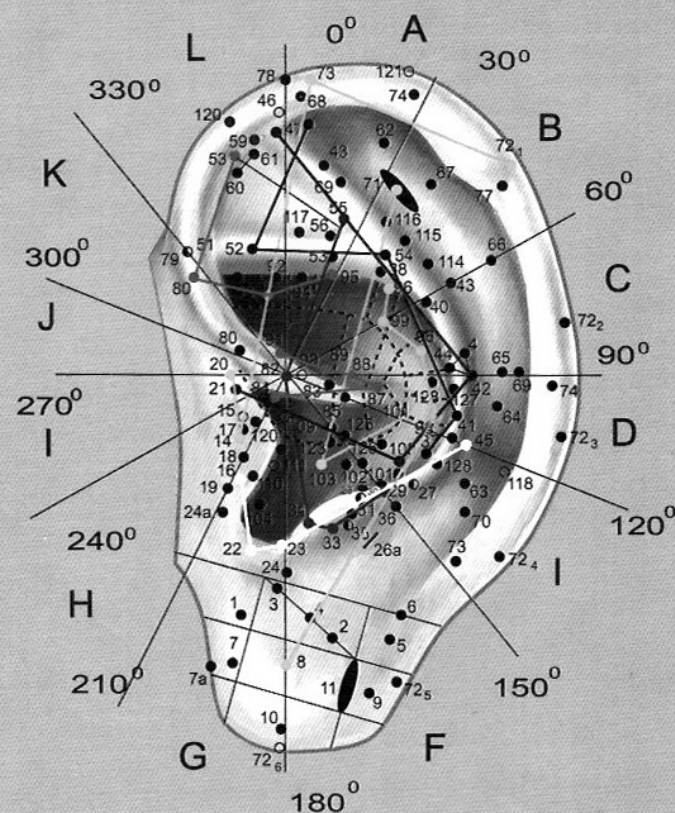


А.А. Михайлова

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА И АУРИКУЛОТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



МЕДИЦИНСКОЕ
ИНФОРМАЦИОННОЕ
АГЕНТСТВО

А. А. Михайлова

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА И АУРИКУЛОТЕРАПИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано

*Учебно-методическим объединением по медицинскому
и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для системы послевузовского
профессионального образования врачей*



МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО
2006

УДК 616-08
ББК 53.584
М69

Михайлова А. А.

М69 Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике: Учеб.-метод. пособие / А. А. Михайлова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 208 с.: ил., табл.

ISBN 5-89481-295-X

Книга посвящена актуальной проблеме традиционной медицины — компьютерной диагностике и терапии по точкам ушной раковины. В работе даны практические рекомендации по топографии, иннервации и клиническому применению 170 аурикулярных точек, описанных в соответствии с международной классификацией. Подробно освещены методики обследования и способы нахождения активных точек на ушной раковине. Особое внимание автор уделяет инновационным принципам при разработке метода компьютерной диагностики. В книге также приведен терапевтический указатель симптомов и синдромов и описаны методики аурикулярной микроиглотерапии, массажа и самомассажа.

Книга является учебно-методическим пособием для врачей-неврологов, а также врачей всех лечебных специальностей, использующих методы нелекарственной терапии в своей лечебной практике. Также она адресована студентам старших курсов медицинских вузов, биологам, массажистам.

УДК 616-08
ББК 53.584

© Михайлова А. А., 2006

© Оформление. ООО «Медицинское информационное агентство», 2006

ISBN 5-89481-295-X

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	5
Предисловие	6
Глава 1. История развития аурикулотерапии и аурикулодиагностики	9
Глава 2. Анатомия, иннервация, кровоснабжение ушной раковины	24
Глава 3. Ушная раковина как информационно-диагности- ческий орган	41
Глава 4. Диагностические приемы при исследовании ушной раковины	47
Глава 5. Новый подход при разработке принципов и методов в традиционной диагностике (аурикулодиагностика)	55
Глава 6. Методика аурикулотерапии	84
Глава 7. Показания и противопоказания к аурикулотерапии	87
Глава 8. Топография аурикулярных точек передней поверхности ушной раковины и их применение в клинической практике	91
Глава 9. Топография, иннервация и клинические показания к применению новых точек задней поверхности ушной раковины	150
Глава 10. Аурикулярная микроиглотерапия	158
Глава 11. Семянотерапия по точкам ушной раковины с учетом принципа подобия	168
Глава 12. Массаж ушной раковины	173
Приложение 1. Терапевтический указатель (по механизму действия аурикулярных точек)	176

Приложение 2. Терапевтический указатель аурикулярных точек, применяемых при различных симптомах и синдромокомплексах	178
Приложение 3. Примерная схема рефлексотерапевтических процедур по аурикулярным точкам при различных симптомах и синдромокомплексах	185
Список литературы	197

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АТ	— аурикулярная точка
БАТ	— биологически активная точка
ВЭИ	— внешнее электромагнитное излучение
ЖКТ	— желудочно-кишечный тракт
МИЛ	— магнитоинфракраснолазерная
МФАД	— многофакторная аурикулярная диагностика
РАМС	— многоуровневая аурикулярная система регистрации
РТ	— рефлексотерапия
СВТ	— стандартный вегетативный тест
ТА	— точка акупунктуры
ЦНС	— центральная нервная система
ЭКС	— электрокожное сопротивление
ПФТ	— психофармакопрепараты

ПРЕДИСЛОВИЕ

В наше время методы рефлексотерапии (акупунктуры) получили широкое распространение не только в странах Востока, но и в Америке, Европе, России.

Аурикулярная терапия и диагностика являются составной частью рефлексотерапии (РТ). Метод получил большое признание врачей различных специальностей благодаря своей простоте, доступности и эффективности. Внимание к нему объясняется возможностью значительно уменьшить, а в ряде случаев полностью исключить дорогостоящую фармакотерапию; метод привлекает врачей также отсутствием побочных эффектов при его применении.

Аурикулярная рефлексотерапия (классическое иглоукалывание, электропунктура, лазеропунктура) успешно используется при лечении многих функциональных заболеваний, различных болевых синдромов, всех видов абстиненций. Ее эффективность, например при купировании болевых синдромов, заметно выше корпоральной рефлексотерапии.

Высокая эффективность аурикулотерапии объясняется «уникальной» иннервацией ушной раковины, богатством и разнообразием ее афферентных систем, тесными связями аурикулярных афферентов с другими афферентными проекциями головного мозга и их широким перекрытием на стволовом и таламо-кортикальном уровнях.

Популярность аурикулопунктуры объясняется успехами научных исследований, объясняющих механизм ее действия при различных заболеваниях, возможностями проведения диагностики и быстрым купированием многих острых состояний (приступа бронхиальной астмы, мигрени, почечной колики и т.д.). В основе многих расстройств сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой, дыхательной

Предисловие

и других систем лежат нервно-рефлекторные нарушения, на которые можно повлиять, используя определенные точки ушной раковины.

В странах с высоким уровнем развития медицинской науки и техники методы классического иглоукалывания подверглись значительному усовершенствованию. В настоящее время успешно применяется электростимуляция аурикулярных и корпоральных точек, а также лазеропунктура, вибропунктура, термopунктура, су-джок терапия и многие другие методики. Аппаратные методы рефлексотерапии значительно упрощают работу врача, не требуют знания точной локализации точек (а только зон) акупунктуры. Врачи отдают предпочтение методам электростимуляции, так как электрический ток легко дозируется по амплитуде, силе, частоте, длительности импульсов и является физиологически адекватным раздражителем для возбудимых тканей организма.

В последние годы широко используется электродиагностика по точкам ушной раковины, она отличается высокой достоверностью, информативностью полученных результатов, регистрацией функциональных нарушений на доклинической стадии заболевания, а также выявлением органической патологии на разных стадиях процесса.

За последние 5 лет появилось большое количество диагностических разработок, использующих принципы электропунктурной диагностики с использованием корпоральных и аурикулярных точек в различных модификациях и сочетаниях. Предложены система «АМСАТ» для проведения зональной экспресс-диагностики, комплекс «КОВЕРТ», использующий высокочастотные и низкоинтенсивные волны в диапазоне 4–7 мм (52–78 Гц). В последние годы получил известность компьютерный комплекс врача традиционной медицины АРМ «Пересвет», состоящий из нескольких модулей (метода Фолля, гомеопатического тестирования, аурикулярной диагностики, фитотерапии, магнитоинфракраснолазерной терапии).

Автор книги является одним из разработчиков лечебно-диагностической системы РАМС (многоуровневая аурикулярная система регистрации), которая принципиально от-

личается от всех ранее предложенных диагностических методов, применяющих элементы многофакторного анализа с использованием компьютерных технологий.

Автор работы А. А. Михайлова — доктор медицинских наук, профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП ММА им. И. М. Сеченова, врач-психиатр высшей категории, рефлексотерапевт, гомеопат, имеет большой стаж научной, педагогической и практической работы. В книге «Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике» автор, применяя оригинальную методику угловых координат, подробно описывает топографию, иннервацию и клиническое применение 170 точек передней и задней поверхности ушной раковины, предлагает методики аурикулярной микроиглотерапии при неврозах и невротических состояниях, логоневрозах, энурезе, ожирении и многих других заболеваниях.

Данная работа, несомненно, является ценным пособием для обучения специалистов, желающих освоить данный метод. Книга будет способствовать дальнейшему развитию и внедрению в широкую лечебную практику эффективного метода аурикулопунктуры и аурикулодиагностики.

*Зав. кафедрой нелекарственных методов лечения и
клинической физиологии ФДПОП ММА им. И. М. Сеченова,
академик РАМН, профессор, д.м.н. В. Г. Зилова*

Глава 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АУРИКУЛОТЕРАПИИ И АУРИКУЛОДИАГНОСТИКИ

Аурикулотерапия (эр-чжень-ляо) имеет многовековую историю. Истоки аурикулотерапии начинаются во III—II вв. до н.э. Опыт народной медицины было установлено, что при некоторых заболеваниях в области ушной раковины появляются болезненные точки, стимуляция которых оказывает лечебное воздействие. Более двух тысяч лет назад некоторые области наружного уха уже использовались при лечении невралгии седалищного нерва врачами Востока, Египта, Персии. Прижигание ушной раковины для облегчения боли использовалось целителями Африки, Среднего Востока, Италии, Франции и других стран.

В европейской медицине первые сведения о воздействии на ушную раковину в лечебных целях встречаются в IV веке до н.э. в трудах Гиппократ, который, в свою очередь, почерпнул эти знания из медицины Древнего Египта. Гиппократ описывает воздействие надреза в ретроаурикулярной области на потенцию и регенеративную функцию. Кроме того, в его трудах упоминается о лечении воспалительных процессов нижней части тела с использованием вскрытия определенных вен, расположенных позади ушных раковин.

В письменном источнике китайской народной медицины «Хуанди Нэйцзин» («О природе и жизни», 270—246 гг. до н.э.) ушная раковина рассматривается как орган, тесно связанный со всеми внутренними органами (чжан-фу) человека. Считалось, что эта взаимосвязь осуществляется путем переноса энергии «чи» по меридианам и их внутренним ходам. В «Хуанди Нэйцзин» указывалось, что все яньские меридианы проходят около уха, а все иньские — через наружный покров, а внутренний ход меридиана и коллатеральные свя-

зи имеют связь с яньскими. Таким образом, все яньские меридианы также имеют богатую связь с ушной раковиной.

В I веке н.э. в китайском введении в акупунктуру «1000 ценных рецептов» упоминается точка А-ши (болевая зона, точка), болезненная при надавливании в определенной зоне ушной раковины («А» — болезненное место, «Ши» — облегчение после воздействия на точку).

В VII веке н.э. народные врачи Китая, применяя древнейший метод чжень-цзю, отметили на ушной раковине несколько точек, воздействие на которые методом иглоукалывания снимает болевые синдромы различной локализации («эр-чжень-ляо»). Однако среди различных школ китайских врачей-иглоукалывателей до сих пор существуют значительные разногласия по вопросам топографии точек на ушной раковине и их использовании для лечения.

В период с 618 по 907 гг. было описано 20 точек ушной раковины на передней и задней ее поверхности, в число которых входит и точка «0» (*zero*).

Из различных научных и художественных источников, дошедших до наших дней, известно, что народные врачи Корсики и Аравии издавна использовали при лечении ишиалгии прижигание каленым железом ушной раковины у основания завитка и козелка. В XVII—XIX веках аурикулотерапия применялась для лечения ишиаса в Японии, Португалии, Персии. Для оказания лечебной помощи производили прижигание различными способами корня завитка или других областей ушной раковины.

Португальский врач Лузитанис, ссылаясь на учение Гипократа, в 1637 г. описал случай успешного прижигания одной из зон ушной раковины при лечении невралгии седлищного нерва.

При сверхострых зубных болях Ривьер (1589—1655) советовал прикладывать позади наружного слухового прохода тампон, пропитанный маслом горького миндаля. В работах Хунтера (1728—1793) имеются указания о том, что, воздействуя на наружное ухо, можно вызвать или, наоборот, успокоить внешние по отношению к уху боли. Бартес (1734—1806) и Роух (1780—1854) также считали наружное ухо своеобразной рефлексогенной зоной. Врачи прошлого умели блоки-

ровать приступ бронхиальной астмы, подвергая специфическому раздражению наружный слуховой проход.

В 1717 г. Вальсальва в «Трактате о человеческом ухе», описывая иннервацию и васкуляризацию ушной раковины, указал на нервную веточку, огибающую основание уха, которую следует прижигать при зубной боли, т.е. определил точную локализацию места воздействия.

До сих пор в странах бассейна Средиземного моря сохраняется древняя эмпирическая традиция прижигать специфические зоны наружного уха. Так, в случае седалищной невралгии воздействуют на область противозавитка, которая не была описана до этого в медицинской литературе, но, безусловно, воздействие на которую наиболее эффективно при лечении этого патологического состояния.

В 50-х гг. XIX столетия появилось множество статей, посвященных аурикулотерапии, большинство из которых было опубликовано во французском журнале «J. des Connaissances Medico Chirurgicales». В этих работах сообщалось об успешном лечении невралгии седалищного нерва путем прижигания корня завитка ушной раковины. Прижигание производилось раскаленным железным прутом. Описаны случаи, когда достигался немедленный лечебный эффект, в то время как применение традиционных методов терапии оказывалось безуспешным. В 50-х гг. XIX в. метод аурикулотерапии получил довольно широкое распространение во Франции: его начали практиковать в клиниках Парижа, Лиона, Тулона и других городов.

Некоторые врачи Италии и Бельгии также сообщали о положительных результатах применения прижигания. Кроме невралгии седалищного и лицевого нерва, прижигание было эффективно при зубной боли и остром ревматизме. Однако вскоре выяснилось, что такая аурикулотерапия эффективна менее, чем в трети случаев. Поскольку никакого научного обоснования данному методу дано не было, интерес врачей к нему стал угасать.

В 1855 г. Болонье высказал предположение, что анальгезирующее действие прижигания обусловлено сильным неспецифическим болевым раздражением, и место прижигания не играет роли. После этого выступления метод аури-

кулотерапии стал применяться значительно реже и вскоре был забыт.

В начале 50-х гг. XX столетия французский врач П. Ножье заинтересовался следами рубцов на ушной раковине у некоторых своих пациентов и выяснил, что это результат прижигания верхней части противозавитка, проведенного с целью лечения невралгии седалищного нерва, причем лечения в ряде случаев достаточно успешного. П. Ножье начал изучение ушной раковины и вскоре обнаружил, что некоторый лечебный эффект в случае седалищных болей достигается не только при прижигании, но и при простом укаливании в область болевых точек на противозавитке гомолатерально. По аналогии с известной теорией Болонье он стал искать на ушной раковине болевые зоны, соответствующие областям периферического поражения. Ключом к разгадке топографии явилось подтверждение предположения о соответствии дуги противозавитка наружного уха позвоночному столбу.

Дальнейшая разработка топографии уха была связана с гипотезой П. Ножье о том, что человеческое тело проецируется на ушную раковину в виде эмбриона, голова которого соответствует мочке уха, внутренние органы — раковине, а конечности — верхней части уха, над дугой противозавитка. По представлениям П. Ножье, точки и зоны гипералгезии, имеющие вполне определенную локализацию, исчезают после выздоровления. При иглоукаливании этих точек можно нормализовать нарушенную функцию или купировать болевой синдром.

Вслед за данным открытием было опубликовано несколько статей в «Журнале акупунктуры», получившим широкую известность в мире, в частности в странах Востока (Китай, Япония, Цейлон). Примерно в эти же годы появились сообщения о том, что электрическое сопротивление в акупунктурных точках значительно меньше, чем в других точках кожного покрова (Р. Нибое и др.). Был создан ряд приборов, позволяющих сравнительно легко определять локализацию акупунктурных точек путем измерения электропроводности кожи. Используя один из таких приборов, П. Ножье обнаружил, что ушная раковина здорового человека обычно не

имеет точек с низким сопротивлением, но при возникновении различных заболеваний появляются точки, совпадающие с определенными им раньше точками гипералгезии, соответствующими определенным органам или системе.

В 1962 г. П. Ножье довольно подробно изложил свою концепцию в журнале «Colloques Lyonnais sur L'acupuncture», а в 1969 г. вышла его монография «Трактат по аудикулотерапии» («Traite d'Auriculotherapie»), в которой был обобщен опыт 18-летней работы автора в области аудикулотерапии.

В этой книге Ножье ограничился в основном описанием аудикулярного представительства и терапии заболевания конечностей и позвоночного столба, считая, что данные проекции наиболее просты и ясны, а терапевтическое воздействие на них просто и неоспоримо. В книге дано подробное описание рельефа наружного уха и методов его пальпации, изложены логические основы картографии уха. Основным принципом определения на ушной раковине точек соответствия является следующий: у здоровых людей возбуждение определенной периферической зоны всегда вызывает появление такой точки в одном и том же месте. Эта точка является гомологичной данной области, и ей дается название, соответствующее возбуждаемой периферической зоне. Например, точка «колени» появляется на ушной раковине здорового человека при воздействии любого раздражителя (тепло, холод, массаж и т.п.) на колени. Периферический возбудитель любого вида, воздействующий на данную область, стимулирует появление вполне определенной точки (зоны) и, следовательно, любой патологический процесс этой области также будет проецироваться в данную гомологическую точку (зону).

Для определения гомологичных точек и создания топографической карты наружного уха П. Ножье использовал несколько взаимно дополняющих друг друга методов. Во-первых, им предполагалось, что части тела, близко расположенные анатомически, должны проецироваться в соседние области ушной раковины. Исходя из этого предварительно определялось возможное место проекции данной части тела. Далее, при наличии периферического болевого синдрома исследовалась соответствующая область ушной раковины и

определялись болевые точки, которые наносились на карту. О правильности локализации той или иной точки судили по терапевтическому воздействию на нее: чем успешнее лечение периферического расстройства, тем точнее определена точка.

Изучение чувствительности точек наружного уха к прикосновению дополнялось электрометрическими исследованиями. Обнаруженные при этом точки кожи с низким сопротивлением у пациентов с периферическими расстройствами обычно соответствовали точкам гипералгезии. Кроме того, был проведен ряд экспериментальных обследований здоровых людей, в которых было показано, что при раздражении определенной точки уха изменялась чувствительность на периферии, и наоборот. Таким образом, П. Ножье была создана первая топографическая карта наружного уха.

Обычно правое ухо соответствует правой стороне тела, и наоборот, т.е. представительство гомолатеральное (однако приблизительно в $1/3$ случаев соответствие перекрестное). Более подробное изучение латеральности позволило П. Ножье сделать вывод о взаимодействии симметричных точек наружной ушной раковины: при стимуляции с одной стороны косвенно стимулируется также симметричная точка другого уха.

Кроме того, в ретроаурикулярной области обнаружены точки, соответствующие точкам передней поверхности уха, которые также косвенно связаны с ними, т.е. для определенной части тела существуют четыре взаимодействующие точки — две симметричные на передней поверхности и две в ретроаурикулярной области. Поэтому при периферических поражениях для получения полной информации имеет смысл исследовать сначала гомолатеральную, переднюю поверхность уха, потом ретроаурикулярную его зону, а затем таким же образом другое ухо.

Изучая реактивность наружного уха на различные раздражители, П. Ножье обнаружил, что по чувствительности его кожи на термическое раздражение можно судить о природе соответствующего периферического патологического процесса: низкая чувствительность или отсутствие таковой к холоду свидетельствует о периферическом расстройстве

вазодилаторного типа — о воспалительном процессе. Нормализация циркуляции крови в соответствующей области обычно сопровождается восстановлением нормальной термической чувствительности.

Большая часть монографии П. Ножье посвящена описанию клинических случаев и применяемым методам лечения. В работе даны основные показания к применению аурikulотерапии и рассмотрены способы воздействия на точки ушной раковины при различной патологии (массаж точек, выбор металла для иглы или полярности тока при электротерапии).

Необходимо отметить, что П. Ножье не давал никаких теоретических обоснований описанным явлениям и не придавал особого значения диагностике заболеваний, уделяя основное внимание лечению методом аурikulотерапии. Однако его работы свидетельствуют о принципиальной возможности получения диагностической информации при исследовании ушной раковины.

Нужно подчеркнуть, что широкое распространение аурikulотерапии и аурikulодиагностики стало возможным только после создания аппаратов для электрического определения болевых точек (электропунктурной диагностики). Применявшееся ранее П. Ножье определение таких точек посредством шупа основано на субъективной реакции пациента. Сравнение чувствительности и оценка интенсивности боли требует высокой квалификации и внимания, это утомительно как для пациента, так и для врача. Полное обследование занимает довольно много времени. Электрические детекторы аурikulарных точек позволяют избавиться от этих недостатков, так как показания прибора сравнительно объективны и результаты регистрируются быстро. Применение электронных детекторов позволило поднять изучение проблемы аурikulодиагностики на качественно новый уровень.

В бывшем Советском Союзе впервые о методе аурikulотерапии сообщил В. Г. Вогралик в 1959–1962 гг. В своих монографиях «Слово о китайской медицине» и «Основы китайского лечебного метода чжень-цзю» автор подробно описал факторы и методы пунктурной рефлексотерапии, реакцию организма на «раздражение активных точек», а также

принципы и возможности синдрома-нозологической рефлексодиагностики.

А. Р. Киричинский (1963) подверг критике представления П. Ножье о проекции органов и частей тела на поверхность ушной раковины. По его мнению, «...терапевтический эффект при воздействии на ушную раковину достигается посредством общей, бальнеологической реакции организма с компонентом очаговой реакции, сводящейся к усилению и ускорению резорбтивных и репаративных процессов в патологическом очаге, независимо от его местоположения». Как считает цитируемый автор, особых алгических точек, соответствующих определенному органу или системе при этих заболеваниях, не существует.

Однако при дальнейшей разработке этой проблемы было подтверждено наличие на поверхности уха отдельных проекционных областей.

В работах В. И. Квирчишвили (1966, 1969, 1972) было показано, что при воздействии различных раздражителей (вибрация, тепло, холод, мышечные нагрузки и др.) у людей и при внутримышечном введении скипидара в различные участки тела у животных (кроликов) наблюдается уменьшение электрокожного сопротивления пропорционально силе действия раздражителя.

При возникновении воспалительных явлений в раздражаемом органе, помимо изменения электрокожного сопротивления, на ушной раковине наблюдались явления функционального и морфологического характера в виде выпота, гиперемии, интенсивного шелушения кожи, что проходило с исчезновением воспаления. На основании полученных результатов автор делает вывод о существовании на поверхности ушной раковины проекционных зон различных частей тела площадью 1–2 мм².

В дальнейшем электрофизиологическими исследованиями было установлено (В. И. Квирчишвили, 1972), что акупунктурные точки ушной раковины характеризуются более низким сопротивлением постоянному току, более высоким электрическим потенциалом, повышенной болезненностью по сравнению с соседними участками, морфологическими изменениями (изъязвление, гиперемия, шелушение).

Существенный вклад в изучение данной проблемы внес Е. С. Вельховер (1963, 1972, 1973). Он исходил из предположения М. И. Аствацатурова о том, что при возникновении болезненного процесса в каком-либо органе болевое раздражение может быть воспринято, в зависимости от онтофилогенетической дифференцировки, другим аппаратом, обладающим более высокой чувствительностью. Развивая эту идею, Е. С. Вельховер высказал предположение, что информационными «пунктами» афферентной импульсации от внутренних органов могут быть не только кожные участки тела (зоны Захарьина—Геда), но и органы чувств — сенсорные территории, обладающие высокой чувствительностью.

Исследования, проведенные в клинических условиях (Гавриков Н. А., 1960; Гальперин Н. И., 1961; Тыкочинская Э. Д., 1962; Балабан Я. М., 1972 и др.), показали, что у большинства больных изменение электропроводности в проекционных точках уха, соответствующих схеме П. Ножье, топически совпадает с данными клинического диагноза.

У подавляющей части больных изменение электропроводности регистрировалось гомо- и билатерально. У 10 % больных имела место гетеролатеральная связь внутренних органов с ушной раковинной. Наибольшую топико-диагностическую ценность представляли наблюдения, в которых изменения электропроводности отмечались в 1–2 проекционных точках. Гораздо чаще обнаруживалось несколько аурикулярных точек — от 3 до 15 и более, что в значительной степени затрудняло определение очага поражения и оценку достоверности результатов проведенных наблюдений.

В 1962 г. Я. М. Балабан и Л. Г. Розенфельд высказали предположение, что появление точек и зон гипералгезии на ушной раковине обусловлено особенностями чувствительной иннервации кожи. Кожа ушной раковины снабжена ветвями тройничного нерва и шейных спинно-мозговых нервов. Это единственный участок кожного покрова, в иннервации которого принимает участие блуждающий нерв, тесно связанный со всеми внутренними органами. Ветви блуждающего нерва в коже анастомозируют в ушной раковине с ветвями тройничного нерва и шейных спинно-мозговых

нервов, тесно связанных с симпатической иннервацией организма. Этими особенностями иннервации можно объяснить появление точек и зон гипералгезии на участках кожной поверхности ушной раковины, которые имеют связь с тем или иным внутренним органом или участком тела.

Д. Босси (1959), исследуя иннервацию ушной раковины анатомически, пришел к выводу, что из висцеральных афферентов в иннервации участвует только блуждающий нерв. Применяв нейроэмбриологические исследования он уточнил свои первоначальные данные и представил топографическую карту уха с представителем конечностей, позвоночника и ряда внутренних органов, распределение которых в области раковины целиком соответствует новейшим картам, хотя есть серьезные расхождения по сравнению с картой топографии внутренних органов, составленной П. Ножье в тот же период.

В 1969 г. П. Ножье пришел к выводу о более богатой иннервации ушной раковины и наличии представительства чувствительности внутренних органов в области раковины. Эти данные подтвердили И. Джерриот (1969) и Н. Пеллин (1971), однако их представления о расположении проекций тех или иных внутренних органов или, точнее, висцеральных функций, несколько отличались от того, что представил П. Ножье.

Уже на основании онтогенетического анализа Д. Бурдиоль (1975) пришел к выводу, что сложная и множественная иннервация ушной раковины объясняется тем, что отдельные части ее формируются из анатомически различных образований в процессе эмбриогенеза, и только потом сливаются как нечто целое в виде наружного уха. В связи с этим на поверхности ушной раковины возникают области со смешанной иннервацией ветвями различных нервов, и эти «гибридные» области уха потенциально должны обладать наиболее выраженными рефлексогенными возможностями.

В 1976 г. метод аурикулотерапии был проанализирован и систематизирован Л. М. Клименко и Д. Т. Табеевой в монографии «Ухоиглотерапия», в которой особое внимание было уделено топографии точек воздействия на ушную раковину. Я. М. Балаян и Л. С. Гохман (1977) попытались объяснить ме-

ханизм воздействия при стимуляции точек на ушной раковине с позиции невризма.

В 1980 г. вышла монография Д. Т. Табеевой «Руководство по иглорефлексотерапии», большой раздел которой был посвящен аурикулотерапии. Подробно дана международная классификация 130 аурикулярных точек, их практическое применение.

В том же году была опубликована монография Ф. Г. Портнова «Электропунктурная рефлексотерапия», в которой автором представлена рабочая схема соматотопии ушной раковины для электропунктурной аурикулодиагностики. Автор с коллективом сотрудников на большом клиническом материале определили степень диагностической надежности электропунктурной аурикулодиагностики, которая составила от 63,6 до 93,7 %.

Существенный вклад в изучение иннервации ушной раковины и анализа механизма действия аурикулотерапии был сделан Р. А. Дуриняном (1982, 1983) в монографии «Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии».

Автор подробно осветил вопросы онтогенеза ушной раковины и ее иннервации, показал роль ретикулярной формации, таламических и корковых структур мозга в механизмах аурикулярной рефлексотерапии. В «Атласе аурикулярной рефлексотерапии» (1982) приведена схема угловых (тангенциальных) координат ушной раковины, которая позволила достаточно точно определить локализацию чувствительных проекций важнейших органов, частей тела и соответствующих им функций на ушной раковине (см. рисунок).

Рассматривая причины высокой лечебной эффективности аурикулярной рефлексотерапии, Р. А. Дуринян очень точно замечает, что ключом аурикулярной рефлексотерапии является нервный аппарат ушной раковины. «Ухо, — пишет он, — является уникальной областью тела; это единственный участок в соматической сфере организма, представленный хрящевой основой и кожным покровом, который у человека не выполняет никакой активной функции, не является органом специализированной чувствительности и в то же время имеет богатую иннервацию пятью различными афферентными нервами соматической (*n. trigeminus* — V пара че-

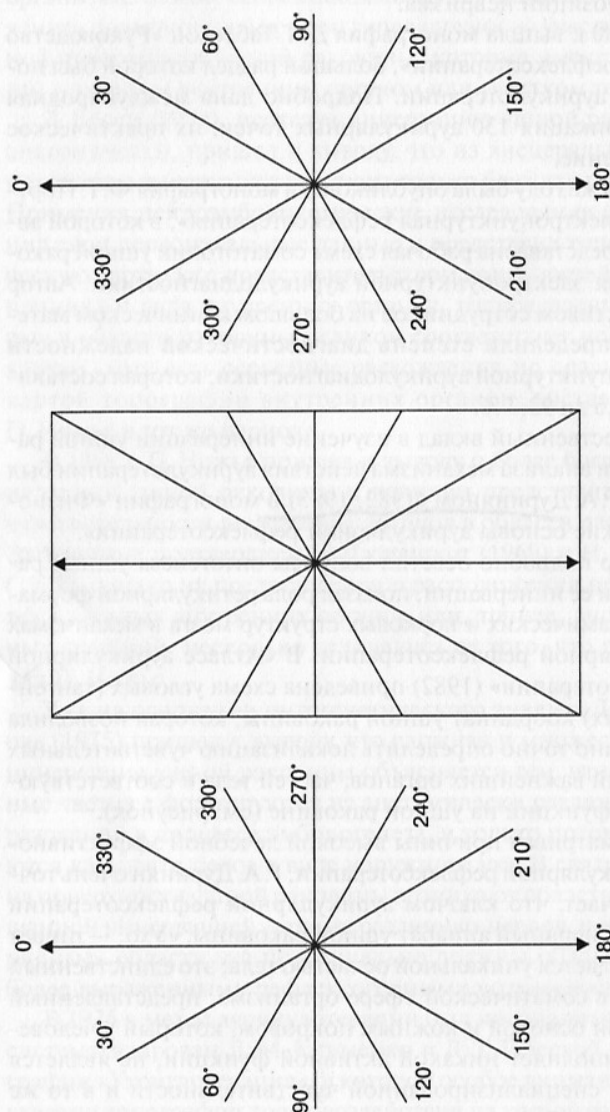


Рис. Координатная система ушной раковины

репно-мозговых нервов и plexus cervicalis (C_2-C_3) — нервы шейного сплетения) и висцеральной природы (ветви блуждающего нерва — *n. vagus* — X пара черепно-мозговых нервов, языкоглоточного — *n. glossopharyngeus* — IX пара черепно-мозговых нервов и лицевого — *n. facialis* — VII пара черепно-мозговых нервов). Соматические афференты ушной раковины, в отличие от других участков, представлены ветвями не одного какого-либо нерва, а сразу двумя крупными — нервами шейного сплетения и тройничным нервом, из которых один является краниальным, а другой — смешанным.

Такое обилие и многообразие афферентной иннервации уха требует специального объяснения, так как противоречит одному из фундаментальных нейрофизиологических принципов, который гласит, что богатство афферентной иннервации того или иного участка тела зависит от степени функциональной дифференцированности данной области. Чем более сложную и многообразную функцию выполняет данный участок тела, тем более мощной, богатой должна быть его афферентная иннервация и тем большее количество нервных элементов должно участвовать в обеспечении этой функции.»

Таким образом, благодаря мощной иннервации ушная раковина играет большую роль для организма не только как слуховой аппарат, но и как мощная микрозона организма, с помощью которой врач может целенаправленно осуществлять лечебную и диагностическую деятельность.

В последующих работах (Н. Н. Богданов, А. Т. Качан, 1984; А. М. Карпухина с соавт., 1984; Е. Л. Мачерет, 1986) была подтверждена высокая эффективность аурикулодиагностики не только для выявления соматической патологии, но и для оценки и прогнозирования качества и эффективности деятельности человека в экстремальных ситуациях. Возможность аурикулодиагностики в качестве профилактического скрининг-контроля у детей показана в научных исследованиях Г. Н. Барашкова, Б. П. Расторгуева, А. Т. Старовойра (1984).

В монографии Гаваа Лувсана «Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии» (1986) также большой раздел посвящен аурикулярной рефлексотерапии.

Автор подробно описывает 130 аурикулярных точек, их практическое применение, дает также название еще 40 аурикулярным точкам, расположенным на задней поверхности ушной раковины.

Л. С. Песикова, С. Я. Рыбалко в «Атласе клинической аурикулотерапии» (1990) представили собственную схему и классификацию аурикулярных точек, которая оказалась достаточно сложной для изучения и практического применения.

В книге «Клиническая аурикулотерапия» (1992, 1993) и «Диагностика и аурикулотерапия» (2003) А. А. Михайлова, используя систему угловых (тангенциальных) координат ушной раковины, подробно описала локализацию, иннервацию и показания к применению 35, а затем 40 точек задней поверхности ушной раковины, автор также привела многочисленные схемы микроаурикулотерапии при различных заболеваниях.

В трехтомной монографии «Оннури аурикулярная терапия» (1998) Пак Чже-Ву подробно описывает системы соответствия ушной раковины, которую он считает «самостоятельной единицей Гомо-системы тела». Автор дает подробную характеристику 12 типов индивидуальных и объединенных систем соответствия эмбриону и плоду, воплощающих стадии последовательной циркуляции Шести Энергий в процессе внутриутробного развития человека.

Пак Чже-Ву представляет свою теорию соответствия аурикулярных систем внутренним органам и частям тела человека. Он считает, что «...благодаря аурикулярным проекциям кистей и стоп становится возможным объединение систем соответствия ушных раковин и систем соответствия кистей и стоп в рамках единой энергетической Гомо-системы человеческого тела, что обеспечивает стабильное существование человеческого тела как целостной системы».

Следует отметить, что в середине 90-х гг. XX столетия отмечен значительный застой в плане проведения научных и теоретических исследований в области традиционной медицины. Это связано с перестройкой в стране и тяжелым материальным положением науки в целом.

В последние 4–5 лет намечается значительный прогресс в этой области. Появились многочисленные интересные

разработки медицинских центров, государственных медицинских институтов и коммерческих медицинских структур.

Предложена, например, система «АМСАТ», состоящая из 12 программ (Риодораку, Брату, Фолль, аурикулярная диагностика, психологические тесты, диагностика по Су-Джок и вторичных систем) для IBM PC-совместимого компьютера. Хорошо известны лечебно-диагностические комплексы «Коверт», «АРМ Пересвет» и др.

В настоящее время аурикулотерапия широко применяется не только с лечебной, но и с диагностической целью. Широкому распространению метода способствовала его высокая эффективность, большой круг показаний к применению, возможность использования в качестве компонента комбинированного обезболивания при хирургических операциях. К достоинствам метода следует отнести несложность определения точек на ушной раковине и последующего проведения процедуры.

Однако многие вопросы инструментальной диагностики в аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии окончательно не разработаны и требуют дальнейших комплексных исследований с использованием современных технологий.

Глава 2

АНАТОМИЯ, ИННЕРВАЦИЯ, КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Ушная раковина (*auricula*) представляет собой тонкий эластичный хрящ, покрытый кожей с подкожной клетчаткой, который прикрепляется к височной кости тремя связками. Хрящ имеет форму, соответствующую внешним очертаниям ушной раковины.

На долю хряща приходится около $\frac{4}{5}$ размера ушной раковины. Остальная $\frac{1}{5}$ часть ушной раковины представляет собой кожную складку с жировой клетчаткой и носит название мочки уха (*lobus auricula*).

Свободный край ушной раковины называется завитком (*helix*). Часть завитка, соединяющегося с мочкой уха, — хвост завитка. В месте перехода горизонтальной части завитка в вертикальную находится непостоянный Дарвинов бугорок ушной раковины.

Горизонтальная часть завитка спускается вниз и переходит в ножку завитка (*crus helix*), расположенную над наружным слуховым проходом. Ножка завитка образует поперечный хрящевой выступ в центре ушной раковины, разделяющий ее на две части: верхнюю — чашу раковины (*cumba conchae*) и нижнюю — полость раковины (*cavum conchae*).

Параллельно завитку во впадине ушной раковины проходит второй валик, который называется противозавитком (*antehelix*). Он начинается от противокозелка (*antitragus*) и отделяется от последнего задней ушной бороздкой. Противозавиток поднимается вверх и делится на две ножки — верхнюю и нижнюю (*crura antehelices*), между которыми находится трехсторонняя ямка (*fossa triangularis*).

Отверстие наружного слухового прохода расположено в углублении полости раковины. Кпереди от полости раковины имеется ясно выраженный выступ, который называется

Глава 2. Анатомия, иннервация, кровоснабжение ушной раковины

козелком (*fragus*). Над ним находится небольшой надкозелковый бугорок, отделяемый от ножки завитка передней ушной бороздкой. Внизу козелок переходит в межкозелковую вырезку и противокозелок (*antitragus*).

Впереди завитка расположена ладьевидная ямка (*scapha*), которая ограничена валиком противозавитка и его верхней ножкой.

Кровоснабжение ушной раковины осуществляется за счет задней ушной артерии, поверхностной височной артерии и ветви внутренней челюстной артерии.

Кровь с поверхности ушной раковины собирается в поверхностную височную и заднюю ушные вены, которые обычно идут вместе с артериями (рис. 2.1–2.4).

Иннервация ушной раковины обеспечивается ветвями тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего нервов, поверхностного шейного сплетения (в основном II и III спинно-мозговыми нервами). Тройничный, блуждающий и спинно-мозговые нервы анастомозируют с симпатической нервной системой (рис. 2.6–2.11).

Богатство иннервации ушной раковины обеспечивает ее связи с цереброспинальными, соматическими и вегетативными центрами нервной системы. Это определяет роль ушной раковины как уникальной рефлекторной области тела человека, имеющей тесные связи с различными частями тела и всеми внутренними органами, что позволяет использовать ее в целях аурикулодиагностики и аурикулотерапии.

По данным Р.А.Дуриняна (1982, 1983), в процессе эмбриогенеза (рис. 2.5) ушная раковина человека, как и у всех высших млекопитающих, формируется из жаберного аппарата. В конце 4-й, начале 5-й недели человеческого эмбриона имеет форму, характерную для зародышей других высших млекопитающих, находящихся в тех же стадиях развития. Расположение жаберных элементов и зачатков будущего наружного уха на шее приводит к тому, что чувствительная соматическая иннервация кожных покровов уха формируется за счет ветвей шейных нервов, будущего шейного сплетения.

Этим объясняется участие нервов шейного сплетения (C_2-C_4) в иннервации некоторых зон уха. В связи с тем, что часть элементов уха закладывается в эмбриогенезе не только

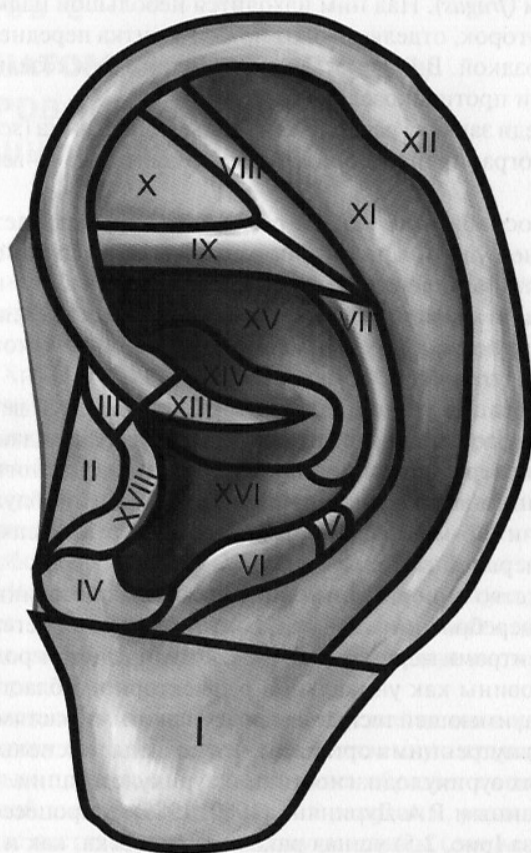


Рис. 2.1. Зоны ушной раковины:

I — зона мочки уха; II — зона козелка; III — зона передней ушной бороздки; IV — зона межкозелковой вырезки; V — зона задней ушной бороздки; VI — зона противокозелка; VII — зона противозавитка; VIII — зона верхней ножки противозавитка; IX — зона нижней ножки противозавитка; X — зона трехсторонней ямки; XI — зона ладьевидной ямки; XII — зона завитка; XIII — зона ножки завитка; XIV — зона, прилежащая к ножке завитка; XV — зона чаши раковины; XVI — зона полости раковины; XVII — зона задней поверхности раковины; XVIII — зона наружного слухового прохода

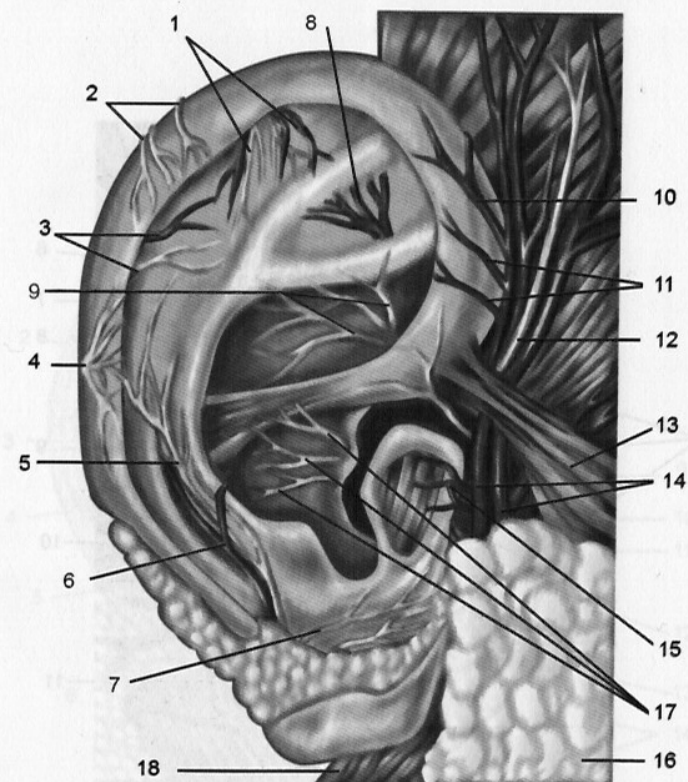


Рис. 2.2. Иннервация и кровоснабжение передней поверхности ушной раковины [Табеева Д. М., 1980]:

1, 3 — ветви задней ушной артерии и малого затылочного нерва; 2 — передние ветви малого затылочного нерва; 4, 5, 7 — передние ветви большого ушного нерва; 6 — передние ветви задней ушной артерии; 8 — ветви задней ушной артерии; 9 — передние ветви лицевого нерва; 10 — передняя ушная ветвь поверхностной височной артерии; 11 — передние ветви ушно-височного нерва; 12 — ушно-височный нерв; 13 — передняя связка; 14 — поверхностная височная артерия и вена; 15 — переднеушные ветви поверхностной височной артерии; 16 — околоушная железа; 17 — передние ветви блуждающего нерва; 18 — подкожная мышца

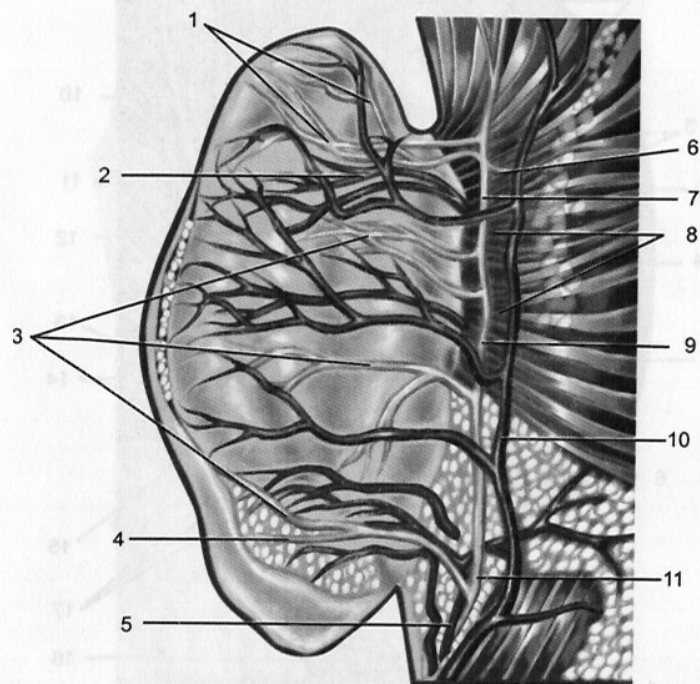


Рис. 2.3. Иннервация и кровоснабжение задней поверхности ушной раковины [Табеева Д. М., 1980]:

1 — задние ветви малого затылочного нерва; 2 — ушная ветвь задней ушной артерии; 3 — задние ветви большого ушного нерва; 4 — передние ветви большого ушного нерва; 5 — задняя ушная артерия; 6 — малый затылочный нерв; 7 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 8 — задние ушные мышцы; 9 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 10 — задняя ушная вена; 11 — большой ушной нерв

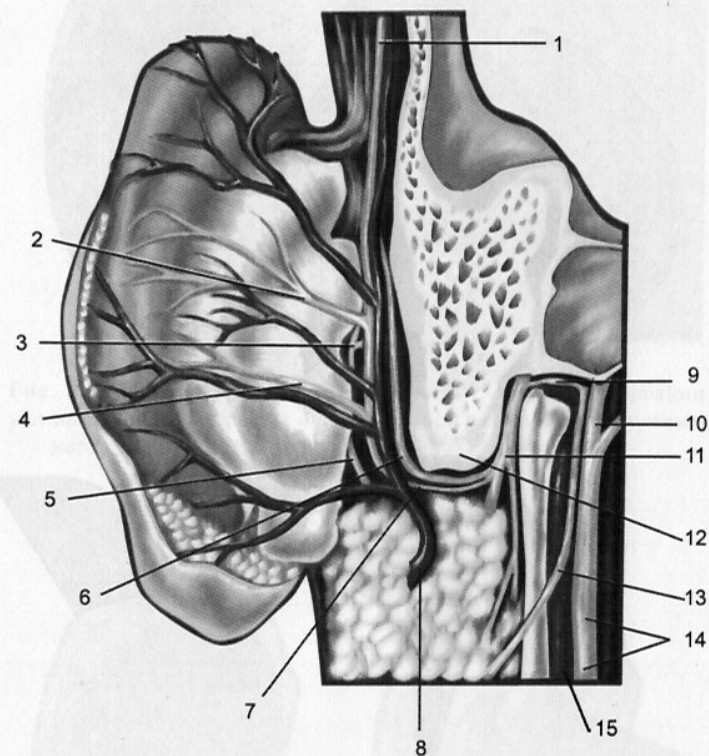


Рис. 2.4. Иннервация и кровоснабжение задней поверхности ушной раковины [Табеева Д. М., 1980]:

1 — передняя ветвь лицевого нерва; 2 — задняя ушная ветвь лицевого нерва; 3 — передние ветви блуждающего нерва; 4 — передние ветви лицевого нерва; 5 — передние ветви блуждающего нерва; 6 — ушная ветвь лицевого нерва; 7, 9 — ушная ветвь блуждающего нерва; 8 — задняя ушная артерия; 10 — блуждающий нерв; 11 — лицевой нерв; 12 — сосцевидный отросток; 13 — добавочный нерв; 14 — нервные узлы; 15 — внутренняя сонная артерия

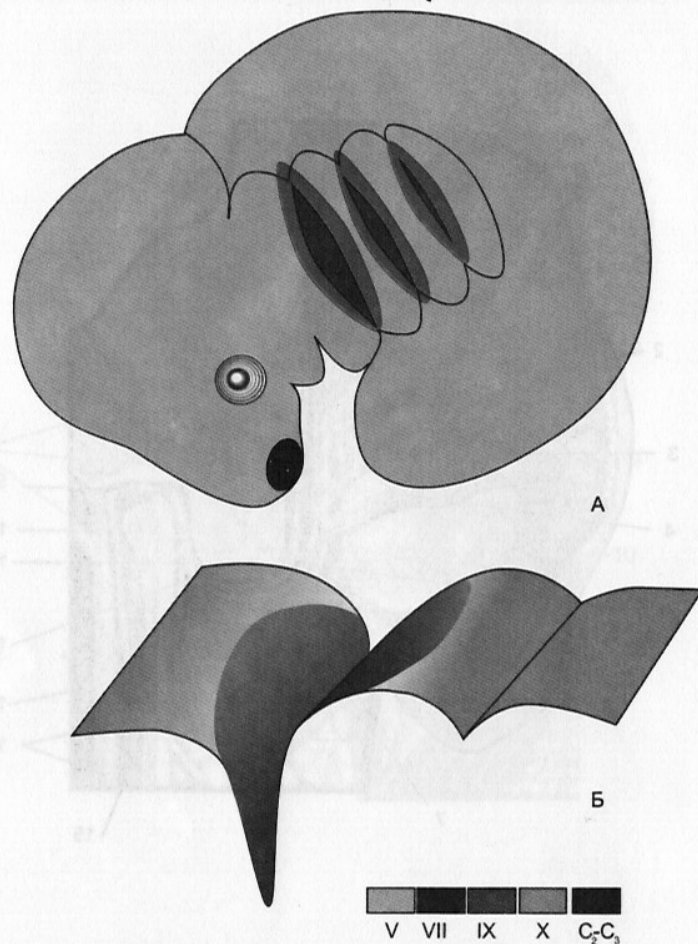


Рис. 2.5. Эмбриогенез ушной раковины [Дуринян Р.А., 1983]:

А — иннервация жаберного аппарата эмбриона человека (видны четыре жаберные дуги и три жаберные щели); Б — вертикальный разрез через первую жаберную щель для демонстрации топографии распределения нервов в жаберном аппарате



Рис. 2.6. Область иннервации ушной раковины нервами шейного сплетения (C_2-C_3)

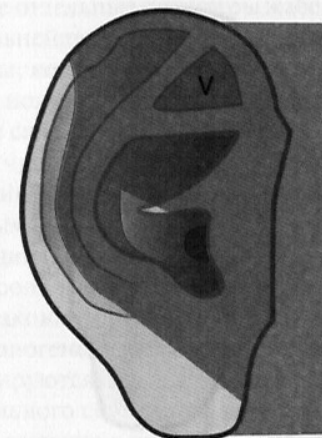


Рис. 2.7. Область иннервации ушной раковины тройничным нервом (V)

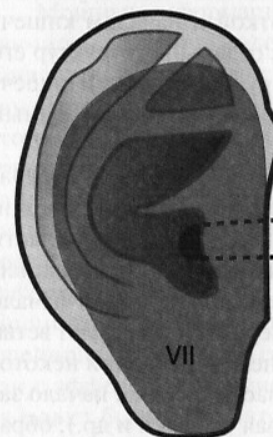


Рис. 2.8. Область иннервации ушной раковины лицевым нервом (VII)

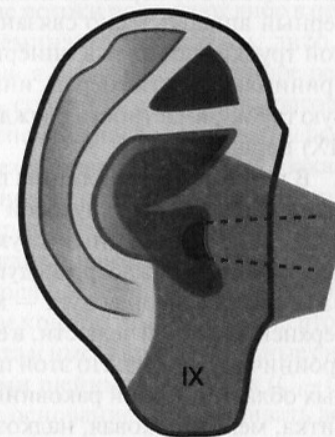


Рис. 2.9. Область иннервации ушной раковины языкоглоточным нервом (IX)

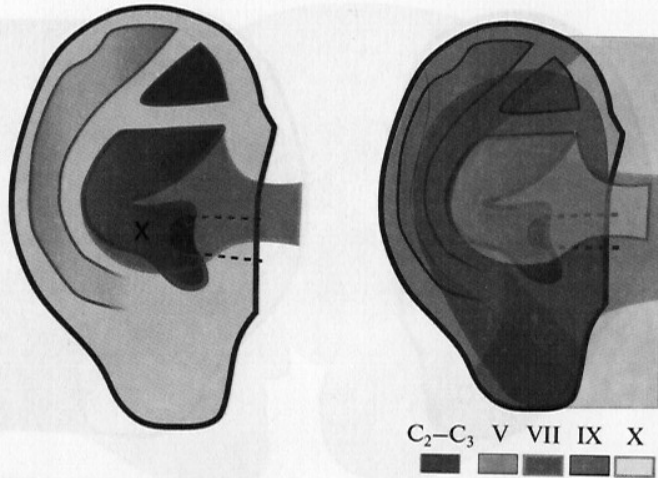


Рис. 2.10. Область иннервации ушной раковины блуждающим нервом (X)

Рис. 2.11. Перекрытие зон иннервации ушной раковины пятью нервами

из кожных образований жаберного аппарата, но и из других элементов, эти нервы не иннервируют все области уха. Жаберный аппарат тесно связан с глоткой и началом кишечной трубки, поэтому в иннервации отдельных структур его принимают участие нервы, иннервирующие глотку и кишечную трубку, в частности блуждающий (X) и языкоглоточный (IX) нервы.

В процессе эмбриогенеза первая жаберная щель превращается в наружный слуховой проход, а из кожной складки, окружающей наружный слуховой проход, т.е. из области первой и второй жаберной дуги, развивается ушная раковина. Первая жаберная дуга — мандибулярная — дает начало верхней и нижней челюсти, в ее иннервации участвуют ветви тройничного нерва. По этой причине в иннервации некоторых областей ушной раковины (область козелка, начало завитка, межкозелковая, надкозелковая вырезки и др.), образованных частью первой жаберной дуги, участвуют ветви тройничного нерва. В образовании ушной раковины участвует и вторая жаберная дуга, а также ряд других элементов жаберного аппарата.

Все нервы, иннервирующие отдельные структуры жаберного аппарата эмбриона, в дальнейшем принимают участие в иннервации ушной раковины, которая образована из элементов жаберного аппарата и получает в «наследство» весь набор нервов, а также богатые связи с важнейшими ядрами и центрами ствола мозга, в том числе с дыхательным, сосудодвигательным, с системой ретикуло-спинальной регуляции мышечного тонуса и сенсорных входов, с восходящими системами ретикулярной активации (Р.А. Дуринян, 1982, 1983).

Наиболее существенную роль в реализации эффектов воздействия на зоны ушной раковины играют тройничный и блуждающие нервы. В эмбриогенезе шейное сплетение, как и тройничный нерв, формируются одновременно и одинаково. Особенностью спинального сенсорного ядра тройничного нерва является расположение в шейных сегментах спинного мозга. При этом оно иногда достигает четвертого сегмента. По существу, это часть чувствительных клеток верхнего шейного отдела спинного мозга, волокна которых покидают спинной мозг не на уровне своих сегментов, а поднимаются вверх и выходят уже на уровне варолиева моста.

Мощные информационные потоки поступают либо в первичное сенсорное реле тригеминальной системы, либо, в значительно большей степени, в первичное сенсорное реле висцеральных афферентов — солитарное ядро продолговатого мозга. Оба этих ядра расположены рядом, часть афферентных волокон всех четырех нервов (V, VII, IX, X) заканчиваются как в тригеминальном ядре (нисходящем — спинальном ядре), так и в солитарном ядре. Оба ядра окружены ретикулярной формацией и отдают в нее коллатерали своих афферентных волокон. Нисходящее спинальное ядро тройничного нерва своим нижним концом достигает четвертого шейного спинального сегмента и имеет коллатеральные связи с афферентными системами шейных сегментов (C_1-C_3 , а может быть и C_4), что дает основание рассматривать афферентный отдел трех (четырех) верхних шейных сегментов и тригеминальной системы как единый афферентный аппарат (Crosby, Harnphrey, Lauer, 1962). В таком случае споры о различиях в соматической афферентной иннервации уш-

ной раковины ветвями тройничного нерва и шейного сплетения теряют свое принципиальное значение.

Особенностью тройничного нерва является то, что это единственный из соматических сенсорных афферентов, который дает в ретикулярную формацию первичные волокна, т.е. является таким нервом, часть волокон которого принадлежит непосредственно ретикулярной формации. Ретикулярная формация развивалась вместе с развитием тройничного (и блуждающего) нерва и имеет с ним тесные функциональные связи.

Спинальные афференты от всех уровней спинного мозга отдают волокна в ядра тройничного нерва (нисходящее и главное) и солитарного тракта, благодаря чему эти два важнейших сенсорных ядра ствола мозга могут, как и ретикулярная формация, активироваться сигналами спинальных систем.

В связи с этим в сенсорных ядрах ствола мозга имеются реальные возможности для взаимодействия собственных афферентных сигналов с сигналами спинальных афферентов и более широкой активации ретикулярной формации ствола. Кроме того, в этих ядрах легко формируется отраженная чувствительность различных областей тела и органов, что лежит в основе аурикулодиагностики.

Афферентная система ушной раковины, образованная чувствительными терминалами V, а также VII, IX, X краниальных нервов и верхними корешками шейного сплетения, принадлежит к числу наиболее мощных активаторов ретикулярной формации. А через ретикулярную формацию эти эффекты передаются на высшие вегетативные и эндокринные центры в гипоталамусе, в лимбической системе и на спинной мозг: на моторные, симпатические и парасимпатические выходы.

Поскольку нервы шейного сплетения и тройничный являются главным образом лишь анатомически различными путями передачи соматической афферентной информации в одну и ту же или весьма сходную систему рефлекторных механизмов, остается признать два принципиальных положения в характере иннервации ушной раковины.

1. Вся поверхность ушной раковины, за исключением конхи, богато иннервирована соматическими афферентными

волокнами (C_2-C_3 , V), которые могут активировать непосредственно сенсорные элементы, расположенные на обширной и важнейшей области мозга, начиная от четвертого шейного сегмента и кончая мезенцефалическим отделом мозга.

2. Область конхи, как и трехсторонней ямки, богато иннервирована висцеральными афферентными волокнами, образованными тремя нервами (VII, IX, X), которые можно рассматривать как единую висцеральную афферентную систему ушной раковины и которая активирует непосредственно важнейший афферентный узел ствола мозга, контролирующей всю систему органов блуждающего нерва, без нормальной работы которых жизнь немыслима.

Неоднократно подчеркивалось, что такое значение иннервации ушной раковины позволяет правильно и обоснованно предсказать функциональные особенности рефлекторных реакций, вызываемых с ушной раковины.

С позиции нейрофизиологических данных, имеющих на настоящий момент, механизм действия аурикулотерапии можно представить следующим образом.

При стимуляции ушной раковины, например, у начала корня завитка, где представлены афферентные терминалы V, VII, IX и X нервов, волна возбуждения распространяется в солитарное ядро и в тригеминальные ядра. Кроме того, нисходящие спинальные волокна мандибулярной ветви тригеминального нерва и некоторые волокна VII, IX, X нервов, идущих в составе этих нисходящих волокон, достигая четвертого спинального сегмента, вовлекают в активность верхний шейный отдел спинного мозга.

Таким образом, при локальной стимуляции определенных точек ушной раковины волна возбуждения формируется сразу же в нескольких ядрах ствола мозга, и каждое ядро посылает восходящий активирующий поток сигналов в одно и то же специфическое ядро таламуса (VPM). Однако дело не исчерпывается этим. Одновременно поток сигналов из ядер ствола направляется в неспецифические ядра таламуса. Наконец, параллельно с активацией таламических структур происходит активация многих структур ретикулярной формации ствола мозга, откуда волна возбуждения передается в восходящем направлении в неспецифический тала-

мус, в ядра гипоталамуса, в лимбическую систему, и, конечно, в кору больших полушарий.

При возбуждении ретикулярной формации ствола могут возникнуть непосредственные нисходящие эффекты (ретикуло-спинальная система) на спинальный сегментарный аппарат, что может повлиять на моторные и сенсорные реакции спинальных структур мозга. Ретикулярная формация ствола мозга со своей стороны находится под контролем вышележащих структур, особенно коры больших полушарий. Благодаря этому волна возбуждения, вызванная стимуляцией ушной раковины при поступлении в корковые проекции, может включить механизм коркового контроля, который изменит весь характер реакции.

В сенсорных ядрах ствола мозга имеются реальные возможности для взаимодействия собственных афферентных сигналов с сигналами спинальных афферентов и более широкой активации ретикулярной формации ствола. Кроме того, в этих ядрах легко формируется отраженная чувствительность различных областей тела и органов, что лежит в основе аудиолотодиагностики.

Имеющиеся нейрофизиологические предпосылки позволяют сформулировать несколько тезисов о коррективном влиянии сенсорных систем ствола на поступающие информационные потоки.

- Первое — это возможность взаимодействия сенсорных систем ряда краниальных нервов друг с другом (V, VII, IX, X), а также C_2-C_3 в пределах специфических сенсорных реле ствола мозга. Представительство первичных афферентов вагуса (X) в этих ядрах наряду с афферентами ушных нервов (V, VII, IX, C_2-C_3) и других краниальных нервов (особенно VIII пары) дают все основания утверждать, что сигналы, поступающие на общие нейронные элементы этих ядер, могут блокировать или усиливать афферентные сигналы, поступающие по системе вагуса от различных внутренних органов.
- Второе — это еще более широкая возможность взаимодействия различных афферентных сигналов, вызванных не только с ушной раковины, но и других участков

тела, с выходом на афферентную систему вагуса в пределах ретикулярной формации ствола мозга.

- Третье — это взаимодействие соматических и висцеральных афферентных сигналов на таламо-кортикальном уровне с вовлечением в реакцию множества разных структур (лимбических, гипоталамических, стволовых, спинальных).

Тесные связи афферентной системы ушной раковины с другими афферентными проекциями и их широкое перекрытие на стволовом и таламокортикальном уровне создают благоприятные условия для того, чтобы при стимуляции какой-либо точки ушной раковины рефлекторная реакция вовлекла в активность множество проекционных систем.

Афферентные нервы ушной раковины, особенно тригеминальный, имеют прямые связи с ретикулярной формацией, с центральным отделом ствола мозга и таламуса, где расположены главные антиноцицептивные и антистрессовые структуры мозга; центральное серое вещество и ядра шва, ствола и интралиминарные ядра таламуса. Антиноцицептивный центр ствола мозга имеет тесные двухсторонние связи с неспецифическим таламусом, который осуществляет диффузную активацию полушарий и участвует в интеграции болевых и стрессовых сигналов. Тесные связи имеются с гипоталамусом, гиппокампом и лимбической системой полушарий. Часть тригеминальных волокон достигает миллиарных тел и других ядер гипоталамуса.

Следовательно, ретикулярная формация ствола и центральные серые ядра связаны со структурами висцерального мозга (Р.А. Дуринян, 1982, 1983).

При воздействии на аудикулярные точки благодаря особым морфофизиологическим характеристикам афферентных систем ушной раковины имеют место различные рефлекторные реакции на:

- 1) автоматические центры дыхания, кровообращения, мышечного тонуса и т.д., расположенные в ретикулярной формации;
- 2) гипоталамические центры терморегуляции голода и насыщения, жажды и водно-солевого обмена;

Таблица

Нервы ушной раковины и области их иннервации
(по Р.А.Дуриняну, 1982, 1983)

Нервы ушной раковины	Область иннервации на ушной раковине
I. Нервы шейного сплетения (C_2-C_3) — <i>plexus cervicalis</i> (рис. 2.6)	
1. Большой ушной нерв (C_2-C_3) — <i>n. auricularis magnus</i>	
А. Передняя ветвь — <i>r. anterior</i>	Внутренняя поверхность — почти вся. Наружная поверхность: большая часть мочки уха, завитка, ладьевидной ямки, противозавитка, трехсторонней выемки, края конхи
Б. Задняя ветвь — <i>r. posterior</i>	Внутренняя поверхность. Наружная поверхность: часть завитка, противозавитка и трехсторонней выемки
2. Малый затылочный нерв (C_2-C_3) — <i>n. Occipitalis minor</i>	
А. Верхняя ветвь — <i>r. superior</i>	Внутренняя поверхность — верхний полюс. Наружная поверхность — часть завитка и трехсторонней выемки
Б. Нижняя ветвь — <i>r. inferior</i>	Внутренняя поверхность — часть завитка и ладьевидной ямки
II. Тройничный нерв (V пара черепно-мозговых нервов) — <i>n. Trigeminus</i> (рис. 2.7)	
Ушно-височный нерв (V) — <i>n. auriculo-temporalis</i> от третьей ветви тройничного нерва — нижнечелюстного нерва — <i>n. mandibularis</i>	
А. Нервы наружного слухового прохода — <i>n. n. meatis acusticus externus</i>	Наружный слуховой проход — кожа внутри передней и передневерхней части; корень завитка и чаша раковины
Б. Передние ушные нервы — <i>n. n. auricularis anteriores</i>	Наружная поверхность: козелок, часть завитка, трехсторонняя выемка, противозавиток, часть ладьевидной ямки, верхняя половина мочки уха

Окончание табл.

Нервы ушной раковины	Область иннервации на ушной раковине
III. Лицевой нерв (VII пара черепно-мозговых нервов) — <i>n. facialis</i> (рис. 2.8)	
Промежуточный нерв (VII) — <i>n. intermedius Wrishberg</i>	
А. Анастомические ветви лицевого (промежуточного) нерва с ушно-височным <i>r. r. anastomadici cum faciale</i>	Внутренняя поверхность — средняя часть (проекция конхи). Наружный слуховой проход — задняя стенка; вход в наружный слуховой проход; козелок и предкозелковая область, конха, трехсторонняя выемка, противозавиток; большая часть мочки уха
Б. Анастомические ветви (лицевого промежуточного) нерва с ушной ветвью блуждающего нерва — <i>r. r. communicans cum ramo auriculare n. vagi</i>	То же
IV. Языкоглоточный нерв (IX пара черепно-мозговых нервов) — <i>n. glosso-pharyngeus</i> (рис. 2.9)	
Анастомические ветви языкоглоточного нерва с ушной ветвью блуждающего нерва — <i>r. r. communicans cum ramo auricularis n. vagi</i>	Внутренняя поверхность: средняя часть (проекция конхи), мочка уха. Наружный слуховой проход — по всему периметру, почти вся конха, трехсторонняя выемка, мочка уха, предкозелковая область
V. Блуждающий нерв (X пара черепно-мозговых нервов) — <i>n. vagus</i> (рис. 2.10)	
Ушная ветвь блуждающего нерва (X) — <i>r. Auricularis n. vagi</i>	
Веточки ушной ветви блуждающего нерва — <i>r. r. auricularis n. vagi</i>	Внутренняя поверхность: средняя часть (проекция конхи). Наружный слуховой проход — начальная часть по всему периметру; конха, корень завитка, козелок, частично предкозелковая область, трехсторонняя выемка

3) гипоталамо-гипофизарную систему нейроэндокринной регуляции;

4) гипоталамические эффекторные центры симпатических и парасимпатических систем, которые действуют через ретикулоспинальные связи на сегментарный аппарат спинного мозга и через периферические нервы соответствующих органов.

Таким образом, в основе аурикулотерапии лежат сложные висцероаурикулярные и аурикуловисцеральные связи. Принципы аурикулярной рефлексотерапии дают возможность применять ее в качестве диагностической системы, дополняющей общепринятые методы клинической диагностики. Современные представления о механизмах лечебного действия аурикулотерапии прежде всего опираются на анатомо-физиологические (особенности иннервации) и онтофилогенетические (особенности развития из первичных жаберных закладок) характеристики ушной раковины (см. таблицу).

Ушная раковина имеет довольно густую сеть лимфатических сосудов, по которым осуществляется отток лимфы.

Лимфа с передней поверхности ушной раковины оттекает в передние ушные лимфатические узлы, расположенные впереди ушной раковины. Лимфа мочки уха и нижней стенки наружного слухового прохода поступает в нижние ушные лимфатические узлы, расположенные под ушной раковиной.

Лимфа с задней поверхности ушной раковины — в задние лимфатические узлы и лимфатические узлы околоушной железы, расположенные позади ушной раковины.

Глава 3

УШНАЯ РАКОВИНА КАК ИНФОРМАЦИОННО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОРГАН

Ушная раковина является уникальным источником информации, позволяющим оценивать психосоматическое состояние человека, а также его характерологические особенности. В 1969 г. П. Ножье сделал сообщение, которое подтвердило теорию о биологическом строении организма. Огромная его заслуга состоит в том, что в строении ушной раковины он увидел эмбрион человека, проецирующийся точно так же, как он проецируется в коре головного мозга.

Таким образом, истина о том, что часть отображает целое, имеет место и в строении человеческого организма. В дальнейшем было убедительно показано, что многие органы человека, например, кисть, стопа, полость носа, глаза, внутренняя полость желудочков сердца, а также ушная раковина несут огромную информацию о функциональном состоянии всех взаимосвязанных между собой систем в организме. Одновременно они, с помощью активных точек, принимают информацию из окружающей среды, позволяющую организму адекватно реагировать на постоянно изменяющиеся внешние условия.

Поступающая информация из окружающей среды на протяжении многих веков значительно изменила внешний облик человека. В этой связи огромный интерес представляют научные исследования ряда художников, которые провели анализ динамики физиогномических данных человека за последние 5 столетий, сравнив портретную живопись в музеях мира. Оказалось, что наибольшие изменения претерпели кисть и стопа человека, размер и форма глаз, носа, величина подбородка. Форма, размеры и определенные пропорции ушной раковины практически не изменились.

Философы, врачи, писатели древности наблюдали, сопоставляли, а затем подробно описывали у людей своего времени выражение и цвет глаз, форму век, бровей, размер подбородка, строение, пропорции носа и ушных раковин. Гармоничность черт лица, здоровый цвет кожи, упругость мышц, большие, пропорциональные размеры ушных раковин свидетельствовали, по их представлениям, о балансе всех энергий в организме и позволяли врачам древности судить о физическом и психическом благополучии индивидуума.

В этом разделе мы кратко остановимся на сделанных в XVII в. С. Гаялем описаниях некоторых черт характера в зависимости от размеров и формы ушной раковины. Эти наблюдения не потеряли своей актуальности и в настоящее время (Э. Джинни, 1996; Э. И. Гоникман, 1997).

С. Гаяль — основатель физиогномики, описал некоторые формы ушных раковин, свойственные тем или иным людям, обладающим определенными чертами характера. «Немаловажное значение в определении характера человека, его дарований, наклонностей, а также различных заболеваний имеет форма ушных раковин», — отмечал он. Так, например, люди, одаренные большими интеллектуальными способностями, имеют большие, тонкие, отлогие ушные раковины.

Отсутствие интеллекта характерно для лиц с очень маленькими непропорциональными и толстыми ушными раковинами. Маленькие и тонкие ушные раковины — признак благородного происхождения, деликатности, утонченности вкусов, любви к порядку и опрятности. В тоже время, маленькие, сжатые, толстые и некрасивые уши бывают у людей жадных, мстительных, злых, лживых и изменчивых.

Тонкие до прозрачности уши бывают у людей пылких, раздражительных, нервных, страдающих заболеванием легких и желудка.

Длинные и узкие ушные раковины бывают у людей глупых, не способных сосредоточиться на деле, требующем умственного напряжения, а также свидетельствуют о скупости и зависти его обладателя. Слишком мясистые и толстые уши — признак угрюмого характера, а также склонности к перееданию. Заостренные кверху или слишком широкие

ушные раковины характеризуют врожденную грубость и присутствие животных инстинктов.

Покрытые пушковым волосом уши — признак страстного темперамента и неразборчивости в чувственных наслаждениях, склонности к изменам. Такие уши также характерны для людей с музыкальными способностями.

Очень открытые, как бы плоские ушные раковины — достоверный признак сладострастного характера.

Жесткие и твердые уши — признак хорошего здоровья и долголетия, а мягкие и дряблые свидетельствуют о плохом здоровье.

Криминалисты отмечают, что у мужчин-преступников ушные раковины имеют неправильную форму, часто они остроконечны, необычайно больших размеров, недоразвитые, со сплюснутым гребнем противозавитка. Круглые формы ушных раковин свидетельствуют о человеке глупом, не способном к процессу обучения и запоминания.

С. Гаяль писал, что для того, «...чтобы определить духовное и физическое состояние человека, надо исходить из наблюдений за всеми частями лица и тела. Если любая, даже неправильная форма ушных раковин пропорциональна другим частям тела, то отрицательные свойства характера значительно уменьшаются, а положительные усиливаются. Если же размеры ушных раковин значительно непропорциональны другим частям тела, особенно форме черепа, то положительные свойства личности значительно уменьшаются, а патологические усиливаются».

Известный японский ученый М. Куши, специалист по макробиотическому сбалансированному питанию, считает, что «...расположение и форма ушных раковин в какой-то степени отражают ту диету, которой придерживалась беременная женщина», и чем и как в последующем питался ребенок, а затем взрослый человек.

Так, например, маленькая мочка или ее полное отсутствие генетически запрограммированы и указывают на постоянный дефицит минеральных веществ, что постепенно приводит к снижению энергетического потенциала организма.

Заостренные ушные раковины являются результатом длительного избыточного употребления животных жиров и

приводит к агрессивности, умственной ограниченности и узости мышления.

Ушные раковины, расположенные высоко на голове (в норме верхняя часть уха прикрепляется на уровне глаз, а заканчивается на уровне рта — мочкой), свидетельствуют о злоупотреблении матерью во время беременности продуктами, богатыми животными белками, а последующее их длительное употребление человеком приводит к неуравновешенности в поведении, агрессивности, резкости, отсутствию логики в мышлении.

Большой размер средней части ушной раковины по сравнению с верхней и нижней частями свидетельствует об избыточном употреблении фруктов и сырых овощей. Такие ушные раковины характерны для скептиков, людей крайне нервных, возбудимых, не имеющих твердых устоев и принципов.

Маленькие ушные раковины свидетельствуют о преобладании в питании мяса всех сортов, птицы, большого количества яиц и мучных продуктов. Такие люди имеют слабую конституцию, у них отсутствует масштабность мышления и действий.

Тонкие ушные раковины с дряблой, сухой кожей указывают на недостаток в пище витаминов, минеральных веществ, овощей и фруктов. Такие люди страдают заболеваниями, связанными со сниженным иммунитетом, они испытывают большие трудности и проблемы при адаптации к окружающей среде.

Оттопыренные больше чем на 30 % от черепа ушные раковины являются результатом чрезмерного употребления сахара, фруктов, химических препаратов и консервированных продуктов. Они характеризуют людей ревнивых, подозрительных, упрямых, узколобых, трудных в общении.

Пропорциональные большие уши с выраженной мочкой и крупные уши, тесно прижатые к голове, являются следствием сбалансированного питания, они свидетельствуют о сильном психотипе, духовности человека, его стремлении к лидерству, нормальной функции эндокринных и половых желез.

По данным Е. С. Вельхова (1997), симметричность расположения ушных раковин, правильная форма отдельных участков, строгость линии изгиба завитка и противозавитка

свидетельствуют о гармоничном развитии человека. Значительные различия в форме ушных раковин указывают на психическую и физическую дисгармонию. Грубые изменения в форме и величине ушных раковин отмечаются, например, при олигофрении, болезни Дауна, различных уродствах и аномалиях развития.

На незаращение боталлова протока указывает деформация корня завитка и центральной части полости раковины, а на функциональную и структурную недостаточность почек — деформация верхних отделов ушной раковины.

При изучении структурных особенностей ушных раковин у лиц старше 90 лет в 85 % случаев Е. С. Вельховером выявлены три статистически достоверных признака: крупные размеры ушных раковин, удлинение и утолщение мочки уха, взбухание гребня противозавитка.

Когда мочка хорошо выражена, четко отделяется от лицевой части и полнокровна, это свидетельствует о ясности ума, силе мыслительных процессов, а у женщин свидетельствует о хорошо развитых детородных органах и сексуальной полноценности. Люди со срезанной мочкой уха чаще бывают интровертами, они зависимы от окружающих, несамостоятельны, легко попадают в подчиненное положение.

Хорошо развитый, правильной формы козелок свидетельствует о настойчивости, силе воли, терпимости к окружающим, хорошем психосоматическом состоянии.

Значительные размеры ладьевидной ямки свидетельствуют об упрямстве, настойчивости, способности навязывать свою волю.

Чрезмерно выраженная область трехсторонней ямки говорит об опасности нарушения углеводного обмена с явлениями гипер- или гипогликемии, а в ряде случаев указывает на наследственную отягощенность сахарным диабетом.

Массивная ушная раковина с большой оттянутой мочкой, пропорционально развитыми всеми ее областями свидетельствует о долгой полнокровной жизни — такие уши были у Будды, их размер и форма подчеркиваются на всех его изображениях.

Таким образом, опытный врач по одному только виду ушной раковины пациента может определить его индиви-

дуальные особенности, а последующая оценка морфологических, альгезиметрических показателей и измерение электро кожного сопротивления позволяют в совокупности оценить состояние внутренних органов.

Глава 4

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Различные патологические процессы во внутренних органах вызывают отраженные реакции сигнального характера в определенных точках (зонах) ушной раковины. С точки зрения физиологических процессов, это можно объяснить изменением свойств центральных нейронов, на которых конвергируют аурикулярные и висцеро-соматические афференты, проводящие патологическую импульсацию с пораженных участков тела, внутренних органов и систем. Эти процессы приводят, по типу рефлекторной реакции, к формированию на ушной раковине различных локальных пунктов гипер- и гипопалгезии, с морфологическими и электро кожными изменениями.

Установление зон и точек гипер- и гипопалгезии на ушной раковине может быть использовано для ранней диагностики при различных патологических процессах в организме, а также для контроля за адекватностью подбора точек при аурикулотерапии.

В многочисленных клинических исследованиях достоверно показано, что внутренние органы и функциональные системы человека имеют соматотопическую проекцию на ушной раковине. В соответствии с этим, топоика различных патологических состояний определяется по совокупности изменений в сигнальных точках ушной раковины, которые отражают в них различные стадии патологического процесса.

Диагностические приемы при исследовании ушной раковины заключаются в следующем: 1 — осмотр ушной раковины; 2 — пальпация при помощи зонда (определение степени болевой чувствительности); 3 — электропунктурная диагностика.

Для осмотра ушной раковины необходима настольная лампа и лупа с увеличением от 2 до 10. При осмотре следует обращать внимание на размер и форму ушных раковин, симметричность их расположения. После осмотра приступают к пальпации ушных раковин. При этом выявляется характер подвижных частей уха, эластичность хряща, округлость или резкость форм. Пальпацию проводят I и II пальцами в положении больного лежа на спине или сидя в кресле.

Исследование ушной раковины рекомендуется проводить снизу вверх: после пальпации мочки переходят на противокозелок, противозавиток, ножки противозавитка, затем следует завиток, корень завитка, козелок, трехсторонняя и ладьевидная ямки, конха. После пальпации передней поверхности переходят на заднюю поверхность ушной раковины.

По данным Р.А. Дуриняна (1982, 1983), несмотря на индивидуальные различия в конфигурации ушной раковины, у всех людей она имеет одинаковый план строения и общую пропорцию составляющих ее элементов. Поэтому имеется реальная возможность, используя ряд характерных деталей на ушной раковине, построить систему координат, которая существенно облегчит обнаружение искомых участков не на типовой (унифицированной), а индивидуальной (реальной) ушной раковине.

Для того чтобы построить координатную систему (см. рисунок гл. 1, с. 20), необходимо провести нулевую вертикаль — основную ось ушной раковины. Ее проводят через нулевую точку (по П. Ножье) таким образом, чтобы она проходила по середине мочки уха, что соответствует чаще всего расположению точки глаза (8). При такой ориентации нулевой вертикали ее верхний отрезок проходит через вершину ушной раковины. Следовательно, нулевая вертикаль ушной раковины, или вертикальная ось, соединяет две точки: точку глаза (8) с нулевой точкой (82).

Следует отметить, что нахождение точек (зон) на передней поверхности ушной раковины — дело достаточно простое, даже без построения координатной системы. Однако задняя поверхность уха практически лишена различных анатомических ориентиров, что значительно затрудняет поиск активных точек без координатной системы.

Большое значение для аурикулодиагностики и последующей аурикулотерапии имеет методика нахождения точек на ушной раковине. С этой целью специальной тупой иглой делают легкие и равномерные надавливания по точкам (зонам) ушной раковины.

В Китае для этого применяют специальную пулеобразную иглу-искатель, во Франции — пуговчатый зонд, в России широко используется щуп, применяемый в су-джок акупунктуре и диагностике. Существует также механический щуп с внутренней пружиной, позволяющий дозировать степень давления на точку.

Активность аурикулярных точек зависит от многих факторов, в том числе от тяжести и длительности патологического процесса, возраста больного, его психического состояния в момент обследования, приема различных лекарственных препаратов.

При острых воспалительных процессах в организме, сопровождающихся выраженным болевым синдромом, активность аурикулярных точек выражена сильнее и их легче обнаружить, чем при длительно текущих хронических заболеваниях с тупыми, мигрирующими, трудно дифференцированными болями.

Поиск активной точки рекомендуется начинать с зоны соответствующей проекции больного органа, приближаясь к ней постепенно и наблюдая за реакцией пациента. Необходимо учитывать, что при одностороннем патологическом процессе парного органа (например, левосторонняя пневмония) или асимметрично расположенного органа (печень, селезенка и др.), аурикулярные точки обнаруживают значительно большую болезненность на стороне поражения, однако в 10 % случаев эта преимущественная болезненность обнаруживается на противоположной стороне.

При различных патологических процессах в определенных точках и зонах ушной раковины возникают участки гипералгезии, изменения окраски кожи и другие нарушения, более выраженные при острых воспалительных процессах. Так, по данным восточной медицины, а также по результатам многочисленных исследований современных авторов (Е.С. Вельховер, 1972; Д.М. Табеева, 1986; Д. Кочетков,

А. А. Михайлова, 1979, 1980, 1986, 1993; Ф. Г. Портнов, 1980, 1986, 1987; Е. Е. Мейзеров, М. В. Королева, 2000; П. Ножье, 1976; Г. Вен 1979, 1988).

При оценке болевой чувствительности Мейзеров Е. Е. и Королева М. В. условно выделяют две градации:

- 1 — точка малоболезненная;
- 2 — точка болезненная.

К первой градации авторы относят ощущения тянущего, давящего или распирающего характера, а ко второй — выраженные болевые ощущения острого или колющего характера, сопровождающиеся гримасой на лице. Все данные заносятся в карту пациента и соотносятся с отклонениями ЭКС и морфологическими изменениями.

К сожалению, на настоящий момент не существует методик, позволяющих объективно оценить альгезиметрические показатели в акупунктурных точках. Тем не менее клинический опыт дает основание считать, что эти параметры имеют существенное значение при трактовке полученных результатов аудиоакустической диагностики.

При различных заболеваниях внутренних органов и систем наблюдаются изменения в определенных зонах ушной раковины: например, изменение цвета и формы, пигментации, появление изъязвлений, пузырьков. У некоторых больных при язвенной болезни в области точек 86, 87 желудка появляется маленький, округлой формы бугорок, а после резекции желудка — маленький серповидный рубец, в виде белой или красной полоски. При заболеваниях гениталий, колите, цистите, нефрите в соответствующих точках 119, 91, 118, 92, 58, 94, 95 ушной раковины появляется сыпь.

При острых воспалительных процессах в этих точках отмечаются точкообразные, пластинчатобразные, глянцевидные ореолы или гиперемия, а при хронических воспалительных процессах — тусклые точки белого цвета, пластинки, углубления, возвышения, но чаще всего при различных заболеваниях в соответствующих точках ушной раковины возникает боль при надавливании и регистрируется уменьшение электросопротивления.

Если при осмотре выявляется локальная гиперемия, то можно говорить о стадии функциональных нарушений в том

или ином органе. Локальная ишемия (участки бледности, мраморность с четкими границами) указывает на хронический процесс. Наличие различной стадии развития пузырьков свидетельствует об органическом заболевании.

Могут быть участки гиперсекреции в виде мелкого бисера, в основном в трехсторонней ямке и межкозелковой вырезке, их наличие говорит о нарушении обменных (эндокринных) процессов. Участки гиперкератоза свидетельствуют об эндокринной гипофункции органа или системы. Белые блестящие соединительнотканые рубчики (обычно на противозавитке) указывают на процесс, уже бывший в прошлом (как правило, это встречается в области позвоночника).

Большое значение имеют работы Ф. Г. Портнова (1980, 1987), который разработал рабочую схему соматотопии ушной раковины для электропунктурной аудиоакустической диагностики. В процессе исследований установлена достоверная связь между соматическим состоянием обследованных и показателями электрометрии точек ушной раковины. Ориентировочная аудиоакустическая диагностика может проводиться визуально и путем «ощупывания» соответствующих микрозон пуговичным металлическим зондом.

В. Д. Кочетков, А. А. Михайлова (1979, 1980, 1981, 1986, 1993) показали высокую эффективность экспресс-диагностики по точкам ушной раковины при неврозах и невротических состояниях, заболеваниях мочеполовой системы, нарушениях сна и депрессивных расстройствах. Выявлена высокая электропроводность в точках центральной нервной системы (55), коры головного мозга (34), симпатической нервной системы (51), предстательной железы (93), яичка (32), а также в точках сна (34а), аффекта (33а) и других.

При измерении величины электрокожного сопротивления выявлена значительная асимметрия электропроводности кожи в соответствующих точках (зонах) ушной раковины. После курсового воздействия методами аудиоакустической терапии отмечалось достоверное снижение электропроводности и выравнивание асимметрии в вышеперечисленных точках, что коррелировало с улучшением психоэмоционального состояния больных неврозами и невротическими состояниями.

Н. Н. Богданов и А. Г. Качан (1984) установили, что в динамике прогрессирования и хронизации болезненных процессов, в аудикулярных точках, коррелирующих патологический процесс, происходили определенные изменения, укладывающиеся в две стадии их формирования — функциональных и морфологических изменений. По данным авторов, начало заболевания характеризовалось понижением порога болевой чувствительности.

При этом визуально отмечалось сначала побледнение (сосудистый спазм), а затем покраснение (гиперемия) соответствующих микрозон ушной раковины. При бурном начале заболевания или выраженном обострении хронического процесса в микрозонах ушной раковины развивались морфологические изменения: по типу пузырька или язвочки.

При длительно текущем заболевании появлялись пигментные пятна, шелушение, рубчик после зарубцевавшейся язвочки. При этом авторы полагают, что шелушение особенно характерно для наличия в патогенезе болезненного процесса — гормональных расстройств, а наличие узелка отражает развитие грубых структурных изменений в больном органе.

Д. Бишко (1980), основываясь на исследованиях электропроводимости кожи в области активных точек, обращает внимание на то, что в большинстве случаев точки ушной раковины имеют пониженное электрокожное сопротивление, что означает снижение энергетического потенциала. Он рекомендует эти точки тонизировать (золотыми или стальными иглами). Когда же обнаруживается повышенное электросопротивление точки, означающее избыток энергии, такие точки нужно седировать (серебряными иглами). Д. Бишко (1980) считает, что постоянная болезненность некоторых точек указывает на наличие в организме давнего повреждения (что возможно выявить при сборе анамнеза) и не зависит от наличия патологического процесса в момент обследования.

П. И. Оболенский, И. В. Островский, Р. Н. Рахова (1984) установили, что наиболее физиологический способ выявления и оценки состояния точек акупунктуры, в том числе и точек ушной раковины, должен быть основан на измерении

ответной реакции организма на воздействие сигналом-стимулом. Данные свидетельствуют о диагностической полноценности предлагаемого метода, возможности выявления преморбидных состояний дифференцировки воспалительных и опухолевых процессов, контроля за эффективностью проводимой терапии.

Например, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в соответствующей желудку микрозоне ушной раковины повышается электропроводность, при хроническом гастрите со сниженной секрецией и его возможных осложнениях электропроводность снижается в той же точке. Поэтому сравнительное измерение электропроводности в 82-й точке (нулевой) и 87-й (желудка) используется для экспресс-диагностики заболеваний желудка.

Повышение электропроводности в зоне проекции точки 96 поджелудочной железы в сочетании с изменениями в точке 82 указывает на гипергликемию, т.е. на сахарный диабет.

В методических рекомендациях «Аудикулярная диагностика в клинической рефлексотерапии» (2000) авторы Мейзеров Е. Е. и Королева М. В. очень хорошо описали особенности визуальных изменений на ушной раковине. Морфологические элементы на кожной поверхности ушной раковины подразделяются ими на первичные (пятно, узелок, бугорок, пузырек, гнойничок) и вторичные (чешуйки, корка, эрозия, язва, рубец). Авторы считают, что первичные элементы возникают как первая кожная реакция на острый патологический процесс (раздражитель), а вторичные элементы в процессе хронизации образуются в результате эволюции первичных элементов.

Авторы методических рекомендаций, как и многие другие, считают, что визуальные проявления на ушной раковине дают ориентировочные сведения о стадии и фазе патологического процесса, а динамика прогрессирования и хронизация патологического процесса проявляется в аудикулярных точках (зонах) сначала функциональными, а затем морфологическими изменениями. Острое развитие заболевания или обострение хронического процесса сопровождается формированием морфологических элементов в виде пузырьков, папул и пустул. При хронических заболеваниях возни-

кают вторичные пигментные пятна, появляется шелушение и рубчик после заживления язвочки.

Таким образом, осмотр ушных раковин, пальпация их с помощью шупа (с датчиком давления), измерение электрокожного сопротивления и последующая трактовка полученных данных позволяют врачу-рефлексотерапевту предположить у больного наличие той или иной патологии и своевременно направить его на обследование прямыми методами.

Как показали наши многочисленные клинические наблюдения, при верификации данных аурикулодиагностики подтверждение объективными методами исследования (рентгеноскопия, колоноскопия, доплерография, томография, гастроскопия, бронхография и т.д.) отмечалось в 63–76 % случаев.

Для измерения электрокожного сопротивления точек на ушной раковине существует огромное количество приборов, принцип действия которых основан на том, что электрокожное сопротивление в зоне активной точки ниже, чем в окружающей области. В настоящее время широко используются устройства и автоматизированные компьютерные системы, разрешенные Минздравом России к применению в традиционной диагностике.

Следует отметить, что в соответствии с методическими указаниями МЗ Российской Федерации № 2001 (77), методы традиционной диагностики предполагают использование корпоральных и аурикулярных точек. В связи с этим врач должен пройти обучение по рефлексотерапии (516 ч), иметь сертификат по рефлексотерапии и удостоверение об общем усовершенствовании по традиционной диагностике (144 ч).

Для проведения диагностики функционального состояния организма человека в поликлиниках, реабилитационных центрах, санаториях хорошо зарекомендовали себя аппаратно-программный комплекс традиционной диагностики «АРМ-Пересвет», «Мини-эксперт-ДТ-ПК» и микропроцессорный прибор для аурикулярной диагностики «Аякс 01».

Глава 5

НОВЫЙ ПОДХОД ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ В ТРАДИЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ (АУРИКУЛОДИАГНОСТИКА)

В настоящее время в клинической практике широко используются лечебно-диагностические методики, основанные на измерении электрокожной проводимости корпоральных и аурикулярных точек. Наиболее известными из них является метод Р. Фолля (*Dr. Foll*), который позволяет также тестировать гомеопатические препараты, метод Накатани (*Накатани, Риодораку*) и его модифицированный вариант СВТ (стандартный вегетативный тест) ЦИТО. Каждый метод и его модификации имеют свои достоинства и недостатки, но многие из них получили подтверждение в клинической практике и с успехом применяются врачами-рефлексотерапевтами.

В последние годы наметилась тенденция к созданию новых диагностических программ с применением элементов многофакторного анализа, использующих принципы компьютерных технологий.

Предложена, например, система «АМСАТ», предназначенная для проведения зональной экспресс-диагностики функционального состояния организма человека и измеряющая состояние всех органов и систем по шести биологически активным зонам пациента. Измерительное устройство в виде набора электродов подключается к стандартному порту компьютера.

Метод позволяет получить информацию о функциональном состоянии организма в форме фантомного анализа. Процедура занимает не более 3-х мин, а результаты представляют собой графическое отображение на «фантоме» органов и тканей пациента в зависимости от степени отклонения от нормы. При создании системы, как указывают разработчики, использовались работы Р. Фолля, В. Шмидта, Х. Пфлаума и др.

Система работает от автономного источника питания с напряжением 7,2 вольт.

Разработан также пакет программ для IBM-PC совместимого компьютера, рассчитанный на использование 12 различных методов диагностики. Следует отметить, что каждый из них в отдельности не дает полной клинической картины состояния здоровья человека (методы Риодораку, Брату, Фолля, аурикулодиагностика, психологическое тестирование, диагностика по Су-Джок и по вторичным системам). Метод утомителен для врача и пациента, требует затрат большого количества времени, практически отсутствует достоверная корреляция между 12 методиками.

Клиника квантовой медицины применяет лечебно-диагностический комплекс «Коверт», используя высокочастотные и низкоинтенсивные волны, находящиеся в диапазоне 4–7 мм (52–78 ГГц). Авторы считают, что электромагнитное поле этого диапазона совпадает с диапазоном акупунктурных точек, и инициирует непосредственные команды отыскивать и использовать резервы для борьбы с патологией. В основу принципа миллиметровой терапии и диагностики (микроволновая резонансная терапия) положена гипотеза о том, что человеческий организм обладает электромагнитным каркасом, способным реагировать на воздействие внешнего электромагнитного излучения (ВЭИ) и, таким образом, терапевтический эффект достигается в результате когерентного взаимодействия электромагнитного поля и клеточных структур.

В 2001 г. получил известность компьютерный комплекс врача традиционной медицины АРМ «Пересвет» (регистрационное удостоверение 292/1099/98-4-8, сертификат N РОСС RU.UM02.A07419), который состоит из нескольких модулей: метода Фолля, гомеопатического тестирования, аурикулярной диагностики, фитотерапии, магнитоинфракраснолазерной (МИЛ) терапии.

Аурикулярный лечебно-диагностический комплекс «Пересвет-АУРИ» основан на принципе многофакторного анализа показателей электроаномальности в точках ушной раковины, а также морфологических и альгезиметрических изменений в них. Вышедшие в 2000 г. методические рекомендации, описывающие этот метод (Мейзеров Е. Е., Ко-

ролева М. В., «Аурикулярная диагностика в клинической рефлексотерапии»), подробно освещают метод многофакторной аурикулярной диагностики (МФАД) и рекомендуют его использование для оперативного контроля состояния органов и систем организма. Измерение электропроводимости в точках ушной раковины осуществляется на переменном токе низкой интенсивности, что дает возможность осуществить измерение импеданса (полного, реактивного сопротивления) в точках ушной раковины. Следует отметить, что метод достаточно трудоемок, врач совершает много манипуляций вручную (визуальное и альгезиметрическое тестирование с занесением многих показателей в карту пациента по 130 точкам справа и слева).

Метод многоуровневой регистрации текущего функционального состояния по аурикулярным точкам (РАМС)

Организм человека — организованный комплекс функционально связанных клеток, тканей, органов и систем. С точки зрения информатики, каждый из этих «уровней организации» обладает определенным количеством и качеством информации. Причем зависимость достаточно проста: чем «ниже» уровень организации, тем большим объемом информации он обладает (объем исходной информации при анализе состояния клеток и тканей составляет «астрономическую величину» и не может быть обработан и оценен современными средствами вычислительной техники).

По своей функциональной значимости любая биологически активная точка (БАТ) является косвенным описанием состояния организма на уровне органов и систем, а не на уровне клеток и тканей. Количественная величина БАТ представляет собой интегрированную величину, т.е. содержит совокупность информации не только о конкретном органе или системе организма, но и информацию о физиологическом состоянии «смежных» органов, степени их взаимосвязи, взаимном влиянии при наличии патологических процессов и т.п.

В данной методике функциональное состояние организма представляется в виде определенного количества систем, число которых может изменяться, в зависимости от требуемой детализации и конкретности результата. В методике определено 9 систем:

1. Нервная и вегетативная системы.
2. Эндокринная и иммунная системы.
3. Сердечно-сосудистая система.
4. Бронхо-легочная система. Кожные покровы.
5. ЛОР-органы.
6. Желудочно-кишечный тракт.
7. Гепато-билиарная система.
8. Мочеполовая система.
9. Опорно-двигательный аппарат.

Краткая характеристика функциональных диагностических систем по методу РАМС

1-я система представлена отраженной чувствительностью зон коры головного мозга, лобных долей, свода черепа, ЦНС, гипоталамуса (таламус по П. Ножье), затылочной области, затылочного нерва. Эти зоны иннервируются афферентными волокнами блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) и C_2-C_3 нервов. Состояние торможения или возбуждения этих зон в различных сочетаниях активных точек позволило характеризовать определенные психоэмоциональные состояния (астения, депрессия, тревога, страхи).

2-я система представлена гипофизом, надпочечниками, яичниками (сексуальной зоной у мужчин), щитовидной железой, молочными железами. Эти зоны иннервируются так же, как и 1-я система, имеются перекрытия на стволовом, таламическом и кортикальном уровнях. Совокупная представленность и различное сочетание их с зонами 1-ой системы позволяет с высокой степенью достоверности судить о корково-подкорковых связях, нарушении межсистемных взаимоотношений, которые проявляются в различной патологии на различных уровнях.

3-я система представлена зонами сердца, сосудов, парасимпатической и симпатической системами, зонами, отвечающими за артериальное давление и сегментарную ин-

нервацию сердца. Иннервация точек осуществляется за счет нервных окончаний смешанных ветвей тройничного (V), блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов. Ядра тройничного нерва имеют связи с солитарным ядром ствола мозга, ретикулярной формацией и множественные перекрытия на всех уровнях ЦНС. Эта система находится в прямом соподчинении с 1-й и 2-й системами, различные их взаимодействия позволяют судить о нарушении функционирования вегетативной системы, сосудистой и сердечной деятельности. Это важно учитывать при дифференциальной диагностике различных соматоформных и психосоматических расстройств.

4-я (легкие, бронхи, трахея, крапивница) и **5-я системы** (миндалины, ротовая область, носоглазная и ушная области) представляют верхние и нижние дыхательные пути. Патология этих систем непосредственно связана с функционированием кожи, лимфатической системой, что нашло отражение в различных сочетаниях с зонами из других систем.

6-я система представлена зонами желудочно-кишечного тракта (ротовая полость, желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкий и толстый кишечник). Патология ЖКТ неразрывно связана с центральными структурами головного мозга, железами внутренней секреции, гепато-билиарной системой, опорно-двигательным аппаратом. Различные сочетания точек позволяют судить о стадии заболевания (воспаление, деструкция, дегенерация). 4-я и 6-я системы иннервируются за счет ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов, однако наибольшее представительство имеют волокна блуждающего нерва, который, как известно, принимает участие в иннервации всех внутренних органов человека. Точки 4-й системы имеют преимущественную иннервацию за счет афферентных волокон тройничного нерва, который является самым мощным активатором мозга. Этот факт важно учитывать при коррекции побочного действия психофармакопрепаратов (ПФТ) с помощью рефлексотерапии.

7-я система представлена зонами печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенкой, зоной органа зре-

ния. В восточной медицине зрение напрямую зависит от состояния печени, широко известно, что при выраженной интоксикации печени и заболевании сердца ухудшается состояние зрительного аппарата. Патологическое отклонение ЭКС-точек 7 зоны в сочетании с активными точками 2-й, 3-й, 4-й, 6-й, 9-й систем дают представление о степени нарушения в этой системе.

8-я система представлена зонами почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, яичников. Сочетание с точками 1-й, 2-й, 7-й, 9-й систем позволяет судить о степени нарушения в этой системе (воспаление, деструкция, дегенерация), 7-я и 8-я системы иннервируются ветвями блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, а также C_2-C_3 .

9-я система представлена зонами всех отделов позвоночника и суставов. В сочетании с 1-й системой (периферические нервы, нервные образования и ганглии), а также со 2-й и 7-й системами имеется возможность судить о патологических процессах, происходящих в опорно-двигательном аппарате. Точки 9-й системы иннервируются за счет ветвей большого ушного нерва и нижней ветви малого затылочного нерва (C_2-C_3), имеющих прямые связи с симпатическими ганглиями верхнего шейного узла.

Регистрация состояния каждой из систем проводилась по совокупности количественных показателей 5–7 точек каждой системы. В таблице представлены 9 систем и аурискулярные точки, используемые при тестировании в методе РАМС.

Как уже отмечалось, ушная раковина человека является уникальной областью на поверхности тела, так как это единственный участок кожи, который одновременно иннервируется пятью различными афферентными нервами, два из которых относятся к соматической системе — тройничный нерв и нервы шейного сплетения — и три принадлежат к висцеральной системе — блуждающий, языкоглоточный и дополнительная ветвь лицевого нерва.

Следует обратить внимание на то, что типичный висцеральный нерв, каковым является блуждающий нерв, выходит на поверхность кожи именно на ушной раковине. Все

Таблица

Диагностические системы метода РАМС

1. Центральная нервная и вегетативная системы	
55 — антистрессовая (шэнь-мэнь)	Нарушение механизмов психической адаптации. Психосоматическая патология
83 — разветвление	Нарушение механизмов психовегетативной и сосудистой регуляции
34 — кора головного мозга	Острый и хронический стресс, психосоматическая патология
33 — лоб	Головная боль, мигрень, невротизация, заболевания придаточных полостей носа
26а — гипоталамус	Невротические состояния. Аффективная патология. Вегетативные расстройства
29 — затылок	Невротические состояния. Болевые синдромы
2. Эндокринная и иммунная системы	
13 — надпочечник	Патология надпочечников и эндокринной системы, аллергические состояния, болевой синдром, хронический стресс
22 — железы внутренней секреции	Нарушение функции желез внутренней секреции, снижение иммунного статуса
23 — яичник	Дисфункция яичников, нарушение механизмов психовегетативной и нейро-эндокринной регуляции
28 — гипофиз	Патология гипоталамо-гипофизарной области
45 — щитовидная железа	Патология щитовидной железы, нарушение функции желез внутренней секреции, снижение иммунного статуса
3. Сердечно-сосудистая система	
21 — сердце (вторая или сосуды)	Сосудистая патология. Нарушение механизмов психовегетативной регуляции
100 — сердце (первая)	Заболевания сердца и сосудов. Нарушение механизмов психовегетативной и сосудистой регуляции

Продолжение табл.

✓ 42 — грудь	Болевой синдром, патология внутренних органов, расположенных в области грудной клетки
59 — снижающая артериальное давление (первая)	Патология сердечно-сосудистой системы. Нарушение механизмов психовегетативной регуляции
19 — гипертония	Сердечно-сосудистая патология
✓ 51 — симпатическая нервная система	Патология вегетативной нервной системы ✓
4. Бронхо-легочная система. Кожный покров	
101 — легкие (2 точки)	Патология бронхо-легочной системы. Заболевания кожи и слизистых. Абстинентные состояния
102 — бронхи (2 точки)	Патология бронхов
103 — трахея	Истерические расстройства. Патология верхних дыхательных путей
71 — крапивница	Аллергические заболевания кожи и слизистых
5. ЛОР-органы	
✓ 20 — наружное ухо	Заболевания уха и <u>слухового</u> аппарата. Патология почек
14 — наружный нос	Заболевания носа и носоглотки. Абстинентные состояния
73 — миндалина (первая)	Заболевания глотки и гортани. Снижение иммунного статуса
✓ 72 ₁ — завиток (первая)	Аллергия. Сосудистая патология. Абстинентные состояния
6. Желудочно-кишечный тракт	
84 — рот	Заболевание зубов, десен и слизистой полости рта
87 — желудок	Патология желудка и органов пищеварения

Продолжение табл.

88 — двенадцатиперстная кишка	Патология двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, <u>поджелудочной</u> железы
89 — тонкая кишка	Заболевание тонкой кишки. Снижение иммунного статуса, нарушение <u>обмена</u> веществ
91 — толстая кишка	Заболевание толстой и прямой кишки. Патология кожи и слизистых. <u>Пищевая</u> аллергия ✓
7. Гепато-билиарная система	
122 — панкреатит	Патология поджелудочной железы
96 — желчный пузырь (справа)	Патология желчного пузыря
97 — печень (справа) <i>очер.</i>	Патология печени, желчевыводящих путей. Нарушение функции зрения. Заболевания глаз
98 — селезенка	Патология мышечной системы, заболевания крови, снижение иммунного статуса ✓
24а — зрение (вторая)	Заболевания глаз, нарушение функции зрения
127 — увеличенная печень	Патология печени
8. Мочеполовая система	
58 — матка (сексуальная)	Гинекологическая и урогенитальная патология. Сексуальная дисфункция ✓
93 — простата	Патология предстательной железы. Сексуальная дисфункция
92 — мочевого пузыря	Патология мочевыделительной системы, заболевание мочевого пузыря
95 — почка	Заболевание почек, мочевыделительной и <u>костной системы</u> . Нарушение обмена веществ

Окончание табл.

9. Опорно-двигательный аппарат	
37 — шейный отдел позвоночника	Патология шейного отдела позвоночника, заболевание внутренних органов на уровне (C ₁), (Th ₂₋₃) иннервации
39 — грудной отдел позвоночника	Патология грудного отдела позвоночника, различные заболевания внутренних органов на уровне Th ₁₋₁₂ — L ₂₋₃ иннервации
50 — тазобедренный сустав	Патология тазобедренного сустава, пояснично-крестцового отдела позвоночника. Нарушение обмена веществ
52 — седалищный нерв	Заболевание пояснично-крестцового отдела позвоночника, органов брюшной полости и малого таза на уровне Th ₁₀ — S ₁₋₅ иннервации
49 — коленный сустав	Заболевание коленного сустава, сухожилий, мышц и сосудов стопы и нижних конечностей. Нарушение обмена веществ

нервы ушной раковины, за исключением шейного сплетения, принадлежат к системе черепно-мозговых нервов и имеют прямые связи с ядрами ствола мозга и ретикулярной формацией.

Известно, что тройничный и блуждающий нервы одновременно представлены в самых крупных ядрах ствола мозга и между ними имеются тесные анатомические коллатеральные связи. Из всех соматических афферентных систем тройничный нерв является самым мощным активатором ретикулярной формации и вышележащих структур мозга (гипоталамус, субталамус и таламус).

Оценка состояния каждой из систем проводилась по совокупности определенного количества факторов, которыми и являлись количественные (инструментальные) оценки состояния БАТ (других факторов в рефлексодиагностике нет). Количество этих факторов (число анализируемых БАТ), их расположение (локализация) на поверхности ушной раковины и интерпретация функциональной значимости опре-

делялись исходя из соображений получения достоверности конечного результата.

Наглядно продемонстрировать соотношение всех систем в процессе диагностики и динамику клинического состояния пациента после проведенного курса аурикулотерапии можно на рис. 5.1.

Нервная и вегетативная системы



Эндокринная, иммунная система



Сердечно-сосудистая система



Бронхо-легочная система. Кожные покровы



ЛОР-органы



Желудочно-кишечный тракт



Гепато-билиарная система



Моче-половая система



Опорно-двигательный аппарат



Основные жалобы пациента	Инструментальная оценка состояния
Боль в области сердца, одышка, колебание АД, учащенное мочеиспускание, поверхностный сон	Частота сердечных сокращений: 84 Экстрасистолы: 0 Систолическое АД: 160 мм рт.ст. Диастолическое АД: 100 мм рт.ст.

Рис. 5.1. Динамика состояния пациента в процессе аурикулодиагностики и аурикулотерапии

Информационные принципы методики РАМС*

В настоящее время хорошо известны и практически используются в лечебно-диагностической практике методики, основанные на измерении электрокожной проводимости: метод Фолля, методика Накатани (Накатани, Риодораку) и тест СВТ ЦИТО. Вполне естественно предположить, что каждый из методов имеет определенные оригинальные решения, достоинства и недостатки. Но общий принцип, заложенный в основу всех этих методик, получил многократное практическое подтверждение (с той или иной степенью достоверности), что и предопределяет целесообразность дальнейшего развития и совершенствования методов акупунктурной диагностики.

С точки зрения информационно-энергетического характера процессов, происходящих в организме, есть одно принципиальное положение, объединяющее все эти методики: взаимосвязь между инструментальной оценкой состояния конкретной аурикулярной точки (АТ) и возможными изменениями в организме выражается в виде конкретного симптомокомплекса, т.е. конкретному количественному результату АТ ставится в соответствие конкретный синдром. Но это чрезвычайно упрощенное представление вопроса.

На самом деле непосредственная связь между АТ и каким-либо внутренним органом не установлена ни физиологически, ни анатомически; более того, такая непосредственная связь вообще отвергается. Тем не менее, во многих случаях многие авторы используют именно такой подход при оценке результата инструментального измерения. Упрощение в анализе механизма взаимодействия АТ и внутренних органов порождает возникновение своего рода «парадоксальной ситуации»: создается впечатление, что для определения конкретного симптомокомплекса (или симптома) вполне достаточно знать инструментальное состояние конкретной АТ, взаимосвязь между которыми определена, зачастую, эмпирически или опытным путем. Данная ситуация равнозначна, примерно, такому рассуждению: например, установить

* Разработаны и описаны канд. техн. наук С. В. Рева, В. Ю. Головкиным.

характер практически любого заболевания желудочно-кишечного тракта достаточно просто, если субъективно проанализировать инструментальное значение определенной АТ (одной или нескольких). При этом вполне закономерный вопрос о значимости в постановке диагноза мнения врача-интерниста и использования им значительного количества методов инструментальной оценки остается без внимания.

Как уже указывалось, в данной версии методики определено девять систем, оценка состояния каждой из которых и оценка их функциональных связей дает возможность (по мнению разработчиков) воссоздать достаточно полное представление о функциональной деятельности организма (принципы, заложенные в основу реализации алгоритма методики, позволяют изменять как число систем, так и их функциональную направленность).

Все зависит от необходимой степени детализации конкретных процессов в организме. Например, возможно создание только целевых методик, с максимальной детализацией вопросов кардиологии, гастроэнтерологии, заболеваний бронхо-легочной системы и т.д. Оценка состояния каждой из систем проводилась по совокупности определенного количества факторов, которыми являются количественные (инструментальные) параметры состояния АТ.

Причем, количество этих факторов (число анализируемых АТ), их расположение на поверхности ушной раковины и интерпретация функциональной значимости определялись исходя из соображений получения определенной достоверности конечного результата, с учетом принципа необходимости и достаточности (теоретически, наиболее точный результат получается при анализе большого числа факторов, т.е. чем больше исходных данных участвует в анализе, тем точнее определено состояние организма). Но получение значительного количества данных, как правило, сопряжено и с большими временными затратами. Поэтому в каждом конкретном случае определялся некоторый «оптимум», который носит в математике название «принципа необходимости и достаточности».

При указанном представлении организма в виде отдельных, но функционально увязанных систем, вполне доста-

точна оценка состояния 4–5 АТ, с учетом возможного присутствия артефакта в процессе измерения и неточностей при оценке результата.

Однако, как указывалось, любая АТ несет информацию не только о состоянии конкретной системы, но и о ее взаимодействии с другими органами и системами. Точно определить степень проявления (корреляционные связи) каждого из факторов не представляется возможным, поскольку многофакторность конечного результата определяется только одним входным фактором — количественной характеристикой АТ. Поэтому, логичным является разделение результата на определенные составляющие величины и последующее выявление доминирующих факторов (например, что такое количественная оценка состояния системы — характеристика системы или характеристика ее взаимосвязей). Решить этот вопрос можно только в том случае, если определить (и, естественно, обосновать) условия сравнения результата (своего рода «базис»).

Исходя из реальных условий представляется возможным реализовать только один вариант — определение (математическим путем) некоего «равновесного» состояния организма. Следует заметить, что «равновесное» состояние — количественная величина, присущая конкретному объекту (организму) только в определенный момент времени и в определенных условиях.

Ее абсолютная количественная характеристика практически ничего не отражает, но относительная — должна достоверно отражать функциональное состояние организма. Анализировать ее состояния в виде физиологической интерпретации — нет объективной необходимости; вполне достаточно считать, что она представляет собой характеристику очень сложных многомерных связей, но сам факт ее определения — необходимое и достаточное условие для получения результирующей характеристики о состоянии и взаимосвязях конкретной системы.

Согласно такому представлению, количественная характеристика «равновесного» результата является следствием количественной характеристики каждой из функциональной систем, значение которых, в свою очередь, является

следствием количественной оценки состояния группы АТ (полностью логически замкнутая цепочка, основанная только на знании одного фактора — количественного значения АТ).

Последующий алгоритм методики строится по достаточно понятному принципу — определению средневзвешенной величины результата при инструментальной оценке всех систем, которой является математическое ожидание (теория вероятностей), или, в частном случае — среднехронологическая величина. Количественная характеристика этой величины и является величиной «равновесного» состояния организма.

Поскольку «равновесная» величина определена как относительный показатель, то следовательно, в значительно большей степени отражает функциональное состояние конкретной системы и в меньшей — взаимосвязи между системами и органами.

Такое положение позволяет проводить достаточно объективный анализ состояния путем простого сравнения количественной оценки состояния конкретной системы и количественной оценки «равновесного» состояния. Типичный вариант графической оценки состояния некоторых систем приведен на рис. 5.1, в основу получения которого заложены описанные выше принципы.

При практической реализации методики большое значение уделено удобному виду представления информации. Графическая форма легко оценивается визуально и позволяет достаточно просто принять то или иное решение.

Оценка состояния организма в целом может проводиться как по отдельной системе, так и по нескольким (реализованный алгоритм методики позволяет использовать любые варианты), что позволяет достаточно точно определить место возникновения «причины» функционального отклонения в организме, а не место «следствия», как это делается в большинстве известных методик.

Следует отметить, что при такой оценке реализуется еще один отличительный принцип методики — «принцип принятия решения». В существующих методиках вариант трактовки симптомокомплекса (или симптома) является единственным и окончательным решением.

Врач вынужден просто констатировать факт, хотя, может быть, не всегда согласен с предложенным вариантом. В предлагаемой методике врач может коренным образом изменить трактовку результата, принять решение в соответствии со своим опытом, знаниями, объективными наблюдениями, анализом анамнеза, и дальнейшие «действия» методики будут подчинены только этому (управляющему) решению. Следует уточнить, что при таком построении алгоритма более принципиально решаются вопросы правовой и юридической ответственности. В конечном итоге врач несет персональную ответственность за объективность принятого решения, следовательно, ему должна быть предоставлена возможность трактовать расчетные варианты. Ориентироваться только на данные методики, какой бы совершенной она не была (а таких, естественно, нет) — ошибочный вариант.

Дальнейшие принципы построения методики продиктованы соображениями получения конкретного результата, выраженного в виде симптомокомплекса или симптома; это общепринятая и оправданная практика. Поскольку достаточно объективно определены физиологические нарушения в организме (на уровне системы или систем), то дальнейшая задача заключается в конкретизации этого физиологического нарушения. Цель достигается путем анализа информационно-энергетического характера определенных точек акупунктуры (ТА), но не с точки зрения информационного взаимодействия с другими системами, а с точки зрения анализа процессов, происходящих внутри конкретной системы (или систем).

Используя определенный математический аппарат (установление корреляционных связей) и «классическую» интерпретацию характера ТА, удалось реализовать экспертную систему оценки ситуации, обладающую степенью достоверности результата не менее 80 %. Примерно такой же достоверностью обладает и конечный результат методики — доминирующий синдромокомплекс или синдром.

Практическая реализация методики основана на использовании определенного математического аппарата, единственной целью применения которого является получение максимально возможного достоверного результата. Каждый

из используемых методов основан на нейрофизиологическом представлении взаимосвязей в организме, «классической» интерпретации информационной сути конкретных ТА и практическом опыте врача-рефлексотерапевта.

Использование математического аппарата предопределяет целесообразность реализации методики средствами компьютерных технологий, поскольку проведение многофакторного анализа не возможно никаким другими способами. Но компьютер при этом рассматривается только как инструмент для достижения определенной цели, в то время как **управляющее решение принимает только врач**. Считаем необходимым отметить данный факт, поскольку в последнее время в ряде публикаций и практических разработок неизменно присутствуют выражения «компьютер ставит диагноз» или «компьютер лечит».

Эти заявления не имеют ничего общего с реалиями и, очевидно, просто являются «рекламным трюком». Разработка научно обоснованной методики — трудоемкий и дорогостоящий процесс, требующий привлечения специалистов различных направлений, но определяющая роль всегда должна принадлежать врачу.

Любая попытка представить процесс диагностики как некий «автоматический» — не что иное как простая мистификация или абсолютное непонимание сути происходящих процессов.

При всей кажущейся сложности чисто теоретических обоснований общей концепции методики практическая работа с методикой достаточно проста и сводится только к двум действиям: **инструментальному измерению определенных ТА и принятию решения на основании обоснованных факторов**; все остальные действия осуществляются программным обеспечением методики и не требуют никакого внешнего вмешательства.

По состоянию на сегодняшний момент не известны описания методик, четко отражающих принципы построения и методы реализации алгоритма с использованием компьютерных технологий. Наиболее вероятное предположение: либо таких методик не существует, либо существующие не имеют официального статуса.

Как отмечалось, информационный принцип построения методики является основополагающим принципом, по отношению к которому все остальные методы и этапы реализуют функцию только вспомогательных и уточняющих моментов.

Технические аспекты методики РАМС*

При кажущейся простоте проблема оценки состояния БАТ является достаточно сложным техническим вопросом. Причина заключается в том, что абсолютное значение БАТ является функцией многих переменных. С чисто физической точки зрения, следует говорить об измерении не омического сопротивления, на оценку которого и рассчитано большинство серийно выпускаемых приборов для акупунктурной диагностики, а комплексного (реактивного) сопротивления, составляющими которого являются еще индуктивные и емкостные величины; при этом абсолютно неизвестно, какой из факторов и в какой момент времени является преобладающим.]

С физиологической точки зрения, на результат измерения существенно влияет психоэмоциональное состояние пациента, характер заболевания, состояние кожного покрова, времени суток, атмосферных параметров, характеристики помещения (Кривоконь В.И. и др., 1996).

Существует еще целый ряд факторов, практически не поддающихся учету при «классической» схеме измерения: насыщение конкретной области зарядами различной полярности и явление «пробоя» кожного покрова, изменение показателей при ударах пульса врача и пациента, изменения в ритмах дыхания, схемного решения прибора, типа устройства для регистрации результата измерения, длительности измерения, степени давления на измеряемый электрод, материал электрода и т.п.

Существенны и требования, которые предъявляются к технике проведения измерения: нежелательно присутствие посторонних людей в помещении, руки врача не должны быть слишком сухими или влажными, не рекомендуется ка-

* Разработаны и описаны канд. техн. наук С. В. Рева и В. Ю. Головкиным.

саться руками точки измерения, электродов и тем более проводить поиск (локализацию) точек по их импедансу. Требуется определенная подготовка к процессу измерения и со стороны пациента: должна быть обеспечена оптимальная влажность кожи (хотя понятие «оптимальная» ничем не регламентировано), целостность кожных покровов в точке измерения, должны отсутствовать украшения из металла и драгоценных камней, за несколько дней до проведения измерений необходимо полностью исключить прием любых медикаментов.

Не менее высокие требования предъявляются и к помещению, где проводится исследование: поблизости не должны находиться рентгеновские установки и физиотерапевтические аппараты электромагнитных излучений, к минимуму должна быть сведена возможность возникновения электростатических зарядов (отсутствие синтетических покрытий, обязательное применение антистатических средств), обязательны заземление аппаратуры на рабочем месте, удаленность пациента на расстояние свыше 0,5 м от электрической проводки, электронагревательных приборов, ламп накаливания, свыше 1,5–2 м — от ламп дневного света.

Большинство требований, предъявляемых к технике измерения, являются трудно выполнимыми в обычных условиях, а совмещение большинства из них — практически невыполнимая задача. Все это приводит не только к полной неопределенности процесса измерения, но и к дискредитации самого метода в целом.

Практическое решение непосредственно измерительного элемента БАТ для большинства известных методик конструктивно реализовано в виде щупа, имеющего два электрода (измерительный и индифферентный). Такая конструктивная форма является достаточно функционально удобной. Геометрические размеры и форма электродов, виды используемых материалов, строго говоря, существенны для получения достоверного результата. Но при этом обобщаются различные точки зрения, порой взаимоисключающие.

Более общепризнанным является мнение, что геометрия измерительного электрода должна быть соизмерима с раз-

мерами БАТ (примерно $0,8-1 \text{ мм}^2$), а индифферентный электрод должен быть выполнен в виде массивного цилиндра, площадью не менее 100 см^2 .

При измерении состояния БАТ создается некая электрическая цепь: измерительный электрод — кожный покров — индифферентный электрод. Но поскольку последний размещается, как правило, на тыльной стороне ладони и может быть достаточно удален от места конкретной БАТ, то создается реальная предпосылка наличия потенциала не только на поверхности кожного покрова тела, но и на любом внутреннем органе.

Следствием этого являются различные ограничения при использовании метода акупунктурной диагностики, например: ограничение величины электрического потенциала, прикладываемого к поверхности кожного покрова, противопоказания к применению метода при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях (при существенном изменении положения электрической оси сердца), при наличии электрокардиостимуляторов и т.п.

Если не принимать во внимание целый ряд факторов, бесспорно влияющих на результат измерения, не сложно заметить, что максимальная доля ошибки при измерении заложена именно в самой конструкции щупа, поскольку результирующее омическое сопротивление (даже если не учитывать емкостное и индуктивное) является, в большей степени, производной от величины контакта между электродом и поверхностью кожного покрова. Сохранить эту величину сравнительно постоянной в течение всего времени измерения практически невозможно.

Например, пациент должен держать индифферентный электрод в ладони, обеспечивая достаточно постоянную величину «сжатия». Но это чисто теоретические рекомендации, смыслом которых является обеспечение постоянного сопротивления между поверхностью электрода и кожным покровом. При непроизвольном сокращении мышц ладони, увеличении потоотделения (отсутствие конвенции воздуха) величина плотности контакта изменяется, а следовательно, изменяется величина сопротивления общей цепи измерения.

Еще более сложные процессы возникают в переходной зоне «измерительный электрод — кожный покров», где основным фактором точности измерения является чисто физическая величина — степень давления на электрод. Сохранить ее постоянной при общепринятой конструкции электродов практически невозможно; кроме того, существенным является влияние целого ряда физиологических факторов (указанных ранее), имеющих характер случайных величин.

Эта проблема достаточно хорошо известна. Предлагаются конструкции различных «демпфирующих электродов» и электродов с достаточно большой площадью рабочего контакта. При этом считается, что демпфирующие электроды смогут обеспечить постоянство контакта в точке измерения независимо от степени внешнего давления (в определенных пределах, естественно), а электроды с большой площадью рабочего контакта — интегрировать результат измерения.

Однако практического применения они не получили по целому ряду причин (в основном — низкая эффективность), и измерительные щупы всех приборов для рефлексотерапии выпускаются в конструктивном исполнении, широко применяемом в различных типах измерительных приборов.

Акупунктурная диагностика относится к «косвенным методам» оценки состояния, при которой симптомы конкретного заболевания ставятся в прямое соответствие инструментальным значениям БАТ. Поэтому традиционно считается, что достижение максимально возможной точности при измерении — одна из основных задач. Тем не менее, и это понятие достаточно относительное; необходимо обосновывать не только количественную величину, но и вообще необходимость ее достижения в определенных пределах. Вопрос не очень простой, поскольку отсутствует конкретная величина, служащая эталоном при оценке ситуации.

Как правило, в интерпретации существующих методик, оценка результата производится по шкале стрелочного прибора, регистрирующего совокупность различных факторов (интегральная величина) в абсолютных единицах; при этом шкала прибора разделяется на три основные области: нормальное состояние, ниже нормального и выше нормального.

Достаточно широко распространен класс приборов для регистрации, у которых вся шкала разбита на 100 условных единиц. При проведении измерений нормальное состояние оценивается как диапазон примерно 50–65 ед. Значения свыше 65 ед. свидетельствуют о гиперфункции или воспалении; значения в пределах 40–30 ед. характеризуют гипofункцию; ниже 20 ед. — состояние дегенерации. Но поскольку процессу измерения сопутствует масса случайных факторов и совпадений, то с большой долей вероятности можно утверждать, что такая оценка результата — весьма условна, границы областей четко не определены и далеко не всегда являются эквивалентом определения состояния пациента.

Например, известно, что изменение психоэмоционального состояния приводит к изменению электро кожного сопротивления и, следовательно, к изменению результата измерения. Такое положение нельзя считать патологическим отклонением организма, но результат оценки состояния заведомо получается неверным. Ранее рассмотренная проблема о влиянии давления электрода на кожную поверхность вообще может привести к «парадоксальной» ситуации: изменяя лишь величину давления, можно получить результат практически в любой из названных областей для одной и той же БАТ.

Целесообразно проанализировать и «механизм» отсчета результата. Как правило, в качестве индикатора результата измерения используется стрелочный прибор (микроамперметр).

Выбор сделан не случайно: с одной стороны — это наиболее простое и дешевое схемное решение, с другой — такие приборы обладают значительной инерцией, создавая иллюзию «стабильности» результата.

Были попытки реализации и стрелочного, и цифрового индикатора в одном корпусном исполнении, но поскольку последний обладает значительно большей точностью и существенно меньшей инертностью, то результат на цифровом индикаторе постоянно «менялся» и практически не совпадал с показаниями стрелочного, что еще больше «запутывало» ситуацию. В принципе, такое положение объяснимо. Но более принципиальным является вопрос о линейности шкалы отсчета, особенно учитывая тот факт, что измеряе-

мая величина теоретически может изменяться в достаточно широких пределах. Поскольку общепринятым является измерение сопротивления постоянному току, то создать прибор с линейной шкалой и для таких диапазонов — достаточно сложно.

Нелинейность измеряемой величины является следствием общеизвестного закона (закон Ома для цепи постоянного тока), которая приводит к тому, что, начиная с некоторого момента, измеряемые величины практически становятся «неразличимы» даже при большой разнице сопротивлений (в сотни килоом).

Определить истинное состояние результата измерения при этом достаточно сложно, поскольку, например, может быть сразу три состояния: артефакт, гиперфункция или фоновое значение, и задача заключается в выборе истинного показателя.

Таким образом, причина несовершенства процесса измерения заключается не только в конструкции измерительного элемента (щупа), но и в оценке результата измерения.

Именно абсолютная величина результата, при всей кажущейся информативности, является совокупностью такого количества постоянных, динамических и статистических факторов, что практически невозможно определить долю каждого из них в общем результате. Не менее сложно и оценить такой результат, поскольку нет базового показателя для сравнения, а рекомендации разработчиков аппаратуры носят весьма условный характер и зачастую не отражают сути физиологических процессов, происходящих в организме. Любой организм — это самостоятельная, отличная от других информационная система и, следовательно, должна оцениваться совокупностью факторов, присущих только этой системе.

И еще одна проблема акупунктурной диагностики — локализация (подразумевается определение места расположения) БАТ. Место каждой БАТ определено графически (в учебных пособиях, плакатах, рисунках) «с определенной» точностью, но все это лишь чисто теоретически.

Практически все обстоит гораздо сложнее, если учесть, что любая БАТ расположена под поверхностью кожного покрова, а место ее «проекции» на поверхности кожного по-

кровя абсолютно ничем не отличается визуально от фонового (исключения могут составлять некоторые морфологические изменения на поверхности ушной раковины при наличии определенных заболеваний). Наиболее сложным является процесс определения АТ на поверхности ушной раковины, если учесть, что ее геометрические размеры и структурное построение является индивидуальным признаком (идентификатором) конкретного человека.

Абсолютно одинаковых образований в природе не существует и, следовательно, вполне обоснованно предполагать наличие «миграции» расположения БАТ. Именно этим фактором и объясняется чрезвычайно низкая повторяемость результата при измерении; дважды «попасть» щупом в одно и то же место и при этом обеспечить полное равенство (например, давление на электрод) всех факторов — задача практически не решаемая.

Разработчиками метода РАМС (патент РФ 4194420) предложен несколько другой подход к решению комплекса проблем, возникающих при локализации и измерении состояния конкретной БАТ; при этом максимально учтены возможные воздействия всех негативных факторов, сопровождающих процесс измерения.

Принципиально изменена конструкция щупа (рис. 5.2).

Блок электродов, включающий измерительный и индифферентный электроды, выполнен в виде монолитной конструкции; сами электроды изготовлены из материала с почти одинаковым удельным сопротивлением. Материал, используемый при изготовлении индифферентного электрода должен обладать лучшими антикоррозийными свойствами. Размер диаметра измерительного электрода — $d = 1,4$ мм, индифферентного — $d = 3,2$ мм. Именно такое соотношение площадей измерительных электродов является наиболее оптимальным при выбранном методе измерения и оценке результата; они реально соответствуют геометрическим размерам области БАТ. Внутри корпуса размещены индикатор зоны БАТ (светодиод фиолетового свечения) и исполнительный элемент (микровыключатель).

Кнопка микровыключателя выполнена из металла (латунь, бронза) и соединена с общим проводом электронной



Рис. 5.2. Принципиальная схема датчика БАТ

схемы, чем обеспечивается сток возможного электростатического электричества. Сегмент из прозрачного органического стекла (оптический элемент) служит для увеличения угла обзора. Наконечник щупа выполняется из материала с большой диэлектрической проницаемостью (фторопласт).

Такое расположение коммутационных элементов обеспечивает достаточные удобства при пользовании прибором.

Масса щупа (вместе с разъемом и соединительным кабелем) не превышает 50 грамм. Датчик (щуп) измерительного устройства является пассивным элементом (не содержащим элементов питания и генераторов различного типа), что полностью соответствует требованиям техники безопасности при проведении медицинских исследований.

Принятое конструктивное решение позволяет нейтрализовать большинство дестабилизирующих факторов, потенциально влияющих на результат измерения. Измерительный электрод экранирован индифферентным, благодаря чему оказывается несущественной проблема влияния электромагнитных излучений различного вида. Сравнительно большая площадь индифферентного электрода создает «эффект» интегрированного результата, что позволяет не учитывать возможный электростатический градиент в области измерения.

Полностью исключается зависимость результата измерения от температуры и влажности помещения: инерционность индифферентного электрода (большая масса) выше, чем измерительного, а короткое время измерения совокупности точек (не более 5–8 мин.) полностью нейтрализует

возможные влияния этих факторов на результат измерения. Несущественно влияние возможного статического электричества: наконечник щупа выполнен из материала с высокими диэлектрическими свойствами.

Схема измерения достаточна проста: блоком электродов «ощупывают» поверхность кожного покрова ушной раковины в месте предполагаемого расположения конкретной БАТ. В случае правильного взаимного расположения электродов индикатор (светодиод) информирует о локализации БАТ (рис. 5.3). При нажатии на кнопку микровыключателя необходимая информация о количественном значении БАТ фиксируется в регистрирующем устройстве.

Такое схемное решение предопределяет возможность получения результата измерения не в виде абсолютной величины (как при «классической» схеме), а в виде относительной, т.е. определения разницы потенциалов между электродами. Измерение относительной величины существенно упрощает этап оценки состояния БАТ.

Достаточно очевидно, что относительное значение любых двух величин всегда меньше (по модулю) значения абсолютных. Поэтому диапазон возможных изменений значительно меньше, и следовательно, гораздо проще обеспечить линейность (линейную зависимость) измерителя, что прямо связано с точностью полученного результата измерения.

Существенно изменяется и характер контура электрической цепи: в отличие от предыдущего создается электрическая цепь наиболее оптимальных размеров, определяемая

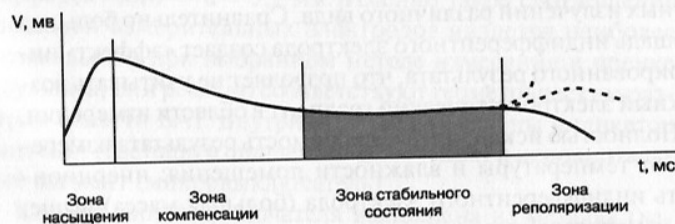


Рис. 5.3. Типовая форма процесса измерения БАТ

только геометрическими размерами электродов (на практике — от 6 до 7,2 мм²). Тем самым, абсолютно исключена вероятность воздействия тока любой полярности на какие-либо внутренние органы, а используемые низковольтные источники питания приборной части схемы измерителя полностью гарантируют безопасность при проведении измерений.

Ранее указывалось, что одним из основных факторов, существенно влияющих на результат измерения является плотность контакта (почти пропорциональная степени давления на электрод) в местах соприкосновения электродов с поверхностью кожного покрова.

Вполне естественно, что подобный эффект существует при любой схеме измерения, поскольку это основополагающий принцип физики цепи постоянного тока. Но при данном схемном решении этот фактор становится практически несущественным: степень давления абсолютно одинакова (в данный момент времени) на всей поверхности электродов и определяется лишь площадью индифферентного электрода.

При увеличении (или уменьшении) давления (нажатия на электрод), бесспорно, увеличивается (или уменьшается) плотность контакта и уменьшается (или увеличивается) сопротивление переходной зоны «кожный покров — электрод». Но это давление распределено равномерно по всей площади контакта и, следовательно, относительная величина результата практически остается неизменной. Другими словами, относительная величина определяется, в основном, электрическими параметрами кожного покрова.

Строго говоря, не все так «идеально» и фактор переменного давления играет определенную роль в количественной оценке. И хотя относительная величина погрешности невелика, все же следует исключить и этот фактор. При незначительном времени измерения (1–1,5 с) основная погрешность возникает от наличия пульсовой волны (удары пульса) как у врача, так и у пациента; это естественный физиологический фактор, присутствующий при любом способе измерения и достаточно трудно поддающийся учету. В данной методике этот вопрос решается путем усреднения определенного количества показателей за некоторый промежуток времени.

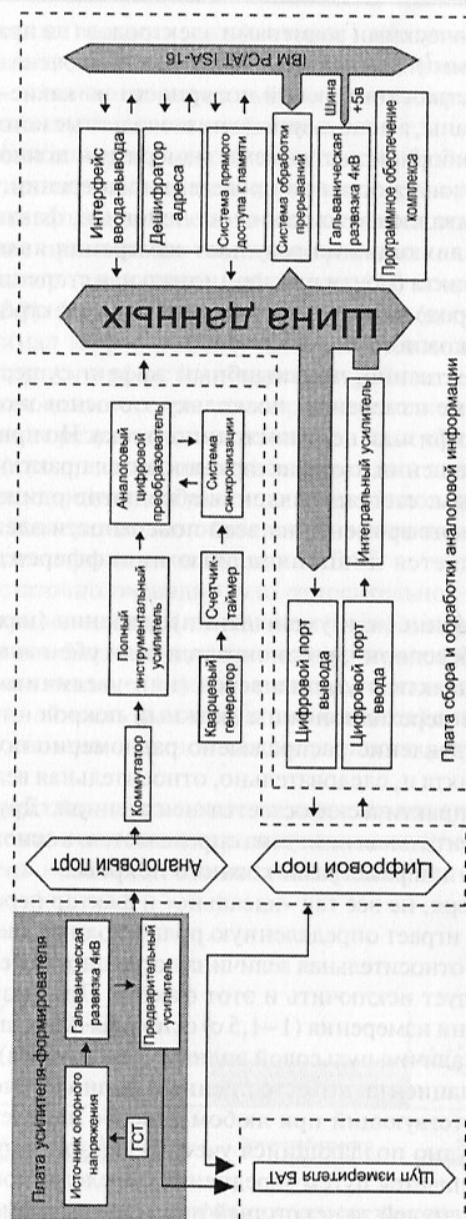


Рис. 5.4. Структура технических средств для измерения БАТ ушной раковины

Реакция БАТ на внешнее воздействие источником напряжения (при касании щупом) характеризуется наличием переходных процессов.

Графическая интерпретация процесса свидетельствует о наличии определенного количества зон реакции, амплитудные и временные значения которых отражают физиологические особенности конкретных БАТ. Типовая форма процесса измерения (в осях V , мВ — t , мс) представлена на рис. 5.3.

Истинное значение конкретной БАТ должно определяться как среднеарифметическая величина некоторого количества значений результата измерения, определенных по значениям зоны стабильного состояния.

Наиболее точные результаты статистической обработки информации возможно обеспечить только при цифровом представлении исходной информации.

При этом вся логическая обработка информации осуществляется непосредственно под управлением специально разработанного программного комплекса. Измерительный комплекс метода РАМС представляет собой аппаратно-программный комплекс, осуществляющий функции измерения, преобразования и статистической обработки информации о состоянии конкретной БАТ (рис. 5.4).

МЕТОДИКА АУРИКУЛОТЕРАПИИ

Хорошие результаты аурикулотерапии зависят от правильной диагностики, квалифицированной техники, знания локализации активных точек, строгого соблюдения правил асептики, а в значительной степени от правильного деонтологического подхода к больному во время проведения процедуры.

Несоблюдение деонтологических принципов может вызвать у больного чувство страха и как следствие эмоциональной реакции — мышечное напряжение. Аурикулотерапия является более болезненной процедурой по сравнению с иглоукалыванием корпоральных точек. Поэтому больного следует информировать о степени болезненности процедуры; в свою очередь больной должен своевременно сообщать врачу о малейших изменениях своего состояния, что позволит избежать осложнений, окажет позитивное психотерапевтическое воздействие и улучшит результаты аурикулотерапии. Аурикулотерапия обычно проводится в стационаре или амбулаторно в положении лежа, но возможно ее проведение и в положении сидя.

Отыскав точное месторасположение точки, ее отмечают 2,5 % раствором йода. Место укола тщательно протирают ватным тампоном, смоченным в 96 % спирте, после чего быстрым вращательным движением вводят иглу, внимательно наблюдая за реакцией больного. Возможно также введение иглы в ушную раковину методом быстрого поверхностного укола с последующим вращением.

Различают два вида укола: вертикальный и под острым углом. При вертикальном уколе игла вводится строго перпендикулярно к поверхности кожи, при уколе под острым углом угол наклона равен 45–60°.

Вертикальный вид укола применяют при акупунктуре точек мочки уха, полости раковины и чаши раковины, а укол под острым углом — при акупунктуре точек ладьевидной ямки, противокозелка, противозавитка, верхней и нижней ножки противозавитка, завитка.

При проведении аурикулотерапии в месте введения иглы должно появиться ощущение распирания, жара, тепла, холода, но оно бывает не такое яркое, как при корпоральной акупунктуре. Иногда появляется ощущение нестерпимой боли и ломоты. Если ни одно из названных ощущений у больного не появилось, следует изменить направление укола, не извлекая иглы.

Глубина укола зависит от характера и тяжести заболевания. Больным с резкими болями проводится более глубокое укалывание и более сильное раздражение с введением частично при этом иглы в хрящ.

Процедура аурикулотерапии длится 20–30 мин. У больных с хроническими заболеваниями иглы можно оставлять на 1 ч и дольше.

Вращение иглы применяется для усиления интенсивности раздражения. Раздражение увеличивается при более быстром вращении; для более сильного раздражения иглу поворачивают до 360°. Вращение в одну сторону действует более резко, чем равномерный поворот на 180° в одну и другую стороны. Усилить раздражение можно также путем колебания иглы, постукивая по ней, прогревания, аурикулоэлектростимуляции.

После окончания сеанса нужно извлечь иглу, протерев место укола ватным тампоном, смоченным в 96 % спирте. Если из места укола вытекает кровь, необходимо эту точку прижать стерильным ватным тампоном.

Во время одного сеанса проводят иглоукалывание в 2–4, реже — в 6–8 симметричных точках. Для купирования всех видов абстиненций применяется 10 и более симметричных точек. При гомолатериальных болях, односторонних тиках, блефароспазме, кривошее иглы вводят на стороне поражения.

Курс аурикулотерапии составляет 8–12 сеансов, проводимых через день. Повторный курс проводится через две не-

дели, третий — через четыре недели. Если второй и третий курс не дадут положительного результата, то в дальнейшем аурикулотерапию проводить не следует.

Кроме обычного иглоукалывания применяют метод оставления игл на 7–10 дней в точках ушной раковины (микроиглотерапия). При этом происходит постоянное и длительное раздражение точки, представляющей собой зону отраженной чувствительности больного органа или системы. Для микроиглотерапии используют специальные подкожные иглы, либо иглы-кнопки. Иглу сверху заклеивают лейкопластырем и оставляют в ушной раковине на 7–10 дней; больной остается на этот период под наблюдением врача. В течение всего периода больной 1-м и 2-м пальцами периодически надавливает на иглу, тем самым усиливая раздражение.

Осложнения в процессе проведения аурикулотерапии.

При аурикулотерапии необходимо учитывать повышенную чувствительность отдельных пациентов к боли и соответственно подбирать подходящий способ воздействия: иглотерапия, микроиглотерапия, электропунктура, лазеропунктура, массаж, семянотерапия и т.д. У некоторых больных при проведении аурикулотерапии имеется тенденция к падению артериального давления, у них начинается головокружение, появляется холодный пот или возникает резкая головная боль. При появлении указанных признаков больного следует уложить на кушетку, извлечь иглы из ушной раковины и провести соответствующие лечебные мероприятия.

Наиболее неприятным осложнением при аурикулотерапии является воспаление ушной раковины. Для того, чтобы исключить это осложнение, нужно тщательно дезинфицировать ушную раковину и иглы перед началом процедуры, а также постоянно чередовать различные точки на ушной раковине.

Поломка иглы при аурикулотерапии возможна, но, к счастью, является крайне редким осложнением.

Глава 7

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К АУРИКУЛОТЕРАПИИ

В настоящее время на утверждении Минздрава Российской Федерации находятся новые методические рекомендации, посвященные показаниям и противопоказаниям к рефлексотерапии. Рекомендации подготовлены ведущими специалистами России и значительно расширяют круг показаний к проведению корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии. Нижеприведенные показания и противопоказания, а также терминология соответствуют методическим разработкам от 1980 г.

Показания:

1. Заболевания нервной системы. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника с сосудистым синдромом (с церебральными и спинальными нарушениями), а также всеми формами рефлекторных мышечно-тонических и нейродистрофических синдромов (прострелы, люмбаго, люмбагии, синдромы грушевидной, передней лестничной мышцы, плечелопаточный периартрит, синдром запястного канала, вегетативно-ирритативные синдромы, эпикондилит и др.).

2. Заболевания периферической нервной системы. Неврегенные поражения корешков, сплетений, нервов различной локализации и этиологии, невралгии тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва (различной этиологии).

3. Заболевания вегетативной нервной системы. Синдром вегетативно-сосудистой дистонии различного генеза, вегетативно-сосудистые пароксизмы центрального генеза (при неврозах, гипоталамическом синдроме, аллергии, вестибулопатии и др.), мигрень и другие формы цефалгий сосудистого генеза, лицевые симпаталгии, синдром Рейно и другие ангиотрофоневрологические синдромы.

4. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. Ранние стадии атеросклероза; начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, последствия нарушений церебрального и спинального кровообращения с двигательными, чувствительными и речевыми расстройствами.

5. Психические расстройства:

- невроты (неврастения, невроз навязчивых состояний, депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический невроты и другие невротические состояния) с нарушениями в эмоциональной, двигательной, чувствительной сферах и вегетативно-сосудистыми расстройствами;

- невротические синдромы: ночной энурез, сексуальные расстройства психогенной природы, нарушения сна, профессиональные дискинезии, функциональные гиперкинезы (дрожание, тики, кривошея, блефароспазм, заикание, икота), психогенный дерматит, кожный зуд, аэрофагия, психогенная рвота и тошноты;

- хронический алкоголизм (абстинентный синдром, патологическое влечение к алкоголю); табакизм, наркомания (абстинентный синдром), токсикомания (абстинентный синдром).

6. Заболевания внутренних органов:

- сердечно-сосудистая система: гипертоническая болезнь I–II степени, цереброкardiaльная форма, рефлекторная стенокардия, психогенная кардиалгия, нарушения сердечного ритма (пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия и др.), не связанные с тяжелой патологией сердечной мышцы, эндартериит (функциональная стадия);

- органы дыхания: хронический бронхит, хроническая пневмония I–II стадии вне периода обострения, инфекционно-аллергическая и атоническая бронхиальная астма без легочно-сердечной недостаточности;

- органы пищеварения: хронический гастрит с нормальной, пониженной и повышенной секреторной функцией, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический некалькулезный холецистит и дискинезия желчевыводящих путей, хронические энтероколиты и дискинезии кишечника, спастические и атонические запоры;

- мочеполовая система: цистит, цисталгия, пиелонефрит;

- аллергические заболевания: вазомоторный ринит, крапивница, отек Квинке, нейродермиты, другие аллергозы;

- заболевания полости рта: хронический гингивит, стоматит, глоссодиния и глоссалгия, пародонтит;

- заболевания опорно-двигательного аппарата: ревматоидный артрит, артропатия, периартриты;

- акушерство: родостимуляция, обезболивание родов, ослабление чрезмерной родовой деятельности, послеродовая субинволюция матки, общеукрепляющая терапия у родильниц, гипогалактия;

- гинекологические заболевания: хронический эндометрит, сальпингит, оофорит, расстройства менструального цикла, климактерический синдром, вагинит, вульвит;

- болезни лор-органов: острый и хронический ринит, хронический назофарингит, тонзиллит, болезнь Менъера;

- глазные заболевания: конъюнктивит (аллергический и катаральный), блефарит, кератит;

- болезни кожи и подкожной клетчатки: чешуйчатый лишай, экзема, себорейный дерматит, фурункулез, красные, розовые угри, кожный зуд (старческий зуд, а также зуд половых органов различного генеза).

Относительные показания:

1. Последствия острого полиомиелита, паралитической и бульбарной форм.

2. Эпилепсия с редкими генерализованными и парциальными припадками.

3. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.

4. Гипоталамический синдром.

5. Рассеянный склероз (начальная стадия).

6. Последствия перинатальных повреждений головного и спинного мозга.

7. Гиперкинетические формы ревматоидного энцефалита.

8. Прогрессирующая мышечная дистрофия (начальные стадии болезни).

9. Тиреотоксикоз (легкая форма).

10. Глаукома (хроническая, застойная).

Противопоказания:

1. Доброкачественные и злокачественные новообразования любой локализации.

2. Наличие высокой температуры неясной этиологии.
3. Воспалительные заболевания с повышением температуры и изменением показателей крови.
4. Выраженная соматическая астенизация.
5. Заболевания органов дыхания и кровообращения в стадии субкомпенсации и декомпенсации.
6. Активная форма туберкулеза.
7. Органические заболевания сердца и почек.
8. Заболевания крови.
9. Состояние острого психического возбуждения.
10. Переутомление, физическое напряжение, острое опьянение.
11. Беременность.
12. Инфекционные заболевания.
13. Возраст до 1 года и старше 75 лет.

Глава 8

ТОПОГРАФИЯ АУРИКУЛЯРНЫХ ТОЧЕК ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Для нахождения точек воздействия на ушную раковину описывается местоположение 18 зон (рис. 8.1, секторы А–L). Необходимо учитывать локализацию, топографическую анатомию, иннервацию и показания для каждой из активных точек ушной раковины.

Мочка уха (зона I, секторы F–G) (рис. 8.2)

Для нахождения точек мочки уха надо на передней поверхности мочки уха провести горизонтальную линию, проходящую под нижним краем хряща межкозелковой вырезки, повторяя ее наклон. Под первой горизонтальной линией проводятся две параллельные линии на одинаковом расстоянии друг от друга. Затем верхнюю горизонтальную линию надо разделить на три равные части и опустить два перпендикуляра. Таким образом мочка уха делится на девять зон, нумерация которых идет от внутреннего края ушной раковины к наружному и сверху вниз.

1 — *Верхняя точка аналгезии при экстракции зубов* (сектор G)

Локализация: в нижнелатеральном углу первой зоны.

Иннервация: ушно-височный нерв (V пара черепно-мозговых нервов) и ушная ветвь большого ушного нерва (C₂–C₃).

Показания: интенсивная зубная боль в области верхней челюсти.

2 — *Нёбо, первая* (сектор F)

Локализация: для нахождения трех точек во второй зоне надо провести диагональ из верхнепереднего угла в нижнелатеральный и разделить ее на 4 равных отрезка. На гра-

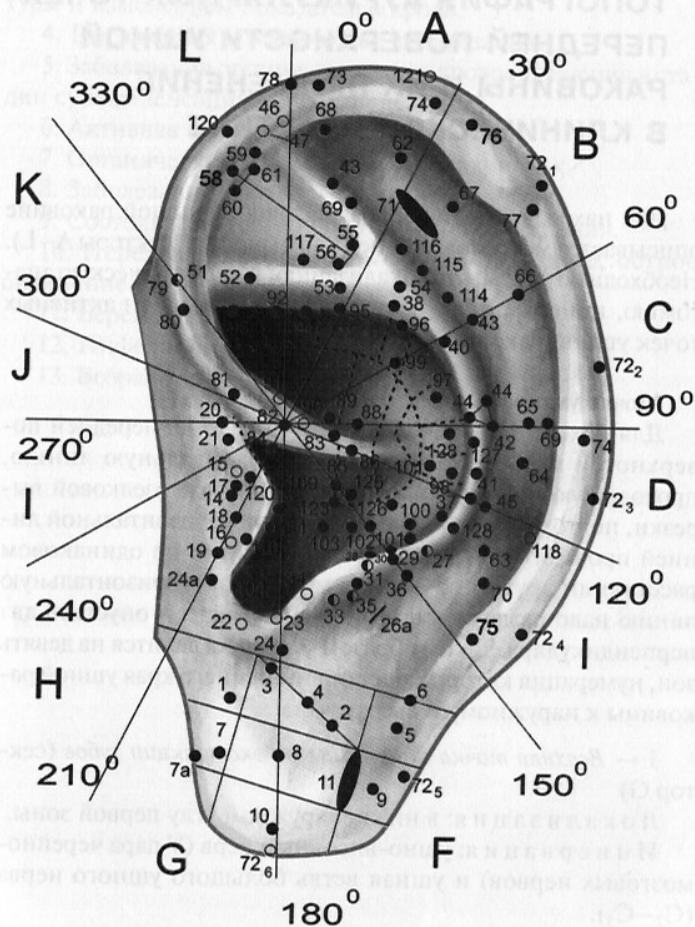


Рис. 8.1. Точки передней поверхности ушной раковины:

1 — верхняя точка анальгезии при экстракции зубов; 2 — нёбо (точка верхней части ротовой полости); 3 — дно ротовой полости; 4 — язык; 5 — верхняя челюсть; 6 — нижняя челюсть; 7 — нижняя точка анальгезии при экстракции зубов; 7а — точка невращения; 8 — глаза, первая; 9 — внутреннее ухо; 10 — миндалина, четвертая; 11 — скула (щека); 12 — вершина козелка; 13 — надпочечник; 14 — наружный нос; 15 — горло и гортань; 16 — полость носа; 16а — аурикулотемпоральный нерв; 17 — жажда; 18 — голод; 19 — гипертония; 20 — наружное ухо; 21 — сердце, вторая (сосуды); 22 — железы внутренней секреции; 23 — яичник; 24а — зрение, вторая; 24б — зрение, первая; 25 — ствол мозга; 26 — зубная боль; 26а — придаток мозга; 27 — гортань и зубы (точка коренных зубов); 28 — гипоталамус (точка мозга); 29 — затылок; 30 — околоушная слюнная железа; 30а — тик; 31 — точка, регулирующая дыхание; 32 — яйцо; 33 — лоб; 33а — точка аффекта; 34 — кора головного мозга; 34а — точка сна; 35 — тай-ян (висок); 36 — вершина черепа (точка макушки); 37 — шейный отдел позвоночника; 38 — крестцовый отдел позвоночника; 39 — грудной отдел позвоночника; 40 — поясничный отдел позвоночника; 41 — шея; 42 — грудь; 43 — живот, первая; 44 — молочная железа; 45 — щитовидная железа; 46 — пальцы ноги; 47 — пятка; 48 — голеностопный сустав; 49 — коленный сустав; 50 — тазобедренный сустав; 51 — симпатическая нервная система (симпатическая точка); 52 — седалищный нерв; 53 — ягодица, первая; 54 — люмбагия (болевая точка поясницы); 55 — шэнь-мэнь (точка ЦНС и наркоза при операциях); 56 — полость таза (шейка матки); 57 — бедро; 58 — матка (сексуальная точка); 59 — снижающая артериальное давление, первая (гипотензивная точка); 60 — астма (бронхолитическая точка); 61 — гепатит, первая; 62 — пальцы кисти (чжи); 63 — ключица; 64 — плечевой сустав; 65 — плечо; 66 — локоть; 67 — кисть; 68 — аппендикс, первая; 69 — аппендикс, вторая; 70 — аппендикс, третья; 71 — крапивница; 72 — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина, третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 82 — диафрагма (точка «зено», «нулевая», по П. Ножье); 83 — разветвление (точка солнечного сплетения, по П. Ножье); 84 — рот; 85 — пищевод; 86 — кардиальная; 87 — желудок; 88 — двенадцатиперстная кишка; 89 — тонкая кишка; 90 — аппендикс, четвертая; 91 — толстая кишка; 92 — мочевого пузыря; 93 — простата; 94 — мочеточник; 95 — почка; 96 — поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа); 97 — печень; 98 — селезенка; 99 — асцит; 100 — сердце, первая; 101 — легкое; 102 — бронхи; 103 — трахея; 103а — ангина; 104 — три части туловища (точка таламуса, по П. Ножье); 105 — нижняя часть живота; 106 — верхняя часть живота; 111 — носоглазная; 112 — укачивание; 113 — возбуждение; 114 — внешний живот; 115 — тепло; 116 — колено; 117 — запор; 118 — нефрит; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв; 122 — панкреатит; 123 — бронхоэктазия; 124 — гепатит, вторая; 125 — глаза, вторая; 126 — туберкулез; 127 — увеличенная печень; 128 — цирроз печени

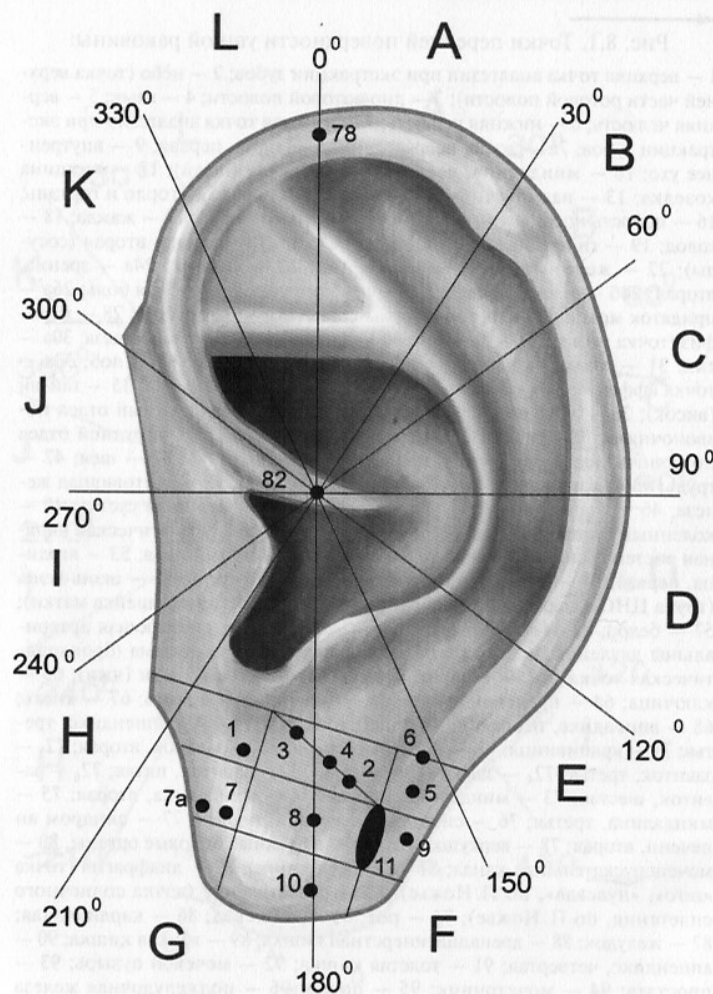


Рис. 8.2. Мочка уха:

1 — верхняя точка анальгезии при экстракции зубов; 2 — нёбо (точка верхней части ротовой полости); 3 — дно ротовой полости; 4 — язык; 5 — верхняя челюсть; 6 — нижняя челюсть; 7 — нижняя точка анальгезии при экстракции зубов; 7a — точка неврастения; 8 — глаза, первая; 9 — внутреннее ухо; 10 — миндалина, четвертая; 11 — скула (шея)

нище $\frac{1}{4}$ (отсчет ведется снизу вверх) находится точка 2 — нёбо.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: воспалительные процессы и язвы ротовой полости, глоссалгия, парадонтоз.

3 — *Дно ротовой полости* (сектор G)

Локализация: на границе $\frac{3}{4}$ диагонали, проведенной из верхнеушного в нижнеушный угол второй зоны.

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого нерва (C_2-C_3).

Показания: стоматит, парадонтоз, глоссалгия.

4 — *Язык* (сектор F)

Локализация: в центре второй зоны или на середине диагонали.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: воспалительные процессы и боли в области языка, стоматит.

5 — *Верхняя челюсть* (сектор F)

Локализация: в центре третьей зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: боль в области верхней челюсти, задержка роста зубов, шаткость зубов, воспаление десен. Стимуляцию этой точки проводят для анальгезии при экстракции зубов.

6 — *Нижняя челюсть* (сектор F)

Локализация: посредине первой горизонтальной линии третьей зоны, на одной перпендикулярной линии с точками 5 и 9.

Иннервация: передние ветви нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: зубная боль в области нижней челюсти, воспаление нижнечелюстного сустава, задержка роста зубов, шаткость зубов, гингивит. Иглоукалывание точки проводят для анальгезии при экстракции зубов верхней и нижней челюсти.

7 — Нижняя точка аналгезии при экстракции зубов (сектор G)

Локализация: в нижненаружном углу четвертой зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: резко выраженная зубная боль в области нижней челюсти. Иглоукалывание этой точки используется для аналгезии при экстракции зубов нижней и верхней челюсти.

7а — Неврастения (сектор G)

Локализация: в нижневнутреннем углу четвертой зоны.

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: неврозы, нарушения сна, импотенция, энурез, головная боль, депрессивные расстройства. Описана Г. Лувсаном.

8 — Глаза, первая (на границе секторов F и G, на 180°)

Локализация: в центре пятой зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: блефароспазм, конъюнктивит, снижение сумеречного зрения, близорукость, глаукома. П. Ножье считает, что эта точка оказывает седативный, обезболивающий, снотворный, антистрессовый эффекты.

9 — Внутреннее ухо (сектор F)

Локализация: в центре шестой зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: головокружение, шум и звон в ухе, снижение слуха, воспаление среднего уха. Иглоукалывание точки при симптомокомплексе «укачивание» проводят с профилактической целью.

10 — Миндалины, четвертая (на границе секторов F и G, на 180°)

Локализация: в центре восьмой зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: острый и хронический тонзиллит, аднексит, простатит.

11 — Скула (сектор F)

Локализация: занимает область около перпендикуляра, разделяющего мочку уха на пятую и шестую зоны.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: невралгия II и III ветвей тройничного нерва, периферический паралич лицевого нерва, фурункулы лица, паротит.

Козелок (зона II, секторы H—G) (рис. 8.3)

12 — Вершина козелка (сектор H)

Локализация: в центре верхнего ребра козелка.

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: иглоукалывание в точку оказывает кровоостанавливающее, противовоспалительное, жаропонижающее, седативное, болеутоляющее действие, применяется как точка «общего» действия.

13 — Надпочечник (сектор G)

Локализация: в центре нижнего ребра козелка.

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: точка широкого спектра действия; иглоукалывание в точку оказывает противовоспалительный, противоаллергический, противошоковый, противозудный, противоревматический, рассасывающий, кровоостанавливающий, антиастматический, тонизирующий, нормализующий гладкую мускулатуру, отхаркивающий и другие эффекты.

Точка используется при следующих заболеваниях: астенические состояния, фобии, навязчивости, депрессия, кашель, бронхит, бронхиальная астма, бронхопневмония, коронарная болезнь, ишиалгия, тепловой удар, гипергидроз, шок, пиелонефрит, цистит, орхит, простатит, импотенция, мастит, мастопатия, васкулиты, болевые синдромы различного генеза, носовые кровотечения, гипертрофические и аллергические риниты, хронические фарингиты, гингивиты,

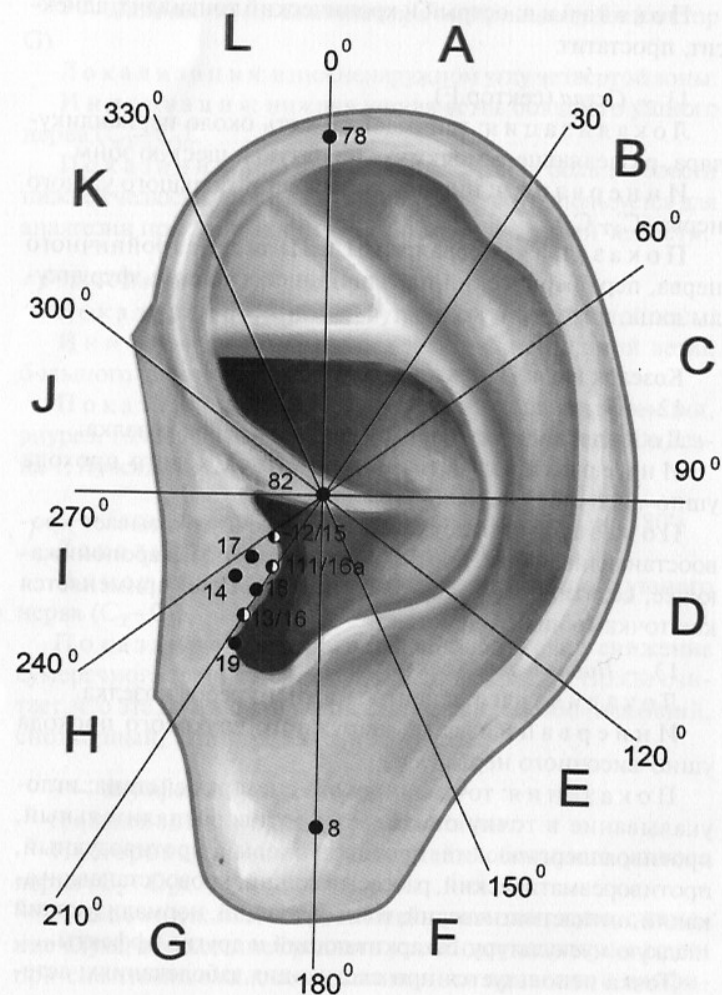


Рис. 8.3. Зона козелка:

12 — вершина козелка; 13 — надпочечник; 14 — наружный нос; 15 — горло и гортань; 16 — полость носа; 16a — аурикулотемпоральный нерв; 17 — жажда; 18 — голод; 19 — гипертония; 111 — носоглазная

конъюнктивит, фолликулит, опоясывающий лишай, кожный зуд, уртикарная сыпь, экзема, нейродермит, алопеция, фурункулез, крапивница.

14 — Наружный нос (сектор Н)

Локализация: находится в центре основания козелка. Соединение точки вершины козелка с точкой надпочечника (13) и этой точки образует равносторонний треугольник.

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: аллергический ринит, фурункулы носа, никотиновая абстиненция. П. Ножье широко применяет эту точку для подавления влечения к никотину. ✓

15 — Горло и гортань (сектор Н)

Локализация: в центре верхнего ребра козелка, но с внутренней стороны, у слухового прохода, на уровне вершины козелка (12).

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: острые и хронические воспаления гортани, осиплость голоса, ангина, бронхит, бронхиальная астма, кашель. Иглоукалывание точки оказывает отхаркивающее действие.

16 — Полость носа (сектор G)

Локализация: в центре нижнего ребра козелка на внутренней стороне у слухового прохода, на уровне точки надпочечника (13). ✓

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: фронтит, гайморит, острый назофарингит, вазомоторный ринит.

16a — Аурикулотемпоральный нерв (сектор G)

Локализация: посередине между точкой горла и гортани (15) и полости носа (16) с внутренней стороны козелка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: невралгия тройничного нерва, мигрень, головная боль, лицевая боль.

17 — Жажда (сектор Н)

✓ Локализация: посредине линии, соединяющей точки вершины козелка (12) и наружного носа (14).

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: неврогенная жажда, ожирение.

18 — Голод (на границе секторов Н и G, на 210°)

Локализация: посредине линии, соединяющей точки надпочечника (13) и наружного носа (14). Точка голода симметрична точке жажды (17).

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

✓ Показания: острый и хронический гастриты, панкреатит, ожирение.

19 — Гипертония (сектор G)

Локализация: посредине между точкой надпочечника (13) и второй точкой зрения (24а).

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: кардиалгия, гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония.

Передняя ушная бороздка (зона III, секторы J—I) (рис. 8.4)

20 — Наружное ухо (сектор J)

Локализация: в самой вогнутой части передней ушной бороздки, на одной вертикальной линии с точкой наружного носа (14) под восходящей ветвью завитка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: звон и шум в ушах, снижение слуха, болевой синдром при обморожении ушной раковины, фурункулы наружного слухового прохода, воспаление среднего уха, неврит слуховых нервов, вестибулярное головокружение, болезнь Меньера, головокружение в период патологического климакса.

21 — Сердце, вторая или сосуды (сектор I)

✓ Локализация: посредине линии, соединяющей точку наружного уха (20) и точку вершины козелка (12).

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: нейроциркуляторная дистония, все виды нарушения сердечного ритма, тахикардия, мерцательная аритмия, брадикардия, гипертоническая болезнь.

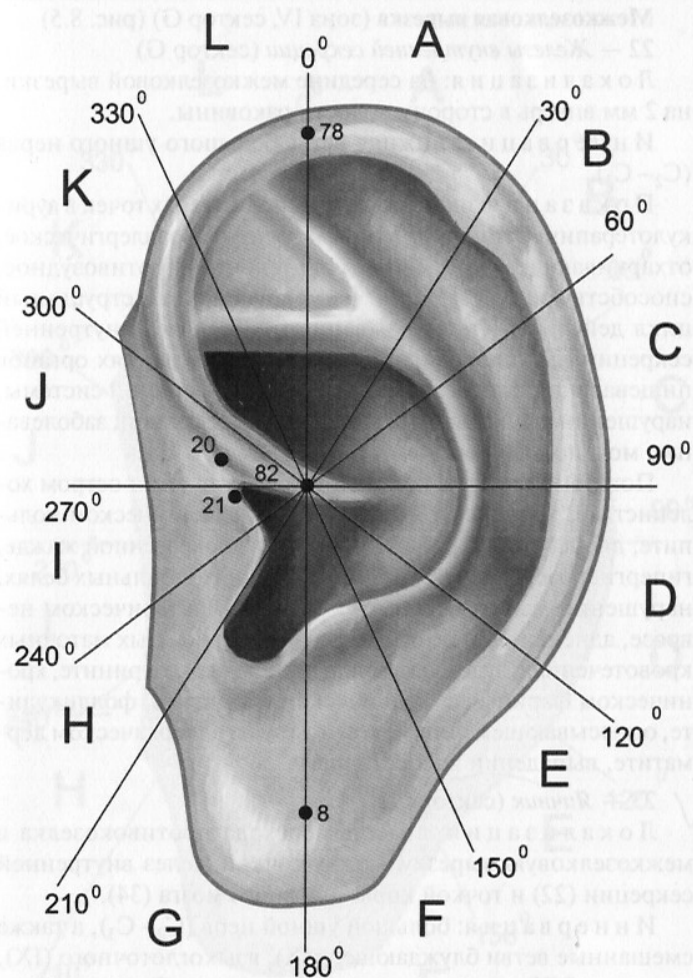


Рис. 8.4. Зона передней ушной бороздки:

20 — наружное ухо; 21 — сердце, вторая (сосуды)

Межкозелковая вырезка (зона IV, сектор G) (рис. 8.5)**22 — Железы внутренней секреции (сектор G)**

Локализация: на середине межкозелковой вырезки, на 2 мм внутрь в сторону полости раковины.

Иннервация: нижняя ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: одна из часто используемых точек в ауркулотерапии. Стимуляция оказывает противоаллергическое, отхаркивающее, противовоспалительное, противозудное, способствующее лактации, регулирующее менструальный цикл действие. Иглоукалывание точки желез внутренней секреции (22) проводят при многих заболеваниях органов пищеварения, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, нарушении функции желез внутренней секреции, заболеваниях мочеполовой системы.

Показано ее применение при хроническом и остром холецистите, хроническом панкреатите, аллергическом кольпите, диспепсии, коронарной болезни, неврогенной жажде, гипергидрозе, болезненных менструациях, обильных белях, нарушении менструального цикла, климактерическом неврозе, аднексите, эндометрите, функциональных маточных кровотечений, зуде влагалища, аллергическом рините, хроническом фарингите, хроническом ларингите, фолликулите, опоясывающем лишае, кожном зуде, аллергическом дерматите, выпадении волос, герпесе.

✓ 23 — Яичник (сектор G)

Локализация: в месте перехода противокозелка в межкозелковую вырезку, между точкой желез внутренней секреции (22) и точкой коры головного мозга (34).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), а также смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: нарушение менструального цикла, обильные бели, климактерический невроз, аднексит, эндометрит, хронические воспалительные процессы органов малого таза, нарушение функции желез внутренней секреции у женщин, бесплодие. Иглоукалывание этой точки нормализует состояние вегетативной нервной системы. У мужчин эта точка является чисто сексуальной.

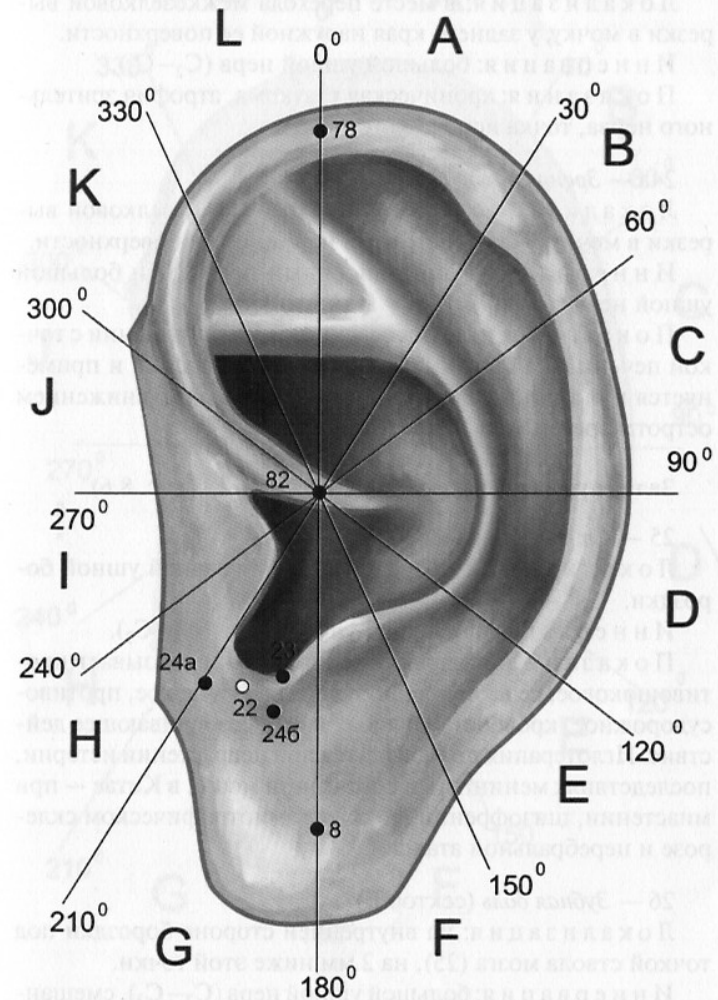


Рис. 8.5. Зона межкозелковой вырезки:

22 — железы внутренней секреции; 23 — яичники; 24a — зрение, вторая;
246 — зрение, первая

24б — Зрение, первая (сектор G)

Локализация: в месте перехода межкозелковой вырезки в мочку, у заднего края наружной ее поверхности.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: хроническая глаукома, атрофия зрительного нерва, точка используется редко.

24а — Зрение, вторая (сектор G)

Локализация: в месте перехода межкозелковой вырезки в мочку, у переднего края наружной ее поверхности.

Иннервация: ушно-височный нерв (V) и большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: иглоукалывание точки в сочетании с точкой печени (97) способствует улучшению зрения и применяется при глазных заболеваниях, связанных со снижением остроты зрения при заболевании печени.

Задняя ушная бороздка (зона V, сектор E) (рис. 8.6)

✓ 25 — Ствол мозга (сектор E)

Локализация: посредине кромки задней ушной бороздки.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: раздражение этой точки оказывает противошоковое, седативное, противоаллергическое, противосудорожное, кровоостанавливающее, обезболивающее действие. Иглотерапия производится при неврастении истерии, последствиях менингита и сотрясении мозга; в Китае — при миастении, шизофрении, боковом амиотрофическом склерозе и церебральной атаксии.

26 — Зубная боль (сектор E)

Локализация: на внутренней стороне бороздки под точкой ствола мозга (25), на 2 мм ниже этой точки.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: зубная боль, головная боль, задержка роста зубов у детей. Точка используется для анальгезии при экстракции зубов.

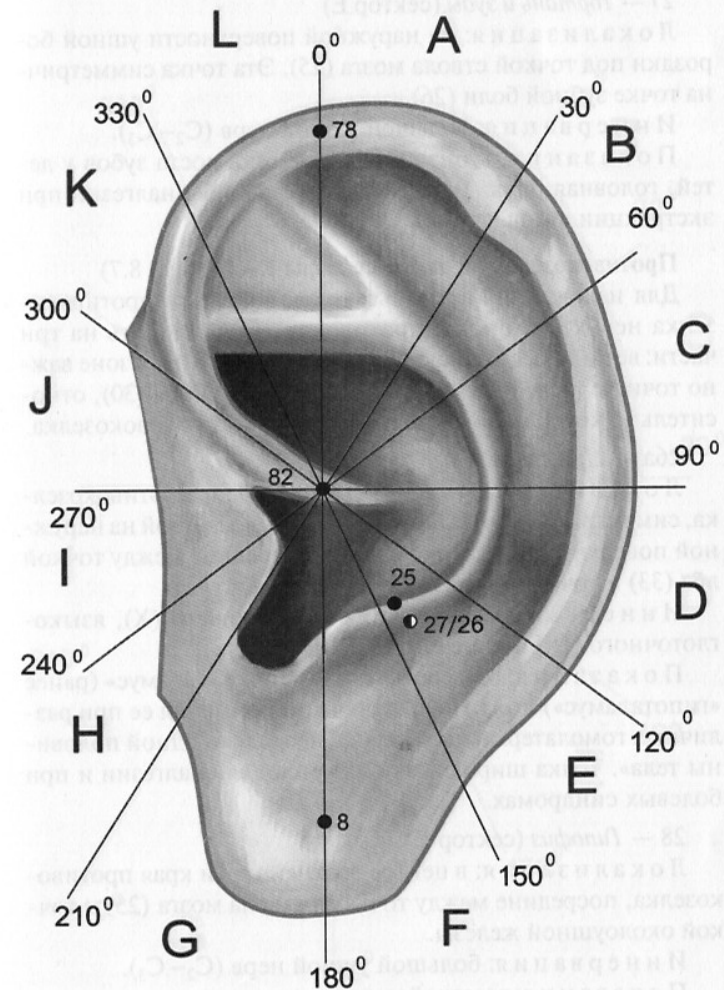


Рис. 8.6. Зона задней ушной бороздки:

25 — ствол мозга; 26 — зубная боль; 27 — гортань и зубы (точка коренных зубов)

27 — Гортань и зубы (сектор Е)

Локализация: на наружной поверхности ушной бороздки под точкой ствола мозга (25). Эта точка симметрична точке зубной боли (26).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: зубная боль, задержка роста зубов у детей, головная боль. Точка используется для анальгезии при экстракции зубов.

Противокозелок (зона VI, секторы Е–F) (рис. 8.7)

Для нахождения активных точек в области противокозелка необходимо край противокозелка разделить на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю трети. В этой зоне важно точно определить точку околоушной железы (30), относительно которой находятся другие точки противокозелка.

26а — Придаток мозга (сектор F)

Локализация: на внутренней стороне противокозелка, симметрична точке виска (35), расположенной на наружной поверхности противокозелка, посередине между точкой лба (33) и точкой затылка (29).

Иннервация: окончания блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов.

Показания: она соответствует точке «таламус» (ранее «гипоталамус») по П.Ножье, он часто применял ее при различных гомолатеральных болях, «невралгии одной половины тела». Точка широко используется для анальгезии и при болевых синдромах.

28 — Гипофиз (сектор Е)

Локализация: в центре верхней трети края противокозелка, посередине между точками ствола мозга (25) и точкой околоушной железы.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: расстройства мочеиспускания, энурез, импотенция, обильные менструации, функциональные маточные кровотечения, мастопатия, нарушение функции желез внутренней секреции, нарушение роста, снотворный эффект.

29 — Затылок (сектор Е)

Локализация: посередине верхней трети наружной поверхности противокозелка, под точкой гипофиза (28).

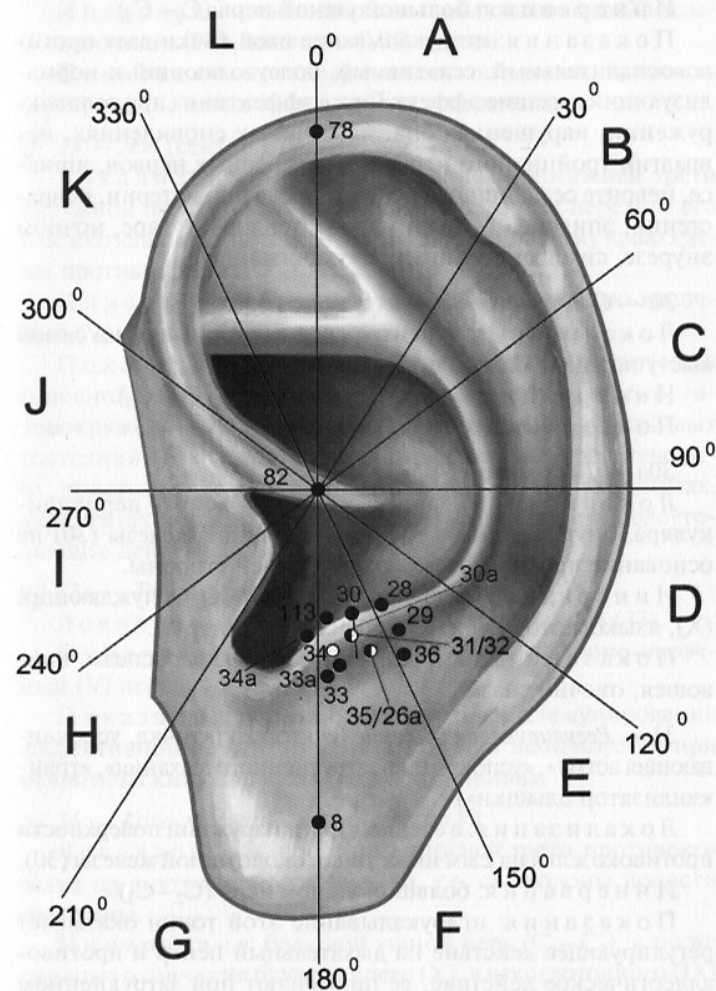


Рис. 8.7. Зона противокозелка:

26а — придаток мозга; 28 — гипофиз (точка мозга); 29 — затылок; 30 — околоушная слюнная железа; 30а — тик; 31 — точка, регулирующая дыхание; 32 — яичко; 33 — лоб; 33а — точка аффекта; 34 — кора головного мозга; 34а — точка сна; 35 — тай-ян (висок); 36 — вершина черепа (точка макушки); 113 — возбуждение

✓ **Иннервация:** большой ушной нерв (C_2-C_3).
Показания: иглоукалывание этой точки дает противовоспалительный, седативный, болеутоляющий и нормализующий дыхание эффект. Также эффективна при головокружении, нарушениях сна, навязчивых сновидениях, невралгии тройничного нерва и межреберных нервов, ишиасе, неврите седалищного нерва, а также при истерии, неврастении, эпилепсии, гипергидрозе, тепловом ударе, ночном энурезе, симптомокомплексе «укачивания».

30 — Околоушная слюнная железа (сектор F)

Локализация: в центре средней трети или на самой выступающей области противокоселка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: паротит, лимфаденит.

30a — Тик (сектор F)

Локализация: занимает область вокруг перпендикуляра, опущенного из точки околоушной железы (30) на основание противокоселка с внутренней стороны.

Иннервация: большой ушной (C_2-C_3), блуждающий (X), языкоглоточный (IX), лицевой (VII) нервы.

Показания: тики, гиперкинезы, блефароспазм, кривошея, писчий спазм.

✓ 31 — Регулирующая дыхание (сектор F) («точка, успокаивающая астму», «успокоитель затрудненного дыхания», «транквилизатор одышки»)

Локализация: в средней трети наружной поверхности противокоселка на 2 мм ниже точки околоушной железы (30).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: иглоукалывание этой точки оказывает регулирующее действие на дыхательный центр и противоаллергическое действие, ее применяют при затрудненном дыхании аллергического и невротического генеза, ощущении распирания в груди, при аллергическом зуде, бронхиальной астме, аллергическом рините, крапивнице, аллергодерматозах.

32 — Яичко (сектор F)

Локализация: с внутренней стороны противокоселка ниже точки околоушной железы (30) на 2 мм.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: преждевременная эякуляция, торможение эрекции, импотенция, орхит, асперматизм.

✓ 33 — Лоб (сектор F)

Локализация: посредине основания нижней трети наружной поверхности противокоселка, ниже перехода его в межкостную вырезку. Соответствует нижнему краю хряща противокоселка.

Иннервация: большой ушной (C_2-C_3) и ушно-височный (V) нервы.

Показания: одна из основных точек при лечении головной боли с локализацией в области лба, мигрени, головокружении, неврастении, нарушениях сна, навязчивых состояний. Точка применяется при носовых кровотечениях, простудных вазомоторных, гипертрофических ринитах, ларингитах и фронтитах, оказывает седативное и болеутоляющее действие.

✓ 33a — Точка аффекта (сектор F)

Локализация: на 2 мм кнутри от точки лба (33).

Иннервация: большой ушной (C_2-C_3) и ушно-височный (V) нервы.

Показания: одна из основных точек для купирования аффективной патологии. Нами широко используется при невротических депрессивных расстройствах.

✓ 34 — Кора головного мозга (сектор F)

Локализация: посредине нижней трети противокоселка на внутренней стороне его, т.е. со стороны полости раковины.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), а также нервные окончания блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов, разветвляющихся в полости раковины.

Показания: раздражение ее оказывает болеутоляющий, противовоспалительный, рассасывающий и противошоковый эффекты; тошнота, рвота, спастическое состояние мышц диафрагмы, запоры, сердцебиения, экстрасистолия, головная боль, головокружение, мигрень, контрактура и

тики мышц, иннервируемых лицевым нервом, эпилепсия, неврастения, истерия (истерический мутизм, истерическая гемиплегия, невроз навязчивых состояний, шок, неврогенная жажда, тепловой удар, гипергидроз, травма, болезненное мочеиспускание, задержка мочи, энурез.

✓ 34а — Точка сна (сектор F)

Локализация: посредине нижней трети края противокозелка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: все нарушения сна. Описана Р. Дуриняном.

✓ 35 — Висок (сектор F)

Локализация: посредине между точкой затылка (29) и точкой лба (33) на наружной поверхности противокозелка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: повышенная сонливость, энурез, мигрень, неврозы, головная боль.

✓ 36 — Вершина черепа (сектор E)

Локализация: посредине основания верхней трети противокозелка, под точкой затылка (29).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, нарушения сна, головная боль.

(113 — точка описана на с. 145.)

Противозавиток (зона VII, секторы E—B) (рис. 8.8)

В области противозавитка выделяют две группы активных точек:

- 1) точки туловища, которые расположены по наружному краю противозавитка;
- 2) точки позвоночника, которые расположены по внутреннему краю противозавитка.

37 — Шейный отдел позвоночника (сектор E)

Локализация: по внутреннему краю противозавитка в месте перехода задней ушной бороздки в противозавиток.

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

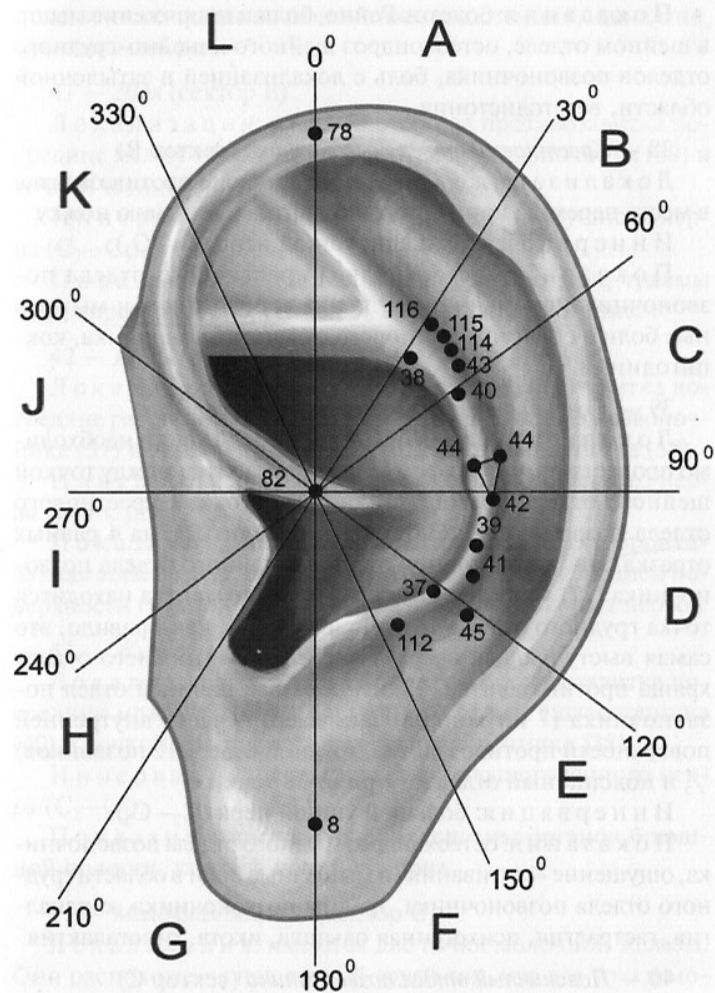


Рис. 8.8. Зона противозавитка:

37 — шейный отдел позвоночника; 38 — крестцовый отдел позвоночника; 39 — грудной отдел позвоночника; 40 — поясничный отдел позвоночника; 41 — шея; 42 — грудь; 43 — живот, первая; 44 — молочная железа; 45 — щитовидная железа; 112 — укачивание; 114 — внешний живот; 115 — тепло; 116 — колено

Показания: болезнь Рейно, боли и напряжение мышц в шейном отделе, остеохондроз шейного и шейно-грудного отделов позвоночника, боль с локализацией в затылочной области, вегетодистония.

38 — Крестцовый отдел позвоночника (сектор В)

Локализация: на внутренней стороне противозавитка в месте перехода конца противозавитка в нижнюю ножку.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз крестцового отдела позвоночника; онемение, ощущение «стягивания» и мышечные боли в области крестцового отдела позвоночника, кокцигодиния.

39 — Грудной отдел позвоночника (сектор Д)

Локализация: для нахождения этой точки необходимо провести линию по форме противозавитка между точкой шейного отдела позвоночника (37) и точкой крестцового отдела позвоночника (38), затем разделить ее на 4 равных отрезка. На $\frac{1}{4}$ расстояния от точки шейного отдела позвоночника (37) у внутреннего края противозавитка находится точка грудного отдела позвоночника (39); как правило, это самая выступающая вверх и вперед часть нижнего отдела хряща противозавитка. Таким образом, шейный отдел позвоночника (7 позвонков) занимает $\frac{1}{4}$ часть внутренней поверхности противозавитка, грудной отдел (12 позвонков) $\frac{1}{5}$ и поясничный отдел кнутри от 38 точки.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз грудного отдела позвоночника, ощущение «стягивания» и мышечные боли в области грудного отдела позвоночника, травмы позвоночника, кардиалгия, гастралгия, психогенная одышка, икота, гипогалактия.

40 — Поясничный отдел позвоночника (сектор С)

Локализация: на границе $\frac{3}{4}$ линии от точки шейного отдела позвоночника (37) до точки крестцового отдела позвоночника (38).

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, онемение, парестезии, мышечные боли в области

поясничного отдела позвоночника, импотенция, ишиалгия, альгодисменорея.

✓ 41 — Шея (сектор Е)

Локализация: у наружного края противозавитка посередине между точкой грудного отдела позвоночника (39) и точкой шейного отдела позвоночника (37).

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: кривошея, миозит мышц шеи, травмы шеи, тиреотоксикоз, головная боль, головокружение.

42 — Грудь (сектор Д)

Локализация: у наружного края противозавитка посередине расстояния между точкой шейного отдела позвоночника (37) и точкой крестцового отдела позвоночника (38).

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: мастит, кардиалгия, миокардит, бронхиальная астма, мышечные боли и травмы мышц передней поверхности грудной клетки, невралгия межреберных нервов.

43 — Живот, первая (сектор В) ✓

Локализация: у наружного края противозавитка посередине между точкой поясничного отдела позвоночника (40) и точкой крестцового отдела позвоночника (38).

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: гастродуоденит, спазмы органов брюшной полости, гастрит, колит, солярит.

44 — Молочная железа (сектор С)

Локализация: имеются две точки молочной железы. Они расположены над точкой груди так, что две точки молочной железы (44) и одна точка груди (42) составляют равносторонний треугольник, одна точка молочной железы находится на внутренней, а другая — на наружной стороне противозавитка, сторона треугольника равна толщине противозавитка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: мастит, гипогалактия, миома матки.

✓45 — Щитовидная железа (сектор Е)

Локализация: на 2 мм ниже точки шеи (41) у наружного края противозавитка.

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: заболевания щитовидной железы.

(112, 114—116 — описание точек на с. 145—146.)

Верхняя ножка противозавитка (зона VIII, секторы В—L)
(рис. 8.9)

46 — Пальцы ноги (сектор L)

Локализация: на верхненаружной части конца верхней ножки противозавитка.

Иннервация: большой ушной и малый затылочный нервы (C_2-C_3).

Показания: заболевание мышц и сухожилий стопы, болевой синдром при обморожении, травмы стопы.

47 — Пятка (сектор L)

Локализация: на верхневнутренней части конца верхней ножки противозавитка.

Иннервация: большой ушной и малый затылочный нервы (C_2-C_3).

Показания: травмы стопы, заболевания мышц и сухожилий в области голеностопного сустава; травмы голеностопного сустава, воспалительные процессы в области пятки, пяточные шпоры, болевой синдром при обморожении.

48 — Голеностопный сустав (сектор А)

Локализация: посередине между точкой пятки (47) и точкой коленного сустава (49).

Иннервация: большой ушной и малый затылочный нервы (C_2-C_3).

Показания: травмы, перелом, заболевание мышц и сухожилий в области голеностопного сустава.

49 — Коленный сустав (сектор А)

Локализация: посередине верхней ножки противозавитка.

Иннервация: передние ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

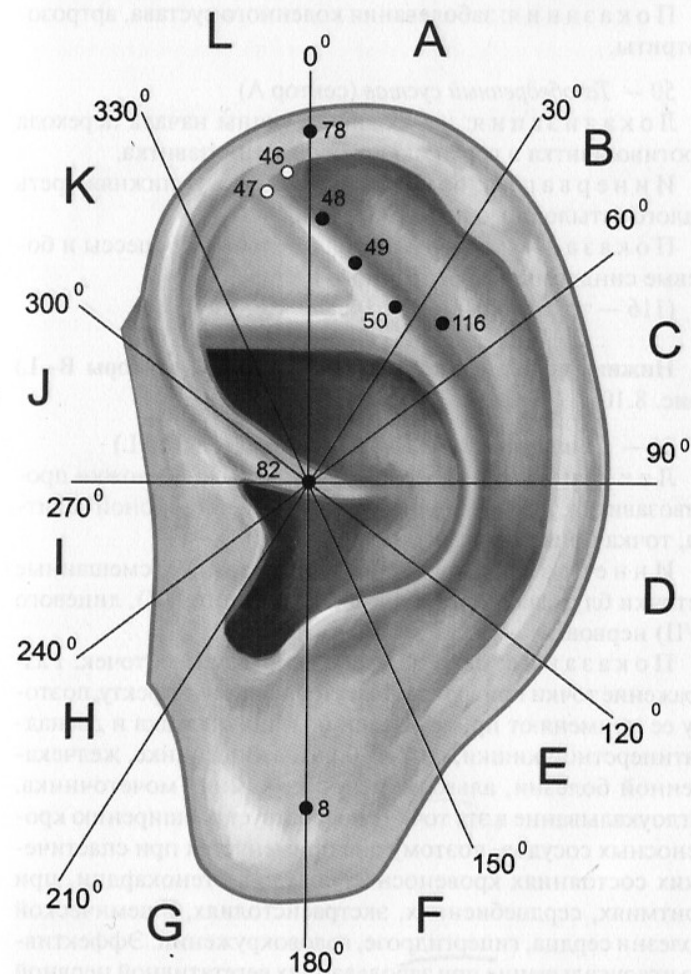


Рис. 8.9. Зона верхней ножки противозавитка:

46 — пальцы ноги; 47 — пятка; 48 — голеностопный сустав; 49 — коленный сустав; 50 — тазобедренный сустав; 116 — колено

Показания: заболевания коленного сустава, артрозо-артриты.

50 — *Тазобедренный сустав* (сектор А)

Локализация: на уровне середины начала перехода противозавитка в верхнюю ножку противозавитка.

Иннервация: большой ушной нерв и нижняя треть малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: травмы, воспалительные процессы и болевые синдромы тазобедренного сустава.

(116 — тока описана на с.146)

Нижняя ножка противозавитка (зона IX, секторы В-L)
(рис. 8.10)

✓ 51 — *Симпатическая нервная система* (сектор L)

Локализация: посредине конца нижней ножки противозавитка, на пересечении с внутренней стороной завитка, точка прикрыта завитком.

Иннервация: ушно-височный нерв (V), смешанные веточки блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: одна из часто используемых точек. Раздражение точки приводит к болеутоляющему эффекту, поэтому ее применяют при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острых болях в кишечнике, желчекаменной болезни, альгодисменорее, камнях мочеточника. Иглоукалывание в эту точку способствует расширению кровеносных сосудов, поэтому она применяется при спастических состояниях кровеносных сосудов, стенокардии, при аритмиях, сердцебиениях, экстрасистолиях, ишемической болезни сердца, гипергидрозе, головокружении. Эффективно иглоукалывание при заболеваниях вегетативной нервной системы, а также глазных болезнях. Точка является одной из основных при лечении острого и хронического гастрита, желудочных заболеваний неврогенного характера, хроническом холецистите и хроническом панкреатите, колите, энтерите, метеоризме. Часто используется при бронхальной астме, коклюше, а также при цистите, остром нефрите, остром гепатите.

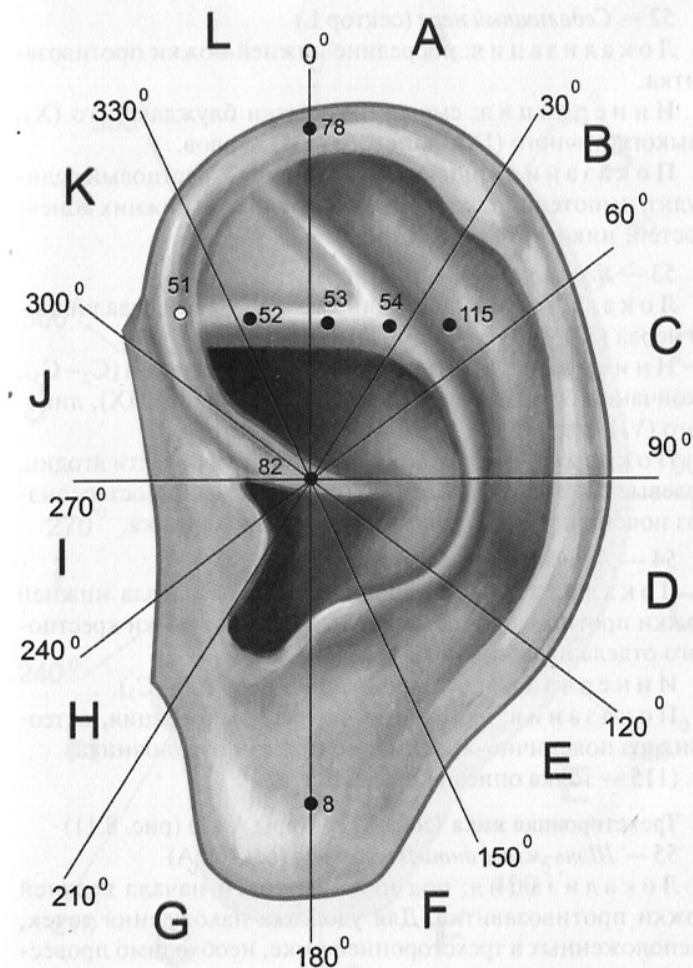


Рис. 8.10. Зона нижней ножки противозавитка:

51 — симпатическая нервная система (симпатическая точка); 52 — седлишный нерв; 53 — ягодица, первая; 54 — люмбагия (болевая точка поясницы); 115 — тепло

52 — Седлищный нерв (сектор L)

Локализация: посредине нижней ножки противозавитка.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: ишиалгия, пояснично-крестцовый радикулит, импотенция, гемиплегия, параплегия нижних конечностей, никотиновая абстиненция.

53 — Ягодица, первая (сектор A)

Локализация: посредине между точкой седлищного нерва (52) и точкой люмбалгии (54).

Иннервация: ветви большого ушного нерва (C_2-C_3), окончания блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: ишиалгия, фурункулез в области ягодиц, болевые синдромы в области ягодичных мышц, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

54 — Люмбалгия (сектор B)

Локализация: на уровне середины начала нижней ножки противозавитка, на 2 мм кнаружи от точки крестцового отдела позвоночника (33).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: люмбалгия, энурез, импотенция, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

(115 — точка описана на с. 146.)

Трехсторонняя ямка (зона X, секторы A—L) (рис. 8.11)**55 — Шэнь-мэнь, антистрессовая (сектор A)**

Локализация: под нижним краем начала верхней ножки противозавитка. Для удобства нахождения точек, расположенных в трехсторонней ямке, необходимо провести: биссектрису угла, образованного верхней и нижней ножками противозавитка, до пересечения ее с внутренней поверхностью завитка. С обоих концов биссектрисы отмерить по 2 мм внутрь и на этом расстоянии провести два перпендикуляра к биссектрисе. Четыре точки 55, 56, 60, 61 будут располагаться на этих перпендикулярах, точка шэнь-мэнь (55) находится на месте пересечения первого перпендикуляра с нижним краем верхней ножки противозавитка.

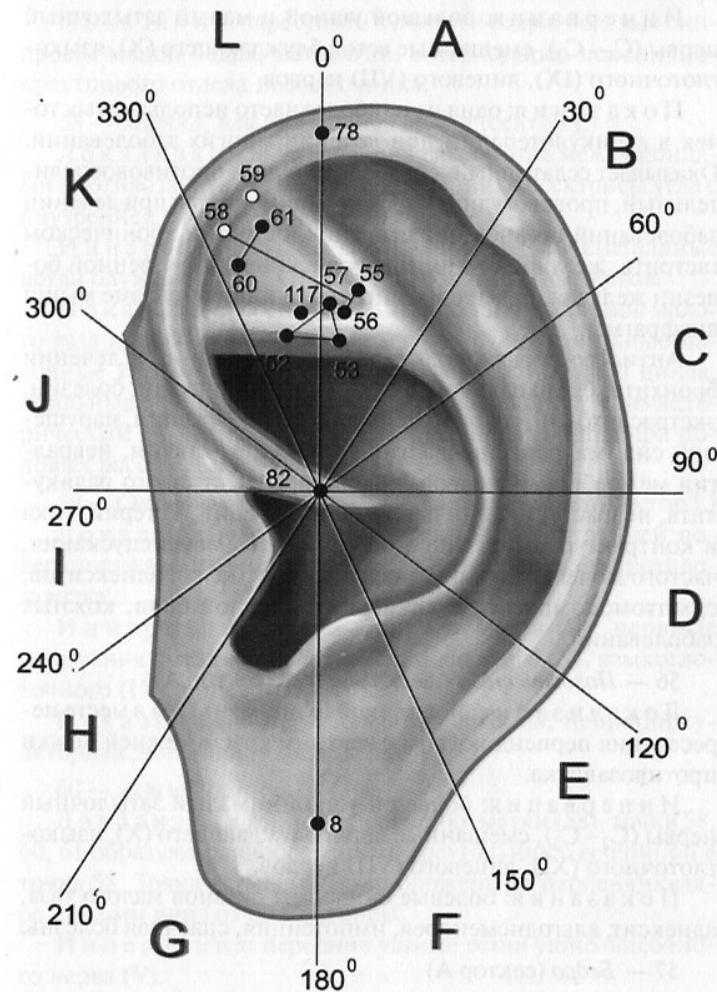


Рис. 8.11. Зона трехсторонней ямки:

55 — шэнь-мэнь (точка ЦНС и наркоза при операции); 56 — полость таза (шейка матки); 57 — бедро; 58 — матка (сексуальная точка); 59 — снижающая артериальное давление, первая (гипотензивная точка); 60 — астма (бронхолитическая точка); 61 — гепатит, первая; 117 — запор

Иннервация: большой ушной и малый затылочный нервы (C_2-C_3), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: одна из наиболее часто используемых точек в аурикулотерапии при лечении многих заболеваний. Оказывает седативный, обезболивающий, противовоспалительный, противозудный эффект. Применяется при лечении заболеваний органов пищеварения, остром и хроническом гастрите, желудочно-кишечных дискинезиях, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, спазме мышц диафрагмы.

Антистрессовая точка является основной при лечении бронхита, бронхиальной астмы, гипертонической болезни, экстрасистолий, головной боли и головокружении, нарушении сна, мигрени, невралгии тройничного нерва, невралгии межреберных нервов, пояснично-крестцового радикулита, неврастении, эпилепсии, шизофрении, истерии, тика и контрактур мышц лица, болезненного мочеиспускания, частого мочеиспускания, послеродовых болей, аднекситов, симптомокомплекса «укачивания», зубной боли, кожных заболеваний.

56 — Полость таза (шейка матки) (сектор A)

Локализация: под точкой шэнь-мэнь (55) в месте пересечения перпендикуляра с верхним краем нижней ножки противозавитка.

Иннервация: большой ушной и малый затылочный нервы (C_2-C_3), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (XI), лицевого (VII) нервов.

Показания: болевые синдромы органов малого таза, аднексит, альгодисменорея, импотенция, спаечная болезнь.

57 — Бедро (сектор A)

Локализация: у верхнего края нижней ножки противозавитка. Эта точка с точкой седалищного нерва (52) и точкой ягодицы (53) составляет равносторонний треугольник. Сторона треугольника равна расстоянию между 52-й и 53-й точками.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: парестезии в области бедра, болевые синдромы мышц бедра, ишиалгия, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

58 — Матка, или сексуальная точка (сектор L)

Локализация: на середине расстояния между концами противозавитка, в месте пересечения биссектрисы угла с внутренней поверхностью завитка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V) и смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX) нервов.

Показания: воспалительные процессы органов малого таза и слизистой оболочки матки, функциональные маточные кровотечения, нарушения менструального цикла, обильные бели, послеродовые боли, аднекситы, климактерический невроз. У мужчин эта точка применяется при половых расстройствах.

59 — Снижающая артериальное давление, первая (сектор L)

Локализация: в месте соединения внутренней поверхности завитка и нижнего края верхней ножки противозавитка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V), нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: артериальная гипертония, нейроциркуляторная дистония, кардиалгия.

60 — Астма (сектор L)

Локализация: снаружи от точки матки (58), точки 58, 60, 61 образуют равнобедренный треугольник с вершиной в точке 58. Точка астмы (60) расположена на перпендикуляре, на 2 мм вниз от биссектрисы.

Иннервация: передние ушные ветви ушно-височного нерва (V).

Показания: бронхиальная астма, бронхит, бронхопневмония, аллергический ринит, ларингофарингит.

61 — Гепатит, первая (сектор L)

Локализация: снаружи от точки матки (58), на 4 мм выше точки астмы (60). Точка расположена на втором перпендикуляре, на 2 мм вверх от биссектрисы угла. Таким образом, точки 58, 60, 61 образуют равнобедренный треугольник.

Иннервация: передние ушные ветви ушно-височного нерва (V).

Показания: острый и хронический гепатит, алкогольный гепатит.

(117 — точка описана на с. 146.)

Ладьевидная ямка (зона XI, секторы А—Е) (рис. 8.12)

Для нахождения точек ладьевидной ямки надо отметить точку ключицы (63) и точку пальцев кисти (62), затем прямую, проведенную между этими точками, разделить на 4 равные части.

✓ 62 — Пальцы кисти (чжи) (сектор А)

Локализация: в верхней части ладьевидной ямки, на уровне верхнего края Дарвинова бугорка.

Иннервация: большой ушной нерв и нижняя ветвь малого затылочного нерва (C₂—C₃).

Показания: заболевания и травмы костей кисти, ревматизм, полиартрит, обменные нарушения, болезнь Рейно, экзема кистей.

✓ 63 — Ключица (сектор Е)

Локализация: в нижней части ладьевидной ямки, под точкой щитовидной железы (45).

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: воспалительные процессы плечевого сустава, боли в связи с переломами ключицы и ее фиксации, боль в области плеча.

64 — Плечевой сустав (сектор D)

Локализация: на границе $\frac{1}{4}$ расстояния от точки ключицы (63) до точки пальцев кисти (62), на уровне вершины козелка.

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: остеохондроз шейного отдела позвоночника, травмы плечевого сустава, боли в области плеча, лопатки, плечелопаточный синдром.

65 — Плечо (сектор С)

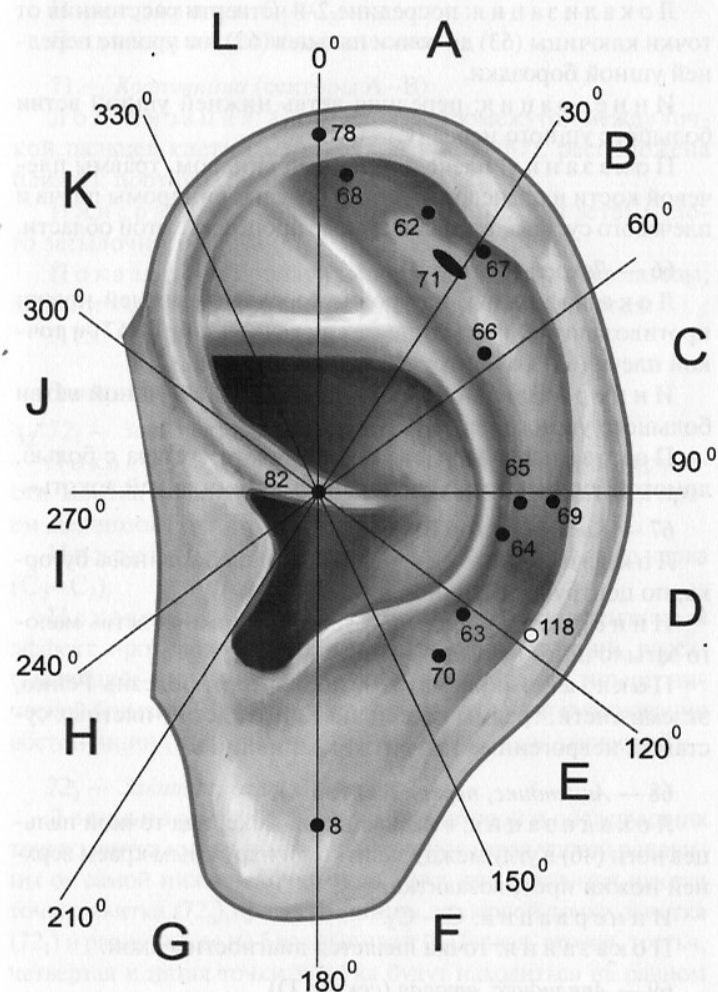


Рис. 8.12. Зона ладьевидной ямки:

62 — пальцы кисти (чжи); 63 — ключица; 64 — плечевой сустав; 65 — плечо; 66 — локоть; 67 — кисть; 68 — аппендикс, первая; 69 — аппендикс, вторая; 70 — аппендикс, третья; 71 — крапивница; 118 — нефрит

Локализация: посредине 2-й четверти расстояния от точки ключицы (63) до точки пальцев (62), на уровне передней ушной бороздки.

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: плечелопаточный синдром, травмы плечевой кости и плечевого сустава, болевые синдромы плеча и плечевого сустава, воспалительные процессы в этой области.

66 — Локоть (сектор В)

Локализация: на уровне середины нижней ножки противозавитка, посредине между точкой кисти (67) и точкой плеча (65) по центру ладьевидной ямки.

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: заболевания локтевого сустава с болью, ломотой, онемением и распиранием, «теннисный локоть».

67 — Кисть (сектор В)

Локализация: на уровне середины Дарвинова бугорка, по центру ладьевидной ямки.

Иннервация: большой ушной и нижняя ветвь малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: ревматизм, полиартрит, болезнь Рейно, экзема кисти, травмы костей кисти и запястно-пястных суставов, неврогенные гастриты, крапивница.

68 — Аппендикс, первая (сектор А)

Локализация: в ладьевидной ямке, над точкой пальцев ноги (46) в углу между завитком и наружным краем верхней ножки противозавитка.

Иннервация: C_2-C_3 .

Показания: точка является диагностической.

69 — Аппендикс, вторая (сектор D)

Локализация: на 2 мм кнаружи от точки плеча.

Иннервация: C_2-C_3 .

Показания: диагностическая точка.

70 — Аппендикс, третья (сектор E)

Локализация: на 2 мм вниз от точки ключицы (63) сдвинута в сторону хвоста завитка.

Иннервация: C_2-C_3 .

Показания: диагностическая.

71 — Крапивница (секторы А—В)

Локализация: занимает весь промежуток между точкой пальцев кисти (62) и точкой кисти (67), расположена ближе к противозавитку.

Иннервация: большой ушной и нижняя ветвь малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: бронхиальная астма, аллергодерматозы, аллергический ринит, крапивница, пищевая аллергия.

(118 — точка описана на с. 146.)

Завиток (зона XII, секторы J—F) (рис. 8.13)

✓ 72₁ — Завиток, первая (сектор В)

Локализация: в месте перехода передней поверхности завитка в заднюю, на кромке завитка, под нижним краем Дарвинова бугорка.

Иннервация: нижняя ветвь малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный эффект, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₂ — Завиток, вторая (сектор С)

Локализация: для нахождения второй и последующих точек завитка нужно по форме наружного края ушной раковины от самой нижней точки мочки уха, где находится шестая точка завитка (72₆), провести линию до первой точки завитка (72₁) и разделить ее на 5 равных частей. Первая, вторая, третья, четвертая и пятая точки завитка будут находиться на равном расстоянии друг от друга, на боковой поверхности завитка, в месте перехода передней поверхности завитка в заднюю.

Иннервация: нижняя ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертониче-

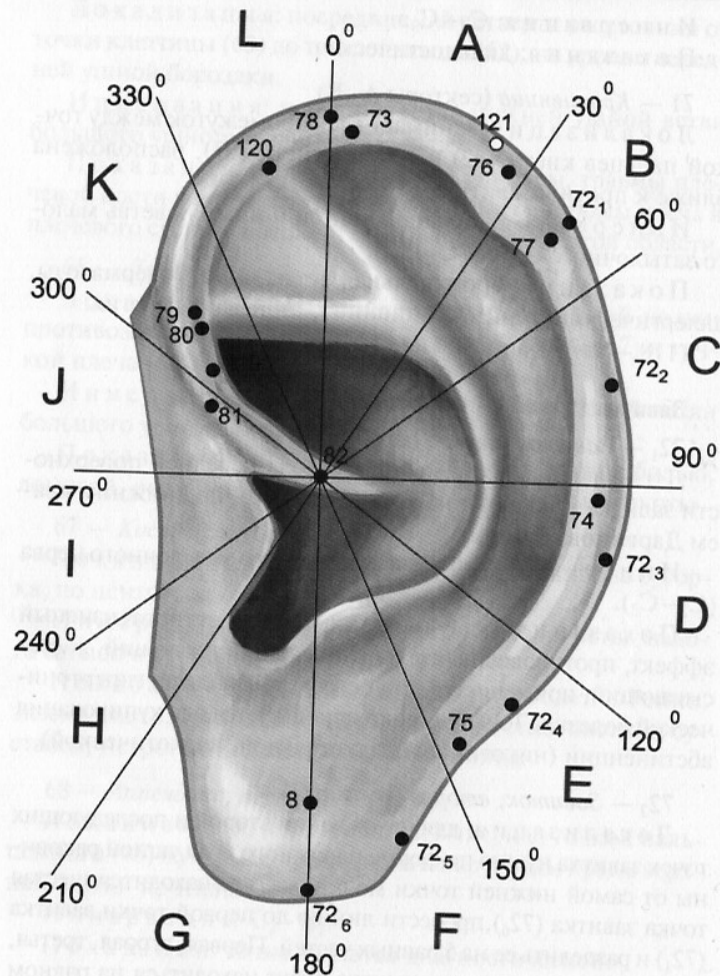


Рис. 8.13. Зона завитка:

72₁ — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина, третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв

ской болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₃ — *Завиток, третья* (сектор D)

Локализация: между второй и четвертой точками завитка, на одном уровне с точкой шеи (41).

Иннервация: большой ушной нерв (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₄ — *Завиток, четвертая* (сектор E)

Локализация: между третьей и пятой точками завитка, на одном уровне с точкой виска (35).

Иннервация: нижние ветви большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₅ — *Завиток, пятая* (сектор F)

Локализация: между четвертой (72₄) и шестой (72₆) точками завитка, на уровне точки внутреннего уха (9).

Иннервация: большой ушной нерв (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₆ — *Завиток, шестая* (на границе секторов F и G, на 180°).

Локализация: расположена на середине нижнего края мочки уха, под точкой миндалины четвертой (10).

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

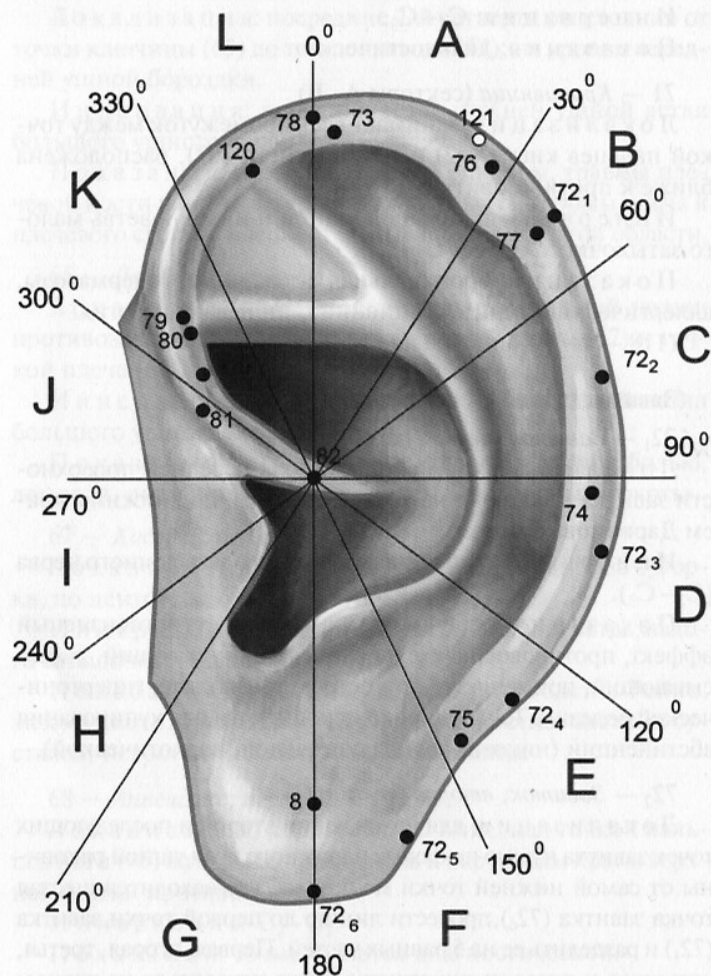


Рис. 8.13. Зона завитка:

72₁ — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина, третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв

ской болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₃ — *Завиток, третья* (сектор D)

Локализация: между второй и четвертой точками завитка, на одном уровне с точкой шеи (41).

Иннервация: большой ушной нерв (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₄ — *Завиток, четвертая* (сектор E)

Локализация: между третьей и пятой точками завитка, на одном уровне с точкой виска (35).

Иннервация: нижние ветви большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₅ — *Завиток, пятая* (сектор F)

Локализация: между четвертой (72₄) и шестой (72₆) точками завитка, на уровне точки внутреннего уха (9).

Иннервация: большой ушной нерв (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

72₆ — *Завиток, шестая* (на границе секторов F и G, на 180°).

Локализация: расположена на середине нижнего края мочки уха, под точкой миндалины четвертой (10).

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C₂—C₃).

Показания: иглоукалывание точки дает гипотензивный, противовоспалительный, жаропонижающий, рассасывающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

вающий эффект; применяется при остром тонзиллите, гипертонической болезни. Точка широко используется для купирования абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

73 — Миндалины, первая (сектор А)

Локализация: над наружным краем верхней ножки противозавитка над точкой пальцев ноги (46) на одной линии с точкой миндалины четвертой (10), расположенной в восьмой зоне мочки уха.

Иннервация: верхняя ветвь малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: ангина, тонзиллит, ларингит, фарингит.

74 — Миндалины, вторая (сектор D)

Локализация: для нахождения этой точки надо по форме завитка провести линию от первой (73) до четвертой (10) точек миндалины. Точка находится на середине этого расстояния, на передней поверхности завитка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: ангина, тонзиллит, ларингит, фарингит.

75 — Миндалины, третья (сектор E)

Локализация: на передней поверхности завитка, на середине расстояния между миндалиной второй (74) и миндалиной четвертой (10).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: ангина, тонзиллит, ларингит, фарингит.

76 — Синдром ян печени, первая (сектор А)

Локализация: на передней поверхности завитка, на уровне точки пальцев кисти (62), над верхним краем Дарвинова бугорка.

Иннервация: нижняя ветвь малого затылочного нерва (C_2-C_3).

Показания: алкогольные гепатиты, хронические гепатиты.

77 — Синдром ян печени, вторая (сектор В)

Локализация: на передней поверхности завитка, под Дарвиновым бугорком, на уровне точки завиток, первая (72).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: алкогольные гепатиты, хронические гепатиты.

78 — Верхушка уха (на границе секторов А и L, на 0°)

Локализация: на передней поверхности завитка, на уровне середины нижней ножки противозавитка. Можно для нахождения этой точки завиток уха отогнуть вперед так, чтобы ушная раковина завитком коснулась вершины козелка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V) и малый затылочный нерв (C_2-C_3).

Показания: часто иглоукалывание проводят с появлением капель крови. В этом случае проявляется мощное жаропонижающее, гипотензивное, противовоспалительное действие. При носовых кровотечениях надо массажировать большим и указательным пальцами эту зону. Иглоукалывание оказывает болеутоляющее, седативное, гипотензивное и десенсибилизирующее действие.

79 — Наружные половые органы (сектор K)

Локализация: на передней поверхности восходящей ветви завитка, симметрично точке симпатической нервной системы (51).

Иннервация: передние ушные ветви ушно-височного нерва (V).

Показания: вульвовагинит, бартолинит, вагинит, зуд влагалища, пояснично-крестцовые боли. Иглоукалывание этой точки нормализует состояние вегетативной нервной системы.

80 — Мочеиспускательный канал (сектор K)

Локализация: на передней поверхности восходящей ветви завитка, на уровне нижнего края нижней ножки противозавитка.

Иннервация: ушно-височный нерв (V).

Показания: цистит, уретрит, недержание мочи, болезненное мочеиспускание.

81 — Прямая кишка (сектор J)

Локализация: на передней поверхности восходящей ветви завитка. Точка находится на одной вертикальной линии с точкой наружного пояса (14) и наружного уха (20).

И н н е р в а ц и я: ушно-височный нерв (V), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: трещины анального отверстия, геморрой, выпадение прямой кишки, запоры.

(119–121 — описание точек на с. 147.)

Ножка завитка (зона XIII, секторы H–L) (рис. 8.14)

82 — *Диафрагма* (центр координатной системы, точка «зего», «нулевая», по П. Ножье — точка психовегетативного равновесия)

Л о к а л и з а ц и я: в месте перехода ножки завитка в восходящую ветвь завитка.

И н н е р в а ц и я: ушно-височный нерв (V), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: неврозы, вегетативные кризы, заболевания диафрагмы, болезни крови, кожные заболевания, нарушения сна, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, П. Ножье рассматривает ее как главную точку уха (точка-ключ) и рекомендует использовать ее для купирования стресса. Эта точка относится к точкам «общего» действия, она потенцирует действие аурикулярных и корпоральных точек.

✓ 83 — *Разветвление* (сектор D) (точка солнечного сплетения, по П. Ножье)

Л о к а л и з а ц и я: для нахождения этой точки надо разделить корень завитка на три равные части. Точка разветвления (83) находится снаружи от точки диафрагмы (82) на $\frac{2}{3}$ длины корня завитка.

И н н е р в а ц и я: ушно-височный нерв (V), смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: расстройства пищеварения, метеоризм, межреберная невралгия, одышка, анемия, отеки, боли в плече, заболевания диафрагмы, болезни крови, кожные заболевания, икота, импотенция, кардиалгия.

Зона, прилежащая к ножке завитка (зона XIV, секторы F–L) (рис. 8.15)

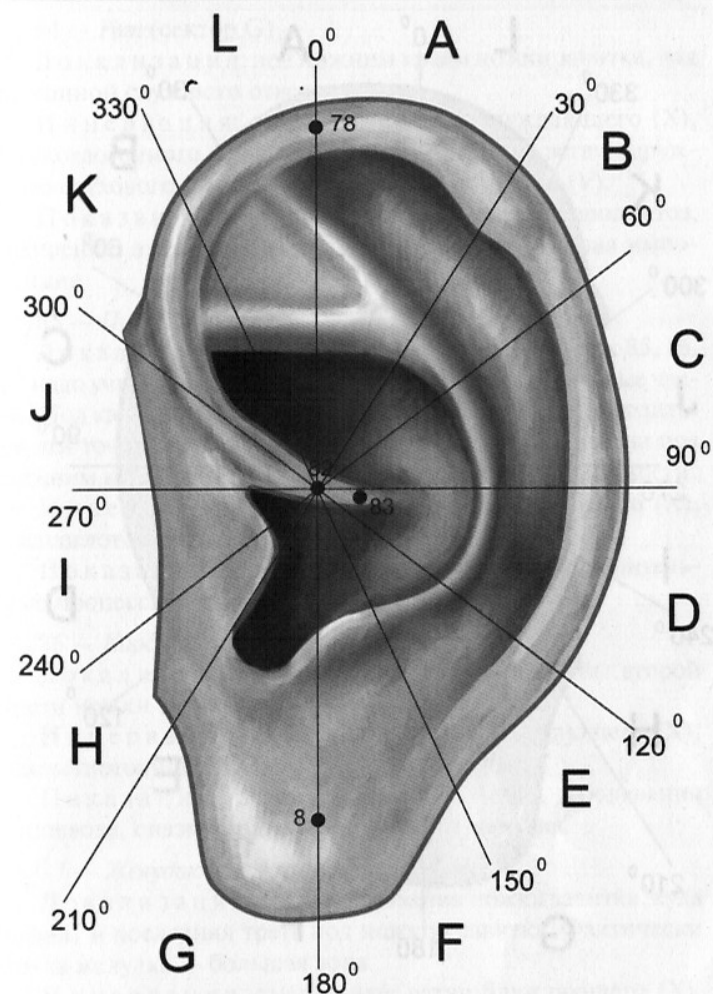


Рис. 8.14. Зона ножки завитка:

82 — диафрагма (точка «зего», «нулевая», по П. Ножье); 83 — разветвление (точка солнечного сплетения по П. Ножье)

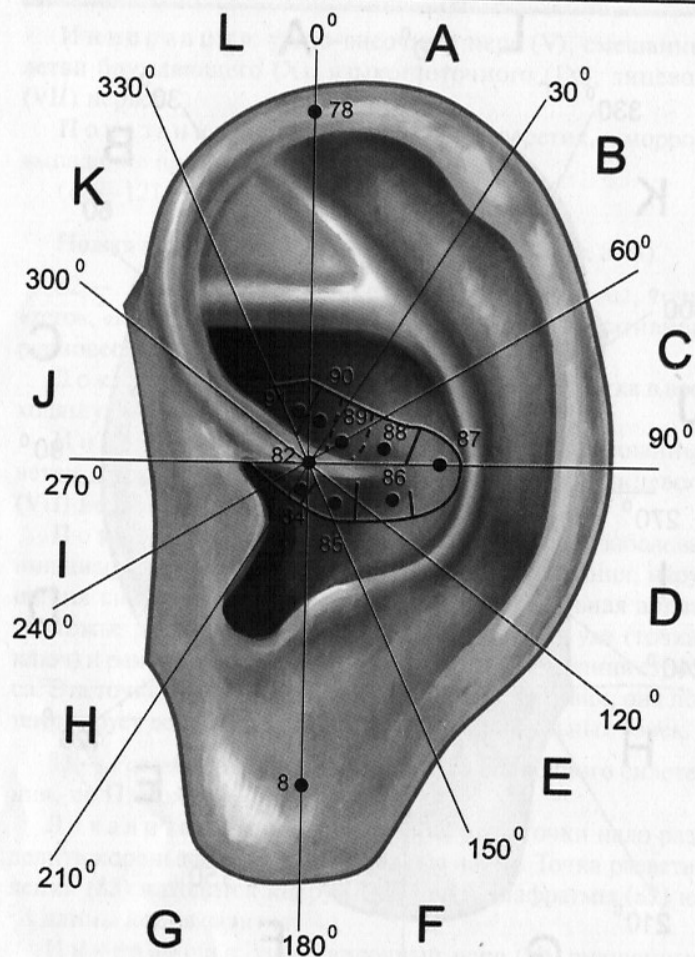


Рис. 8.15. Зона, прилегающая к ножке завитка:

84 — рот; 85 — пищевод; 86 — кардиальная; 87 — желудок; 88 — двенадцатиперстная кишка; 89 — тонкая кишка; 90 — аппендикс, четвертая; 91 — толстая кишка

84 — Рот (сектор G)

Локализация: под нижним краем ножки завитка, над вершиной слухового отверстия.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, ветви наружного слухового прохода, ушно-височного нерва (V).

Показания: стоматит, глоссит, гингивит, пародонтоз, ожирение, а также невроты, вагинизм, психогенная импотенция.

✓85 — Пищевод (сектор E)

Локализация: для удобства нахождения точек 85, 86, 87 надо учитывать деление ножки завитка на три равные части. Под каждой из этих третей слева направо будут находиться эти точки (зоны). Точка пищевода (85) расположена под нижним краем ножки завитка, под серединой первой трети.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: ком в горле, тошнота, рвота, воспалительные процессы пищевода.

✓86 — Кардиальная (сектор D)

Локализация: под нижним краем середины второй трети ножки завитка.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: гастрит, язвенная болезнь, заболевания пищевода, спазм кардиальной области желудка.

✓87 — Желудок (секторы C–D)

Локализация: вокруг основания ножки завитка, куда входит и последняя треть под ножкой завитка. Фактически точка желудка — большая зона.

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: иглоукалывание точки дает обезболивающий, седативный, противовоспалительный эффекты. Точка часто используется при лечении заболеваний пищеварительного тракта, нервных и психических болезней. Применяется при тошноте, остром и хроническом гастрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки,

ухудшении аппетита, неврастении, истерии, нарушении сна, головной боли, зубной боли.

✓ 88 — Двенадцатиперстная кишка (сектор С)

Локализация: у верхнего края ножки завитка, симметрично кардиальной точке (86).

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные дискинезии, дискинезия желчевыводящих путей. П. Ножье рекомендует ее использовать при почечной колике.

89 — Тонкая кишка (сектор С)

Локализация: у верхнего края ножки завитка симметрично точке пищевода (85).

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: диспепсия, боли в кишечнике, метеоризм, желудочно-кишечные дискинезии, нарушение всасывающей функции желудка и кишечника, понос; также она эффективна при болях в области сердца и гипогалактии.

90 — Аппендикс, четвертая (сектор А)

Локализация: у верхнего края ножки завитка посредине между точками толстой (91) и тонкой кишки (89)

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: хронический аппендицит, колит.

91 — Толстая кишка (сектор L)

Локализация: в месте перехода ножки завитка в восходящую ветвь завитка, над точкой диафрагмы (82).

Иннервация: смешанные ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: колиты, поносы, запоры, метеоризм, желудочно-кишечные дискинезии; эффективна также при заболеваниях органов дыхания и кожных болезнях.

Чаша раковины (зона XV, секторы D—L) (рис. 8.16)

92 — Мочевой пузырь (сектор L)

Локализация: под нижним краем нижней ножки противозавитка, над точкой толстой кишки (91).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), лицевого (VII), языкоглоточного (IX) нервов.

Показания: острый и хронический цистит, уретрит, простатит, болезненное мочеиспускание, ночной энурез, задержка мочи. Используется эта точка и при лечении головной боли, люмбагиях, неврастении, нарушениях сна.

93 — Простата (сектор L)

Локализация: под нижним краем нижней ножки противозавитка, под точкой симпатической нервной системы (51).

Иннервация: смешанные ветви нервных окончаний блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: простатит, цистит, уретрит.

94 — Мочеточник (сектор А)

Локализация: посредине между точкой мочевого пузыря (92) и точкой почки (95).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: камни мочеточника, цистит, простатит, уретрит.

95 — Почка (сектор А)

Локализация: под нижним краем нижней ножки противозавитка, под точкой ягодицы (53).

Иннервация: большой ушной нерв (C₂—C₃), нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: острый и хронический нефрит, пиелонефрит, цистит, учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание, импотенция, нарушение функции желез внутренней секреции, альгодисменорея, нарушение менструального цикла, климакс, воспаление среднего уха, шум и звон в ушах, понижение слуха, гингивит, конъюнктивиты, хроническая глаукома, нарушение сна, мигрень, невралгия

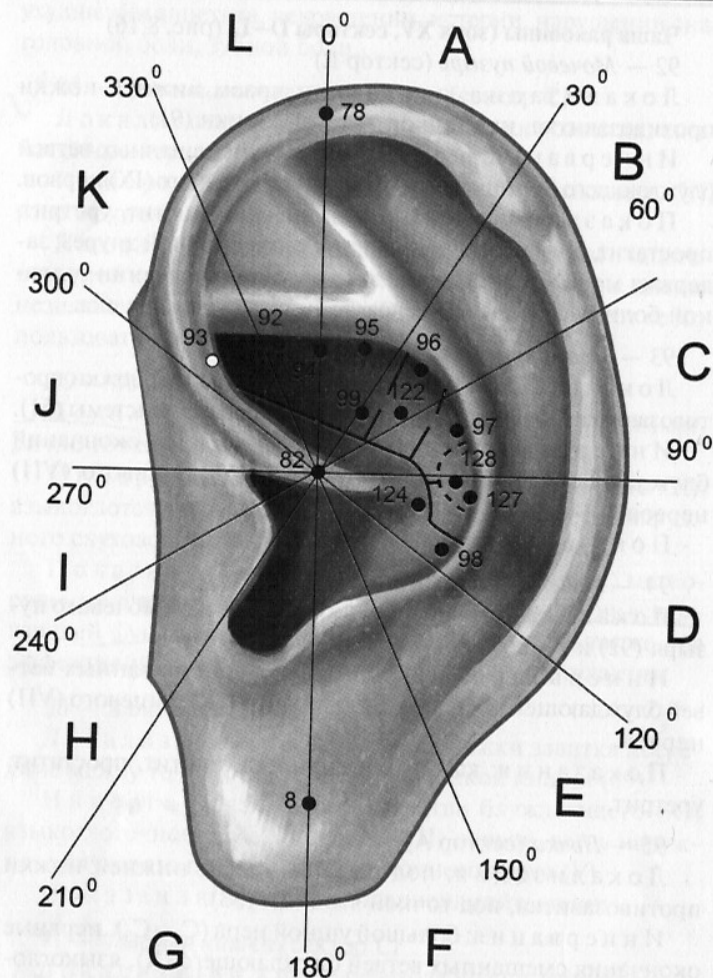


Рис. 8.16. Зона чаши раковины:

92 — мочевого пузыря; 93 — простата; 94 — мочеточник; 95 — почка; 96 — поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа); 97 — печень; 98 — селезенка; 99 — асцит; 122 — панкреатит; 124 — гепатит, вторая; 127 — увеличенная печень; 128 — цирроз печени

и невриты седлищного нерва, неврастения, шизофрения, истерический мутизм, неврогенная жажда, выпадение волос, травмы костей, привычные запоры, астенические состояния, нарушения обмена веществ.

96 — Поджелудочная железа (слева), желчный пузырь (справа), (сектор В)

Локализация: в верхненаружном углу чаши раковины, над точкой двенадцатиперстной кишки (88). Точка поджелудочной железы находится на левом ухе, а желчного пузыря на правом.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: хронический панкреатит, хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, диспепсия, понос.

97 — Печень (сектор С)

Локализация: ниже точки поджелудочной железы и желчного пузыря (96), у внутреннего края противозавитка, на уровне точки поясничного отдела позвоночника (40). На левой ушной раковине нижнюю половину этой зоны занимает точка селезенки (98).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: хронические гепатиты, гепатохолециститы, холецистопанкреатиты, кожный зуд, головокружение, судороги, мышечная гипотония, заболевание крови, геморрагии. Также она применяется при таких заболеваниях глаз, как ячмень, острый конъюнктивит, снижение сумеречного зрения, миопия, хроническая глаукома. Используется точка и при желудочно-кишечных дискинезиях, климактерическом неврозе, алкоголизме, наркомании.

98 — Селезенка (сектор D)

Локализация: у внутреннего края противозавитка, на уровне середины грудного отдела позвоночника. Находится только на левом ухе, справа расположена точка увеличенной печени (127).

И н н е р в а ц и я: окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: раздражение точки оказывает противосудорожный, противовоспалительный, а также тонизирующий эффект. Применяется при гастрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечных дискинезиях, послеродовых болях, ячмене, эпилепсии, повышает тонус сосудов и применяется при гипотонии, кровотечениях, гипохромной анемии, при снижении мышечного тонуса, мышечных гипотрофиях, стоматите.

99 — *Асцит* (сектор C)

Л о к а л и з а ц и я: точка расположена посредине треугольника, образованного тремя точками: почки (95), поджелудочной железы и желчного пузыря (96), тонкого кишечника (89).

И н н е р в а ц и я: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), лицевого (VII), языкоглоточного (IX) нервов.

П о к а з а н и я: асцит, цирроз печени, метеоризм.

(122, 124, 127, 128 — описание точек на с. 147–149.)

Полость раковины (зона XVI, секторы E–G) (рис. 8.17)

✓ 100 — *Сердце, первая* (сектор E)

Л о к а л и з а ц и я: в центре полости раковины на уровне середины слухового отверстия, в самой вогнутой части.

И н н е р в а ц и я: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: одна из наиболее часто используемых точек в аурикулотерапии. Раздражение точки нормализует тонус кровеносных сосудов, поэтому применяется при гипертонической и гипотонической болезнях, сердцебиениях, экстрасистолиях, ишемической болезни сердца, а также при одышке, удушье, нарушении сна, неврастении, эпилепсии, шизофрении, истерии, истерической гемиплегии, шоковых состояниях, тепловом ударе, осиплости голоса, хроническом фарингите, глоссите.

101 — *Легкое* (сектор E)

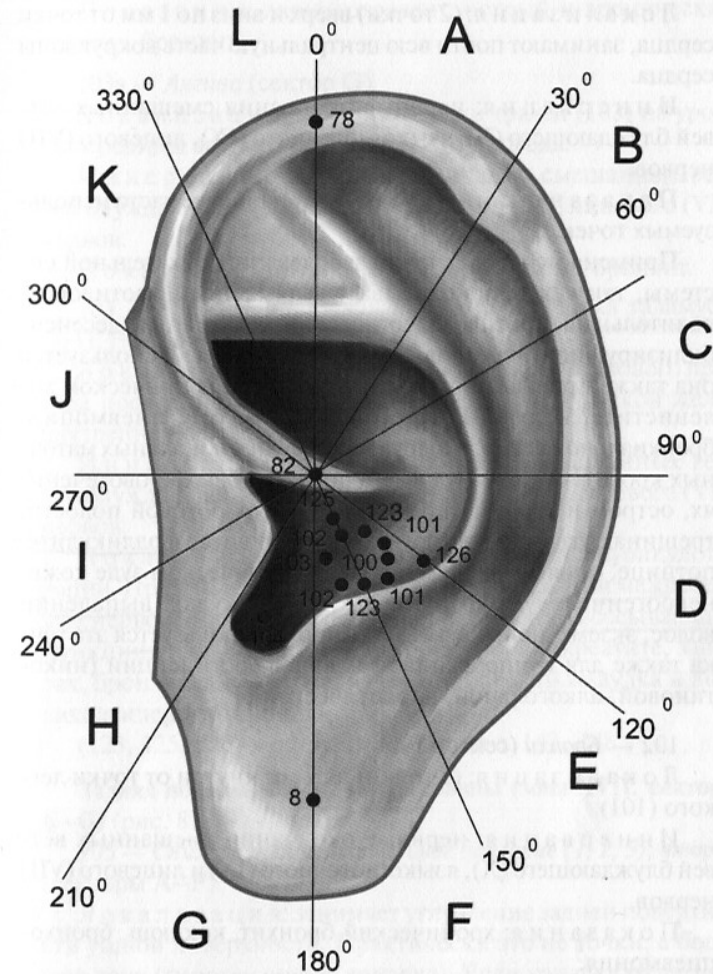


Рис. 8.17. Зона полости раковины:

100 — сердце, первая; 101 — легкое; 102 — бронхи; 103 — трахея; 103а — ангина; 104 — три части туловища (точка таламуса, по П. Ноже); 123 — бронхоэктазия; 125 — глаза, вторая; 126 — туберкулез

Локализация: (2 точки) вверх и вниз по 1 мм от точки сердца, занимают почти всю центральную часть вокруг зоны сердца.

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

✓ **Показания:** относится к числу наиболее часто используемых точек.

Применяется для лечения заболеваний дыхательной системы, так как точка оказывает выраженный противовоспалительный, противоаллергический, седативный, десенсибилизирующий, обезболивающий эффекты. Используется она также при язвенной болезни желудка, хроническом холецистите, колите, остром назофарингите, пневмонии, бронхиальной астме, гипергидрозе, функциональных маточных кровотечений, зуде влагиалища, носовых кровотечениях, остром и хроническом рините, язвах ротовой полости, трещинах угла рта, остром конъюнктивите, фолликулите, потнице, опоясывающем лишае, аллергическом зуде кожи, неврогенном зуде, фурункулах, карбункулах, выпадении волос, экземе, нейродермите. Широко используется эта точка также для купирования всех видов абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркотической).

102 — Бронхи (сектор F)

Локализация: (2 точки) на 2 мм кнутри от точки легкого (101).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов.

Показания: хронический бронхит, коклюш, бронхопневмония.

103 — Трахея (сектор G)

Локализация: на 2 мм кнутри от точки бронхов (102), на уровне середины заднего края слухового прохода, на одном уровне с точки сердца (100).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: ларинготрахеит, острый и хронический трахеит, бронхит.

103а — Ангина (сектор G)

Локализация: кнутри от точки трахеи (103) на уровне середины заднего края слухового прохода.

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: ангина, тонзиллит, трахеит, бронхит.

✓ **104 — Три части туловища (сектор G) (точка таламуса, по П. Ножье)**

Локализация: на уровне нижнего края слухового прохода посредине между точкой трахеи (103) и точкой желез внутренней секреции (22).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: часто используемая точка в аурикулотерапии. Применяется при стенокардии, невралгии межреберных нервов, одышке, метеоризме, нарушении всасывающей функции кишечника, анемии, гепатите, панкреатите, запорах, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

(123, 125, 126 — описание точек на с. 147–148.)

Задняя поверхность ушной раковины (зона XVII, секторы К–G) (рис. 8.18)

105 — Снижающая артериальное давление (1, 2, 3), вторая (секторы А–F)

Локализация: занимает углубление задней поверхности ушной поверхности. Практически это не точки, а большая зона (гипотензивная канавка). Если канавку разделить на три равные части, то получается три точки 105 — 1, 2, 3.

Иннервация: малый затылочный нерв (C₂–C₃), ветви блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: гипертоническая болезнь. В гипотензивной канавке можно делать кровопускание, проводить иглоукалывание этой области методом нанизывания.

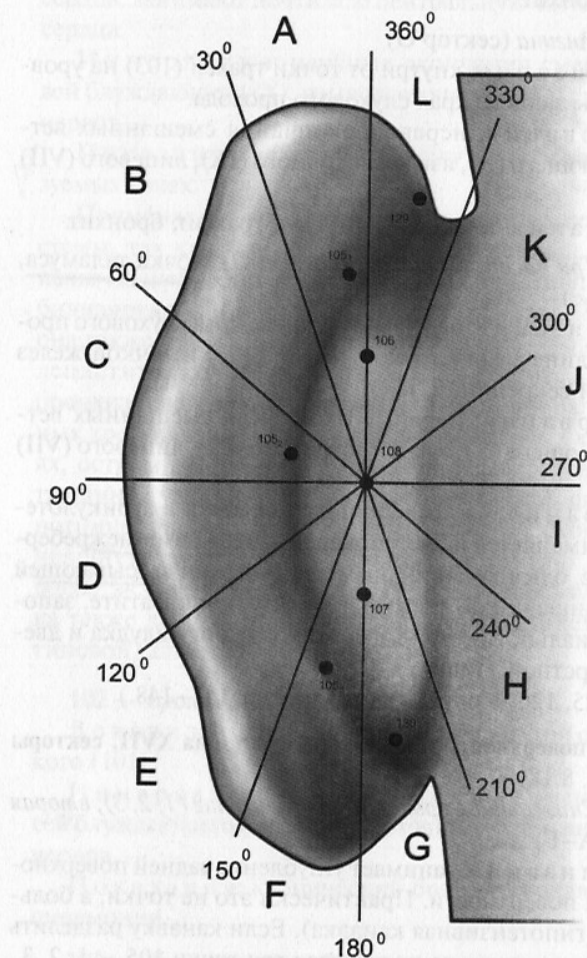


Рис. 8.18. Зона задней поверхности ушной раковины:

105 — снижающая артериальное давление, вторая; 106 — нижний отдел спины; 107 — верхний отдел спины; 108 — средний отдел спины; 129 — спинной мозг, первая; 130 — спинной мозг, вторая

106 — Нижний отдел спины (сектор L) ✓

Локализация: для удобства нахождения точек 106, 107, 108 необходимо середину выпуклой задней поверхности ушной раковины разделить на три равные части. Точка нижнего отдела спины находится на границе верхней трети.

Иннервация: малый затылочный нерв (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, кожные заболевания и кожный зуд в области спины.

107 — Верхний отдел спины (сектор G)

Локализация: на границе нижней трети середины выпуклой задней поверхности ушной раковины.

Иннервация: нижняя ушная ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз шейного и шейно-грудного отделов позвоночника, кожные заболевания с локализацией в области спины.

108 — Средний отдел спины (сектор K)

Локализация: в средней части задней поверхности полости раковины, на одной вертикали с точками нижнего отдела (106) и верхнего отдела (107).

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3), а также VII, IX, X пары черепно-мозговых нервов.

Показания: остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, кожные заболевания в области спины.

(129, 130 — описание точек на с. 149.)

Наружный слуховой проход (зона XVIII, сектор G) (рис. 8.19)

109 — Нижняя часть живота (сектор G)

Локализация: посредине верхней стенки наружного слухового прохода.

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: болевой синдром внутренних органов, расположенных в брюшной полости. Иглоукалывание точки эффективно при болях в кишечнике, желчном пузыре, мочеточнике, матке, яичниках, простатите.

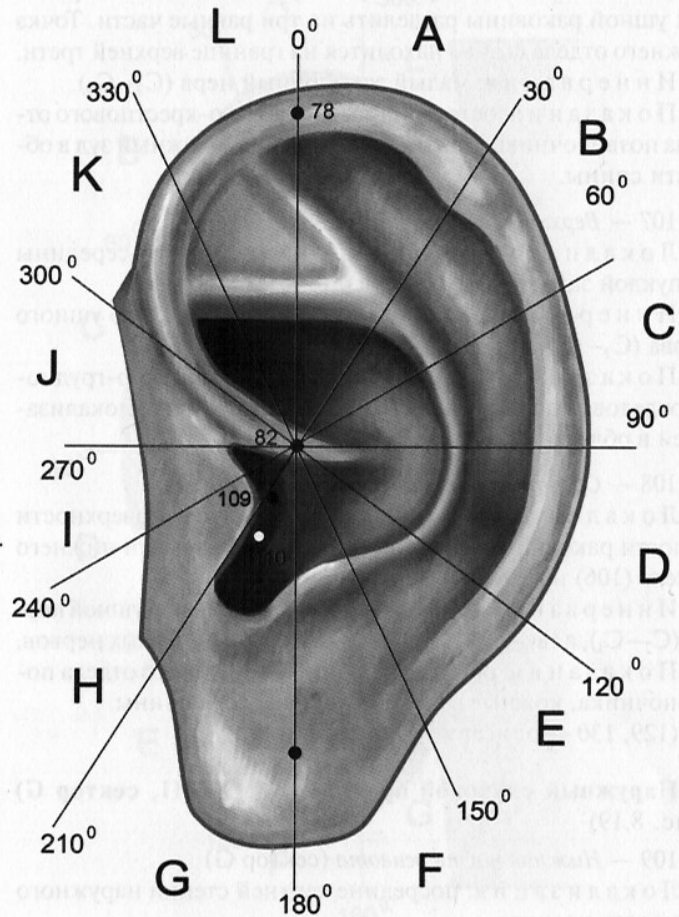


Рис. 8.19. Зона наружного слухового прохода:

109 — нижняя часть живота; 110 — верхняя часть живота

110 — Верхняя часть живота (сектор G)

Локализация: посредине нижней стенки наружного слухового прохода.

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: болевой синдром внутренних органов грудной полости. Иглоукалывание точки эффективно при кардиалгии, кардиоспазме, бронхоспазме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ниже приводятся точки, обнаруженные позже вышеперечисленных. Они описываются в соответствии с международной классификацией.

111 — Носоглазная (сектор G)

Локализация: в зоне козелка посредине между точкой вершины козелка (12) и точкой надпочечника (13).

Иннервация: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

Показания: блефариты, конъюнктивиты, риниты, блефароспазм.

112 — Укачивание (сектор E)

Локализация: в зоне противозавитка (VII) на $\frac{1}{3}$ расстояния от точки шеи (41) до точки, регулирующей дыхание (31).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: симптомокомплекс «укачивания», рвота, тошнота, болезнь Меньера. Воздействие на эту точку рекомендуется с профилактической целью.

113 — Возбуждение (сектор F)

Локализация: в зоне противокозелка (IV) с внутренней стороны посредине между точкой яичка (32) и точкой легких (101).

Иннервация: нервные окончания блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: сонливость, ночной энурез.

114 — Внешний живот (сектор B)

Локализация: в зоне противозавитка (VII), по наружному краю, на уровне нижнего края нижней ножки противозавитка.

И н н е р в а ц и я: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: болевой синдром при почечно-каменной и желче-каменной болезнях, пупочная грыжа.

115 — Тепло (сектор В)

Л о к а л и з а ц и я: в зоне противозавитка (VII) на 2 мм кнутри от его наружного края, на уровне середины нижней ножки противозавитка.

И н н е р в а ц и я: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: раздражение точки дает седативный и сосудорасширяющий эффекты. Применяется при болезни Рейно, гипертонии, бронхиальной астме, эндартериите, кардиоспазме.

116 — Колено (сектор В)

Л о к а л и з а ц и я: по наружному краю противозавитка на уровне верхнего края нижней ножки. П. Ножье считает, что точка колена расположена в центре трехсторонней ямки (зона X).

И н н е р в а ц и я: передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: заболевания и травмы пояснично-крестцового отдела позвоночника, заболевания коленного сустава.

117 — Запор (сектор L)

Л о к а л и з а ц и я: в зоне трехсторонней ямки (X), по верхнему краю нижней ножки противозавитка, над точкой седлишного нерва (52).

И н н е р в а ц и я: нервные окончания блуждающего (X), языкоглоточного (IX) и лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: спастические и атонические запоры.

118 — Нефрит (сектор D)

Л о к а л и з а ц и я: находится в зоне ладьевидной ямки (XI) на 2 мм кнаружи от точки ключицы (63). Точки ключицы (63), аппендикс, третья (70) и нефрита (118) образуют равносторонний треугольник.

И н н е р в а ц и я: передняя ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: хронический пиелонефрит, цистит, энурез.

119 — Анальное отверстие (сектор К)

Л о к а л и з а ц и я: в зоне завитка (XII) на передней его поверхности посередине между точкой прямой кишки (81) и точкой мочеиспускательного канала (80).

И н н е р в а ц и я: ветвь наружного слухового прохода ушно-височного нерва (V).

П о к а з а н и я: трещины ануса, геморрой.

120 — Геморрой (сектор L)

Л о к а л и з а ц и я: в зоне завитка (XII) на передней его поверхности, на одном уровне с гипотензивной точкой (59), против верхнего угла трехсторонней ямки.

И н н е р в а ц и я: передние ушные ветви ушно-височного нерва (V).

П о к а з а н и я: геморрой, трещины ануса.

121 — Малый затылочный нерв (сектор А)

Л о к а л и з а ц и я: в зоне завитка (XII), с внутренней его стороны, на 2 мм вверх от верхней границы Дарвинова бугорка.

И н н е р в а ц и я: передняя ветвь нижней ветви малого затылочного нерва, передняя ветвь верхней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

П о к а з а н и я: головная боль, остеохондроз шейного отдела позвоночника, головокружение, мигрень, невралгия тройничного нерва, эпилепсия, шизофрения, истерическая гемиплегия, тик и контрактуры мимической мускулатуры, тепловой удар, симптомокомплекс «укачивания». Иглоукалывание точки оказывает седативное и болеутоляющее действие.

122 — Панкреатит (сектор В)

Л о к а л и з а ц и я: в чаше раковины (зона XV) посередине между точкой двенадцатиперстной кишки (88) и точкой поджелудочной железы и желчного пузыря (96).

И н н е р в а ц и я: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

П о к а з а н и я: хронический панкреатит.

123 — *Бронхоэктазия* (сектор E)

Локализация: в полости раковины (2 точки) посредине между точками бронхов (102) и точкой легких (101).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: бронхиальная астма, туберкулез легких, эмфизема легких, бронхоэктатическая болезнь.

124 — *Гепатит, вторая* (сектор D)

Локализация: в полости раковины посредине между точкой желудка (87) и точкой селезенки (98).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), лицевого (VII) и языкоглоточного (IX) нервов.

Показания: алкогольный цирроз печени, острый и хронический гепатит.

125 — *Глаза, вторая* (сектор E)

Локализация: в полости раковины (зона XIV) посредине между точкой бронхов (102) и точкой пищевода (85).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: улучшает зрение, поэтому часто используется в сочетании с точками почки (95) или печени (97) при лечении глазных болезней, сопровождающихся понижением зрения.

126 — *Туберкулез* (сектор E)

Локализация: в полости раковины (зона XIV) посредине задней ушной бороздки.

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), лицевого (VII), языкоглоточного (IX) нервов.

Показания: туберкулез легких, бронхопневмония, бронхиальная астма.

127 — *Увеличенная печень* (сектор D)

Локализация: в полости раковины (зона XIV) на уровне середины передней ушной бороздки. Эта точка на-

ходится между точкой цирроза печени (128) и точкой селезенки (98).

Иннервация: передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3), нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX), лицевого (VII) нервов.

Показания: хронический гепатит, алкогольный цирроз печени.

128 — *Цирроз печени* (сектор D)

Локализация: в полости раковины (зона XIV) на уровне окончания ножки завитка, у противозавитка под точкой печени (97).

Иннервация: нервные окончания смешанных ветвей блуждающего (X), языкоглоточного (IX) нервов, передняя ветвь нижней ушной ветви большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: алкогольный цирроз печени, хронический гепатит.

129 — *Спинной мозг, первая* (сектор L)

Локализация: на задней поверхности ушной раковины (зона XVII) в самой верхней части места прикрепления ушной раковины.

Иннервация: малый затылочный нерв (C_2-C_3).

Показания: болезнь Бехтерева, гемиплегия, мышечные атрофии.

130 — *Спинной мозг, вторая* (сектор G)

Локализация: снаружи от места прикрепления задней поверхности ушной раковины, на одной прямой линии с точками верхнего, среднего и нижнего отделов спины (106, 107, 108).

Иннервация: нижняя ветвь большого ушного нерва (C_2-C_3).

Показания: болезнь Бехтерева, гемиплегия. П. Ножье считает эту точку одной из основных в аудикулотерапии и сравнивает ее по эффективности с точкой коры головного мозга (34).

Глава 9

ТОПОГРАФИЯ, ИННЕРВАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ НОВЫХ ТОЧЕК ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Единая нумерация точек ушной раковины в соответствии с европейской классификацией была принята на международной конференции в Южной Корее в 1987 году.

Конфигурация задней поверхности ушной раковины не имеет четких ориентиров, которые позволили бы описать топографию точек, расположенных в этой области. Выше предложен способ нахождения аурикулярных точек на передней поверхности ушной раковины с учетом анатомических ориентиров и деления ушной раковины на сектора (Михайлова А.А., 1993). В этой главе приводится описание 40 точек задней поверхности ушной раковины с учетом того же принципа (см. рисунок).

131 — *Верх мозга* (сектор А–L, 0°).

Локализация: на задней поверхности завитка, симметрично точке вершины уха (78).

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C₂–C₃).

Показания: неврозы, нарушения сна, гипертоническая болезнь.

132 — *Противолихорадочная* (сектор А)

Локализация: на задней поверхности завитка, выше уровня верхнего края Дарвинова бугорка на 7 мм.

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C₂–C₃).

Показания: лихорадочные заболевания.

133 — *Тинь-инь* (секторы А–В, 30°)

Локализация: на уровне середины задней поверхности Дарвинова бугорка.

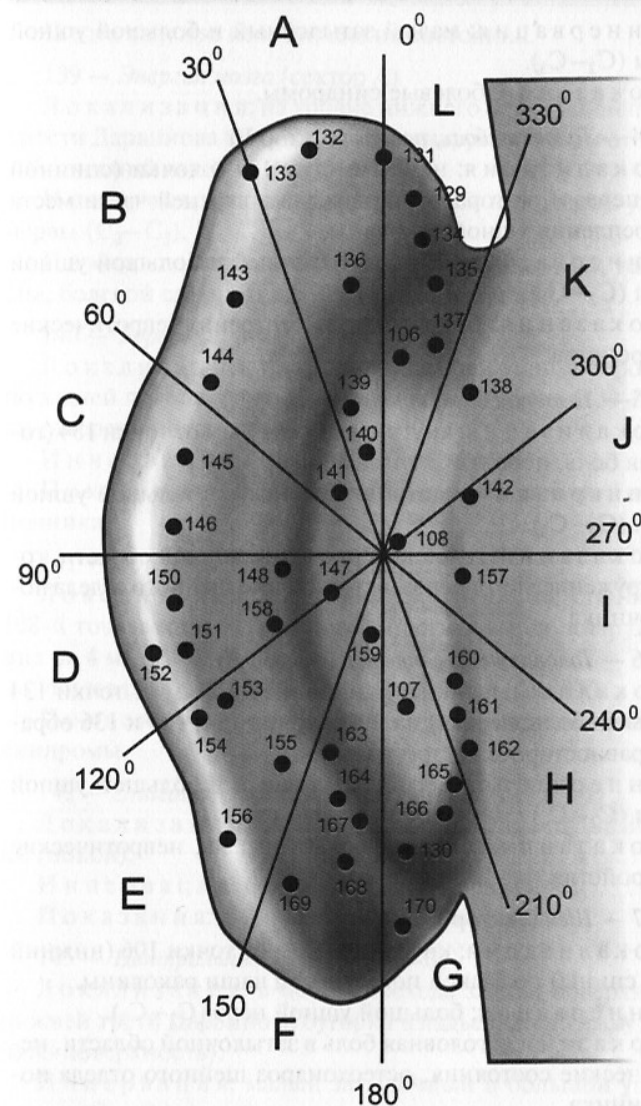


Рис. Зона задней поверхности ушной раковины (40 точек)

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: болевые синдромы.

134 — *Головная боль, первая* (сектор L)

Локализация: на 2 мм ниже 129-й точки (спинной мозг, первая), которая расположена в верхней части места прикрепления ушной раковины.

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: головная боль, мигрень, невротические расстройства.

135 — *Головная боль, вторая* (сектор L)

Локализация: кнутри и вниз на 2 мм от точки 134 (головная боль, первая).

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: головная боль в затылочной области, головокружение, логоневроз, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

136 — *Головная боль, третья* (сектор A)

Локализация: кнаружи и вниз на 2 мм от точки 134 (головная боль, первая) на 2 мм, точки 134, 135 и 136 образуют равносторонний треугольник.

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: головная боль, мигрень, невротические расстройства.

137 — *Шея* (сектор L)

Локализация: кнутри на 2 мм от точки 106 (нижний отдел спины) по задней поверхности чаши раковины.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: головная боль в затылочной области, невротические состояния, остеохондроз шейного отдела позвоночника.

138 — *Покой (седативная)* (сектор K)

Локализация: кнаружи и вниз на 2 мм от точки 137 (шея).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: невротические состояния.

139 — *Энергия мозга* (сектор A)

Локализация: на уровне нижнего края задней поверхности Дарвинова бугорка, вниз и кнаружи на 2 мм от точки 106 (нижний отдел спины).

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: повышенная возбудимость, нарушения сна, болевой синдром в области позвоночника.

140 — *Бороздка, первая* (сектор A)

Локализация: на уровне передней ушной бороздки, по задней поверхности завитка, вниз и кнутри от 139-й точки (энергия мозга).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевой синдром при заболевании позвоночника.

141 — *Бороздка, вторая* (сектор B)

Локализация: посредине расстояния между 106-й и 108-й точками по задней поверхности завитка, кнаружи от них на 4 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: остеохондроз позвоночника, болевые синдромы.

142 — *Эпигастральная область, первая* (сектор J)

Локализация: вниз и кнаружи на 2 мм от 138-й точки (покой).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в эпигастральной области.

143 — *Центральный нерв* (сектор B)

Локализация: в месте перехода задней поверхности нижней трети Дарвинова бугорка в ладьевидную ямку (заднюю поверхность).

Иннервация: малый затылочный и большой ушной нервы (C_2-C_3).

Показания: невротические состояния, болевые синдромы.

144 — *Позвоночник* (сектор B)

Локализация: на уровне нижнего края задней поверхности Дарвинова бугорка

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевые синдромы, патология позвоночника, невротические состояния.

145 — *Спинная боль, первая* (сектор С)

Локализация: на 2 мм ниже 144-й точки (позвоночник).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в области спины.

146 — *Спинная боль, вторая* (сектор С)

Локализация: ниже на 2 мм 145-й точки (спинная боль, первая).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в области спины.

147 — *Ротоглотка* (сектора С—Д, 90°)

Локализация: расположена снаружи и книзу от 108-й точки (средний отдел спины).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), блуждающий (X), языкоглоточный (IX) и лицевой (VII) нервы.

Показания: язвенная болезнь, гастрит, колит.

148 — *Бороздка, третья* (сектор D)

Локализация: снаружи на 2 мм от 147-й точки, в месте перехода задней поверхности ладьевидной ямки в гипотензивную бороздку.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3), блуждающий (X), языкоглоточный (IX) и лицевой (VII) нервы.

Показания: болевой синдром при заболевании позвоночника.

149 — *Язва* (сектор D)

Локализация: вниз и снаружи от 147-й точки (ротоглотка).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: патология желудочно-кишечного тракта.

150 — *Спина* (сектор D)

Локализация: вниз на 2 мм от 146-й точки (спинная боль, вторая).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в спине.

151 — *Легкие* (сектор D)

Локализация: вниз на 2 мм от 150-й точки (спина).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в спине, кашель.

152 — *Люмбаго* (сектор D)

Локализация: на одном уровне с 151-й точкой (легкие) и на 2 мм снаружи от нее, по задней поверхности завитка.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: энурез, люмбагия, импотенция.

153 — *Мезогастральная область* (сектор E)

Локализация: вниз на 2 мм от 151-й точки (легкие).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в мезогастральной области.

154 — *Кашель, астма* (сектор E)

Локализация: на уровне с 153-й точкой, внутри от нее.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: патология бронхо-легочной системы.

155 — *Гипогастральная область* (сектор E)

Локализация: вверх и снаружи на 2 мм от 154-й точки (мезогастральная область).

Иннервация: блуждающий (X), языкоглоточный (IX), лицевой (VII) и большой ушной (C_2-C_3) нервы.

Показания: гастрит, колит, дискинезия желудочно-кишечного тракта.

156 — *Ягодица* (сектор E)

Локализация: вниз на 2 мм от 153-й точки (кашель, астма).

Иннервация: блуждающий (X), языкоглоточный (IX), лицевой (VII) и большой ушной (C_2-C_3) нервы.

Показания: люмбагия, энурез, импотенция.

157 — *Желудочно-кишечный тракт* (сектор I)

Локализация: вниз на 4 мм от 142-й точки (эпигастральная область, первая).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: патология желудочно-кишечного тракта.

158 — *Эпигастральная область, вторая* (сектор D)

Локализация: ниже 148-й точки (бороздка, третья) на 2 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: боли в эпигастральной области.

159 — *Сердце* (сектор F)

Локализация: на середине расстояния между 107-й и 108-й точками, кнаружи от них на 1 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: патология сердечно-сосудистой системы.

160 — *Почечная колика* (сектор H)

Локализация: вниз на 2 мм от 157-й точки (желудочно-кишечный тракт).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: патология почек.

161 — *Пай-лин* (сектор H)

Локализация: вниз и кнутри на 2 мм от 160-й точки (почечная колика).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: точка «общего» действия.

162 — *Ян-хэ* (сектор H)

Локализация: вниз на 2 мм от 161-й точки (пай-лин).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: точка «общего» действия.

163 — *Аппендикс* (сектор F)

Локализация: вниз и кнутри от 158-й точки (мезогастральная область).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: диагностическая точка. Совместно с 68, 69, 70, 90-й точками (аппендикс первая, вторая, третья, четвертая) могут применяться для купирования болевого синдрома при обострении хронического аппендицита.

164 — *Пан-лин* (сектор F)

Локализация: вниз на 2 мм от точки 163 (аппендикс).

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: точка «общего» действия.

165 — *Нижние конечности* (сектор G)

Локализация: вниз от 162-й точки (ян-хэ) на 2 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевой синдром при заболевании конечностей.

166 — *Ухо* (сектор G)

Локализация: вниз от 165-й точки (нижние конечности) на 2 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: вестибулярное головокружение.

167 — *Брюшина, первая* (сектор F)

Локализация: вниз и кнутри от 164-й точки (пан-лин) на 2 мм.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевой синдром при заболевании органов брюшной полости.

168 — *Брюшина, вторая* (сектор F)

Локализация: на задней поверхности мочки уха, симметрично центру второй зоны.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевой синдром при заболеваниях органов брюшной полости.

169 — *И-шан* (сектор F)

Локализация: на задней поверхности мочки уха, симметрично 5-й точки (верхняя челюсть), передней поверхности мочки уха.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: болевой синдром при заболевании органов брюшной полости.

170 — *И-лен* (сектор G)

Локализация: на задней поверхности мочки уха, симметрично центру седьмой зоны, передней поверхности мочки уха.

Иннервация: большой ушной нерв (C_2-C_3).

Показания: точка «общего» действия.

Глава 10

АУРИКУЛЯРНАЯ МИКРОИГЛОТЕРАПИЯ

Метод аурикулярной микроиглотерапии представляет собой одну из разновидностей аурикулярной акупунктуры. Классическая акупунктура сопровождается в ряде случаев определенными болевыми ощущениями, что вызывает у некоторых пациентов и особенно у детей чувство страха и другие негативные реакции.

Микроиглотерапия практически лишена этого недостатка. Как показал наш опыт, целый ряд пациентов отдают предпочтение микроиглотерапии, которую целесообразно сочетать с другими нелекарственными методами (фитотерапия, гомеопатия, физиотерапия, психотерапия).

Микроиглотерапия осуществляется с помощью специальных микроигл, изготовленных из цельного отрезка проволоки (золото, серебро, нихром) диаметром 0,1–0,3 мм. Длина стержня от 1 до 15 мм. Рабочий конец иглы заточен в форме конуса с углом вершины 5–10°.

В последние годы стали широко использоваться кнопочные микроиглы, которые, как правило, вводятся в область конхи. При воздействии на симметричные точки рекомендуется пользоваться микроиглами одинакового размера. Число игл на одну процедуру может быть от 1 до 3–7. Время воздействия от 1 до 5 дней стальными иглами и до 2–3 недель серебряными или золотыми.

Стимуляция микроиглами точек акупунктуры создает искусственную, длительно существующую доминанту, переключающую на себя поток патологических импульсов, что вызывает разрыв патологического круга импульсации и способствует «вытормаживанию» компоненты патологических реакций, развитию парабактериального состояния кожных нервных образований.

В результате этого создаются благоприятные условия для купирования болевого синдрома различного генеза, нормализации мышечного, сосудистого, вегетативного тонуса, уменьшения частоты приступов астмы и явлений гиперкинеза.

Показания к применению аурикулярной микроиглотерапии

1. Неврозы и невротические синдромы: инсомния, страхи, головокружение, головная боль, энурез, логоневроз, импотенция, вагинизм и др.

2. Заболевания периферической нервной системы с болевым (корешковым) синдромом, нарушениями чувствительной и двигательной функций (радикулопатии, невралгии, невриты).

3. Гиперкинезы: спастическая кривошея, тики, лицевой гемиспазм и параспазм.

4. Вегетативно-сосудистая дистония по гипертоническому типу, вегетативно-сосудистые пароксизмы, мигрень, болезнь Меньера, болезнь Рейно.

5. Заболевания периферического отдела вегетативной нервной системы: солитариты, симпатоганглиониты, полиневриты.

6. Климактерические расстройства: приливы, артропатии, гипертензивный синдром, нарушения сна, гипергидроз, депрессивные расстройства.

7. Аллергические состояния: вазомоторный ринит, бронхиальная астма, нейродермит, экзема, крапивница, пищевая аллергия.

8. Болевые синдромы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, колит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

9. Заболевания и дискинезия желудочно-кишечного тракта, желчных путей: эзофагоспазм, кардиоспазм, аэрофагия, запор, геморрой, дискинезия желчевыводящих путей, алиментарное ожирение.

10. Заболевания опорно-двигательного аппарата: остеохондроз, деформирующий спондилез, артрозо-артриты.

11. Гинекологические заболевания: аменоррея, альгодисменоррея, бесплодие.

12. Послеоперационные осложнения: парез кишечника и мочевого пузыря, плекситы и др.

13. Хронический алкоголизм, никотинизм, наркомания (абстинентный синдром, патологическое влечение).

Принцип выбора аурикулярных точек и их сочетание

Методика выбора и сочетания аурикулярных точек проводится с учетом характера заболевания (острое, хроническое) синдромального диагноза, данных параклинических исследований, а также результатов визуального осмотра, пальпации и электродиагностики по точкам ушной раковины.

Наиболее часто применяемые сочетания:

1. Сочетание симметричных точек («общего» действия и болевых).

2. Перекрестные (болевая точка на стороне поражения и точка «общего» действия на противоположной стороне).

3. Сочетание точек «общего» действия (для лечения основного заболевания) и симптоматических (при наличии сопутствующего синдромокомплекса). Предложенный способ применяется наиболее часто.

4. Одностороннее введение микроигл (при различных гомолатеральных болях или односторонних спастических состояниях).

Неврозы и невротические состояния

Неврозы — это заболевания с нерезко выраженными нарушениями в психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяется преимущественно психогенными факторами. Выделяются и классифицируются на протяжении последних десятилетий следующие формы неврозов, и их различные варианты:

- неврастенический невроз (астенический),
- истерический невроз (истерическое состояние),
- невроз навязчивых состояний (невроз страха),
- ипохондрический невроз,
- системный невроз (логоневроз, энурез и т.д.).

Аурикулярная микроиглотерапия при невротических состояниях проводится в два этапа:

1. На первом этапе курсового лечения, независимо от формы невроза или невротического состояния, применяются аурикулярные точки «общего» действия, которые опосредованно влияют на тормозные и возбудимые центры головного мозга, а также нормализуют психовегетативные функции и процесс сон-бодрствование.

2. На втором этапе проводится симптоматическое лечение с использованием аурикулярных точек «максимальной» болезненности и симптоматических точек, имеющих отношение к той или иной патологии внутренних органов (психогенные кардиалгии, психогенная одышка, психогенные нарушения функции желудочно-кишечного тракта, головные боли, сексуальные нарушения, энурез и др.).

Примерная схема лечения неврозов и невротических состояний.

I этап: общерегулирующий (общеукрепляющий).

1-й курс — 5 дней: АТ 55 (2), 34а (2) точка сна; перерыв 2 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 34 (2), 33а (2) точка аффекта; перерыв 2 дня;

3-й курс — 5 дней: АТ 8 (2), 7а (2), 82 (2); перерыв 2 дня;

5-й курс — 3–5 дней: АТ 121 (2), 55 (2), 130 (2), 131 (2).

II этап: симптоматический.

При психогенной кардиалгии:

1-й курс: АТ 100 (2), 55 (2);

2-й курс: АТ 21 (2), 34 (2), 130 (2);

3-й курс: АТ 42 (2), 115 (2), 82 (2), 159 (2).

При психогенной одышке:

1-й курс: АТ 101 (2), 61 (2), 55 (2);

2-й курс: АТ 102 (2), 78 (2), 34 (2);

3-й курс: АТ 82 (2), 95 (2), 130 (2), 150 (2).

Психогенные нарушения желудочно-кишечного тракта:

1-й курс: АТ 86 (2), 55 (2);

2-й курс: АТ 87 (2), 34 (2), 130 (2);

3-й курс: АТ 85 (2), 8 (2), 16а (2), 157 (2).

Психогенные головные боли:

1-й курс: АТ 33 (2), 55 (2), 13 (2);

2-й курс: АТ 36 (2), 34 (2), 22 (2), 135 (2);

3-й курс: АТ 29 (2), 8 (2), 7а (2), 136 (2);

4-й курс: АТ 33 (2), 34 (2), 82 (2), 136 (2).

Психогенное перевозбуждение эякуляционной функции:

1-й курс: АТ 31 (2), 22 (2), 58 (2);

2-й курс: АТ 93 (2), 13 (2), 56 (2);

3-й курс: АТ 95 (2), 52 (2), 53 (2);

4-й курс: АТ 13 (2), 22 (2), 31 (2).

При психогенном торможении эрекции функции и либидо рекомендуется электроакупунктура по корпоральным точкам (см. метод. рекомендации).

Энурез:

1-й курс: АТ 92 (2), 52 (2), 53 (2);

2-й курс: АТ 34 (2), 34а (2), 40 (2);

3-й курс: АТ 55 (2), 82 (2), 96 (2);

4-й курс: АТ 92 (2), 95 (2), 130 (2);

5-й курс: АТ 119 (2), 53 (2), 8 (2), 156 (2).

На втором этапе микроиглотерапии все курсы проводятся по 3–5 дней с перерывом между ними в 7 дней. Под влиянием аурикулярной микроиглотерапии происходит нормализация психовегетативных нарушений, улучшается структура ночного сна, повышается настроение, работоспособность, уменьшается фиксация на психотравмирующей ситуации.

Гиперкинезы (лицевой гемиспазм, спастическая кривошея, писчий спазм, блефароспазм)

Лицевой гемиспазм

Заболевание относится к гиперкинезам простого вида. Характеризуется своеобразными судорогами мышц лица, однообразием локализации без распространения на другие отделы тела. Является сложнообусловленным процессом, вызванным нарушениями в корешково-ядерной иннервации лицевого нерва (Л. С. Петелин, 1970).

Судороги при лицевом гемиспазме болезненные, тонического или клонического, тикозного или смешанного характера. Продолжительность их от нескольких секунд до нескольких минут или часов (тонические судороги). При длительном течении заболевание существенно изменяет мимику лица на стороне поражения и способствует разви-

тию невротического состояния с доминированием депрессивной симптоматики.

Примерная схема аурикуломикроиглотерапии:

В а р и а н т 1 — сочетание симметричных точек «общего» и местного действия.

1-й курс — 5 дней: АТ 55 (2), 11 (2); перерыв 2 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 34 (2), 29 (2), 8 (2); перерыв 2 дня;

3-й курс — 5 дней: АТ 130 (2), 121 (2), 11 (2); перерыв 5 дней;

4-й курс — 3–5 дней: АТ 87 (2), 25 (2), 16а (2), 131 (2).

В а р и а н т 2 — одностороннее сочетание точек «общего» и местного (на больной стороне) действия.

1-й курс — 5 дней: АТ 34, 11; перерыв 2 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 121, 130, 29; перерыв 2 дня;

3-й курс — 3–5 дней: АТ 35, 55, 30а (тик); перерыв 5 дней;

4-й курс — 3–5 дней: АТ 25, 26а, 16а, 137 (2).

При продолжении лечения рекомендуется повторить сочетание точек и курсов, возможно чередовать 1-й и 2-й варианты.

Спастическая кривошея

Спастическая кривошея — гиперкинез преимущественно стволового уровня. Проявляется в виде тонических или тонико-клонических односторонних судорог мышц шеи и функционального «бездействия» мышц противоположной группы. Развивается в результате нарушения постурально-тонической иннервации шейно-тонического рефлекса. Аурикулярная микроиглотерапия эффективна при периферической форме спастической кривошеи.

Примерная схема:

1-й курс — 5 дней: АТ 25 (2), 29 (2), 41 (2); перерыв 3 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 34 (2), 26а (2), 121 (2); перерыв 3 дня;

3-й курс — 3–5 дней: АТ 25 (2), 41 (2), 130 (2); перерыв 3 дня;

4-й курс — 3–5 дней: АТ 13 (2), 55 (2), 63 (2); перерыв 5 дней;

5-й курс — 3–5 дней: АТ 34 (2), 41 (2), 22 (2); перерыв 3 дня;

6-й курс — 5 дней: АТ 55 (2), 30а (2), 29 (2); перерыв 3 дня;

7-й курс — 3 дня: АТ 130 (2), 8 (2), 41 (2), 137 (2); перерыв 3 месяца.

Возможно сочетать микроиглотерапию с корпоральной акупунктурой.

Блефароспазм

Блефароспазм — спазм круговой мышцы глаза. Различают блефароспазм рефлекторного, функционального и органического генеза.

Рефлекторный (защитный) блефароспазм возникает в результате раздражения (воспаления) переднего отрезка глаза, кожи или слизистой век.

Эссенциальный (функциональный) блефароспазм развивается под влиянием неблагоприятных психоэмоциональных воздействий и проявляется в виде навязчивого действия (тика).

Блефароспазм органического генеза встречается при хорее, тетании, кортикальной эпилепсии.

Выделяется также сенильный блефароспазм, возникающий в старческом возрасте в виде изолированного синдрома. При функциональном блефароспазме наблюдается хороший результат аурикулярной микроиглотерапии.

Примерная схема:

1-й курс — 5 дней: АТ 8 (2), 55 (2); перерыв 3 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 111 (2), 34 (2), 29 (2); перерыв 3 дня;

3-й курс — 5 дней: АТ 8 (2), 130 (2), 121 (2); перерыв 3 дня;

4-й курс — 3–5 дней: АТ 111 (2), 87 (2), 55 (2); перерыв 3 дня;

5-й курс — 3–5 дней: АТ 34 (2), 30а (2), 121 (2); перерыв 3 дня;

6-й курс — 3–5 дней: АТ 8 (2), 111 (2), 55 (2), 134 (2), 138 (2).

При выраженном лечебном эффекте можно ограничиться двумя-тремя курсами. При затяжном течении заболевания

лечение продолжается, но перерывы между курсами увеличиваются до 2–3-х недель. Возможно сочетать микроиглотерапию с корпоральной акупунктурой.

Болевые синдромы (невралгия тройничного нерва, корешковые болевые синдромы вертеброгенной этиологии).

Невралгия тройничного нерва

В основе механизма тригеминальной боли лежат симптомы раздражения, проявляющиеся в виде выраженного болевого синдрома. Боли режущие, жгучие, импульсные, острые, периодически возникающие в той или иной зоне его иннервации. Особенности анатомо-физиологических связей тройничного нерва с лицевым нервом, верхним шейным симпатическим узлом, каротидным синусом, стволово-подкорковыми образованиями, корой головного мозга часто приводят к функциональному расстройству центральной нервной системы в результате возникновения очагов застойного возбуждения.

Аурикулярная микроиглотерапия способствует «нетормаживанию» компоненты патологических реакций, разрыву патологического круга импульсаций, переключению на себя потока; патологических импульсов, что создает условия для купирования болевого синдрома и нормализации функционального состояния нервной системы.

Примерная схема:

1-й курс — 5 дней: АТ 16а (2), 121 (2); перерыв 3 дня;

2-й курс — 5 дней: АТ 111 (2), 26а (2), 130 (2); перерыв 3 дня;

3-й курс — 5 дней: АТ 8 (2), 72₆ (2), 55 (2); перерыв 3 дня;

4-й курс — 5 дней: АТ 11 (2), 29 (2), 16а (2); перерыв 3 дня;

5-й курс — 3–5 дней: АТ 29 (2), 87 (2), 111 (2); перерыв 3 дня;

6-й курс — 3–5 дней: АТ 121 (2), 26а (2), 72₆ (2); перерыв 3 дня;

7-й курс — 3–5 дней: АТ 16а (2), 26а (2), 55 (2), 131 (2).

При затяжном течении заболевания лечение следует продолжить, увеличивая перерывы между курсами.

Микроиглотерапия болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника**1. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника**

Примерная схема:

- 1-й курс — 5 дней: АТ 29 (2), 37 (2), 55 (2);
- 2-й курс — 5 дней: АТ 41 (2), 34 (2), 130 (2), 13 (2);
- 3-й курс — 5 дней: АТ 30а (2), 26а (2), 29 (2), 138 (2);
- 4-й курс — 5 дней: АТ 37 (2), 39 (2), 41 (2), 121 (2);
- 5-й курс — 3–5 дней: АТ 16а (2), 34 (2), 55 (2), 22 (2), 144 (2);
- 6-й курс — 3–5 дней: АТ 37 (2), 39 (2), 41 (2), 130 (2), 13 (2).

При выраженном болевом синдроме перерывы между курсами не делаются.

2. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника

Примерная схема:

- 1-й курс — 5 дней: АТ 40 (2), 53 (2), 54 (2);
- 2-й курс — 5 дней: АТ 38 (2), 39 (2), 55 (2), 141 (2);
- 3-й курс — 5 дней: АТ 40 (2), 130 (2), 22 (2);
- 4-й курс — 5 дней: АТ 50 (2), 52 (2), 57 (2), 13 (2);
- 5-й курс — 3–5 дней: АТ 37 (2), 40 (2), 121 (2), 130 (2);
- 6-й курс — 3–5 дней: АТ 39 (2), 40 (2), 22 (2), 144 (2);
- 7-й курс — 3–5 дней: АТ 52 (2), 53 (2), 95 (2).

Возможно сочетание аурикулярной микроиглотерапии и классической корпоральной акупунктуры.

Никотинизм

Аурикулярная микроиглотерапия при абстинентных состояниях в процессе отвыкания широко используется для подавления патологического влечения к никотину.

Примерная схема:

- 1-й курс — 3 дня: АТ 52 (2), 55 (2), 72₁ (2);
- 2-й курс — 3 дня: АТ 72₆ (2), 14 (2), 34 (2);
- 3-й курс — 3 дня: АТ 82 (2), 33а (2), 72₁ (2);
- 4-й курс — 3 дня: АТ 83 (2), 72₆ (2), 14 (2).

Без перерывов между курсами.

Подавление патологического влечения к алкоголю

- 1-й курс — 3 дня: АТ 72₆ (2), 14 (2), 82 (2);

- 2-й курс — 3 дня: АТ 17 (2), 104 (2), 55 (2), 143 (2);
- 3-й курс — 3 дня: АТ 52 (2), 82 (2), 83 (2), 130 (2);
- 4-й курс — 5 дней: АТ 52 (2), 53 (2), 54 (2), 139 (2).

Ожирение

Примерная схема:

- 1-й курс — 3 дня: АТ 17 (2), 18 (2), 82 (2);
- 2-й курс — 3 дня: АТ 55 (2), 22 (2), 23 (2), 147 (2);
- 3-й курс — 3 дня: АТ 34 (2), 17 (2), 18 (2);
- 4-й курс — 3 дня: АТ 82 (2), 55 (2), 87 (2), 158 (2).

Перерывы между курсами не проводятся. Эффективно сочетать данное курсовое лечение с корпоральной точкой GI-14.

- 5-й курс — 3 дня: АТ 22 (2), 23 (2), 28 (2);
- 6-й курс — 3 дня: АТ 17 (2), 18 (2), 104 (2), 130 (2);
- 7-й курс — 3 дня: АТ 87 (2), 84 (2), 17 (2), 18 (2).

Профилактика атеросклероза

Примерная схема:

- 1-й курс — 5 дней: АТ 22 (2), 13 (2), 55 (2), 34 (2);
- 2-й курс — 5 дней: АТ 25 (2), 28 (2), 30 (2), 82 (2), 139 (2);
- 3-й курс — 5 дней: АТ 95 (2), 96 (2), 84 (2), 55 (2);
- 4-й курс — 5 дней: АТ 78 (2), 72₁ (2), 72₆ (2);
- 5-й курс — 5 дней: АТ 21 (2), 14 (2), 19 (2), 136 (2);
- 6-й курс — 5 дней: АТ 13 (2), 45 (2), 26а (20).

Мигрень (в межприступном периоде)

Примерная схема:

- 1-й курс — 3 дня: АТ 29 (2), 25 (2), 35 (2), 55 (2);
- 2-й курс — 3 дня: АТ 52 (2), 82 (2), 8 (2), 135 (2);
- 3-й курс — 3 дня: АТ 37 (2), 23 (2), 58 (2), 130 (2);
- 4-й курс — 3 дня: АТ 16а (2), 22 (2), 29 (2), 136 (2);
- 5-й курс — 3 дня: АТ 121 (2), 78 (2), 35 (2), 137 (2);
- 6-й курс — 3 дня: АТ 87а (2), 104 (2), 21 (2).

Без перерыва между курсами.

Глава 11

СЕМЯНОТЕРАПИЯ ПО ТОЧКАМ УШНОЙ РАКОВИНЫ С УЧЕТОМ ПРИНЦИПА ПОДОБИЯ

Ушная раковина человека представляет собой энергоинформационную систему подобия всего организма. У человека таких систем существует большое количество (кисть, стопа, ушная раковина, носовая полость, радужная оболочка глаза, ягодицы, подмышечные впадины и т.д.).

Расположенные на поверхности тела и в области внутренних органов, они действуют как дистанционные системы управления организмом, взаимодействующие между собой на различных уровнях. Каждая из этих систем имеет большое количество активных зон соответствия всем органам и системам, причем в ряде случаев дублированных многократно (кисть, стопа).

Как известно, на ушной раковине находится большое количество функционально активных точек (зон), которые обладают мощным терапевтическим эффектом. Стимуляция активных точек (зон) проводится с помощью игл, микроигл, массажеров и других искусственных стимуляторов. Особый интерес представляет использование для этих целей семян различных растений и плодов. Как живые открытые биологические структуры, семена обладают большой жизненной силой.

Учитывая то, что ушная раковина человека имеет меньшие размеры, чем кисть и стопа, воздействие на ее активные зоны осуществляется только с помощью семян, имеющих различный вкус, форму и цвет. Широко используется для этих целей задняя поверхность ушной раковины. Воздействие различными природными средствами по принципу подобия эффективно, так как в микросистемах воплощена информация об органах и системах организма, а в семенах растений и плодов сконцентрирована информация о всех их свойствах.

Естественная или искусственная их стимуляция способствует появлению электромагнитных лечебных волн, которые рефлекторно воздействуют на область поражения и устраняют в ней патологию на энергетическом и физическом уровнях (Пак Дже-Ву, 2000).

Семена используются для аппликаций в область соответствия тому или иному органу, но чаще воздействие производится в наиболее болезненную зону. Если семя правильно поставлено, то при нажатии на зону должна ощущаться боль, которая может сопровождаться двигательной реакцией. В начале процедуры семена прикрепляются с помощью лейкопластыря, а затем фиксируются в области активных зон. В области зоны позвоночника (противозавиток) рекомендуется прикреплять цепочку из семян. Если зона достаточно мала (область глаза), используется только одно семя. Аппликацию из семян можно оставлять на ушной раковине от нескольких часов до 2–3-х суток, после чего, при необходимости, их заменяют на новые. У детей часто семена прикрепляют на ночь.

При проведении курса семяноотерапии энергоинформационное поле семян вступает во взаимодействие с активными точками (зонами) больных органов (частей тела) и восстанавливает их энергетический потенциал.

В результате этого семена могут изменять свою структуру, форму, и цвет (становятся мягкими, хрупкими, трескаются, чернеют, увеличиваются или уменьшаются в размерах). Эти изменения являются показателями активного взаимодействия семян с активными точками ушной раковины и предполагают хороший прогноз в процессе лечения.

Некоторые органы нашего тела имеют продолговатую форму (конечности, кишечник, нос, губы), округлую (глаза, голова, молочные железы), бобовидную форму (почки, желудок), грушевидную (матка, желчный пузырь), гроздевидную (поджелудочная железа) и другие формы.

Для лечения заболеваний внутренних органов используются семена с подобной им формой (Пак Чже Ву, 2000). Например, при сердечных заболеваниях используются семена гречихи в области точек сердца 100 или 159, расположенных на задней поверхности ушной раковины. При патоло-

гии позвоночника рекомендуются семена плауна в точку позвоночника (144), а также 145 и 146 (спинная боль, первая и вторая).

Некоторые семена содержат много густого сока, который можно использовать при воспалительных процессах, сопровождающихся образованием слизи (гастрит, бронхит, гайморит, колит и др.). В этих случаях рекомендуется использовать семена льна.

Однако общее правило, которое можно рекомендовать при выборе тех или иных семян, состоит в следующем: семена древесных растений (в основном хвойные породы) рекомендуются использовать для лечения хронических заболеваний, семена трав (двудольные растения) — при острой патологии, а для гармонизации функций всего организма рекомендуются семена однополых растений (злаковые, лилейные).

Так как семена содержат в себе информацию о растении в целом, то при лечении необходимо пользоваться знаниями о его целительных свойствах. Существует большое количество справочников по фитотерапии, которые содержат информацию о целебных свойствах многих растений.

Например, аппликации семян петрушки в области соответствия почек (95) усиливает мочегонный и противовоспалительный эффекты. Воздействие семян боярышника на точку головного мозга (34) и точку покоя (138) оказывает седативный, а на точки сердца (100) и (159) — антиаритмический эффекты. Семена майского ландыша помогают улучшить работу сердца (100) при хронической сердечной недостаточности.

Стимуляция семенами лимонника китайского точек ушной раковины 55, 34, 33, 29, 139 способствует повышению трудоспособности, уменьшению умственной и физической усталости.

Семена черемухи и черники обладают вяжущими свойствами, их можно использовать при поносах, поместив в зоны соответствия тонкому и толстому кишечнику (89, 91), а семена укропа и тмина оказывают хороший эффект при метеоризме.

Семена шиповника рекомендуется использовать как желчегонное средство (96, 97), а при застое желчи (155) хороший эффект оказывают семена овса.

Семена риса помогают при бронхитах и бронхиальной астме (101, 102, 31, 151); льна — при запорах, зубной боли; ноготков — при воспалении глаз (8) и тромбозах (48, 49) и т.д. Этот список можно продолжать бесконечно.

В зависимости от формы, цвета и вкуса семян их можно разделить на шесть групп.

1-я группа — семена зеленого цвета, имеющие удлинённую форму и кислый вкус. Эти семена можно использовать для уменьшения отеков (95), жировых отложений (17, 18, 97, 84, 87), для улучшения работы печени и желчного пузыря (96, 97), суставов и мышц (37, 38, 39, 40, 50, 52, 152), а также для усиления перистальтики кишечника (89, 91, 153), уменьшения выделений при насморке (14), поносе (96, 91), слезотечении (8, 111), потливости (23, 13).

2-я группа — семена красного цвета, овальной формы и острого вкуса. Они используются для нормализации работы сердца, тонкого кишечника, кровеносных сосудов. Семена можно рекомендовать для лечения вирусных заболеваний (грипп, ОРВИ), судорогах и спазмах, при бронхиальной астме (31, 13, 101, 102, 151), атеросклерозе сосудов головного мозга (21, 34, 55, 131) и других заболеваниях.

3-я группа — семена оранжевого цвета, круглой формы и приятного, освежающего вкуса. Они рекомендуются как обладающие общеукрепляющим действием при заболевании нервной системы, а также для повышения иммунитета, ускорения процессов заживления ран и при кожной патологии.

4-я группа — семена желтого цвета, овальной формы и сладковатого вкуса. Они используются для стимуляции функции желудочно-кишечного тракта, улучшения лимфооттока, для купирования болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника, при моче- и желчекаменной болезни.

5-я группа — семена коричневого цвета, полусферической формы и горьковатого вкуса. Они применяются при заболеваниях легких, толстого кишечника, кожи и слизистых оболочек.

6-я группа — семена черного цвета, ребристой формы и солоноватого вкуса. Применяются при заболевании почек, мочевого пузыря, костей, зубов. Рекомендуется при повышенной температуре и для уменьшения веса тела.

При семянотерапии следует учитывать следующие правила:

При болевых синдромах лучше всего воздействовать на 1–2 максимально болезненные точки, в соответствии с локализацией процесса.

При наличии хронической патологии (аллергодерматозы, бронхиальная астма, дисбактериоз и др.), помимо специфических точек необходимо брать 1–2 точки, влияющие на иммунные процессы.

Организм — это единое целое, поэтому необходимо учитывать связь между заболеванием одних органов и состоянием других (инь-ян). А значит, необходимо вводить в рецепт болезненные точки смежных органов.

Малейшие нарушения в области позвоночника могут отрицательно сказаться на состоянии внутренних органов и систем. Поэтому рекомендуется вводить в рецепт 1–2 точки, имеющие связь с опорно-двигательным аппаратом.

Поскольку главную контролирующую функцию в нашем организме выполняет головной мозг, в рецепт необходимо включать точки центральной нервной системы, нормализующие процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Таким образом, семянотерапия — метод безопасного и эффективного лечения по точкам ушной раковины. В семенах заложен огромный энергетический потенциал, способный нормализовать нарушенные функции организма и помочь сохранить здоровье человеку.

Глава 12

МАССАЖ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Различают зональный и точечный массаж. Зональный массаж начинается с поглаживания ушной раковины в направлении сверху вниз, а в последующем разминания до покраснения между большим пальцем, располагающимся на передней поверхности ушной раковины и остальными пальцами на задней. Затем массируется теми же пальцами та или иная зона ушной раковины в зависимости от заболевания.

Например, при болях в поясничной области массируется область перехода противозавитка в нижнюю ножку, для снятия напряжения мочки уха, для понижения артериального давления — нисходящая часть завитка и область гипотензивной бороздки.

Для точечного массажа в области ушной раковины используются различные приспособления: стержень с шаровидным концом диаметром 1–1,5 мм, глазная стеклянная палочка также с шаровидным концом, стержень шариковой ручки, пуговчатый зонд. Массаж проводится правой рукой, а левая фиксирует ушную раковину сзади.

По данным П.Ножье (1976), амплитуда движений при точечном массаже не должна превышать 5 мм. Вначале нужно сделать 2–3 движения в одном направлении, а затем столько же в — перпендикулярном. Для массирования избирается направление с наименьшим уровнем боли, или делаются вращательные движения. По восточным представлениям вращение по часовой стрелке оказывает тонизирующий эффект, а против часовой — тормозящий. Продолжительность массажа в области одной аурикулярной точки — 1 мин.

Местные ощущения при массаже точек ушной раковины двухфазны: сначала усиливается болезненность, появляется чувство локального тепла и жжения, затем боль постепенно

уменьшается или исчезает совсем, появляется ощущение горения всей ушной раковины. При проведении массажа постепенно купируется боль в пораженном органе или части тела.

Принципиальное значение имеет выбор стороны воздействия. При одностороннем болевом синдроме (мигрень, невралгия, зубная боль, кардиалгия) массаж производится в гомолатеральной зоне ушной раковины, при нечеткой дифференциации синдрома или локализации процесса по средней линии массаж производится с двух сторон, при равноценности болевого синдрома справа и слева (головная боль) выбирается точка «максимальной» болезненности (см. топографию аурикулярных точек).

Самомассаж ушной раковины

Самомассаж способствует уменьшению психоэмоционального напряжения, купирует боли различной локализации, восстанавливает сон, нормализует артериальное давление, оказывает противозачаточное действие (П. Ножье).

Самомассаж различных рефлексогенных зон ушной раковины проводится 2–3 раза в день, начинают его с поглаживания в направлении сверху вниз к лимфатическим узлам, расположенным снизу, сзади и впереди ушной раковины. Процедура проводится до ощущения приятного тепла.

При болевом синдроме проводится общее поглаживание ушной раковины, а затем рекомендуется массаж конкретной зоны: при болях в области позвоночника — массаж противозавитка, при головной боли — массаж противокозелка, при болях в области сердца — массаж центра полости раковины. Процедуру можно выполнять одновременно, воздействуя на ушные раковины справа и слева.

При нарушении сна следует оказывать щипцеобразное поглаживание мочки уха в сочетании с двумя-тремя глубокими вдохами (В. И. Иванов, 1991). При повышении артериального давления проводится массаж нисходящей части завитка и гипотензивной бороздки. При чувстве напряжения, тревоге осуществляется равномерное, симметричное поглаживание мочки уха в течение 5–10 минут. По данным

П. Ножье, для оказания противозачаточного эффекта необходимо проводить ежедневный (2–3 раза в день) массаж восходящей части завитка (от АТ 78 до 82) против часовой стрелки. При респираторных заболеваниях можно проводить массаж и прогревание полынными сигарами зоны козелка, где расположены АТ 14 (наружный нос), АТ 15 (горло и гортань), АТ 16 (полость носа), АТ 111 (носоглазная) и АТ 13 (надпочечник). Массаж зоны козелка (АТ 13) и межкозелковой вырезки (АТ 22) способствует повышению защитных сил организма.

Для купирования боли в области сердца необходимо провести массаж центральной части полости раковины (слева) и области грудного отдела позвоночника симметрично (противозавиток).

Массаж ушной раковины заканчивается поверхностным поглаживанием заушной области и области раковины с выполнением двух-трех полных дыханий.

Приложение 1

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ (по механизму действия аурикулярных точек)

Точки, оказывающие регулирующее действие на центральную нервную систему:

7а, 8, 25, 29, 33, 33а, 34а, 34, 35, 36, 51, 5, 82, 87, 95, 100, 104, 112, 121, 130, 131, 139.

Седативное действие:

7а, 8, 34, 55, 100, 130, 138.

Снотворное действие:

29, 34а, 55, 87, 95, 130, 138.

Противосудорожное действие:

29, 34, 55, 95, 104, 130, 139.

Тонизирующее действие:

34, 98, 104, 121, 130, 170.

Повышение тонуса сосудов:

21, 34, 98, 100, 104, 159.

Гипотензивное действие:

19, 34, 55, 59, 72, 78, 105 (1, 2, 3), 130, 131, 153, 138.

Диуретическое действие:

52, 92, 93, 95, 104, 118, 160.

Слабительное действие:

81, 91, 96, 97, 104, 117, 157.

Антиспастическое действие:

13, 30а, 51, 55, 82, 104, 130, 138.

Отхаркивающее действие:

13, 15, 55, 101, 102, 103, 123, 126, 151.

Антиаллергическое действие:

3, 22, 28, 31, 55, 71, 78, 82, 91, 101, 104, 154.

Противовоспалительное действие:

13, 22, 34, 82, 87, 97, 104, 132.

Жаропонижающее действие:

13, 22, 34, 72, 78, 82, 97, 132.

Прил. 1. Терапевтический указатель по механизму действия точек

Нормализация менструального цикла:

13, 22, 23, 28, 56, 58, 82, 95, 104, 109, 130, 167.

Противоболевое действие:

16а, 22, 25, 26а, 29, 33, 34, 51, 55, 82, 87, 95, 104, 109, 110, 121, 131.

Нормализация тонуса вегетативной нервной системы:

13, 21, 23, 51, 55, 82, 83, 104, 138.

Аналгезия:

1, 5, 6, 7, 29, 34, 41, 55, 81, 82, 95, 101, 104, 121, 131, 139.

Купирование абстиненции (никотиновой, алкогольной, наркоманической):

14, 33а, 29, 34, 51, 55, 72, 72₁, 72₂, 72₃, 72₄, 72₅, 72₆, 101, 102, 103.

Используемые при тиках:

8, 11, 29, 30а, 34, 41, 51, 55, 104, 113, 130, 139.

Понижение аппетита:

17, 18, 22, 55, 84, 167, 168.

Стимуляция зрения:

8, 24а, 24б, 125, 95, 97.

Стимуляция слуха:

9, 20, 95, 96, 162.

Регулирование обмена веществ:

13, 22, 23, 26а, 28, 30, 45, 82, 87, 95, 104, 153, 155.

Регулирование иммунитета:

13, 14, 25, 26а, 87, 97, 104, 170.

Стимулирование либидо:

26а, 22, 28, 32, 152.

Купирование зубной боли:

1, 2, 3, 4, 7, 26, 27, 95.

Купирование головной боли:

29, 33, 34, 35, 36, 55, 130, 134, 135, 136.

Купирование почечной колики:

88, 95, 160.

Купирование печеночной колики:

96, 97, 55, 164, 153.

Противоотечное действие:

51, 95, 99, 100, 101, 160.

Дезинтоксикационное действие:

97, 122, 87, 101, 13, 104.

Приложение 2

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ АУРИКУЛЯРНЫХ ТОЧЕК, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СИМПТОМАХ И СИНДРОМОКОМПЛЕКСАХ

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Абстиненция	14, 72 ₆ , 82, 52, 101, 151
Абсанс (кратковременное расстройство сознания при эпилептическом припадке)	34, 130, 25, 139
Агарофобия (боязнь открытых пространств)	8, 87, 96, 93, 82, 78
Агрессивность	8, 1, 33, 130, 131
Альгодисменорея	79, 56, 58, 55, 22
Алкоголизм	72 ₆ , 55, 101, 14, 124, 76, 77
Аллергия	1, 37, 82, 78, 71, 154
Алопеция	75, 22, 151
Аменорея	22, 23, 58, 56, 28, 104
Амнезия	8, 84, 25
Ампутированная конечность	8, 26, 72 ₆ , 37, 82, 130, 36, 165
Ангина	8, 84, 119, 130, 10, 103а, 147
Анорексия	88, 72 ₆ , 37, 130, 34
Аппетит повышенный	88, 72 ₆ , 37, 130, 34, 167
Аритмия	13, 130, 36, 159
Артериит	51, 82, 21
Артроз	8, 57, 72 ₆ , 37, 72 ₁ , 36, 165
Артроз плечевого сустава	64, 37, 29, 121
Артроз локтевого сустава	66, 39, 113, 34
Артроз лучезапястного сустава	67, 37, 13, 34
Артроз тазобедренного сустава	50, 38, 40, 52, 165

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Артроз коленного сустава	49, 116, 22, 130, 165
Артроз голеностопного сустава	48, 40, 13, 130, 163
Артроз верхнечелюстного сустава	5, 11, 84, 147
Астма	101, 16а, 13, 130, 148, 151
Аэрофагия	8, 87, 96, 82, 147
Базедова болезнь	84, 79, 45, 41, 137
Бедро	82, 37, 8, 26, 52, 37, 76, 13
Бессонница	101, 37, 82, 78, 72 ₁ , 130, 27, 33, 139а
Блефароспазм	8, 111, 34, 29
Болезнь Рейно	72 ₆ , 37, 82, 36
Боли в пояснице	8, 26, 72 ₆ , 37, 82, 78, 130, 150
Боли геморроидальные	26, 87, 96, 119, 52, 93, 78, 13
Боли в одной половине тела	34, 26а
Боли подошвенные	26, 57, 72 ₆ , 82, 78, 130, 36, 46, 47, 165
Бронхи	102, 101, 13, 130, 148, 154
Булимия	8, 72 ₆ , 84
Ваготония	101, 42, 82, 131
Верхняя челюсть	5, 68, 101, 88, 33, 13, 37
Висцеральгия (боль во внутренних органах)	87, 96, 93, 13, 82, 78, 130, 167, 168
Влагалище	56, 84, 14, 23
Возбуждение, волнение, беспокойство	8, 1, 33, 130, 34, 55, 139
Геморрой	26, 87, 96, 119, 52, 78, 130, 120, 91
Гипертензия артериальная	84, 33, 82, 78, 131, 139
Гипотензия артериальная	34, 21, 105, 59
Глаз (боли)	8, 52, 37, 82, 78, 72 ₁ , 23
Глаза (заболевание)	8, 16а, 87, 52, 13, 37, 82, 78, 72 ₁
Глаукома	8, 23
Глоссалгия	4, 2, 3, 22, 34

Продолжение указателя

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Голени	48, 52, 57, 72 ₆
Головные боли	34, 8, 96, 88, 33, 55, 134, 135, 136
Головокружение	26а, 25, 29, 112
Гортань, глотка	14, 15, 84, 130, 147
Гнев	55, 34, 8, 1, 33, 130, 139
Депрессия	8, 1, 16а, 84, 13, 82, 72 ₁ , 131
Дисменорея	84, 79, 33, 130, 23
Желудок	8, 87, 96, 95, 13, 130, 55
Желчный пузырь	1, 96, 88, 13, 78, 153
Живот	44, 8, 87, 13, 82, 78, 130, 115, 167
Заболевания глаз	8, 81, 52, 130, 97
Запоры	8, 87, 96, 117
Затруднения с психической концентрацией	34, 25, 36
Затылок (боль)	29, 36, 55
Зубы (боль)	1, 7, 8, 26, 88, 33, 37
Зуд	71, 16а, 93, 13, 151
Зуд анального отверстия	1, 37, 82, 78, 119, 71
Зуд влагалища	1, 37, 82, 78, 23, 56
Икота	8, 87, 82, 83
Импотенция	78, 130, 23, 79, 8, 34, 104, 152
Интоксикация	72 ₆ , 87, 97
Истерия	26а, 130, 29, 34, 55, 139
Ишиас	8, 52, 57, 72 ₆ , 37, 82, 81, 78
Кардиалгия	42, 21, 100, 55, 159
Кашель	101, 13, 55, 31, 154
Кишечник	8, 87, 96, 119, 91, 13, 145
Кишка прямая	91, 84, 14, 23
Клаустрофобия (боязнь закрытых пространств)	33, 25, 29, 22, 13, 28, 34, 33а, 55, 138
Климакс	130, 96, 97, 138
Кожа	16а, 93, 13, 78, 130, 22
Коксартрит (артрит тазобедренного сустава)	8, 57, 72 ₆ , 37, 72 ₁ , 36, 50, 152

Продолжение указателя

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Кокциалгия (боль в копчике)	38, 26, 87, 96, 119, 52, 93, 82, 78, 130
Колено (расстройства двигательные)	52, 57, 13, 81, 130
Колено (расстройства чувствительные)	82, 78, 8, 57, 37, 72 ₁ , 130, 36
Конечности нижние (подагра)	52, 57, 13, 37, 130, 23, 46, 47, 165
Конечности верхние (болезнь Рейно)	36, 72 ₆ , 13, 82, 78, 72 ₁ , 130, 62, 67, 37
Конъюнктивит (воспаление соединительной оболочки глаза)	8, 52, 37, 82, 72 ₁ , 78, 23
Копчик	26, 87, 96, 119, 52, 93, 82, 78
Кошмары	8, 33, 34, 55, 130, 139
Крапивница	1, 37, 82, 78, 16а, 93, 13, 71
Кровотечение носовое	111, 96, 88, 13, 78, 130
Культя	8, 26, 72 ₆ , 37, 82, 130, 36
Легкие	101, 16а, 13, 130, 148, 151
Лекарства (интоксикация)	72 ₆ , 72 ₁ , 14
Либи́до	26а, 72 ₆ , 22, 152
Лицевая невралгия	26а, 29, 25, 121, 131
Лишай опоясывающий	13, 82, 72 ₁ , 75
Лоб	33, 8, 1, 37, 82, 78, 72 ₁
Матка	58, 56, 8, 79, 78, 23, 130
Менопауза	79, 33, 130, 23, 22, 13, 55, 34, 138
Менструация (расстройства)	23, 82, 79, 33, 130, 58, 167
Метроррагия (ациклические маточные кровотечения)	82, 23, 79, 87, 33, 130
Мигрень офтальмическая	8, 16а, 87, 52, 13, 37, 82, 78, 134, 135
Мочевой пузырь, мочеточники	8, 87, 96, 119, 93, 13, 92
Насморк сенной	16а, 84, 79, 96, 23, 14, 154

Продолжение указателя

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Невралгии лица, тройничного нерва	8, 87, 36, 16а, 121, 25, 131
Неврастения	7а, 8, 130, 55, 34, 34а, 33, 138
Неврит шейно-плечевой	26, 72 ₆ , 37, 80, 36, 37, 144
Невроз навязчивых состояний	34, 55, 84, 14, 34, 23, 138
Недержание мочи	8, 87, 96, 119, 93, 13, 92, 34, 52
Неустойчивость	33, 81, 130
Нога	8, 72 ₆ , 37, 82, 130, 36, 165
Нос	14, 111, 13
Обмен веществ	87, 130, 22
Обоняние	8, 1, 16а, 84, 79, 96, 14
Одышка	101, 16а, 13, 130, 31, 154
Ортосимпатикотония	33, 82, 21, 130, 131
Острота зрения	8, 16а, 87, 52, 13, 37, 82, 78
Отит (воспаление уха)	9, 8, 16а, 87, 52, 13, 37, 82, 78, 72 ₁
Пальцы	62, 67, 63
Парасимпатикотония	82, 42, 93, 75
Парез	13, 130, 75, 25, 131
Печеночная колика	1, 96, 88, 82, 78, 130
Печень	1, 96, 88, 82, 78, 130, 153
Пищеварение	87, 96, 88, 157
Писчий спазм	62, 67, 29, 55, 157
Плечо	121, 37, 82, 78, 64, 65
Повышенная чувствительность	82, 78, 139
Подагра	52, 57, 72 ₆ , 13, 57, 22, 165
Подозрительность	8, 1, 33, 130, 34, 55
Позывы к мочеиспусканию	8, 87, 96, 119, 93, 13
Половые органы наружные	8, 84, 72 ₆ , 14, 82, 78, 130, 23
Половые органы внутренние (железы)	8, 79, 33, 78, 130, 23
Понос	87, 96, 8, 145
Почечная колика	88, 95, 121, 55, 160

Продолжение указателя

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Почки	95, 79, 93, 72 ₆ , 37, 82, 78, 72 ₁
Поясница	52, 138
Предплечье	64, 65, 72 ₆ , 37, 82, 72 ₁ , 78
Развитие, рост (трудности)	84, 79, 33, 13, 22, 157
Раздражительность	130, 33, 1, 8, 82, 34, 55, 14
Расстройства движений нижних конечностей	57, 13, 81, 36, 46, 47, 48, 140
Расстройства кровообращения	21, 51, 37, 82, 78, 72 ₁ , 130
Расстройства мочеиспускания	87, 96, 8, 119, 13, 93, 82
Расстройства чувствительности нижних конечностей	52, 163
Роды (боль)	79, 33, 58, 56, 34, 164, 165
Рот	84, 8, 26, 88, 33, 13, 37
Рука	62, 67, 37
Сенная лихорадка	8, 72 ₆ , 37, 82, 78, 72 ₁ , 130, 36
Сердце (боли)	48, 72 ₆ , 37, 82, 78, 72 ₁ , 130, 36, 153
Сердце (мышца)	13, 130, 36, 100, 153
Слух	9, 16а, 57, 37, 82, 78, 72 ₁ , 130, 162
Сон	37, 82, 78, 72 ₁ , 130, 34, 144
Спина	82, 72 ₁ , 40, 145, 146, 150
Спондилоартрит, спондилоартроз	130, 28, 22, 37, 106, 107, 108
Стерильность (бесплодие)	23, 130, 78, 79, 8, 83
Страдания эмоциональные	8, 1, 16а, 84, 79, 96, 33а, 138
Страх, испуг	8, 101, 87, 96, 93, 13, 82, 78, 131, 138
Судороги, конвульсии, спазмы	33, 81, 130, 36, 57, 13, 29, 131
Табак (влечение)	72 ₆ , 33, 14, 82, 151
«Теннисный локоть» (эпикондолит локтевого сустава)	72 ₆ , 13, 66

Окончание указателя

Симптомы и синдромокомплексы	Аурикулярные точки
Тик	29, 8, 30а, 34, 130, 141
Тошнота	112, 79, 42, 93, 75, 104, 157
Тревога, тоска	34, 8, 87, 96, 93, 13, 82, 78, 138
Угри, акне, воспаление сальных желез (на лице)	72, 22, 23, 13
Усталость	8, 37, 82, 78, 72, 157
Уретрит	78, 8, 96, 119, 93, 13
Уши	9, 16а, 57, 37, 82, 78, 72, 166
Фибромиома	23, 33, 130, 79, 164, 165
Фобии	34, 130, 55, 104, 131, 138
Фригидность	26, 84, 79, 119, 93, 14, 23.
Фурункулы	13, 119, 87, 84, 130
Холазион	8, 13, 78
Холестит	96, 88, 13, 78, 130, 164, 165,
Цирроз	96, 13, 88, 78, 82, 87, 124, 127, 128
Цистит	8, 1, 26, 87, 96, 119, 92, 13
Чувствительность к шуму	8, 16а, 57, 130, 34
Чувство страха	13, 130, 36, 131
Шум, звон в ушах	26, 16а, 57, 37, 82, 78, 72, 130
Шея	26, 29, 41, 137
Шейно-плечевые боли	37, 82, 130, 72, 16а
Шок аллергический	1, 37, 82, 78, 71, 131
Эмоциональность	16а, 78, 130
Экзема	16а, 93, 13
Эпилепсия	33, 82, 130, 34, 131
Ягодицы	52, 53, 57, 72, 37, 82, 78, 156
Яичники	79, 33, 130, 23, 56, 168

Приложение 3

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ПО АУРИКУЛЯРНЫМ ТОЧКАМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СИМПТОМАХ И СИНДРОМОКОМПЛЕКСАХ

Ниже приводится примерная схема аурикулярных процедур (2–4), с воздействия на которые рекомендуется начинать лечение.

Это точки так называемого «общего» действия, которые улучшают психоэмоциональное и иммунное состояние пациентов. Точки практически всегда берутся симметрично с двух сторон. Последующие процедуры врач назначает с учетом жалоб пациентов, результатов объективного обследования, а также многих других факторов, которые выявляются в процессе обследования, наблюдения за больным, динамики клинического состояния, данных параклинического и инструментального обследования.

Одним из главных принципов в рефлексотерапии является принцип соблюдения определенной последовательности при проведении лечебных процедур.

Врач должен четко понимать, какие изменения в организме последовательно происходят под влиянием процедур, чтобы следующие изменения могли осуществляться на уже подготовленной почве.

Для контроля за динамикой состояния пациентов применяется метод РАМС, позволяющий оперативно проводить наблюдение за отдельными органами и системами практически всегда, когда проводятся аурикулярные процедуры.

В процессе лечения нельзя останавливаться на однократном обследовании, следует периодически повторять диагностику для подтверждения правильности назначенных процедур.

Схема аурикулярных процедур

Наименование синдрома	Процедура	Время, мин	Аурикулярные точки
Абстинентное состояние	1	60	АТ-72 ₁ , 14, 100, 101, 97, 95, 82
	2	60	АТ-72 ₂ , 89, 96, 128, 13, 55, 34a
	3	60	АТ-72 ₃ , 131, 139, 151
	4	60	АТ-72 ₄ , 101(2), 102 (2), 55, 28, 26a
Аднексит хронический	1	20	АТ-55, 58, 23
	2	25	АТ-38, 40
	3	25	АТ-23, 13, 45
Аднексит хронический (в стадии обострения)	1	20	АТ-55, 23, 13, 38
	2	25	АТ-55, 58, 52, 109, 22
	3	25	АТ-13, 104, 23
Аллергические реакции	1	20	АТ-13, 22
	2	25	АТ-71, 73
	3	25	АТ-72 ₁ , 131
	4	30	АТ-72 ₂ , 13, 87
Алоpecia	1	12	АТ-55, 101, 13
	2	15	АТ-34, 22, 73
Альгоменоррея	1	20	АТ-58, 95
	2	25	АТ-55, 13, 121
Аменоррея (гипоменоррея)	1	12	АТ-55, 58, 23
	2	15	АТ-34, 13, 56, 40
	3	15	АТ-45, 23, 28
Артериальная гипертензия I степени	1	25	АТ-55, 100, 19, 42
	2	30	АТ-34, 59, 105 ₁
	3	30	АТ-139, 15
	4	35	АТ-21, 19, 100
Артериальная гипертензия II степени	1	25	АТ-55, 59, 100
	2	30	АТ-34, 21, 105 ₁ , 19
	3	30	АТ-131, 159
	4	35	АТ-21, 19, 100
Артериальная гипертензия III степени	1	30	АТ-55, 100, 82, 59
	2	40	АТ-34, 29, 105 ₁
	3	45	АТ-19, 42, 13, 105 ₂ , 105 ₃
	4	45	АТ-105 ₁ , 21, 59
Артрит голеностопного сустава	1	25	АТ-55, 121, 95, 48, 13
	2	30	АТ-130, 26a, 48, 22, 49

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Процедура	Время, мин	Аурикулярные точки
Артрит коленного сустава	1	25	АТ-55, 13, 49, 48
	2	30	АТ-34, 22, 50, 52
Артрит локтевого сустава	1	25	АТ-13, 55, 64
	2	30	АТ-22, 34, 65
Артрит лучезапястного сустава	1	25	АТ-55, 62, 121, 13
	2	30	АТ-130, 64, 95, 22
Артрит плечевого сустава	1	20	АТ-64, 13, 55
	2	25	АТ-65, 66, 34
Артрит тазобедренного сустава	1	25	АТ-55, 13, 50, 121
	2	30	АТ-95, 22, 40, 97
	3	30	АТ-48, 38, 40, 95
Астеническое расстройство	1	12	АТ-55, 33
	2	15	АТ-34, 29, 34a
	3	15	АТ-131, 138
Блефароконъюнктивит хронический	1	20	АТ-55, 13, 8, 22
	2	25	АТ-130, 45, 104, 97
Блефароспазм (рефлекторный, истерический)	1	30	АТ-55, 8
	2	40	АТ-34, 111, 11
Брадиаритмия	1	20	АТ-102, 13, 34
	2	25	АТ-101, 22, 95
Брадикардия	1	12	АТ-100, 21, 55
	2	15	АТ-82, 42, 13
Бронхиальная астма	1	30	АТ-55, 101, 61, 42
	2	35	АТ-34, 13, 31, 102
	3	35	АТ-151, 154
Бронхит (простой)	1	20	АТ-55, 102, 104
	2	25	АТ-34, 61, 31
	3	25	АТ-151, 154
Бронхит хронический (астматический)	1	30	АТ-55, 101, 13, 18
	2	35	АТ-34, 23, 91, 17
Бронхопневмония (хроническая)	1	20	АТ-102, 101, 13, 104
	2	25	АТ-55, 61, 31, 22
Бронхоэктатическая болезнь	1	30	АТ-55, 13, 123, 61
	2	35	АТ-31, 101, 100, 95

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Вагинит (хронический)	1	25	АТ-55, 13, 58, 114, 23
	2	30	АТ-130, 22, 56, 38
Варикозное расши- рение вен нижних конечностей	1	25	АТ-21, 100, 46
	2	25	АТ-82, 23, 50, 165
Воспаление среднего уха	1	30	АТ-13, 20, 11
	2	35	АТ-95, 82, 9, 10
Гайморит хронический	1	25	АТ-14, 13, 71, 55
	2	30	АТ-12, 111, 11, 22, 10
Гастрит хронический	1	20	АТ-87, 13
	2	25	АТ-88, 73, 157
Гастрит хронический с гиперсекрецией	1	30	АТ-55, 87, 13, 17
	2	35	АТ-34, 86, 39, 157
Гастрит хронический с гипосекрецией	1	25	АТ-100, 117, 97
	2	25	АТ-34, 86, 88, 39
Гастродуоденит хронический	1	20	АТ-55, 88, 39, 13, 17
	2	25	АТ-34, 87, 96, 157
Гастродуоденит хронический (в стадии обострения)	1	25	АТ-55, 87, 86, 39
	2	30	АТ-34, 88, 96, 157
Геморрой	1	20	АТ-91, 89, 117
	2	25	АТ-55, 87, 120
	3	25	АТ-21, 119
Гепатит хронический	1	25	АТ-55, 97, 124, 13
	2	30	АТ-34, 61, 128
	3	30	АТ-124, 13, 97
Гепатит хрониче- ский (в стадии обострения)	1	30	АТ-55, 97, 124, 95
	2	35	АТ-34, 61, 128, 23
Герпес симлекс	1	20	АТ-55, 13, 97
	2	25	АТ-34, 98, 22, 41
Гипермоторная дискинезия толстого кишечника	1	30	АТ-55, 117, 91, 38
	2	35	АТ-34, 157, 13

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Гипертиреоз	1	30	АТ-55, 45, 41
	2	35	АТ-34, 13, 22
Гипомоторная дискинезия толстого кишечника	1	12	АТ-55, 82, 91, 38
	2	15	АТ-34, 40, 13, 115
Гипотензивный синдром	1	12	АТ-55, 82, 42
	2	15	АТ-34, 21, 39, 13
Гипотиреоз	1	12	АТ-55, 45, 13
	2	15	АТ-42, 22, 137
Глоссалгия	1	20	АТ-55, 3, 4, 87
	2	25	АТ-13, 84, 13, 95
Глоссит (гингиво- глоссит)	1	25	АТ-3, 4, 87, 13
	2	30	АТ-55, 84, 89, 91
Головная боль (смешанного генеза)	1	20	АТ-55, 33
	2	25	АТ-33, 34
	3	30	АТ-134, 135, 136
Головная боль (сосудистого генеза)	1	20	АТ-100, 21, 55
	2	25	АТ-13, 33, 29
Головокружение вестибулярное	1	20	АТ-20, 55, 29, 37
	2	25	АТ-34, 9, 21, 137
Депрессивное расстройство (экзогенного генеза)	1	15	АТ-55, 29
	2	15	АТ-34, 13, 34a
	3	15	АТ-131, 138
Дерматит атопический	1	30	АТ-55, 71, 89, 13
	2	35	АТ-34, 91, 97, 73
Дерматит дисменорейный	1	20	АТ-101, 102, 13
	2	25	АТ-87, 98, 55
Дерматит контактный	1	20	АТ-55, 13, 101
	2	25	АТ-87, 91, 22
Дерматоз психогенный	1	20	АТ-98, 95, 55
	2	25	АТ-97, 87, 13
	3	30	АТ-131, 138
Диатез	1	15	АТ-73, 71
	2	20	АТ-14, 13
Дискинезия желчных путей (гипермоторная)	1	30	АТ-55, 96, 97, 88, 95
	2	35	АТ-130, 13, 40, 114

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Дискинезия желчных путей (гипомоторная)	1	12	АТ-55, 96, 88, 22
	2	15	АТ-97, 89, 40, 167
Диспепсия	1	20	АТ-87, 96
	2	25	АТ-88, 91, 13
Дисфункция головного мозга	1	20	АТ-55, 82, 21
	2	25	АТ-100, 59, 13
Дисфункция яични- ков (гиперфункция)	1	25	АТ-55, 23
	2	30	АТ-13, 34, 89
Дисфункция яични- ков (гипофункция)	1	10	АТ-23, 13
	2	15	АТ-58, 45
Желчекаменная болезнь	1	25	АТ-55, 96, 97, 88
	2	30	АТ-34, 13, 124, 167
Жировая дистрофия печени	1	25	АТ-13, 45, 97, 104
	2	30	АТ-124, 87, 167
Звон и шум в ушах	1	30	АТ-20, 55, 82, 37
	2	35	АТ-34, 21, 29, 112
	3	35	АТ-131, 166
Иммунодефицитное состояние вторичное	1	15	АТ-89, 97, 13
	2	20	АТ-55, 95, 45
Ишиалгия	1	35	АТ-55, 121, 26а, 52, 13
	2	40	АТ-130, 38, 40, 50
Катаракта (вторичная)	1	15	АТ-82, 21, 08
	2	20	АТ-97, 95, 13
Климактерический синдром	1	30	АТ-55, 82, 23, 44
	2	35	АТ-34, 21, 19, 56
	3	35	АТ-138, 139
Колит хронический	1	25	АТ-55, 89, 13, 40
	2	30	АТ-91, 97, 157
Крапивница (хроническая)	1	30	АТ-55, 101, 89, 13
	2	35	АТ-34, 91, 97, 73
Ларинготрахеит хронический	1	30	АТ-55, 103, 13, 71
	2	35	АТ-73, 74, 71, 41
Логоневроз	1	30	АТ-55, 29, 84, 4
	2	40	АТ-34, 3, 103

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Межреберная невралгия	1	35	АТ-55, 37, 39, 121, 13
	2	40	АТ-130, 42, 95, 22, 104
	3	40	АТ-145, 150
Метрит (параметрит) хронический	1	30	АТ-55, 58, 56, 23, 13
	2	40	АТ-55, 95, 104, 109, 22
Мигрень (простая форма)	1	30	АТ-55, 33, 29, 13
	2	35	АТ-34, 95, 82, 26а — на стороне болевого синдрома
Миокардиодистро- фия (лекарственная, токсическая, инфекционная)	1	15	АТ-100, 42, 13
	2	20	АТ-55, 21
	3	25	АТ-138, 159
Миокардиодистро- фия психогенная	1	20	АТ-55, 100, 42
	2	25	АТ-34, 21, 39, 19
	3	25	АТ-138, 159
Мочекаменная болезнь (в стадии обострения)	1	30	АТ-55, 95, 88, 51, 13
	2	40	АТ-34, 52, 13, 40, 104
Назофарингит (подострый, хронический)	1	30	АТ-73, 13, 78, 74
	2	35	АТ-10, 71, 101
Нарушение сна (смешанного типа)	1	30	АТ-55, 34
	2	35	АТ-29, 22
	3	35	АТ-131, 138
Невралгия затылочного нерва	1	35	АТ-55, 121, 29, 37
	2	40	АТ-130, 26а, 95, 13
	3	40	АТ-136, 137
Невралгия тройничного нерва	1	35	АТ-55, 121, 95, 29, 13
	2	40	АТ-34, 37, 12, 11, 121
	3	40	АТ-131, 138
Неврастения (астенический невроз)	1	10	АТ-55, 13
	2	15	АТ-34, 23, 21
	3	20	АТ-138, 139
Нейродермит	1	20	АТ-55, 13, 97
	2	25	АТ-34, 101, 22
	3	25	АТ-139, 151

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Нейроциркуляторная дистония (гипертензивный тип)	1	30	АТ-55, 82, 59, 34а
	2	35	АТ-34, 21, 100, 105
Нейроциркуляторная дистония (гипотензивный тип)	1	15	АТ-55, 82, 100
	2	20	АТ-34, 29, 19
Ожирение (смешанная форма)	1	40	АТ-17, 18, 44
	2	40	АТ-55, 84, 45, 19
Оофорит (сальпингоофорит) хронический	1	25	АТ-55, 23, 13, 52, 50
	2	30	АТ-34, 22, 38, 40, 121
Опоясывающий лишай	1	30	АТ-55, 95, 42, 13
	2	35	АТ-34, 39, 22, 71
Орхит (эпидидимит)	1	25	АТ-55, 93, 92, 32, 13
	2	30	АТ-34, 38, 22
Остеоартроз коленного сустава	1	25	АТ-55, 13, 49, 48
	2	30	АТ-34, 22, 50, 52
	3	30	АТ-161, 165
Остеоартроз тазобедренного сустава	1	25	АТ-55, 13, 50, 121
	2	30	АТ-48, 38, 40, 95
	3	30	АТ-49, 165
Остеохондроз грудного отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 39, 13, 121
	2	30	АТ-34, 95, 37, 145
	3	30	АТ-144, 146
Остеохондроз позвоночника распространенный	1	25	АТ-55, 37, 39, 13
	2	30	АТ-38, 40, 52, 150
Остеохондроз поясничного отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 95, 121, 40
	2	30	АТ-34, 38, 50, 144
Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 121, 38, 13
	2	30	АТ-40, 22, 52, 95, 144
Остеохондроз шейного отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 37, 64, 121, 13
	2	30	АТ-34, 95, 62, 22, 137

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Проце- дура	Время, мин	Аурикулярные точки
Панкреатит хронический	1	25	АТ-55, 96, 13, 122
	2	30	АТ-130, 51, 95, 17, 88
Панкреатит хронический (в стадии обострения)	1	30	АТ-55, 96, 18, 13
	2	40	АТ-34, 88, 122, 153
Парадонтит хронический	1	30	АТ-55, 87, 13, 3
	2	35	АТ-91, 89, 45
Пиелонефрит хронический	1	20	АТ-95, 92, 13
	2	25	АТ-40, 94, 22
Пиелонефрит хронический (в стадии обострения)	1	25	АТ-55, 95, 52, 38, 13
	2	30	АТ-160, 92, 94, 51, 22
Полинейропатия (воспалительная, диабетическая, токсическая)	1	25	АТ-55, 37, 39, 13
	2	30	АТ-95, 38, 40, 52, 26а
Преклимактерический синдром	1	25	АТ-55, 22
	2	30	АТ-34, 13, 45
	3	30	АТ-138, 139
Проктит хронический	1	25	АТ-13, 97, 98, 45
	2	30	АТ-78, 22, 89, 91
Простатит застойный	1	25	АТ-55, 95, 93, 38
	2	30	АТ-23, 73, 114, 13
Простатит хронический	1	20	АТ-93, 92, 13
	2	25	АТ-40, 38, 97
Психалгия психогенная	1	25	АТ-34, 95
	2	30	АТ-55, 121, 13
	3	35	АТ-131, 139
Радикулопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 95, 121, 40
	2	30	АТ-34, 38, 50, 13, 49
	3	30	АТ-144, 150
Радикулопатия шейно-грудного отдела позвоночника	1	25	АТ-55, 37, 29, 64, 13
	2	30	АТ-34, 95, 104, 22, 51
	3	30	АТ-137, 148

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Процедура	Время, мин	Аурикулярные точки
Ретинопатия (диабетическая, токсическая)	1	15	АТ-55, 21, 23
	2	20	АТ-97, 13, 82
Ринит аллергический	1	25	АТ-13, 91, 14
	2	30	АТ-22, 11, 89
Ринит вазомоторный	1	20	АТ-14, 13
	2	25	АТ-71, 73
Ринит хронический	1	25	АТ-12, 14, 13, 71
	2	30	АТ-55, 111, 73, 74
Риноррея пароксизмальная	1	30	АТ-14, 13, 71, 73
	2	35	АТ-11, 55, 16, 74
Сахарный диабет (тип II)	1	15	АТ-55, 22, 96, 97
	2	20	АТ-13, 45, 40, 12
Сексуальная дисфункция	1	15	АТ-55, 93
	2	20	АТ-34, 22, 13
	3	25	АТ-152, 156
Синдром раздраженного кишечника	1	20	АТ-55, 89, 91
	2	25	АТ-40, 97, 38, 157
Синдром Рейно	1	30	АТ-55, 67, 21
	2	30	АТ-82, 100, 62
Синдром хронической усталости	1	10	АТ-45, 55
	2	15	АТ-21, 22, 34
	3	20	АТ-55, 22, 130
Снижение слуха	1	30	АТ-55, 22, 95, 20
	2	40	АТ-34, 13, 9, 29
	3	35	АТ-166
Стоматит (неспецифический)	1	30	АТ-87, 13, 45, 3
	2	35	АТ-91, 89, 97, 147
	3	35	АТ-84, 8, 13
Тахикардия	1	30	АТ-55, 100, 82
	2	35	АТ-34, 42, 21
Тики (психогенные)	1	30	АТ-55, 29, 111, 4
	2	40	АТ-34, 11, 8, 3
	3	40	АТ-30а, 29, 37
Тонзиллит хронический	1	20	АТ-73, 13, 74, 71
	2	25	АТ-10, 78, 101

Продолжение схемы

Наименование синдрома	Процедура	Время, мин	Аурикулярные точки
Тромбофлебит нижних конечностей	1	25	АТ-21, 100, 50
	2	25	АТ-82, 55, 13
	3	30	АТ-21, 98, 34
Угревая сыпь	1	20	АТ-87, 86, 55
	2	25	АТ-13, 91, 95
Уретрит хронический	1	20	АТ-92, 94, 95
	2	25	АТ-40, 13, 94
	3	30	АТ-92, 93, 95
Уретрит хронический (в стадии обострения)	1	25	АТ-55, 94, 95, 13
	2	30	АТ-34, 92, 93, 38
Фурункул	1	25	АТ-45, 55, 21
	2	30	АТ-22, 91, 89
Холецистит подострый	1	30	АТ-55, 96, 51, 95
	2	40	АТ-130, 88, 40, 97
	3	40	АТ-88, 122, 96
Холецистит хронический	1	20	АТ-55, 96, 97, 40
	2	25	АТ-114, 61, 124, 13
	3	30	АТ-13, 40, 96
Холецистопатия	1	20	АТ-55, 96, 97, 40
	2	25	АТ-34, 114, 61, 124
	3	30	АТ-97, 96, 122
Цирроз печени	1	25	АТ-13, 97, 104
	2	30	АТ-55, 45, 124
Цистит аллергический	1	25	АТ-55, 94, 13
	2	30	АТ-34, 95, 22
Цистит хронический	1	20	АТ-92, 94, 13
	2	25	АТ-40, 87, 55
Цистопиелонефрит хронический	1	25	АТ-55, 95, 52, 38, 13
	2	30	АТ-130, 92, 94, 51, 22
	3	30	АТ-95, 8, 39, 40
Шпора пяточная	1	20	АТ-46, 50, 13
	2	25	АТ-55, 33, 95
	3	25	АТ-143, 165
Эзофагит хронический	1	20	АТ-86, 87, 96
	2	25	АТ-13, 55, 84

Окончание схемы

Наименование синдрома	Процедура	Время, мин	Аурикулярные точки
Экзема хроническая	1	30	АТ-55, 13, 97, 11
	2	35	АТ-22, 87, 91, 104
Эмфизема легких	1	20	АТ-55, 101, 61, 42
	2	25	АТ-34, 13, 101, 102
	3	25	АТ-151, 154
Эндартериит облитерирующий	1	20	АТ-55, 46, 121
	2	25	АТ-82, 49, 21, 165
	3	25	АТ-13, 21, 98
Энзимопатия (алиментарная токсическая)	1	15	АТ-87, 96, 13
	2	20	АТ-88, 98, 22
	3	25	АТ-122, 97, 96
Энтероколит хронический	1	20	АТ-55, 89, 91, 13
	2	25	АТ-34, 40, 97, 38
Энурез	1	20	АТ-55, 92, 52
	2	30	АТ-34, 95, 40, 34а
	3	30	АТ-152, 156
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения	1	25	АТ-55, 88, 13, 39
	2	30	АТ-34, 95, 87, 82
	3	30	АТ-122, 97, 55
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии	1	20	АТ-88, 13
	2	25	АТ-87, 55
	3	25	АТ-149, 157
Язвенная болезнь желудка в стадии обострения	1	25	АТ-55, 87, 86, 39
	2	30	АТ-34, 13, 82, 95
	3	30	АТ-87, 122, 34
Язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии	1	20	АТ-86, 87, 13
	2	25	АТ-55, 87
	3	25	АТ-155, 157
	4	30	АТ-34, 55, 87

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни нервной системы: Рук. для врачей: В 2 т. / Под ред. Н. Н. Яхно. — М., 1995.
2. Василенко А. М., Осипова Н. Н., Шаткина Г. В. Лекции по рефлексотерапии: Учеб. пособие. — М., 2002.
3. Василенко А. М. Акупунктура и рефлексотерапия. Эволюция методологии и теории. — Таганрог, 1998.
4. Вегетативные расстройства / Под ред. А. М. Вейна. — М., 1998.
5. Вейн А. М., Колосова О. А., Яковлев Н. А. Неврозы (клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). — М., 1995.
6. Вогралик М. В. Пунктурная рефлексотерапия. — Горький, 1978.
7. Воронцов В. А., Ткаченко Г. Б. Интегративная медицина не альтернатива, а необходимость // Журн. восстан. медицины. — № 1. — 1994.
8. Гойденко В. С., Котенева В. М. Практическое руководство по рефлексотерапии. — М., 1982.
9. Гойденко В. С. Причинно-следственные связи между точками акупунктуры и внутренними органами // В сб.: 3-rd World Congress of scientific acup., ICMART 88. Praha. — P. 177.
10. Горобец Л. Н. Применение антидепрессантов в сочетании с акупунктурой при депрессивных состояниях. — М., 1991.
11. Готовский Ю. В., Яновский О. Г., Королева Е. А., Княжева Е. С. Исследование взаимосвязи между показателями электрического сопротивления и механического давления в электропунктурной диагностике по Р. Фоллю: Матер. Междунар. конгр. «Здравница — 2002» // Акт. пробл. восстан. медицины, курортот. и физиотер. — 2002. — С. 62–63.
12. Дуринян Р. А. Кортикальный контроль неспецифических систем мозга. — М., 1975.
13. Дуринян Р. А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. — Ереван, 1983.