

УДК 615.814.1

КОНЦЕПЦИЯ ФОНОВО-АКЦЕНТУИРОВАННОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**Шестаков В.Я.***ГОУ ВПО «Череповецкий государственный университет»,
Череповец, e-mail: Vladimirt600ma@mail.ru*

Проведено исследование влияния рефлексотерапии на больных с различным фоновым состоянием здоровья. Дано определение фонового состояния, как изначально оптимального равновесия всех органов и систем организма в зависимости от типа нервной системы по И.П. Павлову. Выявлено, что при соблюдении правила применения рефлексотерапии – анализ фонового состояния и построение соответствующей рецептуры, данная методика достаточно эффективна.

Ключевые слова: рефлексотерапия, фоновое состояние, типы нервной системы, рецептура биологически активных точек

THE CONCEPT OF THE BACKGROUND-ACCENTUATION REFLEXOTHERAPY**Shestakov I.I.***GOU VPO «Cherepovets State University», Cherepovets, e-mail: Vladimirt600ma@mail.ru*

Carried out research of influence of acupuncture on patients with a variety of background state of health. The definition of the background state, as initially the optimal balance of all organs and systems of the body depending on the type of the nervous system A.P. Pavlov. It is revealed, that at the observance of rules of application of reflexotherapy – the analysis of the baseline condition of the building and the corresponding formulations, this method is quite effective.

Keywords: acupuncture, the background, the types of the nervous system, the compounding of biologically active points

Многолетнее практическое применение рефлексотерапии позволило нам убедиться в значительной эффективности данного метода лечения. Анализ литературы по рефлексотерапии показал, что в настоящее время теоретическое обоснование этого направления традиционной медицины недостаточно.

Так, механизмы иглотерапии до сих пор трактуются по-разному разными авторами. Китайская медицина (Чжу-Лянь) говорит о движении энергии, не поясняя, что это такое, отечественные ученые (Тыкочинская Э.Д., Качан А.Т., Вогралик В.Г., Табеева Д.М., Русецкий И.И. и др.) в различных вариантах интерпретируют механизм, как рефлекторное воздействие [1, 2, 3, 4].

Не отрицая категорически ни того, ни другого, мы считаем, что в изучении метода лечебного воздействия на больного человека, нельзя пользоваться туманными определениями. Тщательное изучение анатомии и физиологии человека показало, что в прояснении механизмов взаимосвязи периферических рецепторов и центральной нервной системы, особенно последующее за этим воздействие на внутреннюю среду организма, огромное значение имеет адаптация восточных представлений к современным научным положениям.

Выработанный нами метод лечения назван «фоново-акцентуированной рефлексотерапией», потому что с его помощью можно достичь определенного, «рабочего» уровня состояния здоровья. Это подтверж-

дает теорию целостности живого организма, когда при нарушении функции какого – либо органа, весь организм изменяет алгоритм своей работы [5].

Концепция фоново-акцентуированной рефлексотерапии, как нам кажется, является серьезным шагом вперед в теории традиционной акупунктуры. Основными задачами, стоящими перед ней являются – достижение фонового состояния больного, то есть состояния, которое организм сконструировал в процессе жизнедеятельности; определение курковых зон заболеваний, которые в настоящее время находятся в ремиссии, но всегда готовы к обострению и расстановка акцентов по этим зонам; поочередное воздействие на патологические процессы по степени их важности и давности возникновения.

В своем подходе к выработке стратегии лечебного процесса мы руководствовались учением И.П. Павлова о четырех типах высшей нервной деятельности (характера, темперамента) и, в качестве научной гипотезы, выделили 16 групп больных (с плюсом и минусом у каждой из четырех групп – то есть нижнего и верхнего порогов фонового состояния больного). Как нам кажется, при подходе к планированию лечебного воздействия, этот момент является основополагающим. Исследование больных различных групп показало, что параметры фоновых состояний в каждой группе различны. Те показатели, которые в одной группе могут свидетельствовать о нижней или верхней

границе нормы, в другой могут явиться отклонением от нормы, или вообще патологическими.

Так если планировать лечение больного с сангвинистическим типом высшей нервной деятельности, необходимо выяснить, на каком уровне находится его обычное, «рабочее» состояние. Данный тип нервной системы является по И.П. Павлову, ориентиром для выработки статистически оптимальных клинических и биохимических показателей усредненной индивидуальной нормы. Больной при обследовании, например, показывает, что у него клинические и биохимические параметры находятся на нижней границе «индивидуальной нормы» и он, при этом чувствует себя комфортно. Следовательно, начальный этап при лечении методом рефлексотерапии должен быть направлен на воссоздание именно этого фонового состояния. Попытки привести фоновое состояние конкретного больного до среднего по данной группе не давали положительного эффекта. Только при достижении «индивидуальной нормы» дальнейшая терапия давала значительный положительный эффект.

Вышеописанное положение объясняет многие ситуации в современной рефлексотерапии, когда врач проводит лечение одним из методов этого вида лечения и не получает положительного результата, что дискредитирует как сам метод лечения, так и специалиста его применяющего.

Кроме того, в выработке методики лечения мы использовали положения В.А. Снежневского о патодинамическом структурном комплексе (ПДСК). Механизм создания этого комплекса и любые обострения заболеваний, связанные с вовлечением его в возбудимое состояние при активации любых центров регуляции деятельности нервной системы (эпилептический приступ при световом, звуковым внезапном воздействии; приступ невралгии тройничного нерва при прикосновении к «курковой» зоне) [6]. Выявление расположения такого рода ПДСК, позволяет разработать рецептуру воздействия на биологически активные точки таким образом, чтобы, при возбуждении ими определенных зон коры головного мозга (динамический структурный комплекс), они перекрывали его и, при прекращении воздействия на точки, снимали данное возбуждение.

Предложенный нами, в качестве научной гипотезы, механизм воздействия на центральную нервную систему методом рефлексотерапии, дает основание полагать, что фоново-акцентуированная рефлексотерапия является патогенетически обоснованной.

Под нашим наблюдениям находилось 500 больных с различными нозологическими формами, у которых мы начинали лечение иглоукальванием по общепринятым рекомендациям, однако, убедившись в недостаточном эффекте, последующие курсы мы проводили по разработанной нами методике. В начале лечения (от нескольких процедур, до курса иглотерапии) мы применяли фоново-акцентуированную рефлексотерапию – приводили общее состояние больного до «индивидуальной нормы» в соответствии с приведенной классификацией. Суть курса заключалась в общеукрепляющем сочетании точек биологически активных, с периодическим использованием симптоматических, локальных. После того, как достигалось стабильное состояние, использовался пролонгировано-канальный метод иглоукальвания (В.Я. Шестаков, 1995, 1996), направленный на патологический процесс. Суть метода состоит в сочетании точек акупунктуры, имеющем канальную и логическую взаимосвязь и образующую несколько динамических структурных комплексов в центральной нервной системе вокруг патодинамического структурного комплекса по В.А. Снежневскому.

Процедура начиналась с 4 точек акупунктуры, через 30 мин, рецептура пополнялась еще 2-мя (иглы не снимались), при необходимости через 30 мин ставились еще 2 иглы.

В результате лечения 500 больных, у 75% – значительное улучшение, у 10% – улучшение, у 12% – незначительное улучшение, у 3% – без перемен. На исследование и лечение брались больные с хроническим процессом, осложненным органическими изменениями – стероидзависимая бронхиальная астма, невралгия тройничного нерва на фоне атеросклероза, дискогенные пояснично-крестцовые радикулиты, шейные остеохондрозы с вертебрально-базилярной недостаточностью.

Исследование 8 групп больных по предложенной нами классификации, которая в данном случае является практической рекомендацией, а не академически принятым положением, показало, что лечение больных с различными нозологическими формами следует проводить по следующей примерной схеме (схема может видоизменяться, так как на применении метода рефлексотерапии в каждом конкретном случае, влияют – состояние и индивидуальные особенности врача, время года, суток и др.):

1-я процедура. Применяются биологически активные точки:

Г10 шоу-сань-ли (симметрично)

Расположение: на тыльной поверхности предплечья с лучевой стороны, выше точки

G19 шань-лянь на 1 цунь и ниже точки Gill цюй-чи па 2 цуня.

Топографическая анатомия: задний край мышцы длинный разгибатель кисти и передний край мышцы короткий лучевой разгибатель кисти. ветви лучевой артерии, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья. Точка используется как фоновая при лечении невротических расстройств и заболеваний без органического расстройства организма, является мощной пролонгирующей для точки хэ-гу.

Точку определяют сидя при согнутой в локтевом суставе руке. Глубина укола 1,5 см.

G11 цюй-чи (симметрично)

Расположение: на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым концом складки локтевого сгиба.

Топографическая анатомия: начало мышцы длинный лучевой разгибатель кисти, наружный край плечелучевой мышцы, лучевая возвратная артерия, лучевой нерв, тыльный кожный нерв предплечья. Точка применяется для пролонгации точек хэ-гу, шоу-сань-ли.

Точку определяют при согнутой в локтевом суставе руке. Глубина укола 2,5 см.

2-я процедура

E8 тоу-вэй (симметрично)

Расположение: в углу лба в волосистой части головы на 1,5 см от угла лба в сторону височной впадины, или кнаружи от точки VG24 шэнь-тин на 4'г цуня.

Топографическая анатомия: верхний край височной мышцы, лобная ветвь поверхностной височной артерии, височная ветвь лицевого нерва, 1 ветвь тройничного нерва. Применяется для пролонгации к точкам тай-ян и ся-гуань.

Точку определяют в положении сидя.

Глубина укола 1,5 см, укол почти горизонтальный, конец иглы вниз.

S7 шэнь-мэнь (симметрично)

Расположение: у локтевого края лучезапястной складки, рядом с лучевой стороной сухожилия мышцы локтевой сгибатель кисти.

Топографическая анатомия: в щели между гороховидной и локтевой костями; локтевая артерия, локтевой нерв, внутренний кожный нерв предплечья.

Точку определяют при слегка согнутой руке ладонью вверх.

Глубина укола 0,5–1,0 см, укол делается косо под сухожилие локтевого сгибателя кисти. Применяется как фоновая при лечении патологии сердца.

3-я процедура

V7 тун-тянь (симметрично)

Расположение: на темени па 4 цуня кзади от середины передней границы роста во-

лос н в сторону от средней линии головы на 1,5 цуня.

Топографическая анатомия: кнутри от бугра теменной кости, анастомозы поверхностной височной и затылочной артерий, большой затылочный нерв.

Точку определяют в положении сидя.

Глубина укола 1 см. Пролонгирует рецептуру при лечении неврозов.

V43 гао-хуан (симметрично)

Расположение: на уровне промежутка между остистыми отростками IV и V грудных позвонков, в сторону на 3 цуня (параллельно точке V14 цзюе-инь-шу).

Топографическая анатомия: у внутреннего края лопатки, трапециевидная и большая ромбовидная мышцы, нисходящая ветвь поперечной артерии шеи, задние ветви межреберных артерий, тыльный нерв лопатки, задние ветви грудных нервов.

Точку определяют в положении сидя, для отведения лопатки больной кладет правую руку на левое плечо, левую руку на правое плечо.

Глубина укола 1 см. Применяется как фоновая при лечении заболеваний центральной нервной системы, системы органов дыхания (*точка ста болезней*).

4-я процедура

G1 4 хэ-гу (симметрично)

Расположение: между I и II пястными костями, ближе к середине II пястной кости в ямке.

Топографическая анатомия: первая тыльная межкостная мышца, тыльная артерия пальцев, поверхностная ветвь лучевого нерва.

Точку определяют при выпрямленной кисти и отведенном в сторону I пальце, в углу, образованном I и II пястными костями. Глубина укола 1,5 см.

Мы считаем справедливым утверждение некоторых китайских авторов (Чжу-Лянь, Фын-Ли-Да), что данная точка является самой мощной в организме, и имеет право называться «точкой жизни». Является фоновой при лечении практически любой патологии.

E36 цзу-сань-ли (симметрично)

Расположение: ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у переднего края большеберцовой мышцы.

Топографическая анатомия: верхняя часть большеберцовой кости, ниже суставной поверхности головки малоберцовой кости, между передним краем большеберцовой мышцы и мышцей длинный разгибатель пальцев; передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый нерв, передняя кожная ветвь бедренного нерва, наружный малоберцовый кожный нерв.

Точку определяют в положении сидя с согнутой в коленном суставе ногой.

Глубина укола 1,5–2,5 см. Применяется как фоновая при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, половой сферы и центральной нервной системы.

Опытным путем мы установили, что для стабильной положительной динамики необходимо применение вышеуказанной рецептуры в зависимости от фонового состояния больного и групповой принадлежности. Разница заключена во временном режиме метода рефлексотерапии. Так метод тонизации рекомендуется в 5, 8, 10, 12 с, метод дисперсии – 20, 25, 30, 35 минут на одну процедуру. Количество процедур зависит от давности патологии, возраста и вида нозологии, на один курс лечения от 10 до 15 процедур. Вышеприведенная последовательность процедур повторяется до необходимого количества.

Выводы

Применение рефлексотерапии с учетом фонового состояния больного, а также

тщательное определение групповой принадлежности, позволяет использовать рефлексотерапию не интуитивным способом, основываясь на современных показателях полученных клиническими и биохимическими исследованиями.

Список литературы

1. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия: Чжэнь-цзю. – Горький: Волго-Вят. кн. изд-во, 1988. – 335 с.
2. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1986. – 575 с.
3. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1980. – 560 с.
4. Тыкочинская Э.Д. Основы иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1979. – 34 с.
5. Шестаков В.Я. Предпосылки использования рефлексотерапии в России // Сб. статей «Ноосфера и современные экологические проблемы». – 2010. – С. 143–144.
6. Руководство по психиатрии в 2-х томах, под ред. А.В. Снежневского. – М.: «Медицина», 1983, Т. 1 – С. 106–107.