

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

В.И. ШАПКИН

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

2-е издание, стереотипное

- Принципы и правила эффективного сочетания точек воздействия
- Способы и методы лечения
- Нервные и внутренние болезни, дерматология, акушерство, гинекология, андрология, урология, зависимые состояния



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2015

ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Глава 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Рефлексотерапия (РТ) – это разнообразные способы воздействия через кожные, кожно-мышечные и нервные образования различных по силе, характеру и продолжительности раздражений, наносимых в определенные рефлексогенные зоны с лечебной целью.

Для воздействия применяют растительные и минеральные вещества, акупунктурные иглы, электропунктуру, тепловые и охлаждающие, механические, физические, электронно-ионные, световые, звуковые раздражители, медикаментозные и другие средства.

Эффективность РТ определяется тщательным установлением места (микрзоны) наибольшей концентрации общих рецепторных приборов кожи и соответствующих им и сегментарно связанных с ними внутренних органов, мышц и др. Такими участками являются хорошо известные в медицине зоны гиперестезии Захарьина–Геда, болевые и диагностические точки Эрба, Корнелиуса, Валле, не столь известны многочисленные точки РТ, установленные эмпирическим путем представителями восточной медицины. Не менее важно выбрать рациональный способ и адекватный метод воздействия на точки, составить оптимальный план лечения.

РТ открывает большие возможности для использования точек и зон воздействия в диагностике острых и хронических заболеваний, а также при лечении больных с различной патологией (не только в качестве самостоятельного лечения, но и в комплексе с другими видами терапии). В целом РТ – мощное лечебное средство в системе реабилитации больных.

Точки рефлексотерапии, их морфологические и электрофизические характеристики

Точка РТ – это место нанесения раздражения с лечебными целями. Поверхностные размеры точки (зоны) варьируют от 0,1 до 15 мм², глубина залегания определяется по комплексу вызываемых при раздражении точки ощущений.

Несмотря на некоторую условность обозначения, точка РТ представляется важной в биологическом и функциональном отношении. Именно в этих небольших по размерам участках ткани сконцентрировано максимальное число периферических специфических и неспецифических рецепторов, передающих афферентные сигналы на различные уровни сегментарных и надсегментарных образований ЦНС. Кроме того, точки представляют собой проецируемые на кожу участки, наиболее тесно связанные с соответствующими внутренними органами. Эти функциональные особенности точек легли в основу их лечебного и диагностического использования.

Существование точек на теле человека было известно в глубокой древности, их называли кун-сую (дыра, нора, щель). Традиционные представления о точке как об определенном анатомически выраженном образовании, определяемом пальпаторно, были развиты в исследованиях Чжу Лянь (1859), Ким Бон Хана (1965), Noodergraaf (1973) и др.

По консистенции точки не отличаются от окружающих тканей, при визуальном осмотре эта область кожного покрова иногда отличается цветом и структурой рисунка, а при патологии соответствующего ей внутреннего органа – повышенной температурой.

Морфологический субстрат точки до последнего времени окончательно не установлен. Необоснованными оказались попытки Ким Бон Хана (1965) представить точки в виде особых уплотненных телец, которые, соединяясь ветвящимися трубочками (меридианами), создают четвертую, «акупунктурную» систему. Т.Д. Новинский (1959) обнаружил в области точки более четкое строение рыхлой соединительной ткани, а G. Kellner (1965) – большее число рецепторов. P. Robischong и соавт. (1975) выявили истончение здесь эпидермиса, изменение коллагеновых волокон дермы, наличие спиралеобразных сосудистых сплетений, окруженных сетью безмиелиновых волокон. J. Plumer (1980) обнаружил в области точек сосудистые элементы, главным образом вены (перфорирующие и сообщающиеся). В большинстве случаев точки совпадают с отверстием в фасции, через которую проходят вены, а также с отверстием в коже при выходе периферического нерва. В этой области наблюдается низкое электрическое сопротивление.

Таким образом, проведенные морфологические и гистохимические исследования позволяют заключить, что область точки отличается от других участков особенностями строения тканевых элементов, неоднородным расположением рецепторного аппарата, наличием в одних и отсутствием в других точках неспецифических холинергических и адренергических структур. В одних точках могут преобладать нервные, в других – сосудистые образования, в третьих – холинергические или адренергические рецепторы. По-видимому, неоднородными особенностями морфологического строения точек отчасти можно объяснить их специ-

фическую направленность действия. По морфологическим признакам точки подразделяются на слизисто-нервные, кожно-нервные, нервно-мышечно-сухожильные, сосудисто-нервные.

В некоторых активных точках обнаружены относительно более высокие электрический потенциал (40–80 мкВ) и электропроводность, более низкое электрическое сопротивление, чем в окружающих неактивных (сопряженных) точках. Независимо от конструкции приборов показатель электрического сопротивления недостаточно убедителен и надежен, однако по нашим данным, при кратковременном (3–5 с) исследовании разности электрического сопротивления при положительной и отрицательной полярности тока можно с большей достоверностью судить о степени активности точек. Таким образом, соотношения между энергетически неоднородными участками кожи могут быть показателями не только деятельности кожи как органа, но и его рефлекторных и других связей с внутренними органами.

Клинико-функциональная классификация точек

В наименованиях точек РТ восточные врачи стремились отразить название органа или функциональную предназначенность точки. Во времена господства гуморальной теории точки РТ объединили в систему «каналов» (меридианов), которые якобы трансформировали особую энергию, образующуюся при их раздражении. «Пораженный» меридиан определяли по пульсовой диагностике, что вносило в оценку элемент субъективизма (в настоящее время ставится под сомнение в целом вся функциональная система меридиана). Основные стандартные точки на меридиане, включая античные (точки 5 первоэлементов), применялись для регулирования в нем «энергии». Это первая клинико-функциональная классификация точек, в которую входили: *возбуждающая* (тонизирующая) точка, *седативная* (точка-пособник; ю-пункт), *стабилизирующая* (ло-пункт), *сочувственная* (точка согласия) и *точка-глашатай* (точка тревоги).

Для современной медицины классические традиционные представления восточных врачей о точках имеют лишь исторический интерес. Вместе с тем, как показали современные нейрофизиологические исследования, ответные реакции организма при нанесении ноцицептивного (в определенные зоны) раздражения имеют строго детерминированную рефлекторную кожно-висцеральную связь, с помощью которой осуществляются рефлекторные реакции, направленные на ликвидацию повреждений.

Для выяснения функциональной предназначенности сегментарных точек и точек общего действия было проведено (1984) экспериментальное исследование, позволившее установить, что стимуляция услов-

ных точек общего действия VIII(R)-7, III(E)-36, IV(RP)-6 сопровождалась вызванной биоэлектрической активностью миндалевидного комплекса, которая прослеживалась в течение 10 ± 8 с. При этом мочевыделительная функция не изменялась. Стимуляция условных сегментарных точек VII(V)-20, VII(V)-21, VII(V)-18 приводила к изменению динамики функции почек при отсутствии вызванной активности структур лимбической коры.

Анализируя результаты нейрофизиологических исследований, мы убеждаемся в том, что в ряде случаев наши далекие предшественники эмпирическим путем подошли к пониманию функциональной обусловленности точек, выделив среди них оказывающие общее (ключевые точки собственных меридианов) и сегментарное (точки согласия, тревоги, располагающиеся на смежных меридианах) действие.

Классификация точек, учитывающая топографические, иннервационные связи и направленность их действия, предложенная Э.Д. Тыкочинской (1979), соответствует современным представлениям и предполагает выделение следующих групп точек: *общего действия*, *сегментарные* (спинальные и регионарные), *местные*, *симптоматические*, *вегетативно-трофические*.

Точки общего действия (иногда их называют общеукрепляющими точками широкого спектра действия) локализуются в области коленных и голеностопных суставов: III(E)-36; XI(VB)-34; XII(F)-8; IV(RP)-6, локтевых и лучезапястных суставов: II(GI)-11; II(GI)-10; V(C)-7; X(TR)-5; IX(MC)-6; II(GI)-4; IX(MC)-8. Раздражение этих точек оказывает непосредственное рефлекторное влияние на функциональное состояние ЦНС. Они являются основными (базисными) точками при лечении неврозов, аллергических заболеваний, вегетососудистых расстройств. Использование их в общей схеме лечения некоторых заболеваний способствует более быстрой выработке новой рефлекторной связи и усиливает действие сегментарных точек.

Сегментарные точки называют точками органонаправленного действия, симптоматического или специфического применения. К этой группе относят спинальные и регионарные точки. Поскольку сегментарный аппарат обеспечивает двустороннюю иннервацию морфофункциональных комплексов (кожа, мышцы, сосуды, нервы, фасции, органы и т.д.), то и точки, располагаясь в симметричных зонах, должны характеризоваться одинаковыми рефлекторными свойствами и действием при их раздражении. В клинической практике сегментарные точки часто используют на непораженной стороне туловища или конечностях с целью усиления лечебного эффекта.

При изучении сравнительного эффекта раздражения сегментарных точек и точек общего действия на динамику водовыделительной функции почек у животных было подтверждено, что изучаемая функция изменяется при раздражении только сегментарных точек (раздражение

точек общего действия сопровождалось в ряде случаев тенденцией к торможению диуреза). А поскольку сегментарные точки воздействуют на причинный фактор заболевания (непосредственно на пораженный орган), их применительно к РТ можно условно отнести к точкам «этиологического» действия.

Локальные точки – это точки местного действия. Иногда их называют точками болезненного органа. При их пальпации отмечается наибольшая болезненность. В порядке само- и взаимопомощи пострадавший прибегает к массажу, потиранию, надавливанию, тепловым процедурам на болезненную область. Считается, что лечебный эффект при раздражении локальных точек реализуется в пределах аксон-рефлекса.

Точки вегетативно-трофического действия. В современной отечественной и зарубежной литературе такое название точек не приводится, а в традиционной медицине их называют ло-пунктами, выделяя ординарные, групповые и общие точки. Эти точки обеспечивают усиление терапевтического эффекта, достигнутого при воздействии на сегментарные и локальные точки. При их раздражении активируются вегетативные механизмы регуляции гомеостаза, что подтверждает их функции общеукрепляющего свойства. К тому же морфологическим их субстратом являются преимущественно вегетативные рецепторные приборы холинергического или адренергического типа, а при раздражении выделяются вещества медиаторного типа, осуществляющие регуляцию микроциркуляторного русла, сосудистого тонуса и соматических нервов. Иными словами, терапевтический эффект при раздражении точек вегетативно-трофического действия проявляется непосредственно через вегетативную нервную систему.

Д.М. Табеева (1980), Г. Лувсан (1986) и др. приводят сведения о точках, находящихся вне меридианов, «новых» точках и о группе ручных и ножных (кисти и стопы) точек. Отмечается их местное терапевтическое действие и подчеркивается, что показанием для их использования являются патологические процессы и заболевания тех органов (тканей), в зоне которых они расположены. Вместе с тем отмечаются некоторые особенности каждой из этих групп.

Для **внемеридианных точек**, располагающихся в области головы, живота и спины, характерно как локальное, так и органаправленное (сегментарное) действие; по этим признакам их можно относить к меридианным. Локальным (поверхностным) действием отличаются точки, находящиеся на конечностях. Внемеридианные точки чаще расположены на траектории (вблизи) меридианов, их топографическая анатомия совпадает с близлежащими точками. Группа «**новых**» точек по локализации и терапевтическому действию незначительно отличается от внемеридианных.

Выделяют также группу **точек кисти и стопы**. Ф.Б. Кандаровым (1983) разработана «карта» ладони с проекционными зонами внутренних органов, подобно карте проекционных зон внутренних органов на ушной раковине, предложенной Р. Noquier (1972). В древневосточной медицине связь кистей с внутренними органами определялась ручными линиями меридианов и использовалась для диагностики некоторых заболеваний. Г. Лувсан (1986) описывает 18 ручных точек дзянь, располагающихся на тыльной и ладонной поверхностях.

Активные точки (зоны) стопы описаны J. Zedlazeck (1978); воздействие на эти точки способствует не только локальному, но и общему терапевтическому эффекту. В «Руководстве по Су Джок (кисть и ступня) акупунктуре» Пака Джи-Ву (1991) точки кисти и стопы гипотетически наделены особыми функциями дистанционного управления и лечения организма в целом и отдельных его органов.

Изучая топографию перечисленных выше точек, можно увидеть, что большая их часть находится в зоне траектории определенного меридиана, что они группируются вокруг крупных и мелких суставов, по ходу мышечных сухожилий и в местах их прикрепления к костным и костно-суставным образованиям, а также в районе расположения органов зрения, обоняния, вкуса, слуха и др. Подобная концентрация не случайна – этим обеспечивается сложнейшая рефлекторная регуляция механизмов адаптации организма к постоянно изменяющимся условиям. Воздействие, например, на точки ВМ-3 (инь-тан) и ВМ-9 (тай-ян), расположенные в области глаза, носа, на точки Н-29 (син-фэнь) и Н-32 (цзэн-ин), расположенные в области уха, шеи, или точки в области ноги Н-78 (нао-цин) клинически проявляется не только местными, но и общими реакциями.

Количество внемеридианных точек может увеличиваться при напряжении или ослаблении механизмов системы адаптации организма к условиям среды, в экстремальных условиях. Например, при хроническом остеохондрозе по мере распространения процесса формируются новые болевые зоны в паравертебральных областях, а затем соответствующие им мышечно-дистрофические узлы, а количество точек увеличивается в 3–4 раза. То же происходит при травме любого сустава.

Ручные и ножные внемеридианные точки по терапевтическому действию соответствуют локальным и локально-сегментарным, что находит применение при лечении периферических парезов кисти и стопы, сопровождающихся атрофией мышц, моно- и полиневропатий, туннельных синдромов, остеохондроза с различными неврологическими синдромами и др.

Таким образом, сейчас известно значительно больше активных точек, чем было описано в древности.

Приемы нахождения и наименование точек

Основными ориентирами для нахождения точек служат анатомо-топографические образования – впадины, бугорки, костные утолщения, межсуставные отверстия, сухожилия, межмышечные углубления. Для определения уровня расположения точек на линиях применяют способ измерения по общему принципу деления различных участков тела на стандартное число пропорциональных отрезков (рис. 1). Измерение осуществляют гибкой металлической линейкой при соответствующем

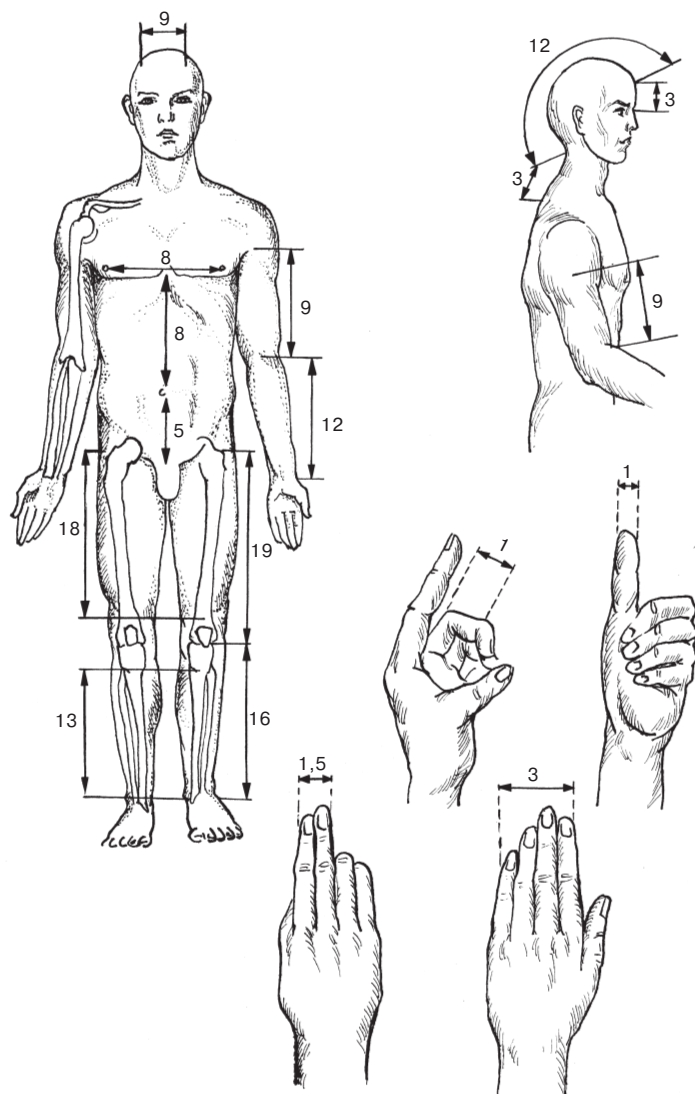


Рис. 1. Деление различных участков тела на стандартное число отрезков — пропорциональный (индивидуальный) цунь.

положении больного. Величина одного пропорционального отрезка представляет собой частное от деления так называемого стандартного расстояния участка тела (конечности), выраженного в сантиметрах, на установленное число пропорциональных отрезков.

В последние годы индикация точек осуществляется с помощью различных аппаратов, регистрирующих пониженное электрическое сопротивление в точке; применяются также механические топоскопы, пальпация; значительную помощь оказывает тщательное визуальное исследование кожных покровов в области корпоральных и особенно аурикулярных точек.

По расположению точки условно разделяют на связанные с меридианом и внемеридианные, а с учетом локализации их относят к корпоральным, церебральным, аурикулярным, назальным, точкам стопы и кисти.

На основных меридианах описана 361 корпоральная точка. Точки обозначают арабскими цифрами. При их обозначении нередко употребляют переведенные на русский язык китайские названия, которые за редким исключением носят отвлеченный, а нередко и мистический смысл (к тому же словесные символы трудны для запоминания). Поскольку единая международная индексация точек отсутствует, во многих монографиях, а иногда и в пределах одной статьи авторы употребляют различные буквенные (французский, немецкий, английский) индексы меридианов, что затрудняет понимание излагаемого материала.

Для наименования точки целесообразнее употреблять цифровые или буквенные индексы с указанием номера соответствующего меридиана и точки. Номер меридиана обозначают буквенным индексом, римской или арабской цифрой, а затем указывают порядковый номер точки арабской цифрой (*Приложение 1*). С учетом того, что во многих работах используется французская аббревиатура меридианов, мы сочли целесообразным сохранить французские буквенные символы, указывая их в скобках после цифрового индекса меридиана.

Внемеридианные точки международного обозначения не имеют. Русский индекс ВМ предложен Д.М. Табеевой (1980), которая описала 171 такую точку. Она же описала 110 «новых» точек на голове, туловище и конечностях; эти точки обозначаются символом Н (новая) с указанием порядкового номера в зависимости от области нахождения. Описывают также особые точки в области рук и ног, носа и глаза.

К внемеридианным относят точки ушной раковины – аурикулярные (АТ). Их более 150, они имеют сквозную нумерацию, предложенную G. König и L. Wancura (1976). Большинство точек имеют китайское название соответствующего органа, конечности или части конечности, позвоночника, что отражает действие, для которого они предназначены. Обозначают АТ русским (АТ-5) или французским (АР-5) буквенно-цифровым индексом с указанием их номера (*Приложение 2*).