомеостаза находятся в лимбико-ретикулярной системе и гипоталамусе, а все гуморальные регуляторы в сущности лишь реализуют и генерализуют функции этих систем [Вогралик В.Г., 1988]. Так, М.Г.Степанов и А.В.Арутюнян (1993) исследовали механизмы воздействия неблагоприятных экологических факторов на репродуктивную систему и выявили, что большинство из них вызывают неспецифический ответ организма, заключающийся в изменении продукции и метаболизма нейромедиаторов, приводящем, в частности, к нарушению секреции гонадолиберина (люлиберина). К подобным выводам пришли В.Ф.Беженарь (1996), изучавший последствия аварии на Чернобыльской АЭС, и В.А.Гурьева (1996), изучавшая последствия ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне. Е.А.Корнева и соавт. (1978), С.В.Магаев и соавт. (1988) и другие авторы доказали значение регуляции клеточного иммунитета центральной нервной системой с локализацией «центра иммуногенеза» в области задних ядер гипоталамуса.

Из сказанного выше могут быть сделаны следующие выводы:

- 1) представляется возможным взаимное усиление психосоматических нарушений и нарушений, вызванных инфекцией половых путей;

- 2) при лечении угрозы невынашивания беременности определенное значение в коррекции нарушений, связанных с острой и хронической инфекцией, должно отводиться регуляции функционального состояния лимбико-ретикулярной и гипоталамической систем.

Сложность диагностики причин угрозы невынашивания беременности заключается в том, что, во-первых, у конкретной пациентки, как правило, имеет место не одна, а несколько причин одновременно, значение каждой из которых в отдель-

ности оценить почти невозможно [Кузьминых Т.У., 1994]. Во-вторых, даже такие общепринятые клинические признаки угрожающего прерывания беременности, как болевой синдром и кровянистые выделения из половых путей, разные авторы трактуют далеко не одинаково [Deutschman M., 1989; Tippet S. et al., 1989]. Из этого вытекает, что лечение чаще всего должно быть комплексным. Однако воздействие большого количества фармакологических препаратов на плод крайне не желательно, особенно если учесть тот факт, что при угрожающем невынашивании беременности очень рано развивается плацентарная недостаточность и, следовательно, плод и так находится в неблагоприятных условиях. В связи с этим многие авторы считают предпочтительным использовать в лечении невынашивания беременности различные немедикаментозные методы лечения [Бенедиктов И.И. и др., 1988; Сидельникова В.М., 1988; Орлов В.И., Камаев А.Н., 1989; Чжу Лянь, 1992]. Однако как самостоятельные методы лечения такие из них, как физиотерапия и фитотерапия, недостаточно эффективны [Ступницкий Ю.А., 1984; Айламазян Э.К., 1993].

К настоящему времени опубликованы ряд работ, посвященных профилактике и лечению угрожающего невынашивания беременности с использованием классической иглотерапии, лазеропунктуры и т. д. [Жаркин А.Ф., Жаркин Н.А., 1988; Воронцова Г.М., 1992; Демина Т.Н. и др., 1994; Охотина Т.И., 1995]. Чжень-цзю терапия — высокоэффективный метод лечения данного патологического состояния [Сидельникова В.М., 2000].

Желание минимизировать количество сеансов чжень-цзю терапии с учетом осторожного отношения к ней при беременности у авторов классических китайских трактатов может быть реализовано следующим образом. В классической китайской медицине иглотерапия — лишь часть единой лечебной системы, в которую входят диетология, фитотерапия и т. д. [Иванов В.И., 1991; Халмурад Упур, Начатой В.Г., 1992; Ибрагимова В.С., 1994]. В современной европейской медицине акупунктуру также стремятся сочетать с различными методами традиционной медицины и, в частности, с гомеопатией [Рюбен М., 1985; Самосюк И.З. и др., 1992; Михайлова А.А., 1993; Коваленко В.С., Коваленко Т.В., 1995; Fuye R., de la, 1956].

При выборе канала воздействия мы учитываем следующее. По древнекитайским представлениям, основными каналами, отвечающими за зачатие и вынашивание плода, являются:

— канал почек (R) (здесь и далее индексация каналов приводится в соответствии с французской классификацией) как система, несущая в себе генетическую информацию, регулирующая половую функцию и отвечающая за наследственность;

— канал селезенки — поджелудочной железы (RP), отвечающий за трофику тканей;

— канал печени (F), участвующий в регуляции кровообращения и имеющий тесную связь с нервной системой.

Большое значение имеет состояние канала перикарда (MC), во многом определяющего эмоциональный статус женщины и тонус периферических сосудов, т. е., в конечном счете, активность кровотока. Последнюю (активность кровотока) канал перикарда регулирует совместно с парным ему каналом трех обогревателей или трех частей тела (TR).

При акупунктурной диагностике с помощью термотеста выявили следующие закономерности.

Чаще всего наблюдалась «асимметрия» таких каналов, как RP (31,8% случаев при беременности 6—16 нед и 28,4% — при беременности 17—24 нед), E (24,6% и 20,5% соответственно), F (17,4% и 14,8% соответственно), VB (10,8% и 12,5% соответственно) и MC (8,2% и 19,3% соответственно). Необходимо отметить, что в 20,9% случаев (58 наблюдений) выявлялась «асимметрия» двух и более каналов у одной пациентки. «Асимметрия» каналов, относящихся к подсистеме ИНЬ, встречалась в 1,4 раза чаще «асимметрии» каналов, относящихся к подсистеме ЯН. Минимальная лабильность показателей температуры чаще всего выявлялась в точках-колодцах канала почек (R) — 48,4% при беременности 6—16 нед (93 наблюдения) и 47,4% при беременности 17—24 нед (37 наблюдений). Минимальная лабильность показателей температуры в точках-колодцах других каналов встречалась значительно реже. Так, на втором месте по частоте были каналы TR и E (около 11%). Частота встречаемости остальных каналов не достигала 8%. Максимальная лабильность показателей температуры чаще всего встречалась в точках-колодцах каналов MC, TR, F и VB.

При невозможности выделить основной пораженный канал мы применяем рецептурный метод выбора ТА. Наиболее часто при этом используем дистальные точки «иньских» каналов перикарда, легких, селезенки с временем воздействия 10—15—20, реже, 25 мин и «янских» каналов желудка, желчного пузыря, мочевого пузыря и трех обогревателей с временем воздействия 30—35 мин. Точки «иньских» и «янских» каналов на одной процедуре не сочетаем. При выраженных клинических проявлениях угрожающего аборта на первых двух-трех процедурах используем по 2 парные точки, в остальных случаях — по 1 парной точке на процедуру. Процедуры проводим каждый день или через день, в зависимости от выраженности клинических проявлений. Наиболее часто используем точки:

— P8 (цзин-цзюй) — точка металла канала легких; при стимулирующем воздействии по алгоритму У-СИН усиливает активность канала почек;

— RP6 (сань-инь-цзяо) — перекрест трех «иньских» каналов, проходящих по нижней конечности (каналы поджелудочной

железы — селезенки, почек и печени); применяется при трофических расстройствах, нарушениях менструального цикла, нарушениях родовой деятельности, неврозах и т. д.;

— Е36 (цзу-сань-ли) — по учению древнекитайской медицины, точка «от ста болезней»; обладает выраженным анальгизирующим свойством; потенцирует лечебный эффект других точек;

— МС6 (ней-гуань) — точка ЛО канала перикарда и точка-ключ (командная точка) чудесного канала инь-вэй-май; показания к применению данной точки очень широки — от вегетативно-сосудистых расстройств и неврозов до трофических нарушений;

— МС7 (да-лин) — точка ЮАНЬ канала перикарда; показания к применению — вегетативно-сосудистая дистония по гипертензивному типу, неврастения, эмоциональная лабильность, нарушения сна и т. д.;

— TR5 (вай-гуань) — точка ЛО канала трех обогревателей и точка-ключ чудесного канала ян-вэй-май; широко применяется при поражении внутренних органов, вегетативно-сосудистых расстройствах, обладает общеанальгетическим свойством;

— R6 (чжао-хай) — точка-ключ чудесного канала инь-цзяо-май, применяется при нарушениях менструального цикла, зуде вульвы, гипотензии, неврастении, бессоннице и т. д.;

— V64 (цзин-гу) — точка ЮАНЬ канала мочевого пузыря, применяется при головной боли, болях в области поясницы, фобиях, нарушениях мочеиспускания и т. д.;

— F3 (тай-чун) — точка ЮАНЬ канала печени, применяется при дискинезии желчевыводящих путей, нарушениях менструального цикла (менометроррагия), сексуальных расстройствах, эмоциональной неустойчивости, фобиях, головных болях и т. д.;

— VB39 (сюань-чжун) — точка, относящаяся к каналу желчного пузыря, перекрест трех «янских» каналов, проходящих по нижней конечности (каналы желчного пузыря, мочевого пузыря и желудка); показания к применению — дискинезия желчевыводящих путей, поражения желудка, боли в пояснице, снижение аппетита, неврастения и т. д.

При лечении рецептурным методом угрозы невынашивания беременности на первой процедуре иглоукалывание проводим в точке Е36, если клинические проявления характеризовались болевым синдромом без кровянистых выделений. В остальных случаях предпочтение отдавали точке R8, которую при выраженных клинических проявлениях угрозы невынашивания сочетаем с точкой МС6. На второй или третьей процедуре использовали, как правило, точку МС6 или МС7, а если требовалась вторая точка, то ее использовали через процедуру. Точки канала печени активнее использовали при кровянистых

выделениях из половых путей, а точки канала мочевого пузыря — при болевом синдроме.

АТ используем с учетом показаний и рекомендаций, содержащихся в работах Н.Н.Богданова. Наиболее часто используем следующие точки:

— АТ51 «Вегетативная нервная система» — оказывает нормализующее действие на вегетативную нервную систему;

— АТ55 «Шень-мэнь» — дает седативный, спазмолитический, противовоспалительный, обезболивающий эффект;

— АТ56 «Шейка матки» — обладает нормализующим эндокринную регуляцию репродуктивной системы свойством, обеспечивает седативный эффект;

— АТ58 «Матка» — регулирует функции органов малого таза;

— АТ59 «Снижающая кровяное давление» — обладает гипотензивным действием при артериальной гипертензии на фоне дисфункции половых желез.

По А.Ф.Жаркину и Н.А. Жаркину (1988), для лечения невынашивания беременности используется следующая схема:

1-й сеанс: МС—7, РР—6;

2-й сеанс: МС—6, R—6, P—7;

3-й сеанс: VG—14, V—11; E—14 или Gi—15;

4-й сеанс: VG—4, V—23, VB—26;

5-й сеанс: TR—5, VB—13;

6-й сеанс: МС—7, РР—6;

7-й сеанс: TR—5, V—12;

8-й сеанс: VG—4, V—23, VB—26.

Сеансы по 20—40 мин.

Из АТ авторы рекомендуют АТ23, 55, 51, 95, 109 на 20—30 мин.

Г.М.Воронцова (1992) предлагает следующий подход к чжень-цзю терапии угрозы невынашивания беременности.

Первый рецепт — для женщин, имевших на фоне повышенной сократительной активности матки артериальную гипотензию и значительную астенизацию: 1-й сеанс 10—15 мин, 2-й сеанс 15—20 мин, в дальнейшем длительность может увеличиваться до 30—40 мин:

1) E36 справа (или слева);

2) E36 слева (или справа);

3) E36 справа и TR5 (вай-гуань) слева;

4) E36 слева и TR5 справа.

5-й и 6-й сеансы соответствуют 3-му и 4-му.

Второй рецепт — для женщин, имевших на фоне повышенной сократительной активности матки нормотензию, артериальную гипертензию, адреногипоталамический синдром, ожирение. Методика та же:

1) F2 справа (или слева);

- 2) F2 слева (или справа);
- 3) F2 справа и TR5 слева;
- 4) F2 слева и TR5 справа.

5-й и 6-й сеансы соответствуют 3-му и 4-му.

F2 (синь-цзянь) — точка огня канала печени, TR5 — точка ЛО канала трех обогревателей. Что их объединяет, кроме стихии огня, не ясно. Найти у Г.М.Воронцовой объяснение их сочетания не удалось, но клинический опыт свидетельствует о достаточно высокой эффективности описанной методики.

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

В современных руководствах по акушерству такое понятие, как рвота беременных отсутствует [Степановская Г.К., и др., 1994; Бек У.И. др., 1997; Серов В.Н. и др., 1997]. При этом частота ее встречаемости в конце XX — начале XXI в. вряд ли пошла на убыль. Причину данного феномена мы объяснить не беремся. Раньше рвоту беременных относили к раннему токсикозу беременных.

Ранний токсикоз беременных — заболевание, возникающее в связи с развитием плодного яйца, чаще всего в первой половине беременности, и характеризующееся весьма многообразными симптомами, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы и обмена веществ [Бодяжина В.И. и др., 1992].

Относительно классификации данного заболевания единой точки зрения никогда не было. Часть ученых выделяли ранний токсикоз беременных и в рамках его описывали различные клинические формы [Беккер С.М., 1975; Бакшеев Н.С., 1977]. Часть ученых описывали ранние токсикозы беременных как самостоятельные заболевания [Бодяжина В.И. и др., 1986]. А некоторые вообще сомневались в правомочности деления токсикозов на ранние и поздние и называли их все токсикозами беременных, или гестозами [Персианинов Л.С., 1973]. Хотя термин «гестоз» («ОПГ-гестоз») был предложен в Германии для обозначения исключительно позднего токсикоза беременных, и мы будем пользоваться данным термином именно в этом варианте значения. Многообразие взглядов на ранний токсикоз беременных объясняется в первую очередь тем, что этиология и патогенез этого заболевания до сих пор неизвестны, а во вторую, — гетерогенностью самой группы патологических состояний, объединенных данным понятием.

С.М.Беккер (1975) выделял следующие клинические формы раннего токсикоза беременных: рвота беременных, птолизм (слюнотечение), тошнота беременных, хорея, тетания, дерматозы беременных, желтуха беременных и др. В.И.Бодяжина и

соавт. (1986) выделяют рвоту беременных, гиперсаливацию, дерматозы беременных, желтуху, невропатию и психопатию беременных, хорею, а И.Ф.Жордания (1955) относил к числу ранних токсикозов, кроме перечисленных выше, варикозное расширение вен у беременных и пиелит.

Очевидно, что не все перечисленные выше формы можно рассматривать как проявление единого процесса. Так, по мнению И.И.Бенидиктова и соавт. (1988), хорея беременных вызвана обострением под влиянием беременности имевшегося у женщины и ранее ревматического процесса, желтуха — это проявление, как правило, интеркуррентного инфекционного заболевания, возникшего во время беременности или перенесенного женщиной до нее, например, болезни Боткина. Диагноз же «пиелит» в настоящее время считается вообще неправомерным [Кремлинг Х. и др., 1985; Кан Д.В., 1986].

Что касается непосредственно рвоты беременных, то в настоящее время считается, что ведущая роль в патогенезе данного заболевания принадлежит нарушению функционального состояния центральной нервной системы. К предрасполагающим факторам относят заболевания желудочно-кишечного тракта, генитальную гипоплазию, астенический синдром, нарушение рецепторной функции матки и т. д. [Бодяжина В.И. и др., 1992].

Интересно отметить, что еще в конце XIX в., разбирая причины тошноты и рвоты беременных, акушер-гинеколог гомеопат Е.Г.Руддок (1901) писал, что они «зависят от возвышенной деятельности нервной силы, потребной для питания матери и развивающегося плода», подчеркивая, что при этом нарушается равновесие пищеварительных и регулирующих сил. Среди предрасполагающих к упорному и длительному течению заболевания факторов автор указывал на «изъязвление и перемещение матки», что должно приводить к нарушению ее рецепторной функции, и на «возвышенную чувствительность нервной системы». Известно, что для астенического синдрома характерны аффективная лабильность, повышенная возбудимость, обостренная чувствительность к звуковым, световым и тактильным раздражителям и т. д.

В зависимости от тяжести течения заболевания (частота рвоты, степень нарушения водно-электролитного, углеводного и жирового обменов и т. д.) различают легкую, средней тяжести и тяжелую, или чрезмерную, рвоту беременных. Считается, что легкая степень соответствует рвоте несколько раз в сутки (по С.М.Беккеру, от двух до пяти раз в сутки), в основном утром и после еды, почти не нарушающей общего состояния организма и почти не снижающей массы тела беременной. Рвота средней тяжести, или умеренная, характеризуется частотой до 10 раз в сутки, слюнотечением, обезвоживанием

организма. Больная не удерживает съеденную пищу. Пульс учащается до 100—120 уд/мин. Появляются сухость кожи, субфебрилитет, снижение диуреза и т. д. При чрезмерной рвоте с частотой более 10 раз в сутки температура тела может повышаться до 38°C и выше, появляются выраженная тахикардия, гипотензия, быстро снижается масса тела. Появляются иктеричность кожи, ацетон и белок в моче, признаки поражения ЦНС (бред, кома, эйфория) и т. д.

По классическим китайским представлениям, рвота беременных относится к синдромам пустоты Инь или Ян почек [Шнорренбергер К., 1996].

Гаваа Лувсан (1990) рекомендует при рвоте беременных воздействовать с экспозицией игл от 3 до 10 мин на точки жэнь-ин Е9; тонизировать гунь-сунь RP4; прижигать (нейтрально) цзюй-цюе VC14. Г.М.Воронцова (1992) для снятия рвоты беременных на фоне угрозы прерывания беременности рекомендует воздействовать тормозным методом на точки цзу-сань-ли E36, как указано в главе, посвященной лечению угрозы невынашивания беременности. Чжу Лянь (1992) предлагает воздействовать первым тормозным методом на точки цзу-сань-ли E36 (точка земли канала желудка), нэй-гуань MC6 (точка ЛО канала перикарда), цзянь-ши MC5 (тройное ЛО «ручных» каналов, относящихся к ИНЬ), да-лин MC7 (точка ЮАНЬ канала перикарда), сань-инь-цзяо RP6 (тройное ЛО «ножных» каналов, относящихся к ИНЬ), ци-шэ E11, дань-шу V19 (точка ШУ канала желчного пузыря). До 20 нед беременности дополнительно использовать точки чжун-вань VC12 (точка МУ канала желудка), ю-мэнь R21 и цзянь-ли VC11. Сочетать во время одной процедуры автор рекомендует точки цзу-сань-ли и чжун-вань или нэй-гуань и сань-инь-цзяо.

По мнению А.Ф.Жаркина и Н.А. Жаркина (1988), хорошо помогает при данном патологическом состоянии сочетание корпоральной и аурикулярной акупунктуры. Из АТ используют выборочно АТ13, АТ55, АТ82, АТ83, АТ87, АТ30. Воздействие проводят кнопочными иглами в течение 5—7 дней или ежедневно. Корпоральную акупунктуру проводят вторым тормозным методом с экспозицией игл в тканях в течение 30 мин. Рекомендуемая очередность воздействий:

- 1-й сеанс — син-цзянь F2, да-лин MC7, чжун-вань VC12 (при слюнотечении — да-ин E5, чжэ-цзин VB23);
- 2-й сеанс — тай-чун F3, нэй-гуань MC6, да-ду RP2 (при слюнотечении — цзя-чэ E6, ши-гуань R18, ю-мэнь R21);
- 3-й сеанс — ли-гоу F5, ю-мэнь R21 (фу-ту G118);
- 4-й сеанс — гунь-сунь RP4, чун-ян E42;
- 5-й сеанс — хэ-гу G14 (справа), ле-цюе P7 (слева);
- 6-й сеанс — шан-цю RP5, по-ху V42, хэ-гу G14 (слева), ле-цюе P7 (справа);

- 7-й сеанс — цзу-сань-ли E36, фэн-лун E40, тай-бай RP3;
8-й сеанс — тай-чун F3, нэй-гуань MC6;
9-й сеанс — хэ-гу GI4, цзу-сань-ли E36;
10-й сеанс — фэй-ян V58, тай-си R3.

Мы чаще воздействие начинаем с мягкой стимуляции по алгоритму У-СИН канала почек справа (например, стимуляция вторым методом точки цзин-цюй P8 справа) или воздействие вторым тормозным методом на точку цзу-сань-ли E36 слева. При необходимости эти воздействия сочетаем. Затем либо воздействуем по данному алгоритму на канал почек слева, либо (но уже вызывая мягкую седатацию) на канал желчного пузыря, сначала слева, затем справа. У невротизированных женщин используем точки канала перикарда с воздействием мягким стимулирующим или гармонизирующим методом, точки воротниковой зоны и т. д.

ГЕСТОЗ

Гестоз, или поздний токсикоз беременных, является одной из наиболее актуальных и сложных проблем современного акушерства. Частота его колеблется, по данным разных авторов, от 1,5 до 23,2% случаев [Вихляева Е.М., 1988; Чернуха Е.А., 1991].

Актуальность данной проблемы определяется тем, что гестоз представляет собой серьезную угрозу для здоровья и жизни как матери, так и плода. Сложность же ее объясняется тем, что до настоящего времени остаются невыясненными многие вопросы этиологии, патогенеза, классификации и лечения данного заболевания [Атаджанов Т.В., 1992; Супруга О.М., 1995].

Наиболее распространенным в настоящее время является взгляд на гестоз как на проявление нарушения адаптации женщины к беременности. Данная точка зрения подтверждается наблюдением ряда авторов, что гестоз очень часто возникает на фоне хронических заболеваний половых органов и экстрагенитальных заболеваниях, ослабляющих адаптивные возможности организма женщины [Грищенко В.И., Щербина Н.А., 1988; Шехтман М.М., 1991; Репина М.А., 1995]. Другим снижающим адаптивный потенциал фактором является врожденная генетически детерминированная слабость тех или иных систем организма, определяющая выявляемую в последнее время наследственную предрасположенность к гестозу [Савельева Г.М. и др., 1991; Torbergsen T. et al., 1989]; третьим — психологическая и социальная дезадаптация беременной женщины [Маринова-Михова Д.А., 1992; Волков А.Е., 1995].

По-прежнему дискуссионными остаются основные патогенетические механизмы развития гестоза. Ряд авторов основную

проблему видят в нарушении нейроэндокринной регуляции материнского организма, акцентируя внимание на различных звеньях нейроэндокринной системы. Накоплено большое количество данных относительно изменений в иммунной системе матери при данном патологическом состоянии.

Собственную концепцию патогенеза гестоза мы можем кратко представить следующим образом [Кустаров В.Н., Линде В.А., 2000]. Если вне беременности в процессе адаптации, связанном с образованием функциональной системы, отвечающей за нейтрализацию действия любого внешнего или внутреннего раздражителя, интегратором, структурообразующим звеном является гипоталамус, то во время беременности это структурообразующее звено, по крайней мере для внутренних раздражителей, с точки зрения материнского организма становится двойным: гипоталамус — плацента. Любая попытка рассматривать их изолированно друг от друга, противопоставляя беременную и беременность, нарушает естественную логику событий, предопределяя неправильность последующих выводов. Именно этот, новый для впервые вынашивающего плод материнского организма, центр интеграции всех изменяющихся на фоне беременности функций и определяет специфику связанных с беременностью нарушений.

Вместе с тем вид *Homo sapiens* отличает от других видов накопление в связи с цивилизацией и медициной как ее частью различных отрицательных наследственных факторов и постоянно усиливающаяся на фоне все возрастающих социализации и потока информации психогенная нагрузка. При этом действие второго фактора проявляется уже в период становления репродуктивной функции [Гуркин Ю.А., 1993]. Таким образом, для вида *Homo sapiens* специфичны заболевания, определяемые наследственной предрасположенностью, и психосоматические заболевания.

Изменения, связанные с беременностью, затрагивают все системы и органы материнского организма. Однако наибольшую нагрузку испытывают сердечно-сосудистая система и система иммунитета, включая, естественно, и основные уровни их регуляции: гипоталамус и почки с присоединяющейся к ним плацентой. Следовательно, при прочих равных условиях дисрегуляции именно этих систем следует ожидать при дезадаптации женщины к беременности. Это становится еще более очевидным, если учесть, что и для развития гипертензивного синдрома, и для развития иммунокомпетентных процессов большое, если не решающее, значение имеют наследственная предрасположенность и психосоматические нарушения. Максимальный объем контактов антигенов плода с кровью матери, определяемый гемохориальным типом плаценты человека, устанавливается после окончательного созревания последней,

т. е. где-то после 16 нед беременности. Максимум нагрузки на сердечно-сосудистую систему матери приходится на диапазон от 23 до 32 нед беременности. Естественно, что именно на вторую половину беременности приходятся связанные с ними клинические проявления нарушений иммунитета и нарушений регуляции сосудистого тонуса. При этом принципиальной особенностью гипертензивного синдрома и иммунологических нарушений при беременности является их взаимное усиление.

Первично возникающая артериальная гипертензия неизбежно ухудшает функцию плаценты, вызывая нарушения в регуляции иммунитета. Связанная со спазмом артериол ишемизация нефронов активизирует РААС, подерживая и усиливая гипертензию. Циркулирующие с кровью неполноценные ИК и поврежденный в связи с гипертензией эндотелий артериол запускают микротромбообразование и повышение проницаемости капилляров, усиливая ишемизацию паренхиматозных органов. Оседание ЦИК в мезангии нефронов вызывает патогномоничные для гестоза морфологические изменения, усиливая протеинурию и являясь фактором, поддерживающим и усиливающим гипертензию. Неизбежно наслаивающиеся нарушения в обмене местных регуляторов, таких как простагландины, калликреин-кининовая система, эндотелины, окончательно делают патологический процесс автономным, самоподдерживающимся и саморазвивающимся.

Первичная активация иммунокомпетентного процесса, сопровождающаяся увеличением концентрации в периферической крови ЦИК, вызывает микротромбообразование, увеличение проницаемости сосудистой стенки и повреждение нефронов с их последующей ишемизацией. Ишемизация ткани почек приводит к активации их юкстагломерулярного аппарата и усилению активности РААС, что приводит к генерализованному спазму артериол, уменьшению объема сосудистого русла и гипертензивному синдрому. Гипертензивный синдром, ухудшая функцию плаценты, усиливает иммунные нарушения и, вызывая повреждение эндотелия сосудов, процесс микротромбообразования. Нарушение микроциркуляции приводит к выраженной ишемизации паренхиматозных органов, а неизбежно наслаивающиеся нарушения в обмене местных регуляторов окончательно делают патологический процесс автономным, самоподдерживающимся и саморазвивающимся.

По данным проведенной нами акупунктурной диагностики (116 наблюдений), при легкой форме гестоза «асимметрия» каналов наблюдалась у всех беременных. При этом у 67 пациенток (57,8%) была выявлена «асимметрия» двух и более каналов. «Асимметрия» каналов, относящихся к подсистеме ИНЬ, встречалась в 1,3 раза чаще «асимметрии» каналов, относящихся к подсистеме ЯН. Необходимо отметить, что в

отличие от угрозы невынашивания беременности при легких формах гестоза выделить какие-либо ведущие по частоте встречаемости данного признака каналы очень сложно. Так, если наиболее часто встречающаяся «асимметрия» канала TR составила 20,7%, то 10-я по встречаемости (из 12) частота «асимметрии» канала Gi составила 10,3%, а наиболее редко встречающаяся «асимметрия» канала Ig составила 8,6%. Среди первых пяти по частоте встречаемости «асимметрии» каналов были и каналы, лидировавшие по частоте данного признака при угрозе невынашивания беременности. Канал RP, находившийся на 1-м месте при угрозе невынашивания, и канал F, находившийся тогда на 3-м месте, оказались на 4—5-м при легких формах гестоза, частота их «асимметрии» составила по 13,8%. По частоте «максимальной термолабильности точек-колодцев» акупунктурных каналов на 1-м месте был канал Ig (12,9%), на 2-м — E (11,2%) и на 3-м — Gi (10,3%). Частота встречаемости остальных каналов не превышала 9,5%. Находившийся на 4-м месте по частоте данного признака при угрозе невынашивания беременности канал VB при легких формах гестоза делил 4—5-е места с находившимся на 1-м месте при угрозе невынашивания беременности каналом MC. «Минимальная термолабильность точек-колодцев» чаще всего отмечалась у канала R (15,5%). Этот же канал лидировал по данному показателю и при угрозе невынашивания беременности, но тогда частота его встречаемости была выше 47%. На 2-м месте, как и при угрозе невынашивания беременности, оказался канал TR, причем частота его встречаемости (12,2%) почти не изменилась. На 3-м месте по данному признаку был канал V (11,2%), на 4—5-м — C и VB (по 10,3%). Частота встречаемости остальных каналов не превышала 8,6%.

Наиболее перспективным на сегодняшний день представляется использование чжень-цзю терапии при прегестозе и легкой форме его течения. При этом важное значение приобретает то, какой смысл мы вкладываем в эти понятия.

Понятие «прегестоз» спорно по своей сути, хотя и выделяется многими отечественными авторами. Спорность его заключается в отсутствии общепринятых критериев, индивидуальности и, следовательно, неповторимости «функциональной готовности организма к развитию позднего токсикоза, перенапряжения механизмов адаптации», которые принято обозначать этим термином [Сидорова И.С., 1996]. Если же рассматривать его как «преклиническую форму гестоза» [Серов В.Н. и др., 1997], то тогда это первая, нулевая, легкая, начальная или какая угодно еще, но стадия или форма самого гестоза. Однако наличие у беременной любых комбинаций изменений, рассматриваемых как прегестоз, лишь увеличивает (причем весьма по-разному, по данным разных авторов) вероятность

развития самого синдрома, но отнюдь не делает это развитие фатальным. Таким образом, с большой степенью вероятности в качестве начальной формы гестоза можно рассматривать любой из факторов риска по нему, начиная от соматических заболеваний и кончая климатометеорологическими характеристиками места проживания. Правда, здесь мы неизбежно упрямся в условность как пограничной линии между здоровьем и болезнью, так и самих понятий «здоровье» и «болезнь». И все-таки, несмотря на очевидную условность данной формы, ее есть смысл выделять, чтобы выявлять (в первую очередь в группах высокого риска по гестозу) пациенток, которые действительно нуждаются в его целенаправленной профилактике, например, акупунктурной.

Патогномоничных для гестоза симптомов нет, однако существуют характерные для него патофизиологические и патоморфологические изменения в различных органах и системах. Основные симптомы прегестоза связаны с изменениями микроциркуляции, регуляции сосудистого тонуса и реологических свойств крови.

Изменения в системе микроциркуляции достаточно легко можно оценить с помощью биомикроскопии конъюнктивы глазного яблока или капилляроскопии ногтевого ложа [Василенко Л.В., Лернер Л.А., 1999]. Для прегестоза и легкого течения гестоза, по данным биомикроскопии конъюнктивы глазного яблока, характерны расширение венул и сужение артериол. При этом увеличивается соотношение диаметров артериол и венул до 1:2 и более. Реже отмечается повышенная извитость сосудов, в первую очередь венул, и еще реже (как правило, уже при наличии гестоза) — феномен «змейки», состоящий в ритмически появляющейся пульсации [Ветров В.В., 1995; Линде В.А., 1998]. При капилляроскопии ногтевого ложа прегестоз характеризуется мутноватым капилляроскопическим фоном бледного или бледно-розового оттенка, уменьшением числа капилляров в поле зрения, замедлением тока крови, стазами и расширением венозного комплекса [Иванов И.П., 1952].

О субкомпенсированных нарушениях в системе сосудистой регуляции говорит положительная проба Ганта, физиологический смысл которой, на наш взгляд, обусловлен уже имеющейся при данном уровне нарушений субкомпенсированной гипоксией тканей почек. При этом дополнительная ортостатическая ишемизация почек за счет ухудшения в положении лежа на спине возврата крови из бассейна нижней полой вены активирует РААС, что приводит к генерализованному спазму артериол. При изменении положения тела активность РААС снижается и периферическое сопротивление сосудов возвращается к исходному уровню. Методика пробы сводится к

трехкратному с интервалами в 5 мин измерению артериального давления в положении беременной на боку, затем в положении на спине и вновь на боку. Если изменение положения тела женщины сопровождается возрастанием диастолического давления на 20 мм рт. ст. и более, то можно считать, что у женщины прегестоз. Кроме того, о начальных этапах дисрегуляции тонуса сосудов могут свидетельствовать изменения реографических показателей матки [Орлов В.Н., 1983].

Изменения реологических свойств крови проявляются в первую очередь изменениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза, а именно увеличением агрегационной активности тромбоцитов, индуцированной АДФ, ристомиином и коллагеном. Еще большей информативностью обладает морфологическая оценка внутрисосудистой активации тромбоцитов по А.С.Шитиковой (1991). Данная методика позволяет определить соотношение различных форм тромбоцитов и количественно оценить их агрегацию, причем результаты отражают функциональное состояние тромбоцитов в кровотоке [Корзо Т.М., 1998]. В качестве физиологических параметров при морфологической оценке внутрисосудистой активации тромбоцитов по методике А.С.Шитиковой в III триместре Т.М.Корзо (1998) предлагает следующие:

- формы тромбоцитов: дискоциты — $86,0 \pm 0,4\%$, дискоэхиноциты — $11,1 \pm 0,5\%$, сфероциты — $1,8 \pm 0,2\%$, сфероэхиноциты — $1,2 \pm 0,2\%$;

- сумма активных форм тромбоцитов — $14,0 \pm 0,4\%$;

- число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, — $7,1 \pm 0,2\%$;

- число малых агрегатов (по 2—3 тромбоцита) на 100 свободных тромбоцитов — $3,5 \pm 0,2$.

Несколько реже наблюдаются изменения в антикоагулянтной системе, проявляющиеся в тенденции к снижению активности антитромбина III (норма — $112,68 \pm 2,09\%$).

Кроме того, известно, что риск гестоза существенно возрастает при содержании гемоглобина в периферической крови в конце II триместра более 140 г/л [Супряга О.М., 1997], что, вероятно, также связано с изменением реологических свойств крови. Следовательно, беременные с таким содержанием гемоглобина в конце II триместра также могут быть причислены к группе прегестоза.

К симптомам прегестоза с определенными оговорками могут быть отнесены локализованные отеки. Сюда же могут быть отнесены эпизодические (не обнаруживаемые при повторных измерениях через 6 ч и позже) подъемы систолического артериального давления до 140—150 мм рт. ст. и диастолического — до 90 мм рт. ст. или на 30% от исходного.

Под легкой формой гестоза есть смысл понимать синдромокомплекс, который обычно трактуют как нефропатию I степени или легкую преэклампсию (табл. 14).

ТАБЛИЦА 14 Классификация тяжести гестоза

Показатель	Степень тяжести неврпатии		
	I	II	III
Повышение систолического давления	До 140—155 мм рт. ст. или на 25—30%	До 155—170 мм рт. ст. или на 30—40%	< 170 мм рт. ст. или > 40%
Повышение диастолического давления	До 90—100 мм рт. ст. или на 20—30%	До 100—110 мм рт. ст. или на 30—40%	< 110 мм рт. ст. или > 40%
Состояние глазного дна	Ангиопатия сетчатки	Отек сетчатки, кровоизлияния, отслойка сетчатки и др.	
Суточный диурез, мл	Не изменен	Может быть снижен, но не менее 600	> 600
Клубочковая фильтрация, мл/мин	Не ниже 60	> 50	50 и менее
Креатинин и мочевина крови	В норме	Несколько повышены	Значительно повышены и(или) нарастают
Тромбоцитопения			
Нет	Умеренная	$50 \times 10^9/\text{л}$ и менее	
Активность аминотрансфераз в крови	В норме	Несколько повышена	Значительно повышена и(или) нарастает
БФПП (по 6 показателям), баллы	Не менее 7	Не менее 5	4 и менее
Задержка развития плода	Нет	Умеренная	Выраженная
Отсутствие кровотока или обратный кровоток в артерии пуповины во время диастолы		Нет	Есть

По данным А.Ф.Жаркина и Н.А.Жаркина (1988), эффективным в описываемых случаях является сочетанное использование аурикулярной и корпоральной акупунктуры. Воздействуют на точки АТ59, АТ55, АТ22, АТ23, АТ105. Корпоральную акупунктуру проводят по следующей методике:

- 1-й сеанс — Е36, VC9, G11, G14;
- 2-й сеанс — VB20, F2, F14, VB25;
- 3-й сеанс — Е39, Е36, VC12;

- 4-й сеанс — VG14, V11, Ig14, Ig15;
- 5-й сеанс — MC6, V60, R7;
- 6-й сеанс — VB35, E9, V60, Gill, Gil5;
- 7-й сеанс — V6, C7, MC7;
- 8-й сеанс — VG14, V11, Gil5.

Воздействие производят с двух сторон с экспозицией игл в тканях 30 мин.

Сеансы проводят каждый день при периодических подъемах артериального давления первые 3—4 дня, затем через день. При нормальном артериальном давлении сеансы проводят через день с самого начала.

Чжу Лянь (1992) рекомендует использовать первый вариант тормозного метода в точках цзу-сан-ли E36, нэй-гуань MC6, да-лин MC7, ян-лин-цюань VB34, тай-ян PC9, цзянь-вай-шу IG14.

Г.М.Воронцова (1992) предлагает следующую рецептуру акупунктурных воздействий:

- 1-й сеанс — F2;
- 2-й сеанс — MC6 справа, MC7 слева;
- 3-й сеанс — TR5 справа, VB41 слева;
- 4-й сеанс — V43;
- 5-й сеанс — VB41 справа, TR5 слева;
- 6-й сеанс — R3 справа, V20;
- 7-й сеанс — V43, V17;
- 8-й сеанс — E36;
- 9-й сеанс — AT55, 95 с двух сторон;
- 10 сеанс — AT97, 98 с двух сторон.

Воздействие проводят гармонизирующим методом.

Мы акупунктурное воздействие на первой процедуре, как правило, проводим на корпоральную ТА E36 (цзу-сань-ли) слева. При подъемах артериального давления одновременно проводим воздействие на точки ушной раковины AT56 или AT58, AT59 и, реже, AT51 или AT55 (справа у «правшей» и слева у «левшей»). Если используется AT55, то воздействие на нее производим в течение 15 мин, экспозиция игл в области других точек акупунктуры составляет 30 мин. При использовании аурикулоакупунктуры на следующий день повторяем ее сеанс на противоположном ухе (AT55 на повторном сеансе практически никогда не использовалась). После дневного перерыва, если продолжают отмечаться периодические подъемы артериального давления, проводим повторный сеанс корпоральной акупунктуры либо в точку E36 справа, либо в точки MC6 (ней-гуань), но с двух сторон и в течение 23 мин. В дальнейшем точки для сеансов подбираем по общим правилам, изложенным ранее. Длительность курса акупунктуры составляет, в среднем, при прегестозе 3—4 сеанса, при легкой форме гестоза 3—8 сеансов.

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Под аномалиями родовой деятельности в настоящее время принято понимать три группы нарушений ритмических сокращений миометрия [Персианинов Л.С., Чернуха Е.А., 1979]:

- 1) слабость родовой деятельности:
 - первичная;
 - вторичная;
 - слабость потуг;
- 2) чрезмерная родовая деятельность;
- 3) дискоординация родовой деятельности:
 - собственно дискоординация;
 - гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);
 - судорожные схватки (тетания матки);
 - дистоция шейки матки.

Кроме того, и в отечественных, и в зарубежных публикациях достаточно большое внимание уделяют так называемому патологическому прелиминарному периоду, или ложным родам [Репина М.А., 1995; Энкин М. и др., 1999]. Под патологическим прелиминарным периодом принято понимать длительный период (более 10 ч) болезненных схваток, утомляющих женщин, нарушающих сон, невротизирующих ее и т. д. При этом схватки неэффективны, внутриматочное давление на высоте схваток недостаточно для начала структурных изменений в шейке матки, наступление родов затягивается. Считается, что после развития родовой деятельности на фоне патологического прелиминарного периода часто наблюдаются ее слабость [Серов В.Н. и др., 1997]. Однако не все исследователи придерживаются данной точки зрения [Энкин М. и др., 1999].

Причины наступления родов и механизмы их развития неизвестны. Изучаемые современными акушерами аспекты регуляции родов: гормональные, нервные, на уровне тканевых регуляторов и т. п., — оставляют, по сути, в стороне принципиальные вопросы: *почему* и *как* начинаются роды. Остается, фактически, не оцененной роль плода в процессе инициации родов и становлении темпа родовой деятельности, хотя представляется, что его готовность к родам и функциональное состояние в целом играют одну из важнейших, если не решающую, роль в этих процессах. Таким образом, вопросы этиологии и патогенеза аномалий родовой деятельности остаются на сегодняшний день открытыми. Эффективная профилактика их затруднена или сомнительна. Вследствие этого, все, что реально возможно на сегодняшний день, — это более или менее достоверно описать группы риска по развитию аномалий родовой деятельности.

В группы риска по патологическому прелиминарному периоду и слабости родовой деятельности входят беременные

с перерастянутой маткой (многоводие, многоплодие, крупный плод), рубцом на матке, перенашивающие беременность, первородящие старше 30 лет, пациентки с нарушениями менструального цикла в анамнезе, половым инфантилизмом. К вторичной слабости родовой деятельности могут приводить усталость роженицы, клинически узкий таз, ригидность шейки матки и т. д. Дискоординация родовой деятельности чаще возникает также на фоне клинически узкого таза, ригидности шейки матки, плоского плодного пузыря и т. д.

Чжень-цзю терапия при патологическом прелиминарном периоде и дискоординации родовой деятельности должна быть направлена в первую очередь на аналгезию сокращений матки. При слабости родовой деятельности основным направлением терапии должно быть усиление схваток, а при чрезмерной родовой деятельности — их ослабление. Соответственно этому при патологическом прелиминарном периоде и дискоординации родовой деятельности лучше использовать аурикулярные точки и корпоральные точки общего действия; при слабости или чрезмерной родовой деятельности — точки, регулирующие активность схваток, воздействуя на них в первом случае стимулирующим, а во втором — тормозным методом. Однако в реальной жизни диагноз чрезмерной родовой деятельности ставят, как правило, ретроспективно при быстрых или стремительных родах.

При лечении пациенток с патологическим прелиминарным периодом и дискоординацией родовой деятельности можно использовать такие аурикулярные точки, как AT12, 13, 34, 54, 55, 56, 58, 104. Гаваа Лувсан (1990) рекомендует для обезболивания родов седатировать точки сань-инь-цзяо RP6 с двух сторон и болезненные при надавливании точки в люмбосакральной области. Можно использовать точки цзу-сан-ли E36, хэ-гу G14, дистальные точки канала мочевого пузыря. Воздействие производят вторым или, при необходимости, первым вариантом тормозного метода.

При слабости родовой деятельности Гаваа Лувсан (1990) рекомендует тонизировать точку хэ-гу G14, седатировать сань-инь-цзяо RP6, тонизировать прижиганием чжи-инь V67, тонизировать иглой гуань-юань VC4. А.Ф.Хоан Бао Тяу и соавт. (1989) рекомендуют тонизировать как точку хэ-гу G14, так и точку сань-инь-цзяо RP6. Воздействие они рекомендуют производить непрерывно в течение 15—20 мин с момента начала раскрытия шейки матки. Одновременно также следует прижигать точку чжи-инь V67. А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) рекомендуют однократно укалывать парные точки хэ-гу G14, цюй-чи G111, цзу-сань-ли E36 с экспозицией игл в тканях 20 мин. Кроме того, авторы рекомендуют у ослабленных, астеничных и склонных к гипотензии рожениц воздействовать

на АТ13, 104. В.С.Степанов и М.С.Соловьева (1973) рекомендуют воздействовать на точки цюй-гу VC2, гуань-юань VC4 и хэн-гу R11 (с двух сторон), вводя иглы на 1,5—3 см до глубоких мышц живота. В точку гуань-юань иглу вводят под углом 30° на глубину 2—4 см в зависимости от толщины подкожной клетчатки. Общая продолжительность сеанса 1½—3 ч. Через каждые 10—15 мин иглы вращают в течение 15—30 с. Мы часто используем точки чжи-инь V67 и цзу-тун-гу V66.

При чрезмерной родовой деятельности Н.Schmidt (1982) рекомендует седировать точки хэ-гу G14, гуань-юань VC4, цзянь-цзин VB21; тонизировать точки сань-инь-цзяо RP6, цзу-сань-ли E36. Гаваа Лувсан (1990) рекомендует ту же методику, добавляя, что седатировать точки гуань-юань VC4 нужно подкожно введенной иглой, сильно раздражая. А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) применяют АТ51, 55, 56, 58, 59 и корпоральные точки MC7, MC6, VB38, VG1, RP4, E45 (все седатирование) и G111 (тонизация). По данным авторов, в большинстве случаев достаточно ввести на 30—60 мин игольные иглы в АТ51, 55 и 59. При этом схватки ослабевают в ближайшие 20—30 мин после их введения. Повторим еще раз, что чжень-цю терапия слабости и чрезмерной родовой деятельности различается в основном «знаком», т. е. методом воздействия на точки.

ГИПОГАЛАКТИЯ

Послеродовой период и период новорожденности — важнейшие этапы в жизни матери и ребенка. Психозомоциональная и гормональная перестройка, изменение гомеостаза у родильницы; перенесенный родовой стресс, отсутствие иммунитета, начало самостоятельного питания, интенсивные процессы роста и дифференцировки тканевых и клеточных структур, развитие психозомоциональной связи с матерью и окружающей средой у новорожденного делают их в эти периоды очень уязвимыми для различных повреждающих воздействий [Спесивцев Ю.А. и др., 1999].

Одним из факторов, обеспечивающих физиологическое течение послеродового периода и периода новорожденности, является полноценное грудное вскармливание [Воронцов И.М. и др., 1993; Alexander J. et al., 1992]. По декларации ВОЗ (1990), в качестве глобальной цели достижения оптимального здоровья и питания матери и ребенка все женщины должны получить возможность практиковать исключительно грудное вскармливание всех детей от рождения до 4—6 мес жизни. Несмотря на это, во всем мире отмечается тенденция к снижению частоты и длительности грудного вскармливания

[Newton E., 1990; Popkin B. et al., 1990]. В нашей стране, по данным разных авторов, частота гипогалактии колеблется в диапазоне от 8 до 40% [Мирошниченко С.В., 1989; Гайдук С.Н. и др., 1993].

Молочные железы — это эндокринные железы лобулярно-альвеолярного типа, относящиеся к придаткам кожи. Сложность нейрогормональной регуляции образования и выделения молока, зависимость адекватного функционирования молочных желез от физического и психологического состояния матери, обуславливающие их высокую чувствительность к изменениям внешней и внутренней среды, позволяют рассматривать гипогалактию как одно из проявлений синдрома дезадаптации в послеродовом периоде.

Не вызывает сомнений зависимость уровня лактации от психоэмоционального состояния матери [Чокырла Л.Ф., 1988]. При этом многие авторы отмечают, что мать и новорожденный представляют собой единую психосоматическую систему, в которой развитие ребенка и психологическое состояние матери являются взаимозависимыми и взаимовлияющими компонентами [Ахмедова З.А., 1989; Листопад Т.Н., 1992; Eidelman A. et al., 1994].

Подтверждением того, что гипогалактию можно рассматривать как проявление синдрома дезадаптации, служат данные, что, с одной стороны, многие более или менее выраженные отклонения от физиологического течения беременности и родов и хронические соматические заболевания являются факторами высокого риска по развитию данного патологического состояния [Шиляев Р.Р. и др., 1986; Вотрина Т.Д., 1990; Ререкин И.А., 1991], а с другой — вне зависимости от исходного состояния женщины само по себе совместное пребывание матери и новорожденного существенно снижает уровень и частоту гипогалактии [Воронцов И.М. и др., 1993; Eidelman A. et al., 1994].

Регуляция лактации — процесс сложный и многофакторный. В нем имеют большое значение и нервно-рефлекторные и гормональные компоненты. Основную роль в непосредственном влиянии на ткань молочных желез отводят в настоящее время пролактину. Доказаны как влияние на интенсивность секреции пролактина гипофизом тактильно-механического раздражения периферических нервных рецепторов в области соска и околососкового кружка, так и участие самого пролактина в поддержании безусловных и формировании условных рефлексов, связанных с образованием и выделением молока, и нарушение секреции пролактина с развитием вторичной гипогалактии при психоэмоциональном стрессе. Кроме того, на синтез и секрецию молока в той или иной степени влияют большинство известных нейромедиаторов и гормонов. Это,

например, такие вещества, как дофамин, серотонин, окситоцин, вазопрессин, эстрогены и прогестерон, гормоны щитовидной железы, инсулин, глюкокортикоиды и т. д.

Принято выделять раннюю (развивающуюся в первые 10 сут послеродового периода) и позднюю (11-е сутки послеродового периода и позже) формы гипогалактии. Диагноз ранней гипогалактии ставят обычно с 3—4-х суток послеродового периода, поскольку в первые несколько суток после родов идет период становления лактации. Однако и запаздывание с диагностикой ранней гипогалактии крайне нежелательно, так как оно существенно снижает эффективность любого проводимого лечения.

В настоящее время используют различные методы профилактики и лечения гипогалактии. Сложность нейрогормональной регуляции лактации, зависимость ее от большого числа различных по своей природе факторов и опасность отрицательного воздействия на новорожденного фармакологических препаратов заставляют многих авторов искать выход в использовании немедикаментозных методов лечения [Василевская Л.Н., 1985; Гайдуков С.Н. и др., 1993; Кучеренко М.А. и др., 1994; Hayslip C. et al., 1989]. Достаточно успешно, в частности, используют для этого акупунктуру.

Хоанг Бао Тяу и соавт. (1989) рекомендуют воздействовать на точки жу-гэнь E18, тань-чжуан VC17, шао-цзэ IG1, пи-шу V20.

Гаваа Лувсан (1990) указывает, что гипогалактия связана с синдромом пустоты печени. Поэтому он рекомендует тонизировать точки данного канала. В качестве специальных точек для тонизации автор указывает шао-цзэ IG1, цян-гу IG2, цзи-цюань C1, шэнь-мэнь C7; для прижигания переходным методом — ци-мэнь F14 и тянь-чжун VC17. Кроме того, Гаваа Лувсан отмечает хороший эффект от тонизирующего прижигания (2 мин на точку) и массажа точек вокруг молочных желез: цзы-гун VC19, чжун-тин VC16, жу-гэнь E18, у-и E15, тянь-чи MC1. В дополнение можно использовать AT22, 29, 13, 97, 98 с экспозицией игл 20—30 мин.

Чжу лян (1992) рекомендует чжень вторым тормозным методом на точки шао-цзе IG1, цзи-цюань C1 и хэ-гу GI4 и тепловое цзю точек тань-чжун VC17 и жу-гэнь E 18.

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) предлагают следующую схему лечения гипогалактии:

- 1-й сеанс — AT13, 28, 55; IG1, GI 10, VC 17 (тонизация);
- 2-й сеанс — AT22, 29, 34; IG2, VB39;
- 3-й сеанс — AT95, 104; R3, R23 (дисперсия);
- 4-й сеанс — AT44, 55; IG3, VB23, VB42;
- 5-й сеанс — AT44, 95; P5, P7, R24 (дисперсия);
- 6-й сеанс — AT13, 34; VC17, E18, E30;

7-й сеанс — АТ55, 104; Е36, G14, G111;
8-й сеанс — АТ22, 44; R 24, VC18, VC16;
9-й сеанс — АТ58, 95; R12, R22, R3;
10-й сеанс — АТ44, 55; P7, E13.

Мы используем следующую методику лечения гипогалактии. В первый день лечения однократно между кормлениями прогреваем точку да-ду RP2 с двух сторон по следующей методике: после прогревания области ТА до ощущения пациенткой прохождения тепла вглубь производим 15 или 17 «клюющих» движений, сопровождавшихся ощущением пациенткой приятных «теплых волн» в зоне воздействия. Во второй день лечения однократно с двух сторон вводим на каноническую глубину в ТА цзе-си E41 с иглы до появления у пациентки предусмотренных ощущений. Экспозиция игл в тканях — 3—5 мин. Кроме того, перед кормлениями прогреваем ТА ин-чуан E16, жу-чжун E17, жу-гэнь E18 поочередно с двух сторон по описанной выше методике. Сначала прогревания трех последних точек проводим за 5—10 мин до каждого кормления, затем, после увеличения интенсивности лактации, через кормление с последующим постепенным урежением и отменой.

Глава 7

ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Нарушения менструального цикла (НМЦ) не являются самостоятельными заболеваниями. Более того, их, если идти по нозологическому принципу, нельзя рассматривать даже в качестве самостоятельных синдромов. Нарушение менструального цикла — это не более чем проявление, симптом какого-либо другого, более общего процесса, например, болезни или синдрома поликистозных яичников, эндометриоза, миомы матки и т. д. Однако представления о нозологии в современной европейской и классической китайской медицине не совпадают. Кроме того, далеко не всегда при наличии четкого нарушения менструального цикла имеет место столь же четкий, более общий диагноз. Часто диагноз «бесплодие» не имеет ясной нозологической «расшифровки», за исключением, может быть, полухимеричных «малых форм эндометриоза». Поэтому мы сочли возможным рассмотреть лечение НМЦ как более или менее автономных нарушений, оставив при этом за собой право рассмотреть в последующем и чжень-цзю терапию более общих патологических процессов, в качестве симптомов которых эти нарушения могут рассматриваться.

Поскольку НМЦ, с точки зрения современной европейской медицины, не более чем симптом, то, естественно, единой, общепринятой их классификации не существует. Но в любом случае они могут трактоваться как проявление недостаточности менструального цикла (гипоменструальный синдром), его избыточности (гиперменструальный синдром или гиперполименорея), ановуляция и дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).

Эффективность чжень-цзю терапии при любом указанном виде НМЦ в настоящее время сомнений не вызывает [Михайлова Н.А., 2001]. Так, Т.Асо и соавт. (1976) при исследовании эффективности акупунктуры на здоровых женщинах доказали, что она способствует повышению концентрации стероидных гормонов в первой фазе менструального цикла и усиливает ответ гипофиза на воздействие гонадотропин-рилизинг-гормона. Е.Кубиста и соавт. (1981) доказали эффективность акупунктуры при олиго- и аменорее на фоне нормальной и сниженной интенсивности секреции гонадотропинов. По данным Yu Jin и соавт. (1984), электроакупунктурная стимуляция овуляции у женщин с ановуляторными циклами эффективна в 41,7—56,7% случаев. Я.А.Гольдштейн и соавт. (1988) указывают на высокую эффективность чжень-цзю терапии у женщин с гипоменструальным синдромом.

Вопрос, который имеет большое практическое значение, поскольку от способа его решения зависит основная канва, базовый алгоритм тактики лечения НМЦ — это вопрос: какие каналы, относящиеся к системе ИНЬ или ЯН, являются ведущими в первой фазе физиологического менструального цикла, а какие во второй, и имеют ли место вообще закономерности подобного порядка.

В гл. 1 трактата СУ ВЭНЬ указаны различные периоды в жизни женщин в связи с уровнем функционирования определенных каналов.

У девочек энергия почек формируется в 7 лет, (благодаря чему) волосы и зубы достигают совершенного блеска. В 14 лет (дважды семь) у них наступает половая зрелость, и начинают функционировать половые железы. Именно в этот момент проявляется энергия сосуда зачатия [Жень-май] и усиливается (энергия) меридиана Чжун-май [Чон-май]. В этот период появляются менструации и девушка приобретает способность к деторождению. В 21 год (трижды семь) энергия меридиана почек достигает максимальной активности: прорезываются зубы мудрости. В 28 лет (четырежды семь) набирают крепость кости и мышцы, а тело обретает мощь. В 35 лет (пять раз по семь) кровь и энергия (ци-сюэ) меридианов Ян Мин (т. е. желудка и толстой кишки) начинают слабеть. Лицо покрывается морщинами, и начинают выпадать волосы. В 42 года (шестьжды семь) ослабевает шесть янских меридианов верхней части тела, лицо еще более стареет, а волосы становятся седыми. В 49 лет (семь раз по семь) ослабевает энергия сосуда зачатия и канала Чжун-май, половые гормоны истощаются, подземный ток прерывается, и женщина становится бесплодной.

При указании периодов жизни мужчин за один период взят промежуток в 8 лет. На первых трех этапах, так же как и у

женщин, в качестве ведущей указывается роль почек. На шестом этапе речь идет об ослаблении функции шести янских меридианов верхней части тела. Но ни слова не говорится о каналах Жень-май и Чжун-май. И соответственно, истощение секретиции половых гормонов на седьмом этапе связывается не с ними, а с почками.

Почки, по традиционным китайским представлениям, — пара отнюдь не равнозначных органов. По концепции Нань-цин, левая почка действительно является почкой, а правая называется «воротами жизненности» (Мин-мень) и отвечает за генетическую информацию и половую функцию, в ней собирается «сперматическая эссенция» у мужчин и «находится менструальная кровь и силы, которые удерживают плаценту» у женщин. Почки относятся к каналам системы ИНЬ. Следовательно, с одной стороны, мы имеем право предположить, что в период полового созревания вне зависимости от пола ребенка иньские каналы являются ведущими, а с другой, сугубая специфичность «ворот жизненности» Мин-мень заставляет серьезно усомниться в значимости этой приоритетности.

В той же главе СУ ВЕНЬ указано, что «для того, чтобы половые гормоны могли питать организм, необходимо максимум активности и совершенство функционирования пяти органов (чжан)». Органы чжан (один из них — почки) относятся к системе ИНЬ, к ней же относятся и каналы Жень-май и Чжун-май. Матка, по традиционным китайским представлениям, находится в тесной связи с почками и каналами Жень-май и Чжун-май, отходящими от нее [Шноренбергер К., 1996]. Это значит, что и в дальнейшем для нормального функционирования женской репродуктивной системы в целом определяющим является состояние каналов и органов системы ИНЬ. Подтверждение этого можно найти и в работах по пульсовой диагностике, где указывается, что у женщин ведущими являются пульсы правой руки, т. е. пульсы, отражающие состояние иньских каналов. Кроме того, у женщин пульс в цунь слабее, чем в ци. У мужчин, наоборот, пульс в цунь сильнее, чем в ци. Цунь — большой палец, дистальная точка, следовательно, относится к системе ЯН, ци — подошва, проксимальная точка, относится к системе ИНЬ.

Таким образом, можно сделать вывод, что, с точки зрения нормального функционирования репродуктивной системы женщин, иньские каналы можно рассматривать в качестве ведущих.

Указаний на приоритетность каналов, относящихся к ИНЬ или ЯН, в ту или иную фазу менструального цикла в традиционной китайской медицине найти не удастся. А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988), предпринявшие попытку перевести понятия древнекитайской медицины на современный европейский язык, пишут о том, что в первую фазу менструального

цикла преобладают влияния парасимпатической нервной системы (ИНЬ), а во вторую — симпатической (ЯН). Т.Ю. Даниелян (1992) придерживается той же точки зрения. Д.Н. Стояновский (1981) и В.И. Иванов (1991) не находят приоритета каналов ИНЬ или ЯН в зависимости от фазы менструального цикла. С нашей точки зрения, если и есть преобладание какой-либо из систем в зависимости от фазы менструального цикла, то, скорее, наоборот, в первую фазу менструального цикла, фазу пролиферации, ведущими являются каналы, относящиеся к системе ЯН, а во вторую фазу, которая в случае оплодотворения трансформируется в беременность раннего срока, а при отсутствии оного заканчивается, как образно и точно говорили гинекологи XIX в., «родами неоплодотворенным яйцом», ведущими являются каналы, относящиеся к ИНЬ.

Подводя итог данному обзору, констатируем, что при очевидности, при прочих равных условиях, приоритетного значения нормального функционирования иньских каналов для поддержания физиологических параметров репродуктивной системы женщин, четких закономерностей ритма ИНЬ — ЯН, коррелирующих с менструальным циклом, на сегодняшний день не выявлено. Следовательно, использование для регуляции НМЦ схем чжень-цзю терапии, основанных на стимуляции или торможении каналов, относящихся к ИНЬ или ЯН, в зависимости от фазы менструального цикла, априори представляется не вполне корректным.

Гипоменструальный синдром. Аменорея. По данным I. Gerhard и F. Postneek (1992), эффективность лечения бесплодия на фоне олигоменореи и недостаточности лютеиновой фазы при изолированном использовании акупунктуры или при сочетании ее с фармакотерапией составляет 40%, а при изолированном использовании фармакотерапии — 33,3%. Близкие данные приводит и Л.В. Ткаченко (1984). Н.П. Паршутин (1990) доказал, что акупунктура эффективна при олигоменорее на фоне гиперандрогении. Эффективность ее, по данным автора, составляет 61,2%.

По мнению Хоанг Бао Тяу и др. (1989), данное патологическое состояние может быть связано со следующими синдромами:

- «сухость» крови, вызванной гипосостоянием каналов почек и, отчасти, печени и(или) селезенки;
- нарушение функций (проходимости) переднесрединного (жэнь-май, точка-ключ ле-цзюе Р7) и «поднимающегося» (чжун-май, точка-ключ гунь-сунь РР4) каналов;
- застойные явления в крови с увеличением роли канала печени и переднесрединного канала.

К. Шнорренбергер (1996) считает, что аменорея соответствует следующие китайские диагнозы:

- пустота и слабость ци и крови;
- функциональная недостаточность печени и почек;
- блокирование ци и застой крови;
- внутреннее блокирование слизи и влажностью.

По мнению Гаваа Лувсан (1990), древнекитайские врачи относили отсутствие менструаций к сочетанным синдромам пустоты каналов почек (воздействие холода и страха), печени (на почве депрессии), легких (как результат печали и волнения) и селезенки (физическое или психоэмоциональное переутомление).

Халмурат Упур и В.Г.Начатой (1992) связывают аменорею с малокровием и недостатком энергии (ци) в организме или остановкой крови в матке. Они предлагают в первом случае использовать каналы селезенки, мочевого пузыря и переднесрединный, а во втором — вместо канала мочевого пузыря канал печени.

А.М.Овечкин (1991) также придает большое значение в развитии гипо- и аменореи расстройству каналов чжун-май и жэнь-май вследствие нарушения функций канала печени.

Д.Н.Стояновский (1981), кроме перечисленных выше каналов, рекомендует использовать каналы желудка и заднесрединный (ду-май, точка-ключ Ig3, хоу-си).

По нашим данным, наиболее часто аменорея и гипоменструальный синдром связаны с нарушением функционирования каналов почек, печени, жэнь-май и чжун-май.

Метод воздействия в дистально расположенные ТА — второй возбуждающий с длительностью воздействия от 5 до 20 мин, по разным авторам [Гаваа Лувсан, 1990; Иванов В.И., 1991; и др.]. Халмурат Упур и В.Г.Начатой (1992) предлагают использовать при «редких менструациях» (опсоменорея, по К.Н.Жмакину, 1980) гармонизирующий метод («пин-бу, пин-се»). Д.Н.Стояновский (1981) считает, что при аменорее и олигоменорее лечение следует начинать с воздействия в точки Gi4 (хэ-гу) или RP6 (сань-инь-цзяо), применяя на первых трех процедурах второй тормозный метод, а на последующих — второй возбуждающий. Воздействовать на точки, расположенные на передней брюшной стенке, некоторые авторы рекомендуют вторым тормозным методом с длительностью воздействия от 15 до 30 мин [Стояновский Д.Н., 1981; Чжу Лянь, 1992]. Многие авторы подчеркивают необходимость применения цзю. Мы также считаем цзю крайне желательным при лечении данной формы НМЦ, особенно при стимулирующем воздействии на ТА. Каналы, которые мы рассматриваем как ответственные за гипоменструальный синдром, необходимо стимулировать, что производится, согласно концепции У-СИН (см. гл. 2).

Наиболее часто используемые точки: RP6 (сань-инь-цзяо), RP8 (ди-ци), RP9 (инь-лин-цюань), RP10 (сюе-хай), V20

(пи-шу), F2 (синь-цзян), F3 (тай-чун), F5 (ли-гоу), F8 (цюй-цюань), F9 (инь-бао), VC2 (цюй-гу), VC3 (чжун-цзи), VC4 (гуань-юань), VC6 (ци-хай), VC7 (инь-цзяо), V23 (шэнь-шу), R3 (тай-си), R10 (инь-гу), R6 (чжао-хай), R12 (да-хэ), R14 (сы-мань), E28 (шуй-дао), E29 (гуй-лай), E36 (цзусан-ли), E37 (шан-цзюй-суй), E39 (ся-цзюй-суй), VG1 (чан-цян), VG3 (яо-ян-гуань), VG4 (мин-мэнь), V25 (да-чан-шу), Gi4 (хэ-гу), Gil0 (шоу-сан-ли), Gil1 (цюй-чи), V26 (гуань-юань-шу), V60 (кунь-лунь), VB34 (ян-лин-цюань), бай-хуэй [Вогралик В.Г., Вогралик М.В., 1978; Табеева Д.М., 1980; Качан А.Т. и др., 1990, и др.].

Примерная схема лечения по Д.Н.Стойновскому (1981). При олигоменорее с задержкой менструаций менее 5 мес лечение начинают за день до предполагаемого срока очередной менструации и продолжают в течение 8 дней; при аменорее и олигоменорее свыше 5 мес — в любое время. При гипоменорее лечение начинают за 2—3 дня до очередной менструации. Процедуры производят каждый день:

- 1) Gi4, VC3, последняя с прижиганием;
- 2) RP6, VC4 — вторым тормозным методом;
- 3) VC4, вторым тормозным методом с прижиганием; E29, RP6 — вторым возбуждающим методом с прижиганием ключевым методом.

Курс лечения — 7—10 процедур. Проводят один-два курса с недельным перерывом.

Гиперполименорея. По данным К.Шнорренбергера (1996), европейскому диагнозу «меноррагия» соответствуют китайские диагнозы:

- полнота и жар;
- пустота ИНЬ в сочетании с состоянием пустоты и жара;
- возникновение жара из-за блокировки печени.

По мнению Гаваа Лувсан (1990), «избыточные менструации и дисфункциональное маточное кровотечение относятся к синдрому пустоты печени и пустоты почек, поэтому необходимо тонизировать каналы печени и почек».

Халмурад Упур и В.Г.Начатой (1992) считают, что обильные менструации связаны обычно с «нарушением порядка ци печени», что, вероятно, требует применения гармонизирующего метода воздействия на ТА (пин-бу, пин-се), а при частых менструациях, что сопровождается «жаром крови», данные авторы рекомендуют тормозный метод воздействия на точки каналов печени (F) и переднесрединный (VC, жень-май).

На значение нарушения функционирования канала печени в развитии маточных кровотечений указывают и А.Т.Качан и соавт. (1990). Они же отмечают необходимость воздействия и на точки каналов почек (R) и селезенки — поджелудочной железы (RP).

Точки этих же каналов указаны в рецептах Чжу Лянь (1992), которая рекомендует проводить иглоукалывание и прижигание в дистальные точки первым или вторым тормозным методом, а в точки передней брюшной стенки — первым или вторым возбуждающим (ключущее цзю).

Д.Н.Стояновский (1981), кроме перечисленных каналов, использует каналы мочевого пузыря (V), желчного пузыря (VB) и желудка (E), воздействуя на них, как и Чжу Лянь, возбуждающими методами иглоукалывания и прижигания на точки передней брюшной стенки и тормозными — на дистальные точки.

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) для остановки кровотечения, кроме перечисленных выше, используют точки канала толстой кишки (GI) и заднесрединного канала (VG, ду-май), воздействуя первым или вторым возбуждающим методом.

В.И.Иванов (1991) рекомендует использовать при меноррагиях второй тормозный метод воздействия на ТА.

Мы для остановки маточного кровотечения часто используем точки огня канала печени F2 (син-цзян) или тонкой кишки ян-гу IG5, воздействуя на них первым или вторым возбуждающим методом.

Наиболее часто используемые точки: F1 (да-дунь), F2 (син-цзян), F3 (тай-чун), F5 (ли-гоу), F8 (цзюй-цюань), F9 (инь-бао), F13 (чжан-мэнь), RP1 (инь-бай), RP2 (да-ду), RP6 (сань-инь-цзяо), RP7 (лоу-гу), RP8 (ди-цзи), RP10 (сюе-хай), RP13 (фу-шэ), R2 (жань-гу), R3 (тай-си), R6 (чжао-хай), R7 (фу-лю), R10 (инь-гу), R11 (хэн-гу), R12 (да-хэ), R13 (ци-сюе), R14 (сы-мань), R15 (чжун-чжу), V23 (шэнь-шу), VC3 (чжун-цзи), VC4 (гуань-юань), VC5 (ши-мень), VC6 (ци-хай), VC7 (инь-цзяо), P5 (чи-цзе), C1 (цзи-цюань), MC6 (ней-гуань), MC9 (чжун-чун), VB26(да-май), VB34 (ян-лин-цюань), VB41 (цзю-линь-ци), E12 (цюе-пэнь), E25 (тянь-шу), E29 (гуй-лай), E36 (цзю-сан-ли), V14 (цзюе-инь-шу), V31 (шан-ляо), V33(чжун-ляо), V40 (вэй-чжун), V62 (шэнь-май), Gi4 (хэ-гу), VG4 (мин-мэнь).

Примерные схемы лечения приведены в табл. 15.

Аурикулотерапия: AT58 (матка), AT23 (яичник), AT95 (почка), AT98 (печень), AT22 (железы внутренней секреции), сеансы ежедневно по 20—30 мин [Гаваа Лувсан, 1990].

Ановуляция. По данным И.И.Гузова (1994), у женщин с бесплодием, обусловленным гипоталамо-гипофизарными нарушениями, акупунктура тем эффективнее, чем менее выражены гормональные нарушения, в то время как стимуляция овуляции кломифеном эффективнее у пациенток с высокими содержаниями ЛГ, ФСГ, гиперэстрогенией и т. д. При этом эффективность акупунктуры, в отличие от медикаментозного лечения, не зависит от длительности бесплодия. Эффективность чжень-цзю терапии составила 34%. По наблюдениям З.Ш.Гилязутди-

ТАБЛИЦА 15 Примерные схемы лечения

По А Ф Жаркину и Н А Жаркину (1988)	По Д Н Стояновскому (1981)
Лечение проводится для гемостаза первым или вторым возбуждающим методом до остановки кровотечения, далее см схему при ановуляции 1 Gi4, E36, RP6 2 V31, V33, V14 3. RP10, RP7, F8, VC4 4. VG4, V23, VB26 5. F5, F8, VB34 6. E29, RP6, F13	Лечение ежедневно во время менструации первым тормозным методом, воздействие вначале на дистальные точки, затем на точки живота, цзю дистальных точек 1 VC3 первым возбуждающим методом, RP6 с цзю 2. VC4 первым возбуждающим методом, VC7 ключущее цзю, RP10 и E36 с цзю по 5 мин

новой и Б.Г.Сутюшева (1984), при лечении бесплодия на фоне гипоталамических нарушений овуляторный менструальный цикл восстанавливается в 59,4% случаев, а беременность наступает у 32,4% пациенток. А.Т.Терешин (1995) при чжень-цзю терапии больных с гипоталамическим бесплодием отметил наступление беременности в 75% случаев, а при сочетании ее с медикаментозной стимуляцией овуляции — в 91% наблюдений.

По данным Т.Ю.Даниелян (1992), при ановуляции в период, соответствующий первой фазе менструального цикла, в гипофункции находятся «иньские» каналы легких, перикарда, почек, что указывает на «снижение функционального парасимпатического звена вегетативной нервной системы». Наблюдаемая же в 20% случаев гиперфункция канала селезенки говорит, наоборот, о его повышении. Воздействие по данному автору проводят ежедневно с 6—7-го по 13—14-й день менструального цикла. Основные точки: канал легких — тонизирующая точка (т. е. относящаяся к предыдущему элементу по конструктивной связи, в данном случае точка земли) и точка-пособник (юань) P9 (тай-юань); канал перикарда — тонизирующая точка (элемент дерево) MC9 (чжун-чун) и точка-юань MC7 (да-лин); канал почек — тонизирующая точка (элемент металл) R7 (фу-лю), точка-юань R3 (тай-си) и «сочувственная» точка (шу спины) V23 (шень-шу). Воздействие производят вторым возбуждающим методом (10 мин). Вторым тормозным методом (20 мин) воздействие производят на точки канала селезенки, находящегося, как правило, в состоянии гиперфункции, седа-

тивную точку (элемент металл) RP5 (шан-цю) и точку-юань RP3 (тай-бай).

Во второй фазе цикла, согласно данным Т.Ю.Даниелян (1992), необходимо возбуждать точки каналов толстой кишки — тонизирующая точка Gill (цюй-чи) и точка-юань Gi4 (хэ-гу); мочевого пузыря — V67 (чжи-инь), V64 (цзин-гу) и ШУ спины V28 (пан-гуань-шу); желчного пузыря — VB43 (ся-си) и VB40 (цю-суй), так как эти каналы находятся в состоянии гипofункции, что свидетельствует о понижении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Воздействовать же тормозным методом необходимо на точки канала желудка: седативную точку (точка металла) E45 (ли-дуй) и юань E42 (цюн-ян). Воздействие производят с 13—14-го по 19—20-й дни цикла.

Кроме того, используют локально-сегментарные точки переднего срединного канала VC2 (цюй-гу) и VC3 (чжун-цзи) и R12 (да-хэ). Можно использовать и точки R11, 13 и 14 [Качан А.Т. и др., 1990]. Для воздействия на передний срединный канал как канал жень-май используют его командную точку P7 (ле-цюе) и связывающую точку R6 (чжао-хай).

По данным Г.Лувсан (1990), при нарушениях менструального цикла, по традиционным китайским представлениям, нарушается равновесие между чудесными каналами чжун-май и жэнь-май. Командная точка канала жэнь-май P7 (ле-цюе), в состав его входят все точки переднего срединного канала; командная точка канала чжун-май RP4 (гунь-сунь), в состав его входят точки R9 (противоболевая точка), MC6 (связывающая точка) и R11 — R21 (см. гл. 3). Кроме того, при бесплодии гормонального генеза Г.Лувсан предлагает тонизировать прижиганием F3 тай-чун, F8 цюй-цюань, RP6 сань-инь-цзяо; укалывать в течение 30 мин с последующим прижиганием R13 ци-суюе, VC3 чжун-цзи и специальные «точки бесплодия», расположенные симметрично на одном уровне с ТА VC4 гуань-юань, латеральнее ее примерно на 5 см. Кроме того, автор рекомендует использовать точки E36 цзу-сань-ли, G14 хэ-гу и R6 чжао-хай. Сеансы, по его данным, лучше проводить в позднюю фазу пролиферации (перед днем предполагаемой овуляции) через день. На один сеанс брать 4—6 точек, в период овуляции использовать только цю, после овуляции терапию сразу же прекращать. При преждевременном истощении яичников, кроме указанных выше, автор предлагает прижигать точки RP10 сюе-хай, R4 да-чжун, E30 ци-чун. Основные аурикулярные точки: AT58, 23, 55, 22, 13. Иглы в АТ автор предлагает вводить на 20 мин; сеансы аурикулотерапии проводить через день.

По нашим данным, наиболее часто воздействие необходимо проводить на точки каналов почек, перикарда, жень-май,

чжун-май, желудка, мочевого пузыря и трех обогревателей, рассматривая основные каналы воздействия как находящиеся в состоянии гипофункции.

Примерные схемы лечения приведены в табл. 16.

ТАБЛИЦА 16 Примерные схемы лечения

По Т Ю Даниелян (1993)	По А.Ф Жаркину и Н А Жаркину (1988)
Начиная с 6—7-го дня менструального цикла 1. E36, Gi1 — вторым возбуждающим методом (10 мин) 2. P9—10 мин 3. RP5, RP3 — вторым тормозным методом (20 мин) 4. Повтор п. 2 или п. 3 5. R7, R3, V23 — 10 мин 6. Повтор п. 5 5-дневный перерыв 7. Gi1, Gi4 — 10 мин 8. E45, E42 — 20 мин 9. V67, V64, V28 — 10 мин 10. Повтор п. 9 11. P7, R6 12. VC2, VC3, VC4, R12 13. E36, V23	Начиная с 3-го дня менструального цикла 1. MC7, VC6 — вторым возбуждающим методом (5—7 мин с периодическим вращением) 2. VC4, R3—5—7 мин 3. R13, C7—5—7 мин 4. R12, MC6 — так же 5. C5, R3, R4 — так же 6. VC1, VC6, MC7, R13 7. Gi4, V23 (15-й день цикла) 8. V32, V33 9. Gi1, V31 10. E36, V33 11. Gi4, V31 12. V33, E41
На повторном курсе сочетают с аурикулярной микроиглотерапией, используя AT22, 23, 26, 51, 55, 56, 58 в перивульварную фазу 7-х суток	Первые 6 сут — билатерально кнопочные иглы в AT23, с 7-й процедуры на 7-е сутки в AT51 и AT55

Дисфункциональные маточные кровотечения. По мнению К.Шнорренбергера (1996), европейскому диагнозу ДМК соответствуют китайские диагнозы:

- безудержное движение крови из-за жары в сочетании с полнотой или пустотой;
- повреждение сосудов «ло» из-за застоя крови;
- неспособность к приему крови из-за пустоты селезенки;
- недостаточная прочность удержания из-за пустоты почек.

Гаваа Лувсан (1990) относит дисфункциональные маточные кровотечения к синдрому пустоты печени и почек. Соответственно автор рекомендует тонизировать указанные каналы.

Кроме того, по его мнению, важны внеканальные точки яо-и РС73, тай-инь-цзяо РС140, ляо-ляо РС160. В качестве основных точек аурикулярной терапии указаны АТ58, 23, 95, 98, 22. Сеансы проводят ежедневно с экспозицией игл в тканях 20—30 мин.

Хоанг Бао Тяу и соавт. (1989) в качестве причины ДМК указывают на пустоту почек, с последующей дисгармонией переднесрединного (Жень-май) и поднимающего (Чжун-май) каналов. Кроме того, по их мнению, имеет значение пустота энергии и крови. Точки воздействия: тай-чун F3, сань-инь-цзяо RP6, шэнь-шу V23 (точка ШУ канала почек), цзяо-синь R8, пи-шу V20 (точка ШУ канала селезенки), цзу-сан-ли E36.

Мы, как и при меноррагии, для остановки маточного кровотечения часто используем точки огня канала печени F2 (син-цзян) или тонкой кишки ян-гу IG5, воздействуя на них первым или вторым возбуждающим методом, а затем восстанавливаем двухфазный менструальный цикл.

АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

Под альгодисменореей мы понимаем болезненные менструации, сопровождающиеся, как правило, в той или иной степени выраженными общими нейровегетативными расстройствами. Некоторые авторы, по свидетельству К.Н.Жмакина (1980), выделяют еще и чистую «альгоменорею», понимая под ней болезненные менструации, не сопровождающиеся общими расстройствами. Однако явление это, по-видимому, довольно редкое и может рассматриваться как частный случай альгодисменореи. Ряд ученых пользуют только термин «альгоменорея» или «дисменорея». Так, В.И.Бодяжина и соавт. (1990), рассматривая альгоменорею, пишут, что болезненные менструации — не единственный ее симптом, кроме них, часто отмечаются спастическая головная боль, тошнота, рвота, диарея, потливость и т. д., а Р.М.Лакритц и П.К.Вайнберг (1985) ту же самую клиническую картину описывают в разделе «дисменорея». Поэтому во избежание путаницы нам представляется логичным пользоваться термином «альгодисменорея», как наиболее универсальным.

Альгодисменорея может быть первичной и вторичной. Вторичная альгодисменорея — это симптом какого-либо другого гинекологического заболевания. Чаще всего причиной вторичной альгодисменореи является эндометриоз. Часто также альгодисменорея сочетается с пороками развития или хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, тазовым ганглионевритом и т. д.

Первичная альгодисменорея представляет собой самостоятельное, не связанное с органическими поражениями половой

системы заболевание. Возникновение ее в настоящее время связывают в основном с нарушением обмена простагландинов. Поскольку простагландины активно участвуют в регуляции функционирования не только матки, но и других органов, и другие симптомы альгодисменореи, такие как головная боль, тошнота, диарея и т. д., можно рассматривать как результат нарушения их обмена [Бодяжина В.И. и др., 1990].

Часть авторов пишут, что первичная альгодисменорея, как правило, встречается у молодых девушек и женщин [Тумилович Л.Г. и др., 1992]. Другие считают, что описываемая зависимость симптомов данного заболевания от возраста, массы тела, курения и наследственности в лучшем случае просто «натянута» [Sobczyk R., 1980]. Но большинство ученых сходятся во мнении на том, что первичная альгодисменорея чаще встречается у нерожавших женщин. Кроме того, альгодисменорея чаще наблюдается у женщин, страдающих меноррагиями, по сравнению с теми, у кого менструации не слишком обильны [Лакритц Р.М., Вайнберг П.К., 1985]. Вообще различные нарушения менструального цикла часто сочетаются с болезненными менструациями, что может быть связано как с основным заболеванием (вторичная альгодисменорея), так и с различными функциональными нарушениями (например, ановуляторные циклы у подростков вскоре после менархе).

Лечение первичной и вторичной альгодисменореи, естественно, во многом различно. При первичной альгодисменорее очень важно нормализовать обмен простагландинов. При вторичной на первое место выходит лечение основного заболевания. Таким образом, в данной главе рассматривается лечение преимущественно первичной альгодисменореи.

Причинами альгодисменореи в традиционной китайской медицине, по данным К.Шнорренергера (1996), считаются:

- внутреннее блокирование ци из-за застоя крови;
- застывание вследствие холода и влажности;
- загустевание под действием влажности и жара;
- пустота и слабость ци и крови.

Халмурад Упур и В.Г.Начатой (1992) выделяют два варианта альгодисменореи — полные и пустые боли.

Полные боли являются следствие нарушения порядка циркуляции ци в канале печени и застоя крови в области малого таза. При этом менструации — часто с темными сгустками крови. Боли носят распирающий характер, резко усиливаются при пальпации.

Пустые боли появляются вследствие недостатка Ян, ци и крови. Менструации скудные, сопровождаются усталостью, сердцебиением, головокружением. Боли носят тянущий характер, уменьшаются при местном применении тепла.

В первом случае авторы рекомендуют воздействовать на каналы печени и переднесрединный. Метод воздействия —

тормозный, можно с применением цзю. Рекомендуемые точки: F5 ли-гоу, VC3 чжун-цзи, RP8 ди-цзи, V32 цы-ляо, F3 тай-чун, VC4 гуань-юань.

Во втором случае воздействуют на переднесрединный, заднесрединный каналы и канал почек. Метод воздействия стимулирующий, можно с применением цзю. Рекомендуемые точки: VG4 мин-мень, VC4 гуань-юань, R12 да-хэн, V23 шэнь-шу, V20 пи-шу, E36 цзу-сан-ли, RP6 сань-инь-цзяо, E29 гуй-лай, F3 тай-чун.

Хоанг Бао Тяу и соавт. (1989) также выделяют два варианта альгодисменореи: синдромы полноты и пустоты, по симптоматике сходные с описанными выше. При синдроме полноты авторы рекомендуют «активизировать энергию и кровь, ликвидировать застойные явления», при синдроме пустоты — «согревать и тонизировать энергию в нижней части канала трех обогревателей», регулировать работу переднесрединного и поднимающего каналов. Приступать к лечению следует за 5 дней до начала менструации.

Основные точки воздействия: VC3 чжун-цзи, V32 цы-ляо, RP6 сань-инь-цзяо; при синдроме полноты — дополнительно RP10 сюе-хай, при застое крови — VC6 ци-хай, при застое энергии — RP8 ди-цзи. При синдроме пустоты — дополнительные точки VC4 гуань-юань и E36 цзу-сан-ли.

Гаваа Лувсан (1990) при первичной альгодисменорее при составлении рецепта рекомендует:

- седатировать точку RP6 сань-инь-цзяо для расслабления шейки матки и ликвидации застойных явлений в малом тазу;

- тонизировать (до 30 мин) или седатировать точку VC3 чжун-цзи, в зависимости от того, имеет ли место атония передней брюшной стенки в нижней части живота или внутрибрюшное давление высокое; затем сильно прижигать;

- точку V32 цы-ляо укалывать 1 мин для регуляции кровообращения в малом тазу и расслабления матки, затем прижигать;

- точку V27 сяо-чан-шу седатировать;

- точку E36 цзу-сан-ли укалывать 10 с для снижения реактивности вегетативной нервной системы.

Аурикулотерапия: AT58 матка, AT51 симпатическая, AT55 шэнь-мэнь, AT22 внутренние железы. Длительность воздействия — 30—45 мин.

Д.Н.Стойновский (1981) рекомендует использовать точки переднесрединного канала VC1 хуэй-инь, VC3 чжун-цзи, VC4 гуань-юань, VC6 ци-хай; заднесрединного канала VG26 жэнь-чжун, VG4 мин-мэнь; канала селезенки RP6 сань-инь-цзяо, RP8 ди-цзи, RP9 инь-линь-цюань, RP 10 сюе-хай; канала почек R6 чжао-хай, R12 да-хэ, R14 сы-мань, а также точки GI4 хэ-гу, MC6 нэй гуань и E26 гуй-лай.

Н. Schmidt (1982) предлагает воздействовать на «дисменорейную» точку, парную точку, находящуюся на середине расстояния между точками V52 чжи-ши и V25 дан-чан-шу. Перед процедурой определяют более болезненную из двух точек и в нее вводят иглу до предусмотренных ощущений. Затем укалывают противоположную точку. Воздействуют на «дисменорейную» точку тормозным методом.

В.И.Иванов (1991) дополнительно предлагает использовать:

— при тошноте и рвоте — R6(3) чжао-хай, VC12 чжун-вань, V 21 вэй-шу, E18 жу-гэнь;

— при слюнотечении — VC12 чжун-вань, VC22 тянь-ту, E6 цзя-че;

— при потливости — V62 шэнь-май, TR5 вай-гуань, V15 синь-шу, R3(5) тай-си;

— при запорах E25 тянь-шу, E36 цзу-сан-ли, MC6 нэй-гуань. R6(3) чжао-хай R6(3) чжао-хай.

По нашим данным, оптимально выделять два варианта клинических проявлений альгодисменореи, как это делают Халмурат Упур и В.Г.Начатой и Хоанг Бао Тяу и соавт. При клинических признаках синдрома полноты воздействуют вторым тормозным методом с использованием цзю преимущественно на каналы печени и переднесрединный; при признаках синдрома пустоты — вторым стимулирующим методом преимущественно на переднесрединный канал и канал селезенки. В обоих случаях осуществляют гармонизирующее воздействие на каналы перикарда и почек. Из АТ тормозным методом чаще всего воздействуют на АТ55, 56, 58, , 22, 23, 12, 13, 34, 36, 38, 40, 43, 54.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Хронические ВЗОМТ — это в первую очередь хронический эндометрит и хронический сальпингоофорит. Оценить частоту их совместной и самостоятельной встречаемости практически невозможно. Взгляды на их наличие и распространенность постоянно меняются. Симптомы их не специфичны и вне периодов обострения часто носят смазанный характер. Вторичное воспаление (асептическое, по крайней мере на начальных этапах) в области, например, деструкции подлежащих тканей эндометриоидными гетеротопиями или контакта слизистой оболочки матки с внутриматочным контрацептивом практически неизбежно. Однако не вызывает сомнений, что хронические ВЗОМТ — одно из наиболее частых, если не наиболее частое, гинекологическое заболевание.

С одной стороны, хронический эндометрит и хронический сальпингоофорит во многом различаются по своим клиниче-

ским проявлениям. Хронический эндометрит проявляется в первую очередь такими симптомами, как гиперполименорея и выделения из половых путей (бели). Клиническая картина хронического сальпингоофорита определяется в основном инфильтративными и склеротическими изменениями в стенках маточных труб, спаечным процессом в малом тазу и вторичным нарушением функции яичников. При длительном течении хронического сальпингоофорита (2—3 года и более) у большинства больных отмечаются признаки вторичной невралгии тазовых нервов. Наряду с местными проявлениями заболевания появляются более или менее выраженные изменения функции ЦНС, эндокринных органов, извращение сосудистых реакций и аллергизация организма.

Наиболее частый симптом хронического сальпингоофорита — это различного характера болевые ощущения в нижних отделах живота. Они могут быть постоянными или возникать периодически. Усиление их часто связано с охлаждением, заболеваниями, психическим или физическим перенапряжением, половой жизнью и т. д. Как правило, болевой синдром вызывается морфофункциональными изменениями в маточных трубах и спаечным процессом в малом тазу. С этим же во многом связана и другая жалоба больных с хроническим сальпингоофоритом — бесплодие.

У больных с хроническим сальпингоофоритом чаще, чем в общей популяции, встречаются овуляторные боли и кровянистые выделения, рассматриваемые иногда как «синдром овуляции». Примерно у 50% больных с хроническим сальпингоофоритом отмечаются те или иные нарушения менструального цикла.

С другой стороны, НМЦ, бели, альгодисменорея, снижение фертильности могут иметь место при обоих заболеваниях. Представляется более логичным предположить их преимущественно сочетанное течение, нежели изолированное, не говоря уже о том, что на сегодняшний день остается совершенно не оцененной частота и взаимозависимость хронических ВЗОМТ и хронического цистита или пиелонефрита, например, хотя, высокая частота встечаемости одновременно пороков развития органов репродуктивной и мочевыделительной систем сомнений не вызывает.

Таким образом, очевидно, что лечение пациенток с хроническими ВЗОМТ в периоды ремиссии воспалительного процесса состоит из улучшения иммунного статуса для минимизации вероятности обострений, рассасывающей терапии, восстановления полноценного двухфазного менструального цикла, устранения болевого синдрома, связанного с нарушением микроциркуляции и иннервации органов малого таза, улучшения психологического статуса и за счет всего этого повышения фертильности.

В качестве причины хронических ВЗОМТ можно рассматривать блокирование ци и застой крови в малом тазу [Шнорренбергер К., 1996]. Эндометрит можно отнести к синдрому пустоты канала печени и полноты канала желчного пузыря [Лувсан Г., 1990].

При лечении эндометрита Г.Лувсан считает необходимым тонизировать точки канала печени F3 тай-чун, F5 ли-гоу и V18 гань-шу (точка ШУ или сочувствующая точка канала печени), и седатировать точки канала желчного пузыря VB26 дай-май, VB34 ян-лин-цунь или тонизировать точки канала почек R6 чжао-хай, R9 чжу-бин и V23 шэнь-шу (точка ШУ или сочувствующая точка канала почек).

К специальным точкам автор относит точку RP6 сань-инь-цзяо, имеющую большое значение при всех гинекологических заболеваниях, и точки RP10 сюе-хай, V28 пан-гуань-шу (точка ШУ канала мочевого пузыря), V32 цы-ляо, также очень важные при заболеваниях половой и мочевыделительной системы. Указанные точки автор рекомендует седатировать с экспозицией игл в тканях 30 мин. Кроме того, Г.Лувсан рекомендует тонизировать (экспозиция 10 с) точки VC3 чжун-цзи, R13 ци-сюе, E27 да-цзюй. Пальпировать и при болезненности седатировать точку V47 хунь-мэнь; использовать при лечении точки VG4 мин-мэнь, VG5 сюань-шу, VG7 чжун-шу. Из АТ он указывает на АТ58, 23, 13, 22 и 79, сеансы ежедневно с экспозицией игл 20—30 мин.

При аднексите по Г.Лувсан лечение практически идентично описанному. Дополнительно пальпируют и при болезненности седируют точку V31 шан-ляо.

По мнению Чжу Лянь (1992), чжень-цзю терапия при аднексите оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. При этом автор считает, что при хроническом процессе не показано глубокое чжень. Вместо него можно использовать многократно тепловое цзю. Применять следует второй тормозной метод воздействия. Основные точки: V28 пан-гуань-шу, V29 чжун-люй-шу, VC2 цюй-гу, R11 хэн-гу, E36 цзу-сань-ли, E37 шан-цзюй-сюй, RP7 лоу-гу, RP6 сань-инь-цзяо и точки ба-ляо (8 точек в проекции крестцовых отверстий).

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) при лечении хронического эндометрита и сальпингоофорита используют постановку кнопочных игл или разовое укалывание АТ58, 56 и 23 в сочетании с корпоральной акупунктурой. При болевом синдроме на фоне хронического эндометрита они рекомендуют второй тормозной метод воздействия с экспозицией игл в тканях от 20 до 30 мин по следующей методике:

- 1-й сеанс — VC5, TR5;
- 2-й сеанс — F12, F9;
- 3-й сеанс — F2, E28;

- 4-й сеанс — P7, VC4, R6;
- 5-й сеанс — VG4, V23, V32;
- 6-й сеанс — V31, V33, V60;
- 7-й сеанс — GI4, E36, RP6;
- 8-й сеанс — VG14, V11;
- 9-й сеанс — R11, R21;
- 10-й сеанс — MC7, MC6, RP4.

При обострении хронического сальпингоофорита авторы рекомендуют другую методику:

- 1-й сеанс — E36, GI4, GI11, RP6;
- 2-й сеанс — P7, R6;
- 3-й сеанс — TR5 слева, VB41 справа, AT55, 58 слева;
- 4-й сеанс — TR5 справа, VB41 слева, VB25;
- 5-й сеанс — TR5 слева, VB41 справа, VB26;
- 6-й сеанс — RP6, VC4;
- 7-й сеанс — AT23, 97, 58 (со стороны большей болезненности), V60, V23, V32;
- 8-й сеанс — R6, R12, R14;
- 9-й сеанс — VG14, V11, IG14, GI15;
- 10-й сеанс — E36, E30 (при запорах);
- 11-й сеанс — V31, V32, V33 (болезненные точки), V60;
- 12-й сеанс — GI4, P7.

Мы для снятия болевого синдрома пользуемся преимущественно аурикулоakupunkturой (см. гл. 6) и точками ба-ляо. При спаечном процессе воздействуем преимущественно на каналы элементов «дерево» и «земля». Нарушения менструального цикла лечим в зависимости от их характера (см. гл. 6).

МИОМА МАТКИ

Единой общепринятой теории патогенеза миомы матки не существует. Более или менее общепринято мнение о происхождении миомы из мышечных элементов матки. При этом считается, что эти мышечные элементы являются элементами стенки маточных сосудов [Яковлева И.А., Кукута Б.Г., 1976; Вихляева Е.М., Паллади Г.А., 1982; Савицкий Г.А., 1994]. Кроме того, миома матки считается гормонозависимой опухолью. Если рассматривать менструальный цикл как цикл подготовки материнского организма и матки в первую очередь к имплантации и вынашиванию плода, то связь матки с гормональным статусом становится более чем очевидной и в каких-либо дополнительных доказательствах не нуждается. Однако длительное, в течение нескольких лет, применение больными с дисгенезией половых желез эстрогенов оказывает выраженное пролиферативное воздействие на миометрий только до тех пор, пока исходно резко гипопластичная матка не

достигает размеров, характерных для матки здоровых женщин, после чего этот эффект прекращается [Савицкий Г.А. и др., 1981]. Кроме того, не вызывает сомнений тот факт, что примерно у $2/3$ больных опухоль развивается на фоне гормональных соотношений, соответствующих нормальному менструальному циклу [Вихляева В.М., Василевская Л.Н., 1981].

Следовательно, можно полагать, что гиперэстрогения — единственный и, возможно, не решающий фактор, заставляющий миометрий пролифировать. Роль фактора, стимулирующего пролиферацию клеток миометрия, может играть гипоксия, развивающаяся в результате нарушения микроциркуляции и, как следствие, ишемизации ткани миометрия [Василевская Л.Н., 1979; Вихляева Е.М., Палади Г.А., 1982; Брехман Г.И., Миронов А.А., 1986]. При этом, в отличие от беременности, когда транзиторная гипоксия вследствие растяжения миометрия носит диффузный характер, данный вид гипоксии чаще всего локализован. Косвенным подтверждением данной гипотезы является то, что среди больных с миомой матки у $2/3$ вегетативно-сосудистые расстройства сочетаются с нейроэндокринно-обменными и нейротрофическими расстройствами, причем эти расстройства в подавляющем большинстве случаев появляются до симптомов, указывающих на развитие опухоли [Марфуни Д.Л., 1988]. Кроме того, давно замечено, что у больных с миомой матки чаще, чем в общей популяции, встречаются заболевания органов кровообращения, такие как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца.

В связи с этим интересно отметить, что среди больных с миомой матки преобладают женщины с сильным неуравновешенным типом нервной деятельности, предрасположенные к поражению сердечно-сосудистой системы [Брехман Г.И., 1978]. В.И.Ильин (1988), относящий миому матки к группе психосоматических заболеваний, так описывает психологический тип предрасположенных к ее развитию женщин. Большинство больных с миомой матки отличаются от остальных женщин выраженным стремлением отрицать по отношению к себе любые факты нарушения даже самых незначительных социальных норм, высоким уровнем притязаний, желанием подчеркивать общественную значимость своей деятельности. При этом они имеют повышенную склонность к реакциям гнева, реализация которых затруднена вследствие ориентированности на соблюдение социальных норм и одобрение окружающих. Это неизбежно приводит к интрапсихическому конфликту с исходом в хронический психогенный стресс с развитием пограничных психопатологических состояний. На высокий уровень притязаний предрасположенных к развитию миомы матки женщин указывает и рассматриваемое И.С.Сидоровой (1985) в качестве важного фактора ее развития длительное предохранение от

нежелательной беременности. Так, по данным автора, роды у этих женщин происходят через 10—12 лет после начала регулярной половой жизни. Отметим, что психосоматический путь развития миомы матки не противоречит ни варианту развития ее вследствие относительной гиперэстрогении, ни варианту развития ее вследствие ишемизации тканей.

Симптомы миомы матки значительно варьируют в зависимости от размеров, локализации и числа узлов. Более чем у половины пациенток миома матки не имеет ни какой симптоматики [Бальмацева Ж.П., 1985]. Основные группы симптомов составляют нарушение менструального цикла, преимущественно по типу гиперполименореи, болевой синдром, сдавление и нарушение функции смежных органов, бесплодие.

Самым частым симптомом миомы матки является увеличение менструальной кровопотери, нередко приводящее к хронической анемизации женщин, причем скорость наступления хронической анемизации на фоне миомы матки имеет в последние годы четкую тенденцию к увеличению.

Окончательно вопрос о значимости тех или иных причин в структуре маточных кровотечений при миоме матки пока не решен. Значение имеет расположение узлов миомы. Не вызывает сомнений, что субмукозная локализация узлов миомы является фактором, предрасполагающим к увеличению обильности и длительности кровопотери. Также несомненно, что миома матки влияет на сократительную активность миометрия, ухудшая маточный гемостаз. Кровотечения могут быть связаны и с чисто механическими факторами, поскольку по мере развития опухоли возрастает площадь эндометрия. При миомах матки больших размеров внутренняя поверхность матки может возрасти в 10—15 раз [Вихляева Е.М., 1998]. Не может не влиять на объем кровопотери и чрезмерное развитие венозной системы матки и особенно венозной системы внутреннего мышечного слоя, явно превышающее потребности кровооттока [Савицкий Г.А., 1994; Вихляева Е.М., 1998].

Несколько сложнее обстоит вопрос о значимости изменений состояния эндометрия в генезе маточных кровотечений у больных с миомой матки. С одной стороны, согласно наиболее общепринятой в настоящее время точке зрения, миома матки практически не влияет на состояние эндометрия, которое не отличается от состояния эндометрия у остальных женщин соответствующей возрастной группы [Железнов Б.И., 1990; Вихляева Е.М., 1998]. С другой стороны, сам по себе рост миомы не может не влиять на гормональный статус пациенток и, следовательно, на состояние эндометрия вне зависимости от того, рассматривать ли локальную гормонемию как этиологический или патогенетический фактор [Савицкий Г.А., 1994]. Кроме того, считается доказанным, что подслизистое распо-

ложение миоматозного узла может приводить к некрозу расположенного над узлом эндометрия и увеличению кровотечения [Бек У. и др., 1997].

Болевой синдром при миоме матки также может иметь несколько вариантов развития. Боль может быть связана с перекрутом ножки субсерозного узла миомы. Она может быть связана с нарушением питания и некрозом миоматозного узла любой локализации. Последнее чаще всего наблюдается в конце второй фазы менструального цикла. Схваткообразные боли характерны для субмукозных миом, далеко выступающих в полость матки. Кроме того, альгодисменорея является ведущим симптомом аденомиоза (эндометриоз матки), который, по некоторым данным, сочетается с миомой более чем в 80% случаев [Баскаков В.П., 1990].

Перед тем как перейти к вопросам консервативного и оперативного лечения миомы матки представляется целесообразным решить вопрос о том, какие миомы подлежат консервативному, а какие оперативному лечению.

Абсолютные показания к оперативному лечению:

- миома матки, соответствующая 14 нед беременности и более;

- миома матки с обильными, длительными кровотечениями, приводящими к анемизации больной; при этом перед операцией желательно уточнить состояние эндометрия (выскабливание полости матки, вакуум-аспирация клеток эндометрия), так как возможно сочетание миомы матки и рака эндометрия; особенно настораживающими с онкологической точки зрения и, следовательно, требующими гистологического контроля состояния эндометрия являются ациклические кровотечения;

- миома матки с симптомами сдавления и нарушения функции соседних органов;

- быстрый рост опухоли (на 4 нед беременности и более за 1 год наблюдения) при размере опухоли, соответствующем 12 нед беременности и более; при этом крайне желательно, чтобы оценку размеров матки проводил один и тот же врач в один и тот же день менструального цикла;

- рождающийся миоматозный узел при отсутствии условий для его удаления через влагалище;

- субсерозный узел на длинной ножке при реальной опасности ее перекрута; при этом оценка степени опасности перекрута ножки миоматозного узла всегда индивидуальна и во многом субъективна;

- некроз миоматозного узла.

Относительные показания к оперативному лечению:

- шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки;

- бесплодие.

Обсуждается еще в качестве отдельных показаний субмукозная миома матки и сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов. Однако субмукозная миома матки должна считаться показанием к оперативному лечению из-за гиперполименореи, приводящей к анемизации пациенток, которая сама является показанием к оперативному лечению. А сопутствующие заболевания либо являются показанием к оперативному лечению, и тогда надо лишь уточнить объем операции, либо не являются, и тогда операция не показана [Кустаров В.Н. и др., 2001].

Шеечные узлы миомы матки, исходящие из влагалищной части шейки матки, сами по себе служат показаниями к оперативному лечению, если беспокоят пациентку. Бесплодие вряд ли можно рассматривать как самостоятельное показание к оперативному лечению. Оно может стать дополнительным фактором при решении вопроса об оперативном лечении в пограничных случаях.

Решая вопрос о консервативном лечении пациенток с миомой матки, мы должны четко представлять себе стоящие перед нами задачи. Вряд ли стоит рассчитывать на рассасывание или серьезное уменьшение размера узлов миомы. Скорее, вопрос должен стоять об остановке их роста и исчезновении симптоматики миомы матки. А уменьшение размера узлов миомы, если таковое будет отмечено, еще раз подтвердит верность выбранного пути. Размеры узлов миомы матки для увеличения достоверности измерения лучше определять при УЗИ в один и тот же день менструального цикла.

Мы сознательно относительно подробно остановились на патогенезе миомы матки, чтобы акцентировать внимание на его сложности и не решенном на сегодняшний день вопросе о пусковых механизмах роста узлов. В этих условиях попытки прямого воздействия на узлы миомы, вне зависимости от метода этого воздействия, представляются малоперспективными. В гораздо большей степени положительного эффекта можно ожидать от лечебных мероприятий, направленных на нормализацию функционирования сердечно-сосудистой системы, обменных процессов, психологического профиля пациенток. Подтверждение данного положения мы не раз находили в беседах с практическими врачами-рефлексотерапевтами, отмечавшими, что зачастую при лечении поражений, особенно сердечно-сосудистой системы, нормализуется и гинекологический статус у пациенток с сочетанными заболеваниями, например, гипертонической болезнью и миомой матки. Однако рассмотрение конкретных алгоритмов и схем лечения гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, ожирения и т. д. выходит за рамки данной работы. Единственное, что хотелось бы отметить,— что наилучших результатов лечения мы добивались при сочетании чжень-цзю терапии и гомеопатии.

Лечение гиперполименореи и дисфункциональных маточных кровотечений проводится на общих основаниях, изложенных в гл. 6. При этом нельзя забывать, что ДМК на фоне миомы матки служат показанием для гистологической или цитологической оценки состояния эндометрия. При болевом синдроме необходимо исключить некроз миоматозного узла. Лечение болевого синдрома в зависимости от его характера проводят по принципам, описанным в гл. 6.

ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз (эндометриоидные гетеротопии) — гормонозависимое иммунокомпетентное заболевание, сущность которого заключается в разрастании ткани, подобной по строению и трансформации соответственно фазам менструального цикла эндометрию, но находящейся за границами нормального расположения слизистой оболочки матки.

Эндометриоз является одним из самых частых гинекологических заболеваний, занимая в их структуре третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки. Частота эндометриоза, по данным разных авторов, соответствует 8—30% менструирующих женщин [Баскаков В.П. и др., 1998]. Необходимо отметить, что, по некоторым данным, частота эндометриоза половых органов возросла от 2,2% в 1965 г. до 20,6% в 1986 [Mettler L. et al., 1988], в связи с чем высказывалось мнение, что эндометриоз половых органов необходимо отнести к числу болезней цивилизации.

Под влиянием циклических изменений гормонального статуса репродуктивной системы в очагах эндометриоза происходят изменения, подобные изменениям, происходящим в эндометрии. Во время беременности в очагах эндометриоза развивается децидуальная реакция. Она же наблюдается при лечении больших препаратами прогестерона. При этом степень циклических изменений в очагах эндометриоза может быть различной.

Очаги эндометриоза различной локализации по-разному реагируют на гормональные воздействия. Так, например, эндометриоз легких легко регрессирует на фоне гормональной терапии, а эндометриоз шейки матки или послеоперационных рубцов очень плохо поддается гормональной терапии. Объяснения данному феномену нет. Существует гипотеза, что чувствительность очагов эндометриоза к гормональным воздействиям зависит от того, к какому слою эндометрия они ближе по своему гистологическому строению. Если они ближе к функциональному слою эндометрия, то чувствительность их выше, если ближе к базальному — то ниже.

Макроскопически очаги эндометриоза могут иметь вид узлов (чаще), инфильтратов без четких контуров, кистозных образований или (реже) быть диффузными, например, в области перешейка матки. В очагах эндометриоза может наблюдаться различное соотношение железистой ткани и стромы, вплоть до практически полного отсутствия железистой ткани — стромальный эндометриоз, который трудно дифференцировать от саркомы [Баскаков В.П., 1990].

Характерными особенностями эндометриоза являются:

- отсутствие вокруг его очагов соединительнотканной капсулы (при этом вокруг них может быть инфильтрированная и рубцово-измененная ткань, имитирующая капсулу);

- способность к инфильтрирующему росту с деструкцией окружающих тканей;

- резистентность к различным факторам;

- способность к метастазированию контактным, гематогенным и лимфогенным путем;

- обильная васкуляризация.

Нередко наблюдается сочетание различных форм эндометриоза половых органов с другими их заболеваниями (миома матки, воспалительные процессы и др.), генитального и экстрагенитального эндометриоза [Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1997].

Существуют три основных концепции патогенеза эндометриоза: формирование *in situ*, индукционная теория, имплантационная, или трансплантационная, теория [Linden P., van der, 1997].

Самая старая концепция развития эндометриоза — *теория формирования in situ*. Согласно этой теории, эндометриоз исходно развивается на том месте, где его и обнаруживают. По этой теории развитие эндометриоза может начаться из остаточных каналов первичной почки или парамезонефральных протоков либо в результате метаплазии ткани брюшины или яичника [Ridley J., 1968; Lauchlan S., 1972]. Считалось, что метапластические изменения могут быть следствием воспалительного процесса или гормонального воздействия. Эта теория все еще находит сторонников, потому что она объясняет происхождение эндометриоза вне зависимости от места или условий его обнаружения [Suginami H., 1991]. Однако справедливость этой теории не доказана ни в экспериментах, ни клиническими наблюдениями.

Индукционная теория основывается на предположении, что специфические вещества, высвобождаемые дегенерирующим эндометрием, индуцируют развитие эндометриоза из мультифункциональных клеток, присутствующих в соединительной ткани, или клеток эпителия «мюллерова» типа, встречающихся вне парамезонефральных протоков, т. е., в отличие от

метапластической трансформации высокодифференцированных клеток, с точки зрения исследователей, придерживающихся данной концепции патогенеза эндометриоза, он развивается из низкодифференцированных клеток соединительной ткани в результате их дифференцировки под воздействием факторов, выделяемых разрушающимися клетками эндометрия, в клетки, подобные клеткам эндометрия. Одним из доводов в пользу этой теории служит то обстоятельство, что эндометриоз не является простым эктопическим очагом истинного эндометрия [Lauchman S., 1972].

Наиболее общепринятой в настоящее время является *имплантационная теория*. Она предполагает выполнение трех условий.

- наличие ретроградных менструаций;
- присутствие в менструальных выделениях жизнеспособных клеток эндометрия;
- прикрепление этих клеток к брюшине с последующей имплантацией и пролиферацией.

Наличие жизнеспособных клеток эндометрия в менструальных выделениях в настоящее время сомнений не вызывает. Физиологический смысл менструаций, явления крайне редкого в животном мире, до конца не ясен. Наиболее обоснованным выглядит объяснение необходимости менструаций высокой дифференцировкой клеток функционального слоя эндометрия, приобретаемой ими в процессе подготовки к имплантации. Известно, что большинство клеток функционального слоя перед менструацией погибают в результате активации апоптоза. Однако еще в 1951 г. C. Keetel и R. Stein культивировали клетки, полученные пассивным путем из менструальных выделений. В 2 из 7 опытов они наблюдали рост фибробластов или эпителиоидных клеток.

Наличие ретроградных менструаций доказано после идентификации клеток эндометрия в перитонеальной жидкости. Правда, вопрос о различии количества эндометриоидных клеток в перитонеальной жидкости здоровых женщин и больных эндометриозом остается открытым. Часть ученых обнаружили больше их количество у больных с эндометриозом [Badawy S. et al., 1984]. Другие ученые существенной разницы не находят [Bartosik D. et al., 1986]. С другой стороны, остаются неизвестными причины имплантации клеток эндометрия на брюшине и в других местах. Вполне логичным выглядит предположение, что оно связано не столько с числом эндометриоидных клеток, попавших на ту или иную ткань, сколько с возможностью этой ткани противостоять инвазии. В любом случае дисфункция иммунной системы играет важную роль в патогенезе данного заболевания.

Клинические проявления эндометриоза и особенности его диагностики во многом определяются локализацией и видом

его очагов и степенью его распространенности. Основными симптомами эндометриоза являются боль и нарушение менструального цикла в сторону гиперполименореи. Все проявления эндометриоза носят, как правило, циклический характер. Кроме того, эндометриоз часто сопровождается бесплодием.

При выборе лечения необходимо учитывать возраст больной, локализацию и степень распространения эндометриоза, преморбидный фон, выраженность клинических проявлений, длительность заболевания, наличие и характер сопутствующих заболеваний половых органов и экстрагенитальных заболеваний. Больные должны знать о хроническом течении заболевания и необходимости систематического лечения. Общим принципом лечения является усиление лечебного воздействия по мере утяжеления заболевания и увеличения возраста больных.

Существуют два подхода к лечению эндометриоза — консервативный и оперативный. В настоящее время в связи с существенным расширением арсенала хирургических технологий появились условия для эффективного использования хирургического лечения на ранних этапах заболевания. Применение эндокоагуляции очагов при 80°C, криовоздействия, аргонowego и CO₂-лазеров и т. д. значительно расширяет спектр щадящих хирургических вмешательств, поэтому показания к хирургическому лечению, как одному из этапов терапии эндометриоза, подвергаются серьезному пересмотру.

Основным принципом стратегии ведения больных с эндометриозом становится как можно более раннее эндоскопическое щадящее хирургическое вмешательство как первый этап лечения с последующей длительной фармакотерапией при возможном использовании для контроля за ее эффективностью эндоскопических технологий. Абсолютное большинство современных врачей сходятся во мнении, что даже при распространенных формах эндометриоза следует по возможности придерживаться принципов реконструктивно-пластической хирургии [Железнов Б.И., 1985; Адамян Л.В. и др., 1990, 1998; Wheeler J., 1990; Rewine D., 1991; Metzger D., 1994]. К радикальным же операциям следует прибегать только тогда, когда все другие возможности хирургического и фармакологического лечения исчерпаны. Таким образом, показанными радикальные операции постепенно становятся лишь при тяжелых распространенных формах заболевания в пре- и перименопаузальном периодах.

Чжень-цзю терапия в комплексном лечении эндометриоза направлена в основном на ликвидацию болевого синдрома, воспалительного и спазмического процесса, стимуляцию иммунитета и, при необходимости, нормализацию менструального цикла. Кроме того, поскольку большинство пациенток с клинически выраженным эндометриозом невротизированы и страдают в

той или иной степени диспареунией, чжень-цзю терапия может существенно помочь в нормализации и этого компонента.

Для снятия болевого синдрома мы пользуемся преимущественно аурикулоакупунктурой и точками ба-ляо, при спаечном процессе воздействуем преимущественно на каналы элементов «дерево» и «земля» (см. гл. 6). Кроме того, по нашим данным, в 55,6% случаев болевой синдром при эндометриозе носит характер синдрома холода и застоя ци и крови (см. гл. 3). Чаще всего задействованными оказываются каналы печени и почек. Полезным может оказаться воздействие на чудесные каналы Жень-май и Чжун-май.

Для поднятия иммунитета хорошо воздействовать на точки широкого спектра действия каналов, относящихся к элементу «земля». В схему чжень-цзю терапии мы часто включаем точки каналов перикарда и трех обогревателей. Это в первую очередь такие точки, как MC9 чжун-чун, MC8 лао-гун, MC7 да-лин, MC6 ней-гуань, MC5 цзянь-ши, TR3 чжун-чжу, TR5 вай-гуань, TR6 чжи-гоу и TR8 сань-ян-ло.

СИНДРОМ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ

Синдром тазовых болей (СТБ) — вариант хронического болевого синдрома, при котором тазовые боли сочетаются с выраженными личностными и психическими нарушениями [Савицкий Г.А., 1994]. Возникновение тазовых болей чаще всего связывают с изменением нервных стволов и окончаний и нарушением микроциркуляции в малом тазу вследствие хронического воспаления, операционной травмы или действия других повреждающих факторов. Значимость в возникновении и особенно поддержании СТБ психосоматического компонента позволила некоторым авторам использовать такие термины, как «тазовый невроз» или «психосоматический тазовый застой» [Хафф Р.У., 1985].

Распространенность СТБ довольно велика и продолжает расти. Так, по данным зарубежных авторов, 50—60% диагностических лапароскопий производят больным с хроническими тазовыми болями [Geldenberg P., De Voul R., 1985; Lec R. et al., 1986]. На этом фоне в настоящее время прослеживается следующая тенденция в трактовке данного вопроса [Савицкий Г.А. и др., 1995]. Тазовые боли патогенетически «привязывают» к какому-либо органическому заболеванию (гинекологическому, урологическому, проктологическому, ортопедическому и т. д.). При этом лечебные мероприятия сосредоточивают на ликвидации выявленного органического процесса. Если подобных четких связей выявить не удастся, то СТБ связывают с психосоматическими изменениями с выводом, что больная

нуждается в лечении у психиатра. Данная тенденция, как метко и справедливо отмечают Г.А.Савицкий и соавт. (1995), создает исключительно благоприятную почву для развития ортодоксальных взглядов, доминирования крайних суждений и точек зрения. И это при том, что выделение больных, страдающих тазовыми болями, в самостоятельную группу, как показывает весь мировой опыт, методологически полностью обоснованно [Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д., 1990; Вангакова Н.П., 1991; Geldenberg P., De Voul R., 1985]. Последнее объясняется тем, что при всей очевидной разнородности причин возникновения СТБ на определенном этапе он становится монопатогенетическим, правда, со сложным, многоуровневым и многоступенчатым патогенезом [Савицкий Г.А. и др., 1995].

У большинства пациенток, страдающих СТБ, в личностной характеристике преобладают такие черты, как ранимость, чувствительность, тревожность, склонность к ипохондрическим и депрессивным реакциям, изменчивость настроения [Савицкий Г.А. и др., 1995]. Они легко раздражаются и обладают низкой толерантностью к стрессу и низким порогом болевой чувствительности.

В самом общем виде патогенез формирования СТБ, по Г.А.Савицкому и соавт. (1995), с некоторыми незначительными изменениями представлен на схеме 2.

Невысокая эффективность при СТБ фармакотерапии заставляет врачей искать различные варианты хирургического лечения. Чжень-цзю терапию и гомеотерапию во многих случаях можно рассматривать как альтернативные хирургическому лечению варианты.

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) предлагают следующую схему лечения. Перед началом 1-го сеанса корпоральной акупунктуры устанавливают кнопочные постоянные иглы на 7—8 сут в аурикулярные точки АТ13, 34, 22:

1-й сеанс — МС7, МС6 (при гипертензии), G14 (при нормотензии), E36, RP6, RP4;

2-й сеанс — RP2, RP9, V60;

3-й сеанс — VC14, V11;

4-й сеанс — V20, V22, V53;

5-й сеанс — V23, V52;

6-й сеанс — R6, P7;

7-й сеанс — RP6, R13;

8-й сеанс — V23, V25, V31, V33;

9-й сеанс — VC2, VC6, VB27;

10-й сеанс — VB39, V32, V60;

11-й сеанс — RP5, R1, R3;

12-й сеанс — G14, E36, RP6;

Метод воздействия — тормозный по первому варианту с экспозицией игл в тканях до 1 ч.

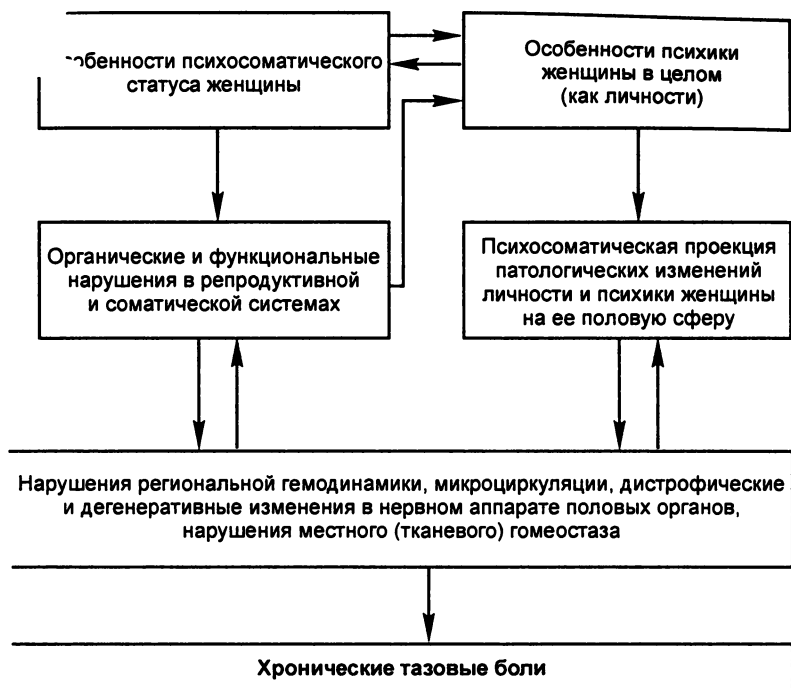


Рис. 2 ПАТОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ.

Мы стараемся максимально индивидуализировать лечение пациенток с СТБ. Мы пролечили 57 пациенток с СТБ с использованием только чжень-цзю терапии, только гомеотерапии и их сочетания. Общая эффективность лечения составила 78,9% (45 случаев). Наиболее стойкий эффект наблюдался при сочетании этих двух методов. Однако обратило на себя внимание то, что в дальнейшем в течение 4—5 ближайших лет у 28 из 45 пациенток (62,2%) вне зависимости от метода лечения наблюдался рецидив тазовых болей, потребовавший повторного курса терапии. В роли провоцирующего фактора выступали, как правило, психогенный стресс, общее переохлаждение или воспалительный процесс в малом тазу.

В лечении пациенток с СТБ могут быть использованы алгоритмы и схемы, изложенные в гл. 6. Кроме того, для повышения эффективности чжень-цзю терапии важно правильно оценить характер болевого синдрома (см. гл. 3). Мы при лечении пациенток с данным патологическим состоянием довольно широко используем чудесные каналы, в первую очередь Ду-май, Жень-май, Чжун-май и Инь-цзяо-май.

ПОЛИКИСТОЗНЫЕ ЯИЧНИКИ

Под «поликистозными яичниками» понимают патологические изменения структуры и функций яичников на фоне «нейрообменных» нарушений [Бодяжина и др., 1990]. По данным тех же авторов, этот термин в настоящее время является общепринятым.

Различают первичные («истинные») поликистозные яичники (или болезнь поликистозных яичников, или склерокистозные яичники, или синдром Штейна — Левенталя) и вторичные поликистозные яичники, или синдром поликистозных яичников.

Вторичные поликистозные яичники могут возникать на фоне аденогенитального и «нейрообменно-эндокринного» синдрома. Лечение их — это лечение в первую очередь основного заболевания, поэтому в данном разделе будут рассматриваться только первичные поликистозные яичники, или болезнь поликистозных яичников (БПКЯ).

Патогенез БПКЯ до конца не изучен. Ранее считалось, что в основе его лежит нарушение стероидогенеза в яичниках. В настоящее время считается, что первичным является нарушение функционирования гипоталамических структур, регулирующих «пульсирующее» выделение люлиберина [Янсен Р.П.С., 1985; Бодяжина В.И. и др., 1990].

Основными клиническими проявлениями БПКЯ являются бесплодие, олигоменорея (реже ациклические кровотечения), повышение массы тела и гипертрихоз. При обследовании обнаруживается двустороннее увеличение яичников, которые, как правило, отличаются плотностью при пальпации.

Не все симптомы встречаются одинаково часто. Так, по данным Р.П.С.Янсена, увеличение яичников клинически определяется не у всех пациенток, а избыточная масса тела отмечалась приблизительно у 50% больных. В связи с этим в последние годы предложено два разных варианта патогенеза БПКЯ.

При БПКЯ и ожирении большое значение в патогенезе придают резистентности к инсулину. Тека-клетки яичников, содержащие рецепторы к инсулину, в условиях гиперинсулинемии усиливают синтез андрогенов и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИПФР-1). Вместе с тем инсулин, снижая содержание сексстероидсвязывающего глобулина, повышает концентрацию биологически активного, свободного тестостерона.

При БПКЯ без ожирения решающее значение для активации синтеза андрогенов в тека-клетках и интерстициальной ткани яичников отводят нарушению соотношения ЛГ/ФСГ в пользу ЛГ и повышению выделения гормона роста в плазме крови. Гормон роста повышает синтез ИПФР-1, который усиливает связывание ЛГ тека-тканью яичников.

В обоих случаях усиление синтеза и секреции андрогенов приводит к атрезии фолликулов. Создается метаболический порочный круг, приводящий к ановуляции, НМЦ, гипертрихозу и характерному изменению структуры яичников [Yen S., 1992].

Чжень-цзю терапию при БПКЯ можно использовать самостоятельно, в сочетании с фармакологической стимуляцией овуляции, с гомеотерапией, после лапароскопических операций на яичниках и т. д. Основные направления данной терапии: лечение ановуляции (подробно рассмотрено в гл. 6) и, при необходимости, лечение ожирения.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Предменструальный синдром — это патологический симптомокомплекс, проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Развивается он, как правило, за 2—12 дней до менструации и проходит сразу после ее начала или в первые дни менструации, характеризуется цикличностью проявлений. Наиболее характерными симптомами предменструального синдрома являются внутреннее напряжение, раздражительность, тревожное состояние, депрессия, бессонница, тошнота, головная боль, головокружения, чувство усталости, жажда, отеки, увеличение и уплотнение молочных желез, зуд, изменение аппетита и снижение полового влечения. Отмечается тенденция к возникновению или обострению таких заболеваний, как астма, мигрень и ринит, а также предрасположенность к кровоизлияниям [Лакритц Р.М., Вайнберг П.К., 1985].

Этиология и патогенез предменструального синдрома до конца не ясны. В последние годы большое значение в его развитии придают психосоматическим нарушениям [Бодяжина В.И. и др., 1990]. Значимость психического компонента подтверждается хотя бы такими данными: двойное слепое проспективное исследование фактически любого используемого для лечения аллопатического препарата показывает более высокую эффективность плацебо и более низкую — исследуемого препарата [Лакритц Р.М., Вайнберг П.К., 1985].

Принимая во внимание, что чжень-цзю терапия — это в первую очередь регулирующая терапия, можно ожидать ее достаточной эффективности в лечении предменструального синдрома. Наш опыт подтверждает это предположение. Дополнительного усиления эффективности можно добиться при сочетании чжень-цзю терапии и гомеопатии.

Перед тем как перейти к обсуждению конкретных методов воздействия на ТА, необходимо коротко остановиться на диете. Поскольку в настоящее время у больных с данным синдромом

не находят повышенного выделения калия или изменений соотношения калия и натрия в моче [Лакритц Р.М., Вайнберг П.К., 1985], рекомендуемая иногда диета, богатая калием, имеет, скорее, психотерапевтическое, нежели соматотерапевтическое значение.

Так как патогенез предменструального синдрома представляется результатом сложных нейроэндокринных изменений, включающих в себя и значительные колебания в ЦНС содержания серотонина, дофамина, γ -аминобутировой кислоты и связанных с ними периферических нейроэндокринных процессов [Бодяжина В.И. и др., 1990], более патогенетически обоснованной будет, видимо, диета, рекомендуемая П.Г.Лекарем и соавт. (1988) при вегетативно-сосудистых пароксизмах. Она состоит в исключении из питания продуктов, содержащих повышенное количество триптофана (бобовые, грецкие орехи, бананы, ананасы, шоколад).

Рекомендуется специальный завтрак (курсами по 21 дню): «4 столовых ложки овсяных хлопьев («геркулеса») с вечера заливают 6 столовыми ложками холодной воды; утром добавляют 5 столовых ложек молока, варят 3—4 мин, затем добавляют натертое яблоко, 1 столовую ложку меда и сок 1 лимона» и соки смородины, клюквы, брусники, черники или отваров изюма, кураги и овощей.

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) считают, что лечение лучше начинать с 4—5-го дня менструального цикла. Сеансы можно проводить через 1—2 дня. Авторы предлагают следующую схему лечения. Перед началом корпоральной акупунктуры устанавливают постоянные кнопочные иглы на 8—10 сут в аурикулярные точки AT51, 23, 28, 56.

Курс лечения:

1-й сеанс — GI4, TR5, GI11, E36;

2-й сеанс — VG14, V11, V43;

3-й сеанс — VG4, V3;

4-й сеанс — V25, V31, V33;

5-й сеанс — VC2, VC4, F12, RP9;

6-й сеанс — RP4, MC6;

7-й сеанс — RP6, VC4;

8-й сеанс — R5, R6, R12;

9-й сеанс — GI4, E36, GI10;

10-й сеанс — R7, V23, V32.

По нашим данным, у пациенток с предменструальным синдромом надо в первую очередь мягко стимулировать каналы перикарда и в меньшей степени почек и гармонизировать работу канала трех обогревателей. При этом желательно использовать и чжень, и цю. Из аурикулярных точек хорошо использовать AT12, 13, 19, 22, 23, 28, 29, 32—36, 51, 55, 56, 58, 79, 95, 100, 104, 105.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Климактерический период — физиологический период в жизни каждой женщины, начинающийся, в среднем, в 45 лет и характеризующийся перестройкой ритма функционирования центральных отделов регуляции организма, и в первую очередь центральных звеньев эндокринной регуляции репродуктивной системы. Это проявляется прекращением репродуктивной, а затем и менструальной функций организма. Иницирует эту перестройку, по-видимому, постепенное истощение фолликулярного аппарата яичников, которые перестают адекватно реагировать на все возрастающую стимуляцию гонадотропных гормонов, и первую очередь ФСГ. В результате, по сути, происходит переход работы эндокринной системы с циклического на монофазный ритм.

Столь значительная перестройка функционирования практически всего организма довольно часто сопровождается отклонением от нормальной работы различных органов и систем. Эти отклонения объединяются в понятие «климактерический синдром» (КС). По данным различных публикаций, КС наблюдается у 26—48% женщин [Сметник В.П., Тумилов Л.Г., 1997]. Он проявляется тремя группами симптомов:

- 1) соматовегетативными (головокружение, сердцебиение, приливы, гипергидроз);
- 2) психозомоциональными (плаксивость, раздражительность, депрессия, бессонница и т. д.);
- 3) эндокринно-обменными (ожирение, остеопороз, нарушение функции щитовидной железы, дисфункциональные маточные кровотечения).

В настоящее время основным методом лечения КС является заместительная гормонотерапия [Вихляева Е.М., 1998]. Вместе с тем очевидно, что у многих пациенток есть противопоказания к назначению эстрогенсодержащих препаратов. К ним относятся эстрогензависимые опухоли, мастопатия, сахарный диабет, заболевания печени, нарушения в системе гемостаза и т. д. В связи с этим перспективным становится поиск альтернативных методов лечения и, в частности, использование чжень-цзю терапии.

По данным К.Шнорренбергера (1996), европейскому диагнозу «климактерический синдром» соответствуют такие диагнозы, используемые в традиционной китайской медицине, как пустота Инь печени и почек, отсутствие связи между сердцем и почками, пустота Ян селезенки и почек, пустота Инь и Ян почек.

Основные симптомы пустоты Инь печени и почек — головокружение, мелькание в глазах, шум в ушах, покраснение щек, ночная потливость, возбуждение, НМЦ. При данном

синдроме нарушается равновесие между чудесными каналами Чжун-май и Жень-май.

Отсутствие связи между сердцем и почками характеризуется возбуждением, бессонницей, сердцебиением, ослаблением памяти, головокружением и ночной потливостью.

Пустота Ян селезенки и почек проявляется повышенной чувствительностью, холодными руками и ногами, упадком сил, чувством полноты и давления в животе с метеоризмом.

По мнению Халмурада Упура и В.Г.Начатого (1992), основными причинами КС являются нарушение порядка ци и Инь в печени и почках и недостаток Ян почек. В первом случае отмечаются отсутствие менструаций, приливы, покраснение лица, возбуждение, головокружение, сердцебиение, бессонница, потливость, жажда и запоры. Во втором — отсутствие менструаций или НМЦ, боязнь холода и холодные конечности, боли в коленных суставах, невротизация, жидкий стул, чаще утром.

По мнению Д.Н.Стояновского (1981), основные точки воздействия при КС — VC6 ци-хай, GI11 цюй-чи, VG14 да-чжун, C7 шэнь-мэнь, RP6 сань-инь-цзяо, E44 нэй-тин, MC6 нэй-гуань, E36 цзу-сань-ли.

Выбор дополнительных точек зависит от преобладающих симптомов:

- при головной боли — VG20 бай-хуэй, VB12 вань-гу, VB39 сюань-чжун, E8 тоу-вэй, VB20 фэн-чи, VB6 сюань-ли, F3 тай-чун;

- при головокружении — V11 да-чжу, IG5 ян-гу, V67 чжи-инь, P3 тянь-фу, P10 юй-цзи, V65 шу-гу, R1 юнь-цюань;

- при бессоннице — V43 гао-хуан, VB39 сюань-чжун;

- при тахикардии — C5 тун-ли;

- при болях в груди и чувстве распирания — MC1 тянь-чи, VB22 юань-е, F13 чжан-мэнь;

- при ощущении прилива крови к половым губам — R2 жань-гу, V34 ся-ляо, F11 инь-лянь, VG1 чан-цян.

Автор предлагает использовать тормозной метод воздействия на ТА, проводить два курса лечения по 10 процедур с недельным перерывом. Затем профилактически один раз в месяц укалывать точки цзу-сань-ли и сань-инь-цзяо.

В.И.Иванов (1991) в качестве основных точек воздействия указывает VC6 ци-хай, VC4 гуань-юань, TR6 чжи-гоу, V15 синь-шу, V18 гань-шу, C7 шэнь-мэнь, RP6 сань-инь-цзяо, MC6 нэй-гуань, E36 цзу-сань-ли; в качестве симптоматических:

- при головной боли и приливах крови к голове — VB20 фэн-чи, VG20 бай-хуэй, VB6 сюань-юань, E8 тоу-вэй;

- при бессоннице — VB39 сюань-чжун, E38 тяо-коу;

- при тахикардии — C5 тун-ли, GI11 цюй-чи;

- при чувстве жара и прилива крови к половым губам — P2 жань-гу.

А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) предлагают устанавливать постоянные кнопочные иглы в аурикулярные точки AT51 и 23; корпоральную акупунктуру проводить тормозным методом с экспозицией игл в тканях 40—60 мин по следующей схеме:

- 1-й сеанс — GI11, E36;
- 2-й сеанс — VG14, V11, V43;
- 3-й сеанс — R6, P7, R8;
- 4-й сеанс — V60, V31;
- 5-й сеанс — VG20, TR5, TR10;
- 6-й сеанс — MC6, MC7, C7;
- 7-й сеанс — VG14, V11, IG14;
- 8-й сеанс — RP4, MC6;
- 9-й сеанс — VG20, V32, V23;
- 10-й сеанс — MC5, VC12, VC7.

С нашей точки зрения, при лечении КС нельзя забывать, что по древнекитайским представлениям физиологическими явлениями, приводящими к перестройке ритма функционирования центральных отделов регуляции организма, и в первую очередь центральных звеньев эндокринной регуляции репродуктивной системы, является ослабление энергии сосуда зачатия и чудесного канала Чжун-май. Соответственно, в дисбалансе функционирования этих каналов и связанных с ними каналов почек, селезенки, перикарда и легких следует искать причины возникновения КС. Метод воздействия на них в зависимости от ситуации должен варьировать от второго стимулирующего до второго тормозного с акцентом на гармонизирующий, с использованием как чжень, так и цзю. В качестве дополнительной симптоматической терапии большое значение приобретает аурикулотерапия с воздействием на точки, соответствующие корригируемым симптомам.

ОПУЩЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Опущение матки — такое положение этого органа, когда шейка матки располагается ниже интерспинальной линии. При выпадении матка выходит за пределы половой щели полностью (полное выпадение) или частично (только шейка — неполное выпадение) [Кулаков В.И. и др., 1990]. Заболевание обусловлено несостоятельностью мышц тазового дна, которая чаще всего связана с травматизацией мышц промежности и тазовой диафрагмы в родах, особенно если повреждения промежности не зашивали или рана зажила вторичным натяжением.

Лечение заболевания, как правило, оперативное. При небольшой степени опущения матки показаны лечебная физкультура для укрепления мышц тазового дна, общеукрепляющее

лечение. Пациенткам рекомендуют ограничить физическую нагрузку. При необходимости показан перевод с тяжелой физической работы на более легкую. Для повышения тонуса мышц тазового дна в комплекс лечебных мероприятий при консервативном ведении, а также для повышения эффективности оперативного лечения в послеоперационном периоде может применяться чжень-цзю терапия.

Г.Лувсан (1990) относит данное патологическое состояние к синдрому пустоты почек и нижнего обогревателя. В комплексе с гимнастикой, укрепляющей мышцы передней брюшной стенки и тазового дна, он предлагает тонизировать прижиганием TR4 ян-чи, тонизировать иглами VC4 вай-гуань, R12 да-хэ, E28 шуй-дао (иглы вводить в направлении к матке). Тонизировать прижиганием VC12 чжун-вань, тонизировать иглами, затем прижиганием RP6 сань-инь-цзяо, тонизировать иглами (3 мин) V31 шан-ляо и V32 цы-ляо.

По мнению Хоанг Бао Тяу и соавт. (1989), опущение влагалища и матки является следствием пустоты энергии. Лечение сводится к «поднятию ян-энергии» и «укреплению матки». При этом необходимо стимулировать уколами точки VG20 бай-хуэй, VC12 чжун-вань, VB26 дай-май; тонизировать прижиганием VC6 ци-хай, VC3 чжун-цзи.

Подводя итог, напомним, что опущение стенок влагалища и матки входят в синдромокомплекс стабильного функционирования таких чудесных каналов, как чжун-май и дай-май. Следовательно, наибольшего эффекта следует ожидать от воздействия на данные каналы.

ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В послеоперационном периоде при использовании чжень-цзю терапии врач может преследовать разные цели. Во-первых, это послеоперационное обезболивание; во-вторых — ускорение репарации тканей и формирования полноценного рубца; в третьих — стимуляция функции кишечника; в четвертых — нормализация при необходимости мочеиспускания, и т. д. Естественно, столь разнонаправленные воздействия и проводиться должны по-разному. Единственное, что делает их схожими, кроме самого периода, это то, что они проводятся, как правило, короткими курсами и носят преимущественно вспомогательный характер.

Для обезболивания мы, как правило, используем аурикулотерапию. Наиболее часто воздействуем на точки AT12, 13, 22, 23, 28, 29, 32—36, 40, 43, 51, 53—56, 58, 71, 78, 79, 93, 106, 109. Т.П.Пономаренко и соавт. (1983) рекомендуют для этого использовать корпоральные точки P7, RP6 и RP9. А.Ф.Жаркин

и Н.А.Жаркин (1988) используют корпоральные точки E25, E30 или R15, R12; при разрезе по Пфанненштилю — VC 3, VC6, VC7.

Для стимуляции мочевого пузыря сначала мягко по алгоритму У-СИН стимулируем канал мочевого пузыря. При необходимости на следующий день стимулируем точки металла и воды самого канала мочевого пузыря (см. гл. 2).

Для стимуляции кишечника по указанной схеме воздействуем на канал тонкой и (при необходимости) толстой кишки. А.Ф.Жаркин и Н.А.Жаркин (1988) используют для этого точки AT89, 87, 97, 91, 51 и корпоральные точки G14, G111, E25, E36, VC12, VB39.

Для улучшения репарации тканей и усиления защитных сил организма на 4—6-е сутки может быть рекомендовано мягкое стимулирующее цзю точки E36 цзу-сань-ли и RP6 сань-инь-цзяо. По А.Ф.Жаркину и Н.А.Жаркину (1988), тонизирующий эффект достигается воздействием на AT55, 95, 87, 101, 104, 34 и корпоральные точки TR5, TR10, G14, G110, RP6, R6, VB34.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Широкое использование в практической работе врача акушера-гинеколога чжень-цзю терапии помогло бы решить, как минимум, две проблемы. Это снижение фармакологической нагрузки на пациенток и, следовательно, минимизация возможных осложнений и побочных эффектов фармакотерапии. А анализ, к примеру, материнской смертности, увы, свидетельствует, что ятрогенные осложнения — частая причина летальных исходов. С другой стороны, применение в структуре лечебных мероприятий акупунктуры несомненно увеличит эффективность терапии достаточно широкого спектра патологических состояний в акушерстве и гинекологии. Среди заболеваний, в лечении которых чжень-цзю терапия должна занять достойное место, можно указать такие, как невынашивание беременности, рвота беременных, гестоз, нарушения менструального цикла, альгодисменорея, эндометриоз, предменструальный синдром, синдром тазовых болей, климактерический синдром и т. д.

Однако широкому внедрению данного направления в акушерскую и гинекологическую практику мешает то обстоятельство, что акушеры-гинекологи зачастую не владеют теорией и навыками чжень-цзю терапии, а рефлексотерапевты плохо представляют себе особенности и нюансы патологических состояний в акушерстве и гинекологии. Исходя из этого, автор построил данную книгу так, чтобы она оказалась полезна как акушерам-гинекологам, осваивающим чжень-цзю терапию, так и рефлексотерапевтам, собирающимся лечить пациенток с акушерскими и гинекологическими заболеваниями.

Опустив содержащееся в всех общих руководствах по игло-рефлексотерапии описание хода классических каналов и относящихся к ним точек, авторы в первых четырех главах сосредоточили внимание на общих теоретических и практических аспектах использования данного метода в акушерской и гинекологической практике. При этом серьезный акцент делался на анализе доступных переводов классических текстов китайской медицины.

Пятая и шестая главы посвящены частным вопросам чжень-цзю терапии в акушерстве и гинекологии соответственно.

При этом мы сочли необходимым в возможно сжатой форме остановиться как на современных представлениях о патогенезе того или иного патологического состояния, так и, где это было возможно, на соответствующих этому патологическому состоянию диагнозах классической китайской медицины.

Ставя своей задачей не только анализ собственного более чем десятилетнего опыта широкого использования иглоукалывания и прогревания в лечении пациенток с патологическим течением беременности и с гинекологическими заболеваниями, но и ознакомление читателей с максимально большим количеством путей решения той или иной проблемы, мы постарались как можно шире отразить в разделах, посвященных лечению конкретных нозологических форм, различные варианты чжень-цзю терапии.

Безусловно, никакой законченный труд не является идеальным, поэтому автор с благодарностью примет все конструктивные замечания и предложения.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ОСНОВНЫЕ ТОЧКИ КЛАССИЧЕСКИХ КАНАЛОВ

Топография ТА и краткие показания к их применению даны по книгам А.Т.Качана и соавт. (1990) «Анатомо-топографическое расположение корпоральных точек акупунктуры», Чжу Лянь (1992) «Руководство по современной чжень-цзю-терапии» и П.Х.Варнакова и А.Г.Шимана (2001) «Топография точек акупунктуры».

ЛИНИИ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ ПОИСКА ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

Голова. *Средняя (сагиттальная) линия головы (СЛГ)* соответствует отрезку заднего срединного канала (VG), начинается от желобка надпереносья в месте схождения надбровных дуг (т. ИНЬ-ТАН, Н) и заканчивается на верхнем крае большого затылочного бугра в т. НАО-ХУ (VG17).

1-я боковая линия головы (1БЛГ) начинается от верхнего внутреннего края орбиты, идет параллельно средней линии и заканчивается снаруж от затылочного бугра на уровне верхней выйной линии, соответствует ходу канала мочевого пузыря.

2-я боковая линия головы (2БЛГ) начинается от середины верхнего края орбиты (надглазничные отверстия), идет параллельно первой боковой линии и заканчивается на верхней выйной линии, на месте бороздки малого затылочного нерва, соответствует ходу канала желчного пузыря.

3-я боковая линия головы (3БЛГ) начинается от наружного края орбиты (ТУН-ЦЗЫ-ЛЯО), идет параллельно 2-й боковой линии и заканчивается на уровне задневерхнего края сосцевидного отростка, также соответствует ходу канала желчного пузыря.

Спина. *Средняя линия спины (СЛС)* проходит по остистым отросткам позвонков.

1-я боковая линия спины (1БЛС) находится на середине расстояния между линией остистых отростков и внутренним краем лопатки (при положении сидя, ладони на коленях), в области поясницы проходит паравертебрально и соответствует вершине мышечного валика, соответствует ходу канала мочевого пузыря.

2-я боковая линия спины (2БЛС) проходит по внутреннему краю лопатки (в положении сидя, ладони на коленях) параллельно средней линии (линии остистых отростков), также соответствует ходу канала мочевого пузыря.

Грудь. *Средняя (сагиттальная) линия груди (СЛГр)* соответствует ходу переднесрединного канала.

1-я боковая линия груди (1БЛГр) проводится на середине расстояния между сагиттальной и среднеключичной линиями, соответствует ходу канала почек.

2-я боковая линия груди, или среднеключичная линия (2БЛГр) соответствует ходу канала желудка.

3-я боковая линия груди (3БЛГр) проходит в латеральную сторону от среднеключичной линии на расстоянии, равном $\frac{1}{2}$ расстояния между среднеключичной линией и средней линией груди.

Живот. *Средняя линия живота (СЛЖ)* соответствует ходу переднесрединного канала.

1-я боковая линия живота (1БЛЖ) проводится на $\frac{1}{4}$ расстояния между средней и 2-й боковой линиями живота, соответствует ходу канала почек.

2-я боковая линия живота (2БЛЖ) является продолжением 1-й боковой линии груди, т. е. проводится на середине расстояния между сагиттальной и среднеключичной линиями, соответствует ходу канала желудка.

3-я боковая линия живота (3БЛЖ) является продолжением среднеключичной линии.

ПРОПОРЦИОНАЛЬНЫЕ ОТРЕЗКИ

Для облегчения поиска ТА различные части тела принято делить на пропорциональные отрезки [Качан А.Т. и др., 1990; Варнаков П.Х., Шиман А.Г., 2001; Чжу Лянь, 1992].

Область головы. *Средняя линия головы* делится на 12 пропорциональных отрезков от т. ИНЬ-ТАН надпереносья до т. НАО-ХУ на верхнем крае большого затылочного бугра.

Область верхней конечности. *Плечо* делится на 9 пропорциональных отрезков от уровня вершины подмышечной складки (спереди) до локтевой складки.

Предплечье делится на 12 пропорциональных отрезков. Ладонная поверхность от локтевой складки до уровня лучезапястного сустава, тыльная поверхность от вершины локтевого отростка до уровня лучезапястного сустава.

Область нижней конечности. *Передненаружная поверхность. Бедро* делится от верхнего края надколенника до уровня промежности на 12 пропорциональных отрезков.

Голень делится от верхнего края наружной лодыжки до нижнего края надколенника на 14 пропорциональных отрезков.

Задняя поверхность. Бедро делится от подколенной складки до ягодичной складки на 13 пропорциональных отрезков.

Голень делится от верхнего края наружной лодыжки до подколенной складки на 15 пропорциональных отрезков.

Область живота. Расстояние от т. ЧЖУН-ТИН (VC16), т. е. от места перехода тела грудины в мечевидный отросток, до пупка делится на 8 пропорциональных отрезков.

Расстояние от пупка до верхнего края лобкового симфиза делится на 5 пропорциональных отрезков.

КАНАЛ ЛЕГКИХ

Чжун фу, Р1, т. МУ канала легких.

Локализация на ЗБЛГр во втором межреберье.

Глубина 1—1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, отчетливая иррадиация.

Показания: вазомоторный ринит, ларингит, функциональные расстройства голосообразования, бронхиальная астма; плечелопаточный периартрит, межреберная невралгия.

Юнь-мэнь, Р2 («врата тумана»).

Локализация на ЗБЛГр под ключицей, между большой грудной и дельтовидной мышцами.

Глубина 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, отчетливая иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, плеврит плечевого сплетения, плечелопаточный периартрит, миозит грудных мышц, межреберная невралгия.

Тянь-фу, Р3.

Локализация на 3 пропорциональных отрезка ниже (дистальнее) уровня вершины подмышечной складки у наружного края двуглавой мышцы плеча.

Глубина 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, отчетливая иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, болезни носа; поражение нервов и сосудов верхней конечности, поражение плечевого сустава.

Чи-цаэ, Р5 (точка элемента вода).

Локализация: на уровне локтевой складки, в лучевую сторону от сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирающее.

Показания: поражение органов дыхания; поражение нервов и сосудов верхней конечности; недержание мочи.

Кун-цауй, Р6, т. СЕ.

Локализация: на 7 пропорциональных отрезков выше (проксимальнее) лучезапястного сустава, у локтевого края плечелучевой мышцы.

Глубина 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирающее.

Показания: острые заболевания дыхательной системы, поражения нервов и сосудов верхней конечности; бессонница при поражении легких.

Ле-цзюэ, Р7 («расселина»), т. ЛО, командная точка чудесного канала Жень-май, связывающая точка чудесного канала Инь-цзяо-май.

Локализация: на 1,5 пропорциональных отрезка проксимальнее уровня лучезапястного сустава, на боковой (лучевой) поверхности предплечья проксимальнее шиловидного отростка лучевой кости, между сухожилиями короткого разгибателя большого пальца и длинной отводящей мышцей большого пальца. Два варианта введения иглы: 1) перпендикулярно коже; 2) косо вверх. При введении иглы необходимо развести сухожилия.

Глубина: 0,5 см, 1 см при косом введении.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение органов дыхания; поражение полости рта, лицевые боли, невралгия V пары черепных нервов; осложненный неврит лицевого нерва; поражение нервов и сосудов верхней конечности; гемипарезы, гемикрания.

Цайн-цюн, P8 (точка элемента металл).

Локализация: на 1 пропорциональный отрезок проксимальнее лучезапястного сустава у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение органов дыхания; поражение нервов (главным образом срединного) и сосудов верхней конечности.

Тай-юань, P9 («большой источник», точка элемента земля), т. ЮАНЬ.

Локализация. на уровне лучезапястного сустава у лучевого края сухожилия лучевого сгибателя кисти, в месте пульсации лучевой артерии, между ней и сухожилием.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение органов дыхания, заболевания кожи; поражение нервов (главным образом срединного) и сосудов верхней конечности, поражение лучезапястного сустава; боли в области сердца, глазные болезни.

Юй-цзи, P10 (точка элемента огонь).

Локализация. между основанием I пястной и многоугольной костью на тыльно-ладонной границе кожи.

Глубина: 0,7 см

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания: поражение органов дыхания; поражение нервов (главным образом лучевого) и сосудов руки; головные боли.

Шяо-шан, P11 (точка элемента дерево).

Локализация: на пересечении линии основания и лучевого края ногтя I пальца.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые (используется для кровопускания).

Показания: поражение органов дыхания (используется с кровопусканием при поражении носа и носоглотки); поражение срединного нерва (главным образом); поражение полости рта, функциональная осиплость голоса, мигрень, гипертермия.

КАНАЛ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шан-ян, G11 (точка элемента металл).

Локализация: у корня ногтя II пальца с лучевой стороны, на месте пересечения лучевой границы и основания корня ногтя.

Глубина 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые, используется кровопускание трехгранной иглой.

Показания поражение системы дыхания (главным образом носоглотки); поражение полости рта, лицевые боли; поражение кисти, невриты верхней конечности (главным образом срединного нерва); поражение слуха, глаукома, гипертермия.

Эр-цзянь, G12 («второй промежуток»; точка элемента вода).

Локализация: дистальнее II пястно-фалангового сочленения, в месте перехода тела проксимальной фаланги в основание, на границе тыльной и ладонной поверхностей кожи.

Глубина до 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания. поражение дыхательной системы и толстой кишки; лицевые боли, поражение полости рта, неврит лицевого нерва (преимущественно осложненные формы); поражение нервов и сосудов верхней конечности (преимущественно при поражении лучевого нерва).

Сань-цзянь, G13 («третий промежуток»; точка элемента дерево).

Локализация: проксимальнее II пястно-фалангового сочленения, в месте перехода II пястной кости в головку на границе тыльной и ладонной поверхностей кожи.

Глубина 0,7 см

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, умеренная иррадиация по ходу канала.

Показания см. т Эр-Цзянь G12.

Хэ-гу, G14 («собрание злаков»), т. ЮАНЬ.

Локализация в первом межпальцевом промежутке, на уровне вершины кожной складки при приведенном I пальце, на возвышении первой межкостной мышцы. При форсированном введении иглы может развиваться коллапс

Глубина 1—1,5 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация в I и II пальцы и вверх по ходу канала, ломота, распирание.

Показания: поражение толстой кишки, дыхательной системы и кожи; поражение полости рта и носоглотки, лицевые боли, неврит VII пары черепных нервов; поражение сосудов и нервов руки; вегетативно-сосудистые дистонии по гипотензивному типу, общее анальгетическое действие, задержка менструации.

Ян-си, G15 (точка элемента огонь).

Локализация: в анатомической табакерке, на уровне лучезапястного сустава между сухожилиями длинного и короткого разгибателей большого пальца.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание.

Показания поражение системы дыхания и толстой кишки, особенно дискинезии кишечника у детей; лицевые боли, заболевания носоглотки и полости рта, неврит лицевого нерва; поражение лучевого нерва и лучезапястного сустава.

Пянь-ли, G16, т ЛО.

Локализация на 3 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, между длинной отводящей мышцей I пальца и коротким разгибателем I пальца.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация по ходу канала (на значительном удалении от места введения).

Показания: поражение толстой кишки и дыхательной системы; лицевые боли, неврит лицевого нерва; поражение верхней конечности (преимущественно неврит лучевого нерва); поражение глаз и ушей.

Вэнь-лю, G17 («теплый поток», син. 1 т. ШЭ-ТОУ— «голова змеи»), т. СЕ 3).

Локализация. на 5 пропорциональных отрезков проксимальнее уровня лучезапястного сустава, в месте перехода короткого лучевого разгибателя кисти в сухожилие (что создает сходство с головой змеи).

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация по ходу канала.

Показания: поражение дыхательной системы, острое поражение кишечника (боли, спазмы), поражение кожи (кожный зуд, остро развивающиеся аллергические проявления); лицевые боли, неврит лицевого нерва; поражение верхней конечности (преимущественно неврит лучевого нерва).

Шоу-сань-ли, G110 («три версты на руке»).

Локализация на 2 пропорциональных отрезка дистальнее точки Цюй-Чи G111 (в положении максимального сгибания руки в локтевом суставе) между группами мышц передней и задней поверхностей предплечья.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация на большом протяжении, ломота, распирание.

Показания: поражение толстой кишки и дыхательной системы, поражение кожи; лицевые боли, неврит лицевого нерва; поражение нервов и сосудов верхней конечности; гемипарезы, вегетативно-сосудистая дистония

Цюй-чи, G111 («пруд у изгиба»; точка элемента земля).

Локализация. на вершине складки при максимально согнутой в локтевом суставе руке. Иглу вводят при физиологическом положении руки (полусогнутое).

Глубина: до 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, ярко выраженная иррадиация по ходу канала.

Показания: поражение толстой кишки и дыхательной системы, поражение кожи (в том числе аллергические проявления); поражение полости рта, лицевые боли, неврит лицевого нерва; поражение нервов и сосудов руки, поражение суставов; альгодисменорея, неврозы, вегетативно-сосудистые дистонии, гемипарезы.

Шоу-у-ли, G113.

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка проксимальнее точки Цюй-Чи G111, у лучевого края трехглавой мышцы. Введение иглы за прещено из-за опасности повреждения сосудов в лучевом канале и возможности развития ишемического неврита лучевого нерва. Проводят только прогревание.

Показания: поражение нервов и сосудов верхней конечности.

Би-нао, G114.

Локализация: в месте прикрепления дельтовидной мышцы к одноименной бугристости плечевой кости.

Глубина. до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение нервов и сосудов руки, шейные плекситы, радикулиты, спастическая кривошея; вегетативно-сосудистые дистонии, глазные болезни.

Цзянь-юй, G1.15 («конец плеча»).

Локализация: в область плечевого сустава, между головкой плечевой кости и акромионом.

Для нахождения точки необходимо пассивно отвести плечо, в этом положении отчетливее определяется углубление в середине дельтовидной мышцы. Иглу вводят или перпендикулярно, или продольно вдоль оси руки. Относится к точкам «воротниковой зоны».

Глубина 1,5—2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, отчетливая иррадиация.

Показания: шейный радикулит, миозит; поражение сосудов, нервов, суставов, кожи верхней конечности; повышенный тонус мышц верхней конечности, гемипарезы; вегетативно-сосудистая дистония, невроты, аллергия.

Цзюй-гу, G116.

Локализация в месте схождения ключицы и акромиона.

Глубина до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, умеренная иррадиация.

Показания: плексит плечевого сплетения, поражение плечевого сустава.

Тянь-дин, G117.

Локализация: у заднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы, на месте пересечения с линией, проведенной по нижнему краю щитовидного хряща параллельно ключице (положение головы вертикальное).

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, местная иррадиация.

Показания: плекситы шейного и плечевого сплетений, поражение ЛОР-органов, спастическая кривошея.

Фу-ту, G118.

Локализация: в центре брюшка грудиноключично-сосцевидной мышцы, на уровне линии верхнего края щитовидного хряща, проведенной параллельно ключице.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: умеренная иррадиация по ходу мышцы, ломота, распирающее.

Показания: поражение мышц и нервов шеи, поражение ЛОР-органов, поражение возвратного нерва, истерический мутизм.

Хэ-ляо (область носа), G119.

Локализация: на уровне точки Жэнь-Чжун (VG26) под точкой Цин-Мин (V1).

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее.

Показания: невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, вазомоторный ринит, заболевания полости рта.

Ин-сян, G120 («встреча с запахом»).

Локализация: между носогубной складкой и крылом носа на уровне середины наружного края крыла носа.

Глубина: 0,5—0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация на небольшом протяжении от места введения вверх и вниз.

Показания: вазомоторный ринит, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, бронхиальная астма.

КАНАЛ ЖЕЛУДКА

Чэн-ци, E1 (4) («скопление слез»).

Локализация: над серединой нижнего края орбиты.

Глубина: 0,5 см в область орбиты.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: глазные болезни, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва.

Сы-бай, E2 (5).

Локализация: в центре собачьей ямки, под точкой Чэн-Ци, в месте выхода II ветви тройничного нерва из подглазничного отверстия.

Глубина: 0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, ярко выраженная иррадиация вверх — в область глазного яблока, вниз — в верхнюю челюсть.

Показания: глазные болезни, вазомоторный ринит, невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, поражение полости рта, поражение придаточных пазух носа.

Цзюй-ляо, E3.

Локализация на уровне точки Жэнь-Чжун (VG26) под точкой Сы-Бай (E2).

Глубина: 0,5—0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация вниз (в область зубов верхней челюсти) и вверх (по направлению к точке Сы-Бай).

Показания: невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, вазомоторный ринит, заболевания полости рта.

Ди-цан, E4 («скопление земли»).

Локализация: кнаружи от угла рта на носогубной складке. Иглу вводят или перпендикулярно, или по направлению к точке Цзя-Чэ (E6).

Глубина: при первом варианте — 0,3—0,4 см, при втором — 2—3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта, расстройства речи.

Дя-ин, E5 («большая встреча»).

Локализация: в области щеки, у переднего края жевательной мышцы, над местом пульсации лицевой артерии.

Глубина: 0,3—0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта.

Цзя-чэ, E6 («жевательная машина»).

Локализация: при плотно сжатых зубах — на биссектрисе угла нижней челюсти на вершине жевательной мышцы. Направление — перпендикулярно к коже или подкожно к точке Ди-Цан (E4).

Глубина при первом варианте введения — 1 см, при втором — 2—3 см

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация вверх в область виска.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта, локальная торсионная дистония, спастическая кривошея, расстройства речи, миозит шеи.

Ся-гуань, Е7 (2) («книзу от открывателя»).

Локализация: в области щеки, под серединой скуловой дуги, кпереди от суставного отростка нижней челюсти. При полностью открытом рте это место заполняется суставным отростком нижней челюсти.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация вверх до области виска, вниз в область нижней челюсти.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, поражение слухового и вестибулярного аппарата, заболевания полости рта.

Тоу-вэй, Е8 («обвязанная голова»).

Локализация в височной области, на пересечении венечного шва с верхним краем височной мышцы. Верхний край височной мышцы лучше контурируется при сжатых зубах.

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация (ярко выраженная) кзади и кпереди от места введения иглы.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни.

Жэнь-ин, Е9 («встреча с человеком»).

Локализация на уровне верхнего края щитовидного хряща, по линии, проведенной параллельно ключице, на месте пересечения с передним краем грудиноключично-сосцевидной мышцы. Вводить иглу осторожно, во избежание рефлекторных осложнений с синокаротидной зоны или периневрия блуждающего нерва (желательно пользоваться серебряными иглами)

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: все вегетативные (в том числе и вегетативно-сосудистые) расстройства, вегеталгии, нарушения кровообращения в верхних и нижних конечностях, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь.

Ци-шэ, Е11.

Локализация: в промежутке между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы, над ключицей.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания спастическая кривошея, поражение легких.

Цюэ-пэнь, Е12.

Локализация: на боковой поверхности шеи, над серединой ключицы. Вводить иглу осторожно — в глубине — верхушка легкого и подключичная артерия. По некоторым данным, в этой точке пересекаются все каналы, относящиеся к ЯН.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: спастическая кривошея, заболевания легких.

Ци-ху, E13.

Локализация на 2БЛГр под ключицей.

Глубина. 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, плечевой и шейный плекситы, межреберная невралгия.

Ин-чуан, E16.

Локализация: на 2БЛГр в III межреберье, у женщин — у верхнего края молочной железы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, спазм кардиального отдела пищевода, межреберная невралгия, гипогалактия.

Жу-чжун, E17 («середина молока»).

Локализация: центр соска. Иглоукалывание не проводят. ЦЗЮ — 3—5 мин «клюющим» методом.

Показания: гипогалактия, трещины сосков (обкуривание дымом полыхных сигарет).

Жу-гэнь, E18 («корень молока»).

Локализация: на 2БЛГр в пятом межреберье, у женщин — у нижнего края молочной железы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, спазм кардиального отдела пищевода, межреберная невралгия, гипогалактия.

Бу-жун, E19.

Локализация: на 2БЛЖ на 6 пропорциональных отрезков выше пупка, на уровне точки Цзюй-Цюе (VC14).

Глубина: 0,3—0,5 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей, солярит.

Тянь-шу, E25, точка МУ канала толстой кишки.

Локализация: на 2БЛЖ на уровне пупка.

Глубина: 0,3—0,5 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: дискинезии желудочно-кишечного тракта, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, альгодисменорея; хронические заболевания у детей, диспепсия.

Шуй-дао, E28 («путь воды»).

Локализация: на 2БЛЖ на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края лобковой кости, на уровне точки Гуань-Юань (VC4).

Глубина: 0,3—0,5 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: расстройства мочеиспускания, сексуальные расстройства, бесплодие, НМЦ, альгодисменорея.

Ци-чун, Е30.

Локализация: на 2БЛЖ над верхним краем лобковой кости.

Глубина: 0,3 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: НМЦ, альгодисменорея, сексуальные расстройства, неврозы, бесплодие, послеродовые осложнения.

Би-гуань, Е31.

Локализация: на уровне промежности, у наружного края портняжной мышцы (мышцу искать при забрасывании ноги на ногу).

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: поясничный радикулит, болезнь Рота, поражение тазобедренного сустава, гемипарезы, бесплодие.

Фу-ту, Е32.

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков выше верхнего края надколенника или на середине расстояния между верхним краем надколенника и уровнем промежности, на средней линии бедра.

Глубина: до 3 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация, ломота, распирание.

Показания: радикулит, болезнь Рота, пара- и гемипарезы.

Лян-цю, Е34, точка СЕ.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края надколенника, на латеральном крае сухожилия прямой головки четырехглавой мышцы бедра.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания: при обострении и выраженном болевом синдроме в случаях поражения желудка и двенадцатиперстной кишки; болезнь Рота, поясничный радикулит.

Ду-би, Е35 («нос теленка»).

Локализация: на уровне нижнего края надколенника, латеральнее его связки, в углублении при согнутой в коленном суставе под углом 90° ноге. В этом же положении вводят иглу (перпендикулярно коже, т. е. под углом 45° к сагиттальной плоскости ноги).

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение коленного сустава.

Цзу-сань-ли, Е36 («три версты на ноге», точка, относящаяся к элементу земля).

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка ниже нижнего края надколенника, латеральнее на 1 поперечник пальца (II) большого от гребня большеберцовой кости.

Глубина: до 2 см.

Предусмотренные ощущения: все, выраженные.

Показания: широкий спектр показаний при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и полости рта; головные боли сосудистого генеза, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни; поражение сосудов и нервов нижней конечности, пояснично-крестцовый радикулит, пара- и гемипарезы, эндартерит; неврозы, бронхиальная астма; иглоаналгезия и хронические вялотекущие процессы; бесплодие. Часто воздействие на точку используют в качестве пробной процедуры.

Шан-цзюй-суй, Е37.

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков ниже нижнего края надколенника, на брюшке большеберцовой мышцы.

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация, ломота, расправление.

Показания: заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки; неврит малоберцового нерва, пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий энтерит; дискинезии толстой кишки.

Тяо-коу, Е38.

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков выше верхнего края наружной лодыжки, середина расстояния между точкой Ян-Лин-Цюань (VB34) и верхним краем наружной лодыжки, между длинным разгибателем пальцев и передней большеберцовой мышцей.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, расправление, отчетливая иррадиация.

Показания: заболевания носоглотки; пояснично-крестцовый радикулит, поражение сосудов и нервов ноги; дискинезии кишечника.

Ся-цзюй-суй, Е39.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков проксимальнее верхнего края наружной лодыжки, между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, расправление, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение желудка; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва; поражение тонкой кишки.

Фэн-лун, Е40, точка ЛО.

Локализация: на уровне точки Тяо-Коу (Е38), на 8 пропорциональных отрезков ниже надколенника на середине головки длинного разгибателя пальцев стопы (между линиями каналов желчного пузыря и желудка).

Глубина: до 2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, расправление.

Показания: поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, трофические расстройства; головные боли при заболеваниях желудочно-кишечного тракта; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва, облитерирующий энтерит; аллергические заболевания (пищевая аллергия), дискинезии кишечника.

Цзе-си, Е41 (точка элемента огонь).

Локализация: на уровне голеностопного сустава, между сухожилиями длинного разгибателя большого пальца и длинного разгибателя пальцев.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, расправление, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение желудка и двенадцатиперстной кишки (в том числе и пищевая аллергия), запоры; головные боли сосудистого генеза, поражение глаз; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва, поражение голеностопного сустава.

Чун-ян, Е42, точка ЮАНЬ.

Локализация: на стыке II и III плюневых и II и III клиновидных костей у медиального края сухожилия длинного разгибателя пальцев.

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания полости рта (трофические расстройства); невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва (осложненные формы).

Сянь-гу, E43 (точка элемента дерево).

Локализация: между II и III плюсневыми костями, в месте перехода их головок в тела.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желудка и кишечника; неврит большеберцового и малоберцового нервов; по традиционным представлениям, воздействие на точку эффективно при отеках.

Нэй-тин, E44 (точка элемента вода).

Локализация: во втором межпальцевом промежутке на уровне перехода тел проксимальных фаланг в основания.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация

Показания. заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки; заболевания полости рта (трофические нарушения); дискинезии кишечника, носовые кровотечения, используется в стоматологии; невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, головные боли сосудистого генеза, риниты; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва.

Ли-дуй, E45 (точка элемента металл).

Локализация. на пересечении линии наружного края ногтя и основания ногтевого ложа II пальца стопы.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания полости рта (гингивиты, кровоточивость десен), носовые кровотечения, лицевые боли, заболевания носоглотки; нарушение сна (конусное цизу), гипертермия.

КАНАЛ СЕЛЕЗЕНКИ (ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Инь-бай, RP1 (точка элемента дерево).

Локализация: на пересечении линии корня и медиального края ногтевой пластинки большого пальца.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта (особенно диспепсии); НМЦ, преимущественно по типу меноррагии; болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит.

Да-ду, RP2 (точка элемента огонь).

Локализация: дистальнее I плюснефалангового сочленения, на переходе тела в основание проксимальной фаланги, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, трофические расстройства; болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, неврит большеберцового нерва.

Тай-бай, RP3, точка ЮАНЬ (точка элемента земля).

Локализация: проксимальнее I плюснефалангового сочленения, в месте перехода головки плюсневой кости в тело на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, трофические расстройства; облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, неврит большеберцового нерва.

Гунь-сунь, RP4, точка ЛО, командная точка чудесного канала Чжун-май.

Локализация: в месте перехода тела I плюсневой кости в основание, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: поражение желудочной кишечника тракта, трофические расстройства; облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, поражение нервов нижних конечностей.

Шан-цю, RP5 (точка элемента металл).

Локализация: на пересечении линий переднего и нижнего краев медиальной лодыжки.

Глубина: до 1 см (иглу вводят при положении стопы под углом 90° к голени).

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: заболевания желудка, дискинезии кишечника (склонность к запорам), привычная рвота; радикулиты (пояснично-крестцовый), заболевания голеностопного сустава, неврит малоберцового нерва.

Сань-инь-цзяо, RP6 («перекрест трех ИНЬ»).

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка выше верхнего края внутренней лодыжки по заднему краю большеберцовой кости, за сухожилием мышцы длинного сгибателя пальцев.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, трофические расстройства, нарушения менструального цикла по типу меноррагии, рефлексорные боли в сердце и нарушения, связанные с приемом пищи; альгодисменорея, бесплодие, сексуальные расстройства (у мужчин и женщин), нарушения родовой деятельности; расстройства мочеиспускания, дискинезии мочевыводящих путей, ночное недержание мочи; дискинезии желчевыводящих путей; неврозы; поражение сосудов и нервов нижней конечности, пояснично-крестцовый радикулит, гемипарезы.

Ди-цзи, RP8, точка СЕ.

Локализация: на 8 пропорциональных отрезков выше верхнего края внутренней лодыжки, за задним краем большеберцовой кости.

Глубина 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: острое поражение желудка (обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острые гастриты); меноррагия, альгодисменорея; пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового нерва, поражение сосудов нижних конечностей, болезнь Рейно.

Инь-лин-цюань, RP9 («источник у холма на теневой стороне», точка элемента металл).

Локализация: на 11 пропорциональных отрезков выше верхнего края медиальной лодыжки, за задним краем большеберцовой кости.

Глубина 1,5—2 см по направлению к Ян-Лин-Цюань (VB34).

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, нарушение трофики, меноррагия; пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, неврит большеберцового нерва, гонит, геми- и парапарезы; вегетативно-сосудистая дистония, неврозы, дизурические расстройства.

Сюе-хай, RP10 («море крови»).

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края надколенника, между портняжной и медиальной широкой мышцами бедра.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания: НМЦ; гонит, неврит бедренной и запирательного нервов, гипертонус мышц, приводящих бедро; зуд и аллергические высыпания на внутренней поверхности бедер.

Цзи мэнь, RP11.

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков выше верхнего края надколенника, между внутренним краем медиальной широкой мышцы бедра и передним краем длинной приводящей мышцы бедра (нижний угол бедренного треугольника).

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: нарушения функции органов малого таза, сексуальные нарушения; неврит бедренного нерва, поражение сосудов ноги, гипертонус мышц, приводящих бедро.

Да-хэи, RP15.

Локализация: на ЗБЛЖ на уровне пупка.

Глубина: 0,5 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: дискинезии желудочно-кишечного тракта, НМЦ, альгодисменорея.

Ши-доу, RP17 («сосуд с пищей»).

Локализация: ЗБЛГр в пятом межреберье, у женщин — у латерального края молочной железы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: гипогалактия, дискинезии желчевыводящих путей, межреберная невралгия, икота.

Да-бао, RP21, точка «большое ЛО» канала селезенки.

Локализация: в шестом межреберье по средней подмышечной линии.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, поражение желудка, кардиалгия, межреберная невралгия.

КАНАЛ СЕРДЦА

Цзи-цюань, C1.

Локализация: на уровне вершины подмышечной складки, в переднем отделе подмышечной ямки, между большой грудной и двуглавой мышцами плеча.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: поражение плечевого сустава, плечевой плексит, гемипарез.

Шао-хай, C3 («маленькое море», точка элемента вода).

Локализация: на локтевой складке, на вершине локтевой складки с медиальной стороны при максимально согнутой в локтевом суставе руке.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: кардиалгии функционального генеза, неврозы, глоссодии; невриты соответствующих нервов, поражение локтевого сустава; головные боли, заболевания почек и мочевыделительной системы, энурез.

Лин-дао, C4 («путь судьбы», точка элемента металл).

Локализация: на 1,5 пропорциональных отрезка проксимальнее точки Шэнь-Мэнь (C7), у лучевого края локтевого сгибателя кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: кардиалгии функционального генеза, неврозы; неврит локтевого и срединного нервов.

Тун-ли, C5 («плавная речь»), точка ЛО.

Локализация: на 1 пропорциональный отрезок проксимальнее точки Шэнь-Мэнь (C7), у лучевого края локтевого сгибателя кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: нарушения сердечного ритма функционального характера, расстройства речи (в том числе логоневроз); неврит локтевого нерва, поражение лучезапястного и локтевого суставов; глазные болезни.

Инь-си, C6, точка СЕ.

Локализация: на 0,5 пропорциональных отрезка проксимальнее точки Шэнь-Мэнь (C7), у лучевого края локтевого сгибателя кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: кардиалгии, невроты (фобии, истерия); поражение лучезапястного сустава и неврит локтевого нерва; носовые кровотечения.

Шэнь-мэнь, С7 («врата духа»), точка ЮАНЬ и элемента земля.

Локализация: у места прикрепления локтевого сгибателя кисти к гороховидной кости.

Глубина до 1 см. Существуют два способа введения: 1) у лучевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти; 2) под сухожилие локтевого сгибателя у кисти у локтевого края этого сухожилия. Второй способ введения более предпочтителен.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: кардиалгии и нарушения сердечного ритма функционального генеза, невроты, вегетативно-сосудистая дистония; поражение лучезапястного сустава и неврит локтевого нерва.

Шао-фу, С8 (точка элемента огонь).

Локализация: на ладонной поверхности между IV и V пястными костями, проксимальнее их головок.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: кардиалгии, нарушения сердечного ритма функционального характера, сексуальные невроты у женщин, ночное недержание мочи; неврит локтевого нерва, вегетативно-сосудистые поражения верхней конечности (вибрационная болезнь, болезнь Рейно, облитерирующий эндартерит); зуд вульвы, задержка мочеиспускания (рефлекторная), малярия.

Шао-чун, С9 (точка элемента дерево).

Локализация: у лучевого края V пальца, на пересечении линии основания ногтевого ложа и лучевого края ногтя.

Глубина 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: кардиалгия и нарушения сердечного ритма функционального генеза; неврит локтевого нерва; гипертермия, коллапс.

КАНАЛ ТОНКОЙ КИШКИ

Шю-цзэ, IG1 (точка элемента металл).

Локализация: у корня ногтя V пальца, на пересечении линии корня ногтя и локтевого края ногтя V пальца.

Глубина 0,2 см (используют пункцию с кровопусканием).

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: головные боли сосудистого генеза, глазные болезни, риносинусопатия, заболевания носоглотки; неврит локтевого нерва; коллапс, малярия, гипертермия.

Нянь гу, IG2 (точка элемента воды).

Локализация: дистальнее основания основной фаланги пальца на границе кожи тыльной и ладонной поверхности кисти.

Глубина: 0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: заболевания полости рта, глаз, ушей и шеи. Неврит локтевого нерва, парестезии верхних конечностей.

Хоу-си, IG3 («впадина сзади», точка элемента дерево), командная точка чудесного канала Ду-май, связывающая точка чудесного канала Ян-цзяо-май.

Локализация: проксимальнее головки V пястной кости на границе кожи тыльной и ладонной поверхностей кисти. Иглу вводят при полусогнутых пальцах.

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: поражение тонкой кишки (дискинезии), заболевания ушей, глаз, носа, рта, спастическая кривошея, неврит локтевого нерва, парестезия в руке, писчий спазм, гемипарезы (гипертонус мышц), поражение шеи, вегетативно-ирритативные синдромы, связанные с поражением позвоночника.

Вань-гу, IG4, точка ЮАНЬ.

Локализация: между основанием V пястной кости и трехгранной костью на границе кожи тыльной и ладонной поверхностей кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение тонкой кишки (дискинезии); заболевания сердца, головные боли, глазные, ушные болезни, спастическая кривошея; поражение нервов (главным образом локтевого) и сосудов верхней конечности, поражение лучезапястного сустава.

Ян-гу, IG5 (точка элемента огня).

Локализация: между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью, у локтевого края сухожилия локтевого разгибателя кисти.

Глубина: до 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение органа слуха и полости рта; неврит локтевого нерва, поражение лучезапястного сустава.

Ян-лао, IG6 («питающая старость»), точка СЕ.

Локализация: на выступающей части шиловидного отростка локтевой кости, в месте прохождения сухожилия локтевого разгибателя кисти. Точка «открывается» для воздействия при супинации между шиловидным отростком и локтевым разгибателем кисти. Для нахождения точки II палец устанавливают на шиловидный отросток локтевой кости в положение пронации кисти и производят супинацию.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: глазные болезни, шейный радикулит; поражение лучезапястного и локтевого суставов, неврит лучевого нерва. По данным древних трактатов, используется при астенизации после тяжелых травм или при хронических заболеваниях.

Чжи-чжен, IG7, точка ЛО.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков проксимальнее лучезапястного сустава у локтевого края локтевого разгибателя кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение тонкой кишки и сердца; поражение шеи, глазные болезни; поражение локтевого сустава, неврит локтевого и лучевого нервов.

Сяо-хай, IG8 (точка элемента земля).

Локализация: между внутренним мыщелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости в локтевой борозде.

Глубина 0,5 см.

Показания: поражение слуха, лицевые боли; шейный радикулит, неврит локтевого нерва, поражение локтевого и плечевого суставов.

Цзянь-чжэнь, IG9.

Локализация: вершина подмышечной складки сзади при свободно опущенной руке.

Глубина 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: умеренная иррадиация, ломота, распирание.

Показания: поражение слуха, миозит шеи, поражение шейного отдела позвоночника, плечевого сустава, верхней конечности.

НАО-ШУ, IG10.

Локализация: под остью лопатки, в месте перехода ее в акромион.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: миозит шейных мышц, клинические проявления остеохондроза позвоночника; поражение плечевого сустава, сосудов, нервов верхней конечности.

Тянь-цзун, IG11.

Локализация: на вершине равностороннего треугольника, основание которого образовано точками Цзянь-Чжэнь (IG9) и НАО-ШУ (IG10).

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение шейного отдела позвоночника, плечевой плексит, поражение плечевого сустава.

Бин-фэн, IG12.

Локализация: на одной вертикали с точкой Тянь-Цзун (IG11) над остью лопатки (у верхнего ее края).

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение шейного отдела позвоночника с радикулярным, мышечно-дистоническим и сосудистыми синдромами.

Цзянь-вай-шу, IG14.

Локализация: на середине расстояния между точками Цзянь-Чжун-Шу (IG15) и Цзянь-Цзинь (VB21) на уровне промежутка между остистыми отростками I и II грудных позвонков.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: глазные болезни, клинические проявления остеохондроза позвоночника, миозит шеи, поражение плечевого сустава. По принадлежности к «воротниковой зоне» — гипертонус мышц, вегетативно-сосудистая дистония, бронхиальная астма, вегеталгии.

Цзянь-чжун-шу, IG15.

Локализация: на середине расстояния между точками Да-Чжуй (VG14) и Цзянь-Цзинь (VB21) на уровне середины межостистого промежутка VII шейного и I грудного позвонков (точка Да-Чжуй).

Глубина: 1,5—2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, расправление.

Показания: глазные болезни, клинические проявления остеохондроза позвоночника, миозит шеи, поражение плечевого сустава. По принадлежности к «воротниковой зоне» — гипертонус мышц, вегетативно-сосудистая дистония, бронхиальная астма, вегеталгии.

Гянь-чуан, IG16.

Локализация: у заднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы, на месте пересечения с линией, проведенной по верхнему краю щитовидного хряща параллельно ключице.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: умеренная иррадиация, ломота, расправление.

Показания: спастическая кривошея, поражение шейного отдела позвоночника, поражение слуха.

Тянь-жуи, IG17.

Локализация: под точкой И-Фэн (TR17), у нижнего края околоушной железы.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: иррадиация вверх и вниз от места введения иглы.

Показания: поражение ушей, различные проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, спастическая кривошея.

Тин гуи, IG 19 («дворец слуха»).

Локализация: у переднего края хряща ушной раковины на уровне середины козелка (при обычном строении козелка — его вершина, при раздвоенном козелке — центр вырезки). Иглу вводят при открытом рте.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, расправление, иррадиация вверх и вниз от места введения иглы на небольшом протяжении.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва

КАНАЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Цин-мин, VI («ясный свет»).

Локализация: у внутреннего угла глаза над связкой верхнего века. Классическое направление иглы — вдоль внутреннего края орбиты в полость орбиты (используется преимущественно офтальмологами). Более часто применяется направление иглы в сторону внутренней стенки орбиты. При более низком введении иглы или направлении иглы вниз существует опасность повреждения слезного протока и образования свища.

Глубина: при классическом варианте введения — 2 см и больше, до параневрального пространства зрительного нерва, при втором — в сторону внутренней стенки орбиты на 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, расправление.

Показания: глазные болезни, неврит лицевого нерва, невралгия V пары черепных нервов. При длительном течении неврита VII пары черепных нервов и наличии лагофтальма указанная точка является

показателем перспективности восстановления двигательных функций: смыкание век при массаже этой точки является благоприятным признаком.

Цуань-чжу, V2.

Локализация: у внутреннего края надбровной дуги, в бороздке, где проходит медиальный надглазничный нерв.

Глубина. 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация по ходу нерва вверх и в область орбиты.

Показания. невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни, заболевания придаточных пазух носа, головные боли сосудистого генеза

Мэй-чун, V3 («сведение бровей»).

Локализация на верхнем крае надбровного валика над точкой Цуань-Чжу (V2)

Глубина. 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания: невралгия, неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни, вазомоторный ринит, заболевания придаточных пазух носа.

Цюй-ча, V4.

Локализация: на 1БЛГ на уровне точки Шэнь-Тин (VG24).

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия V пары черепных нервов, неврит VII пары черепных нервов, глазные болезни, фронтиты, риниты, головная боль (сосудистого генеза).

Тун-тянь, V7.

Локализация: на 1БЛГ на уровне точки Бай-Хуэй (20).

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), невралгия затылочного нерва и V пары черепных нервов, риносинусопатия.

Юй-жень, V9 («нефритовая подушка»).

Локализация: на 1БЛГ на уровне верхнелатерального края наружного затылочного бугра, в бороздке большого затылочного нерва на верхней выйной линии

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация вверх и вниз, ломота, распирание.

Показания. невралгия затылочных нервов, поражение шеи (миозиты), клинические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, спастическая кривошея, глазные болезни.

Тянь-чжу, V10 («небесный столп»).

Локализация: на уровне точки Я-Мэнь (VG15), точке над остистым отростком II шейного позвонка, на середине мышечного валика, образованного собственными глубокими мышцами шеи, покрытого трапециевидной мышцей.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: спастическая кривошея, головные боли сосудистого генеза, вегетативные расстройства; корешковые и ирритативно-вегетативные и сосудистые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Да-чжу, V11.

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_I—Th_{II}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: клинические проявления остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника, миозит шеи, спастическая кривошея. По принадлежности к «воротниковой» зоне — вегетативно-сосудистая дистония; мышечно-тонические расстройства (локальные торсионные дистонии), бронхиальная астма, вегеталгии. Поражение костной системы

Фэн мэнь, V12 («врата ветра»).

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_{II}—Th_{III}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: клинические проявления остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника, миозит шеи. По принадлежности к «воротниковой» зоне — вегетативно-сосудистая дистония, мышечно-тонические расстройства (спастическая кривошея, локальные торсионные дистонии), бронхиальная астма. Аллергические заболевания, поражение костной системы.

Фэй-шу, V13 (фэй—«легкие»), точка ШУ на спине канала легких.

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_{III}—Th_{IV}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение дыхательной системы, поражение кожи; корешковый и вегетативно-ирритативный синдромы остеохондроза грудного отдела позвоночника, межреберная невралгия.

Цзюе-инь-шу, V14, точка ШУ на спине канала перикарда.

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_{IV}—Th_V.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: кардиалгии, вегетативно-сосудистые дистонии, неврозы, нарушения сердечного ритма; межреберная невралгия, корешковый синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника.

Синь-шу, V15 (синь—«сердце»), точка ШУ на спине канала сердца.

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_V—Th_{VI}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: кардиалгии (функционального характера), нарушения сердечного ритма (внекардиального генеза), неврозы (в том числе логоневроз); межреберная невралгия, корешковый синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника, кардиоспазм.

Гэ-шу, V17 (гэ—«диафрагма»).

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка Th_{VI}—Th_{VIII}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: кардиоспазм, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей, поражение легких, грудной радикулит, межреберная невралгия, икота; вегетативно-сосудистая дистония, аллергические заболевания.

Гань-шу, V18 (гань — «печень»), точка ШУ на спине канала печени.

Локализация: на ИБЛС на уровне межкостного промежутка Th₁х—Th_х.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, глазные болезни, дизэнцефальный синдром, локальные торсионные дистонии, нарушения свертывающей и антисвертывающей системы крови; межреберная невралгия, грудной радикулит, поражение желудка.

Дань-шу, V19 (дань — «желчный пузырь»), точка ШУ на спине канала желчного пузыря.

Локализация: на ИБЛС на уровне межкостного промежутка Th_х—Th_{х1}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, глазные болезни, дизэнцефальный синдром, локальные торсионные дистонии, нарушения свертывающей и антисвертывающей системы крови; межреберная невралгия, грудной радикулит, поражение желудка.

Пи-шу, V20 (пи — «селезенка»), точка ШУ на спине канала селезенки — поджелудочной железы.

Локализация: на ИБЛС на уровне межкостного промежутка Th_{х1}—Th_{х11}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, дистрофия мышц, трофические расстройства (кератиты, стоматиты, трофические язвы), аллергические заболевания (пищевая аллергия); поясничный радикулит, межреберная невралгия.

Вэй-шу, V21 (вэй — «желудок»), точка ШУ на спине канала желудка.

Локализация: на ИБЛС на уровне межкостного промежутка Th_{х11}—L₁.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение желудочно-кишечного тракта, дистрофия мышц, трофические расстройства (кератиты, стоматиты, трофические язвы), аллергические заболевания (пищевая аллергия); поясничный радикулит, межреберная невралгия.

Сань-цзяо-шу, V22 (сань цзяо — «три обогревателя»), точка ШУ канала трех обогревателей.

Локализация: на ИБЛС на уровне межкостного промежутка L₁—L₁₁.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: как дополнительная точка при поражении органов грудной, брюшной полостей и органов малого таза; поясничный радикулит.

Шэнь-шу, V23 (шэнь — «почка»), точка ШУ на спине канала почек.

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка L_{II}—L_{III}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: поражение мочевыводящей системы, заболевания органов малого таза (альгодисменорея, нарушение родовой деятельности, бесплодие и др.), сексуальные расстройства, гипертоническая болезнь, поражение слуха, неврозы, климактерический синдромокомплекс; пояснично-крестцовый радикулит; глазные болезни, вегетативно-сосудистая дистония.

Ци-хай-шу, V24 (ци-хай — «море газов»).

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка L_{III}—L_{IV}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, дискинезии кишечника (в том числе метеоризм).

Да-чан-шу, V25 (да-чан — «толстая кишка»), точка ШУ на спине канала толстой кишки.

Локализация: на уровне межостистого промежутка L_{IV}—L_V.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии толстой кишки, пищевая аллергия; поражение органов малого таза, пояснично-крестцовый радикулит.

Гуань-юань-шу, V26 (гуань-юань — «источник открывателя»).

Локализация: на 1БЛС на уровне межостистого промежутка L_V—S_I.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: нарушения мочеиспускания и дефекации; поражение женской половой сферы, сексуальные расстройства, пояснично-крестцовый радикулит.

Сяо-чан-шу, V27 (сяо-чан — «тонкая кишка»), точка ШУ на спине канала тонкой кишки.

Локализация: на 1БЛС на уровне первого крестцового отверстия.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии кишечника; нарушения мочеиспускания, сексуальные расстройства, заболевания органов малого таза, пояснично-крестцовый радикулит.

Пан-гуан-шу, V28 (пан-гуан — «мочевой пузырь»), точка ШУ на спине канала мочевого пузыря.

Локализация: на 1БЛС на уровне второго крестцового отверстия.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания нарушения мочеиспускания, дискинезии толстой кишки, поражение органов малого таза, сексуальные расстройства, пояснично-крестцовый радикулит.

Точки ба-ляо (ба-ляо — «восемь ямок»), V31—V34.

Локализация: в проекции крестцовых отверстий.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, локальная иррадиация.

Показания. нарушения мочеиспускания, сексуальные расстройства (неврозы), НМЦ, альгодисменорея, нарушения родовой деятельности, дискинезии толстой кишки, кокцигодиния, пояснично-крестцовый радикулит.

Хуэй-ян, V35.

Локализация: у нижнелатерального края крестца.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, локальная иррадиация.

Показания: кокцигодиния, сексуальные нарушения у женщин, поражение корешков конского хвоста, экзема области промежности.

Гао-хуан, V43(38).

Локализация: на 2БЛС на уровне середины расстояния между остистыми отростками Th_{IV}—Th_V.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, грудной радикулит, межреберная невралгия; астенизация; хронические, вялотекущие процессы.

Гэ-гуань, V46(41) (гэ — диафрагма, гуань — открыватель).

Локализация: на 2БЛС на уровне межостистого промежутка Th_{VII}—Th_{VIII}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: кардиоспазм, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей, поражение легких, грудной радикулит, межреберная невралгия, икота; вегетативно-сосудистая дистония, аллергические заболевания.

Чжи-ши, V52 (47).

Локализация: на 2БЛС на уровне межостистого промежутка L_{II}—L_{III}.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: расстройство мочеиспускания, пояснично-крестцовый радикулит; неврозы, дискинезии желудочно-кишечного тракта.

Чжи-бянь, V54(49).

Локализация: на 2БЛС на уровне входа в крестцовый канал.

Глубина: до 4 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного нерва, нарушения мочеиспускания.

Чэн-фу, V36 (50).

Локализация: на ягодичной складке, между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и полусухожильной мышцей.

Глубина: до 4 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация на большом протяжении, ломота, распирание.

Показания: расстройство мочеиспускания, альгодисменорея; пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного и большеберцового нервов, геми- и парепарезы, поражение тазобедренного сустава.

Инь-мэнь, V37 (51).

Локализация: на 7 пропорциональных отрезков выше подколенной складки, между длинной головкой двуглавой мышцы бедра и полусухожильной мышцей.

Глубина. 2 см.

Предусмотренные ощущения: ярко выраженная иррадиация, ломота, распирание.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного нерва, гемипарез, поражение коленного и тазобедренного суставов.

Вэй-ян, V39 (53).

Локализация: на подколенной складке на уровне точки Вэй-Чжун (V40) у внутреннего края сухожилия двуглавой мышцы бедра.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: нарушения мочеиспускания; корешковые боли при остеохондрозе позвоночника; пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного и большеберцового нервов, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно, судороги икроножных мышц.

Вэй-чжун, V40 (54) (точка элемента земля).

Локализация: на подколенной складке, латеральнее проекции подколенной артерии; на середине валика, образованного подколенной мышцей.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: весьма выраженная иррадиация на большом протяжении, ломота, распирание.

Показания: нарушения мочеиспускания; головные боли, вегетативно-сосудистая дистония, вегеталгии, вазомоторный и аллергический риниты, корешковые боли по ходу канала; пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий эндартериит, геми- и парепарезы, неврит седалищного и большеберцового нервов, поражение коленного сустава; аллергические заболевания (крапивница, экзема), острые дискинезии кишечника, рвота, боли в надчревной области.

Хэ-ян, V55.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка ниже подколенной складки между головками икроножной мышцы.

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: все.

Показания: альгодисменорея; пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного и большеберцового нервов, облитерирующий эндартериит, судороги, поражение коленного сустава, гипертонус мышц голени.

Чэн-цин, V56.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков ниже подколенной складки, между головками икроножной мышцы.

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая, яркая иррадиация на большом протяжении, ломота, распирание.

Показания: альгодисменорея, пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий энтертериит, неврит седалищного и большеберцового нервов, судороги икроножной мышцы, гипертонус мышц голени, дискинезии толстой кишки.

Чэн-шан, V57 («нагромождение гор»).

Локализация. в месте схождения нижних краев брюшек икроножной мышцы.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая, яркая иррадиация на большом протяжении, ломота, распирание.

Показания те же, что и у точки чэн-цинъ (V56).

Фэй-ян, V58, точка ЛО.

Локализация: на месте пересечения линии, проведенной вертикально через точку Кунь-Лунь (V60) до пересечения с местом перехода латеральной головки икроножной мышц в пяточное сухожилие.

Глубина 2 см.

Предусмотренные ощущения: яркая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: поражение мочевыводящих путей, нарушения мочеиспускания; головные боли (сосудистого генеза), глазные болезни, риносинусопатии; пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового нерва, облитерирующий энтертериит, болезнь Рейно, болезненные судороги; аллергические процессы (как и у других точек ФЭН и ФЭЙ).

Фу-ян, V59 точка СЕ чудесного канала Ду-май, точка СЕ чудесного канала Ян-цзяо-май.

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка проксимальнее уровня верхнего края латеральной лодыжки, у наружного края пяточного сухожилия.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: иррадиация, ломота, распирание.

Показания: см. показания к использованию канала Ду-Май (гл. 3).

Кунь-лунь, V60 (точка элемента огонь).

Локализация: между задним краем лодыжки и пяточным сухожилием на уровне верхушки лодыжки.

Глубина: 1 см (иглу вводят по направлению к переднему краю внутренней лодыжки).

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: регуляция родовой деятельности, затруднения отделения и выделения послеродового; головная боль (сосудистого генеза), напряжение мышц шеи (спастическая кривошея, миозит); глазные болезни, риносинусопатия; пояснично-крестцовый радикулит, невриты нервов нижней конечности, болезнь Рейно, облитерирующий энтертериит, гемипарезы.

Противопоказано использование точки при беременности.

Пу-шэнь, V61.

Локализация: под точкой Кунь-Лунь (V60), на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы на наружной поверхности пяточной кости.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, нарушения двигательной функции нижних конечностей, болезненные судороги.

Шэнь-май, V62, связывающая точка чудесного канала Ду-май, командная точка чудесного канала Ян-цзяо-май.

Локализация: под вершиной наружной лодыжки, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая местная иррадиация.

Показания: головные боли, головокружение, спондилогенные боли, боли по ходу канала; болезнь Рейно, неврит малоберцового нерва, парестезия в ногах.

Цзинь-мэнь, V63 («золотые ворота»), точка СЕ.

Локализация: проксимальнее основания V плюсневой кости, в сочленении с III клиновидной костью, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: задержка мочи, болезненное мочеиспускание; радикулярные боли по ходу канала; неврит малоберцового нерва, поражение голеностопного сустава.

Цзин-гу, V64, точка ЮАНЬ.

Локализация: дистальнее основания V плюсневой кости, в месте перехода тела в основание, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: нарушения мочеиспускания; головные боли сосудистого генеза, глазные болезни, риносинусопатия, напряжение мышц шеи (спастическая кривошея, миозит), боли в области шеи; пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового и малоберцового нервов; малярия.

Шу-гу, V65 (точка элемента дерево).

Локализация: проксимальнее плюснефалангового сустава, в месте перехода головки V плюсневой кости в тело, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхности стоп.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: все.

Показания: нарушения мочеиспускания; расстройства слуха; головные боли сосудистого генеза, боли в области шеи, напряжение мышц шеи (спастическая кривошея, миозит), глазные болезни; пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового и малоберцового нервов.

Цзу-тун-гу, V66 (точка элемента вода).

Локализация: дистальнее V плюснефалангового сустава, в месте перехода основания проксимальной фаланги в тело, на границе кожи тыльной и подошвенной поверхности стопы.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: слабость родовой деятельности; головная боль сосудистого генеза в затылочной области, риносинусопатия, глазные болезни, клини-

ческие проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника; неврит икроножного нерва.

Чжи-инь, V67 (точка элемента металл).

Локализация: на пересечении линий корня и наружного края ногтя V пальца ноги.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: расстройства мочеиспускания, нарушения родовой деятельности; головные боли сосудистого генеза, глазные болезни, риносинусопатия; поражение нервов ноги.

КАНАЛ ПОЧЕК

Юн-цюань, R1 (точка элемента дерево).

Локализация: на подошвенной поверхности стопы в промежутке между II и III плюсневыми костями, проксимальнее их головок.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее (введение болезненное).

Показания: головные боли в затылочной области, головокружения, переходящие амблиопии и «мелькания» в глазах, носовые кровотечения (т. е. симптомы артериальной гипертензии), дизурические расстройства, сексуальные расстройства у женщин, истерический мутизм, нарушения сна (цзю).

Жань-гу, R2 (точка элемента огонь).

Локализация: на латеральной поверхности стопы, книзу и впереди от бугорка ладьевидной кости на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, умеренная иррадиация.

Показания: дисменорея, нарушения мочеиспускания, сексуальные расстройства, поражение слуха; облитерирующий эндартериит, неврит большеберцового нерва, пояснично-крестцовый радикулит, кокцигдиния.

Тай-си, R3 (5), точка ЮАНЬ (точка элемента земля).

Локализация: на середине расстояния между переднемедиальным краем пяточного сухожилия и задним краем внутренней лодыжки на уровне вершины лодыжки.

Особенность введения иглы: иглу направляют к переднему краю наружной лодыжки.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирающее, отчетливая иррадиация.

Показания: гипертоническая болезнь (боли в области сердца при артериальной гипертензии), нарушения мочеиспускания, дисменорея, сексуальные расстройства, поражение слуха, истерический невроз; пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий эндартериит, поражение голеностопного сустава; лицевые боли.

Да-чжун, R4 («большой колокол»), точка ЛО

Локализация на пяточной кости впереди от места прикрепления пяточного сухожилия к пяточной кости (на уровне 0,5 пропорционального отрезка от точки Тай-Си R3).

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: нарушения мочеиспускания и менструального цикла, поражение слуха; поражение голеностопного сустава, болевой синдром после перелома внутренней лодыжки.

Шуй-цюань, R5 («источник воды»), точка СЕ.

Локализация: на пересечении горизонтальной линии, проходящей через точку Чжао-Хай (R6), и вертикальной линии, проходящей через передне-медиальный край пяточного сухожилия (в центре выпуклости внутренней поверхности пяточной кости).

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: нарушения мочеиспускания и альгодисменорея (острые проявления), глазные симптомы при артериальной гипертонии; поражение голеностопного сустава.

Чжао-хай, R6(3), связывающая точка чудесного канала Жень-май, командная точка чудесного канала Инь-цзяо-май.

Локализация: под внутренней лодыжкой на границе кожи тыльной и подошвенной поверхностей стопы (иглу вводят под свод стопы между таранной и ладьевидной костями).

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания. расстройства мочеиспускания, сексуальные расстройства, альгодисменорея, нарушения сна; функциональный зуд промежности, экзема области промежности; пояснично-крестцовый радикулит, болезнь Рейно, облитерирующий эндартериит, поражение голеностопного сустава, гемипарезы; лицевые боли (невралгия тройничного нерва).

Фу-лю, R7 (точка элемента металл).

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края внутренней лодыжки, у переднего (внутреннего) края пяточного сухожилия.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: нарушения мочеиспускания; пояснично-крестцовый радикулит, облитерирующий эндартериит, неврит большеберцового нерва.

Цзяо-синь, R8, точка СЕ чудесного канала Жень-май, точка СЕ чудесного канала Инь-цзяо-май.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края внутренней лодыжки, на середине расстояния между передним краем пяточного сухожилия и задним краем большеберцовой кости.

Глубина. 1,5 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания. нарушения менструального цикла, сексуальные и дизурические расстройства; пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового нерва, облитерирующий эндартериит; дискинезии кишечника.

Чжу-бинь, R9, точка СЕ чудесного канала Чжун-май

Локализация на 5 пропорциональных отрезков выше верхнего края внутренней лодыжки на месте перехода брюшка икроножной мышцы в сухожилие.

Глубина. 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация

Показания: судороги, пояснично-крестцовый радикулит, неврит большеберцового нерва, облитерирующий эндартериит.

Инь-гу, R10 (точка элемента вода).

Локализация: у внутреннего края подколенной складки между сухожилиями полуперепончатой и полусухожильной мышц.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, слабая иррадиация.

Показания: нарушения мочеиспускания, сексуальные расстройства, маточные кровотечения, НМЦ по типу метрорагии; неврит большеберцового нерва, поражение коленного сустава.

Хэн-гу, R11 («поперечная кость»).

Локализация: на 1БЛЖ над верхним краем лобковой кости.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: сексуальные расстройства, НМЦ, альгодисменорея, расстройства мочеиспускания, поясничный радикулит, глазные болезни.

Да-хэ, R12.

Локализация: на 1БЛЖ на 1 пропорциональный отрезок выше верхнего края лобкового симфиза, на уровне точки Чжун-Цзи (VC3).

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация

Показания: сексуальные расстройства (фригидность, вагинизм, болезненная эрекция), глазные болезни.

Ци-сюе, R13.

Локализация: на 1БЛЖ на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края лобкового симфиза, на уровне точки Гуань-Юань (VC4).

Глубина: на 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания: дискинезии желудочно-кишечного тракта, НМЦ, альгодисменорея, поясничный радикулит, глазные болезни.

Сы-мань, R14 («четыре полноты»).

Локализация: на 1БЛЖ на 3 пропорциональных отрезка выше верхнего края лобкового симфиза, на уровне точки Ши-Мэнь (VC5).

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: нарушения мочеиспускания, дискинезии кишечника, альгодисменорея, сексуальные расстройства, бесплодие, глазные болезни (конъюнктивиты).

Чжун-чжу, R15.

Локализация: на 1БЛЖ на 4 пропорциональных отрезка выше уровня верхнего края лобкового симфиза.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Хуан-шу, R16.

Локализация: на 1БЛЖ на уровне пупка.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Шан-цзюй, R17.

Локализация: на 1БЛЖ на 2 пропорциональных отрезка выше пупка.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Ши-гуань, R18.

Локализация: на 1БЛЖ на 3 пропорциональных отрезка выше пупка.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Инь-ду, R19.

Локализация: на 1БЛЖ на 4 пропорциональных отрезка выше пупка.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Фу-тун-гу, R20.

Локализация: на 1БЛЖ на 5 пропорциональных отрезков выше пупка.

Глубина: 0,3 см в мышцу.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала почек, активации чудесного канала чжун-май.

Ю-мэнь, R21 («привратник»).

Локализация: на 1БЛЖ на 6 пропорциональных отрезков выше пупка, на уровне точки Цзюй-Цюе (VC14).

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, спазм кардиальной части желудка и пищевода, дискинезии желчевыводящих путей, рвота (в том числе при раннем токсикозе беременных), глазные болезни (конъюнктивиты).

Бу-лан, R22.

Локализация: в пятом межреберье на 1БЛГр.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, спазм кардиальной части пищевода, межреберная невралгия, функциональная рвота, гипогалактия.

Шэнь-фэн, R23.

Локализация: в четвертом межреберье на 1БЛГр, у женщин — у медиального края молочной железы.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, спазм кардиального отдела пищевода, межреберная невралгия, гипогалактия.

Шу-фу, R27.

Локализация: на 1БЛГр под ключицей.

Глубина 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания. бронхиальная астма, трахеиты, шейный и плечевой плекситы, межреберные невралгии.

КАНАЛ ПЕРИКАРДА

Чжун-чун, МС9 (точка элемента дерево).

Локализация: на середине кончика III пальца кисти.

Глубина 0,2 см (иглоукалывание с кровопусканием).

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: кардионевроз и внекардиальные формы кардиалгий; неврит срединного нерва; психомоторное возбуждение (при истерии), гипертермия.

Лао-гун, МС8 («дворец труда»; точка элемента огонь).

Локализация на ладонной поверхности между III и IV пястными костями, проксимальнее их головок.

Глубина. до 1 см.

Предусмотренные ощущения: введение болезненно, в точке — ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания кардиальные симптомы при неврозах, внекардиальные формы кардиалгий, гипертоническая болезнь; поражение мышц, суставов, нервов, сосудов верхней конечности; истерия, гипертермия.

Да-лин, МС7 («большой холм», точка элемента земля), точка ЮАНЬ.

Локализация: на уровне лучезапястного сустава между длинной ладонной мышцей и лучевым сгибателем кисти.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация в ладонь и предплечье.

Показания: кардиалгия и нарушения сердечного ритма функционального характера, вегетативно-сосудистые дистонии по гипертоническому типу; поражение лучезапястного сустава, синдром запястного канала, неврит срединного нерва

Нэй-гуань, МС6, точка ЛО, связывающая точка чудесного канала Чжун-май.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти.

Глубина. 1 см .

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, отчетливая иррадиация на большом протяжении.

Показания: вегетативно-сосудистые дистонии, кардиалгии (функционального характера, внекардиальные формы), неврозы (в том числе кардионевроз); поражение желудка, поджелудочной железы (имеется в виду канал поджелудочной железы — селезенки); поражение нервов, сосудов, суставов верхней конечности, писчий спазм, гемипарезы; малярия.

Цзянь-ши, MC5 (тройное ЛО каналов верхней конечности системы ИНЬ, точка элемента металл).

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: вегетативно-сосудистые дистонии, кардиалгии (функционального характера, внекардиальные формы), неврозы (в том числе кардионевроз); поражение нервов, сосудов, суставов верхней конечности, писчий спазм, гемипарезы; неврогенная рвота, малярия (длительно текущая).

Си-мэнь, MC4, точка СЕ.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучезапястного сгибателя кисти.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: острые проявления вегетативно-сосудистой дистонии (кризовое состояние, сопровождающиеся головными болями и болями в области сердца), истерический невроз; поражение нервов, сосудов, суставов верхней конечности, писчий спазм, гемипарезы.

Цюй-цзэ, MC3 (точка элемента вода).

Локализация: на локтевой складке, в локтевую сторону от сухожилия двуглавой мышцы.

Глубина. 1 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: вегетативно-сосудистые дистонии, кардиалгии; поражение нервов и сосудов верхней конечности, плечевой плексит, поражение локтевого сустава.

Тянь-цюань, MC2.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка дистальнее уровня вершины подмышечной складки, между головками двуглавой мышцы.

Глубина: до 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания кардиалгия, плечевой плексит, межреберная невралгия, поражение плечевого сустава.

КАНАЛ ТРЕХ ОБОГРЕВАТЕЛЕЙ (ТРЕХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА)

Гуань-чун, TR1 (точка элемента металл).

Локализация. на пересечении линии нижнего и локтевого краев ногтя IV пальца (с локтевой поверхности).

Глубина. 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болезненность.

Показания боли в сердце, нарушения сердечного ритма; боли в животе; головные боли, глазные болезни, поражение слуха; поражение локтевого нерва; гипертермия;

Е-мэнь, TR2 (точка элемента вода).

Локализация между головками IV и V пястных костей. При введении иглы пальцы согнуть в кулак, вводить иглу вдоль тела пястных костей. *Глубина* до 1 см.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания поражение внутренних органов; головные боли, поражение слуха, глазные болезни; поражение нервов (главным образом локтевого) и сосудов верхних конечностей, писчий спазм.

Чжун-чжу, TR3 (точка элемента дерево).

Локализация на тыле кисти между IV и V пястными костями, проксимальнее их головок (в месте перехода тела кости в головку).

Глубина до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация

Показания: поражение внутренних органов; головные боли, нарушение слуха, глазные болезни; поражение нервов (главным образом локтевого) и сосудов верхних конечностей, писчий спазм.

Ян-чи, TR4, точка ЮАНЬ.

Локализация в области лучезапястного сустава между сухожилиями общего разгибателя пальцев и собственного разгибателя мизинца.

Глубина до 0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация

Показания: поражение внутренних органов; головные боли, поражение слуха, глазные болезни; поражение нервов и сосудов верхних конечностей, лучезапястного сустава; малярия, поражение носоглотки.

Вай-гуань, TR5, точка ЛО, связывающая точка чудесного канала Дай-май.

Локализация на 2 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, в середине между локтевой и лучевой костями.

Глубина 1 см.

Предусмотренные ощущения: иррадиация, выраженная на большом протяжении; ломота, распирание.

Показания: поражение внутренних органов, вегетативно-сосудистая дистония; головные боли, глазные болезни, заболевания органа слуха; поражение нервов и сосудов верхних конечностей; невроты (расстройства сна), общее анальгетическое действие, малярия.

Чжи-гоу, TR6 (точка элемента огонь).

Локализация на 3 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, в середине межкостного промежутка.

Глубина 1 см.

Предусмотренные ощущения: иррадиация, выраженная на большом протяжении; ломота, распирание.

Показания. боли в области сердца, тошнота, рвота, маточные кровотечения; глазные болезни, спастическая кривошея; поражение нервов и сосудов верхней конечности.

Хуэй-цзун, TR7, точка СЕ.

Локализация на уровне точки Чжи-Гоу (TR6) на один поперечник пальца (указательного) в сторону от срединной линии к локтевому краю предплечья.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация.

Показания. дискинезии кишечника, кардиалгии, маточные кровотечения, тошнота, рвота; глазные и ушные болезни; поражение нервов и сосудов верхних конечностей.

Сань-ян-ло, TR8 («ответвление [тройное ЛО] трех янских каналов»).

Локализация: на 4 пропорциональных отрезка проксимальнее лучезапястного сустава, в середине межкостного промежутка.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: заболевания органа слуха, глазные болезни; поражение сосудов и нервов верхней конечности.

Тянь-цзин, TR10 («небесный колодец», точка элемента земля).

Локализация: над локтевым отростком в месте прикрепления сухожилия трехглавой мышц плеча. Согнуть руку в локтевом суставе до угла 90° и вводить иглу в этом положении.

Глубина: 0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: гемикрания, глазные болезни, поражение органа слуха, спастическая кривошея; неврит лучевого нерва, шейный радикулит (особенно при наличии парестезии верхней конечности), поражение локтевого и плечевого суставов; поражение внутренних органов.

Сяо-лэ, TR12.

Локализация: на 4 пропорциональных отрезка проксимальнее точки Тянь-Цзин (TR10) между длинной и наружной головками трехглавой мышцы плеча (на середине расстояния между точкой Тянь-Цзин и точкой Нао-Хуэй TR13).

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: головная боль, спастическая кривошея; шейный радикулит, неврит лучевого нерва

Нао-хуэй, TR13.

Локализация: на уровне вершины подмышечной складки у заднего края дельтовидной мышцы, при свободно опущенной руке.

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: невриты верхней конечности, миозиты, плечелопаточный периартрит.

Цзянь-ляо, TR14.

Локализация: между акромионом и головкой плечевой кости, под углом акромиона.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания: поражение плечевого сустава, миозит шеи.

И-фэн, TR17 («веер и ветер»).

Локализация: в треугольнике, образованном передним краем сосцевидного отростка, задним краем ветви нижней челюсти и верхним краем нижнего полюса околоушной железы. Самое глубокое место снизу за ухом.

Иглу вводят в направлении к одноименному глазу.

Глубина. до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация (выраженная, яркая) вглубь.

Показания поражение вестибулярного и слухового аппаратов, экзема наружного слухового прохода, неврит лицевого нерва, невралгия большого ушного нерва

Ци-май, TR18 («май» — артерия).

Локализация на сосцевидном отростке, на уровне наружного слухового прохода, в бороздке, образованной задней ушной артерией и большим ушным нервом. При прижатой к голове ушной раковине — на уровне проекции границы ушной раковины.

Глубина. 0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, легкая иррадиация.

Показания. поражение слухового и вестибулярного аппаратов, невралгия малого затылочного нерва, невралгия большого ушного нерва, головные боли сосудистого генеза.

Лу-си, TR19 («покой головы»).

Локализация: на середине расстояния между точками Цзяо-Сунь (TR20) и Ци-Май (TR18).

Глубина. 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, невралгия малого затылочного и большого ушного нервов, неврит лицевого нерва.

Цзяо-сунь, TR20 («внук изгиба»).

Локализация: в месте проекции на черепе вершины ушной раковины. Вершина ушной раковины определяется сгибанием ее по вертикали таким образом, чтобы края завитка совпадали.

Глубина. 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, неврит лицевого и невралгия тройничного нерва

Эр-мэнь, TR21 («врата слуха»).

Локализация: впереди от надкозелковой вырезки, у переднего края хряща ушной раковины. Иглу вводят при открытом рте.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация вверх и вниз на небольшом протяжении.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва.

Хэ-ляо, TR22.

Локализация: у передневерхнего края основания ушной раковины, кзади от пальпирующейся здесь поверхностной височной артерии.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва.

Сы-чжу-кун, TR23 («нити бамбука»).

Локализация: у наружного края надбровной дуги кзади от гребня скулового отростка лобной кости, в проекции соединения его с лобным отростком скуловой кости.

Глубина. 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни, головные боли (сосудистого генеза).

Тун-цзы-ляо, VB1.

Локализация: на уровне наружного угла глаза, за наружным краем орбиты.

Глубина: 0,6—0,9 см, иглу вводят вдоль наружного края кости спереди назад.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия, неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные болезни.

Гин-хуэй, VB2 («собиратель слуха»).

Локализация: у переднего края хряща ушной раковины на уровне межкозелковой вырезки.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация вниз к углу нижней челюсти.

Показания: поражение слухового и вестибулярного аппаратов, невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва.

Шан-гуань, VB3 («кверху от открывателя»).

Локализация: над верхним краем скуловой дуги над точкой Ся-Гуань (E2).

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ярко выраженная иррадиация в область нижней челюсти или вверх в область виска, ломота, распирание.

Показания: головные боли, невралгия тройничного и неврит лицевого нерва.

Фу-бай, VB10.

Локализация: на ЗБЛГ на верхнезаднем крае сосцевидного отростка, на продолжении верхней выйной линии.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация вверх, вниз или в направлении к ушной раковине.

Показания: невралгия соответствующих нервов, неврит VII пары черепных нервов, поражение уха (неврит VIII пары черепных нервов, вестибулопатия), головные боли (сосудистого генеза), вегетативно-сосудистые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Вань-гу, VB12.

Локализация: у задненижнего края сосцевидного отростка на уровне точки Фэн-Чи (VB20).

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: вегетативные расстройства (вегетативно-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь), головные боли сосудистого генеза, вестибулопатии, поражение слуха, заболевания глаз, спастическая кривошея; корешковые, ирритативно-вегетативные и сосудистые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, миозит шеи, невралгия затылочных нервов.

Бэнь-шэнь, VB13.

Локализация: на ЗБЛГ на уровне точки ШЭНЬ-ТИН.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головная боль (сосудистого генеза), фронтит, ринит, глазные болезни, невралгия V пары черепных нервов, неврит VII пары черепных нервов.

Ян-бай, VB14.

Локализация: над верхним краем надбровной дуги на одной вертикали с точкой ЮЙ-ЯО, в бороздке, где проходит надглазничный нерв. Нерв хорошо пальпируется.

Глубина 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация вверх и вниз.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, глазные заболевания, заболевания придаточных пазух носа.

Тоу-лин-ци, VB15 (тоу — голова).

Локализация: на 2БЛГ на уровне точек Шэн-Тин (VG24) и Цюй-ча (V4).

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия V пары черепных нервов, неврит VII пары черепных нервов, глазные болезни, фронтит, риниты, головная боль (сосудистого генеза).

Чу-чуан, VB16 («окно в глаз»).

Локализация: на 2БЛГ на 4 пропорциональных отрезка кзади от надглазничного отверстия (точка ЮЙ-Яо, Н).

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), заболевания глаз.

Цюань-ляю, IG18.

Локализация: под скуловой костью под точкой Тун-Цзы-Ляо (VB1).

Глубина. 0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация в область зубов верхней челюсти.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта.

Нао кун, VB19 («отверстие мозга»).

Локализация. на 2БЛГ в бороздке малого затылочного нерва на пересечении с верхней выйной линией.

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения. выраженная иррадиация вверх и вниз, ломота, распирание.

Показания: невралгия затылочных нервов, головные боли (сосудистого генеза); спастическая кривошея; миозиты шеи; остеохондроз шейного отдела позвоночника с корешковыми, вегетативно-ирритативными и сосудистыми проявлениями.

Фэн-чи, VB20 («пруд ветров»).

Локализация: в углублении, образованном сверху — затылочной костью, медиально — трапецевидной мышцей, латерально — задним краем грудиноключично-сосцевидной мышц. Иглу вводят под углом вверх и кнутри по направлению к противоположному глазу. Вводить иглу следует осторожно, так как в глубине — продолговатый мозг. Положение головы вертикальное или голова слегка отклонена назад.

Глубина до 2 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация, в классическом варианте при попадании в точку — иррадиация в одноименный глаз, чаще иррадиация вверх и вниз, ломота и распирание.

Показания: вегетативные расстройства, головные боли сосудистого генеза, вестибулопатии, спастическая кривошея, неврозы, аллергические заболевания, поражение слуха, заболевания глаз, корешковые, ирита-

тивно-вегетативные и сосудистые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, гипертоническая болезнь, невралгия затылочного нерва.

Цзянь-цзинь, VB21 («колодец плеча»).

Локализация: на уровне середины расстояния между точками Цзянь-Юй (GI15) и Да-Чжуй (VG14) на самой возвышенной части надплечья, между ключицей и остью лопатки. Вводить иглу осторожно! Может развиваться коллапс.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, весьма выраженная иррадиация.

Показания: поражение желчевыводящих путей (зона Захарьина — Геда), НМЦ по типу меноррагии; невралгия затылочных нервов, спастическая кривошея, клонические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника; поражение нервов и сосудов верхней конечности, плечевой плексит, поражение плечевого сустава, поражение легких (бронхиальная астма). По принадлежности точки к «воротниковой» зоне — вегетативно-сосудистая дистония (преимущественно по гипертензивному типу), нарушения тонуса мышц лица, шеи, верхней конечности, поражение сосудов вертебрально-базилярной системы, вегеталгии; регуляция родовой деятельности (стимуляция — бу; замедление — се).

Жи-юе, VB24 («день — ночь»), точка МУ канала желчного пузыря.

Локализация: на ЗБЛЖ на одно межреберье ниже точки Ци-Мэнь (F14).

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, локальная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, альгодисменорея, НМЦ, глазные болезни; поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, некардиальные формы кардиалгий, солярит, икота, межреберная невралгия.

Цзин-мэнь, VB25, точка МУ канала почек.

Локализация: у конца XII ребра.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: поражение мочеполовой системы (расстройства мочеиспускания, альгодисменорея, НМЦ, климактерический синдромокомплекс, сексуальные расстройства); поясничный радикулит.

Дай-май, VB26 («поясной сосуд»).

Локализация: на пересечении вертикали от конца XI ребра и горизонтали на уровне пупка.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: поражение женской половой сферы (НМЦ, альгодисменорея, климактерический синдромокомплекс, нарушения родовой деятельности, послеродовые осложнения, сексуальные расстройства); пояснично-крестцовый радикулит, межреберная невралгия.

У-шу, VB27.

Локализация: у переднего края подвздошной кости, на уровне точки гуань-юань (VC4).

Глубина: 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала желчного пузыря и активации чудесного канала Дай-май.

Вэй-дао, VB28.

Локализация. у переднего края подвздошной кости, на 0,5 пропорционального отрезка ниже предыдущей точки.

Глубина: 2,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала желчного пузыря и активации чудесного канала Дай-май.

Цзюй-ляо, VB29.

Локализация кпереди и книзу от передней верхней ости. у места прикрепления портняжной мышцы.

Глубина 2,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: соответствуют симптомам нарушения функционирования канала желчного пузыря и активации чудесного канала Ян-цзяо-май.

Хуань-тяо, VB30 («кружиться-прыгать»).

Локализация: на месте пересечения линии, соединяющей переднюю верхнюю подвздошную ость и седалищный бугор с перпендикуляром, восстановленным из вершины большого вертела, или на $\frac{1}{3}$ расстояния от вершины большого вертела до входа в крестцовый канал (точка Яо-Шу, VG2).

Глубина: 8—12 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание, яркая иррадиация на большом протяжении.

Показания. пояснично-крестцовый радикулит, неврит седалищного нерва, поражение тазобедренного сустава, геми- и парапарезы.

Фэн-ши, VB31 («город ветров»).

Локализация: на боковой поверхности бедра, на 5 пропорциональных отрезков выше верхнего края надколенника в промежутке между передней и задней группами мышц бедра. Можно определить локализацию в положении по стойке «смирно» на уровне кончика среднего пальца руки. Иглу вводить при слегка согнутом в коленном суставе ноге.

Глубина: до 3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, ярко выраженная иррадиация.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, болезнь Рота, геми- и парапарезы; аллергические поражения.

Ян-лин-цюань, VB34 («источник у холма с солнечной стороны», точка элемента земля).

Локализация: кпереди и книзу от головки малоберцовой кости, в месте прикрепления сухожилий длинного разгибателя пальцев стопы и длинной малоберцовой мышцы.

Глубина: до 2 см (иглу вводят по направлению к точке Инь-Лин-Цюань, RP9).

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: поражение желчевыводящих путей, локальная торсионная дистония (спастическая кривошея, писчий спазм, лицевой геми- и парапарез, блефароспазм), болезни глаз; поражение уха, головные боли, клинические проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника; пояснично-крестцовый радикулит, поражение нервов и сосудов ноги, геми- и парапарезы.

Ян-цзяо, VB35, точка СЕ чудесного канала Дай-май.

Локализация: на 7 пропорциональных отрезков выше верхнего края наружной лодыжки, между короткой и длинной малоберцовыми мышцами.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей (обострение), спастическая кривошея; боли в затылочной области, в области шеи; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва.

Вай-цю, VB36, точка СЕ.

Локализация: на 7 пропорциональных отрезков от верхнего края наружной лодыжки, между длинным разгибателем пальцев ноги и короткой малоберцовой мышцей.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей (обострение), спастическая кривошея; боли в затылочной области, в области шеи; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва.

Гуан-мин, VB37 («ясный свет»), точка ЛО.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков выше лодыжки, между длинным разгибателем пальцев стопы и короткой малоберцовой мышцей.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания: глазные болезни, неврит малоберцового нерва, поражение коленного сустава.

Ян-фу, VB38 (точка элемента огонь).

Локализация: на 4 пропорциональных отрезка выше верхнего края наружной лодыжки между длинным разгибателем пальцев стопы и короткой малоберцовой мышцей.

Глубина: до 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, выраженная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, глазные болезни, заболевания суставов; гемикрания; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва, облитерирующий эндартерит, болезнь Рейно, поражение голеностопного и коленного суставов.

Сюань-чжун, VB39 («различение часов колокола»), точка ЛО «трех янских каналов» ноги.

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка выше верхнего края наружной лодыжки, по наружной поверхности голени в месте схождения сухожилий разгибателя пальцев стопы и короткой малоберцовой мышцы.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: выраженная иррадиация, ломота, распирание.

Показания: глазные болезни, дискинезии желчевыводящих путей, спастическая кривошея, гемипарез; поражение желудка; поражение слуха, клинические проявления остеохондроза позвоночника; пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва, облитерирующий эндартерит, болезнь Рейно, парепарез, гемипарез

Цю-сюй, VB40, точка ЮАНЬ.

Локализация: между передненижним краем наружной лодыжки и латеральным краем длинного разгибателя пальцев ноги.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация;

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, глазные болезни; поражение шеи; пояснично-крестцовый радикулит, поражение голеностоп-

ного сустава, неврит малоберцового нерва, геми- и парапарезы, облитерирующий эндартериит, болезнь Рейно.

Цзу-линь-ци, VB41 (точка элемента дерево), командная точка чудесного канала Дай-май.

Локализация: дистальнее оснований IV и V плюсневых костей, в месте схождения плюсневых костей.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания дискинезии желчных путей, дисменорея, глазные болезни, неврит малоберцового и большеберцового нервов.

Ди-у-хуэй, VB42.

Локализация: в межкостном промежутке проксимальнее головок IV и V плюсневых костей (в месте перехода тела кости в головку).

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, глазные болезни; поражение стопы, неврит малоберцового нерва, облитерирующий эндартериит.

Ся-си, VB43 (точка элемента вода).

Локализация: дистальнее IV—V плюснефалангового сочленения в межпальцевом пространстве.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: глазные болезни, дискинезии желчевыводящих путей. Заболевания органа слуха и вестибулярного аппарата. Пояснично-крестцовый радикулит, неврит малоберцового нерва, облитерирующий эндартериит.

• **Цзу сяо-инь, VB44** (точка элемента металл).

Локализация: у корня ногтя IV пальца стопы с латеральной стороны на пересечении линий корня и латеральной границы ногтя.

Глубина: 0,3 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: глазные болезни, дискинезии желчевыводящих путей, головные боли (сосудистого генеза); поражение слуха и вестибулярного аппарата; неврит малоберцового нерва, облитерирующий эндартериит; заболевания глотки, гипертермия.

КАНАЛ ПЕЧЕНИ

Да-дунь, F1 (точка элемента дерево).

Локализация: на пересечении линий корня и латерального края ногтя I пальца.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: болевые.

Показания: дисменорея, нарушение потенции, энурез; неврит малоберцового нерва.

Син-цзянь, F2 («промежуток при ходьбе», точка элемента дерево).

Локализация: в первом межпальцевом промежутке в месте перехода тела в основание основной фаланги I пальца.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, локальная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, дисменорея, кровоточивость, заболевания глаз, локальные торсионные дистонии; неврит малоберцового нерва, пояснично-крестцовый радикулит, поражение сосудов нижних конечностей; бессонница, лицевые боли, головные боли сосудистого генеза.

Тай-чун, F3, точка ЮАНЬ (точка элемента земля).

Локализация: в сочленении между основаниями I и II плюсневых костей и I и II клиновидными костями.

Глубина: до 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, дисменорея по типу меноррагий, вагинизм и другие сексуальные расстройства; локальные торсионные дистонии; неврит малоберцового нерва, пояснично-крестцовые радикулиты.

Чжун-фэн, F4 (точка элемента металл).

Локализация: в углублении между передненижним краем медиальной лодыжки и медиальным краем сухожилия передней большеберцовой мышцы.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей; вагинизм, импотенция, дизурические расстройства; пояснично-крестцовый радикулит, поражение сосудов нижних конечностей, поражение голеностопного сустава, гемии парепарезы.

Ли-гоу, F5, точка ЛО.

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков выше верхнего края внутренней лодыжки на заднемедиальном краю большеберцовой кости (периостальная точка).

Глубина: 0,3 см или косо вниз до 1,5 см (подкожно).

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, нарушения менструального цикла; расстройство мочеиспускания; пояснично-крестцовый радикулит, поражение сосудов нижней конечности.

Чжун-ду, F6, точка СЕ.

Локализация: на 7 пропорциональных отрезков выше верхнего края внутренней лодыжки на заднемедиальном крае большеберцовой кости (периостальная точка).

Глубина: 0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: нарушения менструального цикла (по типу меноррагий). Пояснично-крестцовый радикулит, поражение сосудов нижней конечности.

Цюй-цюань, F8 (точка элемента вода).

Локализация: при максимально согнутой в коленном суставе ноге — на вершине подколенной складки с медиальной стороны.

Глубина: 0,5—0,7 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: нарушения менструального цикла, альгодисменорея, вагинизм, фригидность, зуд промежности; дизурические расстройства, импотенция, патологические поллюции; глазные болезни; пояснично-кре-

стцовый радикулит, поражение сосудов нижней конечности, неврит большеберцового нерва.

Инь-бао, F9.

Локализация: на 4 пропорциональных отрезка выше верхнего края надколенника, между большой приводящей мышцей бедра и полуперепончатой мышцей.

Глубина до 2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания. дисменорея, нарушения мочеиспускания, сексуальные расстройства, поражение нервов и сосудов нижней конечности, геми- и парализы, поражение коленного и тазобедренного суставов.

Цзу-у-ли, F10.

Локализация: ниже точки Инь-Лянь (F11) на 1 пропорциональный отрезок у переднего края большой приводящей мышцы бедра.

Глубина. до 2 см.

Предусмотренные ощущения: отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания нарушения менструального цикла, расстройства мочеиспускания; поражение нервов и сосудов нижней конечности; бесплодие (перитубарные спайки).

Инь-лянь, F11.

Локализация на уровне промежности, у переднего края большой приводящей мышцы бедра.

Глубина до 2 см.

Предусмотренные ощущения отчетливая иррадиация, ломота, распирание.

Показания. нарушения менструального цикла, поражение сосудов и нервов нижней конечности; бесплодие (перитубарные спайки).

Чжан-мэнь, F13, точка МУ канала селезенки.

Локализация: у конца XI ребра.

Глубина: 1,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, дискинезии желчевыводящих путей, заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения мочеиспускания.

Ци-мэнь, F14, точка МУ канала печени.

Локализация: на месте пересечения среднеключичной линии с физиологическим лордозом грудной клетки (ЗБЛЖ), что соответствует уровню прикрепления диафрагмы — седьмому межреберью, реже, в зависимости от типа строения грудной клетки, — шестому или седьмому межреберью.

Глубина 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, местная иррадиация.

Показания: дискинезии желчевыводящих путей, альгодисменорея, НМЦ, глазные болезни; поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, некардиальные формы кардиалгий, солярит, икота, межреберная невралгия.

ЗАДНИЙ СРЕДИННЫЙ КАНАЛ

Чан-цян, VG1.

Локализация у нижнего края последнего копчикового позвонка.

Глубина 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация в промежность.

Показания: кокцигодиния, дискинезии толстой кишки, расстройства мочеиспускания, НМЦ, альгодисменорея, сексуальные расстройства.

Яо-шу, VG2.

Локализация: над входом в крестцовый канал.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, поражение органов малого таза, НМЦ, альгодисменорея, кокцигодиния; малярия.

Яо-ян-гуань, VG3 («открыватель поясницы»).

Локализация: между остистыми отростками L_{IV}—L_V.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: пояснично-крестцовый радикулит, дискинезии кишечника, поражение органов малого таза, альгодисменорея, НМЦ, сексуальные расстройства.

Мин-мэнь, VG4 («врата жизни (судьбы)»).

Локализация: между остистыми отростками L_{II}—L_{III}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация.

Показания: головные боли сосудистого генеза, пояснично-крестцовый радикулит, поражение органов малого таза, сексуальные расстройства, дискинезии кишечника, НМЦ, альгодисменорея; неврозы (в том числе истерия), функциональные гиперкинезы.

Чжи-ян, VG9.

Локализация: между остистыми отростками Th_{VII}—Th_{VIII}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: заболевания желудка, дискинезии желчевыводящих путей, икота, поражение легких (бронхиальная астма), межреберная невралгия.

Лин-тай, VG10 («алтарь судьбы»).

Локализация: между остистыми отростками Th_{VI}—Th_{VII}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение легких, поражение грудного отдела позвоночника с радикулярным и вегетативно-ирритативным синдромами, межреберная невралгия, кардиалгии.

Шэнь-дао, VG11 («путь духа»).

Локализация: между остистыми отростками Th_V—Th_{VI}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли сосудистого генеза; поражение грудного отдела позвоночника с радикулярными и вегетативно-сосудистыми синдромами, межреберная невралгия, кардиалгии (функционального характера), бронхиальная астма; неврозы (главным образом кардионевроз), функциональные гиперкинезы у детей.

Шэнь-чжу, VG12 («столп тела»).

Локализация: между остистыми отростками Th_{III}—Th_{IV}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание

Показания: радикулярный и мышечно-дистонический синдромы в поясничном и грудном отдела позвоночника. Поражение легких (брон-

хальная астма), межреберная невралгия. Функциональные гиперкинезы, диспепсии у детей, неврозы (в том числе истерия). Ослабленным детям рекомендуется прогревание этой точки.

Тао-дао, VG13.

Локализация: между остистыми отростками Th_I—Th_{II}.

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: миозит шей, клинические проявления остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника, заболевания легких; по принадлежности к «воротниковой» зоне — головные боли вегетативно-сосудистого генеза, спастическая кривошея, бронхиальная астма; малярия.

Да-чжуй, VG14 («большой позвонок»). Точка соединения всех каналов ЯН.

Локализация: на середине расстояния между остистыми отростками C_{VII}—Th_I.

Глубина: 1 см

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, умеренная иррадиация (достигается редко).

Показания: миозит шей, клинические проявления остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника, заболевания легких; по принадлежности точки к «воротниковой» зоне — вегетативно-сосудистая дистония, мышечно-дистонические расстройства (писчий спазм, спастическая кривошея, контрактура мышц лица, лицевой гемиспазм, гипертонус при гемипарезах, другие локально-торсионные дистонии), бронхиальная астма, вегетативные; неврозы (в том числе истерия), малярия, стрессовые состояния, аллергия, астенизация; иммунодефицит.

Я-мэнь, VG15 («врата глухонемых»).

Локализация: на средней линии шеи, над остистым отростком II шейного позвонка, иглу вводят при вертикальном положении головы.

Глубина: не более 1 см, глубже — спинной мозг (!).

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли сосудистого генеза, поражение шейного отдела позвоночника, спастическая кривошея, речевые расстройства, поражение слуха.

Фэн-фу, VG16 («вместилище ветра»).

Локализация: на средней линии, ниже точки Нао-Ху (VG17) на 1,5 пропорциональных отрезка. Вводить иглу осторожно, так как в глубине — большое затылочное отверстие и продолговатый мозг. Положение головы вертикальное.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия затылочного нерва, корешковые и вегетативно-ирритативные проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, миозиты шей, спастическая кривошея, головные боли сосудистого генеза, глазные заболевания.

Нао-ху, VG17 («окно в мозг»).

Локализация: верхний край наружного затылочного бугра, в углублении над верхней выйной линией.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Проекция: коркового зрительного анализатора.

Показания: головные боли (сосудистого генеза, невралгия затылочного нерва, остеохондроз шейного отдела позвоночника с корешковыми,

вегетативно-ирритативным и сосудистыми проявлениями, спастическая кривошея, глазные болезни.

Цян-цзянь, VG18.

Локализация: на 1,5 пропорциональных отрезка кпереди от точки Нао-Ху, на стыке лямбдовидного и сагиттального швов.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: те же, что и для точки Хоу-Дин.

Хоу-дин, VG19 («кзади от макушки»).

Локализация: на 3 пропорциональных отрезка кпереди от точки Нао-Ху.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), невралгия затылочного нерва, миозит шеи, остеохондроз шейного отдела позвоночника (церебрально-вегетативные проявления).

Бай-хуэй, VG20 («собрание 100 болезней»).

Локализация: на 7,5 пропорционального отрезка кзади от точки Инь-Тан, или на середине расстояния от точки Шэнь-Тин (VG24) до точки Нао-Ху (VG17). У детей соответствует малому родничку (окостенение происходит к 1 году).

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: слабая, непостоянная иррадиация на малом протяжении в продольном и поперечном направлениях.

Проекция парацентральной дольки (малый таз, стопа).

Показания: невроты, энурез, бессонница, головные боли сосудистого генеза (мигрень), вегетативно-сосудистая дистония, вестибулопатии, поражение органов малого таза, невралгия V пары черепных нервов, невралгия затылочного нерва, церебральные вегетативно-сосудистые проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Цянь-дин, VG21 («кпереди от макушки»).

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков кзади от точки Инь-Тан или на середине расстояния между точками Инь-Тан и Нао-Ху.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), головокружение (при вегетативно-сосудистых дистониях), невралгия V пары черепных нервов, риниты.

Син-хуэй, VG22.

Локализация: на 4,5 пропорционального отрезка кзади от точки Инь-Тан, на месте пересечения венечного шва со средней линией. Соответствует месту стыка теменных и лобных костей. Это область большого родничка (закрывается к 1 году, окостеневает к 3 годам).

Глубина: 0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: те же, что и для точки Цянь-дин (VG21).

Шан-син, VG23 («верхняя звезда»).

Локализация: на 0,5 пропорционального отрезка кзади от точки Шэнь-Тин и на 3,5 пропорционального отрезка кзади от точки Инь-Тан.

У детей — это место проекции большого родничка, закрытие которого заканчивается к 1 году, окостенение — к 3 годам.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание.

Показания: головные боли (сосудистого генеза), глазные болезни, риниты, невралгия V пары черепных нервов, неврит VII пары черепных нервов.

Шэнь-тин, VG24 («беседка духа»).

Локализация: на СЛГ на 3 пропорциональных отрезка кзади от ее начала (точка ИНЬ-ТАН).

Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание.

Показания: невралгия V пары черепных нервов, неврит VII пары черепных нервов, головные боли (сосудистого генеза), риниты, синуситы, глазные болезни.

Су-ляо, VG25.

Локализация: на кончике носа по средней линии.

Глубина. 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание (введение болезненного).

Показания: заболевания носа.

Жэнь-чжун, VG26 («середина человека»).

Локализация на сагиттальной линии, в месте перехода верхней челюсти в переднюю ость носа.

Глубина: 0,2—0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание (введение болезненного)

Показания: невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, коллапс, обморок, шок, истерический припадок, точка скорой помощи и реанимации.

Дуй-дуань, VG27.

Локализация: по средней линии, у верхнего края красной каймы верхней губы.

Глубина: 0,2—0,3 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта, нарушения речи.

Инь-цзяо, VG28 («перекрест десен»).

Локализация: в центре уздечки верхней губы. Губу отводят вверх, иглу вводят пунктирующим движением.

Глубина: 0,2 см.

Предусмотренные ощущения: выраженные болевые.

Показания: невралгия второй, третьей ветвей тройничного нерва, заболевания полости рта.

ПЕРЕДНИЙ СРЕДИННЫЙ КАНАЛ

Хуэй-инь, VC1.

Локализация: в области промежности на середине расстояния между передним краем заднего прохода и задней границей наружных половых органов, по средней линии.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распираание, умеренная иррадиация, введение болезненно.

Показания: расстройства мочеиспускания и дефекации, зуд промежности, дискинезии толстой кишки, сексуальные расстройства у женщин (вагинизм), альгодисменорея и другие гинекологические заболевания, при которых показана иглотерапия.

Цюй-гу, VC2.

Локализация: над верхним краем лобкового симфиза.

Глубина: 0,2 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, отчетливая иррадиация.

Показания: нарушения мочеиспускания, поражение органов малого таза (гинекологические заболевания), зуд промежности, сексуальные расстройства, бесплодие, нарушения родовой деятельности, поясничный радикулит, дискинезии толстой кишки.

Чжун-цзи, VC3, точка МУ канала мочевого пузыря.

Локализация: на 1 пропорциональных отрезков выше лобкового симфиза.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, иногда — иррадиация.

Показания: НМЦ, альгодисменорея, поражение органов малого таза, бесплодие, послеродовые осложнения; регуляция родовой деятельности, расстройства мочеиспускания, сексуальные расстройства, дискинезии толстой кишки, астеноневротический синдром.

Гуань-юань, VC4 («открыватель источников»), точка МУ канала тонкой кишки.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше верхнего края лобкового симфиза.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения ломота, распирание, отчетливая иррадиация в промежность.

Показания: дискинезии кишечника, расстройства мочеиспускания, альгодисменорея, сексуальные расстройства, астеноневротический синдром, регуляция родовой деятельности, бесплодие.

Ши-мэнь, VC5 («врата камня»), точка МУ канала трех обогревателей.

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка ниже пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: сексуальные расстройства у мужчин, бесплодие, расстройства мочеиспускания у мужчин.

По записям в древних трактатах по иглотерапии воздействие на эту точку противопоказано у женщин в детородном периоде.

Ци-хай, VC6 («море газа»).

Локализация: на 1,5 пропорционального отрезка ниже пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: дискинезии кишечника, НМЦ, альгодисменорея, нарушения мочеиспускания (в том числе энурез), сексуальные расстройства, бесплодие.

Инь-цзяо, VC7.

Локализация: на 1 пропорциональный отрезок ниже пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: альгодисменорея, сексуальные расстройства, бесплодие, послеродовые осложнения, зуд промежности.

Шэнь-цзюе, VC8.

Локализация: середина пупка. Иглу не вводить, только прогревать!

Показания: дискинезии желудочно-кишечного тракта.

Ся-вань, VC10 («нижняя кривизна»).

Локализация: на 2 пропорциональных отрезка выше пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение желудка, функциональная рвота, дискинезии кишечника.

Чжун-вань, VC12 («средняя кривизна»), точка МУ канала желудка.

Локализация: на 4 пропорциональных отрезка выше пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: кожно-аллергические заболевания вследствие пищевой аллергии, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональная рвота, спазм кардиального отдела пищевода, привычное срыгивание у детей, диспепсии; икота, нарушения сердечного ритма функционального генеза.

Шан-вань, VC13 («верхняя кривизна»).

Локализация: на 5 пропорциональных отрезков выше пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональная рвота, нарушения сердечного ритма функционального генеза, спазм кардиального отдела пищевода, икота, срыгивание у детей; кожно-аллергические заболевания.

Цзюй-цзюе, VC14, точка МУ канала сердца.

Локализация: на 6 пропорциональных отрезков выше пупка.

Глубина: 0,1 см в апоневроз.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: кардиалгия, нарушения сердечного ритма функционального генеза, кардионевроз, функциональная рвота, спазм кардиальной части пищевода, привычное срыгивание у детей, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, икота, солитарит, межреберная невралгия.

Цзю-вэй, VC15 («петушиный хвост»).

Локализация: у нижнего края конца мечевидного отростка (при его раздвоении — в расщелине между отростками).

Глубина: 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, слабая иррадиация.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, кардионевроз, спазм кардиальной части пищевода, нарушение сердечного ритма функционального генеза, икота, привычные срыгивания у детей, функциональная рвота, солитарит, поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезии желчевыводящих путей.

Чжун-тин, VC16.

Локализация: по средней линии, на месте перехода тела грудины в мечевидный отросток.

Глубина: 0,5 см

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: бронхиальная астма, кардиалгия, спазм кардиальной части пищевода, функциональная рвота, срыгивание у детей, гипогалактия.

Тань-чжун, VC17, точка МУ канала перикарда.

Локализация: в нижней трети тела грудины на уровне середины суставной вырезки V ребра.

Глубина. 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: бронхиальная астма, спазм кардиальной части пищевода, икота, кардиалгия, нарушения сердечного ритма (функциональной природы), гипогалактия, анемия. Используется для стимуляции кроветворения.

Юй-тан, VC18.

Локализация: по средней линии тела грудины на уровне середины суставной вырезки IV ребра.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: бронхиальная астма, межреберная невралгия; привычное срыгивание у детей; используется для стимуляции кроветворения.

Хуа-гай, VC20.

Локализация: по средней линии в месте сочленения тела и рукоятки грудины.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: ларингит, трахеит, функциональные расстройства голосообразования; бронхиальная астма, межреберная невралгия; используется для стимуляции кроветворения.

Сюань-цзи, VC21.

Локализация: в центре рукоятки грудины.

Глубина: 0,5 см.

Предусмотренные ощущения. ломота, распирание.

Показания: заболевания верхних дыхательных путей (в том числе носоглотки); бронхиальная астма, радикулиты шейного отдела позвоночника; используется для стимуляции кроветворения.

Тянь-гу, VC22.

Локализация: в центре яремной вырезки грудины. Вводить иглу осторожно, так как в глубине находятся трахея, дуга аорты, безымянная артерия. Иглу вводят по задней поверхности грудины, при этом голова пациента должна быть отклонена назад.

Глубина: до 2 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание, иррадиация в глубь грудной клетки.

Показания: бронхиальная астма, ларингоспазм, расстройства речи.

Лянь-цюань, VC23.

Локализация: на средней линии шеи над краем верхней вырезки щитовидного хряща.

Глубина: до 1 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: поражение дыхательных путей и легких, расстройства фонации (осиплость голоса у певцов, преподавателей), логоневроз, дизартрия, афазия, глоссалгия.

Изн-цзян, VC24.

Локализация: по средней линии, в центре подбородочно-губной борозды.

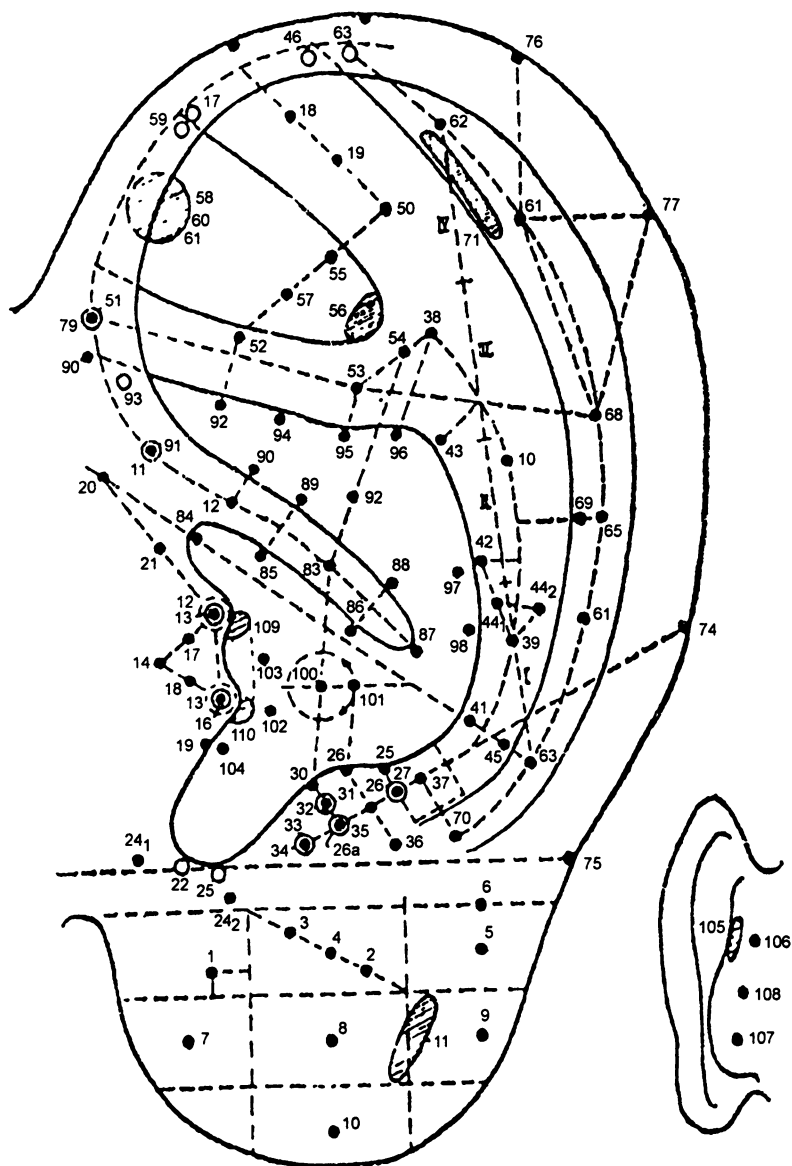
Глубина 0,5 см.

Предусмотренные ощущения: ломота, распирание.

Показания: невралгия и неврит тройничного нерва, неврит лицевого нерва, заболевания полости рта, расстройства речи.

Приложение 2

ТОЧКИ АКУПUNKТУРЫ УШНОЙ РАКОВИНЫ (Международная номенклатура)



- 1—«Аналгезия зубов-1»
- 2—«Небо»
- 3—«Дно ротовой полости»
- 4—«Язык»
- 5—«Верхняя челюсть»
- 6—«Нижняя челюсть»
- 7—«Аналгезия зубов-2»
- 8—«Глаз»
- 9—«Внутреннее ухо»
- 10—«Миндалина-4»
- 11—«Щека»
- 12—«Вершина трагуса»
- 13—«Надпочечник»
- 14—«Наружный нос»
- 15—«Гортань, глотка»
- 16—«Полость носа»
- 17—«Жажда»
- 18—«Голод»
- 19—«Гипертония»
- 20—«Наружное ухо»
- 21—«Сердце, сосуды»
- 22—«Железы внутренней секреции»
- 23—«Яичник»
- 24_{a(1)}—«Глаз»
- 24₆₍₂₎—«Глаз»
- 25—«Ствол мозга»
- 26—«Зубная боль»
- 26_a—«Придаток мозга»
- 27—«Гортань, зубы»
- 28—«Мозг»
- 29—«Затылок»
- 30—«Околоушная железа»
- 31—«Купирующая астма»
- 32—«Тестикул»
- 33—«Лоб»
- 34—«Кора головного мозга»
- 35—«Висок»
- 36—«Вершина черепа»
- 37—«Шейные позвонки»
- 38—«Крестец, копчик»
- 39—«Грудные позвонки»
- 40—«Поясничные позвонки»
- 41—«Шея»
- 42—«Грудь»
- 43—«Живот»
- 44₁—«Молочная железа»
- 44₂—«Молочная железа»
- 45—«Щитовидная железа»
- 46—«Пальцы стопы»
- 47—«Пятка»
- 48—«Голеностопный сустав»
- 49—«Коленный сустав»
- 50—«Тазобедренный сустав»
- 51—«Вегетативная нервная система»
- 52—«Седлистый нерв»
- 53—«Ягодица»
- 54—«Люмбалгия»
- 55—«Шэнь-мэнь»
- 56—«Шейка матки»
- 57—«Бедро»
- 58—«Матка»
- 59—«Снижающая кровяное давление»
- 60—«Астма»
- 61—«Гепатит»
- 62—«Пальцы кисти»
- 63—«Ключица»
- 64—«Плечевой сустав»
- 65—«Плечо»
- 66—«Локтевой сустав»
- 67—«Запястье»
- 68—«Аппендикс-1»
- 69—«Аппендикс-2»
- 70—«Аппендикс-3»
- 71—«Крапивница»
- 72_{1,2,3,4,5,6}—«Реперные пункты»
- 73—«Миндалина-1»
- 74—«Миндалина-2»
- 75—«Миндалина-3»
- 76—«Печень-1»
- 77—«Печень-2»
- 78—«Вершина геликса»
- 79—«Копулятивные органы»
- 80—«Мочеиспускательный канал»
- 81—«Прямая кишка»
- 82—«Диафрагма»
- 83—«Разветвление»
- 84—«Рот»
- 85—«Пищевод»
- 86—«Кардия желудка»
- 87—«Желудок»
- 88—«Двенадцатиперстная кишка»
- 89—«Тонкая кишка»
- 90—«Аппендикс-4»
- 91—«Толстая кишка»
- 92—«Мочевой пузырь»
- 93—«Предстательная железа»
- 94—«Мочеточник»
- 95—«Почка»
- 96—«Поджелудочная железа», «Желчный пузырь»
- 97—«Печень»
- 98—«Селезенка»
- 99—«Асцит»
- 100—«Сердце»
- 101—«Легкое»
- 102—«Бронхи»
- 103—«Трахея»
- 104—«Три части тела»
- 105—«Снижающая кровяное давление»
- 106—«Нижняя часть спины»
- 107—«Верхняя часть спины»
- 108—«Средняя часть спины»
- 109—«Нижняя часть живота»
- 110—«Верхняя часть живота»

Приложение 3

ТОЧКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ по R.de la Fuye (1956)

Гипофиз: VG16 (фэн-фу), VG17 (нао-ху), VG20 (бай-хуэй).

Передняя доля: VB37 (гуан-мин), R13 (ци-суюе) в сочетании с RP6 (сань-инь-цзяо), Gi4 (хэ-гу) в сочетании с V52(47) (чжи-ши).

Задняя доля: RP5 (шан-цю), V60 (кунь-лунь), VG11(10) (шэнь-дао).

Щитовидная железа: E9 (жэнь-ин), E10 (шуй-ту), VC23 (лянь-цюань), VG13(12)(тао-дао), VG14(13) (да-чжуй), VG20 (бай-хуэй), R15 (TR3?) (чжун-чжу), R7 (фу-лю), VC22 (тянь-ту).

Паращитовидные железы: F2 (син-цзянь), F3 (тай-чун), VC15 (цзю-вэй), IG3 (хоу-си), MC6 (нэй-гуань).

Вилочковая железа: RP2 (да-ду), R4(6) (да-чжун), VB34 (ян-лин-цюань).

Надпочечники: V52/47/ (чжи-ши), R7 (фу-лю), VB16 (му-чуан), RP6 (сань-инь-цзяо), TR6 (чжи-гоу), VG17 (нао-ху).

Поджелудочная железа: RP3 (тай-бай), R3(5) (тай-си), V20 (пи-шу), R15 (TR3?) (чжун-чжу), F2 (син-цзянь), VG3 (яо-ян-гуань).

Яичники: R13 (ци-суюе), R7 (фу-лю), V67 (чжи-инь), VB37 (гуан-мин), RP6 (сань-инь-цзяо), R2 (жань-гу), VC4 (гуань-юань), F3 (тай-чун).

Яички: Gi4 (хэ-гу), VG4 (мин-мэнь), VG5 (сюань-шу), V52(47) (чжи-ши).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Адамян Л.В. Эндометриозы / Л.В.Адамян, В.И.Кулаков.— М.: Медицина, 1998.
- Айламазян Э.К. К вопросу об эффективности психотерапевтической помощи женщинам с угрозой невынашивания беременности / Э.К.Айламазян // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины.— СПб.: НИИАГ им. Д.О.Отта, 1993.— С. 14—21.
- Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и профилактика врожденных заболеваний человека / Э.К.Айламазян.— СПб.: СПбМИ им. акад. И.П.Павлова, НИИАГ им.Д.О.Отта, 1993.— 37 с.
- Айламазян Э.К. Современные проблемы инфекционной перинатологии / Э.К.Айламазян // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии.— СПб.: ВМА, 1995.— С. 53—61.
- Арутюнян Н.А. Эндокринология репродукции / Н.А.Арутюнян, И.А.Баранникова, А.А.Боев.— СПб.: Наука, 1991.— 192 с.
- Атаджанов Т.В. Состояние гомеостаза и интенсивная терапия позднего токсикоза у беременных больных анемией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В.Атаджанов.— СПб., 1992.— 27 с.
- Ахмедова З.А. Особенности течения послеродового периода при совместном пребывании матери и ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.А.Ахмедова.— М., 1989 — 25 с
- Бакшеев Н.С. Токсикозы беременных / Н.С.Бакшеев // Практическое акушерство / Под ред. Я.П.Сольского.— Киев: Здоров'я, 1977.
- Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза / В.П.Баскаков — Л.: Медицина, 1990
- Баскаков В.П. Диагностика и лечение эндометриоза на современном этапе / В.П.Баскаков, Ю.В.Цвелев, Е.Ф.Кира.— СПб.: ВМА, 1998
- Бек У. Акушерство и гинекология: Пер. с англ / У.Бек, П.Коней, Л.Лищи.— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.— 719 с
- Беккер С.М. Патология беременности / С.М.Беккер.— Л.: Медицина, 1975.
- Бенедиктов И.И. Акушерская фармакотерапия / И.И.Бенедиктов, С.А.Шадрин, Д.И.Бенедиктов — Свердловск: изд-во Урал ун-та, 1988.— 152 с.
- Богданов Н.Н. Принципы локализации точек акупунктуры ушной раковины / Н.Н.Богданов, А.Т.Качан — Л.: ЛенГИДУВ, 1985 — 51 с.
- Богданов Н.Н. Аурикулярная рефлексотерапия пояснично-крестцового радикулита / Н.Н.Богданов — Л.: СПРУ ФВЛ, 1991.— 92 с.

- Бодяжина В И* Акушерство / В.И.Бодяжина, К.Н.Жмакин, А.П.Кирющенко — М Медицина, 1986 — 496 с.
- Бодяжина В И* Неоперативная гинекология / В И Бодяжина, В.П Сметник, Л Г Тумилович — М.. Медицина, 1990.— 463 с.
- Ботевой синдром* / Под ред В А Михайловича, Ю Д Игнатова.— Л · Медицина, 1990.— 336 с
- Брехман Г И* Синдром эмоционального напряжения и миома матки / Г И Брехман // Акуш и гинекол — 1990.— № 2.— С 13—17
- Брехман Г И* Психосоциосоматические помехи при беременности и родах / Г И Брехман, В Я Гольдберг, В В Парейшвили // Нарушения сократительной деятельности матки на протяжении беременности и родов.— Саратов Изд-во Саратов гос мед ун-та, 1995 — С 24—25.
- Брехман Г И* Неуверенность ребенка — препятствие его рождению / Г.И Брехман, С.А.Данилов, В.В.Парейшвили, В Я Гольдберг // Нарушения сократительной деятельности матки на протяжении беременности и родов — Саратов. Изд-во Саратов гос. мед. ун-та, 1995.— С. 26—27.
- Булиенко С Д* Недонашивание и перенашивание беременности / С.Д.Булиенко, Г К Степанковская, Р.И.Фогел.— Киев: Здоров'я, 1982.— 176 с
- Вангакова Н П* Абдоминальные болевые синдромы при эпилепсии и в структуре депрессии / Н П Вангакова // Психические расстройства в соматической клинике. Сб науч трудов — СПб., 1991.— С. 26—31
- Варнаков П.Х* Топография точек акупунктуры / П.Х.Варнаков, А.Г Шиман — СПб. СПбГМА им. И.И.Мечникова, 2001.— 44 с.
- Василевская Л Н* Профилактика гипогалактии у беременных женщин методом пульсирующей декомпрессии / Л.Н.Василевская // IV съезд акушеров-гинекологов Белоруссии.— Минск, 1985 — С. 240—241.
- Вихляева Е М* Эпидемиология гипертензивных нарушений при беременности / Е М Вихляева // Акуш. и гинекол.— 1988.— № 4.— С. 3—6.
- Вихляева Е М* Возрастная патология репродуктивной системы / Е.М.Вихляева, Е.А.Богданова, Н.И.Кондриков // Акуш и гинекол.— 1994.— № 4 — С. 41—50.
- Вихляева Е М* Миома матки / Е М Вихляева // Руководство по эндокринной гинекологии.— М ООО _Медицинское информационное агентство_, 1998 — С 424—487
- Вихляева Е М* Климактерический синдром / Е М.Вихляева // Руководство по эндокринной гинекологии — М. МИА, 1998 — С 603—650.
- Вихляева Е М* Эндометриоз / Е.М Вихляева, Б И.Железнов // Руководство по эндокринной гинекологии — М · ООО «Медицинское информационное агентство», 1998 — С. 487—571.
- Вогралик В Г* Нейрогормональная дисрегуляция внутренних органов / В.Г.Вогралик // Вопросы нейрогормональной патологии и геронтологии.— Горький· ГМИ, 1972 — С 7—13.
- Вогралик В Г* Нейрогормональная метаболическая регуляция системы крови / В Г.Вогралик // Проблемы нейрогормональной метаболической регуляции иммунной ситемы в клинике — Горький· ГМИ, 1988 — С 5—18.
- Вогралик В Г* Пунктурная рефлексотерапия: чжэнь-цзю / В Г Вогралик, М.В Вогралик — Горький· Волго-Вятское кни изд-во, 1988 — 335 с.

- Волков А.Е. Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложненной поздним гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Е.Волков.— Ростов-на-Дону, 1995.— 23 с.
- Воронцов И.М. Естественное вскармливание детей / И.М.Воронцов, Е.М.Фатеева, Л.Б.Хазенсон.— СПб.: ЛПМИ, 1993.— 200 с.
- Воронцова Г.М. Акупунктура в лечении и профилактике акушерских осложнений / Г.М.Воронцова.— Чебоксары: Изд-во Чуваш ун-та, 1992.— 199 с.
- Вотрина Т.Д. Клинико-гормональная адаптация новорожденных детей от матерей, имеющих анемию в период беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Д.Вотрина.— Бишкек, 1990.— 17 с.
- Гайдуков С.Н. Физиологический способ профилактики гипогалактии после операции кесарева сечения / С.Н.Гайдуков, Н.П.Алексеев, В.И.Ильин, Т.К.Тихонова // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины.— СПб.: НИИАГ им. Д.О.Отта, 1993 — С. 43—44.
- Грищенко В.И. Современные подходы к диагностике и лечению гестозов / В.И.Грищенко, Н.А.Щербина // Акуш. и гинекол.— 1988.— № 9.— С. 60—63.
- Гузов И.И. Лечение женщин с функциональными формами бесплодия путем применения рефлексотерапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.И.Гузов.— М., 1994 — 31 с.
- Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология / Ю.А.Гуркин.— Ч. 1.— СПб.. ЮВЕНТА, 1993.— 40 с.
- Гуркин Ю.А. Детская гинекология и концепция безопасного материнства / Ю.А.Гуркин // Актуальные проблемы перинатологии.— СПб.: ВМА, 1995.— С. 31—32.
- Даниелян Т.Ю. Рефлексотерапия овуляторных нарушений и комплексная оценка ее эффективности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Ю.Даниелян.— Пермь, 1992.— 28 с.
- Демидова Е.М. Привычный выкидыш (патогенез, акушерская тактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.М.Демидова.— М., 1993.— 37 с.
- Демина Т.Н. Лечение угрозы прерывания беременности с применением лазерной акупунктуры / Т.Н.Демина, С.И.Галалу, А.Т.Берко // Материалы первого международного научного конгресса «Традиционная медицина и питание: теоретические и практические аспекты».— М., 1994.— С. 30.
- Дильман В.М. Четыре модели медицины / В.М.Дильман.— Л.: Медицина, 1987.— 288 с.
- Дубровин Д.А. Трудные вопросы классической китайской медицины: Трактат Наньцзин / Д.А.Дубровин.— Л.: Акта—пресс, 1991.— 227 с.
- Жаркин А.Ф. Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии / А.Ф.Жаркин, Н.А.Жаркин.— Л. Медицина, 1988.— 160 с.
- Жмакин К.Н. Гинекологическая эндокринология / К.Н.Жмакин.— М. Медицина, 1980 — 425 с.
- Жордания И.Ф. Учебник акушерства / И.Ф.Жордания.— М.: Медгиз, 1955.
- Зотова Г.А. Истмико-цервикальная недостаточность как причина привычного невынашивания беременности / Г.А.Зотова, Е.П.Сычев // Межвузовский сборник — Петрозаводск, 1989 — С. 50—55
- Ибрагимова В.С. Китайская медицина: Методы диагностики и лечения: Лекарственные средства: Чжень-цзю терапия / В.С.Ибрагимова — М.: АНТАРЕС, 1994.— 637 с

- Иванов В И Традиционная медицина / В.И.Иванов.— М.: Воениздат, 1991.— 430 с
- Кан Д В Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В.Кан.— М.: Медицина, 1986.
- Качан А Т Психосоматика и соматоневрология в акупунктуре / А.Т.Качан // Рефлексотерапия патологии нервной системы.— Л.: ЛенГИДУВ, 1988 — С. 4—8
- Качан А Т Анатомо-топографическое расположение корпоральных точек акупунктуры и показания к их применению / А.Т.Качан, Н Н Богданов, П Х Варнаков — Воронеж Изд-во Воронежского ун-та, 1990 — 144 с.
- Кирющенко А П Влияние лекарственных средств на плод / А.П.Кирющенко, М.Л.Тараховский — М.: Медицина, 1990 — 272 с.
- Коваленко Т В Сезонная гранулоакупрессура — новое направление аппликационной гомеотерапии / Т В Коваленко, В.С.Коваленко // Матер. II междунар. конгресса по гомеопатической медицине.— Тюмень, 1995.— С. 29.
- Кон И С Введение в сексологию / И.С.Кон.— М.: Медицина, 1988 — 319 с.
- Корзо Т М Современные подходы к коррекции нарушений в системе гемостаза при осложненном течении беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Т М Корзо — СПб., 1998.— 29 с.
- Корнева Е А Нейрогормональное обеспечение иммунного гомеостаза / Е.А.Корнева, В.М.Клименко, Э Шинек — Л., 1978.
- Кошелева Н Г Невынашивание беременности при урогенитальной инфекции / Н.Г.Кошелева, И.И.Евсюкова, Т.У.Кузьминых.— СПб.: НИИАГ им Д.О.Отта, 1993.— 31 с
- Кошелева Н.Г Диагностика и лечение при гормональных причинах невынашивания беременности / Н.Г.Кошелева, О.Н.Савченко, Т.А.Плужникова.— СПб.: НИИАГ им. Д.О.Отта, 1995.— 26 с.
- Кремлинг Х. Гинекологическая урология и нефрология: Пер. с нем / Х.Кремлинг, В Лутцайтер, Р.Хайнтц.— М.: Медицина, 1985.— 457 с.
- Кулаков В И Оперативная гинекология / В.И.Кулаков, Н.Д.Селезнева, В.И.Краснопольский.— М.: Медицина, 1990.— 464 с.
- Кулаков В И Гистерэктомия и здоровье женщины / В.И.Кулаков, Л.В.Адамян, С И Аскольская.— М.: Медицина, 1999.— 312 с.
- Кустаров В Н Гестоз: патогенез, симптоматика, лечение / В.Н.Кустаров, В.А.Линде.— СПб.: Гиппократ, 2000.— 160 с.
- Кустаров В Н Миома матки / В.Н.Кустаров, В.А.Линде, Н.В.Аганезова — СПб.: СПбМАПО, 2001.— 33 с
- Кучеренко М А Оценка эффективности ультразвукового воздействия на молочную железу при ранней гипогалактии / М.А.Кучеренко, В.Ф.Машанский, В И Штильбанс // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины — СПб.: НИИАГ им.Д.О.Отта, 1994.— С. 133—134
- Лакритц Р М Дисменорея, предменструальный синдром и диспареуния / Р М Лакритц, П К Вайнберг // Гинекологические нарушения. Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985 — С. 91—112
- Линде В А Современные подходы к лечению угрозы невынашивания беременности с применением гомеопатии и акупунктуры / В А Линде, В И.Орел, М А Репина — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1995 — 24 с

- Линде В.А. Гомеопатия в акушерстве и гинекологии / В.А.Линде.— СПб.: Изд-во _Гиф_, 1997.— 328 с.
- Линде В.А. Комплементарное направление в лечении некоторых форм акушерской патологии. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А.Линде.— М., 1998 — 35 с.
- Листопад Т.Н. Медико-психологические аспекты контакта «мать-дитя» в неонатологическом стационаре: Автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т.Н.Листопад.— СПб., 1992.— 25 с.
- Луцик Е.А. Механизмы интеграции в нейросекреторных центрах / Е.А.Луцик // Нейроэндокринология.— Ч. 1, Кн. 2.— СПб.: РАН, 1993.— С. 286—295.
- Лю Бин Цюань. Выбор оптимального времени для иглоукалывания. Пер. с китайск / Бин Цюань Лю.— Пермь: Авиценна.— 1992 — 160 с.
- Магаева С.В. Изменение иммунологического статуса и висцеральная патология при нейрогенном иммунодефицитном состоянии / С.В.Магаева, О.С.Куликова, М.В.Мартыненко // Проблемы нейрогормональной метаболической регуляции иммунной системы в клинике.— Горький: ГМИ.— 1988.— С. 38—44.
- Маринова-Михова Д.А. Психосоциальные аспекты патогенеза позднего токсикоза (гестоза) беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.А.Маринова-Михова.— СПб., 1992.— 26 с.
- Марфунин Д.Л. О миоме матки / Д.Л.Марфунин // Акушерство и гинекология.— 1988.— № 11.— С. 6—9.
- Мирошниченко С.В. Особенности лактации и некоторые вопросы патогенеза, профилактики и лечения ее нарушений у родильниц, перенесших поздний токсикоз беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В.Мирошниченко.— М., 1989.— 28 с.
- Михайлова А.А. Гомеопатия и рефлексотерапия сексуальных расстройств при неврозах / А.А.Михайлова.— Сыктывкар: Коми кн. издательство, 1993.— 80 с.
- Михайлова Н.А. Применение иглорефлексотерапии для лечения женского бесплодия / Н.А.Михайлова // Акуш. и гинекол.— 2001.— № 1.— С. 13—15.
- Новиков Ю.И. Введение / Ю.И.Новиков // Поздний токсикоз беременных: Сб. тр. ЛОТКЗМИ им. акад. И.П. Павлова и ИАГ АМН СССР.— Л., 1979.— С. 3—5.
- Овечкин А.М. Основы чжень-цзю терапии / А.М.Овечкин.— Саранск: Голос, 1991.— 417 с.
- Орел В.И. Сравнительная оценка диагностических возможностей теста Акабанэ и его термометрического варианта при некоторых заболеваниях внутренних органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.И.Орел.— СПб., 2000.— 22 с.
- Отева Э.А. Оценка состояния здоровья беременных в Новосибирском Научном Центре: соматические и психологические аспекты / Э.А.Отева, Е.И.Николаева, А.А.Николаева // Акуш. и гинекол.— 1994.— № 3.— С. 25—27.
- Охотина Т.И. Акупунктура в профилактике прерывания беременности у женщин высокого риска по невынашиванию: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.И.Охотина.— Чебоксары, 1995.— 29 с.
- Паллади Г.А. Консервативная терапия больных миомой матки / Г.А.Паллади, Н.М.Ткаченко, Н.В.Брежнева — Кишинев: Штиинца, 1986.— 166 с.
- Паршутин Н.П. Эффективность иглорефлексотерапии при олигоменорее: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.П.Паршутин — М., 1990.— 27 с.

- Персианинов Л С Акушерский семинар / Л.С.Персианинов — Т. 2 — Ташкент: Медицина, 1973
- Пшеничникова Т Я Бесплодие в браке / Т.Я.Пшеничникова.— М : Медицина, 1991 — 320 с.
- Раисова А Т Невынашивание беременности у женщин с андрогенией: Автореф. дис д-ра мед. наук / А.Т Раисова.— М., 1990.— 35 с.
- Репина М А Перспективы развития акушерско-гинекологической помощи женщинам / М А Репина // Актуальные проблемы перинатологии — СПб.: ВМА, 1995 — С 75—76.
- Репина М А Роды Физиологические и патологические аспекты / М А Репина — СПб Изд-во СПбМАПО, 1995.— 32 с.
- Реркин И А Становление лактации и качественный состав молока у родильниц с органическими заболеваниями сердца: Автореф. дис. .. канд. мед. наук / И.А Реркин — М , 1991 — 21 с
- Руддок Е Г Руководство к использованию женских болезней по правилам гомеопатии: Пер с англ / Е Г Руддок.— СПб , 1901
- Рубен М Мезопунктура — новое искусство вылечивания: Пер. с франц / М Рубен — Киев: ВЦП, Киевская редакция, 1985 — 188 с.
- Савельева Г М Плацентарная недостаточность / Г.М Савельева, Н.В Федорова, П А Клименко, М Г Сичинава.— М.: Медицина, 1991 — 272 с
- Савицкий Г А Многоматки / Г А.Савицкий.— СПб : Путь, 1994 — 216 с
- Савицкий Г А Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической практике / Г А Савицкий, Р Д.Иванова, И.Ю.Щеглова, П.А.Попов.— СПб.: АЛЕС, 1995 — 140 с.
- Самородинова Л А. Современные аспекты невынашивания беременности / Л.А Самородинова // Невынашивание беременности — Петрозаводск, 1989.— С 3—19.
- Самосюк И З Мануальная, гомеопатическая и рефлексотерапия остеохондроза позвоночника / И З.Самосюк, С А Войтаник, Т.Д.Попова, В.В.Гавата — Киев Здоров'я, 1992.— 272 с
- Самосюк И З Акупунктура: Энциклопедия / И.З.Самосюк, В.П Лысенюк.— Киев, М Украинская энциклопедия, АСТ-Пресс, 1994.— 542 с.
- Самосюк И З Нетрадиционные методы диагностики и терапии / И.З.Самосюк, В П Лысенюк, Ю П Лиманский — Киев: Здоров'я, 1994.— 240 с.
- Селезнева Н Д Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования внутренних половых органов / Н.Д.Селезнева // Оперативная гинекология.— М.: Медицина, 1990 — С. 157—220.
- Серов В Н Практическое акушерство / В.Н.Серов, А Н Стрижаков, С А Маркин — М · МИА, 1997 — 424 с
- Сидельникова В М Невынашивание беременности / В М Сидельникова — М Медицина, 1986 — 176 с.
- Сидельникова В М Принципы гормональной терапии при угрозе прерывания беременности / В М Сидельникова // Акуш. и гинекол — 1988 — № 12 — С 60—62
- Сидельникова В М Профилактика, диагностика и профилактическое лечение привычного невынашивания у женщин вне беременности / В М Сидельникова, Е М Демидова — М · ГУОМид МЗ СССР, 1989.— 23 с

- Сидельникова В.М.* Акушерская тактика ведения преждевременных родов / В.М.Сидельникова // Акуш. и гинекол.-- 2000 -- № 5.— С. 8—12.
- Сидорова И.С.* Миома матки и беременность / И.С.Сидорова.— М.: Медицина, 1985 — 192 с.
- Сидорова И.С.* Поздний гестоз / И.С.Сидорова.— М : Арктоус, 1996.— 224 с.
- Слепцова С.И.* Риск, прогноз и профилактика невынашивания беременности: Автореф дис. д-ра мед. наук / С.И.Слепцова.— М., 1991.— 45 с.
- Сметник В.П.* Неоперативная гинекология / В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович.— М : МИА, 1997.— 592 с
- Спесивцев Ю.А.* Клиника, диагностика и лечение патологических состояний молочной железы в период лактации / Ю.А.Спесивцев, Н.В.Кулагина, В.А.Линде — СПб. СПбМАПО, 1999.— 39 с.
- Степанов М.Г.* К вопросу о механизмах нарушения центральной регуляции репродуктивной функции под влиянием неблагоприятных экологических факторов / М.Г.Степанов, А.В.Арутюнян // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины.— СПб , 1993 — С 201—202.
- Стойановский Д.Н.* Иглоукалывание / Д.Н.Стойановский.— Кишинева: Картия Молдовенскэ, 1981.— 268 с.
- Су Вэнь* Ней цзин. трактаты по традиционной китайской медицине на основе древних и современных текстов: Пер с китайск.— Кемерово Серсон, 1994.— 448 с.
- Супряга О.М.* Артериальная гипертензия у беременных: частота, структура и перинатальные исходы / О.М.Супряга // Вестн акушера-гинеколога — 1995.— № 2.— С 7—17
- Супряга О.М.* Гипертензивные состояния у беременных: клинико-эпидемиологическое исследование: Автореф дис. . д-ра мед. наук / О.М.Супряга.— М , 1997.— 35 с.
- Халмурад Упур* Секреты китайской медицины / Упур Халмурад, В.Г.Начатой — М.: Быстрина, 1992 — 203 с.
- Хоанг Бао Тяу.* Иглоукалывание. Пер. с вьетн. / Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниен — М : Медицина, 1989 — 672 с.
- Хомуло П.С.* Эмоциональное напряжение и атеросклероз / П.С.Хомуло.— Л Медицина, 1982 — 152 с.
- Хомуло П.С.* Психозэмоциональный стресс / П.С.Хомуло // Профессиональные и психозэмоциональные аспекты атеросклероза и гипертонической болезни.— Л.: ЛСГМИ, 1985 — С 4—5.
- Хорни К.* Невротическая личность нашего времени: Самоанализ: Пер с англ / К.Хорни — М Прогресс — Универс, 1993 — 480 с
- Чернуха Е.А.* Родовой блок / Е.А.Чернуха — М Медицина, 1991 — 288 с
- Чжу Лянь* Руководство по современной чжэнь-цзютерапии Пер с китайск / Чжу Лянь — СПб ИРЛЕН, Комета, 1992 — 317 с
- Чокырла Л.Ф.* Оценка лактации у женщин и состояние здоровья ребенка Автореф дис канд мед наук / Л.Ф.Чокырла — М , 1988 — 25 с.
- Шенкер Дж.* Стресс и бесплодие / Дж.Шенкер // Акуш и гинекол — 1993 — № 2 — С 39—42
- Шехтман М.М.* Адаптация организма к беременности / М.М.Шехтман — М.: ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка, 1991.— 16 с

- Шияев Р Р* "Управляемые" и "неуправляемые" факторы риска гипогалактии у женщин / Р Р Шияев, Т П Васильева, Л Г Федорова // Формирование здоровья и профилактика его нарушений у детей: Сб науч тр — М, 1986 — С. 21—27
- Шнорренбергер К* Учебник китайской медицины для западных врачей Пер. с нем / К Шнорренбергер — М С.Е.Т., 1996.— 580 с.
- Щеглов Л М* Психосоматическая модель сексуальных расстройств / Л М Щеглов — СПб · Изд-во МАПО, 1993.— 32 с.
- Энкин М* Руководство по эффективной помощи при беременности и родах: Пер с англ / М Энкин, М Кейрс, М Ренфрю, Д.Нейлсон. — СПб · Нордмед — Издат., 1999.— 544 с
- Юсупов А С* "Чудесные" меридианы в акупунктуре: Методическое пособие для врачей-иглотерапевтов / А.С Юсупов — Уфа, 1990.— 36 с.
- Ярославский В К* Некоторые аспекты перинатальной охраны плода / В К Ярославский // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии — СПб· ВМА, 1995 — С 83—86
- Alexander J* Postnatal care / J Alexander, V.Levy, S Roch.— Macmillan, 1992 — 248 p
- Eidelman A.I* Comparative tactile behavior of mothers and fathers with their newborn infants / A I Eidelman, R Hovars, Z M.Kait // Isk J Med Sci — 1994 — Vol 30 — P 79—82
- Hayslip C C* The effect of lactation on bone mineral content in healthy postpartum women / C C.Hayslip, T A Klein, L.H.Wray, W E Duncan // Obstetr Gynecol.— 1989.— № 4 — P 588—593
- Husstedt W* The relationship between suckling-induced prolactin response and lactogenesis / W.Husstedt // Fortschr Med — 1985 — Bd. 103.— S 37—38
- Geldenberg P* The chronic pain patient: evaluation and management / P Geldenberg, R.De Voul // Basel· Karger, 1985 — 152 p.
- Fuye R* de la Traite d'Acupuncture / R. de la Fuye — T 1, 2.— Paris, 1956 — 636—122 p
- Lec R* Presacral neuroectomy for chronic pelvis pain / R.Lec, K Stone, D Magelseer // Obstet. Gynaecol — 1986 — Vol. 68.— № 4.— P. 517—521.
- Linden van der Paul J Q* Теории патогенеза эндометриоза / van der Paul J.Q Linden // Аналоги ГнРГ в репродуктивной медицине.— М.: МедПресс, 1997.— С. 59—72
- Schmidt H* Akupunkturtherapie: Nach der chinesischen Typenlehre / H Schmidt.-- Stuttgart: Hippokrates Verl., 1982.-- 312 S.
- Torbergsen T* Preeclampsia — a mitochondrial disease / T.Torbergsen, P.Qian, E Mathiesen, O Borud // Acta Obstet. Gynecol Scand.— 1989 — Vol 68.— P 145—148

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АТ — аурикулярные точки акупунктуры
БПКЯ — болезнь поликистозных яичников
ДМК — дисфункциональные маточные кровотечения
ИК — иммунные комплексы
ИПФР-I — инсулиноподобный фактор роста I
ИТ — акупунктура, иглорефлексотерапия, чжень-цзю теґ
КС — климактерический синдром
РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система
СТБ — синдром тазовых болей
ТА — корпоральные точки акупунктуры
ЦИК — циркулирующие иммунные комплексы

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛЯЦИИ ОРГАНИЗМА КАК ЕДИНОЙ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ	5
Общие положения	5
Проблемы соотношения адаптации и болезни	6
Глава 2 МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СИТА	9
Глава 3 ВОПРОСЫ АКУПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ	13
Глава 4 ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА	25
Общие положения	25
Техника исследования пульса	28
Последовательность исследования пульса	30
Общая характеристика нормального пульса	32
Характеристика основных патологических пульсов	34
Некоторые аспекты пульсовой диагностики по данным клас- сической китайской и современной литературы	39
Глава 5 НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕ- РАПИИ	42
Глава 6 ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ	44
Невынашивание беременности	44
Рвота беременных	52
Гестоз	55
Аномалии родовой деятельности	63
гипогалактия	65
Глава 7 ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ	68
Нарушения менструального цикла	68
Альгодисменорея	78
Хронические воспалительные заболевания органов малого таза	81
Миома матки	84
Эндометриоз	89
Синдром тазовых болей	93

Поликистозные яичники	96
Предменструальный синдром	97
Климактерический синдром	99
Опущение влагалища и матки	101
Чжень-цзю терапия в послеоперационном периоде	102
Заключение	104
Приложения	106
Приложение 1. Основные точки классических каналов	106
Линии для облегчения поиска точек акупунктуры	106
Пропорциональные отрезки	107
Канал легких	108
Канал толстой кишки	109
Канал желудка	113
Канал селезенки (поджелудочной железы)	118
Канал сердца	121
Канал тонкой кишки	122
Канал мочевого пузыря	125
Канал почек	134
Канал перикарда	138
Канал трех обогревателей (трех частей тела)	139
Канал желчного пузыря	143
Канал печени	148
Задний срединный канал (VG)	150
Передний срединный канал	154
Приложение 2. Точки акупунктуры ушной раковины (Международная номенклатура)	158
Приложение 3. Точки воздействия на железы внутренней секреции по R.de la Fuye (1956)	160
Библиографический список	161
Список сокращений	169