

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Принцип построения акупунктурного рецепта на базе модульной систематизации акупунктурных точек

© Н.С. Альтман¹, А.Н. Альтман²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация

²ООО «Первая детская поликлиника», Екатеринбург, Российская Федерация

На современном этапе развития и практического применения иглорефлексотерапии врач, занимающийся рефлексотерапией, выявляет характер поражения тех или иных органов с помощью современных методов диагностики, крайне отличающихся от древневосточных. Но и в настоящее время лечение методом иглорефлексотерапии недалеко ушло от уровня и подходов древних медиков, врачи применяют те сочетания точек акупунктуры, которые апробированы тысячелетней практикой. Все это обуславливает сложность лечения методом иглорефлексотерапии. Представлен авторский опыт формирования плана и построения акупунктурного рецепта на основе модульной систематизации акупунктурных точек. Это позволит врачу составить план лечения практически для любого пациента. Для исключения ошибок и во избежание шаблонного подхода к пациентам необходимо правильно оценить функциональное состояние меридианов и акупунктурных точек, понять причины, вызвавшие эти нарушения, сформулировать акупунктурный диагноз на основе ведущего этиопатогенетического механизма, выработать базовую линию лечения. Специалистам, не владеющим пульсовой диагностикой, предлагаем воспользоваться прессионной диагностикой, которая позволяет оценить и проанализировать эффективность рефлексотерапии, своевременно корректировать процесс лечения. В цикле У-син оценивать функциональное состояние меридианов, избирать верную технику раздражения акупунктурных точек.

Ключевые слова: рефлексотерапия, модульная систематизация акупунктурных точек, акупунктурный рецепт.

Для цитирования: Альтман Н.С., Альтман А.Н. Принцип построения акупунктурного рецепта на базе модульной систематизации акупунктурных точек. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2019;18(1):40-47. DOI: <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2019-18-1-40-47>

Для корреспонденции: Альтман Н.С.; e-mail: altman-nikita@mail.ru

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы внесли существенный вклад в проведение поисково-аналитической работы и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Поступила 17.10.2018

Принята в печать 25.11.2018

THE PRINCIPLE OF CONSTRUCTION OF THE ACUPUNCTURE PRESCRIPTION ON THE BASIS OF THE MODULAR SYSTEMATIZATION OF ACUPUNCTURE POINTS

© N.S. Al'tman¹, A.N. Al'tman²

¹Ural State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg, Russian Federation

²The First Children's Clinic, Ekaterinburg, Russian Federation

At the present stage of development and practical application of acupuncture, we are faced with an unusual phenomenon. It lies in the fact that the doctor is involved in reflexology, reveals the nature of the lesions of certain organs with the help of modern methods of diagnostics, which are very different from the Oriental. But on the other hand, the treatment of acupuncture is not very far removed from the level and approaches of the ancient doctors, and the doctors at this stage used the combination of acupuncture points which have been tested by thousand-year practice. This leads to the complexity of the treatment of acupuncture. The author's experience of developing the plan and building an acupuncture prescription based on a modular systematization of acupuncture points. This will allow the doctor to plan treatment for virtually any patient. To avoid mistakes, a template approach is necessary: to evaluate the functional condition of the meridians and acupuncture points, to understand the causes of these violations, form of acupuncture diagnosis on the basis of leading etiopathogenetic mechanism, to develop the baseline treatment. Professionals not proficient in pulse diagnosis, we propose to use prestazionali diagnostics, which allows to evaluate and analyze the effectiveness of reflexotherapy, to adjust the treatment process. In the cycle of U-sin to evaluate the functional state of meridians, to choose the correct technique irritation of acupuncture points.

Key words: reflexotherapy, modular systematization of acupoints, acupuncture prescription.

For citation: Altman NS, Altman AN. The principle of construction of the acupuncture prescription on the basis of the modular systematization of acupuncture points. *Russian Journal of the Physical Therapy, Balneotherapy and Rehabilitation*. 2019;18(1):40-47. (In Russ.)

DOI: <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2019-18-1-40-47>

For correspondence: Altman N.S.; e-mail: altman-nikita@mail.ru

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 17.10.2018

Accepted 25.11.2018

Выбор и сочетание акупунктурных точек (АТ) воздействия — самый сложный и ответственный вопрос рефлексотерапии (РТ), определяющий эффективность ее применения. Существуют разные подходы к составлению акупунктурного рецепта и определению плана лечения. Это и сочетание АТ, одновременное использование АТ верхних и нижних конечностей, наружной и внутренней сторон и т. д. [2].

С. Yanagiya предложил схему лечения, основанную на сегментарном принципе подбора АТ, дополненную воздействием в точки согласно теориям инь — ян и У-син [3].

Э.Д. Тыкочинская считает, что для правильного выбора АТ и их сочетаний, а также выбора метода воздействия необходимо провести анализ патогенетической сущности заболевания, его ведущих синдромов и симптомов, выяснить механизмы, лежащие в основе их развития, и использовать в первую очередь основные, наиболее эффективные по данным традиционной восточной медицины АТ с учетом их анатомо-топографического расположения и инервационных связей. При этом она выделяет точки общего действия, точки воротниковой зоны (оказывающие влияние на шейный вегетативный аппарат и высшие вегетативные центры), сегментарные и спинальные (соответствующие месту выхода соматических и вегетативных волокон) АТ, регионарные точки (по ходу нервных стволов) и местные АТ [4].

Д.М. Табеева разработала подробную схему трехуровневого воздействия: первый уровень — применение точек-ключей чудесных меридианов совместно с точками группового ло или применение отдельного чудесного меридиана; второй уровень — применение поперечного ло-пункта или точки ло на основании отношения «верхний — нижний» (в паре меридианов, взаимосвязанных в большом круге циркуляции энергии) и «левый — правый» (по правилу «муж — жена»); третий уровень — применение седативной и тонизирующей точек своих меридианов или точек пяти первоэлементов, заменяющих их, применение седативной и тонизирующей точек других меридианов (по правилу «мать — сын»), применение точки-глашатая в сочетании с сочувственной точкой своего меридиана [1].

Г. Лувсан, основываясь на рекомендациях традиционной чжень-цзю-терапии, считает, что не следует начинать лечение с воздействия на чудесные меридианы, необходимо вначале подобрать сочетания точек на 12 парных меридианах. По его мнению, при лечении хронических болезней и упорных болевых синдромов особое значение имеет воздействие на соединительные точки (стабилизирующие ло-пункты, точки группового ло, точки-ключи чудесных меридианов) [5].

Можно согласиться с утверждением М.К. Усовой и С.А. Морохова, которые считают, что дальнейшие исследования в области теории и практики РТ должны быть направлены на обоснование общего принципа подбора точек воздействия, пока же приходится использовать имеющиеся и апробированные многовековой практикой правила их сочетания [6].

Анализируя многообразие свойств АТ, возможные комбинации их взаимодействия приходишь к заключению, что Природа позаботилась о человеке, расположив на его теле целую аптеку, врачу остается правильно распорядиться представленной возможностью, верно составить акупунктурный рецепт (АР), выбрать соответствующую технику РТ.

Для каждого времени свои правила и законы. Низкий поклон всем, кто помогал нам постигнуть рефлексотерапию, однако перечисленные выше рекомендации больше похожи на формулировку плана лечения, а не АР, нам предлагают схемы, таблицы М.К. Усовой или Д.М. Табеевой. Разумеется, они составлены для упрощения усвоения материала, но это серьезно обедняет РТ. Когда же «включать» профессиональное медицинское мышление, позволяющее анализировать, прогнозировать лечебный процесс?

В традиционной древневосточной медицине метод РТ рассматривался как способ воздействия на жизненную энергию ци с целью нормализации ее протекания в меридианах и восстановления нарушенного равновесия инь и ян. Подобная трактовка механизма РТ была единственно возможной и правильной. В последнее время преобладает мнение, что вегеторегулирующее и общеукрепляющее действие РТ на организм является ответной реакцией на иглоукалывание. Механизм лечебного эффекта реализуется через соматическую и вегетативную

нервную систему, их периферические и центральные уровни. Это положение и легло в основу нашего метода диагностики и лечения.

Считаем целесообразным познакомить врачей, интересующихся данным вопросом, с неортодоксальным подходом чжэнь-цзю-терапии. Для успешного проведения лечения недостаточно обладать базовыми знаниями по РТ, акупунктурной диагностике, не менее важно уметь правильно сформировать план лечения, составить АР с учетом патогенеза заболевания. План лечения и АР — это точный и подробный алгоритм действия. Он создается с учетом характера заболевания и патологических проявлений, времени воздействия и свойств отдельных входящих в него точек. Формирование АР, учитывая механизм РТ, строится на тех же принципах, на которых развивается болезнь (стадиях воспаления). План лечения должен соответствовать тем же принципам, что и классическая терапия.

Необходимые условия для составления принципиального плана лечения:

- 1) установленный клинический диагноз;
- 2) акупунктурный диагноз (после ранжирования диагнозов и жалоб);
- 3) диагностика функционального состояния точек;
- 4) формирование ведущего этиопатогенетического механизма.

Функциональное состояние АТ характеризует ее «избыток» или «недостаток», выявленные при пресационной диагностике (повышенная болезненность или сниженная чувствительность, повышенный или сниженный тургор тканей над АТ, обозначаются знаками + или –).

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЙ ПЛАН

Для его построения необходимо определиться с основной линией лечения:

- составить базовую линию лечения (сосудистая, общеукрепляющая и проч.), опираясь на сформированный этиопатогенез;
- выбрать частоту и количество процедур;
- запланировать вспомогательные методы РТ, мэйхуа-чжэнь (МХЧ), баночный массаж (БМ), цзю и проч.;
- перед проведением процедуры и после нее опросить пациента о динамике его состояния.

Цели:

- выравнивание «вегетативных перекосов» (избыток/недостаток) на парных ветвях меридианов,
- повышение адаптационного потенциала (АП),
- укрепление сердечно-сосудистой системы,
- улучшение психоэмоциональной сферы.

Принцип построения акупунктурного рецепта:

- в первые 2–3 процедуры применяют АТ с выраженным вегетотропным действием (40–50% от обще-

го количества используемых на процедуре); также АТ с выраженным «укрепляющим» воздействием на сердечно-сосудистую систему (20–25%); АТ с общеукрепляющим эффектом (20–25%).

- с 3–4 процедуры в качестве общеукрепляющего действия с применением МХЧ, цзю, (воротниковой зоны, грудного отдела, поясничного и проч.) и миниаккупунктурных систем;
- введение сегментарных АТ;
- укрепление эмоционально-волевой сферы воздействием на АТ антидепрессантного действия;
- максимальное снижение с 4–7-й процедуры количества вегеторегилирующих точек;
- с 3–5-й процедуры, помимо вегеторегилирующих и общеукрепляющих АТ, использование АТ специфического (например, спазмолитического, антидепрессантного) действия;
- используемые АТ применяются в соответствии с их функциональным состоянием.

При достижении желаемого результата тактика врача сводится к поддержанию лечебного эффекта путем воздействия на общеукрепляющие АТ, процедуры проводят через день или реже. В случае неустойчивого лечебного эффекта, обусловленного низкой эффективностью АП, процедуры проводят реже (через день, 2–3 дня) минимальным количеством игл. Количество АТ на последних процедурах — от 2 до 4.

Приведем пример построения принципиального плана при шейном, грудном остеохондрозе и некоторых сосудистых заболеваниях головы.

МОДУЛЬНАЯ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ АКУПUNKТУРНЫХ ТОЧЕК

Процедура РТ проводится с учетом функционального состояния (избыток, недостаток) АТ.

АТ, используемые на первой процедуре:

- АТ вегеторегилирующие (40–50%);
- АТ общеукрепляющие (20–25%);
- АТ спазмолитического действия (20–25%).

АТ, применяемые на второй процедуре:

- МХЧ терапия грудного отдела позвоночника и воротниковой зоны;
- АТ вегеторегилирующие (40–50%);
- АТ для разгрузки воротниковой зоны (20–25%);
- АТ общеукрепляющего (сосудорегилирующего) действия (20–25%).

АТ, применяемые на третьей процедуре:

- АТ сегментарные, для шейного и грудного отделов позвоночника (25–30%);
- АТ вегеторегилирующие (25–30%);
- АТ общеукрепляющего (сосудорегилирующего) действия (20–25%);
- микроаккупунктурные системы (аурикулотерапия, «кисть — стопа» или др.);
- АТ для разгрузки воротниковой зоны;
- АТ антидепрессантного действия, и т. д.

АТ с известными свойствами:

- Вегеторегирующие АТ: а) центрального действия: BL10, 11; GB12, 20, 21; б) периферического действия: PC6, 7; TE5; BL60.
- АТ общеукрепляющего действия: LU2, 7; LI4, 10, 11; ST25, 32, 36, 38, 40; GB21; PC6; ST36 (вариант сочетания); GB20; BL60; LI10 (вариант сочетания).
- АТ с выраженным сосудорегулирующим действием: LU7, 8, 9; LI5; ST7; SP4,6; HT3, 4, 7, 9; SI3; KI3, 6, 7; PC6; TE5; GB10, 11, 12, 20, 21; LR2, 3; GB20, TE5, SP6 (вариант сочетания); GB21, LU7, BL60 (вариант сочетания).
- АТ со спазмолитическим действием: SI3, 4; BL12; TE5; KI6; LR2(3).
- АТ, снижающие избыточный мышечный тонус воротниковой зоны: GB20; BL11; PC7; SI3 (МХЧ, БМ).
- АТ гормонорегулирующего действия: LI4; TE3, 4, 5, 20; SP6, 7; GB21; TE4; SP6 (вариант сочетания).
- АТ психорегулирующего действия: LU2, 5; LI5; ST36; HT3, 4, 5, 7, 9; PC3 и др.; BL11, PC3, HT7 (вариант сочетания); GB21, HT7, 4, ST36 (вариант сочетания); GB20, HT7, PC3 (вариант сочетания); VC17, через 10–15 мин ST36 (вариант сочетания).
- АТ иммуностимулирующего действия: ST38(40); LI4; TE17 (вариант сочетания); VC17 (18, 19) (вариант сочетания).
- АТ органотропного действия: а) желудочно-кишечный тракт GB21, PC6, ST36; GB20, PC3, CV12; б) мочеполовая система — BL11, TE5, SP6 (вариант сочетания); BL10, LU7, KI7 (вариант сочетания) и т. д.

ПРИМЕР КУРАЦИИ БОЛЬНОГО

Пациент: Светлана Петровна, 1955 г. р.

Жалобы: на тяжесть и боли в шейном и грудном отделах позвоночника, онемения и отеки пальцев рук; повышение артериального давления (АД); «приливы» до 6 раз в сутки продолжительностью до трех минут; боли в шейно-грудном отделе позвоночника и тяжесть в этом отделе, максимально выраженные по утрам; онемение и отеки кистей рук иногда заставляют просыпаться по ночам, а также усиливаются после нагрузки.

Анамнез заболевания: страдает болями в позвоночнике более 20 лет; обострение до 2–3 раз в год, хотя по этому поводу регулярно не лечилась и практически не обследовалась. «Приливы» у пациентки появились в 50-летнем возрасте, практически сразу после наступления менопаузы. По этому поводу принимала препарат (названия не помнит) с положительным эффектом, но через некоторое время после окончания приема «приливы» возобновились. Повторный курс положительного эффекта не дал. Примерно в это же время появились случаи повы-

шения АД, которые участились к 55 годам. Регулярно принимает последние 3 года валсартан. В 55 лет при плановом обследовании был выявлен сахарный диабет 2-го типа, назначен постоянный прием глюкофажа 500 мг 2 раза в сутки. На момент обращения уровень сахара в крови 6,3–6,9 ммоль/л. Онемение и отеки кистей рук беспокоит около 7–8 лет, в последние 3–5 лет стали более выраженными, почти постоянными в течение дня и сохраняются в ночное время, из-за чего больная достаточно часто просыпается, чтобы растереть пальцы, иногда также отмечает дрожание и «чувство ползания мурашек» в кистях.

Объективно: состояние средней тяжести.

Кожа и видимые слизистые бледные, высыпаний нет.

Отеки кистей, стоп. Частота дыхательных движений 24. Частота сердечных сокращений 78. Артериальное давление 165/95 мм рт. ст.

Язык: сухой, обложен налетом по всей поверхности языка, сосочковый слой сплажен.

Живот при пальпации: мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Край гладкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Стул: нормальный. **Диурез:** нормальный.

DS. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, цервикобрахиалгия двухсторонняя. Синдром запястного сустава, торакоалгия. Гипертоническая болезнь 2 ст., хроническая сердечная недостаточность — 0. Сахарный диабет (2 типа), диабетическая полинейропатия верхних конечностей, с сенсорными нарушениями, умеренным болевым синдромом. Климактерический синдром, нейровегетативная форма средней степени тяжести.

Обоснование диагноза: основные жалобы пациентки связаны с вертеброгенной патологией. Обострение объясняет неадекватной физической нагрузкой. Однако усугубление их в виде появления онемения и отеков верхних конечностей, усиления болей, учащение обострений, постоянного чувства тяжести в шейно-грудном отделе позвоночника произошли после 50 лет. Их появление можно связать с гормональными перестройками в организме в период менопаузы.

У пациентки этот период клинически проявляется в виде «приливов», что по сути представляет собой патологическую вегетативно-сосудистую реакцию, которая развивается вследствие сбоя, а затем и недостаточности центральных механизмов гормонально-вегетативной регуляции, сосудистого тонуса и деятельности сердечно-сосудистой и эндокринной систем в целом (диэнцефальной).

Снижение адаптационного потенциала, нарушение саморегулирующих механизмов вызвало сбой в регуляции вегетативного тонуса сердечно-сосуди-

стой системы (развитие гипертонической болезни) и сахарного диабета.

DS. этиопатогенетический:

1) климактерический синдром, нейровегетативная форма средней степени тяжести;

2) вегетативная дисфункция по типу диэнцефального синдрома с преобладанием сосудистой недостаточности (выраженное снижение адаптационного потенциала);

3) остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника (затянувшийся постменструальный синдром обусловил сбой центральных механизмов гормонально-вегетативной регуляции сосудистого тонуса сердечно-сосудистой и эндокринной систем, что привело к «истощению» адаптационного потенциала организма).

Принципиальный план лечения: 1) укрепление адаптационного потенциала, 2) коррекция вегетативной и сосудистой недостаточности. Перед проведением каждого сеанса пациентке проводилась акупрессурная диагностика (определение избытка/недостатка в меридианах по точкам пособие) по меридианам для корректировки акупунктурного рецепта.

По результатам прессационной диагностики элемент «огонь» (TE, PC, SI, HT) относительно других первоэлементов в цикле У-син (рис. 1) находится в недостатке. Элементы «дерево», «земля», «металл», «вода» имеют избыток (+) преимущественно на левых ветвях меридианов. Акупунктурные точки, находящиеся на левых ветвях меридианов GB и BL (оказывают центральное вегетотропное действие), в избытке +++ и ++. Функциональное состояние AT (меридианов TE и PC), отвечающих за периферическую вегетативную регуляцию, находится в недостатке (–).

Тактика врача: произвести выравнивание, т. е. находящиеся в избытке меридианы седировать, а в недостатке — тонизировать.

Акупунктурный рецепт

Сеанс начинаем с седирования (с) AT GB 21 (S). Гармонизирующей (г) техникой проводим рефлексотерапию AT TE5 (D).

Для укрепления сосудистого компонента используем AT с выраженным сосудорегулирующим действием SP6 (D, S — седирование).

AT GB 21 (S) выбрана не случайно, так как в нашем рецепте она выполняет коррекцию вегетативной нервной системы (центрального действия), а также является точкой воротниковой зоны. Акупунктура проводится одной иглой, так как в цикле У-син меридиан GB с левой стороны находится в состоянии избытка.

Жалоб после процедуры ИРТ — нет.

Жалобы перед второй процедурой:

1) тяжесть и боль в шейно-грудном отделе позвоночника, но интенсивность снизилась;

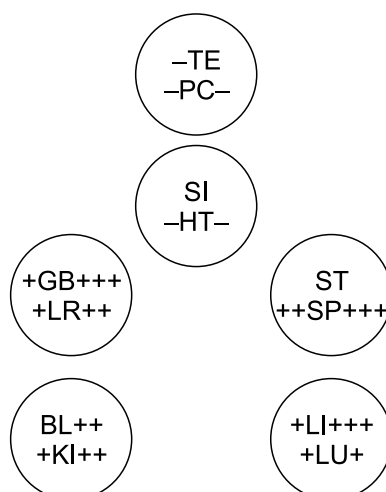


Рис. 1. Функциональное состояние меридианов перед первой процедурой по результатам прессационной диагностики

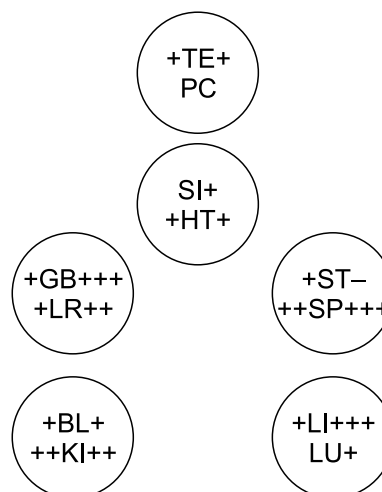


Рис. 2. Функциональное состояние меридианов перед второй процедурой по результатам прессационной диагностики

2) приливы сохраняются в прежнем количестве и интенсивности;

3) просыпалась один раз из-за онемения в левой руке, но в целом спала хорошо.

Чувствует себя отдохнувшей. Общее самочувствие улучшилось, что связывает с проведенным сеансом РТ. Поднялся адаптационный потенциал (в элементе «огонь»), сосудистый тонус, произошло (незначительное) успокоение в меридиане SP, LI.

Согласно принципиальному плану лечения проводим укрепление AT с вегетотропным, сосудодукрепляющим действием.

Акупунктурный рецепт

Процедуру РТ начинаем с AT вегетотропного (центрального) BL11 (D, S-седирование) и периферического действия PC6 (D, S-гармонизация). Обе ветви меридиана BL находятся в избытке, для их успокоения применяем технику седации. По отношению ко всем остальным меридианам в цикле

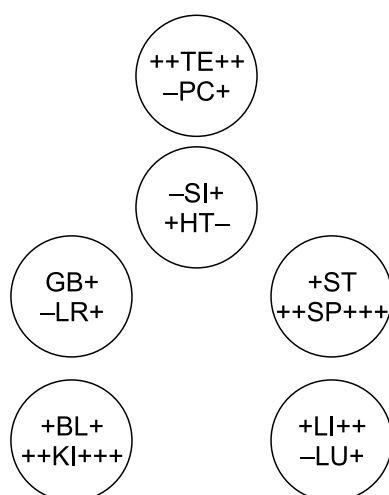


Рис. 3. Функциональное состояние меридианов перед третьей процедурой по результатам прессационной диагностики

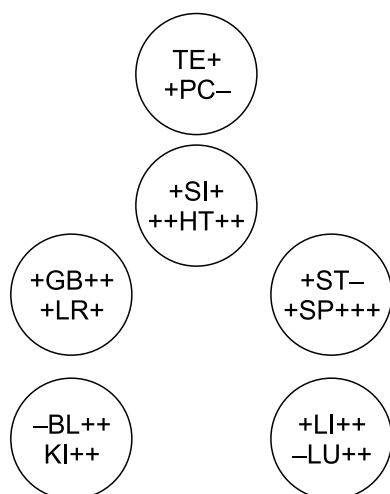


Рис. 4. Функциональное состояние меридианов перед четвертой процедурой по результатам прессационной диагностики

У-син, меридиан PC находится в относительном недостатке. Для меридиана PC используем (г) РТ.

Воздействие на АТ PC6 решает несколько задач: вегеторегирующее периферического действия, общеукрепляющее, снимает мышечное напряжение в шейном и грудном отделах позвоночника и т. д.

С целью укрепления сосудистого тонуса используем АТ сосудорегулирующего действия К3. Акупунктурная точка К3 (тай-си) — точка-пособник, ее раздражение дает более «мягкий» седативный эффект (при ее седировании), что не требует больших энергетических затрат.

Для увеличения адаптационного потенциала выбрана АТ общеукрепляющего действия LI10. На правой ветви меридиана АТ LI10 укалывается по гармонизирующему методу (ближе к седации время 8–9 мин), с левой стороны проводим РТ по тормозному методу (время 12–15 мин). Время раздражающего действия на АТ во время сеанса РТ строго кон-

тролируется, так как адаптационный потенциал еще недостаточно высокий.

Жалоб после процедуры ИРТ у пациентки нет, отмечает прилив сил.

Жалобы перед третьей процедурой ИРТ:

- 1) уменьшились боли и тяжесть в шейно-грудном отделе (на 25–30%), онемение, отечность рук (на 30–40%). Ночью из-за онемения в руках не просыпалась;
- 2) продолжительность приливов уменьшилась (с трех до двух мин), снизилась интенсивность.

Сохранение жалоб объясняется низким адаптационным потенциалом.

План лечения остается прежним: 1) укрепление адаптационного потенциала, 2) коррекция вегетативной и сосудистой недостаточности.

По результатам акупунктурной диагностики (рис. 3) сохраняется избыток (++) в меридиане ТЕ (отвечает за гормонально-вегетативную регуляцию) и в меридианах SP, KI отвечающих за сосудистый тонус (++ и +++). У большинства меридианов сохраняется перекоп энергии. Изменение функционального состояния в меридиане ТЕ с недостатка на избыток объясняется общим подъемом адаптационного потенциала (АП).

Акупунктурный рецепт

Для снижения избыточного мышечного тонуса воротниковой зоны проводим МХЧ воротниковой зоны. Для продолжения вегеторегирующего действия выбраны АТ BL10 (D, S-седирование). Гормонорегулирующее действие возложено на АТ ТЕ 4 (D, S-седирование). Для увеличения адаптационного потенциала выбрана АТ общеукрепляющего действия LI7 (D, S-седирование). К третьей процедуре существенно повысился адаптационный потенциал организма это позволило использовать на сеансе аурикулярные точки. Для усиления сосудорегулирующего действия выбраны аурикулярные точки на правом ухе 51, 55, 95 (седативная техника).

Во время сеанса пациентка спала.

Жалоб после процедуры РТ нет, отмечает прилив бодрости и настроения.

Жалобы перед четвертой процедурой:

- 1) уменьшение болей в шейно-грудном отделе (более чем на 50%);
- 2) количество приливов не превышало трех (ранее 5–6) в сутки, длительностью до 1,5–2 мин, отмечено снижение их интенсивности;
- 3) уменьшилась отечность пальцев рук и чувство онемения в них.

Акупунктурный рецепт

Для вегеторегирующего действия выбраны АТ GB 20 (S-седирование). АТ меридиана PC7 выбрана как вегеторегирующая точка периферического действия. При раздражении АТ PC7 снижается мышечное напряжение в шейно-воротниковой зоне. Техника РТ акупунктурной точки PC7 — (г). С пра-

вой стороны (г) проводится в сторону (с) (8–9 мин), с левой в сторону тонизации (т) (5–6 мин)

Учитывая стойкий избыток в левой ветви меридиана SP (отвечает за сосудистый компонент), решено воспользоваться его ло-пунктом для «сброса» избытка в сопряженный меридиан ST. AT SP4 (S-седирование) ло-пункт и ST 42 (S-тонизация) пособник.

Аурикулотерапия: AT55, 121 на правом ухе (микроиглы); на левом AT22, AT23, AT95, AT97.

Жалоб после процедуры РТ нет, самочувствие хорошее.

Учитывая недостаточную динамику, решено проводить процедуры через день для накопления адаптационного потенциала.

Жалобы перед пятой процедурой:

1) тяжесть в шейно-грудном отделе и боли снизились на 70%;

2) уменьшилась отечность пальцев кистей рук (подтверждается объективным осмотром);

3) количество приливов — 2–3 в сутки продолжительностью 1–1,5 мин, существенно уменьшилась интенсивность нарастания «волны» прилива.

Акупунктурный рецепт

При пальпации AT вдоль меридиана BL найдена резкая болезненность с правой стороны в AT сочувствия BL20, 21, 23 (селезенки, желудка, почки). Проведена МХЧ в проекции этих точек.

Для укрепления АП проведена Дзю в AT ST36 с обеих сторон (15 мин).

Аурикулярные точки: 55, 22 — правое ухо; 37, 39, 41 — левое ухо (15 мин).

Жалобы перед шестой процедурой:

1) тяжесть в шейно-грудном отделе сохраняется, но выражена значительно меньше (75–80% улучшения);

2) отечность и онемение пальцев кистей рук уменьшилась на 40–50%, сохраняется мозжение в ладонях, но беспокоит реже;

3) количество приливов 2–3, длительностью до 1 мин, меньшей интенсивности.

Артериальное давление стабильное — 130/90 мм рт. ст. (пациентка снизила прием гипотензивных препаратов).

ВЫВОДЫ

Прессационная диагностика позволяет в цикле У-син оценить функциональное состояние меридианов, наблюдать за их динамикой при проведении РТ, избрать верную технику раздражения АТ; ежедневно, при анализе эффективности РТ, корректировать процесс лечения.

Модульная группировка АТ позволяет врачу быстрее сориентироваться среди показаний для применения точек, сформировать план лечения практически для любого пациента.

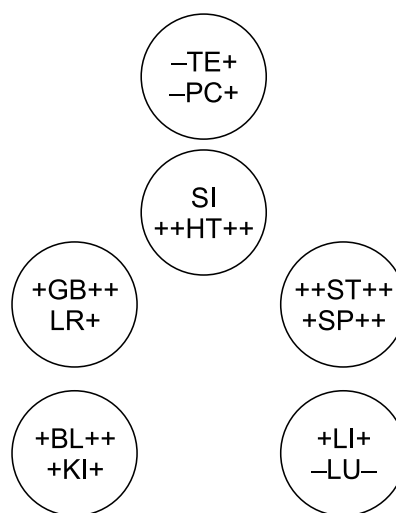


Рис. 5. Функциональное состояние меридианов перед пятой процедурой по результатам прессационной диагностики

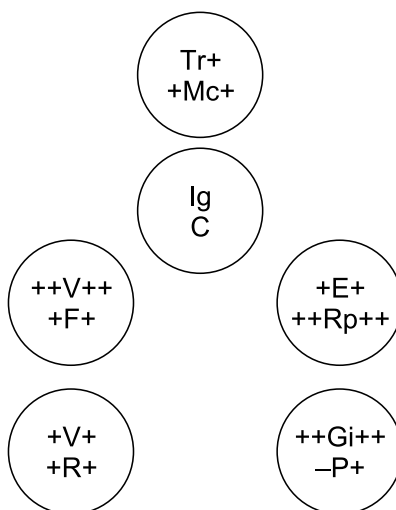


Рис. 6. Функциональное состояние меридианов перед шестой процедурой по результатам прессационной диагностики

Детализированная техника раздражения АТ (гармонизация в сторону седирования/тонизирования) позволяет получить больший терапевтический эффект.

В основу метода заложены принципы традиционной восточной медицины, учение о трех основных его звеньях (методе, моменте, месте) и правильного их взаимодействия. Правильный выбор метода воздействия с учетом исходного функционального состояния организма и его биологически активных точек в механизме рефлекторного действия различных раздражителей — гарантия успешного лечебного эффекта. Знание этиопатогенеза, владение прессационной диагностикой, умение провести анализ и ранжирование жалоб позволяет сформировать акупунктурный рецепт, это сближает точки зрения классической акупунктуры и европейской медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Табеева Д.М. *Практическое руководство по иглорефлексотерапии*. М.: МЕД-Пресс, 2001. 456 с.
2. Чжу Лянь. *Руководство по современной чжэнь-цзю терапии*. М.: Медгиз, 1959. 270 с.
3. Yanagiya S. *Семейные тайны акупунктуры одной иглой yanagiya*. 1956. 242 с.
4. Тыкочинская Э.Д. *Основы иглорефлексотерапии*. М.: Медицина, 1979. 344с.
5. Лувсан Г. *Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии*. М.: Наука, 1990. 576 с.
6. Усова М.К., Морохов С.А. *Краткое руководство по иглоукалыванию и прижиганию*. М.: Медицина, 1974. 142 с.

REFERENCES

1. Tabeeva DM. *A practical guide to acupuncture*. Moscow: MED-Press; 2001. (In Russ)..
2. Zhu Liang. *Manual modern Zhen-jeou therapy*. Moscow: Medgiz; 1959. (In Russ).
3. Yanagiya S. *Semeynyie taynyi akupunkturyi odnoy igloy yanagiya. [Family secrets of acupuncture by one yanagiya needle]*. 1956. (In Russ).
4. Tykochinskaya ED. *Fundamentals of acupuncture*. Moscow: Medicine; 1979. (In Russ).
5. Luvsan G. *Traditional and modern aspects of the Eastern reflexology*. Moscow: Nauka; 1990. (In Russ).
6. Usova MK, Morokhov SA. *Quick guide to acupuncture and cauterization*. Moscow: Medicine; 1974. (In Russ).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Альтман Никита Сергеевич, к.м.н., доц. [*Nikita S. Altman*, PhD, Assoc. Prof.]; eLibrary SPIN: 6941-2365

Альтман Антон Никитович [*Anton N. Altman*]; e-mail: pdp-ekb@mail.ru