

Д. М. Табеева

**РУКОВОДСТВО
ПО ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

3-е издание, исправленное и дополненное



Москва
«МЕДпресс-информ»
2018

УДК 615.8
ББК 53.584
Т12

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Автор и издательство «МЕДпресс-информ» благодарят издательскую группу «ГРАНД-ФАИР» за помощь в подготовке данного издания.

Автор: Табеева Д. М. – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач Республики Татарстан.

Табеева Д. М.

T18 Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 3-е изд., испр. и доп. – 752 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-546-1

В руководстве обобщен опыт древневосточной медицины, основные данные зарубежной, отечественной, педагогической и исследовательской работы автора по всем аспектам иглорефлексотерапии. Ряд положений древневосточных концепций на фоне их критической оценки рассмотрен с позиций современной медицины. Изложены биологические, методические основы иглорефлексотерапии и подходы к акупунктурной диагностике. Проанализированы закономерности в принципах подбора точек иглоукалывания с анатомо-физиологических позиций. Представлены оригинальные таблицы, отражающие многообразие функциональных взаимосвязей меридианов. Сформулированы интегральные подходы к принципу подбора акупунктурного рецепта точек воздействия, понимание которых дает возможность индивидуализировать процесс лечения больных. Отдельные главы в руководстве посвящены другим методам воздействия, аурикулотерапии и иглоанальгезии.

Руководство рассчитано на врачей-рефлексотерапевтов.

УДК 615.8
ББК 53.584

ISBN 978-5-00030-546-1

© Табеева Д. М., 2005, 2018
© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	10
Предисловие ко второму изданию	15
Предисловие к первому изданию	17
Введение	19
Глава 1. К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МЕТОДА ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ	23
§ 1. Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания	25
§ 2. Древневосточные теории. Философские основы традиционной китайской медицины	36
§ 3. Теория инь—ян	44
§ 4. Теория у—син	47
§ 5. Концепция чжан—фу (цзан—фу)	51
§ 6. Концепция цзин—ло	57
§ 7. Учение об энергии (чи, ци)	61
§ 8. Правила чжень-цзю-терапии, связанные с древними восточными теориями	66
§ 9. Общие выводы древневосточных концепций	72
Глава 2. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИГЛОТЕРАПИИ	77
§ 1. О механизмах действия иглотерапии	79
§ 2. Характеристика точки иглоукалывания	82
§ 3. Характеристика меридиана	91
§ 4. Местная реакция на иглоукалывание	100
§ 5. Неврогенные аспекты действия акупунктуры	102
§ 6. Механизмы акупунктурной анальгезии	112
§ 7. Циркуляторная концепция механизма действия иглоукалывания.	122
§ 8. Действие акупунктуры на отдельные функциональные системы	129
Биоэлектрическая активность мозга	129
Психотропное действие акупунктуры	132
Гемодинамические и респираторные сдвиги	136
Эндокринно-гуморальные и иммунные реакции	142
Глава 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ	145
§ 1. Способы определения локализации точек акупунктуры	147
Определение условных линий по Чжу Лянь	147
Определение локализации точки акупунктуры с использованием мерных отрезков как единицы измерения	150
Положение (поза) при определении точки акупунктуры	154
Определение точки акупунктуры методом пальпации	156
Определение точек акупунктуры аппаратным методом	156
§ 2. Акупунктурная игла (форма, конструкция игл, стерилизация и хранение)	156
§ 3. Техника иглоукалывания (способы введения, угол наклона и глубина введения игл)	162
Способы введения игл	162

§ 4. Приемы манипулирования иглами	168
§ 5. Реакции на иглоукалывание	169
§ 6. Основные факторы рефлексотерапии	170
Метод раздражения	170
Место раздражения	185
Момент раздражения	185
§ 7. Общие правила проведения рефлексотерапии	186
§ 8. Возможные осложнения при иглоукалывании и их профилактика	188
§ 9. Показания и противопоказания к иглорефлексотерапии	191
Акупунктура в хирургической клинике (для стационарного применения)	198
Относительные показания	199

Глава 4. ДРУГИЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТОЧКИ

АКУПУНКТУРЫ	203
§ 1. Прижигание (цзю)	205
§ 2. Точечный массаж	215
Метод пальцевого массажа	216
Методы раздражающего воздействия при пальцевом массаже	220
Метод прессации иглой с шаровидным наконечником	221
§ 3. Цубо-терапия	222
§ 4. Вакуум-терапия	223
§ 5. Введение лекарственных препаратов в точки акупунктуры	224
§ 6. Пчелоужаление по точкам акупунктуры	225
§ 7. Система до—ин	227
§ 8. Биоэнерготерапия	230
§ 9. Электростимуляторная терапия	232

Глава 5. ТОПОГРАФИЯ МЕРИДИАНОВ, ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ И ПОКАЗАНИЯ К ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

§ 1. Основные меридианы и точки акупунктуры	247
Меридиан I (легких) LU	249
Меридиан II (толстой кишки) LI	255
Меридиан III (желудка) St	264
Меридиан IV (селезенки—поджелудочной железы) SP	281
Меридиан V (сердца) Ht	290
Меридиан VI (тонкой кишки) SI	295
Меридиан VII (мочевыводящих путей) BL	302
Меридиан VIII (почек) K	324
Меридиан IX (перикарда) PC	334
Меридиан X (трех частей туловища) TH	339
Меридиан XI (желчного пузыря) GB	347
Меридиан XII (печени) Liv	364
Меридиан XIII (заднесрединный) GV	371
Меридиан XIV (переднесрединный) CV	379

§ 2. К древнекитайским толкованиям активности меридианов по суточному биоритму	386
К периодике, биоритмологии основных меридианов . . .	386
§ 3. Коллатеральные (вторичные) меридианы, ло-пункты . . .	388
§ 4. Чудесные меридианы	389
ЧМ I — контролирующий меридиан (ду-май)	392
ЧМ II — наружный пяточный меридиан (ян-цзяо-май) . . .	392
ЧМ III — наружный поддерживающий меридиан (ян-вэй-май)	393
ЧМ IV — опоясывающий меридиан (дай-май)	394
ЧМ V — меридиан зачатия (жэнь-май)	394
ЧМ VI — внутренний пяточный меридиан (ян-цзяо-май) . . .	395
ЧМ VII — внутренний поддерживающий меридиан (инь-вэй-май)	396
ЧМ VIII — поднимающийся меридиан (чжун-май)	396
Выявление точки-ключа чудесного меридиана по интервалу	397
Глава 6. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ МЕРИДИАНАМИ	403
Глава 7. ТОЧКИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕ МЕРИДИАНОВ	425
§ 1. Внемеридианные точки	427
Голова и шея HN (Head—Neck)	427
Передняя поверхность туловища (грудь и живот) СА (Chest—Abdomen)	432
Задняя поверхность туловища (спина и талия) BW (Back—Waist)	435
Рука (верхние конечности) UE (Upper Extremity)	440
Нога (нижние конечности) LE (Lower Extremity)	447
§ 2. «Новые» точки N	453
Голова и шея HN	453
Передняя поверхность туловища СА	458
Задняя поверхность туловища BW	459
Рука UE	461
Нога LE	464
Глава 8. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К АКУПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	469
Общие подходы к акупунктурной диагностике	471
§ 1. Клиническая акупунктурная диагностика	472
Традиционная китайская система диагностических приемов в чжень-цзю	472
Диагностические показатели различных систем точек акупунктуры	489
Древневосточные диагностические признаки соответствий	491
К древнекитайской классификации строения тела человека	495

	Некоторые современные аспекты клинической аку- пунктурной диагностики	499
§ 2.	Инструментальная акупунктурная диагностика	505
	Электропунктурная диагностика	505
	Аурикулярная диагностика	528
	Компьютерная пульсометрия	530
Глава 9. ЛЕЧЕНИЕ		535
§ 1.	Краткий обзор существующих методов сочетаний точек аку- пунктуры	538
§ 2.	Закономерности в принципах подбора точек акупунк- туры	556
§ 3.	Принципы выбора точек акупунктуры	563
	Анатомо-физиологические подходы к выбору точек аку- пунктуры	563
	Системный трехуровневый принцип выбора точек воз- действия	577
Глава 10. АУРИКУЛОТЕРАПИЯ		605
§ 1.	История вопроса и сущность метода	607
§ 2.	Предполагаемые механизмы аурикулотерапии	609
§ 3.	Краткие анатомические сведения об ушной раковине	612
§ 4.	Методика аурикулотерапии	614
	Способы определения точек воздействия	616
	Подготовка и порядок проведения аурикулотерапии	617
	Способы введения и извлечения игл	618
	Осложнения аурикулотерапии	622
§ 5.	Топография точек воздействия и их клиническое использование	622
	Зона I — мочки уха	623
	Зона II — козелка	628
	Зона III — передней ушной бороздки	630
	Зона IV — межкозелковой вырезки	632
	Зона V — задней ушной бороздки	634
	Зона VI — противокзелка	635
	Зона VII — противозавитка	639
	Зона VIII — верхней ножки противозавитка	643
	Зона IX — нижней ножки противозавитка	645
	Зона X — трехсторонней ямки	647
	Зона XI — ладьевидной ямки	651
	Зона XII — завитка	654
	Зона XIII — ножки завитка	658
	Зона XIV — прилежащая к ножке завитка	660
	Зона XV — чаши раковины	663
	Зона XVI — полости раковины	667
	Зона XVII — задней поверхности раковины	669
	Зона XVIII — наружного слухового прохода	671
§ 6.	Терапевтический указатель	677
	Лечебные эффекты отдельных сочетаний аурикулярных точек	677

Рекомендуемые сочетания аурикулярных точек для терапии некоторых синдромов и заболеваний	680
Рекомендуемые сочетания аурикулярных точек по симптомам	692
Глава 11. ИГЛОАНАЛЬГЕЗИЯ	695
§ 1. История вопроса и общая характеристика иглоанальгезии	697
§ 2. Предоперационная подготовка больного	698
§ 3. Методика проведения и оценка эффективности иглоанальгезии	702
Ручная иглоанальгезия	702
Электроиглоанальгезия	703
Иньекторная иглоанальгезия	705
Оценка эффективности иглоанальгезии	705
§ 4. Принципы выбора точек акупунктуры для иглоанальгезии	706
Выбор точек в соответствии с традиционными древневосточными теориями	706
Выбор точек с учетом данных статистического анализа их эффективности	708
§ 5. Электроиглоанальгезия — компонент общей комбинированной анестезии	708
§ 6. Иглоанальгезия в послеоперационном периоде	712
§ 7. Рекомендуемые сочетания точек акупунктуры для иглоанальгезии...	714
Иглоанальгезия при некоторых операциях на шее	715
Иглоанальгезия при удалении доли или всего легкого (торакопластика)	715
Иглоанальгезия при некоторых абдоминальных операциях	716
Иглоанальгезия в акушерской практике	717
Иглоанальгезия при операциях на конечностях	718
Иглоанальгезия при амбулаторных операциях	719
§ 8. Преимущества и недостатки иглоанальгезии	720
§ 9. Противопоказания к иглоанальгезии	721
§ 10. Современные интегративные методы рефлекторной аналгезии...	722
 Приложение 1. Алфавитный указатель точек акупунктуры 14 меридианов, их цифровое и буквенно-цифровое обозначение	 733
Приложение 2. Алфавитный указатель аурикулярных точек (АТ) и их номерное обозначение (порядковый номер и принадлежность к определенной зоне)	742
Литература	744

От автора

Третье издание этой книги (первое вышло в 1980 г.) обусловлено тем интересом, который вызывает «Руководство» у врачей разных поколений, включая молодежь, ориентированных на возможность применения разных методов лечения своих больных, в том числе значительно снижающих побочные эффекты от фармакотерапии. По многочисленным высказываниям практических врачей и преподавателей, «Руководство» стало настольной книгой для них, но очень скоро превратилось в библиографическую редкость. В «Руководстве» мною была принята концепция того, что функции и проявления жизнедеятельности человеческого организма могут быть рассмотрены по признаку *инь-ян*; того, что возникновение заболевания является результатом потери относительного равновесия *инь-ян*, их избыточности или недостаточности. При этом сущность применения иглоукалывания состоит в восстановлении баланса *инь-ян*. И какими бы сложными и запутанными ни были клинические проявления заболевания, они подчиняются принципу *инь-ян*, который является основой для последующего дифференциального диагноза и лечения.

При подготовке первого издания «Руководства» главной ставилась задача раскрытия механизма воздействия иглорефлексотерапии на организм человека для того, чтобы была возможность лечить заболевания не только функционального, но и органического характера. Механизм воздействия иглорефлексотерапии на организм человека мог изучаться лишь с подлинно научных, материалистических позиций. И достижения, в частности в области биологических дисциплин, позволили продвинуться в вопросе разработки таких механизмов воздействия. Предисловие к «Руководству», написанное академиком АМН СССР Е. В. Шмидтом (с 1966 по 1985 г. возглавлял НИИ неврологии АМН СССР), явилось очень важным моментом в становлении иглорефлексотерапии. В этот период большое количество ученых, врачей, больных к методу относились скептически. Е. В. Шмидт в предисловии указал, что книга Д. М. Табеевой, несомненно, будет способствовать расширению применения иглорефлексотерапии. Академик подчеркнул, что Д. М. Табеева, наряду с обобщением известного материала, предлагает новые подходы к проблемам иглорефлексотерапии, связанные с теорией и ее собственной практикой. Это изменило отношение ученых и врачей к методу иглотерапии.

Но самым важным событием в дальнейшем изучении метода и его закреплении как отдельной медицинской специальности «рефлексотерапия» явился приказ МЗ РФ № 364 от 10 декабря 1997, подписанный министром здравоохранения РФ, академиком АМН РФ Т. Б. Дмитриевой (возглавляла ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского с 1990 по 2010 г.). Фактически это спасло службу рефлексотерапии от распада. Я хочу напомнить, что основой рефлексотерапии является иглотерапия, которую необходимо продолжать развивать для того, чтобы эта специальность не трансформировалась в физиотерапию.

Как бы отвечая на заданные мне вопросы, хочу подчеркнуть, что теория *инь-ян* как философская концепция даосизма и своеобразная интерпретация материалистического принципа единства и борьбы противоположностей дала мне возможность по-новому осознать такой феномен жизнедеятельности человека, как семейная жизнь. Как *инь* и *ян* являются в одно и то же время и противоположными, и взаимосвязанными, так же и в семье супруги проти-

востоят и дополняют друг друга. Я уверена, что суть счастливой жизни супругов заключается в «противостоянии» друг другу, высказывании разных точек зрения при принятии важных семейных решений и взаимном «дополнении» друг друга при реализации принятых решений. Следуя этому принципу, мой супруг, Табеев Фикрят Ахмеджанович, как философ, историк поддержал мое обращение к изучению метода иглорефлексотерапии и значительно расширил мой кругозор в философских вопросах. А я со своей стороны расширила его познания в области медицины. Естественно, это не единственный случай «нашего» *инь-ян*. Мы так прожили вместе 64 года. Моя книга, видимо, будет переиздана в канун 90-летия моего супруга – Табеева Фикрята Ахмеджановича, и я с огромным удовольствием хочу посвятить ее его светлой памяти.

Среди задаваемых коллегами, читателями вопросов много личных, и я сочла возможным ответить на большинство из них в форме автобиографии, не отказав себе в удовольствии привести отзывы о себе и своей работе со стороны уважаемых мною коллег и учеников, а также выразить благодарность всем единомышленникам, с кем мы развивали это новое научное направление в нашей стране.

Родилась я 2 октября 1929 г. в Казани. В 1953 г. окончила Казанский медицинский институт по специальности «лечебное дело». Свою медицинскую практику я начала с должности участкового врача. Затем была клиническая ординатура по неврологии в Казанском институте усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (ГИДУВ). Там же на кафедре нервных болезней я работала ассистентом, затем доцентом. Далее возглавляла курсы по электрофизиологической диагностике и иглотерапии. Здесь происходит мое знакомство с заведующим кафедрой нервных болезней ГИДУВ, выдающимся клиницистом-вегетологом профессором И. И. Русецким. Профессор получил образование в Сорбонне. Он учился в Китае, овладел методами рефлексотерапии. Совместная работа с ним определила мои научные интересы в дальнейшем.

Спустя некоторое время, после неоднократных подъемов и спадов в развитии и внедрении рефлексотерапии, в 1971 г. был издан приказ министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского «О дальнейшей разработке метода иглотерапии и внедрении его в практику», который создал благоприятную обстановку для научных исследований и подготовки специалистов в этой области, дал импульс к изучению методов рефлексотерапии. Б. В. Петровский поддержал внедрение метода нелекарственной терапии в лечебную практику. В 1976 г. я уже сама возглавила первую в стране клинику и кафедру рефлексотерапии, созданную в ГИДУВ в г. Казани. В период 1976–1982 гг. на кафедре было подготовлено более 900 специалистов, владеющих методами рефлексотерапии.

В 1971 г. я защитила кандидатскую, а в 1981 г. – докторскую диссертацию. Решениями ВАК в 1973 г. мне присвоено звание доцента, а в 1982 г. – профессора. Имею звание «Заслуженный врач ТАССР».

Период работы на кафедре в ГИДУВ вспоминаю с особой теплотой. Хочу поблагодарить своих коллег и сотрудников: ассистентов Л. С. Рыбакову, Ю. Н. Буланкова, В. А. Короткову, Н. А. Семенову; врачей Л. К. Шагивеву, И. Н. Пинягину, А. М. Абдуллину, О. К. Хорошкову; старшего лаборанта И. Ш. Ахтямова; медсестер Александру, Валентину и санитарку тетю Машу.

Далее был уже московский период. С августа 1982 г. по октябрь 2014 г. я работала во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Центре

им. В. П. Сербского) руководителем созданного мною отделения рефлексотерапии, затем ведущим научным сотрудником. Для ВНИИ это стало новым направлением деятельности, отделение было оснащено новейшим оборудованием.

Я вышла замуж в студенческое время, и мы прожили с супругом 64 года. У нас большая дружная трудолюбивая семья. Старший сын Эльмир — кандидат физико-математических наук, доктор политических наук. Его жена Гюзьяль — доктор медицинских наук, профессор. Их дочь Диана — кандидат экономических наук, и ее муж Максим тоже экономист. У них трое детей — Никита, Эльмир и Роберт. Младший сын Искандер — кандидат медицинских наук, его супруга Ильмира — врач. Их дочери Камила и Гюзьяль со своими мужьями Ренатом и Алексеем также являются кандидатами медицинских наук. В семьях Камилы и Гюзьяль по двое детей: Анна, Руслан, Тимур и Дина. Состав семьи многонациональный, что лишь способствует ее укреплению.

Для меня очень важно привести некоторые высказывания об эффективности данного метода лечения со стороны моих старших коллег, врачей, руководителей лечебных учреждений из разных областей и республик СССР:

«Автор обоснованно возражает против формального использования иглоукалывания, против применения заученных рецептов точек. В иглорефлексотерапии врач тоже должен лечить не болезнь, а больного. Это много сложнее, но только так нужно использовать заложенные в методе большие возможности» (из предисловия члена-корреспондента АМН СССР профессора А. М. Вейна к «Атласу иглорефлексотерапии», изданному Д. М. Табеевой в 1979 г.);

«...предложенный профессором Табеевой Д. М. оригинальный трехуровневый подход в выборе зон воздействия (БАЗ) при рефлексотерапии — это по-настоящему замечательный творческий вклад в современную иглорефлексотерапию» (С. С. Кортавенко, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения терапии болевых синдромов РНЦХ им. академика Б. В. Петровского, специалист в области рефлексотерапии, электроимпульсной и интегративной терапии боли);

«...данная методика позволила повысить эффективность рефлексотерапии в случаях хронических заболеваний» (Кемеровская областная больница № 2, 1979 г.);

«...использование метода Табеевой Д. М. существенно повысило уровень лечебных мероприятий иглорефлексотерапии» (городская поликлиника № 17, город Куйбышев, 1979 г.);

«...методика помогла повысить эффективность иглорефлексотерапии при заболеваниях периферической и вегетативной нервной системы, аллергических заболеваниях, гипертонической болезни, неврозах» (Казахская ССР, Уральская областная клиническая больница, 1979 г.);

«...применение методики позволило повысить эффективность иглорефлексотерапии при лечении вазомоторного ринита, неврита слуховых нервов и ряда других заболеваний» (Узбекская ССР, Ташкент, Центральная поликлиника, 1979 г.);

«...примите наши искренние поздравления и глубокую благодарность за Ваш большой, кропотливый труд. Плоды этого труда значительно облегчают нам — начинающим иглотерапевтам — путь к овладению искусством древнего врачевания» (курсанты цикла иглорефлексотерапии, апрель—июль 1981 г.).

«С искренним уважением классику отечественной рефлексотерапии Дине Мухамедовне с благодарностью за все содеянное добро» (дарственная надпись

профессора В. Н. Цибуляка на своей книге «Рефлексотерапия в клинической анестезиологии», 1985 г.);

«Глубокоуважаемой, неповторимой, великой Дине Мухамедовне Табеевой – неутомимому борцу за Рефлексотерапию. С уважением. 17.03.2017» (дарственная надпись профессора В. С. Гойденко на тексте своей статьи в журнале фундаментальной и практической медицины «Рефлексология»).

Группа врачей на конгрессе в Польше охарактеризовала «Руководство» как «библию акупунктуры».

Научно-исследовательскую деятельность я сочетала с научно-организационной и общественной работой. Являлась членом Проблемной комиссии по рефлексотерапии при ученом медицинском совете Института рефлексотерапии МЗ СССР. В связи с тем, что в 1979 г. при Всесоюзном научном обществе невропатологов и психиатров была создана секция рефлексотерапии, я возглавила бюро этой секции в качестве председателя. Большая роль в создании секции рефлексотерапии принадлежит академику АМН СССР Г. В. Морозову (директор ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского [Центра им. В. П. Сербского] в 1957–1990 гг.). Создание секции внесло много полезного в определение роли метода в общей научной, медицинской и кадровой структуре лечебных учреждений.

Я являлась членом президиума Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, членом научного совета по наркологии АМН СССР, членом общественного совета отдела науки, образования и кадров «Медицинской газеты», членом редколлегии «Скандинавского журнала акупунктуры и электротерапии». Член ученого совета Центра им. В. П. Сербского с 1982 по 2014 г. С 1992 по 1999 г. была в составе ученого совета Медицинской академии им И. М. Сеченова по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальности «нервные болезни и психиатрия».

За период с 1974 по 1999 г. я неоднократно (более 15 раз) представляла нашу страну на международных конгрессах и симпозиумах по акупунктуре. Была удостоена семи дипломов. Находилась в служебных командировках в Японии (1976 г.), КНР (1983 г.), во Вьетнаме (1985 г.). В качестве преподавателя принимала участие в работе курсов по обучению акупунктуре врачей Скандинавских стран в Финляндии в 1986 г.

Результаты теоретического анализа и практической разработки наследия восточной медицины выражены мною более чем в 150 опубликованных научных работах и шести монографиях. Две из них имеют гриф «Рекомендуется Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей».

Был очень интересный период в жизни (1980–1986), связанный с назначением моего супруга чрезвычайным и полномочным послом СССР в Республике Афганистан. Я часто выезжала в ДРА и помимо функций супруги посла осуществляла контакты по общественной линии в области медицины, культуры и просвещения, организации личных связей с женами высокопоставленных руководителей ДРА. Содействие установлению дружественных отношений со многими из представителей медицинской общественности, духовенства, женского и молодежного движения – вот далеко не полный перечень моей нагрузки в этой стране. К особенностям в этой сфере деятельности надо отнести понимание психологии населения мусульманской страны, принципов исламской этики.

В завершение я хочу поблагодарить своего супруга – Табеева Фикрята Ахмеджановича – за каждый день нашей жизни, прожитый в любви и взаимопонимании. Благодарна я и сыновьям за их преданность своим семьям и безграничную любовь к своей маме – мне. Благодарна снохам и зятям, внукам, правнукам и правнучкам. Вижу, что пример нашей с Фикрятом жизни сыграл положительную роль в их воспитании и становлении. Без нашей большой и дружной семьи я едва ли состоялась бы как успешный ученый.

Я благодарна всем врачам и специалистам, работающим в отрасли игло-рефлексотерапии, одновременно продолжателям древних восточных традиций лечения и подвижникам и новаторам в освоении новых и эффективных методов лечения. Спасибо всем.

Предисловие ко второму изданию¹

С 1980 по 1982 г. большим тиражом (100 тыс. экземпляров) вышло из печати «Руководство по иглорефлексотерапии» и через короткий срок стало библиографической редкостью.

«Руководство» было рассчитано прежде всего на практических врачей и, по многочисленным отзывам, отвечало предъявляемым в таких случаях требованиям: его отличали наглядность, практическая применимость, научность. Особого внимания заслуживали полнота и конкретность затронутых проблем. Впервые в достаточно полном объеме рассмотрены теоретические принципы китайской традиционной медицины.

Следует особо отметить, что «Руководство» насыщено необходимым познавательным и иллюстративным материалом, отвечающим требованиям учебного руководства. Учебно-информационная форма подачи материала книги подчинена главной цели — помочь практическому врачу овладеть методом иглотерапии, решать сложные диагностические и лечебные задачи и находить наиболее оптимальные пути в лечении больных.

В адрес автора продолжало поступать большое количество отзывов и благодарственных писем от врачей одновременно с просьбами переиздать «Руководство по иглорефлексотерапии».

Предлагаемое читателю «Руководство» является вторым изданием. В книгу внесены определенные дополнения и изменения, в особенности отражены в новой главе вопросы биологических основ иглотерапии.

Знания и научные представления подобной интеграционной направленности необходимы врачам, ибо именно в этом состоит раскрытие основ традиционной медицины (медицины, основанной на народных традициях) для организации современных исследований и, соответственно, врачебной практики. В нынешних условиях любой подход к применению древневосточных постулатов всегда наталкивает исследователя на оценку биологически обоснованной эффективности метода лечения, то есть акупунктуры. Поэтому вполне понятно, что дальнейшее развитие самой акупунктуры определяется перспективами ее интеграции с современными достижениями биологии, физиологии и медицины. Это уже знаменует новый современный этап в развитии самой акупунктуры, связанной с понятиями альтернативной медицины, то есть рефлекторной диагностики, комплексного лечения с учетом всех данных восточной традиционной практики и классической западной медицины. Создаются программы-комплексы, сочетающие в себе данные радиоэлектроники, физики, химии, биологии и позволяющие переходить от эмпирических методов к современным интегративным исследованиям.

В этом направлении уже сделано немало как самими китайскими и в целом восточными учеными, так и нами — представителями европейской школы. А на вопрос, как вам представляется будущее традиционной акупунктуры, я повторила бы свой ответ, который был дан в Софии после завершения VIII Всемирного конгресса по акупунктуре: «Будущее акупунктуры зависит от того, насколько глубоко будет проводиться дальнейшее изучение ее механизмов с позиций современной науки». Хотелось бы добавить, что при этом огромное значение имеет ответственное отношение к подготовке кадров, что обеспечит квалифицированное применение иглотерапии врачами для лечения больных,

¹ Первое издание книги вышло в 1980 г.

ведь только грамотный врач может успешно применять в практической работе этот интегративный метод.

Важнейшим событием для иглорефлексотерапии было принятие в 1997 г. впервые в нашей стране специального приказа МЗ РФ за №364 о введении специальности врача-рефлексотерапевта в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей. Следует полагать, что эта мультидисциплинарная специальность требует должного базирования на знании важнейших разделов современной медицины и традиционных основ чжень-цзю. Совершенно очевидно, что рефлексотерапевтом должен быть врач — специалист широкого профиля, владеющий методом иглорефлексотерапии.

Благодарю всех коллег, оказавших внимание данному изданию, и надеюсь, что оно будет полезным врачам-рефлексотерапевтам в благородной деятельности лечения больных.

Д. М. Табеева

Глава 1

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МЕТОДА ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ

§ 1. Краткий очерк истории иглотерапии и прижигания

Современная медицина достигла огромных успехов как в научном, так и в практическом отношении, и, казалось бы, она имеет мало общего с тем, что мы именуем традиционной медициной. Сейчас лабораторный анализ может дать четкий и ясный ответ на многие вопросы, которые раньше решались только на основе многократного опыта. Несмотря на это, современная медицина постоянно обращается к народному опыту, научно переосмысливая различные предположения и находки прошлого. В такой взаимосвязи и происходит процесс неразрывного развития, совершенствования науки.

Знание включает в себя не только то, что доподлинно известно, теоретически обоснованно или являет собой научную гипотезу. Знание включает в себя и тот положительный практический опыт, который пока еще не может быть полностью доказан с научной точки зрения. Это относится и к методу чжень-цзю, получившему в последнее время в нашей стране широкое распространение, методу, имеющему тысячелетнюю историю и практику, который в современных условиях все с большей очевидностью будет пополняться необходимым теоретическим содержанием.

К вопросу о целесообразности развития традиционной акупунктуры можно подойти с более четкой утилитарной позиции: если терапевтическая методика приносит хорошие результаты, она вполне заслуживает применения, ибо всякая форма врачебной науки и искусства достигает своей цели только тогда, когда она приносит больному избавление от его недугов, пусть даже и временно. С этой точки зрения даже скептики, критикующие чжень-цзю за «ненаучность», не могут отрицать ее терапевтического эффекта при определенных заболеваниях. Кроме того, следует подчеркнуть, что речь должна идти не о «ненаучности» метода, а скорее о его «донаучности». Это не исключает, а, наоборот, предполагает необходимость серьезной работы именно в научном, теоретическом аспекте над выяснением механизма действия иглотерапии.

Иглоукальвание (или акупунктура) — одно из важных и ценных наследий традиционной медицины. Чжень-цзю имеет длительную историю и сформировалась как практический лечебный метод на протяжении многих столетий. Уже в глубокой древности было замечено, что ранение и уколы в некоторые точки тела не только облегчают течение ряда заболеваний, но порой даже полностью излечивают людей.

О древности метода иглотерапии свидетельствует и тот факт, что археологи при многочисленных раскопках обнаруживали иглы из кварца, кремня, а также костяные иглы, которые применялись для иглоукальвания.

В современной науке нет однозначного ответа на вопрос относительно природы возникновения метода чжень-цзю. Можно предполо-

жить, что эффект иглоукальвания был обнаружен случайно, в процессе ритуальных татуировок, когда было замечено, что уколы в определенные точки неожиданно способствовали исчезновению некоторых болей или излечиванию ряда заболеваний. Однако потребовались сотни лет, чтобы сформировались приемы акупунктуры, сочетания точек в различных рецептах, определились функциональные значения отдельных точек воздействия и меридианов.

Считается, что родиной метода чжень-цзю является Китай. Однако существуют предположения, что иглоукальвание и прижигание возникли первоначально в Непале или Тибете, в буддийских храмах, где был достаточно высокий для своего времени уровень знаний.

Заслуживает внимания работа А. Conson (1979) по исследованию истории возникновения иглоукальвания, в которой автор указывает на источники индийской классической медицины под названием Веды, известной более семи тысяч лет назад, где уже упоминается иглотерапия. Поэтому, по мнению автора, трудно сказать, пришла ли иглотерапия в Индию из Китая или наоборот. Специалистам известно, что Веды были написаны за несколько тысячелетий до появления китайских классических книг по традиционной медицине. Самая древняя из известных китайских книг относится, как мы уже отмечали, к IV в. до н. э. Наиболее известный из томов Вед, называемый «Искусство иглоукальвания», был написан приблизительно 3000 лет назад и полностью посвящен акупунктуре. В индусских источниках излагались как корпоральная, так и аурикулярная акупунктура. Между тем в Индии знали лишь половину известных в Китае корпоральных точек, называемых «Мамра». В целом в Китае акупунктура получила большее развитие, чем в Индии, и этот факт, как нам представляется, трудно оспаривать.

Еще в III в. до н. э. в Китае был обобщен имевшийся в то время опыт применения иглотерапии. Так, в первой части трактата «Хуанди Нэйцзин», состоявшего из 18 томов и служившего руководством по ряду медицинских вопросов, представлены сведения о технике иглоукальвания, изложены показания и противопоказания к этому лечебному методу. Несколько позднее известный китайский ученый Хуан Фуми, опираясь на опыт предшественников, написал труд об иглоукальвании и прижигании «Дян Цзин», состоящий из 12 томов. В нем подробно излагались основы чжень-цзю, большое внимание уделялось определению локализации точек для уколов, рекомендовались формы лечебных воздействий.

В VI—XIII вв. метод чжень-цзю непрерывно совершенствовался и все шире применялся в лечебной практике. В этот период были опубликованы многочисленные руководства по использованию иглоукальвания и прижигания в гинекологии, хирургии, педиатрии и терапии. В 1026 г. была написана книга «Тун жэньшу сюэ жэнь-цзю» («Атлас точек бронзового человека»), где подробно изложены методы нахождения на теле точек воздействия. Выдающийся ученый того времени Ван Вэйи нанес на бронзовую модель фигуры человека 600 известных в тот период точек. Он же детально описал эти точки и отметил эффект от иглоукальвания каждой из них. Точки были нанесены по 12 линиям (меридианам), соединяющим периферию тела с внутрен-

ними органами. Так была создана, по историческим данным, для последующих поколений традиционная медицинская анатомическая карта и методика ее изучения. По данным источников того времени, эта фигура во время экзаменов в академии покрывалась сверху воском и наполнялась водой. Экзаменующиеся должны были показать свое умение в точном нахождении точек, попадая уколом в требуемую невидимую точку, в результате чего должна была политься вода.

До нас дошла другая фольклорная притча о становлении китайских традиционных систем из опыта анатомических исследований. Об этом говорится в книге «Фунь чжень-шу» («Содержащая истину схема»). В качестве автора называют Ян Цзэ-бэня. Якобы в одном из городов (Сунчжоу) провинции Сыгжоу местный правитель Лин, предварительно выслав из города всех врачей и художников, даже в условиях нападения разбойников на город занимался анатомическими исследованиями. Он сопоставлял свои знания со сведениями из древних книг и не находил никаких различий. По данным китайских специалистов, указанный трактат во многом превосходил «Оусифан цзэн шу» («Схему пяти органов цзэн Оусифаня») и на самом деле был хорошим руководством для врачей.

Развитие чжень-цзю продолжалось несколько столетий. Усилиями ученых нескольких поколений были созданы фигуры и карты, на которых были обозначены уже 14 линий и 695 точек, то есть фактически та топография точек, которой в основном пользуются большинство специалистов в наши дни.

В 1789 г. вышла книга «Чжень-цзю-сюе» («Чжень-цзю-терапия»), представлявшая собой краткий учебник. В 1817 г. был опубликован фундаментальный труд «Чжень-цзю-фэнюань» («Основы чжень-цзю»), автором которого являлся Ли Сюе-цзюань. Этот труд был направлен на дальнейшее развитие проблем, изложенных ранее в книге «Хуанди Нэйцзин».

В процессе развития чжень-цзю изменялись как методика самой процедуры, так и технические средства ее проведения. Между тем, судя по китайским источникам, этот метод встречал на своем пути большие препятствия, даже осуждения. Начиная с конца опиумных войн, колонизации Китая и до середины XX в. чжень-цзю и другие традиционные китайские медицинские каноны объявлялись недостойными для обслуживания лиц высшего класса. Конфуцианская философия и феодальная религиозная идеология на первых этапах не поддерживали народную медицину. После образования КНР, под влиянием опыта красных районов, где в силу определенных условий в армии применялись в основном традиционные методы лечения, происходит признание их роли в борьбе за восстановление здоровья человека.

В 1951 г. было положено начало созданию Экспериментального института чжень-цзю для изучения метода и подготовки кадров. Проведенная работа затем позволила реорганизовать возникшие структуры в Научно-исследовательский институт чжень-цзю-терапии (1955 г.). С этого времени датируется начало широкой государственной политики Китая по развитию традиционных методов, их соединению с европейской медициной. Результаты не замедлили сказаться. Доктор Чжу Лянь, воз-

Глава 2

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИГЛОТЕРАПИИ

§ 1. О механизмах действия иглотерапии

Здесь рассмотрим выдвинутые в разное время теории механизма действия иглоукальвания, имеющие определенную ценность и сегодня. Они интересны в аспекте истории развития этого вопроса рядом важных фактологических данных.

Большинство теорий о механизме действия иглоукальвания строилось на конкретных фактах. Одна из них — *капиллярная теория*, согласно которой лечение методом чжень-цзю ведет к рефлекторному изменению местного капиллярного кровотока в коже и его нормализации. Это обеспечивает улучшение обмена веществ, особенно газообмена между кровью и тканями, и способствует устранению болевых и других патологических явлений. Наибольшие изменения происходят при воздействии на точки кожи, особенно богатые нервно-сосудистыми элементами.

Учитывая современные данные о роли микроциркуляции в норме и патологии, эта теория имеет определенный смысл, хотя она ограничивается рассмотрением капиллярного русла кожи и не оценивает в должной мере значения этого феномена для внутренних органов.

Тканевая теория основана на предположении о том, что при гибели клеток вследствие их разрушения иглой выделяются вещества, стимулирующие биологические процессы. Р. Petraghani (1942), занимавшийся тканевой терапией препаратами плаценты, писал о сходстве метода с иглотерапией. По его мнению, продукты распада клеток, которые образуются по ходу иглы, оказывают на организм, особенно на пораженные органы, общее стимулирующее действие. Эту же точку зрения поддерживает Р. Orlandini (1958), но он признает в качестве второго механизма рефлекторные влияния, опосредующиеся через вегетативную нервную систему.

Гистаминная теория, которую разрабатывали Т. Martyni (1933) и Р. Ferreyrolles (1951), в какой-то мере перекликается с тканевой теорией. Гистамин образуется в тканях организма из аминокислоты гистидина. При иглоукальвании гистамин переходит из неактивной формы в активную и, попадая в кровь через кожные капилляры, оказывает довольно активное и многообразное воздействие на организм. Он изменяет функциональное состояние внутренних органов, воздействует на проницаемость сосудистых стенок и оболочек клеток, активизирует обмен веществ и повышает сопротивляемость организма. С другой стороны, иглоукальвание, благодаря стимуляции нервных элементов кожи рефлекторно через соответствующие вегетативные ганглии метамерно связанных с ними органов, вызывает выравнивание содержания гистамина в тканях в зависимости от состояния организма, изменяя в нужную сторону взаимоотношения гистамин—диаминоксидаза (фермент, разрушающий этот медиатор). Обсуждаемое в этой теории значение гуморальных факторов в реализации эффекта игло-

терапии находит широкое подтверждение в современных исследованиях, которых мы коснемся ниже.

Флоккуляционная теория, предложенная А. Люмьером (цит. по Вогралику В. Г., 1961), «имеет в своей основе феномен изменения дисперсности белковых фракций крови при разных формах патологии. Раздражение нервных рецепторов кожи, согласно данной теории, положительно влияет на эти изменения, что важно для регулирования процесса обмена веществ». А. Lerginse (1931) основное значение придает изменениям коллоидно-осмотического давления с его влиянием на процессы обмена и считает, что возбуждение нервных окончаний кожи иглоукальванием или прижиганием, влияя на вегетативную нервную систему, включает моторные аппараты определенных территорий.

Гиллет, опираясь на учение Г. Селье, считает, что в основе механизма иглотерапии лежит «реакция адаптации» организма в ответ на стрессогенное воздействие. Активизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и стимуляция ретикулоэндотелиальной системы организма ведут к повышению его защитных возможностей.

Существует ряд теорий, в основе которых лежит рассмотрение биоэнергетических процессов в организме. Согласно *электрической теории* А. Abrams (1907), при иглоукальвании изменяются биоэлектрические характеристики кожи. Возникающие при этом биоэлектрические токи оказывают лечебное воздействие тогда, по мнению автора, когда длина волн и частота их колебаний совпадают с аналогичными показателями тканей больного органа. Смысл *ионной теории* заключается в том, что иглоукальвание восстанавливает нарушенное ионное равновесие и способствует удалению электроположительных ионов. Развивая эту теорию, Е. Р. Kollmer (1955, 1962) разработал концепцию ассимиляции организмом космического излучения, кванты которого, соединяясь с внутренней энергией обмена живого тела, определяют его энергетическую базу. Акупунктура, по мнению автора, регулирует этот процесс и тем самым изменяет энергетические функции организма.

Существует теория и так называемого *малого атомного взрыва*, возникающего как бы вследствие усиления распада под влиянием вводимой иглы тканевых молекул и атомов с возникновением цепной микрореакции.

Более общей теорией, учитывающей несколько аспектов действия иглоукальвания на организм, является теория известного французского врача-акупунктуриста R. Fuye (1956). Этот исследователь при обсуждении механизма чжень-цзю выделяет две стороны проблемы: вопрос об органо-нейрокожных взаимоотношениях и об обратных кожно-нейроорганных связях.

Он полагает, что существующие органо-нейрокожные взаимоотношения объясняются особенностями эмбриогенеза. Кожа и нервная система имеют общее эктодермальное происхождение. Связь внутренних органов с нервной системой, а через нее и с кожей обеспечивается вращением элементов нервной системы в развивающиеся органы. При этом иннервация и взаимосвязь с органами складываются в основном по метамерному (сегментарному) типу. Однако по мере развития плода отдельные части тела претерпевают значительные смещения. Это

Таблица 12

Функциональные взаимосвязи меридиана легких

Меридианы	Принцип взаимосвязи	Принцип и метод раздражения
I → II*	Ло-сосуд	9I тай-юань Д 6II пянь-ли Т
I ← II	Ло-сосуд	7I ле-цюе Т 4II хэ-гу Д
I → VII	Полдень—полночь	7I ле-цюе
I ← VII	Полдень—полночь	58VII фэй-ян
I ← V	Муж—жена	5V тун-ли
I → VIII*	Мать—сын	9I тай-юань Т
I** ← VIII	Мать—сын	1VIII юн-цюань Д
I → IV**	Мать—сын	5I чи-цзе Д
I* ← IV	Мать—сын	2IV да-ду Т
XII—I*—II	Мать—сын	8XII цюй-цюань Т 2II эр-цзянь Д
XII—I**—II	Мать—сын	2XII син-цзянь Д 11II цюй-чи Т
I—IX—V	Ручные инь-меридианы	5IX цзянь-ши — групповое ло 22XI юань-е — точка соединения
I ← IV	Тай-инь*** (Великий инь)	12XIV чжун-вань 1IV инь-бай

Здесь и далее в таблицах «Функциональные взаимосвязи меридиана...» обозначения:

* — состояние недостаточности меридиана;

** — состояние избыточности меридиана;

*** — объединение меридианов;

Т — тонизация; Д — дисперсия.

Меридиан II (толстой кишки) LI

Начинается наружным ходом в точке III шан-ян (рис. 36, см. цветную вклейку), расположенной на 0,3 см кнаружи от ногтевого ложа II пальца, идет кверху по лучевому краю II пальца, далее проходит промежуток между I и II пястными костями и между сухожилиями короткого разгибателя и длинного разгибателя I пальца, затем по тыльно-лучевой стороне предплечья, локтевого сустава и плеча. Далее переходит в область плечевого сустава, где проходит между акромиальным отростком лопатки и большим бугром плечевой кости. После этого меридиан идет кзади и соприкасается с другими янскими меридианами в точке 14XIII да-чжуй (между остистыми отростками VII шейного позвонка и I грудного). Далее меридиан следует по передненаружному краю трапециевидной мышцы к надключичной ямке, где связывается с точкой 12III цюэ-пэнь, проходит по шее, пересекает нижнюю челюсть кпереди от ее угла, переходит на щеку до центра десны нижней челюсти, затем идет обратно, огибая губы, и перекрещивается с линией

(меридианом) противоположной стороны в точке 26ХІІ жэнь-чжун (в верхней трети вертикальной борозды верхней губы). Далее правая линия (меридиан) проходит по левой стороне крыла носа, а левая идет по правой и заканчивается в точке 20ІІ ин-сян (кнаружи от основания крыла носа в верхней части борозды, образованной носом и верхней губой). Наружный ход имеет одно ответвление от точки 20ІІ ин-сян и связывается с меридианом ІІІ (желудка) в точке 1ІІІ чэн-ци (под зрачком, на середине нижнего края орбиты).

Внутренний ход начинается от точки 12ІІІ цюэ-пэнь, опускается внутрь, проходит легкие, диафрагму и доходит до толстого кишечника, «управляющего» данным меридианом.

Меридиан толстой кишки парный, симметричный, центростремительный, ручной янский, соответствует элементу «металл» в паре с меридианом легких, точка «элемент в элементе» 1ІІІ шан-ян. Максимальная активность меридиана 5–7 ч, минимальная активность 7–9 ч.

На меридиане ІІ точек воздействия 20:

1 — шан-ян; 2 — эр-цзянь; 3 — сань-цзянь; 4 — хэ-гу; 5 — ян-си; 6 — пянь-ли; 7 — вэнь-лю; 8 — ся-лянь; 9 — шан-лянь; 10 — шоу-сань-ли; 11 — цюй-чи; 12 — чжоу-ляо; 13 — шоу-у-ли; 14 — би-нао; 15 — цзянь-юй; 16 — цзюй-гу; 17 — тянь-дин; 18 — фу-гу; 19 — хэ-ляо; 20 — ин-сян.

Стандартные пункты меридиана ІІ:

тонизирующая точка 1ІІІ цюй-чи;
седативная точка 2ІІ эр-цзянь;
точка-пособник 4ІІ хэ-гу;
стабилизирующий ло-пункт к меридиану І (легких) 6ІІ пянь-ли;
сочувственная точка 25VІІ да-чан-шу;
точка-глашатай 25ІІІ тянь-шу.

Показания к использованию меридиана ІІ (толстой кишки)

А: нарушения проходимости через толстую кишку; функциональные заболевания толстой кишки; воспалительные процессы миндалин, гортани, трахеи, толстой кишки, легких; кишечные паразитарные заболевания.

Б: боли в пальцах, лучезапястном суставе, в области предплечья, локтевого сустава, плеча, плечевого сустава, лопаток, груди; онемение в области предплечья, плеча; покраснение и припухлость тыльной поверхности кисти; нарушение двигательной функции верхней конечности; напряжение мышц шейно-затылочной области; звон, шум в ушах, глухота; воспалительные заболевания полости рта.

В: лихорадочные заболевания; гипертоническая болезнь; болезни сердца.

Точки воздействия меридиана ІІ (толстой кишки)

ІІІшан-ян («торговля ян»)

Локализация: на лучевой стороне ІІ пальца, на 0,3 см кнаружи от корня ногтя.

Т. А.: в этой области образует анастомозы ладонная собственная артерия пальцев и распределены ветви срединного нерва.

Показания: А — тонзиллит, фарингит.

Б — боль в области плечевого сустава с иррадиацией в надключичную ямку, онемение пальцев; зубная боль; звон, шум в ушах, глухота; флегмона в области лица, заболевания полости рта.

В — лихорадочные заболевания, кома, оказание скорой помощи.

Нахождение точки: в положении сидя и лежа.

Техника: пункция вертикальная или под углом (лучше делать укалывание с появлением капель крови). Глубина укола 0,3 см, цзю 3 мин.

2II эр-цзянь («два промежутка»)

Локализация: на лучевой стороне II пальца, кпереди от пястно-фалангового сустава, где прощупывается впадина.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — метеоризм; тонзиллит, ларингит, воспалительные заболевания полости рта.

Б — зубная боль, боли в области плеча и груди, спины, лопатки, кисти и предплечья.

В — лихорадочные заболевания.

Нахождение точки: при согнутых пальцах кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3–5 мин.

3II сань-цзянь («три промежутка»)

Локализация: на лучевой стороне II пальца, кзади от пястно-фалангового сустава.

Т. А.: в этой области распределены тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — диарея, метеоризм, урчание в животе, одышка, затруднение отхаркивания мокроты.

Б — боль во внутреннем углу глаза, зубная боль, боль в нижней челюсти, в области плеча, лопатки и спины; покраснение и опухание пальцев руки и тыльной поверхности кисти.

В — нет.

Нахождение точки: при согнутой в кулак кисти.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3–5 мин.

4II хэ-гу («закрытая долина»)

Локализация: на тыльной стороне кисти, в углу, образованном проксимальными концами I и II пястных костей, в ямке вблизи от II пястной кисти.

Т. А.: расположение соответствует первой тыльной межкостной мышце, где проходят тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — нарушение перистальтики кишечника, колиты, геморрой; боли в животе, метеоризм, диспепсия; бронхиальная астма, удушье, затруднение отхаркивания мокроты; тонзиллит.

Б — зубная боль, боли в суставах рук, плеча и лопатках; синуситы, риниты, грипп, ларингит, носовое кровотечение; шум в ушах, понижение слуха, глухота; периферический паралич лицевого нерва, контрактура мимических мышц; снижение остроты зрения.

В — невралгия, мигрень; гемипарез; аменорея; ночной пот.

Нахождение точки: при выпрямленной кисти и отведенном в сторону I пальце. Точка находится в углу, образованном I и II пястными костями, где пальпируется незначительное углубление.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 3–7 (20) мин.

5II ян-си («освещенный солнцем ручей»)

Локализация: на дне анатомической табакерки, между сухожилиями короткого и длинного разгибателей I пальца, на уровне лучезапястной складки.

Т. А.: у лучевой стороны лучезапястного сустава, кзади от лучевой артерии, где распределены ветви лучевой артерии и поверхностная ветвь лучевого нерва.

Показания: А — диспепсия у детей; тонзиллит.

Б — зубная боль, боль в лучезапястном суставе, пальцах; звон, шум в ушах, глухота, ринит.

В — конъюнктивит; гемиплегия, интенсивные головные боли.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке и кисти, обращенной лучевой поверхностью кверху, пальцы выпрямлены, I палец отведен в сторону.

Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3–5 (20) мин.

6II пянь-ли («постепенный наклон»)

Локализация: на тыльной поверхности лучевой кости, выше точки 5II ян-си на 3 цуня.

Т. А.: в этой области распределены ветви лучевой артерии, поверхностная ветвь лучевого нерва и наружный кожный нерв предплечья.

Показания: А — запор, тонзиллит, ларингит.

Б — ломящая боль в плечевом поясе и верхней конечности; зубная боль; нарушение двигательной функции верхней конечности; серозно-слизистые выделения из носа; глухота.

В — анасарка, отеки, расстройства зрения.

Нахождение точки: при согнутой в локтевом суставе руке. Расстояние от точки 5II ян-си до точки 1III цюй-чи делится на 12 пропорциональных цуней.

Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1 см, цзю 3–7 (20) мин.

7II вэнь-лю («спокойное вытекание»)

Локализация: на тыльной поверхности лучевой кости, на середине расстояния от точки 5II ян-си до точки 1III цюй-чи.

так как это также имеет определенное значение при проведении диагностики и терапии методом чжень-цзю.

Выше мы отметили, что многие исследователи обращают внимание только на взаимоотношение инь—ян, которое выделено нами как «внутренний—наружный». Оно и понятно, так как эти взаимоотношения представляют собой следующее положение, которое в учении инь—ян называется крайним состоянием. Оно исходит из того, что меридианы, расположенные на задней поверхности тела, относятся только к органам фу (янские). Задняя поверхность тела — это крайнее состояние ян, а передняя — крайнее состояние инь. Тогда два других пространственных взаимоотношения инь—ян, такие, как «верхний—нижний» и «правый—левый», будут представлять собой переходное состояние, поскольку в этих случаях имеется смещение иньских и янских меридианов.

Далее проведем «разделение» поверхности тела человека на области, исходя из трехмерно-пространственного взаимоотношения инь—ян. Для этого за основу возьмем первое взаимоотношение инь—ян, поскольку оно представляет собой «крайнее состояние инь» и «крайнее состояние ян». Это взаимоотношение инь—ян по соотношению к телу человека (внутренний—наружный) включает взаимоотношение передней и задней поверхности, каждая из которых предполагает включение в себя и два других взаимоотношения инь—ян: верхний—нижний и левый—правый.

При проведении данной дифференцировки получается, что передняя поверхность тела (инь) состоит из верхней части (ян) и нижней части (инь), а также левой половины (ян) и правой половины (инь). Такое же соотношение имеет задняя поверхность (ян) тела. Итак, используя принципы трехмерно-пространственного взаимодействия инь—ян, поверхность тела человека может быть представлена из восьми областей (рис. 80).

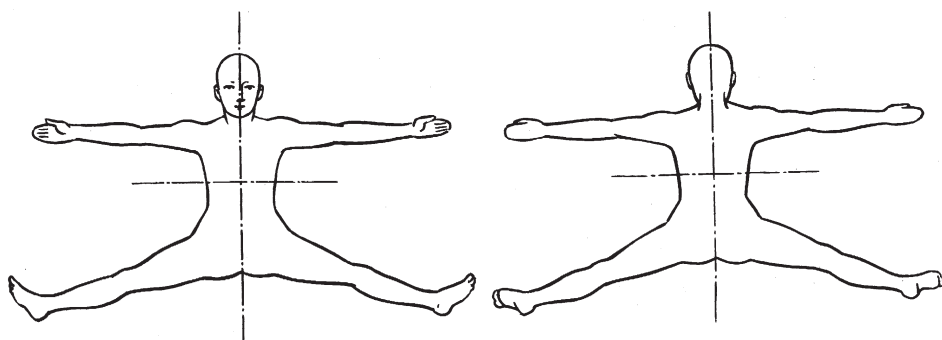


Рис. 80. Схематическое разделение тела человека на восемь областей, исходя из трехмерно-пространственного взаимоотношения инь—ян

Дальнейшее деление по областям противоречит плоскостному трехмерно-пространственному взаимоотношению инь—ян, поэтому далее деление происходит в виде линий. По поверхности (плоскости) каждой области тела проходят по три основных и по два чудесных меридиана (табл. 69).

Из таблицы видно, что, подобно тому, как тело человека состоит из двух относительно симметричных половин, так левые и правые плоскостные области идентичны, и в них проходят одни и те же меридианы. Поэтому в дальнейшем мы будем говорить только о четырех областях.

Выделенные нами плоскостные области находятся между собой в трехмерно-пространственном взаимоотношении инь—ян. В этих областях проходят чудесные меридианы и группы основных меридианов, причем «ответственны» за состояние чудесных меридианов командные точки (ключи), а для групп основных меридианов — точки группового ло (табл. 70).

Таблица 69

Распределение меридианов по плоскостным областям

Левые плоскостные области	Правые плоскостные области
Задняя верхняя Группа ручных янских меридианов (II, X, VI) ЧMI — контролирующий ЧMIII — наружный поддерживающий	Задняя верхняя Группа ручных янских меридианов (II, X, VI) ЧMI — контролирующий ЧMIII — наружный поддерживающий
Задняя нижняя Группа ножных янских меридианов (III, XI, VII) ЧMIV — опоясывающий ЧMII — наружный пяточный	Задняя нижняя Группа ножных янских меридианов (III, XI, VII) ЧMIV — опоясывающий ЧMII — наружный пяточный
Передняя верхняя Группа ручных иньских меридианов (I, IX, V) ЧMV — зачатия ЧMVII — внутренний поддерживающий	Передняя верхняя Группа ручных иньских меридианов (I, IX, V) ЧMV — зачатия ЧMVII — внутренний поддерживающий
Передняя нижняя Группа ножных иньских меридианов (IV, VIII, XII) ЧMVIII — поднимающийся ЧMVI — внутренний пяточный	Передняя нижняя Группа ножных иньских меридианов (IV, VIII, XII) ЧMVIII — поднимающийся ЧMVI — внутренний пяточный

Таблица 70

Трехмерно-пространственное взаимоотношение инь—ян на уровне плоскостных областей

Задняя поверхность ян	Передняя поверхность инь
Верхняя часть	
ЧMI — контролирующий 3VI хоу-си (ключ) ЧMIII — наружный поддерживающий 5X вай-гуань (ключ) Группа ручных янских меридианов 8X сань-ян-ло (точка группового ло)	ЧMV — зачатия 7I ле-цюе (ключ) ЧMVII — внутренний поддерживающий 6IX нэй-гуань (ключ) Группа ручных иньских меридианов 5IX цзянь-ши (точка группового ло)
Нижняя часть	
ЧMIV — опоясывающий 41XI цзу-линь-ци (ключ) ЧMII — наружный пяточный 62VII шэнь-май (ключ) Группа ножных янских меридианов 39XI сюань-чжун (точка группового ло)	ЧMVIII — поднимающийся 4IV гунь-сунь (ключ) ЧMVI — внутренний пяточный 6VIII чжао-хай (ключ) Группа ножных иньских меридианов 6IV сань-инь-цзяо (точка группового ло)

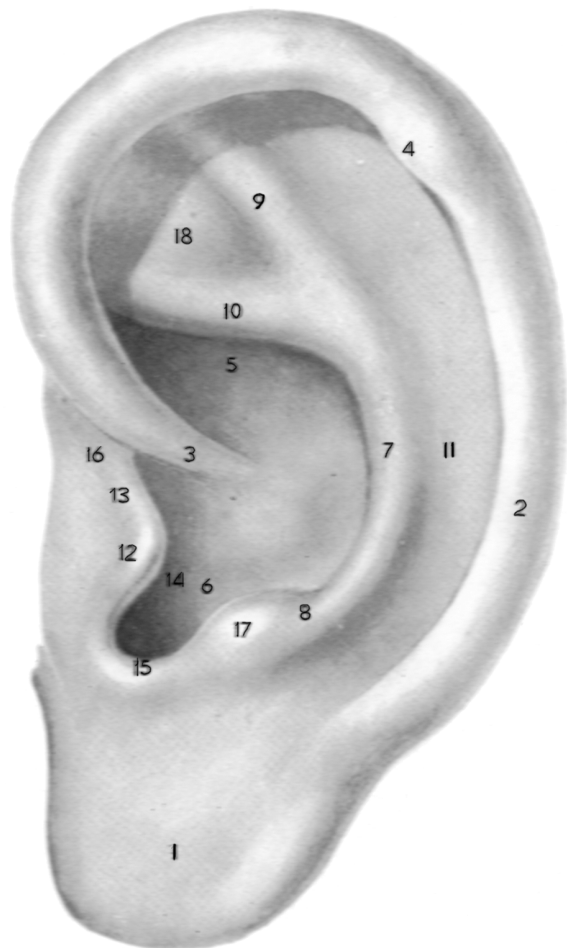


Рис. 82. Передняя поверхность ушной раковины:

1 — мочка уха; 2 — завиток; 3 — ножка завитка; 4 — дарвинов бугорок; 5 — чаша раковины; 6 — полость раковины; 7 — противозавиток; 8 — задняя ушная бороздка; 9 — верхняя ножка противозавитка; 10 — нижняя ножка противозавитка; 11 — ладьевидная ямка; 12 — козелок; 13 — надкозелковый бугорок; 14 — наружный слуховой проход; 15 — межкозелковая вырезка; 16 — передняя ушная бороздка; 17 — противокозелок; 18 — трехсторонняя ямка

раковины имеется ясно выраженный выступ, который называется козелком (*tragus*). Над ним находится небольшой надкозелковый бугорок (*tuberculum supratragicum*), отделяемый от ножки завитка передней ушной бороздкой (*incisura anterior s. sulcus helicotragicus*). Внизу козелок переходит в межкозелковую вырезку (*incisura intertragica*) и противокозелок (*antitragus*). Последний, в свою очередь, переходит в заднюю ушную бороздку (*sulcus auricularis posterior*).

Впереди завитка, вдоль его края, расположен желоб, который образует ладьевую ямку (*scapha*), ограниченную валиком противозавитка.