

**Атлас Леднева**

**Атлас акупунктурных точек**

**Руководство по применению прибора «Эледиа»**  
**[www.eledia.ru](http://www.eledia.ru)**

## **Оглавление**

---

<b>Преимущества электропунктуры.....</b>	<b>12</b>
<b>Основные положения электропунктурной нейротерапии.....</b>	<b>13</b>
<b>Управление без сбоев. Статья 1. (Леднев и Усачёв) .....</b>	<b>19</b>
<b>Управление без сбоев. Статья 2. (Леднев и Усачёв) .....</b>	<b>23</b>
<b>КАК Я ЛЕЧУ (Преображенский В.С.).....</b>	<b>25</b>
<b>Кого я "минусом" недолечил (Преображенский В.С.).....</b>	<b>31</b>
<b>Мышцы кролика и саламандры (Преображенский В.С.) .....</b>	<b>33</b>
<b>Тонзиллит, фурункулез, неврит (Преображенский В.С.) .....</b>	<b>37</b>
<b>Маленькие секреты большого успеха .....</b>	<b>39</b>
<b>Практика убеждает .....</b>	<b>43</b>
<b>Как лечиться? (краткая инструкция).....</b>	<b>47</b>
<b>Заболеваниях периферической нервной системы .....</b>	<b>50</b>
Грудной радикулит, межреберная невралгия .....	50
Детский церебральный паралич (ДЦП) .....	50
Невралгия затылочного нерва .....	50
Невралгия кожных покровов бедра и голени .....	50
Невралгия тройничного нерва.....	50
Остаточные явления полиомиелита .....	50
Паралич нижних конечностей .....	50
Паралич верхних конечностей.....	50
Паралич лицевого нерва .....	51
Паркинсона болезнь .....	51
Плечевой плексит .....	51
Полиневрит.....	51

Пояснично-крестцовый остеохондроз .....	51
Хорея .....	51
Эпилепсия .....	51
<b>Неврозы, ангионеврозы .....</b>	<b>52</b>
Ангионевротический отек (отек Квинке) .....	52
Афазия.....	52
Беспокойство, раздражительность. страх .....	52
Бессонница, сонливость .....	52
Головокружение .....	52
Депрессия, упадок настроения.....	52
Икота .....	52
Истерия .....	52
Логоневроз (заикание) .....	53
Маниакальное состояние.....	53
Мигрень .....	53
Неврастения .....	53
Невроз Сердца.....	53
Невроз страха .....	53
Невротические тики.....	53
Ночной пот, озноб, жар .....	53
Отёк всего тела .....	54
Отек лица .....	54
Отёк ног.....	54
Охриплость голоса .....	54
Писчий спазм.....	54
Психастения.....	54

Психические заболевания, фобии .....	54
Сексуальные неврозы.....	54
Снижение памяти.....	54
Судороги мышц.....	55
Фантомные боли.....	55
Эмоциональная лабильность.....	55
<b><i>Заболевания органов движения.....</i></b>	<b>55</b>
Артрит .....	55
Боли в лучезапястном суставе, кисти и пальцах .....	55
Боль в коленном суставе.....	55
Гиперемия стоп и ладоней.....	55
Пяточная шпора, Опухание и боли в стопах.....	55
Полиартрит .....	56
<b><i>Заболевания кровообращения и крови .....</i></b>	<b>56</b>
Анемия .....	56
Анемия мозга .....	56
Аритмия .....	56
Атеросклероз.....	56
Варикозное расширение вен .....	56
Гипертоническая болезнь и гипотония.....	56
Кровоизлияние в мозг .....	56
Лимфаденит .....	57
Облитерирующий эндартериит.....	57
Пароксизмальная тахикардия .....	57
Порок сердца.....	57
Стенокардия .....	57

Трепетание сердца .....	57
Тромбофлебит.....	57
<b><i>Заболеваниях органов дыхания .....</i></b>	<b>57</b>
Бронхиальная астма .....	57
Бронхит .....	58
Кашель .....	58
Коклюш .....	58
Кровохарканье .....	58
Одышка .....	58
Плевриты .....	58
Пневмония.....	58
Туберкулез легких.....	58
Эмфизема легких .....	59
<b><i>Заболевания органов пищеварения .....</i></b>	<b>59</b>
Аппендицит .....	59
Асцит .....	59
Болезни пищевода.....	59
Гастрит.....	59
Геморрой .....	59
Желудочное кровотечение .....	59
Запор .....	59
Кишечное кровотечение .....	60
Метеоризм.....	60
Отрыжка, изжога .....	60
Перитонит .....	60
Понос.....	60

Потеря аппетита .....	60
Рвота.....	60
Спазм желудка .....	60
Спазм пищевода .....	60
Спастический колит .....	61
Тошнота.....	61
Урчание кишечника .....	61
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки .....	61
<b><i>Заболевания печени, желчного пузыря и желёз внутренней секреции .....</i></b>	<b>61</b>
Базедова болезнь .....	61
Болезни печени.....	61
Диабет, панкреатит.....	61
Диабет-нарушение функции печени.....	62
Диабет-Осложнение на сосуды мозга .....	62
Диабет-снижение зрения.....	62
Желтуха .....	62
Нарушение функции нейро-эндокринной системы .....	62
Паротит .....	62
Подагра .....	62
Холецистит.....	63
<b><i>Заболевания мочеполовой системы.....</i></b>	<b>63</b>
Анурия.....	63
Аспермия .....	63
Боль в области полового члена .....	63
Гонорея .....	63
Грыжа мошоночная, паховая, бедренная.....	63

Импотенция. Поллюция .....	63
Капающее мочеиспускание .....	63
Непроходимость мочи (спазм и паралич мочевого пузыря) .....	64
Нефрит, гематурия .....	64
Ночной энурез .....	64
Орхит, воспаление придатка семенной железы.....	64
Полиурия .....	64
Простатит .....	64
Фригидность .....	64
Функциональное бесплодие .....	64
Цистит.....	64
Эпидидимит.....	65
<b><i>Заболевания полости рта .....</i></b>	<b>65</b>
Альвеолярная пиорея.....	65
Атрофия мышц области рта. Сухость полости рта и губ .....	65
Глосситы.....	65
Зубная боль .....	65
Оголение и набухание дёсен. Гингивит .....	65
Пародонтоз.....	65
Слюнотечение, сухость во рту.....	65
Стоматит.....	65
<b><i>Заболевания ЛОР органов .....</i></b>	<b>66</b>
Ангина, тонзиллит.....	66
Вазомоторный ринит.....	66
Гайморит и фронтит.....	66
Затруднённое дыхание через нос .....	66

Кровотечение из носа.....	66
Кровотечение из уха .....	66
Меньеровский синдром.....	66
Неврит слухового нерва .....	66
Острый и хронический ларингит .....	66
Отит, мастоидит .....	67
Полипы в носу .....	67
Расстройство обоняния .....	67
Ринит аллергический.....	67
Хронический фарингит .....	67
Шум в ушах, тугоухость.....	67
<b><i>Заболевания глаз.....</i></b>	<b>67</b>
Атрофия зрительного нерва.....	67
Блефарит.....	67
Гиперемия глаз.....	68
Глаукома .....	68
Ирит, катаракта .....	68
Кератит.....	68
Конъюнктивит.....	68
Кровоизлияние в сетчатку.....	68
Куриная слепота.....	68
Лейкома .....	68
Мелькание в глазах .....	68
Миопия .....	69
Паралич глазных мышц.....	69
Покраснение и боль внутреннего и наружного углов глаза .....	69



Слабость зрения, слезоточивость.....	69
Снижение зрения.....	69
Тики мышц век (блефароспазм).....	69
Ячмень.....	69
<b><i>Заболевания кожи.....</i></b>	<b>69</b>
Гипергидроз верхних конечностей, общая потливость.....	69
Выпадение волос и бровей.....	69
Гипергидроз нижних конечностей.....	70
Зудящие сыпи. Диатез.....	70
Кожный зуд.....	70
Псориаз.....	70
Фурункулы, карбункулы.....	70
Экзема и нейродермит.....	70
<b><i>Гинекология и акушерство.....</i></b>	<b>70</b>
Аменорея, олигоменорея.....	70
Воспаление яичников, бели.....	70
Вульвит.....	70
Гиперменорея.....	71
Гипогалактия.....	71
Климакс.....	71
Кольпит (вагинит).....	71
Мастит.....	71
Меноррагия, нарушение менструального цикла, дисменорея.....	71
Неполное сокращение матки.....	71
Обморок во время родов.....	71
Рвота беременных.....	71

Слабая родовая деятельность .....	72
Ускоренные роды .....	72
Хроническое заболевание матки .....	72
Эклампсия.....	72
Эндометриит.....	72
<b><i>Заболевания инфекционно-аллергические .....</i></b>	<b>72</b>
Аллергия .....	72
Грипп .....	72
Дизентерия .....	72
Малярия.....	72
Сенная лихорадка .....	73
Столбняк .....	73
<b><i>Детские заболевания.....</i></b>	<b>73</b>
Детский спастический плач.....	73
Ночные вскрикивания .....	73
Непослушность. Нервозность .....	73
Ночные страхи .....	73
Тики мышц век .....	73
Кривошея.....	73
Отёк и боль слизистой оболочки горла .....	73
Заикание .....	74
<b><i>Болезни разные.....</i></b>	<b>74</b>
Храпение.....	74
Лечение Алкоголизма .....	74
Повышенная температура.....	74
Энцефалит.....	74
Закрытые травмы головного мозга .....	74

Контузия и коммоция .....	74
Общеукрепляющие точки .....	74
Скорая помощь при потере сознания .....	74
Реанимация .....	75
Общее истощение, общая слабость .....	75
Плохая переносимость погоды.....	75
<b><i>Определение местонахождения точек или что такое цунь? ...</i></b>	<b>76</b>
<b><i>Определение локализации акупунктурных точек.....</i></b>	<b>80</b>
МЕРЕДИАН ЛЕГКИХ (P).....	80
МЕРЕДИАН ТОЛСТОЙ КИШКИ (GI) .....	82
МЕРЕДИАН ЖЕЛУДКА (E) .....	85
МЕРИДИАН СЕЛЕЗЕНКИ-ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (RP) .....	91
МЕРИДИАН СЕРДЦА (C) .....	95
МЕРЕДИАН ТОНКОЙ КИШКИ (IG).....	96
МЕРЕДИАН МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (V) .....	100
МЕРИДИАН ТОЧЕК (R) .....	105
МЕРИДИАН ПЕРИКАРДА (MC) .....	108
МЕРИДИАН ТРЕХ ОБОГРЕВАТЕЛЕЙ (TR).....	109
МЕРИДИАН ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (VB).....	112
МЕРИДИАН ПЕЧЕНИ (F).....	121
ЗАДНИЙ СРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН (VG) .....	124
ПЕРЕДНИЙ СРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН (VC) .....	127
ВНЕМЕРЕДИАННЫЕ ТОЧКИ (PC).....	129

## Преимущества электропунктуры

---

Если при электропунктуре перераспределение электронов в нервных структурах происходит путём переноса заряда под действием разности потенциалов внешнего источника тока, то при иглоукаливании этот процесс осуществляется за счёт разности потенциалов, возникающей между нормально функционирующими и утратившими функцию, т.е. испытывающими дефицит электронов нервными структурами.

Чтобы получить соответствующий терапевтический эффект, игла, вводимая в тело больного, наряду с нормально функционирующими нервными структурами, должна непременно касаться нервного ствола или волокна, утратившего функцию. Только в этом случае больной ощутит импульс тока или распирание, выделение тепла или онемение – выполняется условие, отмеченное, в частности, в работе Джу-Лянь (22). Только в случае «снайперского попадания» иглой в утративший функцию нерв, больной получит полную терапевтическую отдачу, скрытую в методе иглоукаливания.

Как утверждают китайские специалисты, чтобы стать хорошим специалистом-иглоукальвателем, необходимо учиться не менее 25-и лет. Видимо, в силу сложности и отсутствия опыта ряд рефлексотерапевтов необоснованно игнорирует требование контакта иглы с утратившим функцию нервом, в результате чего и не получает полной терапевтической отдачи метода.

Преимущество электропунктуры перед иглоукальванием заключается, прежде всего, в том, что она не требует подобной точности, так как поток электронов, в силу наличия большей разности потенциалов, «находит путь» к больному нерву сам – в пределах круга радиусом в несколько миллиметров. Кроме этого, электропунктура при большей напряжённости электрического поля, создаваемого внешним источником тока, обеспечивает значительно больший суммарный перенос зарядов за равные промежутки времени, что позволяет сократить время процедуры и их количество в десятки, а в некоторых случаях – даже в сотни раз. Тот эффект, который больной получает от иглоукальвания за два-

три курса лечения по 10-12 сеансов, электропунктура, в рамках диапазона ответных реакций «активации» (20), может дать за Один-два сеанса, при затрате времени 30-40 минут. Об этом говорит «упрямый» опыт.

Можно отметить также простоту и безопасность предлагаемого метода и устройств, не допускающих ошибки лечащего врача, могущей повлечь нежелательные последствия.

## **Основные положения электропунктурной нейротерапии.**

---

*(немного сухой теории)*

1. Электропунктурная нейротерапия – это методический приём лечения больных, страдающих функциональными расстройствами и заболеваниями, воздействием на нервные структуры организма электрическим током через посредство точечного электрода.
2. С точки зрения функциональной деятельности нервной системы любое функциональное заболевание – это нарушение управления и регуляции физиологических процессов системы, органа или ткани со стороны соответствующих участков нервных структур, выражающиеся в частичной или полной утрате их способности регенерировать нервные импульсы.
3. Причинами функциональных заболеваний могут являться: перегрев и переохлаждение, ушиб и защемление нерва, химическое и бактериологическое воздействие, переизбыток, курение и алкоголь, чрезмерное горе и эмоциональное перенапряжение, испуг, переживание, страх и пр.
4. Механизм функционального заболевания: механическое повреждение нервных структур, дефицит калия, натрия или медиатора, ослабление функций натрий-калиевых насосов

- и подвижности медиатора, дефицит электронов проводимости.
5. Нарушение регуляции обменных процессов приводит к органическим изменениям, которые могут иметь фазы обратимых и необратимых.
  6. Электропунктурная нейротерапия позволяет излечивать функциональные заболевания, стадия которых не привела к необратимым органическим изменениям.
  7. Принцип электропунктурной нейротерапии заключается в восстановлении способности определённых участков нервных структур регенерировать нервные импульсы на синоптических связях при воздействии дозированного постоянного или импульсного электрического тока.
  8. При приложении к точке воздействия отрицательного потенциала относительно опорного электрода, зажатого в руке, изменение тока проходит три фазы:
  9. – ток рассеяния по кожному покрову и эпителиальным тканям, который не обладает ни диагностическими, ни терапевтическими свойствами.
  10. – ток т.н. «пробоя», т.е. выхода потока электронов проводимости на нервные структуры.
  11. – ток насыщения, обладающий нейротерапевтическим действием, так как устраняет дефицит электронов проводимости, необходимых для формирования нервных импульсов.
  12. Во всех точках воздействия нормально функционирующих нервных структур токи противоположных направлений равны между собой по абсолютной величине.
  13. Токи всех точек, нормально функционирующих и восстановленных нервных структур равны между собой – не зависят от места положения точки или расстояния её от опорного электрода, а определяются в основном количеством электронов, переходящих с нервных структур на опорный электрод, т.е. передаточной функцией контактного слоя. При этом изменение тока с изменением

разности прилагаемых потенциалов подчиняется закону Ома.

14. При подключении к лечебному электроду параллельно дополнительных электродов, суммарный ток через опорный электрод не изменится, а токи отдельных параллельно включенных электродов будут равны  $(1/n) \cdot J_{o3}$ , где  $n$  – количество параллельно включённых лечебных электродов, а  $J_{o3}$  – ток опорного электрода. Закономерность постоянства тока опорного электрода определяет целесообразность применения в одном аппарате не более одного лечебного электрода.
15. Диагностическими параметрами функционального состояния нервных структур являются: соотношение (асимметрия) токов противоположных направлений через обследуемую точку в фазе насыщения, утрата чувствительности к изменению направления и импульсу тока, образование зон повышенных потенциалов на теле больного.
16. Прежде чем дать диагностическое заключение о функциональном состоянии участка нервных структур при приложении отрицательного потенциала к точке воздействия, необходимо дождаться резкого увеличения тока, что соответствует выходу потока электронов на нервные структуры, т.е. прохождению фаз рассеяния, «пробоя» и началу фазы насыщения.
17. В любой точке нервных структур частично или полностью утративших способность регенерировать биоэлектрические импульсы, ток положительного направления (при положительном потенциале на лечебном электроде) всегда меньше тока отрицательного направления (при отрицательном потенциале на лечебном электроде). Величина асимметрии этих токов, иногда достигающая 95-98%, характеризует степень дефицита электронов, т.е. утраты функции нервными структурами.

18. Терапевтически полезным при электропунктуре является ток отрицательного направления, который устраняет дефицит электронов проводимости в нервных структурах, а положительное направление тока «отсасывает» электроны в точке приложения лечебного электрода, создавая или увеличивая их дефицит в нейронах и, следовательно, приводит к сбою или прекращению регенерации ими нервных импульсов.
19. Равенство токов противоположных направлений должно восстанавливаться только действием тока отрицательного направления, что может быть выражено правилом: «Плюс восстанавливается минусом».
20. Положительным направлением тока следует пользоваться только для диагностических целей – сравнения значений токов противоположных направлений, и не более чем 3-4 сек. при каждом сравнении.
21. Терапевтический эффект пропорционален количеству протекшего электричества. Так, например, можно воздействовать на точку током 5 мкА и добиться симметрии токов за 10 минут, а можно получить тот же эффект за 1 минуту, воздействуя током 50 мкА.
22. Оптимальная величина тока воздействия корректируется по ощущению приятного покалывания при изменении направления или импульсе тока, что, в свете открытия ростовских учёных – докторов наук Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакиной и М.А.Уколовой (20), соответствует диапазону ответных реакций «активации», являющихся наиболее целебными.
23. По истечении некоторого времени после восстановления симметрии токов в точке воздействия контрольная проверка показывает, что асимметрия токов появляется вновь. Однако, в этом случае асимметрия токов значительно сокращается по истечении 6-ти часов, т.е. по завершении ответной реакции активации, открытой ростовскими учёными.



24. Если при диагностической проверке в данной точке обнаружено отсутствие чувствительности к изменению направления тока или импульсу, то воздействие на точку, наряду с достижением симметрии токов, продолжают до момента появления чувствительности.
25. В общем случае последовательность воздействия на точки не имеет принципиального значения. Однако, в некоторых случаях целесообразно начинать с общеукрепляющих точек, когда больной ощущает общую слабость и недомогание, или с болевых точек А-ШИ, когда больной ощущает и испытывает острые боли.
26. Излечение заболевания функционального характера происходит после последовательной проверки набора точек, ответственных за данное заболевание, и восстановления обнаруженных «больных» и «болевых». При начальной стадии заболевания бывает достаточно одного сеанса лечения. При более глубоких стадиях заболевания, связанных с органическими изменениями, может потребоваться несколько сеансов.
27. Следует иметь в виду, что «чистых» - в рамках отдельных органов функциональных заболеваний практически не бывает. Функциональные нарушения обычно захватывают и соседние участки нервных структур. Поэтому, проверка соседних точек с точками «набора» и воздействие на «больные» из них, и особенно точки А-ШИ, усиливает терапевтический эффект.
28. Подключение опорного электрода к нервным структурам осуществляется через ладонь руки исходя из тех соображений, что эта часть тела наиболее густо иннервирована и может эмитировать большее количество электронов.
29. Учитывая вредное терапевтическое действие тока положительного направления, опорный электрод изготавливается максимально большей боковой поверхности, но удобным для зажатия в руке. При этом

- плотность тока каждой точки соприкосновения руки с электродом сводится к минимуму, по возможности исключая вредное действие.
30. Изготовление лечебного электрода желательно из нержавеющей стали, а опорного – из дюрала, недопускающих, как ряд других металлов, образования окисной плёнки, обладающей диодным эффектом, искажающим достоверность диагностической информации.
  31. С целью сокращения времени «пробоя» кожного покрова в точке воздействия, лечебный электрод может быть изготовлен с небольшим иглообразным выступом в торцевой части, позволяющем проходить роговой слой кожного покрова, исключая его омическое сопротивление.
  32. С целью усиления терапевтического эффекта путём активации защитных свойств организма и предупреждения заболеваний, нейротерапевтическое воздействие целесообразно завершить рефлексотерапевтическим – импульсным током отрицательной полярности с частотой 1-2 имп./сек. Эти импульсы, ощущаемые в виде имитации уколов, воздействуют на центры регуляции физиологических процессов данного органа и застойных нейронов сложнейшего кодового лабиринта – центральной нервной системы, вызывая тотальную ответную реакцию активации всего организма в целом.
  33. При воздействии на точку импульсным током рефлексотерапевтическому эффекту сопутствует гематопульсовый терапевтический эффект – активизация кровотока в кровеносных сосудах и капиллярах, находящихся в зоне действия электромагнитного поля импульса. Под воздействием энергии этого поля, равно как и при воздействии электромагнитного поля нервных импульсов, управляющих и питающих энергией как бы рассредоточенный по всей кровеносной системе насос, кровеносные сосуды и капилляры периодически

- сокращаются, активизируя пульсацию крови, способствуя более быстрому устранению застойных явлений.
34. Инфранизкие частоты импульсного воздействия выбраны исходя из тех предпосылок, что они являются граничными, при которых нормально функционирующими нервными структурами импульсы тока воспринимаются как имитация отдельных уколов, что может быть использовано в качестве дополнительного диагностического параметра.
  35. С точки зрения гематопульсовой терапии выбранная инфранизкая частота воздействия совпадает или наиболее близка к ритму пульса, что обуславливает оптимальную реакцию сосудов и режим активации кровотока.
  36. Ввиду того, что нервные структуры пронизывают весь объём организма и при их регуляции происходят биологически активные обменные процессы вплоть до клетки, нарушение активности которых есть ни что иное, как заболевание, то, так называемый «поиск» именно биологически активных, т.е. здоровых (низкоомных) точек и воздействие только на них, автоматически исключают нейротерапию, сводя к минимуму эффективность электропунктуры.
  37. Точки пунктуры логичнее именовать точками воздействия. Их следует не «искать», а проверять на функциональное состояние.

## **Управление без сбоев. Статья 1. (Леднев и Усачёв)**

---

"Человеческий организм в целом и каждый его орган, — писали авторы, — управляются центральной нервной системой. К центру с периферии от органов передается информация об их состоянии через чувствительную систему нервных волокон. Выработанные в центре на основе этой информации "приказы" передаются органам по двигательной системе нервных волокон. Эти положения общеизвестны.

Но что случится, если эти два потока информации или хотя бы один из них будут прерваны или будут искажаться? Ясно, что это приведет к нарушению работы органа, к его болезни. Возникают вопросы: какие из существующих болезней обусловлены нарушением управления, как уловить это нарушение и каким образом восстановить управление и, следовательно, здоровье?

Самое поразительное то, что мы, физики, а не врачи, можем дать ответы на эти вопросы.

Четырехтысячелетний опыт китайской народной медицины по излечению болезней посредством раздражения так называемых биологически активных точек либо острыми камнями, либо иголками, либо прижиганием полынью обобщен в книге Чжу—Лянь "Руководство по современной чжень-цзю терапии. Иглоукалывание и прижигание", изданной на русском языке в 1959 году Госиздатом медицинской литературы. В этой книге кроме описания 693 биологически активных точек и показаний к применению набора этих точек для лечения около двухсот болезней изложена и модель лечебного действия — восстановление регуляции нервной системы. Однако аргументация в пользу этой модели для советских ученых, по-видимому, не представлялась достаточной, поскольку в ряде последующих монографий наших авторов эта модель не берется в качестве путеводной нити, а игнорируется и лишь упоминается наряду с другими точками зрения.

Один из авторов данной статьи — Иван Андреевич Леднев в 1973 году предложил схему прибора для диагностики состояния биологически активных точек и лечебного воздействия на них. Ради справедливости надо заметить, что аналогичные приборы уже предлагались другими изобретателями, но у них в то время не было достаточно разработанной методики, наших возможностей и нашего подхода.

Использование "Эледиа" показало, что ток, пропущенный через биологически активные точки здорового, не уставшего человека, не зависит от знака приложения потенциала (то есть от направления тока, движения электронов). Больная же точка характеризуется

повышенным сопротивлением и, следовательно, очень низким током даже при приложении отрицательного потенциала и еще более низким при приложении положительного потенциала. Последнее обстоятельство ведет к резкой зависимости величины постоянного тока от его направления или, как мы будем говорить дальше, асимметрии биологически активной точки. Оказалось также, что при достаточно долгом приложении к большой точке отрицательного потенциала ток постепенно возрастает и асимметрия исчезает или уменьшается.

### **Отрицательный ток восстанавливает проводимость и ликвидирует асимметрию!**

Лечебная величина отрицательного тока подбирается по ощущению приятного покалывания (в момент переключения полярности). Наше правило: "Терпеть не надо!" Обычно этот ток лежит в пределах от 50 до 100 мкА, то есть менее одной тысячной от опасного тока 0,1 А. Время воздействия током должно обеспечивать выход тока на насыщение и устранение асимметрии, которая проверяется повторной диагностикой точки, то есть повторным включением положительного потенциала на 2—3 секунды. Когда асимметрия в биологически активных точках симметрируется и регуляция восстановится — исчезает соответствующая болезнь. Здесь надо отметить, что каждой болезни чаще всего соответствуют 10—20—30 точек. Чтобы избавиться от болезни, надо проверить на симметрию все соответствующие точки и пролечить больные, то есть с большим сопротивлением и несимметрией по току. Что касается симметричных точек с малым сопротивлением, то их сколько ни лечи, они лучше не станут, так как они здоровые. К сожалению, именно такой неэффективной методике — лечению через точки с малым сопротивлением — чаще всего обучают врачей. В этом заключается первое принципиальное отличие нашего метода от общепринятого, что и заставило нас взяться за перо. Второе отличие — лечение отрицательным током, а не положительным. Повторим: отрицательный ток восстанавливает проводимость и ликвидирует асимметрию и болезнь!

Изложенные факты ведут к следующей картине. Биологически активные точки являются как бы клеммами на приборной доске, на которые выведены линии связи между центральной нервной системой и органами. Устанавливая неисправность линии связи по малой величине тока и по асимметрии, мы имеем возможность тем же прибором восстановить эту линию связи, активизировать деятельность автономных центров вегетативной нервной системы, включая гипоталамус, и восстановить здоровье данному органу.

Механизм лечения приборчиком приступа остеохондроза мы представляем себе так: при защемлении нерва между мышечными волокнами или позвонками, во время неудачного движения под нагрузкой, нерв травмируется и нарушается связь между спинным мозгом и мышцами, что ведет к ухудшению трофики (питания — прим. ред.), отеку тканей, застою, контрактуре мышц и болевому синдрому. Восстанавливая проводимость нерва с помощью слабого отрицательного тока, мы расслабляем мышцы\* и ликвидируем контрактуру, налаживаем питание и снимаем болевой синдром. Здесь надо отметить, что первопричина радикулита, например сильное ущемление нерва между позвонками при смещении, устраняется током не навсегда и не всегда. Чтобы уменьшить вероятность такого защемления, по-видимому, надо постоянно укреплять мышечный корсет позвоночника гимнастикой, физическими упражнениями и спортом. Однако, катаясь на лыжах с гор или бегая, очень важно не иметь страха перед возможным ущемлением. Если ущемление наступит, последствия его можно тут же ликвидировать с помощью приборчика!

Ради закрепления успеха после ликвидации асимметрии в каждой точке отрицательным током, мы рекомендуем сделать еще десять переключений с одного потенциала на другой (продолжительность каждого по 1—2 секунды) для рефлекторной стимуляции вегетативных центров. Таким образом, в предложенном нами методе отчетливо проглядывают два принципиально разных вида лечения:

основной — восстановление проводимости в больном нерве, то есть нейротерапия;

дополнительный — раздражение управляющих вегетативных центров, то есть рефлексотерапия, стимуляция, повышение сопротивляемости.

Конечно, было бы неправильно утверждать, что все болезни можно вылечить только восстановлением управления, однако класс таких болезней очень широк: это все функциональные заболевания, стадия которых не привела к необратимым органическим заболеваниям, хотя и при необратимых изменениях облегчить страдания в наших силах, так как любое из них сопровождается функциональными расстройствами.

Для нахождения биологически активной точки, относящейся к той или иной болезни, можно пользоваться руководствами Чжу-Лянь (1959), Фын Ли Да и ДА Парманенкова (1960), В.Г. Вагралика и Г.Н. Кассиля (1962), М.К. Усовой и С.А. Морохова (1974), Д.Н. Стояновского (1977), В.Г. Вагралика и М.В. Вагралика (1978), Э.Д. Тыкочинской (1978), Д.М. Табеевой (1980), Г. Лувсана (1980) и других. Следует отметить, что биологически активные точки расположены, как правило, в углублениях, что облегчает нахождение их и фиксацию лечебного электрода".

## **Управление без сбоев. Статья 2. (Леднев и Усачёв)**

---

“В ответ на сотни писем мы вынуждены повторить, — писали авторы год спустя, — что в инструкциях и руководствах по рефлексотерапии обычно рекомендуют искать биологически активные точки по минимуму омического сопротивления и лечить через них болезнь током положительной полярности (Ф. Портновидр.). Как свидетельствует наш опыт, такой поиск, во-первых, приводит к пропуску “больных” точек, что фактически исключает нейротерапию, во-вторых, он лишь усугубляет расстройство проводимости нерва. “Плюсом” лечить нельзя. Асимметрия ликвидируется “минусом”.

В одном из писем, полученном нами, выражено убеждение в том, что в аппарате “Эледиа” нет ничего сверхнового и сверхсложного, так как существует ряд авторских свидетельств на

эту тему. Действительно, что может быть сверхсложного в нашей простейшей схеме (см. рис. — ред.).

Микроамперметр, или индикатор настройки магнитофона, с интервалом измерения тока 0—100 или 0—200 мкА, батарейка 9—12 вольт (например, “Крона”), переменное сопротивление на 470 кОм, постоянное сопротивление на 10 кОм соединены последовательно, а смонтированная в эту цепь диагностическая кнопка меняет полярность потенциалов на лечебном и опорном электродах. В основном при не нажатом положении кнопки на лечебный электрод подается минус, при нажатии же и удержании кнопки в нажатом положении на лечебный электрод подается плюс.

Такая конструкция кнопки применяется нами вместо тумблера для исключения вредного долговременного воздействия плюсом на точку по ошибке. Долго держать пальцем кнопку вы не будете!

Использование существующих малогабаритных деталей позволяет смонтировать весь лечебно-диагностический аппарат “Эледиа” в объеме пачки из-под сигарет.

Новым в аппарате “Эледиа” является именно его простота и дешевизна. В этой связи напрашивается аналогия с высказыванием знаменитого французского скульптора Родена, который говорил, что скульптура — это кусок мрамора, из которого выброшено все лишнее. В нашем приборе нет ничего лишнего!

При диагностике и лечении положение каждой биологически активной точки определяется по ее анатомическому описанию. С достаточной уверенностью это можно сделать, сопоставляя точку на схеме с точкой на теле, уточняя положение последней, нащупав пальцем углубление. В это углубление и помещают лечебный электрод (ЛЭ) под потенциалом “минус”. Потенциал же “плюс” подается на опорный электрод, который больной зажимает в ладони. Затем надо дождаться резкого увеличения тока (“пробоя”), которое мы связываем с началом его прохождения через нервный узел. Лишь после этого можно провести диагностику точки на асимметрию, переключив на 2—3 секунды “плюс” на лечебный электрод. Почему надо ждать “пробоя”? До него небольшой ток



мог рассеиваться по тканям, не обладая ни диагностическим, ни лечебным свойствами.

Еще несколько слов о так называемых точках А-ши. Это те точки, в которых пациент ощущает боль — постоянную или при надавливании пальцами во время прощупывания. Воздействие на них током отрицательной полярности в ряде случаев бывает особо эффективным”.

## КАК Я ЛЕЧУ (Преображенский В.С.)

Пора, однако, по порядку рассказать о том, как я лечу.

Вынимаю аппарат и открываю Атлас Леднева на странице, где нарисованы биологически активные точки для лечения, например, хронического остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Опорный электрод (с потенциалом «плюс») даю пациенту, чтобы он его зажал в ладони, а лечебным (с потенциалом «минус») начинаю обрабатывать справа и слева точки на спине, спускаясь сверху вниз. Как? Уточняю.

Поставлю лечебный электрод на точку, включу аппарат на максимальный ток (в «Эледиа — 2» — вращением регулировочного колесика до предела вверх) и, наблюдая за стрелкой микроамперметра, жду «пробоя» точки, то есть жду, когда стрелка активно отклонится вправо (на одну треть, половину или даже больше, что примерно соответствует 70 — 100 150 мкА).

Сколько времени я жду «пробоя»? Иногда точка пробивается почти мгновенно, иногда спустя минуту, две, а то и десять. Сколько потребуется, столько и жду.

Но как только стрелка энергично пошла вправо, я тут же, вращая регулятор силы тока, подбираю ток по ощущению пациента со словами: «Вы — хозяин силы тока! Терпеть не надо. Лечебно-оптимальный ток — легкое покалывание при переключении полярности либо приятное тепло. Итак, прибавить вам силу тока или убавить?»

И как только (вместе с пациентом!) мы найдем оптимальную силу тока для этой точки (а для каждой она — своя), я, не мешкая,

нажимаем пальцем на диагностические кнопку (меняю направление тока) и держу кнопку в нажатом положении 2 — 3 — 4 секунды, вслух или про себя считая; «Раз, два, три, четыре». После чего отпускаю кнопку.

Что происходит со стрелкой микроамперметра при нажатой кнопке? После вздрагивания, которое мы в расчет не принимаем, она обычно начинает падать влево. Это и есть асимметрия, как ее называют Леднев и Усачев. О чем же «говорит» она: сопротивление в нашем теле току, бегущему в обратном направлении — от опорного электрода к лечебному, больше, чем когда он бежал от лечебного к опорному. В идеале же сопротивление и сила тока туда и сюда должны быть одинаковы.

А почему необходимо провести диагностику, как я сказал, «не мешкая»? Да потому что, если проканителиться, ток отрицательной полярности восстановит нарушенную проводимость и ликвидирует диагностическую асимметрию. Мы ее можем проворонить!

И еще одно «почему», но в отличие от первого серьезное, которым нельзя пренебрегать: почему при нажатии на диагностическую кнопку я рекомендую считать — раз, два, три, четыре? Чтобы больше трех — четырех секунд не подавать к точке через лечебный электрод сконцентрированный на «игле» «плюс», он — вреден, помогает не больному, а болезни (с опорного электрода, зажато в ладони, «плюс» рассеян по большой поверхности и негативного влияния не оказывает).

Итак, повторю схематично свою методику лечения, чтобы вам было легче ее освоить: опорный электрод — в кулаке у пациента, лечебный я прикладываю к биологически активной точке и жду «пробоя». Пробил — регулирую силу тока по ощущению пациента, затем сразу же нажимаю на диагностическую кнопку (смотрю: есть асимметрия или нет), отпускаю кнопку и лечу точку током отрицательной полярности. Сколько лечу? Приблизительно минуту. И снова нажимаю на диагностическую кнопку — проверяю: уменьшилась асимметрия или нет? Если она осталась, лечу еще

минуту. И так повторяю лечение и проверку до ликвидации асимметрии.

Теперь вернусь к обработке точек приборчиком при хроническом остеохондрозе.

При не осложненной форме (без ощущения болей по ходу седалищного нерва) я обычно обрабатываю только поясницу и общеукрепляющее точки (в сумме 20 — 30 точек). После этого говорю пациенту: «Встаньте, нагибайтесь вперед-назад и вправо-влево, щупайте пальцами, где еще осталась боль» И в это место, которое показывает пациент или которое я сам нащупаю, снова ставлю лечебный электрод, передвигаю его туда-сюда, увеличиваю и уменьшаю силу тока, делаю 10 коротких переключений с одного потенциала на другой.

Если же у пациента боль не только в пояснице, но и по ходу седалищного нерва (ишалгия), я включаю в обработку еще 8 парных точек на ногах.

### **Сколько дней и раз лечу?**

При не осложненных болях в пояснице обычно хватает двух, трех сеансов. При ишалгиях и люмбаго (мигрирующих болях, когда в дегенеративный хронический процесс вовлечен сам нерв) — лечение сложнее, продолжительнее. Классическая схема лечения при невритах, взятая из практики иглорефлексотерапии: по разу в день в течение трех недель с перерывом между лечебными неделями по 4 — 7 дней (к этой схеме я прибегал всего несколько раз в крайне упорных случаях).

Наконец, о нестандартных, но очень интересных методах лечения различных заболеваний приборчиком «Эледиа».

**Повторное лечение по несколько раз в день.** Метод родился в недрах нашей общей практики. Впервые его применил инженер, любитель электропунктуры Н. Елистратов: пролечил себя 10 раз за день от гриппа и выздоровел к вечеру, а жена его (без применения прибора!) проболела 8 дней. Я лечил себя по 5 — 6 раз. Результат отличный. Количество точек за одно лечение в этом варианте я обычно сужаю до 10 — 15–20 (это как бы экспресс — метод на ходу).

**Лечение не по точкам, а по болезненным зонам** — метод профессора А. Уманской, который, впрочем, параллельно родился в ледневской практике. Мы его применяем, когда лечим сами себя без посторонней помощи и с трудом дотягиваемся, например, до поясницы электродом. Какая может быть тут точность попадания в БАТ, если ты своей спины не видишь? Сомнительная! Но облегчения мы добиваемся и в этом случае — по нервным окончаниям отрицательный ток доходит до нужных БАТ!

**Лечение отрицательным током по минуте-две без диагностики точек на асимметрию.** Привез этот метод в редакцию пожилой любитель электропунктуры из Минска (кстати, там, как и в других крупных городах, было организовано несколько центров любителей электропунктуры), По его словам, он вылечил жену от тяжелой гипертонической болезни: обрабатывал 30 с лишним специальных БАТ в течение месяца отрицательным током по минуте. Я «бездиагностический» метод применяю при лечении маленьких детей. Почему? Во время переключения тока с одного потенциала на другой возникает добавочный ток, и человек ощущает под лечебным электродом словно бы укол иглой. Легонький укол! Но если «уколешь» даже очень слабо неразумного ребенка, он испугается, начнет перестраховываться и не позволит вам далее лечить током, по силе намного ниже лечебно-оптимального. Эффективность лечения ослабнет!

А как «ведут себя» биологически активные точки при лечении? Какие выявляются закономерности — общие, индивидуальные?

На лице и голове точки более чувствительны к электрическим уколам (как правило, лечение через них ведется в диапазоне 30 — 50 мк А).

На теле, на спине чувствительность гораздо ниже (от 70 до 100, 200 мк А). На ногах и руках (особенно у пожилых людей) точки пробиваются труднее. На ладонях и стопах их пробить почти что невозможно из-за толстого рогового слоя кожи естественного изолятора (Усачев даже рекомендовал легонечко соскабливать роговой слой над точкой, я же, как правило, обхожусь без этих точек). При очень сухой коже для улучшения проводимости ее

можно смочить водой с тампона или собственной слюной, но лучше этого не делать — ждать, когда точка пробьется в естественных условиях.

При общей возбудимости точки более чувствительны к току и очень быстро (иногда чрезмерно быстро) пробиваются. При заторможенности, вялости — точки пробиваются с трудом (пациент ваш «как квашня»). При нормальном состоянии организма у здоровых — точки реагируют на ток, как хорошо отлаженный стабильный механизм. Однако небольшая асимметрия в точках (с разницей между «минусом» и «плюсом» в 10–20 мк А) практически всегда присутствует. Стоит же здоровому человеку заболеть, асимметрия в конкретных точках резко возрастает — до 40 — 60 мк А и больше! Поэтому, как выразился профессор С.В. Хрущев: «Для диагностики точки важна не сама асимметрия, а ее степень!»

На поведение точек влияют магнитные бури, прием гормонов, анальгина, снотворных, алкоголя и наркотиков. Не раз я наткнулся в этих случаях на парадоксальные реакции: «плюс» больше «минуса» при диагностике, точки будто бы в смятении, баланс нарушен!

Вообще трудно поручиться за эффект лечения электропунктурой (на чем настаивают Леднев и другие авторы), если до этого пациент основательно лечился гормональными препаратами (гормоны — самое опасное лекарство!) или если пациент одновременно с электропунктурой применяет какие-нибудь другие методы лечения, таблетки. Используя метод Леднева, я всегда стремился к чистоте воздействия, чтобы не запутаться.

Даже невинное смазывание поясницы жгучей мазью (сплошное, а не по точкам) вносит в точки диагностический ералаш. И потому перед лечением электропунктурой дня за два лучше отказаться от мазей. И после лечения, если вы приборчиком не до лечились, в течение суток мазь не применять.

Единственное, что сочетается с лечением электропунктурой без натяжек, более того, помогает, дополняет, входит в комплекс модернизированные физические упражнения: гимнастика, катание на лыжах, бег, гребля, велосипед, массаж и самомассаж. И это не

случайно. По данным Леднева и Усачева, физические упражнения, катание на лыжах с гор отлаживают и улучшают проводимость по нервной системе человека!

Ну, а почему не я один, а многие из нас, последователей Леднева, избегают лечения плюсовым потенциалом? Вопрос серьезный.

В свое время Иван Андреевич Леднев выявил и подтвердил экспериментально: если по ошибке лечить не «минусом», а «плюсом», позже не можешь вылечить даже пустяковую болезнь. Не поддается! Поэтому-то он для исключения ошибки и сконструировал в своем приборчике переключение полярности не тумблером, а через кнопку на пружинке: в не нажатом состоянии на лечебном электроде всегда «минус»! А тумблер не туда переключил — забыл.

У многочисленных астматиков (уже из наших наблюдений) «плюс» на лечебном электроде вызывает неприятное ощущение, а затем удушье. «Минус» приносит облегчение!

Я лечил себя от бессонницы по запатентованному методу Лозновского через БАТ: тридцать секунд «плюс», тридцать секунд — «минус», в сумме — шесть минут. Лозновский считает, что раздражение нервной системы в этом ритме «тормозной» метод, а в более частом (три секунды «плюс» и три секунды «минус») «возбудимый»... В первый раз, пролечившись через хэ-гу «тормозным» методом, я добился сна с кошмарными сновидениями, но на следующий день у меня подскочило артериальное давление, которое прежде никогда не беспокоило. Очухавшись, я повторил «тормозной» метод и приобрел... гипертонический криз с тошнотой и головокружением! Больше с «плюсом» я ни разу не игрался. А ведь до Леднева в официальной медицине «плюсом» лечили без оглядки. И сегодня, увы, от него не отказались. Прочитайте, например, внимательно книги по электропунктуре известного рижского профессора Ф. Портнова\*. В первом издании профессор сплошь лечит «плюсом» (практически его только и признает), считает «тормозным воздействием». Иногда лишь удивляется, что результаты лечения остеохондроза

«плюсом» у него невысоки, ищет другие методы (вводит через БАТ новокаин). Во втором издании и более поздних (нигде не упоминая о Ледневе: как можно, он же не врач, а физик) Портнов уже лечит «минусом», но полечит и тут же как бы извиняется за то, что «согрешил».

Или откройте прекрасно изданную книгу по рефлексотерапии А. Табеевой «Руководство по иглорефлексотерапии»\*. Там без труда найдете тот же взгляд; ток отрицательной полярности возбуждает, ток положительной — успокаивает. Но попробуйте «успокоить» «плюсом» взволнованного пациента: он полезет на стену! Тогда как «минус» — мы это сотни раз видали — расслабляет мышцы, приносит облегчение.

## **Кого я "минусом" недолечил (Преображенский В.С.)**

---

Придет ко мне пациент, пролечится — исчезнет... Это же случилось, несмотря на просьбу — позвонить или написать.

Другая категория “неизлечимых”. Они приходят на лечение охотно, но с болезнью расставаться не торопятся. Она для них как сладкая приправа, возможность пожаловаться на свое несчастье, походить по знаменитым докторам.

Третья категория “трудноизлечимых”. Это те, которые хотят немного поболеть для дома — постирать, отремонтировать квартиру, дописать картину или книгу.

Истинные “неизлечимые” страдальцы без посторонних примесей, конечно, тоже попадались. Помню одного любителя “трусцы”, неистового марафонца. Пришел ко мне под вечер, скрюченный, несчастный. Хотел вышибить клин клином: с простудой и температурой 38 бегал под осенними дождями до изнеможения и как бы загнал свою простуду в седалищный нерв. Я пролечил страдальца. Он повеселел, ушел из кабинета, но с дороги из метро вернулся: боль возобновилась ниже — под коленкой. Второе лечение ему как следует, не помогло: боль перемещалась по нерву вверх и вниз, с бедра на голень. Тогда я впервые столкнулся с этими мигрирующими болями. Этого бегуна так за два

раза и не вылечил. Больше он ко мне на лечение не пришел — отправился в поход по докторам, больницам. Года через четыре заглянул, затравленный, поникший — болезнь его не отпускала, он мучился, но в метод Леднева не верил, сомневался. Я же настаивать на лечении опять не стал. Таков мой принцип — добровольность. Если пациент не хочет, я его не уговариваю.

— А я бы вылечил вашего бегуна! — сказал мне твердо Иван Андреевич Леднев при очередной встрече. — Вы его прокоммутировали всего два раза. И оба раза обрабатывали точки только на больной ноге, а надо было в этом случае и на здоровой. Обязательно!

В дальнейшем это замечание я, естественно, учел; Леднев же в лечении — великий мастер, хотя и без врачебного диплома. Уловил я позже и еще одну любопытную закономерность: при мигрирующих болях терапевтический эффект достигается быстрее, если заканчивать лечение в точке на спаде боли; боль то нарастает, то падает — у нее вроде существует свой внутренний ритм.

Убеждался я неоднократно и в поразительном эффекте общеукрепляющих точек... Раз из Читы проездом привела ко мне своего отца встревоженная дочка: еле передвигается отец, боль в пояснице и по ходу седалищного нерва справа. “Глядеть на его страдания не могу!” Я пролечил его. Он ожил. На следующий день зашел — все хорошо, но теперь левая нога болит (так бывает: сильная боль справа подавляла, боль на левой стороне, а теперь, когда справа боль исчезла, левая начинает проявляться). Я повторил сеанс лечения точно по Ледневу — справа-слева, а толку нет. Боль слева никуда не делась. Тогда я подключил на левой голени точку “от ста болезней” — дзу-сань-ли. И боль прошла. Мгновенно!.. На обратном пути из отпуска в Читу дочь и отец зашли ко мне. Счастливые и благодарные: боль не возобновлялась, отец весь отпуск трудился у своей матери в деревне.

Еще типичный случай, в какой-то мере поучительный. С махровым пояснично-крестцовым остеохондрозом и застарелой ишалгией я лечил дома своего давнего знакомого по горным лыжам Георгия Б., очень возбудимого, нервного, издерганного



человека, который, настрадавшись, никому и ни во что не верил. Лечу. Боль перемещается, мигрирует туда-сюда. Улучшение не наступает. Две недели отлечил по классической схеме иглотерапии, идет (после перерыва) третья неделя — толку нет. Пациент мой нервничает, шумит, но, к счастью, из упрямства ходит на лечение.

Раз у нас с ним был такой забавный эпизод. Лежа на животе, он мне кричит: “Убавьте! Больно!” Я ток сбросил до нуля, а он: “Больно, говорю же!” Я совсем выдернул из гнезда лечебный электрод (конструкция того прибора это позволяла сделать), позвал свидетелей: “Смотрите, я же отключил!” Он все равно орет: “Убавьте, больно!” Такая у него была общая возбудимость и такая невероятно обостренная чувствительность самого больного нерва, что прикосновение обесточенного электрода он воспринимал, как нестерпимо сильный ток!

И вдруг к концу третьей недели, когда и я веру почти что потерял, боли у него прошли. Он выздоровел. И стал буквально электроманом: чуть, где ему кольнет — бежит ко мне: “Доктор, полечи!”

Короче говоря, при проявлении упорства — со стороны больного и со стороны того, кто лечит — я не припомню случая, чтобы метод Леднева не помог страдающему остеохондрозом.

## **Мышцы кролика и саламандры (Преображенский В.С.)**

Пробовал ли я еще какие-нибудь методы, приборы? Пробовал, но недостаточно. В этом признаюсь.

“ЧЭНЗ” — чрезкожный стимулятор импульсного тока с несколькими электродами на одной батарее “Крона” (портативный, словно электробритва). Он более общего характера — сразу воздействует на зону площадью около 10 кв. см, куда входят несколько биологически активных точек. Эффект его из-за этого, конечно, снижен — работа идет менее прицельно. К тому же у меня после первого приложения к запястью “ЧЭНЗ” вызвал ноющие боли в сердце, типичные для стенокардии, которой у меня

нет. “Вы не первый, кто связывает возникновение сердечных болей с “ЧЭНЗом”, — сказал мне тогда Ю.П. Макаров. — Надо проверить”.

“Но почему же “Эледиа” таких болей не вызывает?” — этот вопрос крутился в сознании довольно долго, пока я, окрепнув, не рискнул еще раз перепроверить действие “Эледиа”: обработал свое запястье по всем точкам (включая и “сердечную” шэнь— мэнь). Боли не возникли. Все спокойно. Почему же?

По-видимому, когда обрабатываешь сразу зону и накрываешь несколькими электродами три—четыре, пять биологически активных точек, суммарное воздействие тока на орган повышается. Риск есть! Когда же обрабатываешь точки по очереди (отрицательным или слабоимпульсным током), общее воздействие слабее. Риска нет! (Аналогичные взгляды мы находим в книге у Лувсана, который не разрешает в некоторые околосоудечные симметричные БАТ на спине вводить две иглы в одном сеансе.)

...Метод и приборчик кандидата медицинских наук Ю. Мироненко. Его я не без эффекта применял при стойких мигрирующих болях в седалищном нерве. В чем принцип лечения по Мироненко? Он, то уменьшает, то увеличивает частоту и силу импульсного тока, которую подает на БАТ (от 0 до 1000 Гц), чем приводит нерв в состояние парабриоза, то есть на грань жизни и смерти, после чего в нерве возникают новые резервные силы.

А как чувствует себя пациент во время этой “игры с током”? Я был у Мироненко в роли пациента: “Кажется, что пришел конец, сидишь, вцепившись в ручки кресла, хочешь вырваться — не можешь!”

Принцип же Леднева: “Терпеть не надо!” Силу тока мы подбираем по ощущению пациента. Все направлено на помощь организму, на повышение его защитных сил, а не на разрушение.

Во всяком случае, я твердо уяснил: метод Мироненко не для самолечения!

А почему я все же толком не сумел поработать с “ЧЭНЗ”ом, прибором Мироненко и многими, многими другими?

Неоднократно в уме я рисовал “железную” программу: когда метод Леднева даст осечку, не сработает, когда я с ним зайду в

тупик, возьму в руки другой прибор и метод, поработаю и расширю круг своих познаний, лекарственных возможностей. Но когда я, вроде, упирался, каждый раз оказывалось, что в методе Леднева я что-то искажил или его сузил. И если в нем же поискать и поварьировать — эффект наступит. Непременно! Другой прибор и метод не нужны.

Теория Леднева (без практики) тоже представляет интерес. В мире, например, все медики со времен Вебера считают: раз в организме жидкость (кровь и лимфа), значит, передача электроэнергии внутри происходит, как и в любом растворе с помощью ионов. Но электронная передача — в принципе более оперативная и экономичная. Неужели организм — столь совершенная живая машина, варившаяся миллионы лет в котле естественного отбора, — выбрал себе менее эффективный способ передачи? Этого не может быть. Он не выдержал бы конкуренции в жестокой схватке с неживой природой. В организме наряду с ионной передачей наверняка существует электронная, по нервам!

На этой гипотезе была основана ледневская нейротерапия — восстановление электронной проводимости по нерву на уровне синапсов. Самая последняя формулировка Леднева, по-моему, наиболее точна и интересна: болезнь возникает из-за дефицита свободных электронов и потому, если приложить к биологически активной точке лечебный электрод с потенциалом “минус”, мы добавим электроны, восстановим связь и ликвидируем функциональное заболевание, если же приложить “плюс”, он отберет свободные электроны, которых и без того в нерве не хватает, и поможет не больному, а болезни!

Вдали от Леднева, в тиши раздумий я тоже что-то читал, разыскивал. И вот в книге “Электрорецепторы кожи”\* наткнулся на описание многолетних опытов американца Р. Беккера (1974). Он ампутировал конечности у различных животных, вживлял крошечные электроды, пропускал через них слабый постоянный ток и наблюдал: у лягушки на месте ампутации образовывался рубец, у крысы — бугорок, а у саламандры отрастала новая полноценная конечность! Почему? Ведь саламандра более

высокоорганизованная по сравнению с лягушкой (она имеет сходное с человеком устройство ног'). Оказалось, что после ампутации лягушка регенерирует (то есть вырабатывает) положительный потенциал, а саламандра — отрицательный!

В поле отрицательного потенциала конечность отрастает! Другая серия эксперимента была проделана А. Студитским (1975) на кроликах и щенках: ученый полностью удалял из фасций (мышечно-фиброзного мешка) отдельные мышцы, измельчал их до состояния кашицы и вводил назад. У одних животных образовывалась бесформенная мышечная масса, у других (в поле отрицательного потенциала) — мышца восстанавливала всю свою прежнюю ювелирную структуру! Чудо? На грани чуда!

Ученые на этом, однако, не остановились: мысль одного была о пластических операциях в хирургии, мысль другого — об инфарктах миокарда. Если в поле отрицательного потенциала можно восстанавливать мышцу, разрушенную инфарктом, это же — революция в лечении!

У саламандры, искусственно разрушенную мышцу сердца, Р. Беккеру удалось восстановить.

А дальше? Дальше, как перескочить от лапки кролика и сердца саламандры к человеку? Сколько лет или десятилетий уйдет на этот “перескок”?

Да сколько бы ни ушло, а поле вокруг отрицательного потенциала — невероятно интересно!

Вот еще один эксперимент из совершенно другой области. З. Журбицкий (1978) изучал влияние электрического поля на фотосинтез растений. В первой серии опытов на растения подавался отрицательный ток (в 500, 1000, 1500 и 2500 вольт), во второй — положительный. И снова: в отрицательном потенциале — увеличение поглощения углекислого газа и возрастание фотосинтеза, в положительном — уменьшение!

Наконец, что такое отрицательные ионы кислорода, открытые Чижевским еще в 1934-м? Оказывается, это кислород с одним свободным электроном. А ведь он — и только он — усваивается при дыхании нашим организмом!

Что думал по этому поводу Иван Андреевич Леднев, мне так и не удалось узнать. Может быть, с точки зрения физика — атомщика, мои находки и размышления не серьезны?

## Тонзиллит, фурункулез, неврит (Преображенский В.С.)

И все-таки, чтобы там ни говорили, а главная практическая ценность ледневского метода для человека в том, что он избавляет от страха и страданий, лечит!

Приведу сверх разговора об остеохондрозе еще два—три примера из собственной лечебной практики.

Собрался я с сыном зимой в горы. Для этого в предельно сжатый срок провернул гигантскую работу. И вдруг за три дня до отлета на Тянь-Шань, когда уже вещи собраны и билеты на руках, свалил меня жесточайший тонзиллит с температурой 39,9 градуса. Вызвал я на дом участкового врача, к чему прибегаю крайне редко. Врач выдал мне больничный.

— Чем будете лечиться? — спрашивает.

— Приборчиком “Эледиа”, — отвечаю (об электропунктуре врач знал, но отнесился настороженно). — Через три дня мне улетать.

— За три дня вы не поправитесь. Налеты — сплошь, подчелюстные железы, как сливы.

— Посмотрим, — говорю.

Лечусь по шесть раз в день, благо время на лечение появилось. Лечебным электродом с “минусом” обрабатываю и распухшие миндалины прямо через открытый рот (кстати, никакого покалывания или жжения от тока во рту я не ощущал, хотя там и влажно, только помню от одной точки на миндалине шло щекотание, куда-то к уху, а где щекочет, там особо тщательно надо пролечить и “минусом”, и “переплюсовкой”).

Через три дня пришел к своему лечащему врачу “закрыть” больничный лист. Температура у меня нормальная, самочувствие хорошее.

— Невероятно! — говорит мой врач. — Осталась легкая гиперемия. Но я вам ехать в горы не советую. Остерегитесь.

— Ничего. Поеду. Приборчик-то со мной! — И укатил. Ночь в пути, по существу без сна: сначала в самолете, потом на старом “Москвиче” — в Оруу-Сай, но до места машина нас не довезла, забуксовала; дождь и грязь! Мы вылезли, взвалили на плечи лыжи, рюкзаки. Пошли. Через час промокли. Еще через час дождь перешел в сырой и крупный снег, потом — в морозный, мелкий. Сказка, если бы не мокрая одежда. К горнолыжной базе подошли к шести утра. Все спят. Стучать, будить неловко. К счастью — дверь открыта (были такие времена, двери почти никто не закрывал). Вошли в длинный коридор и, подсыхая, сидели в нем до восьми утра, пока обитатели не встали. А в десять — мы уже на склонах: вверх — на канатке, вниз — на лыжах, по дивной пушистой целине, под горным солнцем, которое разорвало ненастье, тучи!

И у меня — никакого тонзиллита, осложнений, несмотря на эдакую ночь!

Фурункулез — второй пример, который я хотел использовать для подтверждения мысли о нейротерапии. Раньше он часто донимал меня: стоит появиться одному — пошли фурункулы, карбункулы... Болел подолгу. Лучше всего, в конце концов, мне помогала аутогемотерапия. С ее помощью я все же выбирался. Теперь же, лишь вскочит характерный прыщ, воспалится в коже волосяной мешочек — возьму прибор Леднева, обработаю вокруг покрасневшего кружочка и в самую белозеленую головку... Все! Прыщ замирает и рассасывается. Достаточно одного или двух сеансов!

Слабенький электроток отрицательной полярности справляется с фурункулезом!

Неврит лицевого нерва. О нем — свои два слова. Когда мы заканчивали курсы по рефлексотерапии, наш преподаватель Юрий Петрович Макаров говорил: “По невриту лицевого нерва определяют класс иглотерапевта. В начале вашей практики не советую вам братья за него. Чуть не туда воткнешь иглу —

усилятся боли, перекосит лицо... Пациент на всю жизнь вам будет “благодарен”.

До курсов, ничего не зная о коварстве неврита лицевого нерва, я избавил от него четырех больных. И сразу после курсов — еще трех! Одного тренера по горным лыжам Валентину Б. — за два сеанса на спортбазе: приезжал покататься, после катания лечил. А врачи ничего сделать не могли — рекомендовали оставить любимую работу “на холоде”, перейти в залы. И вылечил я не потому, что уж очень хорошо лечу, а оттого, что приборчик “Эледиа” лечит по-другому: при лечении иглами из 30 точек надо выбрать пять—шесть “лучших” без ошибки, ошибся — еще сильнее перекосит, а при лечении ледневским методом я диагностирую все 30 точек и во всех “больных” — “минусом” восстанавливаю проводимость: достигаю как бы энергетического равновесия. Тут нет риска, нет гадания на кофейной гуще. Метод куда проще, доступнее, надежнее.

## **Маленькие секреты большого успеха**

---

Прежде чем лечить больного, надо поставить диагноз, т.е. определить — что лечить.

В практической работе врача часто бывают случаи, когда без определённых анализов и аппаратурных обследований определить объект заболевания точно не удаётся. Не всегда очевидна локализация нервных структур, утративших регулируемую функцию. Иногда, даже в клинических условиях, где имеются широкие возможности обследования, решающую роль играет время. Ну, а что касается т.н. «полевых» условий, где неудобства складываются и проявляются в полном объёме, требуется особая смекалка даже опытного врача.

Памятуя о том, что суть любого функционального заболевания заключается в нарушении функции регуляции физиологических процессов объекта заболевания со стороны нервных структур, в качестве диагностической можно использовать сигнальную информацию самих нервных структур.

В ряде случаев при функциональном заболевании эта информация проявляется в форме боли в зоне локализации утративших функцию нервных структур. Точки локализации утративших функцию нервных структур, в которых боль проявляется сама по себе, или при механическом воздействии, например, надавливании пальцем (болевые точки) в восточной медицине принято именовать точками А-ШИ.

Воздействие на точки А-ШИ отрицательным потенциалом восстанавливает регулируемую функцию нервных структур и, как следствие, сразу же купирует боль, как сигнал о заболевании.

Кроме функциональных заболеваний, точки А-ШИ могут появляться при повреждении нервных структур в результате всевозможных травм и ушибов.

С учётом точек А-ШИ в «полевых» условиях основными средствами диагностики могут явиться информация больного и пальцы врача или лица, выполняющего функции врача.

Нередки случаи, когда больной не ощущает особых болей, но испытывает слабость, недомогание, быструю утомляемость и усталость.

С учётом состояния больного, как показывает практика, наилучший результат можно получить, если:

а) при наличии острых болевых ощущений воздействие начинать с точек А-ШИ, добиваясь по возможности максимального или полного купирования боли. После этого можно проверить и обработать остальные точки, характерные для данного заболевания, приведённые в соответствующей прилагаемой карте точек. В этом случае нейротерапевтический эффект будет усилен рефлексотерапевтическим и психотерапевтическим – за счёт быстрого купирования болей.

б) в случаях отсутствия заметных болей, но слабости и недомогания больного, воздействие необходимо начинать с общеукрепляющих точек.



Эффективность электропунктуры можно значительно повысить, используя диагностический поиск точек клеточного дисбаланса и воздействие на них.

Поясним, что это означает.

Как известно, все клетки человеческого организма обновляются за 5-7 лет со скоростью от 5 до 7 миллиардов клеток в день. Исключение составляют нервные клетки, у которых способна восстанавливаться только часть протоплазмы. Целиком же нервная клетка обновиться не может за весь период своего существования (23). При нормальном функционировании нервных структур соблюдается строгий клеточный баланс. В случаях частичной или полной утраты функции нервными структурами, соответствующие регулируемые ткани будут испытывать дефицит энергии, нарушится нормальная пульсация капилляров, в результате чего процесс отмирания клеток ускорится, а деления – замедлится. Образуется дисбаланс отмирающих и делящихся клеток, проявляющийся в виде углублений или впадин в мышечных тканях. Эти впадины и служат диагностическими индикаторами зон или точек локализации нервных структур, требующих восстановительного воздействия.

Как правило, точки клеточного дисбаланса проявляются в зонах Захарьина-Геда, что даёт возможность судить о заболевании конкретного органа. В общем же случае клеточный дисбаланс характеризует нарушение кровотока и, следовательно, физиологических процессов в омываемых тканях.

«Виновниками функциональных заболеваний» могут явиться не только центробежные нервные структуры, доставляющие информативно-энергетические импульсы по соответствующим адресам, но и центростремительные, доставляющие контрольную информацию о состоянии функции физиологического процесса соответствующих системы, органа или ткани – в центральную нервную систему.

Наиболее типичным представителем заболевания данной этиологии является псориаз, при котором клетки кожного покрова

бесконтрольно делятся, очаг поражения, как говорят, покрывается «панцирем» а больной не испытывает сильных болевых ощущений.

Логика и практика подсказывают, что лечение больных псориазом должно заключаться в восстановлении функции контрольных нервных структур, т.е. в воздействии электропунктурой на точки очага поражения до момента восстановления сенсорной функции в каждой точке воздействия – ощущения имитации укола от импульса тока, или жжения – от воздействия постоянным электрическим током отрицательной полярности. Только в этом случае может быть восстановлено подконтрольное деление клеток кожного покрова, восстановлен баланс отмирающих и делящихся клеток.

В целях сокращения общего времени процедуры при достижении равнозначающего эффекта, лечебный электрод может быть выполнен, например, из 3-х или 5-ти точечных элементов, отстоящих друг от друга на расстоянии 6-8 мм. Поскольку суммарный ток лечебного электрода определяется током опорного электрода и при увеличенном числе элементов сам по себе увеличиться не может, требуется соответствующее повышение напряжения источника питания.

Отметим, что рекомендуемый метод терапевтического воздействия на нервные структуры организма предполагает воздействие за время сеанса не на 2-4 точки, а проверку на функциональное состояние и восстановление утраченной функции нервных структур во всех точках набора, указанных в таблице данной нозологии. Для этого часто требуется до 40-60 минут времени, а в ряде сложных случаев даже более. Однако цены восстановленному здоровью и затраченному времени – не сопоставимы.

Необычно высокая терапевтическая эффективность электропунктуры с использованием описанных «маленьких секретов» по сравнению с традиционными методами лечения, часто вызывает неверие непосвящённых врачей, в результате чего следует вывод: «очевидно, неверно был поставлен диагноз».

В общем случае описываемый метод электропунктуры не имеет противопоказаний. Воздействие на нервные структуры отрицательным потенциалом в любом случае вызывает ответную реакцию активации, как местную (нейротерапия), так и тотальную (рефлексотерапия), и, следовательно, даёт положительный терапевтический эффект.

Однако, нежелательны сеансы лечения, если не возникла ситуация, требующая спасения жизни, после сильного разогрева больного в бане, ванне или на солнце; после принятия алкогольных напитков; воздействие на точки А-ШИ в период обострения артрита.

Для детей в возрасте до 8 лет, несмотря на высокую эффективность метода, противопоказанием является психогенный фактор, т.е. боязнь. Насильственное же проведение сеанса может вывести ребёнка на грань стресса, что недопустимо. К сказанному следует добавить, что после лечения гормональными препаратами, приводящими к перерождению нервных структур, теряют эффект даже «маленькие хитрости».

## Практика убеждает

---

Для иллюстрации эффективности и некоторых возможностей описанных метода и устройств для электропунктуры, приведём несколько примеров из практики лечения больных по возможности с разными нозологиями:

1. Больной Н., возраст 48 лет. Пробираясь через лесной завал, упал, получил травму коленного сустава. Из-за острых болей, утратил подвижность. При воздействии электропунктурой на точки А-ШИ по описанной методике, в общей сложности 30-35 минут, были купированы боли, возвращена подвижность.

2. Больной Т., возраст 12 лет. При возвращении из школы, получил травму голено-стопного сустава: отёк, кровоподтёки, острые боли, утрата подвижности. Во время сеанса электропунктуры по точкам А-ШИ, были купированы боли; за ночь пропали отёки. На следующий день мальчик вновь пошёл в школу.

3. Больная З., возраст 51 год. Диагноз: пяточная шпора. Из-за сильных болей утрачена возможность передвигаться. Несмотря на то, что при электропунктуре был применён лечебный электрод с игольчатым выступом размера 0,5 мм, на так называемый «пробой» в каждой точке А-ШИ требовалось около 25 минут времени. Воздействие в фазе «насыщения» продолжалось 4-5 минут. После первого сеанса больная получила возможность наступать на пятку при незначительной остаточной боли, а после повторного – закрепляющего сеанса, потребовавшего несколько меньшего времени, боли были полностью купированы.

4. Больной Г., возраст 45 лет. Болел 10 лет. Диагноз – диабет. В результате лечения инсулином получил осложнение. Сопутствующий диагноз – облитерирующий эндартериит. В результате утраты функции нервных структур нижних конечностей и, как следствие, застоя крови, конечности приобрели синеватый цвет, появились очаги гангрены, от сильных болей утрачена подвижность. При воздействии электропунктурой были использованы точки, указанные в карте «облитерирующий эндартериит» и карты «диабет»: жень-чжун, дуй-дуань, чэн-цзян, гэ-шу, пи-шу, шень-шу, инь-ши, лян-цю; общеукрепляющие точки. В результате сеанса, длившегося около часа, восстановлена регулирующая функция нервных структур, и, как следствие, кровотоков в конечностях, восстановился нормальный цвет, купировались боли. Анализ следующего дня показал снижение содержания сахара в крови с 19 единиц до 9,2. При повторном сеансе полностью восстановлена подвижность больного, зарубцевались очаги гангрены.

5. Больной М., возраст 51 год. Диагноз – обострение пояснично-крестцового остеохондроза. Пролежал в стационаре около 3-х месяцев и был выписан как неподдающийся лечению. Утратил способность не только передвижения, но и движения конечностей в лежачем положении. Воздействие осуществлялось по точкам А-ШИ и клеточного дисбаланса, предварительно протёртым спиртовым тампоном. Сеанс длился порядка 70-80 минут. В результате были полностью купированы боли, восстановлена

подвижность. После 10-ти минутной усиленной разминки в одной точке появились боли, которые были купированы повторным воздействием. Для закрепления эффекта на следующий день был проведён закрепляющий сеанс.

6. Больной Г., возраст 52 года. Диагноз – нефрит, болел 20 лет. При очередном гипертоническом кризе (артериальное давление 240/120 мм.рт.ст.) на время поиска места в одной из больниц города был помещён в медпункт предприятия. В это время больному был проведён сеанс электропунктуры, который длился около часа. Чтобы предупредить инсульт, были обработаны точки головы по карте «Мигрень», А-ШИ и клеточного дисбаланса (КДБ); чтобы предупредить инфаркт, были обработаны точки в соответствии с картой «Стенокардия», и, наконец, были обработаны «причинные» точки в соответствии с картой «Нефриты». В результате проведённого сеанса сразу же снизилось артериальное давление до 160/90 мм.рт.ст., купировались боли, улучшилось самочувствие больного. Клиническое обследование на следующий день показало, что все анализы – в пределах нормы. По заключению врача - «Таких хороших анализов у больного не наблюдалось в течении всех двадцати лет».

7. Больной Б., был госпитализирован с диагнозом «холецистит». В результате безуспешного медикаментозного лечения получил осложнение: воспаление предстательной железы, мочевого пузыря и пр. С диагнозом «перитонит» был доставлен домой, а жену предупредили о том, что «больному осталось жить ровно три недели». Пролежал дома две недели: не ел, не пил, не спал, не двигался; испытывал затруднения не только речи, но и дыхания. При проведении сеанса электропунктуры первоначально были обработаны общеукрепляющие точки, после чего – точки А-ШИ желчного пузыря, точки А-ШИ и клеточного дисбаланса верхней части живота. При этом были купированы острые боли, появилась возможность свободного дыхания и речи. После обработки точек А-ШИ и клеточного дисбаланса нижней части живота, больной встал, несколько раз обошёл вокруг койки и, держась за койку, сделал пять приседаний. Появились две болевые точки. После

обработки этих точек, сделал десять приседаний. Болевых точек не появилось. Пообедал и лёг спать. Проспал с 16.00 до 8.00 следующего дня. Во время туалета испытывал сильные боли, когда вместе с мочой выходили буквально хлопья солей. Появилось несколько болевых точек, которые были восстановлены при повторном – закрепляющем сеансе электропунктуры.

8. Больной Г., возраст 46 лет. Диагноз – «псориаз» с очаговым поражением в области локтей и подмышек. Воздействие электропунктурой проводилось на точки очагов поражения области локтей, отстоящие друг от друга на 6-8 мм, до появления нормальной чувствительности – ощущения имитации укола от импульса тока. В результате этого к следующему утру сузились очаги поражения, сохранились качественно лишь островки, не обработанные током. После повторного сеанса – по точкам сохранившимся островкам, очистились не только обработанные локтевые очаги, но и подмышечные.

9. Больной В., возраст 59 лет. Диагноз – глаукома. Болел 12 лет: утратил остроту зрения на оба глаза до 0,2-0,3 ед. После 5-6 кратного воздействия электропунктурой по точкам, указанным в соответствующей таблице, нормализовалось глазное давление, восстановилась острота зрения до 0,98-1,0 ед. Окулистом изменён диагноз сначала на «подозрение на глаукому», а затем на «здоров».

10. Больной К., возраст 1,5 года. Диагноз: двухсторонний отит. От острых болей не мог найти себе места: то одним, то другим ушком старался прижаться к холодному полу. Сеанс электропунктуры проведён при отвлекающих внимание действиях. Проверены на функциональное состояние и восстановлены точки: эр-мень, тин-гун, тин-хуэй, фэн-чи, и-фэн. При диагностической проверке первые три точки с обеих сторон показали асимметрию токов противоположных направлений, остальные же две пары оказались в пределах нормы. Ток воздействия был выбран малобеспокоющим ребёнка – в пределах 10-12 мкА. Весь сеанс длился 8 минут. Боли полностью купировались. Рецидивов не наблюдается более 10 лет.

Приведённые примеры дают лишь общее представление о возможностях и эффективности описанного метода электропунктуры. О возможностях метода в более широких пределах врач может убедиться через посредство собственной практики. Отказавшись от поканального сочетания точек и поиска «дезинформирующих» БАТ; заменив БАТ на точки КДБ, не допуская при этом воздействия на нервные структуры относительно длительное время положительным потенциалом (т.н. тормозным методом); выбирая значения токов воздействия, вызывающих ответную реакцию активации, каждый врач получит возможность не только лечить больных функциональными заболеваниями, но и вылечивать их.

## **Как лечиться? (краткая инструкция)**

---

### **Процесс работы с прибором.**

1. Перед применением прибора его необходимо включить кнопкой включения.  
Чтобы убедиться, что прибор включен. Поверните рукоятку тока по часовой стрелке до середины и соедините опорный и лечебные электроды (замкните их) если прибор включен стрелка микроамперметра отклонится вправо.
2. Поверните регулятор тока по часовой стрелке до максимума (полной подачи тока), возьмите в одну руку опорный электрод в другую лечебный.
3. Определите где должна находится точка на которую вы хотите воздействовать. Для начала попробуйте какую-нибудь простую точку, например VC9, которая находится на 1-1,5 см выше пупка.
4. Приложите лечебный электрод к месту где должна находится точка.
5. Что должно произойти?

*При приложении к точке воздействия отрицательного потенциала относительно опорного электрода, зажатого в руке, изменение тока проходит три фазы:*

- а. – ток рассеяния по кожному покрову и эпителиальным тканям, который не обладает ни диагностическими, ни терапевтическими свойствами.*
- б. – ток т.н. «пробоя», т.е. выхода потока электронов проводимости на нервные структуры.*
- с. – ток насыщения, обладающий нейротерапевтическим действием, так как устраняет дефицит электронов проводимости, необходимых для формирования нервных импульсов.*

Вначале ничего, стрелка микроамперметра немного отклониться. Ваша задача небольшими перемещениями и наклонами в разные стороны Л.Э. найти точку. На это будет указывать отклонение стрелки (М.А.) вправо. Что указывает на увеличение пропускной способности тока. После того как вы нашли точку, необходимо дождаться **пробоя**. Пробой это когда сопротивление кожи падает и ток начинает поступать в точку. Это выражается острым болезненным уколом. Это значит что вы нашли и открыли точку и теперь с ней можно работать. Обращаю внимание, что точки разные одни пробиваются легко и быстро, другие тяжело и медленно, одна пробивается сразу, на другую уходит 5 минут. Для ускорения пробоя вращайте ЛЭ, работайте острым кончиком, в крайнем случае, можете смочить небольшой участок кожи.

6. После пробоя необходимо уменьшить подачу тока регулятором до ощущения легкого покалывания (боль терпеть не надо). И сразу же проверить точку на асимметрию
7. Для проверки на асимметрию: запомните то значение, на которое указывает стрелка. Затем нажмите на кнопку +/- и держите не более 4 секунд в нажатом состоянии стрелка дернется и начнет, отклонятся вправо к 0 (нулю), если отклонение небольшое и стрелка осталась, по сути, на том же месте то точка здорова и её можно не лечить, если отклонение



стрелки существенно, то на лицо асимметрия и точку необходимо лечить. Проверить точку на асимметрию необходимо сразу же после пробоя в течение 2-4 секунд, пока ток её не стабилизировал.

8. Лечение точки сводится к тому чтобы устранить асимметрию, для этого держим ЛЭ на точке 1 минуту (кнопку +/- не трогаем и не нажимаем), Затем на 1-2 секунды нажали кнопку +/-, проверили асимметрию, если асимметрия осталась, держим еще минуту, если асимметрия пропала, приступаем ко второму этапу лечения дополнительному раздражению.
9. Дополнительное раздражение. Вам необходимо 10 раз нажать на кнопку +/- в течение 10-15 секунд. Это дополнительно простиमुлирует точку. После этого переходите к следующей точке.
10. Точка не пробивается. Не все точки пробиваются сразу. Вернее почти все точки сразу не пробиваются. А есть точки, которые пробиваются очень тяжело. Если точка не пробивается попробуйте подвигать лечебный электрод по участку кожи, возможно, вы не попали на точку, и она находится рядом. Для поиска точки используйте микроамперметр. Следите за его стрелкой. Тут принцип простой, если вы нашли точку стрелка начинает немного отклоняться и вам необходимо дождаться пробоя точки. Попробуйте изменить угол лечебного электрода. У электрода заточка выполнена под 120 градусов, что позволяет прикладывать на точку то острым концом для пробоя то широким для лечения. Пробуйте и Экспериментируйте организм у всех разный и соответственно разные особенности поведения точек.

## Заболеваниях периферической нервной системы

### Грудной радикулит, межреберная невралгия

V11, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V23, VG9, VB22, VB23, RP21, P2, E16, E18, R22, R23, R24, R27, VC17, VC21, GI4, GI11, P9, C7, MC7, E36, F2

### Детский церебральный паралич (ДЦП)

VG20, VG17, VG25, VG26, VC24, VG14, VG4, V43, VC17, VC15, GI14, GI11, GI5, GI4, TR5, C4, V67, V62, V58, V57, E32, E36, VB34, F4, VB39, R1

### Невралгия затылочного нерва

VG16, VG19, Синь-шэ, VB7, VB19, TR17, V10, GI4, GI10, TR6, E36, F2

### Невралгия кожных покровов бедра и голени

VB30, VB31, VB34, V60, RP10, E40

### Невралгия тройничного нерва

E2, E3, E5, E6, E7, E8, VB1, VB2, VB7, VB14, VB20, V2, V4, GI20, VG20, VG23, TR17, TR22, TR3, GI4, GI10, GI11, TR5, F2, E36

### Остаточные явления полиомиелита

VG4, VG14, V11, V13, V15, V25, V31, V32, V33, V34, V43, V54, GI15, VB21, TR5, MC6, IG4, GI4, P7, VB34, VB30, E36, RP6, RP9,

### Паралич нижних конечностей

VB30, VB31, VB34, VB39, E36, E38, E40, E42, V37, V40, V60, F6,

### Паралич верхних конечностей

P7, GI10, GI11, MC6, TR10,

## Паралич лицевого нерва

---

E2, E4, VG26, VC24,

## Паркинсона болезнь

---

VG20, TR5, TR10, GI3, RP4, VB34

## Плечевой плексит

---

VG14, V11, IG9, IG10, IG13, IG14, IG15, GI15, E14, VB20, V10, Синь-шэ,  
GI4, GI5, GI10, GI11, GI14, IG13, IG14, C1, C3, C7, MC6, MC7

## Полиневрит

---

V11, V43, GI11, P7, C5, IG6, TR4, E36

## Пояснично-крестцовый остеохондроз

---

VG1, VG3, VG4, V22, V24, V25, V26, V27, V28, V29, V31, V32, V33, V34,  
V52, V36, V37, V39, V40, V57, V60, V65, VB30, VB34, VB39, RP6,  
RP9, E36, E41, R2

## Хорея

---

VG12, VG14, V11, V15, V43, IG11, VG20, VG26, V4, V10, VB20, TR5,  
TR7, MC5, IG3, IG7, IG8, GI1, GI4, GI10, GI11, P5, E36, E41, RP6,

## Эпилепсия

---

VG4, VG12, VG14, V11, V13, VB20, VG16, VG18, VG19, VG20, VG21,  
VG23, VG24, VG26, PC3, GI4, GI10, GI11, IG3, IG4, MC6, MC8, TR5,  
P11, PC86, RP4, RP6, E36, E41, E42, VB34

## Неврозы, ангионеврозы

### Ангионевротический отек (отек Квинке)

VG13, VB21, VB12, VB16, VB20, IG3, P7, VB34, VB35, RP4, E42, E43, E44

### Афазия

IG19, VB12, PC86, R1,

### Беспокойство, раздражительность. страх

VG4, VG14, V11, VC12, VC15, VC24, VG16, VG20, MC6, MC7, C7, GI4, GI11, P3, E36, V60

### Бессонница, сонливость

VG4, VG12, V43, E27, VB12, VG18, VG22, PC3, GI3, GI4, P9, P10, P11, C5, C7, MC7, TR5, R6, F11, RP6, RP9, E36,

### Головокружение

V11, V45, VG4, VG17, VG18, VG19, VG20, VG21, VG22, VG24, VB3, VB4, R1, IG1, IG5, IG7, C3, C5, GI1, GI4, GI11, P3, P10, E36, E41, V65, V67, VB42, VB43

### Депрессия, упадок настроения

VC15, R24, F13, VG20, GI3, C7, C9, MC4, MC6, R9, E36

### Икота

VC13, VC14, VC15, VB24, R21, E20, F13, TR5, GI4, GI11, E36, VB34

### Истерия

VG14, V11, V44, VC15, VG16, VG20, VG23, VG26, E6, GI4, GI5, GI11, P7, P11, C7, MC7, MC8, RP1,

## Логоневроз (заикание)

---

PC3, GI18, GI19, VG16, VG20, VG26, VG27, VC22, VC23, VC24, E4, E5, E6, E10, E12, TR17, V10, VB8, VB20, P7, GI4, GI10, GI11, C7, TR5, RP6, E36

## Маниакальное состояние

---

VG16, VG15, V2, VG26, PN28-(новая, PN, VC14, VC15, E24, MC7, MC6, MC5, R9, F8, E45, E40, E42,

## Мигрень

---

VB3, VB5, VB6, VB7, VG19, VG20, PC3, V7, GI4, GI10, GI11, TR5, MC6, MC7, C7, P7, E36, RP6, V60,

## Неврастения

---

VG4, VG14, V11, V43, VG20, VG21, VG24, PC3, TR5, MC6, MC7, C7, GI4, GI10, GI11, E36, RP6

## Невроз Сердца

---

IG14, V12, V15, V19, C9, C6, C7, C5, C4, MC6, C3, P4, RP4, VB19, VB20, V10

## Невроз страха

---

VG20, VG24, VG12, VG11, V18, V11, MC9, C9, C7, C4, IG7, RP3, F3

## Невротические тики

---

VB16, PC6, VB14, TR23, VB3, VB12, GI20, E4, VC15, VC12, GI4, IG3, TR10, E36, E37, VB39, F3, V62,

## Ночной пот, озноб, жар

---

V17, V19, V45, R26, P10, P11, GI1, GI4, TR4, MC9, R2, R7, E42, E43, F2

### Отёк всего тела

---

VC11, VC9, E25, IG1, GI6, R8, R7, E43, E41

### Отек лица

---

VG27, VG26, E5, V10, VB12, VB6, VB5, VB16, RP20, RP4, E44, E43, E41,  
VB34, VB35

### Отёк ног

---

V22, P1, E20, E44, E41, E38, E37, VB36, VB37, RP6, RP7, V37, V55

### Охриплость голоса

---

VG15, VG16, VG20, VC22, IG19, E6, VC20, GI4, GI11, P6, R1,

### Писчий спазм

---

VB21, VG14, IG9, IG13, GI15, C1, C3, C7, MC3, MC6, MC7, GI4, GI5,  
GI11, GI14, IG3, IG4, IG8, TR5, RP6, E36

### Психастения

---

VG4, VG12, VG14, V13, V18, V23, V43, VB20, VG20, VG24, C7, GI11,  
RP6, E36,

### Психические заболевания, фобии

---

V43, VG12, VG16, VG20, VB20, V8, MC4, MC5, MC7, IG7, GI13, VB37,  
E36

### Сексуальные неврозы

---

VG3, VG12, VG14, V25, V31, V32, V33, V34, V43, VC2, VC3, VC6, R11,  
E30, VB20, PC3, VG20, VG23, VG24, GI4, GI10, GI11, IG5, TR5, RP6,  
RP9, RP10, E36, F9

### Снижение памяти

---

VG20, VG13, VG11, V43, V15, MC9, C7, C3

## Судороги мышц

---

E32, V38, V40, V58, V60, R6

## Фантомные боли

---

VC6, TR3, TR5, IG3, GI4, GI11, E36, E39, RP9, V60, V62, R6, VB34, VB41, VB43

## Эмоциональная лабильность

---

VG24, VB20, VC6, VC4, TR7, F3

## Заболевания органов движения

---

### Артрит

---

V31, GI15, TR15, VB21, TR5, TR10, GI11, P5, P11, MC6, F8, RP5, VB30, VB34, VB41, RP9, E42,

### Боли в лучезапястном суставе, кисти и пальцах

---

VB12, PC86, TR2, TR4, TR5, TR10, GI10, MC9, MC8, MC7, MC6, MC3, P11, P10, P9, P6, P5, C3, F1, R3, E44, E36, VB42

### Боль в коленном суставе

---

TR16, GI17, V57, V40, VB30, E45, E39, E36, E35, E33, VB34, RP3, F8, R10, F7

### Гиперемия стоп и ладоней

---

MC9, MC4, V67, VB44,

### Пяточная шпора, Опухание и боли в стопах

---

V60, RP4, R4, R3, E43, VB40, F5, VB42, VB41, F4, F5, V66, R9

## Полиартрит

---

VG14, VG4, V43, V11, V18, IG13, V54, VB30, VB21, IG14, IG12, GI16, TR14, GI15, IG10, IG9, F2, RP9, E36, E35, PC156, E34, VB34, E31, V40, V36, RP6, GI4, GI10, GI11, TR10, IG8, P7, P5, MC3, C3

## Заболевания кровообращения и крови

---

### Анемия

---

V43, V21, MC6, R2, F2, E45, VB44, E39, E37, VC4, VC12

### Анемия мозга

---

VB21, VB20, VG20, VG21, VB44, F2, E37, E39, E45

### Аритмия

---

V12, V14, V15, V43, VC17, VC15, E9, E12, GI18, V10, VB20, VG20, TR3, TR5, GI4, GI11, C1, C3, C7, MC6, E36, F2, F3

### Атеросклероз

---

VG14, VB21, VG12, V43, VG4, GI4, GI11, TR10, C9, MC8, P9, P7, V62, VB39, E36, VB34, R6, RP6, VB20, PC9, VG20

### Варикозное расширение вен

---

VG14, VG12, V18, VG4, V31, MC6, V60, RP4, E36, RP10, VG20, GI18

### Гипертоническая болезнь и гипотония

---

V64, VG14, V19, V23, V24, V54, IG14, GI15, VB21, VC12, VC15, R21, F14, F13, GI4, GI11, TR5, MC6, MC7, MC8, C7, E36, E44, RP6, R7,

### Кровоизлияние в мозг

---

VG16, VG20, VG26, VB15, GI4, E36



## Лимфаденит

MC7, C7, GI13, GI14, E31, RP11, VB38, VB41

## Облитерирующий эндартериит

V25, V54, V40, V60, V65, RP6, RP4, VB30, VB31, VB39, E36, E41, E42, R1, R3, R6

## Пароксизмальная тахикардия

V17, C9, C8, P10, C7, C5, MC6, P4, MC2, RP4, R6, R4, RP6, F5, E36, VC17, VC14, VC12, VC6, VB19, VG24,

## Порок сердца

VG11, VG14, V17, V43, V44, V45, P1, R25, VC9, MC6, MC7, C7, TR5, GI4, GI11, GI12, E36

## Стенокардия

VG14, V11, VG11, V16, V17, IG15, VB21, V41, V43, V44, V45, GI4, GI11, C7, MC7, MC6, E36, V60, VC17, E18, E17, VC21

## Трепетание сердца

V49, V15, C7, C5, MC7, F2, RP4, VC17,

## Тромбофлебит

VG14, VB21, V11, VG12, V43, VG4, V25, VB33, V54, VB30, IG5, TR5, GI11, C5, C7, MC6, V60, E36, RP9, RP10, VB31, GI18, R7, RP6, F8, F11

## Заболеваниях органов дыхания

### Бронхиальная астма

VG14, V11, IG15, V42, V13, VG10, V43, V15, V17, V.20, VC21, VC20, VC15, VC16, P1, R25, R19, R20, F14, E12, E10, E11, GI18, GI20, V10, V7, PC3, GI20, VC23, VC22, MC6, GI1, GI4, TR5, P7, GI8, GI11

## Бронхит

V11, V13, IG15, V41, VG12, VG.10, V42, V43, V44, V18, VC14, VC15, VC16, VC17, R21, VC13, VC18, VC19, R26, R27, E13, P1, RP20, RP19, R22, TR5, GI8, TR10, MC6, MC2, P3, P5, MC3, RP6, E11, E10, VC23, VC22, VB20, VG15

## Кашель

P2, E18, VC17, F14, E15, E20, E19, RP14, GI18, VB8, GI4, GI13, TR10, P9, P6, IG1, GI2, MC4, R1, R3, RP5

## Коклюш

V13, V43, V18, V21, E12, GI4, GI11, RP5

## Кровохарканье

IG15, V18, V20, V23, E15, E20, VC5, P9, P6, P5, P3, VB44, VB42, VB43

## Одышка

IG13, P2, E13, E14, R26, R25, VC21, VC, VC16, RP17, RP18, VB10, IG16, IG17, GI4, GI3, R3, F2, VB40,

## Плевриты

IG14, V41, V43, V17, V19, V48, VG9, E13, E18, VC14, VC13, F14, F13, Руки, TR5, GI11, C3, P7, R3, RP6, E36, VB38

## Пневмония

IG14, V41, V13, V43, V48, V49, VG.10, RP20, RP17, RP18, P7, TR6, RP6,

## Туберкулез легких

VG14, VG.10, V13, V43, P2, VC, VC, PC31, P5, C3, GI8, VB42

## Эмфизема легких

---

VG14, V13, V43, V17, VG13, VC15, R20, R19, E16, P9

## Заболевания органов пищеварения

---

### Аппендицит

---

V24, V25, VC12, R16, E25, E26, VC5, RP13, VC4, VB27, GI11, MC6, R6,  
VB39, E36,

### Асцит

---

VC6, VC9, P7, R6, F3, V40

### Болезни пищевода

---

VG12, VG14, V11, V13, V15, V17, V18, V19, V22, V23, IG14, IG15, VB21,  
MC1, VC5, VC7, VC12, VC13, VC15, R17, RP12, VB24, VC22, VG16,  
V10, V4, VB3, VB20, GI4, GI10, MC6, RP4, RP6, E36, E44,

### Гастрит

---

V17, V18, V19, V20, V22, V26, E25, RP14, VC8, VC12, VB3, VB20, MC5,  
MC7, E36, E44,

### Геморрой

---

VC1, VC2, VC4, VC6, V21, V23, V24, V25, V27, V35, V54, VG20, RP5,  
RP6, R7, V36, V40, V56, V58, V60,

### Желудочное кровотечение

---

V15, GI6, VC, MC4, MC5

### Запор

---

V23, V24, V25, V27, V30, IG11, IG10, E22, E23, E25, E26, VC5, VC8, TR6,  
MC6, IG4, RP6, E36, V57,

## Кишечное кровотечение

---

VG1, VG6, V17, V18, V23, V25, V34, V35, VC4, RP16, RP3, RP4, V55

## Метеоризм

---

V21, E20, E23, VB24, VC8, MC2, E41, E42, RP5, RP7, R7, R10, F1

## Отрыжка, изжога

---

V21, VC21, R21, RP18, F14, VC13, VB20, V10, TR5, E42, E45

## Перитонит

---

V29, VC4, VC7, VC11, VC13, R16, R17, RP14, E20, F14, F13, GI3, R7, R8, F9, V63

## Понос

---

V20, V24, V25, V26, V27, V52, VG3, VC8, R16, E16, E20, E25, VC12, VC14, F14, GI3, V38, V40, V56, V57, RP8,

## Потеря аппетита

---

VG6, VG7, VG9, V22, V47, V48, V49, R16, R17, R23, R25, R27, VC12, VC13, VC14, E20, E21, TR1, MC8, C7, RP4, RP6, RP9, E36, E37, E39, E42, F4,

## Рвота

---

V13, V20, V21, VC13, VC14, VC15, VC16, VC17, F14, F13, VB24, E25, VB15, VB20, V10, MC7, GI7, E41, E45, RP2

## Спазм желудка

---

V22, V48, V51, RP12, RP16, VB24, E22, R16, R18, VC12, VC13, VC14, VC22, GI11, RP4, RP8, E36

## Спазм пищевода

---

V15, V17, V18, V19, V46, IG15, VC13, VC15, VC16, VC17, VC, RP20, V10, VB20, VC22, P8, P11, GI4, GI10, RP4

### Спастический колит

V18, V19, V20, V21, V24, V25, V51, VC4, VC8, VC10, VC12, VC13, E25, R13, R15, R16, GI4, GI10, TR6, RP6, E36

### Тошнота

R27, VG24, TR1, C1, C4, P4, MC3, RP3, RP6, R3

### Урчание кишечника

V16, VG9, V21, V22, V25, V48, V51, V53, E16, E20, E23, R19, VC7, VC8, F13, VB25, GI3, GI7, RP5, E33, E38, E43

### Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, V25, V43, VC10, VC12, VC13, E25, E21, RP15, RP16, VB24, GI4, GI11, TR5, MC6, E36, E37, E45

### Заболевания печени, желчного пузыря и желёз внутренней секреции

#### Базедова болезнь

V15, VC15, VC22, TR17, TR19, TR20, E9, P7, C7, MC7, V40,

#### Болезни печени

V18, V19, V21, V23, V25, V28, V43, V47, V48, V49, E25, E26, VB24, R21, IG5, E37, E45, F2, VB41

#### Диабет, панкреатит

V20, V23, V26, V31, V32, V33, V34, VG24, VG26, VG27, GI3, GI4, TR4, MC5, P7, RP3, RP4, RP6, R3, R5, R6, F2, F3, E34, E36,

### Диабет-нарушение функции печени

VG6, VG7, VG8, VG9, VG13, VG14, V13, V16, V18, V19, V20, V21, V47, V49, V50, VC12, VC21, R17, R19, R20, R21, E19, E20, E21, RP15, RP16, RP17, VB24, MC5, MC8, RP6, E36, E38, E39, E41, E45, F4

### Диабет-Осложнение на сосуды мозга

VG4, VG11, VG12, V11, V19, V24, V25, V26, IG9, GI15, VB25, F13, VB1, VB4, VB5, VB7, VB9, VB11, VB13, VB17, E8, V4, V6, V9, V10, TR17, VG15, VG16, VG17, VG18, VG19, VG20, TR11, TR12, IG1, IG4, C3, GI4, P3, P9, E37, E39, E41, E45, F2, F3, VB44, V64, V64,

### Диабет-снижение зрения

VG7, V20, V21, IG15, VB1, VB14, VB16, VB17, VB18, VB19, VB20, TR23, V1, V2, V4, E8, VG16, VG17, TR5, TR8, TR9, TR10, MC2, IG6, GI4, VB36, VB41, E36

### Желтуха

VG6, VG13, VG14, V13, V18, V19, V20, V22, V43, R16, R17, R19, E20, VB24, F13, MC6, MC8, P11, GI2, RP5, RP6, R1, F4

### Нарушение функции нейро-эндокринной системы

V43, VG4, V26, VC3, VC4, GI4, GI11, MC6, E44, E36, E40, RP6,

### Паротит

V11, GI19, E5, E6, TR17, VB20, P11, GI4, GI7, GI10, GI11, IG4, TR5, F8

### Подагра

V11, V43, V21, V24, V25, V28, VC12, VC4, GI11, RP2, RP4, RP5, RP6, E44, F2, F4, E36

## Холецистит

V18, V19, V20, V23, E21, VB24, RP16, E25, F13, VB23, IG2, VB37, VB38,  
F2, F3, RP4

## Заболевания мочеполовой системы

### Анурия

V23, V29, V30, V31, VC3, VC6, GI3, R3, R4, R6, R7, F10, V39, V58

### Аспермия

VG4, VG12, VG14, V11, V17, V23, V31, V32, V33, V34, IG14, VC2, VC3,  
VC4, R12, R15, RP12, RP6, RP8, RP10, E36, V65, V66

### Боль в области полового члена

E29, C8, F1, R10, RP6

### Гонорея

V24, V26, V28, V32, V33, V34, V35, E25, RP15, R12, VC4, RP6, V36,

### Грыжа мошоночная, паховая, бедренная

VC6, R11, R16, E27, E29, RP14, RP13, RP12, VB27, VB26, R6, F1, F4

### Импотенция. Поллюция

VG20, VG24, VB20, VG14, VG12, VG4, V17, V23, V43, V52, V31, V32,  
V33, V34, VC6, VC4, VC3, R12, E30, GI4, GI10, GI11, TR5, F11, F9,  
RP9, RP10, RP11, E36

### Капающее мочеиспускание

V52, VC5, E27, E28, R8, V39, RP11, RP8

## Непроходимость мочи (спазм и паралич мочевого пузыря)

VG7, VG4, V23, V24, V25, V26, V27, V28, V32, V33, V34, VC2, RP9,

## Нефрит, гематурия

V22, V23, V25, V27, V53, V54, VC3, VC4, VC13, F14, E24, E25, E28,  
VB25, VB26, VB27, VB28, VB29, TR9, GI8, E36, VB39

## Ночной энурез

VG1, VG4, VG5, V23, V24, V25, V26, V31, V32, V33, V34, VC2, VC3, VC4,  
VC8, GI10, GI4, RP6, RP8, RP9, E36

## Орхит, воспаление придатка семенной железы

V23, V24, V25, V26, V31, V32, V33, V34, V52, VG7, VC2, VC3, VC4, VC5,  
RP12, E28, E29, E30, RP6, RP8, RP10, E36, V65, V66

## Полиурия

V11, V13, V16, V18, V19, V21, V23, V25, V28, V43, V31, V32, V33, V34,  
VC14, VC4, E26, F14, P6, P5, RP6

## Простатит

V52, RP12, RP14, E25, VC5

## Фригидность

VG4, V23, VC4, VC6, RP6, E36, R3, F6, F9

## Функциональное бесплодие

V31, V32, V33, V34, VC7, VC4, VC3, R1, R2, R8, F11

## Цистит

V23, V25, V28, V32, V33, V34, V35, V53, VC3, VC4, R12, RP15, V36, V37,  
R6, RP6, RP8, RP9, F4, F5, V65, E36



## Эпидидимит

VG7, V23, V24, V25, V26, V31, V32, V33, V34, VC2, VC3, E30, GI10, IG2, RP6, RP8, RP10, V65

## Заболевания полости рта

### Альвеолярная пиорея

E36, GI4, TR5, GI17, TR17, VB20, E8, TR22, VB7, E4, E5, VC24

### Атрофия мышц области рта. Сухость полости рта и губ

VB12, VB1, VB7, VB17, VB14, TR1, P9, VB44, F2,

### Глосситы

E36, R9, IG4, GI7, VC23, PC20, E24

### Зубная боль

E32, VB41, V60, IG2, GI8, IG3, GI5, VG16, VB12, E6, TR20, TR21, VB2, VB3, IG10, IG11,

### Оголение и набухание дёсен. Гингивит

VC24, PC9, E8, VB7, TR17, VB20, VB9, GI4, GI11, TR5, E36

### Пародонтоз

E36, E44, RP2, P7, GI11, GI4, TR5, GI17, TR17, VB11, TR20, TR22, VC24, E4, E5

### Слюнотечение, сухость во рту

V46, R18, R21, R24, R27, RP19, C9, R2, R6, E39,

### Стоматит

VG14, IG15, VB21, VB12, VB2, V10, E1, E3, E4, E6, GI11, GI10, GI4, E36

## Заболелания ЛОР органов

---

### Ангина, тонзиллит

---

P2, P1, VC21, VC20, VC16, VC15, IG4, VG16, V10, E9, E10, GI17, E11, P7, MC7, C5, P10, P11, PC86, E39, VB38, E45, R1,

### Вазомоторный ринит

---

E36, GI4, TR5, GI11, VB20, VG16, VG23, VG24, GI20, TR17, V4, V1, VB15, VB1, E2, E3,

### Гайморит и фронтит

---

E2, VB14, V3, E1, E36, GI4,

### Затруднённое дыхание через нос

---

VG27, VG26, VG25, VG24, VG23, VG22, GI4, GI11, E36,

### Кровотечение из носа

---

VG14, VG12, IG15, VB21, VC4, GI4, GI11, GI10, V40, V10, VB20, VG23, GI20, V2, VG25,

### Кровотечение из уха

---

VB2, TR17

### Меньеровский синдром

---

VB2, VB12, VB20, TR17, TR21, IG19, TR5, GI4, GI10, GI11, E36

### Неврит слухового нерва

---

IG17, TR17, VB2, IG19, TR21, VB3, TR19, V23, TR15, IG9, MC9, GI4, GI10, TR2, TR9, IG3, IG5, TR7, IG8, V65, V62, R2, E36

### Острый и хронический ларингит

---

PC29, VG16, VB12, GI17, VC22, VC21, VC16, TR1, TR4, TR10, VB44, VB39, VB35

### Отит, мастоидит

VB21, IG14, IG15, IG19, E6, TR21, TR17, VB2, VB20, V10, GI4, GI11, E36,

### Полипы в носу

V10, VG16, VB20, VG20, V4, V2, V1, VG25, GI20, V6, E8, VB4, VB5, GI19,  
GI4, IG2, V67

### Расстройство обоняния

V17, V21, R22, R23, R24, V10, VG16, VB20, VG23, E8, V2, V1, GI20, E3,  
TR22, E6, GI4

### Ринит аллергический

VG26, GI20, E1, VB1, V1, PC3, V5, V4, VG21, VG20, VB20, GI19, VG14,  
V13, V43, GI4, GI11, TR5, IG3, MC6, P7, V67, E44, E36

### Хронический фарингит

VB21, GI14, VG14, VG12, V17, V18, V10, VB20, GI20, TR17, VC22, GI4,  
TR5, GI11

### Шум в ушах, тугоухость

IG9, VG4, E7, IG17, IG19, VB2, VB4, VB10, VB11, TR17, TR19, TR21, V8,  
GI1, GI3, GI4, GI10, IG3, IG4, TR5, V65, E36

### Заболевания глаз

#### Атрофия зрительного нерва

V1, V40, V10, VB1, VB14, VB17, VB20, VG16, V63

#### Блефарит

V11, V19, VG12, E25, E27, V1, V2, V10, VB1, VB4, VB15, VB20, TR23, E2,  
E1, GI2, GI4, GI11, TR5

## Гиперемия глаз

R17, R18, R19, R20, R21, TR16, TR23, VB1, V1, E2, PC3, GI3, VB41, VB44

## Глаукома

VB1, VB6, VB14, VB20, E1, E2, E3, TR17, TR21, TR23, V1, V3, V8, V10, TR5, TR6, MC6, GI4, E36

## Ирит, катаракта

VB1, VB15, VB20, E2, TR20, TR23, V1, V2, V6, V10, VG20, VG23, GI1, GI4, TR1, TR5, V67

## Кератит

V1, V6, TR23, VB20, VG23, E2, R12, R15, IG3, GI4, P9, V58, V67, E36,

## Конъюнктивит

VG12, VG14, V18, V19, V23, V1, V10, E2, E3, E7, E8, VB1, VB4, VB14, VB15, VB16, VB20, GI20, GI4, GI5, GI11, P9, MC7, V58, V63, E36, VB42

## Кровоизлияние в сетчатку

VG14, V18, V23, VC12, TR20, V1, IG16, GI4, R6, RP6,

## Куриная слепота

V20, V21, V22, V2, VG23, VG24, GI10, RP6

## Лейкома

V1, V2, V6, VB12, VB15, TR20, TR23, VG28, VB29, R14, TR1, TR2, TR3, IG1, IG3, R10, VB40, V67

## Мелькание в глазах

V4, E26, C2, GI7, IG5, V66

## Миопия

E4, E3, E1, VB1, V1, V9, R5, VB37, VB36

## Паралич глазных мышц

VG12, VG14, IG14, IG15, V1, V10, VB1, VB6, VB14, TR17, E2, E5, PC3, IG5, IG6

## Покраснение и боль внутреннего и наружного углов глаза

V1, VB1, VB15, VB4, VB6, VB20, R17, R14, TR2, VB43, VB41

## Слабость зрения, слезоточивость

IG15, V18, V21, V2, V4, V8, V9, VG17, VG20, VG23, VG25, VB14, VB16, E4, E8, MC2, GI2, GI4, GI6, VB37,

## Снижение зрения

E4, VG25, E1, V1, PC6, VB14, VG17, VG20, VG23, V4, V8, V9, E8, V18, V21, IG15, MC2, GI2, GI4, GI6, IG4, IG6, VB37

## Тики мышц век (блефароспазм)

VB14, VB3, TR23, VB16, VB12,

## Ячмень

V1, E1, P7, IG3, TR5

## Заболевания кожи

### Гипергидроз верхних конечностей, общая потливость

V13, V46, IG11, R15, RP15, TR3, TR4, TR6, MC6, MC7, MC8, C1, C3, C6, GI4, GI11, P10, P11, RP9, E37, V60, R1, R3, R8

### Выпадение волос и бровей

V13, V23, V25, V43, VG14, C1, C3, GI4, GI11, RP6, RP9, E36, V40, VB39

## Гипергидроз нижних конечностей

VG2, VG4, VC3, R17, R1, R2, R3, R8, F2, F3, F11, RP9, E42, VB40

## Зудящие сыпи. Диатез

V17, GI15, IG3, P11, P7, V40, VB43, F5, E36, RP10, VB31

## Кожный зуд

VG14, V13, V43, V35, GI20, VG20, C8, C9, F3, F8, F11, R10, RP5, RP6, RP10, E36, VB41,

## Псориаз

V17, V20, V54, GI10, RP6, RP9, RP10, E36

## Фурункулы, карбункулы

V15, VB10, VB11, GI19, VG21, GI4, GI7, GI10, GI11, IG3, RP10, E36, F3, VB41, V36, V37, V40, V62, V65

## Экзема и нейродермит

VG14, VG4, V11, V13, V43, TR14, P1, VC17, VC21, GI4, GI11, TR5, MC6, MC7, MC8, P7, R2, R6, RP6, VB31, RP10, VB34, RP9, E36

## Гинекология и акушерство

### Аменорея, олигоменорея

VG3, VG4, V23, V25, VC2, VC3, VC4, E29, GI4, RP6, RP10, V60, R5

### Воспаление яичников, бели

V28, V29, V31, V32, V33, V34, R11, VC2, V40, RP6, RP7, E36, E37, E39,

### Вульвит

V25, V31, V32, V33, V34, VG1, VC2, VC3, VC4, E30, C8, E31, V60, R10, R2, F11

## Гиперменорея

---

VC3, VC4, VC6, E29, P5, F1, F3, RP2, RP6, RP8, V40, R8, R10

## Гипогалактия

---

V17, V23, RP19, E18, MC1, MC4, C1, GI4, TR6, IG1, IG2, RP6, E36

## Климакс

---

VG14, V11, V23, V29, V31, V43, V54, R18, MC1, VC12, VB23, F13, VG20, VB6, VB12, VB20, MC6, C1, C5, C7, GI11, GI14, VB30, E36, E44, VB39, R2, RP6

## Кольпит (вагинит)

---

VG10, VG4, V25, V26, V30, V33, V52, VC2, VC3, R12, E29, RP6, RP8, RP9, F11

## Мастит

---

V19, V23, V43, IG10, VB21, VC3, VC17, E16, E18, E25, RP18, MC1, R22, P7, P10, MC7, R6, VB41, E36

## Меноррагия, нарушение менструального цикла, дисменорея

---

V23, E25, E29, R14, R15, VC3, VC4, RP1, RP6, RP8, RP9, R2, R6, R8, F8, F9, VB39, VB41, E36,

## Неполное сокращение матки

---

V23, VC2, TR6, F3, F8, R8, RP6, E36

## Обморок во время родов

---

VG26, MC6

## Рвота беременных

---

V19, E11, MC6, MC7, RP6, E36

## Слабая родовая деятельность

---

VC3, GI4, F3, V60, RP6, E36

## Ускоренные роды

---

MC6, E36, F2, VG26

## Хроническое заболевание матки

---

E28, R14, R18, VC4, VB28, R1, R2, R8, F8, V60, RP1,

## Эклампсия

---

VG16, VG20, VB20, V10, TR4, TR5, VB34, E36

## Эндометрит

---

V30, V31, V32, V33, V34, RP12, E24, E25, VB26, VB27, MC5, C6, RP8,  
RP10, V55, F5

## Заболевания инфекционно-аллергические

---

### Аллергия

---

F13, MC5, MC6, TR5, R6, V40, VB41, F8

### Грипп

---

VG14, VG13, VG10, VG7, VG6, V41, V42, RP15, GI20, VB1, V6, VB18,  
VB19, VG16, VB20, PC31, MC9, TR4, TR5, TR6, GI10, GI11, E36, E42, F2,

### Дизентерия

---

V25, V26, V27, V28, VC8, E25, E26, RP14, GI11, E36

### Малярия

---

VG14, VG13, VG6, V20, PC31, IG3, C7, MC5, E36, R7, R3



## Сенная лихорадка

---

IG10, IG11, VG7, V19, VG20, GI4, TR4, VB12, MC9, MC7, C8, C2, P11, P7, P5, P3, R2, R6, F1, F3, VB41, VB39, E36, RP10, V58

## Столбняк

---

VG14, VG4, V25, E7, VG15, VG16, VG18, VG19, VG20, GI10, V57

## Детские заболевания

---

### Детский спастический плач

---

VC15, VC12, V11, V15, TR10, GI4, F3, E36

### Ночные вскрикивания

---

VG12, V18, V23, VC15, E25

### Непослушность. Нервозность

---

VG11, VG20, VB20, MC7, P5, GI4, E45

### Ночные страхи

---

VG12, VG11, VG10, V11, V18, VG20, VG24, IG7, GI4, MC9, C9, C7, C4, F3, E36

### Тики мышц век

---

VB14, VB3, TR23, VB16, IG4

### Кривошея

---

VC22, E11, GI17, TR17, V10, VB20, VG14, VG9, VG4, V13, V18, V23, V43, V26, VB21, VC12, E25,

### Отёк и боль слизистой оболочки горла

---

VC22, GI17, PC29, VG16, IG4, VC21, VC16, TR2, TR1, TR4, TR10, VB44, VB39, VB35

## Заикание

VC22, V10, E9, VB20, VG20, VB3, E7, E6, VG27, V13, V20, V23, VC12, E25, GI4, RP6, F1, RP9, E36,

## Болезни разные

### Храпение

E10, VB12, VC21, R6, P7, IG4

### Лечение Алкоголизма

V13, V22, VG11, VC17, R27, P1, VG20, VG26, VG27, VB7, VB8, VB20, P5, P7, P9, GI4, R7, F2, F3, F8

### Повышенная температура

VG14, V13, VG7, P11, MC9, GI1, V5, VB18, VG16, E42,

### Энцефалит

IG9, VB18, VB19, P7, P5

### Закрытые травмы головного мозга

TR17, VB2, VG23, VG24, V40, VB7, P3

### Контузия и коммоция

VG12, VG3, VG20, V62,

### Общеукрепляющие точки

V11, V43, VG14, VG20, TR5, MC6, GI4, GI10, GI11, E36, RP6,

### Скорая помощь при потере сознания

VG20, VB16, VG25, VG26, VG27, VC24, PC86, GI1, TR2, TR1, MC3, P11, MC8, MC9, R1, V40,

## Реанимация

---

VG26, VB20, VG14, VG12, VG4, V23, V43, TR15, VC14, GI11, GI4, PC86, RP4, R2

## Общее истощение, общая слабость

---

V43, V23, VC2, P11, TR5, GI11, V40, E36, RP2, R6, F10

## Плохая переносимость погоды

---

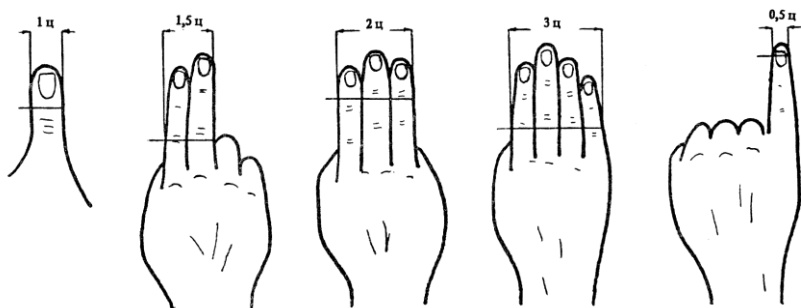
VB21, TR15, F13, TR5, IG13, VB8, VB6, C9, C8, C3, MC8, MC6, MC5, RP6

## Определение местонахождения точек или что такое цунь?

При нахождении точек ориентирами служат различные анатомические образования: впадины, мышцы, сухожилия, кости и т.д. В древности пользовались измерением, называемым «индивидуальный цунь» — расстояние между первой и второй межфаланговыми складками III пальца левой руки у мужчин и правой — у женщин.



Индивидуальные цуни определяются также поперечным разрезом пальцев



В настоящее время используется метод определения точек посредством так называемого пропорционального цуня, или пропорционального отрезка. Этот метод основан на принципе деления вертикального размера определенных областей тела на стандартное для каждой области число делений. Каждый из таких отрезков линии называется пропорциональным цунем; такие цуни

и указываются при описании топографии точек. На рисунке схематично изображено деление областей тела на пропорциональные цуни.

Для правильного измерения длины областей тела важное значение имеет правильное положение человека. Так, измерять вертикальный размер передней стенки живота следует при положении человека на спине. Тыльную и ладонную стороны плеча и предплечья нужно измерять, согнув руку в локтевом и лучезапястном суставах, чтобы были отчетливо выражены ориентиры — вторая складка лучезапястного сустава, локтевая и подмышечная складки. Длину участков нижних конечностей измеряют при положении человека сидя с согнутым коленным суставом, нога без упора.

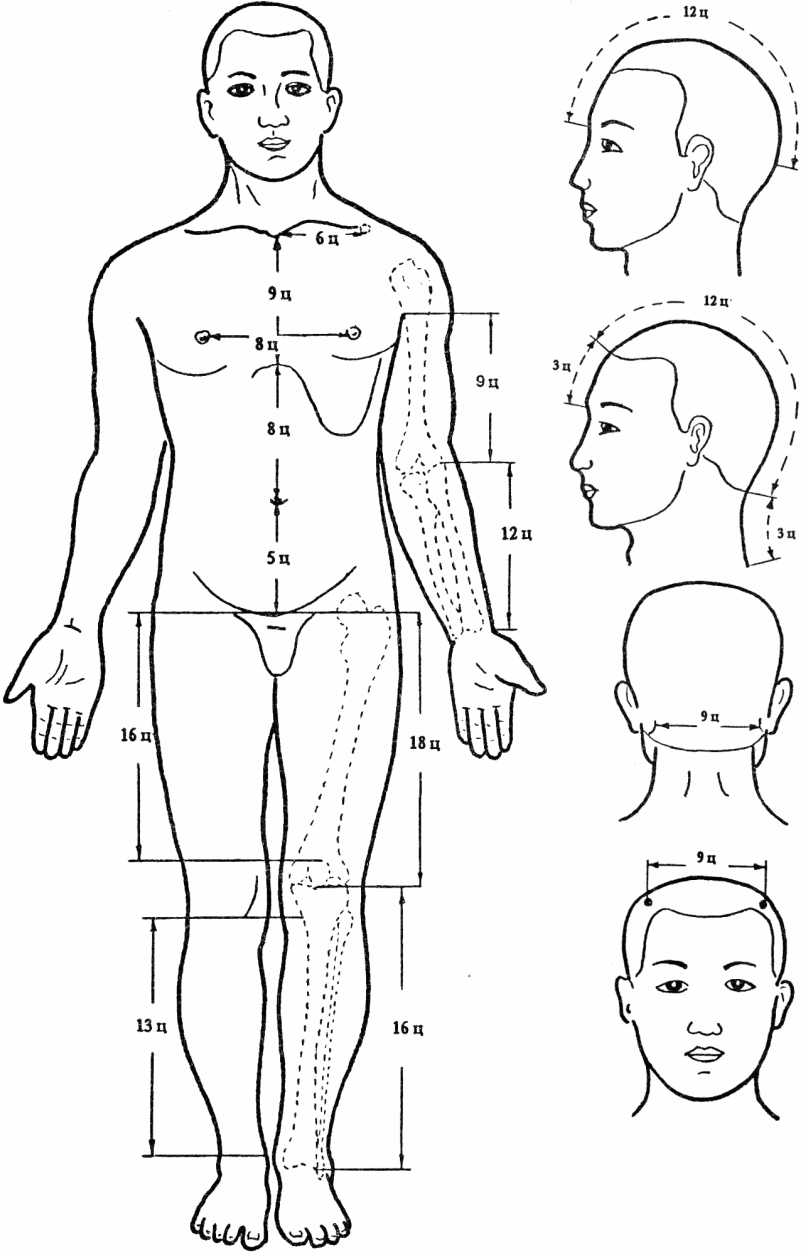
В современных руководствах приводится таблица, в которой указывается стандартное число, на которое нужно разделить ту или иную область тела больного, чтобы получить размер индивидуального пропорционального цуния

**Таблица 10. Стандартное число делений участков тела на пропорциональные отрезки**

Пропорциональный цуень значительно отличается по величине на разных участках тела от 1,6 до 3,3см у одного и того же больного

<b>Голова</b>	
Надпереносье РСЗ — Наиболее выступающий части наружного затылочного бугра VG17	12
<b>Туловище</b>	
Центр яремной вырезки-Подгрудинный угол	9
Подгрудинный угол-Пупок	8
Пупок-Верхний край симфоза	5
Передняя срединная линия- Среднеключичья, сосковая линия	4

Передняя срединная линия- Внутренний край ключевидного отростка лопатки	6
Верхний край подмышечной ямки- Свободный конец 11-го ребра. Определяется при поднятой выше горизонтального уровня руке	12
От задней срединной линии-Лопаточной линии	3
<b>Руки</b>	
Верхний край задней складки подмышечной ямки- до локтевого отростка локтевой кости	9
Верхний край передней складки подмышечной ямки- Поперечная кожная складка локтевого сгиба	9
Поперечная складка локтевого сгиба-проксимальный край гороховидной кости	12
Уровень локтевого сгиба-Анатомическая табакерка	12
<b>Ноги</b>	
Нижний край надколенника- Нижний край мышцелка большеберцовой кости	2
Верхний край симфоза-Нижний край надколенника	18
Нижний край надколенника, поперечной подколенной складки-Верхушки наружной лодыжки	16
Нижний край надколенника, поперечной подколенной складки-Верхушка медиальной лодыжки	15
Нижний край внутреннего мышцелка большеберцовой кости- Верхушка внутренней лодыжки	13
Ягодичная складка-Поперечная подколенная складка	14
Верхушка наружной лодыжки-уровень подошвы	3



## Определение локализации акупунктурных точек

### МЕРЕДИАН ЛЕГКИХ (Р)

**Р1, Р2**— при определении этих точек вначале находим Р2 — в подключичной ямке, у медиального края клювовидного отростка лопатки, затем Р1 — на 1 и. ц. ниже Р2, в дельтовидно-грудной борозде. Точка располагается кнаружи от второго ребра (рис. 13).

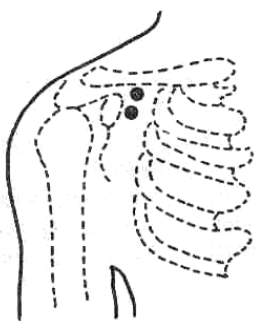


Рис. 13. Р1—Р2

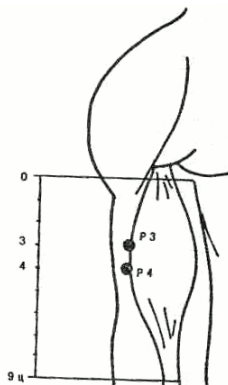


Рис. 14. Р3 — Р4

**Р3, Р4**— у латерального края двуглавой мышцы: Р3 — на 3 п.ц., Р4 — на 4 п.ц. ниже уровня верхнего конца передней складки подмышечной ямки. Складка определяется при приведенном к туловищу плече (рис. 14). Расстояние от верхнего конца передней складки подмышечной ямки до поперечной складки локтевого сгиба делится на 9 п.ц. Прием для нахождения Р3: если поднять руку и попытаться дотронуться до нее кончиком носа в области латеральной бицепсальной борозды, то это место будет соответствовать Р3.

**Р5**— на поперечной складке локтевого сгиба, у латерального края сухожилия двуглавой мышцы плеча. Определяется при слегка согнутом локтевом суставе (рис. 15). Для определения Р6, Р7, Р8 вначале следует определить локализацию Р5 и Р9 (рис. 16).

**Р6** — на 5 п.ц. ниже поперечной складки локтевого сгиба, на линии, соединяющей Р5 и Р9. Расстояние от поперечной складки локтевого сгиба до кожной складки запястья, расположенной на



уровне проксимального края гороховидной кости, делится на 12 п.ц. (рис. 16).

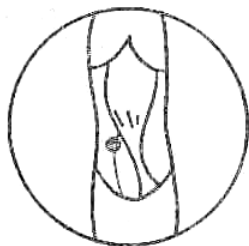


Рис. 15. P 5



Рис. 17. P7

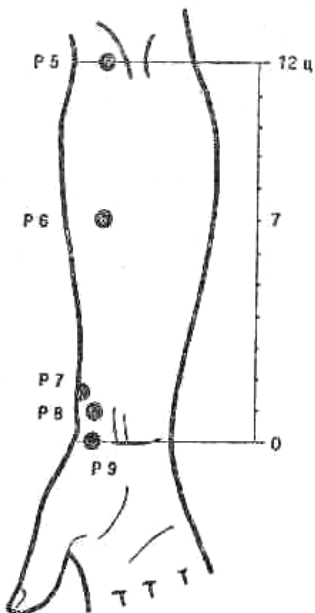


Рис. 16. P 5—P 9

**P 7**— на 1,5 п.ц. проксимальнее уровня P 9, на лучевом крае лучевой кости. Прием: при скрещенных руках кончик второго пальца, расположенного на шиловидном отростке лучевой кости, укажет на P 7 (рис. 16,17).

**P 8**— на 1 п.ц. выше P 9, на лучевой стороне лучевой артерии (рис. 16).

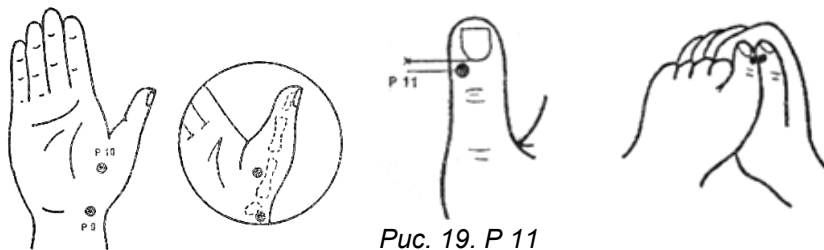


Рис. 18. P 9 — P 10

- P 9**— у радиального края ладонной складки лучезапястного сустава, латеральнее сухожилия лучевого сгибателя кисти, проксимальнее и кнаружи от большой трапецевидной кости, на лучевой стороне лучевой артерии (рис. 16, 18).
- P 10**— на середине 1-й пястной кости, на границе тыльной и ладонной поверхности кисти. Точка проецируется на ладонную поверхность пястной кости (рис. 18).
- P 11**— на лучевом крае большого пальца кисти, на 0,1 и.ц. проксимальнее корня ногтя, на месте пересечения 2-х линий, проходящих вдоль скрытого и латерального краев ногтя (рис. 19).

## МЕРЕДИАН ТОЛСТОЙ КИШКИ (GI)

**GI 1** — расположена на лучевой стороне указательного пальца, на 0, 1 и. ц. проксимальнее корня ногтя, на месте пересечения 2-х линий, проведенных через лучевой и скрытый края ногтя (рис. 21).

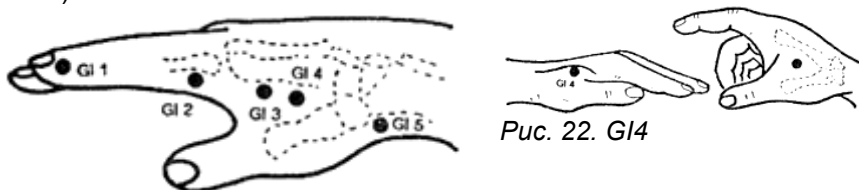


Рис. 21. GI1-GI5

- GI 2, GI 3** — на лучевой стороне пястно-фалангового сустава 2-го пальца, на границе ладонной и тыльной поверхности кисти, в углублении, GI2 - дистальнее, GI3 — проксимальнее сустава (рис. 21).
- GI 4** — между 1-й и 2-й пястными костями, несколько ближе к середине лучевого края 2-й пястной кости. Прием: 1-й палец поперечной межфаланговой складкой кладется на кожу

перепонку между 1-ми 2-м пальцами. Точка локализуется у кончика 1-го пальца (рис. 21, 22, 23).

**GI 5** — на лучевой стороне запястья, между сухожилиями длинного и короткого разгибателей большого пальца, в центре анатомической "табакерки". Точка определяется при максимальном разгибании 1-го пальца (рис. 21, 24).

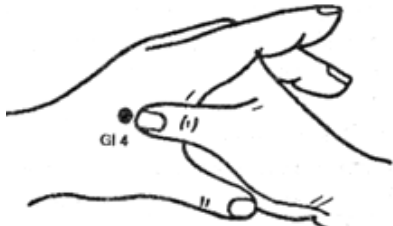


Рис. 23. GI 4

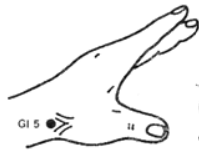


Рис. 24. GI 5

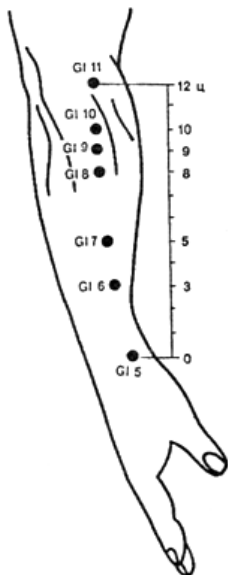


Рис. 26. GI 5 — GI 11



Рис. 25. GI 5 — GI 11



Рис. 27. GI 6

**GI 6, GI 7, GI 8, GI 9, GI 10** — расположены на линии, соединяющей GI 5 и GI 11: GI 6 — на 3; GI 7 — на 5; GI 8 — на 8; GI 9 — на 9; GI 10 — на 10 п. ц. проксимально от GI 5 (рис. 25, 26).

Для определения GI 6 можно использовать прием: при

скрещенных руках точка расположена у кончика 3-го пальца, вытянутого вдоль лучевого края предплечья (рис. 27).

**GI 11** — на середине расстояния между лучевым концом поперечной локтевой складки и латеральным над мышцелком. Точка определяется при слегка согнутом локтевом суставе (рис. 25, 26, 28, 29).

**GI 12** — на 1 п. ц. проксимальнее уровня GI 11, у латерально-переднего края плечевой кости (рис. 28).

**GI 13, GI 14** — на линии, соединяющей GI 11 и GI 15; GI 13 — на 3 п. ц. выше GI 11; GI 14 — у переднего края места прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости (рис. 29, 30).

**GI 15** — впереди и ниже акромиона. При полностью отведенной руке точка расположена в передней части углубления, появляющегося на латеральной поверхности акромиально-ключичного сустава (рис. 29, 30).



Рис. 28. GI 11— GI 12

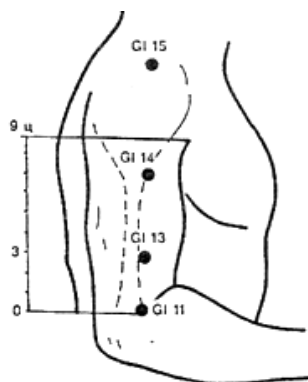


Рис. 29. GI 13 — GI 15

**GI 16**— в углублении между акромиальным концом ключицы и остью лопатки, кнутри от акромиально-ключичного сустава (рис. 30,31).

**GI 17**— у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне нижнего края щитовидного хряща (рис. 32).

**GI 18**— в центре грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне верхнего края щитовидного хряща (рис. 32).

**GI 19**— точно ниже латерального края ноздри, на уровне VG26 . VG 26 расположена на средней линии лица, на границе верхней и средней трети носогубной борозды (рис. 33).

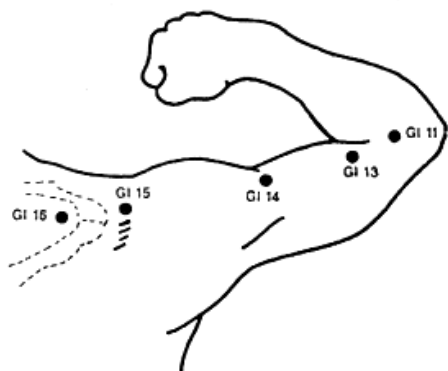


Рис. 30. GI13 — GI16



Рис. 31. GI 16

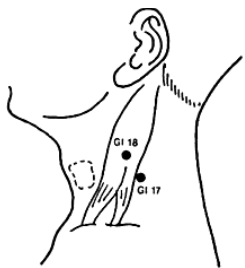


Рис. 32. GI17 — GI18

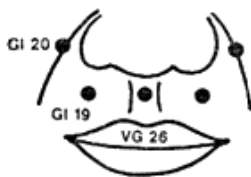


Рис.33. GI19—GI20



Рис. 34. GI 20

**GI 20**— в носогубной складке, на уровне середины наружного края крыла носа (рис. 33,34).

## МЕРЕДИАН ЖЕЛУДКА (Е)

**Е 1, Е 3**— расположены вертикально вниз под зрачком при прямом взгляде; Е 1 — на нижнем крае орбиты; Е 3 — в носогубной складке, на уровне нижней границы наружного края крыла носа (рис. 37,38).



Рис. 37. E 1

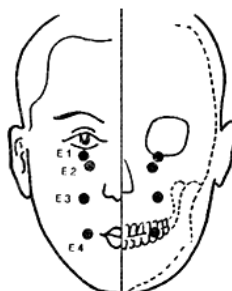


Рис. 38. E 1 — E 4

**E 2**— на 0,5 и.ц. ниже E 1, в области подглазничного отверстия (рис. 38).

**E 4**— на 0,4 и.ц. латеральнее угла рта (рис. 38, 39).

**E 5**— на 1,3 и.ц. кпереди от угла нижней челюсти, на переднем крае жевательной мышцы, латеральнее лицевой артерии. Здесь при напряжении жевательных мышц образуется углубление (рис. 40,42).

**E 6**— на 0,5 и.ц. в передне-верхнем направлении от угла нижней челюсти, на возвышении жевательной мышцы. Здесь при открывании рта образуется углубление (рис. 41,42).

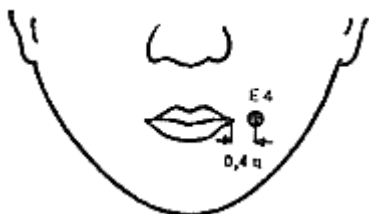


Рис. 39. E 4

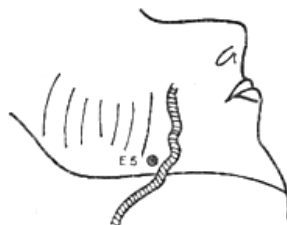


Рис. 40. E 5

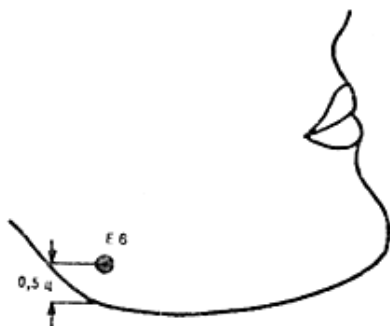


Рис. 41. E 6

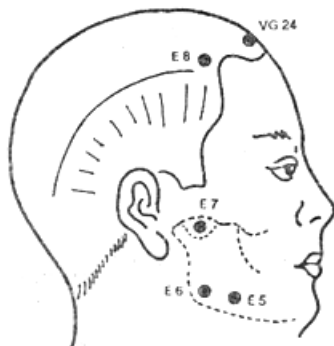


Рис. 42. E5—E8

**E 7**— вертикально вверх от E 6, у нижнего края скуловой дуги, впереди суставного отростка нижней челюсти (рис. 42).

**E 8**— на 0,5 и.ц. кзади от лобного угла передней границы волос, в углублении, или у верхнего края височной мышцы, на уровне с VG 24. Верхний край височной мышцы легко определяется при напряжении жевательных мышц (рис. 42, 43),

**E 9, E 10** - у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы: E 9 — на уровне верхнего, E10 — на уровне нижнего края щитовидного хряща (рис. 44).



Рис. 43. E 8

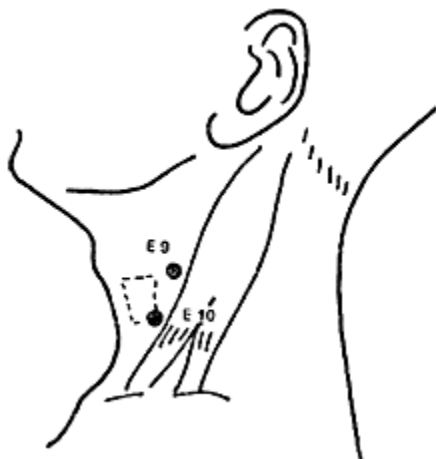


Рис. 44. E 9—E10

**E 11**— на верхнем крае стернального конца ключицы, между грудинной и ключичной головками грудино-ключично-сосцевидной мышцы (рис. 45).

**Е 12**— у верхнего края ключицы, в центре большой надключичной ямки (рис. 45).

**Е 13**— на нижнем крае ключицы, снаружи от средней линии на 4 п.ц., т.е. на второй боковой или среднеключичной линии груди. Расстояние от средней линии до медиального края клювовидного отростка лопатки — 6 п.ц. (рис. 46).

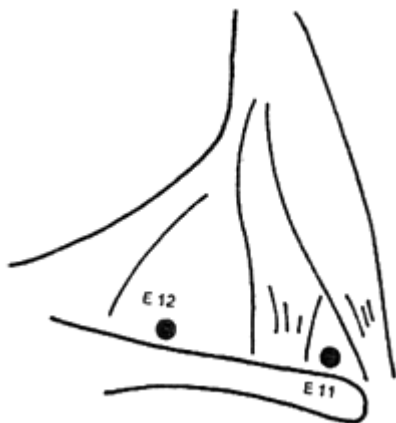


Рис. 45. Е 11 — Е 12

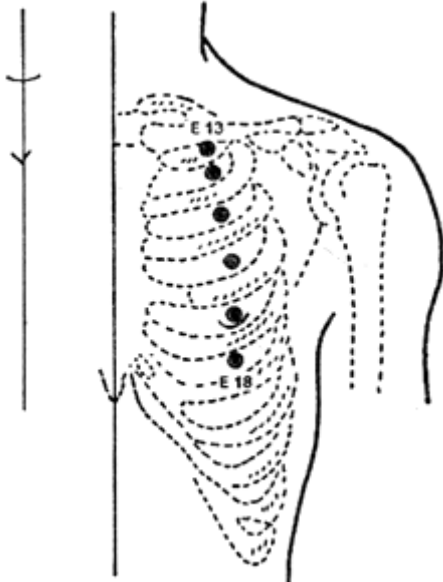


Рис. 46. Е 13 — Е 18

**Е 14, Е 15, Е 16, Е 17, Е 18**— расположены на среднеключичной линии, на 1 межреберье друг от друга: Е 14 — в 1-м, Е 15 — во 2-м, Е 16 — в 3-м, Е 17 — в 4-м (центре соска грудной железы), Е 18 — в 5-м межреберье (рис. 46).

**Е 19, Е 20, Е 21, Е 22, Е 23, Е 24, Е 25, Е 26, Е 27, Е 28, Е, Е 30**— расположены на второй боковой линии живота, т.е. на 2 п.ц. снаружи от средней линии, и на 1 п.ц. друг от друга: Е 19 — на 6п.ц.; Е 20 — на 5; Е 21 —на 4; Е 22 — на 3; Е23— на 2; Е 24 — на 1 п.ц. выше пупка; Е 25 — на уровне пупка; Е 26 — на 1; Е 27 — на 2; Е 28 — на 3; Е 29 — на 4 п.ц. ниже пупка; Е 30 — на верхнем крае симфиза. Так как расстояние от средней линии до соска грудной железы — 4 п.ц., от грудино-реберного угла до пупка — 8 п.ц., от пупка до симфиза — 5 п.ц., то для нахождения точек этой области из середины расстояния от соска молочной железы до передней средней линии опускают вертикальную



линию. В месте пересечения этой вертикальной линии с реберной дугой расположена E 19. От этой точки до уровня пупка натягивают резинку с 6 делениями. На границе каждого отрезка — точка. От уровня пупка до уровня верхнего края симфиза натягивают резинку с 5 делениями. На границе каждого деления — соответствующая точка (рис. 47).

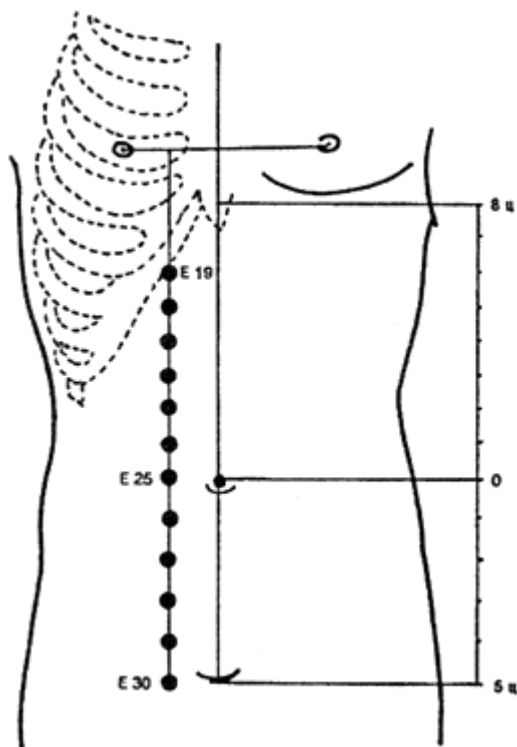


Рис. 47. E 19— E 30

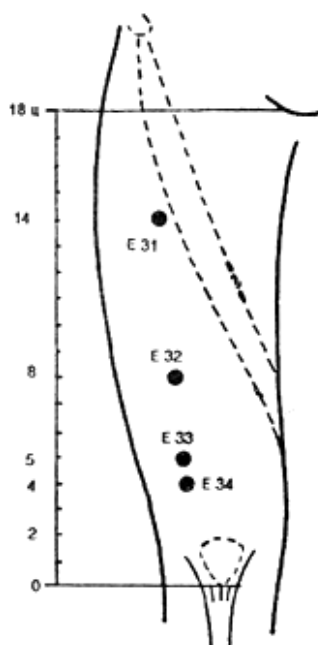


Рис. 48. E 31 —E 34

**E 31**— на пересечении вертикальной линии, опущенной от верхней передней подвздошной ости и горизонтальной, проведенной на 4 п.ц. ниже верхнего края симфиза. Расстояние от верхнего края симфиза до уровня нижнего края надколенника составляет 18 п.ц. (рис. 48).

**E 32, E 33, E 34**— расположены на линии, соединяющей переднюю верхнюю подвздошную ость и верхне-латеральный край надколенника: E 32 — на 6, E 33 — на 3, E 34 — на 2 п.ц. выше

уровня верхнего края надколенника или E 32 — на 8, E 33 — на 5, E 34 — на 4 п.ц. выше уровня нижнего края надколенника (рис.48).

**E 35 ДУ-БИ** — в углублении у нижне-наружного края надколенника. Точка определяется при согнутом коленном суставе (рис. 49).

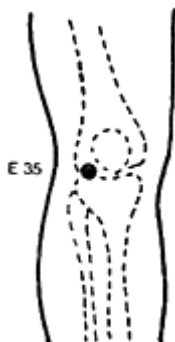


Рис. 49. E 35

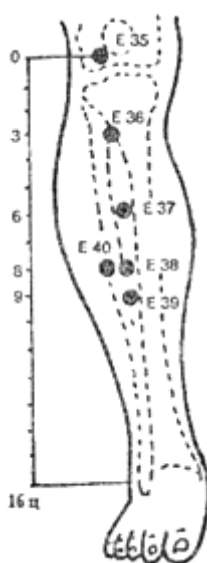


Рис. 50. E 35 — E 40

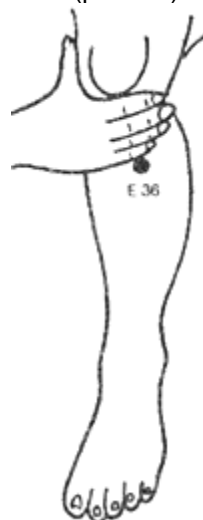


Рис. 51. E 36

**E 36, E 37, E 38, E 39** — расположены на линии, опущенной вертикально вниз от наружного края надколенника: E 36 — на 3; E 37 — на 6; E 38 — на 8; E 39 — на 9 п.ц. ниже нижнего края надколенника (рис. 50). Прием для определения E 36: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой, ладонь большого кладется на коленную чашечку гомолатерально. Пальцы руки плотно прижаты — 2-й — к гребню большеберцовой кости, 4-й — в сторону малоберцовой кости, 3-й — между ними. Точка E 36 локализуется у кончика 3-го пальца, вертикально вниз от E 35, на 1 и.ц. кнаружи от переднего края большеберцовой кости. Другой прием для определения E 36 показан на (рис. 51.)



Рис. 53. E 41 — E 45



Рис. 52. E 41 — E 45

**E 40**— на 1 и.ц. латеральнее E 38, на середине расстояния от нижнего края надколенника до уровня центра наружной лодыжки (рис.50).

**E 41**— в центре тыльной складки голеностопного сустава, на уровне верхушки наружной лодыжки, между сухожилиями длинного разгибателя пальцев и длинного разгибателя большого пальца стопы (рис. 52,53).

**E 42**— расположена на линии, соединяющей E 41 и E 44, на 1,5 и.ц. дистальнее E 41, на самом высоком месте свода стопы (рис. 52,53).

**E 43**- расположена проксимальнее, E 44— дистальнее промежутка между 2-м и 3-м плюснефаланговыми суставами (рис. 52, 53).

**E 45**— расположена на 0,1 и.ц. проксимальнее латерального края корня ногтя 2-го пальца, на месте пересечения 2-х линий, проведенных вдоль латерального и скрытого краев ногтя (рис. 52).

### МЕРИДИАН СЕЛЕЗЕНКИ-ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (RP)

**RP 1**— на 0,1 и.ц. проксимальнее медиального края корня ногтя 1-го пальца ноги, в точке пересечения 2-х линий, проведенных вдоль медиального и скрытого краев корня ногтя (рис. 55, 56).



Рис. 55. RP 1 — RP 5

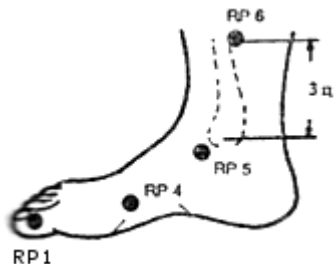


Рис. 56. RP 1, RP 4 — RP 6

- RP 2, RP 3, RP 4**— расположены на медиальном крае стопы, на границе тыльной и подошвенной поверхностей: **RP 2** — дистальнее; **RP 3** — проксимальнее плюснефалангового сустава; **RP 4** — дистальнее и ниже основания 1-й плюсневой кости, в углублении рис. 55,56).
- RP 5**— у передне-нижнего края медиальной лодыжки, в углублении (рис. 55, 56).
- RP 6, RP 7, RP 8**— расположены у заднего края большеберцовой кости, на линии соединяющей медиальную лодыжку и **RP 9**: **RP 6**-на 3; **RP 7**-на 6; **RP 8**-на 10 п.ц. выше высочайшей точки вершины медиальной лодыжки. Расстояние от вершины медиальной лодыжки до **RP 9** составляет 13 п.ц. (рис. 56, 57, 59)
- RP 9**- у задне-нижнего края медиального мышцелка большеберцовой кости, на 2 п.ц. ниже нижнего края надколенника, в углублении (рис. 58)
- RP 10**— на 2 п.ц. выше верхне-медиального края надколенника, в центре возвышения медиальной порции четырехглавой мышцы бедра. Точка определяется при согнутом колене. Прием: ладонь правой руки врача накладывается плотно на левое колено больного так, что четыре пальца кисти находятся выше коленного сустава. 1-й палец ложится на внутреннюю поверхность и его кончик указывает на точку (рис.59). Расстояние от верхнего края надколенника до верхнего края симфиза — 16 п.ц.



Рис. 57. RP 6



Рис. 59. RP 10

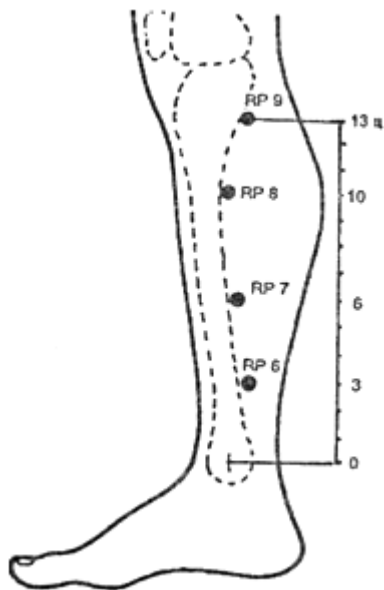


Рис. 58. RP 6 — RP 9

- RP 11**— вертикально вверх и на 8 п.ц. выше верхне-внутреннего края надколенника, у внутреннего края четырехглавой, портняжной мышц, на середине расстояния между верхним краем симфиза и верхне-медиальным краем надколенника (рис. 60).
- RP 12**— на пупартовой складке, на уровне верхнего края симфиза, на 3,5 п.ц. кнаружи от средней линии, на латеральном крае бедренной артерии (рис. 61).
- RP 13, RP 14, RP 15, RP 16**— расположены на 3-й боковой линии живота (продолжении среднеключичной, сосковой линии, на 4 п.ц. латеральнее средней линии): RP 13 — на пупартовой складке, на 0,7 п.ц. выше уровня симфиза, RP 14 — на 1,3 п.ц. ниже уровня пупка, RP 15 — на уровне пупка, RP 16 — на 3 п.ц. выше уровня пупка (рис. 61).
- RP 17, RP 18, RP 19, RP 20**— расположены на 3-й боковой линии груди (линия проводится от внутреннего края клювовидного отростка лопатки параллельно среднеключичной линии), на одно межреберье друг от друга: RP 17 — в 5-м межреберье, RP 18 — в 4-м (кнаружи от соска), RP 19 — в 3-м, RP 20 — во 2-м межреберье (рис. 62).

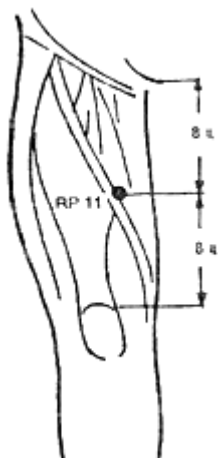


Рис. 60. RP 11

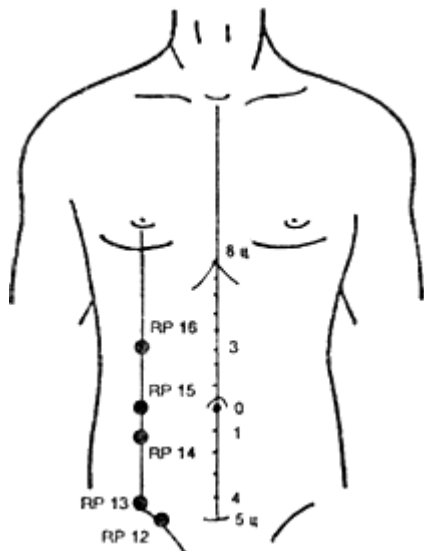


Рис. 61. RP12 — RP16



Рис. 62. RP 17 — RP20

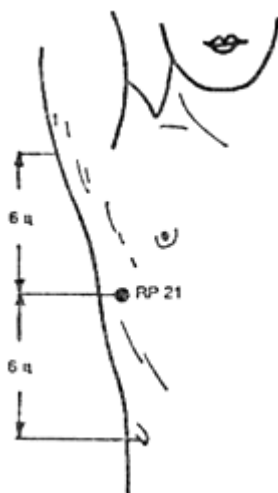


Рис. 63. RP21

**RP 21**— на среднеподмышечной линии, в 6-м межреберье, на середине расстояния между верхним краем подмышечной ямки

и свободным краем 11-го ребра. Точка определяется при поднятой выше горизонтального уровня руке (рис. 63).

## МЕРИДИАН СЕРДЦА (С)

- С 1**— в центре подмышечной ямки, у медиального края подкрыльцовой артерии. Точка определяется при отведенной руке (рис. 65).
- С 2**— в медиальной биципитальной борозде, на 6 п.ц. ниже верхнего края передней подмышечной складки. Расстояние от верхнего края передней подмышечной складки при приведенной к туловищу руке до уровня локтевого сгиба составляет 9 п.ц. (рис. 66). С 3— при максимально согнутой в локтевом суставе руке расположена на медиальном конце поперечной локтевой складки, впереди медиального надмыщелка; при слегка согнутой в локтевом суставе руке расположена между медиальным концом поперечной локтевой складки и медиальным надмыщелком, в углублении (рис. 65).
- С 4, С 5, С 6, С 7**— располагаются на лучевом крае сухожилия локтевого сгибателя кисти, на расстоянии 0,5 п.ц. друг от друга: С 7 — в углублении у радиально-проксимального края гороховидной кости; С 6 — на 0,5; С 5 — на 1; С 4 — на 1,5 п.ц. проксимальнее С 7 (рис. 67).

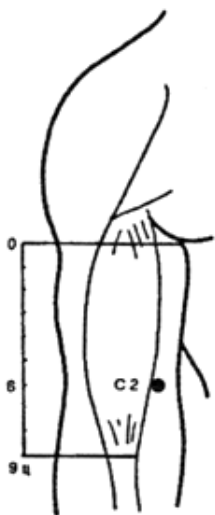


Рис. 65. С 1, С 3



Рис. 66. С 2

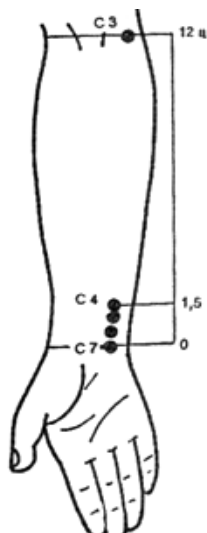


Рис. 67. С 3-С 7

**С 8**— между 4-й и 5-й пястными костями, на проксимальной поперечной складке ладони. Прием: при согнутой в кулак кисти точка расположена на поперечной проксимальной складке ладони, в промежутке между кончиками 4-го и 5-го пальцев (рис. 68).

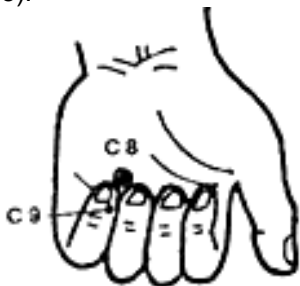


Рис. 68. С 8 — С 9



Рис. 69. С 9

**С 9**— на 0,1 и.ц. проксимальнее лучевого края корня ногтя 5-го пальца, на пересечении 2-х линий, проведенных вдоль лучевого и скрытого краев корня ногтя (рис. 68, 69).

## МЕРЕДИАН ТОНКОЙ КИШКИ (IG)

**IG 1**— на 0,1 и.ц. проксимальное локтевого края корня ногтя 5-го пальца, на пересечении линий, проведенных вдоль локтевого и скрытого краев ногтевого ложа 5-го пальца руки (рис. 71, 72).

**IG 2, IG 3**— расположены на ульнарной стороне кисти, на границе тыльной и ладонной поверхности, в области 5-го пястно-фалангового сустава, в углублении: IG 2 — дистальнее, IG 3 — проксимальнее сустава. При сгибании: кисти в кулак точки определяются на конце поперечных кожных складок, образующихся проксимальнее и дистальнее сустава (рис. 72,73).

**IG 4**— на ульнарном крае тыла кисти, в углублении между 5-й пястной и трехгранной костями (рис. 72).

**IG 5**— на ульнарной стороне запястья, в углублении между шиловидным отростком локтевой кости и трехгранной костью (рис. 72).



- IG 6**— в углублении, на радиальной стороне шиловидного отростка локтевой кости. Наиболее отчетливо углубление пальпируется яри супинации предплечья (рис. 72, 74).
- IG 7**— на 5 п.ц. проксимальнее IG 5, на линии, соединяющей IG 5 и IG 8. Расстояние от IG 5 до IG 8 составляет 12 п.ц. (рис. 75).
- IG 8**— в ямке между олекранон и медиальным надмыщелком плечевой кости, в бороздке локтевого нерва. Точка определяется при слегка согнутом локтевом суставе (рис. 76).
- IG 9**— на 1 и.ц. выше заднего конца подмышечной складки. Точка определяется при приведенной к туловищу руке (рис. 77).
- IG 10**— прямо над IG 9, у нижнего края ости лопатки (рис. 77).
- IG 11**— на вертикали, опущенной из IG 12, на границе верхней и средней трети расстояния между костью и нижним углом лопатки. Точка вместе с IG 9, IG 10 и IG 12 составляет равнобедренный ромб (рис. 77).
- IG 12**— над центром ости лопатки. Здесь при поднятии руки образуется углубление (рис.77).
- IG 13**— выше медиального края ости лопатки, на середине расстояния между IG 10 и остистым отростком 2-го грудного позвонка (рис. 77).



Рис. 71 IG1

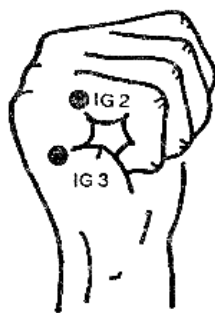


Рис. 73.IG2- IG3

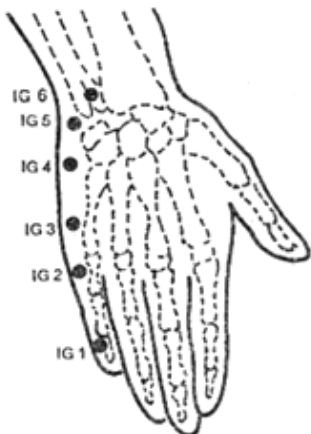


Рис. 72. IG 1 — 1G6

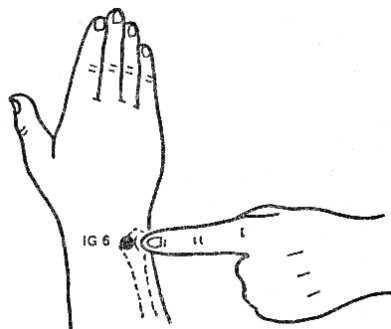


Рис. 74. IG 6

- IG 14**— над верхнее-медиальным углом лопатки, на 3 п.ц. латеральное УС 13, расположенной под остистым отростком 1-го грудного позвонка (рис. 77).
- IG 15**— на 2 п.ц. латеральнее VG 14, расположенной под остистым отростком 7-го шейного позвонка (рис. 77).
- IG 16**— у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща (рис.78).
- IG 17**— сзади угла нижней челюсти, на переднем крае грудино-ключично-сосцевидной мышцы, в углублении (рис. 78).
- IG 18**— прямо ниже наружного угла глаза, на нижнем крае скуловой дуги, в углублении (рис. 79).

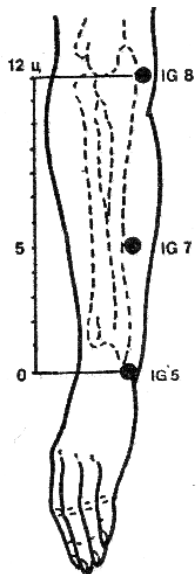


Рис. 75. IG 7



Рис. 76. IG 8

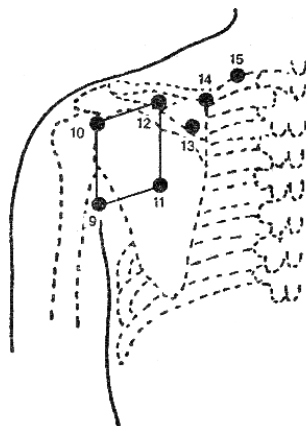


Рис. 77. IG 9 — IG 15

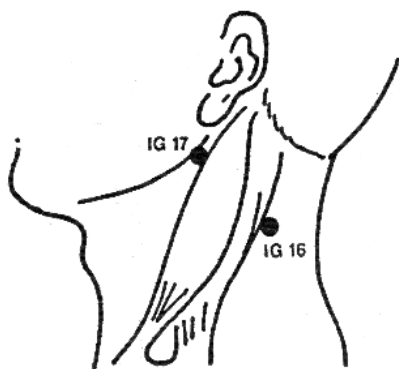


Рис. 78. IG 16 — IG 17

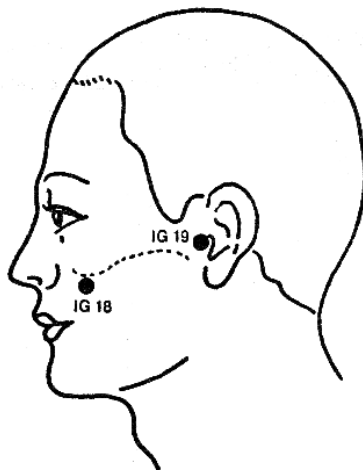


Рис. 79. IG 18 — IG 19

**IG 19**— в углублении, между козелком и суставным отростком нижней челюсти. Здесь образуется углубление при открывании рта (рис. 79).

## МЕРЕДИАН МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (V)

- V 1**— на 0,1 и.ц. кнутри и выше внутренней спайки века. Точка определяется при закрытых глазах (рис. 81).
- V 2**— на медиальном конце брови (рис. 81, 82, 83).
- V 3**— над точкой V 2, на уровне VG 24, расположенной на средней линии, на 0,5 п.ц. выше передней границы роста волос (рис. 82, 83).
- V 4, V 5, V 6, V 7, V 8**— расположены на первой боковой линии головы (линия проводится от внутреннего угла глаза параллельно средней линии): V 4 — на уровне VG 24 (на 0,5 п.ц. кзади от передней границы роста волос), V 5 — на 0,5 п.ц. кзади от V 4, на 1 п.ц. кзади от передней границы роста волос, на уровне VG 23; V 5, V 6, V 7, V 8 расположены на 1,5 п.ц. друг от друга, на 0,5 п.ц. кзади от уровня: V 6 — VG 22, V 7 — VG 21, V 8 — VG20 (рис. 82,83)

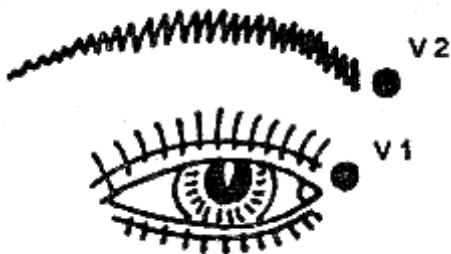


Рис.81. V1—V2

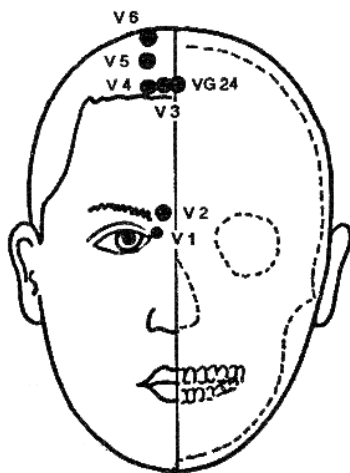


Рис. 82. V1 — V 6

- V 9, V 10** - расположены на первой боковой линии головы: V 9 — на уровне VG 17 (выступающей части наружного затылочного бугра), V 10 — на уровне VG 15, расположенной между 1-ми 2-м шейными позвонками (рис. 83, 84).

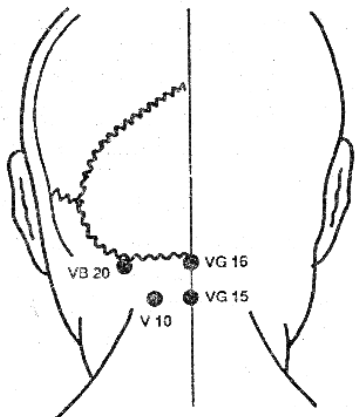


Рис. 84. V10

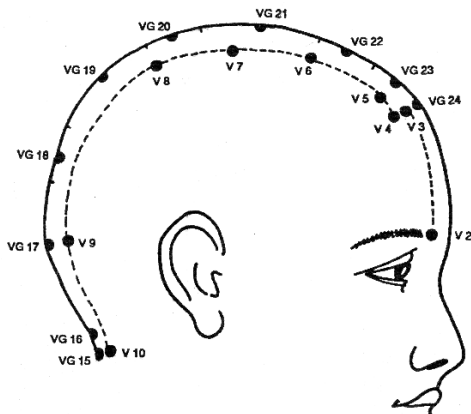


Рис. 83. V 2—V10

**V 11, V 12, V 13, V14, V15, V16, V 17, V 18, V 19, V 20, V 21, V 22, V 23, V 24, V 25, V 26 V 27, V 28, V 29, V 30**— расположены на 1,5 п.ц. кнаружи от средней линии, на уровне конца остистого отростка соответствующего позвонка: V11 — Th 1; V 12—Th2; V13 — Th3; V14 — Th4; V15 — Th5; V 16 — Th6; V17 — Th7; V18 — Th9; V19 — Th 10; V20 — Th11; V21 — Th12; V22 — L1; V23 — L 2; V 24 — L3; V25 — L4; V26 — L5; V27 — S 1; V28-S2; V29 — S3; V30 — S4 (на уровне сакрального отверстия). Остистый отросток Th 3 расположен на уровне ости лопатки, L 2 — на уровне пупка, L 4—на уровне верхнего края гребня подвздошной кости, S 4 — на уровне сакрального отверстия, конца межягодичной складки (рис. 85).

**V 31, V 32, V 33, V 34**— расположены на 0,75 п.ц. кнаружи от средней линии, на уровне кончика рудимента остистого отростка: V 31 — S1, V32 — S 2, V 33 — S 3, V 34 — S 4 (на уровне сакрального отверстия) (рис. 85). Прием: больной в положении лежа на животе, конец 2-го пальца руки врача прикладывается к центру линии, соединяющей позвоночную ось с V 27— это первое крестцовое отверстие — V 31, а 3-й, 4-й и 5-й пальцы соответственно попадают во второе, третье и четвертое крестцовые отверстия, на V32, V33 и V34 (рис.86).

**V35**— у наружного края верхушки копчика, на 0,5 и.ц. кнаружи от средней линии (рис. 85, 87).

**V36**— в центре ягодичной складки (рис. 85,87,88).

**V37**— на линии, соединяющей V 36 и V 40, на 6 п.ц. ниже V 36. Расстояние от V 36 до V40 — 14п.ц. (рис.88).

- V38, V 39**— расположены у медиального края сухожилия двуглавой мышцы бедра: V 39 — на подколенной складке, V 38 — на 1 п.ц. выше V 39. Точки определяются при согнутой в коленном суставе нижней конечности или в положении на животе (рис. 88).
- V40**— в середине поперечной подколенной складки, кнаружи от подколенной артерии (рис. 88).
- V41, V 42, V 43, V 44, V 45, V 46, V 47, V 48, V 49, V 50, V 51, V 52, V53, V54** -расположены на вертикальной линии, проведенной вдоль медиального края лопатки, на уровне кончика остистого отростка соответствующего позвонка: V 41 — Th 2; V 42 — Th 3; V 43 — Th 4; V 44 — Th 5; V 45 — Th 6; V 46 -Th 7; V 47 — Th 9; V 48 — Th 10; V 49 — Th 11; V 50 — Th 12; V 51 — L 1; V 52 — L 2; V 53 - S 2; V 54 — S 4 (на уровне сакрального отверстия) (рис. 85).
- V 55, V 56, V 57**— расположены на вертикали, опущенной из V 40 (от середины подколенной складки): V 55 — на 2, V 56 — на 5, V 57 — на 8 п.ц. ниже подколенной складки. V 57 расположена на середине расстояния от подколенной складки до уровня наружной лодыжки, составляющего 16 п.ц. Локализацию этих точек можно определить и по анатомическим ориентирам: V 55 — в месте соединения 2-х головок икроножной мышцы, V 57 — в месте расхождения головок, V 56 — на середине между V 55 и V 57. Икроножная мышца хорошо контурируется при поднятии больного на носки или в положении лежа на животе при сгибании в коленных суставах (рис. 89).
- V58**— расположена на 1 п.ц. в ниже-латеральном направлении от V 57 (рис. 89).
- V59, V 60, V 61**— расположены на вертикали, проведенной через середину расстояния между наружной лодыжкой и ахилловым сухожилием: V 60 — на уровне верхушки наружной лодыжки; V 59 — на 3 п.ц. выше V 60; V 61 — на верхне-наружной поверхности пяточного бугра, на 2 п.ц. ниже V 60. Расстояние от V 60 до уровня подошвы делится на 3 п.ц. (рис. 90).
- V62**— ниже нижнего края наружной лодыжки на 0,5 и.ц., во впадине, у нижнего края малоберцового блока пяточной кости (рис. 90).
- V63, V 64, V 65, V 66**— расположены на латеральной поверхности стопы, на границе тыльной и подошвенной поверхностей: V 63 — ниже переднего края наружной лодыжки, под кубовидной костью, в углублении; V 64 — дистальнее и ниже бугристости основания 5-й плюсневой кости; V 65 — проксимальнее; V 66 — дистальнее 5-го плюснефалангового сустава (рис. 90).

**V67**— на 0,1 и.ц. проксимальнее латерального края корня ногтя 5-го пальца, на пересечении линий, проведенных вдоль латерального и скрытого краев ногтевого ложа (рис. 90).

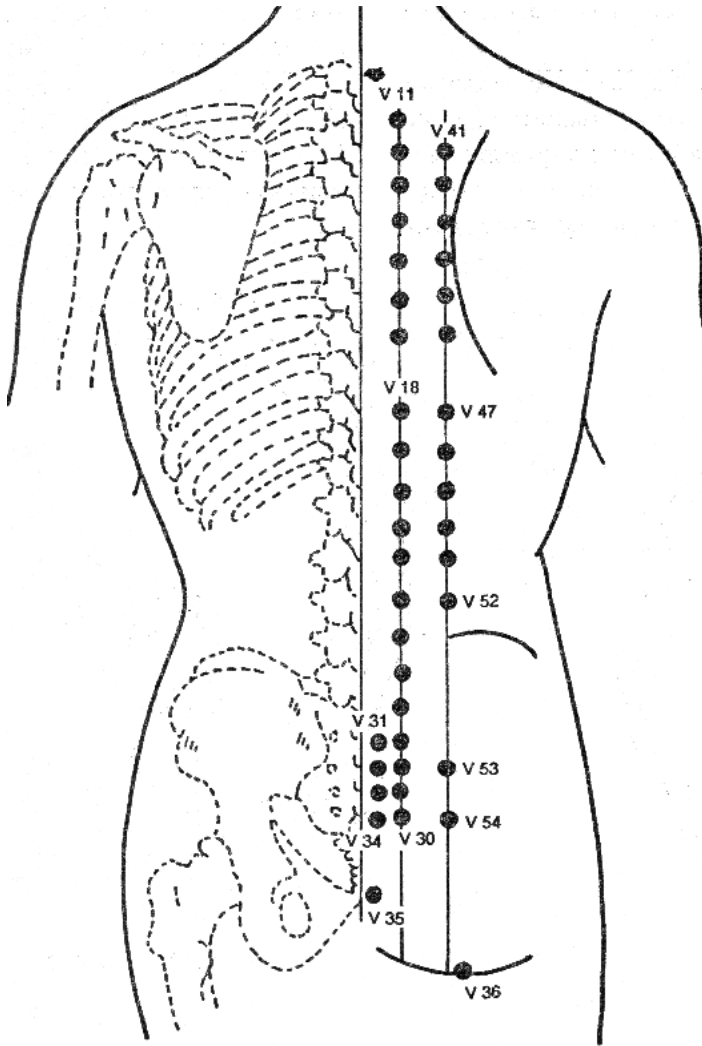


Рис. 85. V 11 — V 36, V 41 — V 54

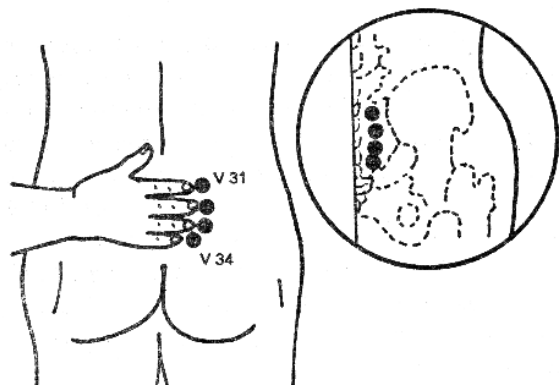


Рис. 86. V 31 -V 34

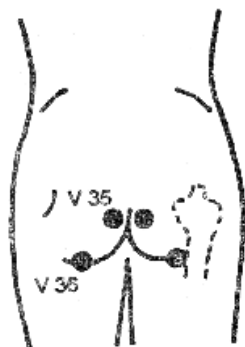


Рис. 87. V 35 — V36

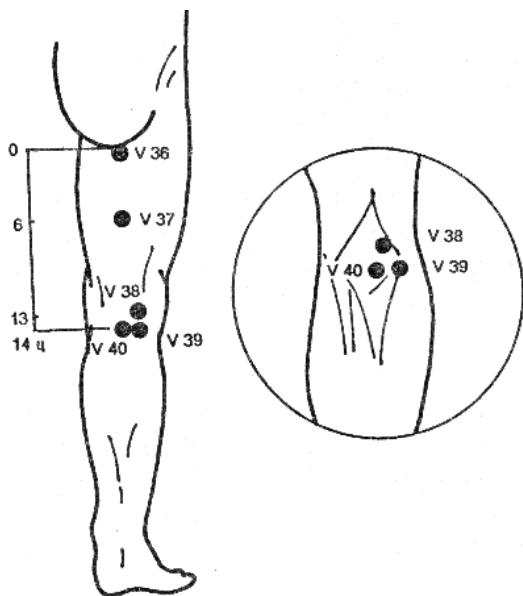


Рис. 88. V 36—V 40

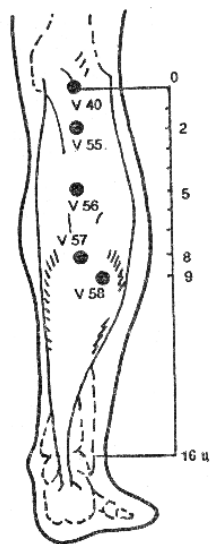


Рис. 89. V 55 — V 58



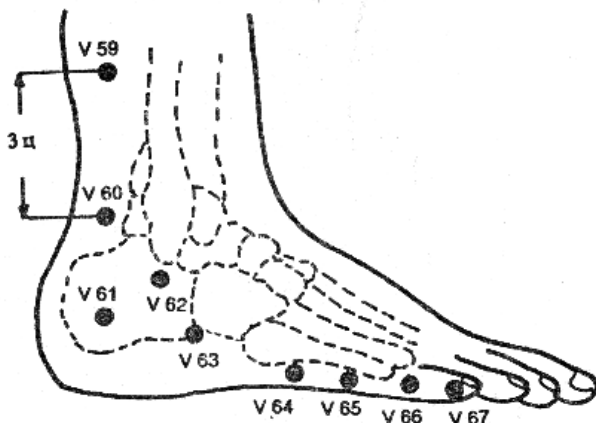


Рис. 90. V 59 — V 67

## МЕРИДИАН ТОЧЕК (R)

- R 1**— в центре подошвы, на  $2/5$  расстояния от кончика 2-го пальца до заднего края пятки (рис. 92).
- R 2**— ниже переднего края бугристости ладьевидной кости, в углублении (рис. 93).
- R 4**— на середине расстояния между R 3 и R 5, у переднего края ахиллова сухожилия (рис. 93).
- R 3, R 5, R 7, R 9**— расположены на вертикали, проведенной через середину расстояния между вершущкой внутренней лодыжки и ахилловым сухожилием: R 3 — на уровне вершущки медиальной лодыжки; R 5 — ниже R 3, на верхнем крае пяточной кости; R 7 — на 2, R 9 — на 5 п.ц. выше R 3 (рис. 93, 95).
- R 6**— вертикально вниз от центра вершущки медиальной лодыжки, на 1 и.ц. ниже ее нижнего края, в углублении (рис. 93, 94).
- R 8**— на 0,5 и.ц. впереди от R 7, на 2 п.ц. выше R 3 и вершущки медиальной лодыжки, у заднего края большеберцовой кости (рис. 93, 95).
- R 10**— на медиальном крае подколенной складки, между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышц. Точка локализуется при согнутом под углом  $90^\circ$  коленном суставе (рис. 96).

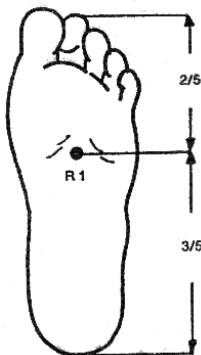


Рис. 92. R1

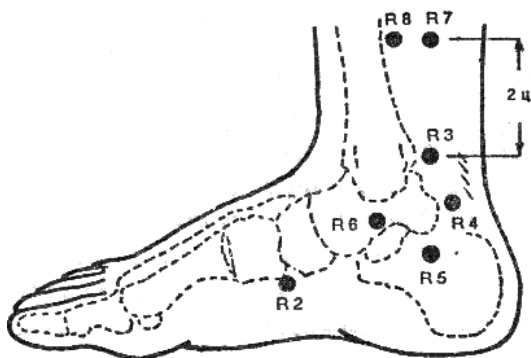


Рис. 93. R2-R8

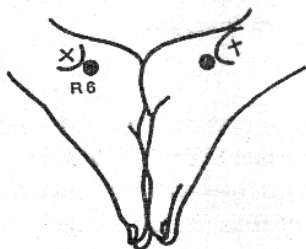


Рис. 94. R6

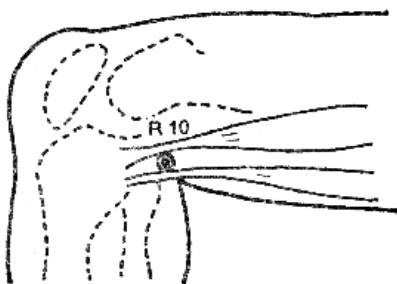


Рис. 96. R10

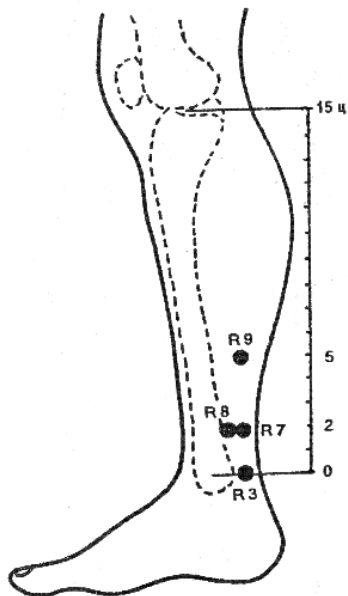


Рис. 95. R7-R9

**R 11, R 12, R 13, R 14, R 15, R 16, R 17, R 18, R 19, R 20, R 21**—  
расположены на 0,5 п.ц. латеральнее передней средней линии,  
на 1 п.ц. друг от друга (кроме R 16 и R17). R11 — на верхнем крае  
бугорка лобковой кости; R 12 — на 1; R 13 — на 2; R 14 — на 3; R

15 — на 4 п.ц. выше верхнего края лобковой кости. R 16 — на уровне пупка; R 17 — на 2; R 18 — на 3; R 19 — на 4; R 20 — на 5; R21 — на 6 п.ц. выше уровня пупка. Расстояние от верхнего края лобковой кости до пупка — 5 п.ц., от пупка до межреберного угла — 8 п.ц. (рис. 97).

**R 22, R 23, R 24, R 25, R 26, R 27**— расположены на 2 п.ц. латеральнее от средней линии груди, на одно межреберье друг от друга: R 22 — в 5-м; R 23 — в 4-м (уровень соска); R 24 — в 3-м; R 25 — во 2-м; R 26 — в 1-м межреберье; R 27 — у нижнего края ключицы. Расстояние от передней средней линии до сосковой (среднеключичной) — 4 п.ц. (рис. 97).

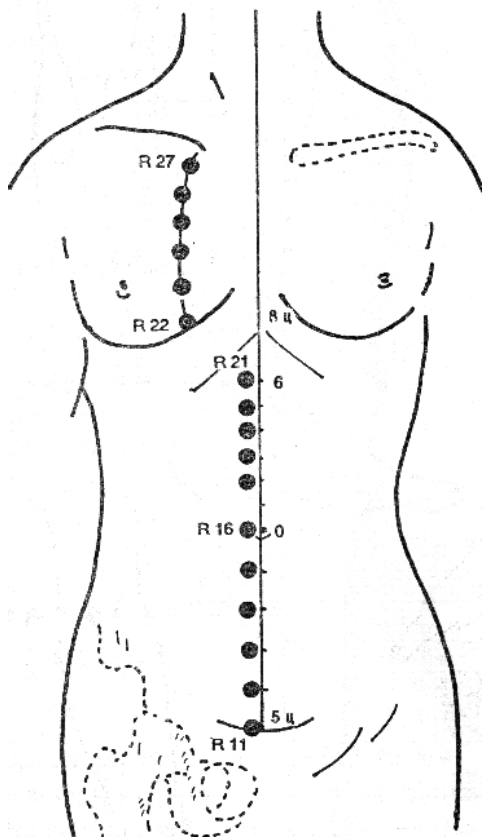


Рис. 97. R 11 — R 27

## МЕРИДИАН ПЕРИКАРДА (МС)

**МС 1**— расположена в 4-м межреберье, на 1 п.ц. латеральнее (наружу -к руке) соска. (рис. 98).

**МС 2**— на 2 п.ц. ниже верхнего конца передней подмышечной складки, между двумя головками двуглавой мышцы. Расстояние от верхнего конца передней подмышечной складки до локтевого сгиба при приведенном к туловищу плече — 9 п.ц. (рис. 99).

**МС 3**— на поперечной локтевой складке, на ульнарном крае сухожилия двуглавой мышцы. Точка определяется при слегка согнутом локтевом суставе (рис. 100, 101).

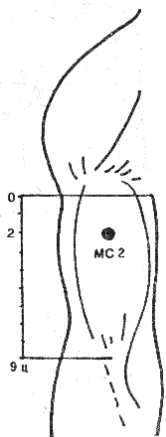


Рис. 99. МС 2

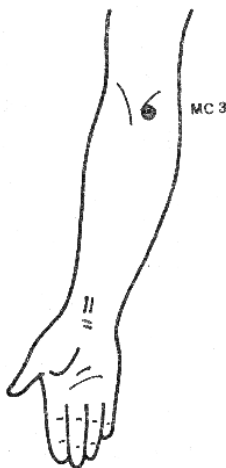


Рис. 100. МС 3

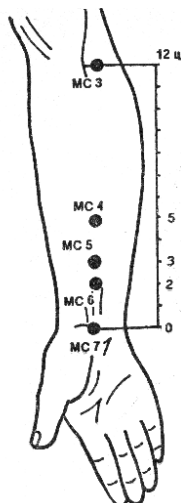


Рис. 101. МС 3 —  
МС 7

**МС 4, МС 5, МС 6, МС 7**— расположены на ладонно-срединной линии предплечья, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти: МС 4 — на 5; МС 5 — на 3; МС 6 — на 2 п.ц. выше МС 7; МС 7 — в центре поперечной складки запястья, проходящей через проксимальный край гороховидной кости, в углублении. Расстояние от поперечной локтевой складки до МС 7 — 12 п.ц. (рис. 101).



Рис. 102. MC 8

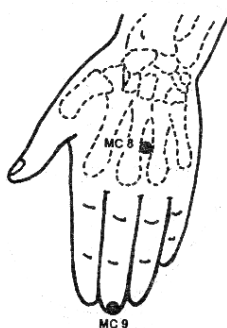


Рис. 103. MC 8  
— MC 9

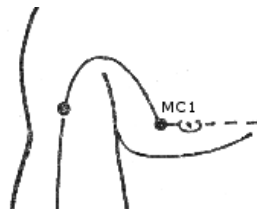


Рис. 98. MC 1

**MC 8**— на проксимальной поперечной складке ладони, на локтевой стороне 3-й пястной кости. Прием: при сжатой в кулак кисти точка расположена у локтевого края 3-го пальца, на проксимальной поперечной складке ладони ("линии головы") (рис. 102,103).

**MC 9**— расположена в центре кончика среднего пальца (рис. 103).

### МЕРИДИАН ТРЕХ ОБОГРЕВАТЕЛЕЙ (TR)

**TR 1**— на 0,1 и.с. проксимальнее ульнарного края корня ногтя 4-го пальца, на пересечении линий, проходящих вдоль ульнарного и скрытого краев ногтевого ложа (рис. 105).

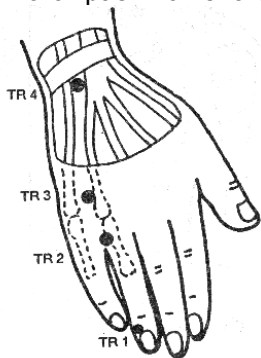


Рис. 105. TR 1 — TR 4

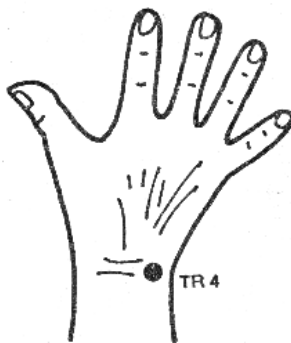


Рис. 106. TR 4

**TR 2, TR 3**—расположены между 4-м и 5-м пястно-фаланговыми сочленениями, в углублении, ближе к 4-му суставу: TR 2 — дистальнее, TR 3 — проксимальнее сустава (рис. 105).

**TR 4**— на тыльной складке лучезапястного сустава, у ульнарного края сухожилия общего разгибателя пальцев, прямо над 4-м пальцем, в углублении (рис. 105,106).

**TR 5, TR 6, TR 8, TR 9**— расположены на средней линии тыла предплечья, между лучевой и локтевой костями: TR 5 — на 2; TR 6 — на 3; TR 8 — на 4; TR 9 — на 7 п.ц. проксимально от TR 4 (рис. 107).

**TR 7**— на 1 и.ц. ульнарно от TR 6, на лучевом крае локтевой кости (рис. 107).

**TR 10**— в углублении над олекранон. Точка определяется при слегка согнутом локтевом суставе (рис. 108).

**TR 11**— на 1 п.ц. выше TR 10. Расстояние от олекранон до верхнего конца задней подмышечной складки при приведенном к туловищу плече — 9 п.ц. (рис. 108).

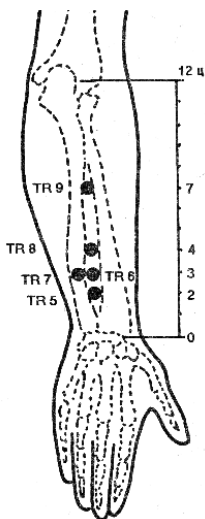


Рис. 107. TR5 — TR9

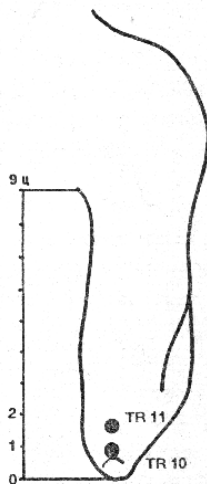


Рис. 108. TR 10 — TR 11

**TR 12, TR 13, TR 14** -определяются следующим образом: вначале определяют TR 14 — в углублении, прямо ниже и сзади акромион. При отведении плеча точка определяется в задней из двух образующихся здесь ямок. TR13 расположена на линии, соединяющей TR 14 и олекранон, на 3 п.ц. ниже TR 14, у заднего края дельтовидной мышцы, на уровне верхнего края задней складки подмышечной впадины. TR 12 — на середине линии, соединяющей TR 11 и TR 13 (рис. 109).

**TR 15**— в надостной ямке, на середине вертикали от VB 21, расположенной в области надплечья, в наиболее выступающей его части, до ости лопатки (рис. 110).

**TR 16**— у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на уровне угла нижней челюсти (рис. 111).

**TR 17**— в углублении между сосцевидным отростком и нижней челюстью, кзади от основания мочки уха (рис. 112).

**TR 18, TR 19, TR 20**— определяются следующим образом: вначале находят TR 20 — прямо над вершущкой уха; TR 18 и TR 19 расположены на кривой, соединяющей TR 17 и TR 20 (по форме завитка): TR 18 — на границе нижней и средней трети этой кривой, на уровне наружного слухового прохода; TR 19 — на середине расстояния между TR 18 и TR 20. Для нахождения вершущки уха нужно завиток уха отогнуть вперед так, чтобы ушная раковина завитком коснулась козелка. Вершущка уха располагается на самой вершине перегнутого завитка (рис. 113).

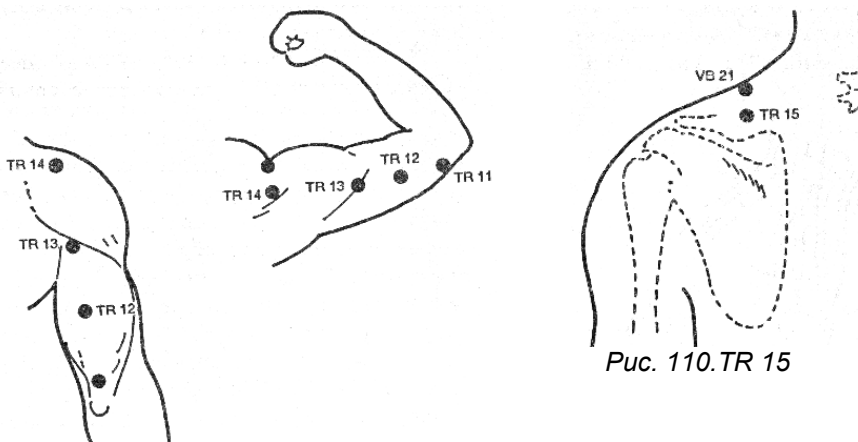


Рис. 109. TR 11 — TR 14

Рис. 110. TR 15

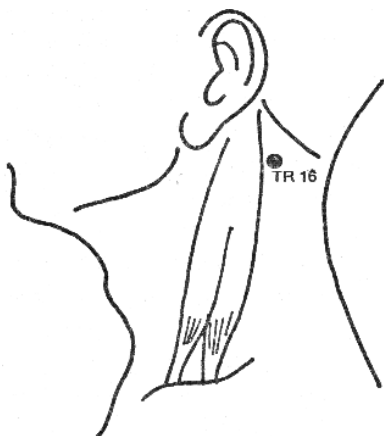


Рис. 111. TR 16



Рис. 112. TR 17

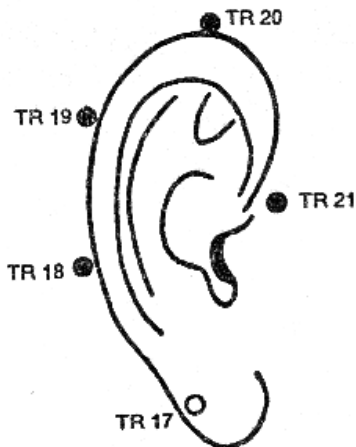


Рис. 113. TR 18—TR 21

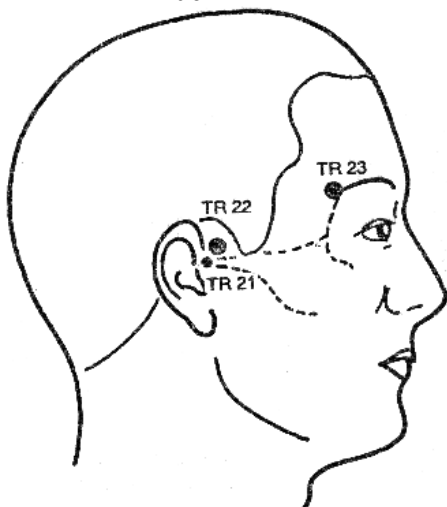


Рис. 114. TR 22 — TR 23

**TR 21**— перед передней ушной бороздкой, у заднего края сустава нижней челюсти, в углублении (рис. 113).

**TR 22**— на 1 и.ц. кпереди и выше от TR 21, в углублении выше основания скулового отростка височной кости (рис. 114).

**TR 23**— в углублении на латеральном конце надбровной дуги (рис. 114).

## МЕРИДИАН ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (VB)



**VB 1**— на 0,5 и.ц. латеральнее наружного угла глаза, в углублении на латеральном крае орбиты (рис. 116).

**VB 2**— впереди межкозелковой вырезки, прямо ниже IG 19, на заднем крае суставного отростка нижней челюсти. Точка локализуется при открытом рте (рис. 117).

**VB 3**— над верхним краем скуловой дуги, в углублении, прямо над E 7 (рис. 118).

**VB 4, VB 5, VB 6, VB 7**— определяются следующим образом: вначале определяется VB 7 — на пересечении горизонтали, проведенной через верхушку уха, и вертикали вдоль передней границы уха. От VB 7 до E 8 проводят кривую линию и делят ее на четыре равные части: VB 4 находится на границе 1-й и 2-й четверти, VB 5 — 2-й и 3-й четверти, VB 6 — 3-й и 4-й четверти этой кривой (рис. 119).

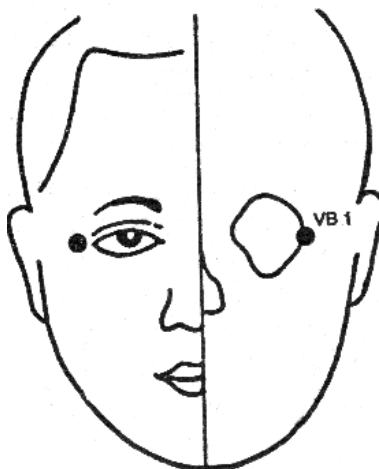


Рис. 116. VB 1

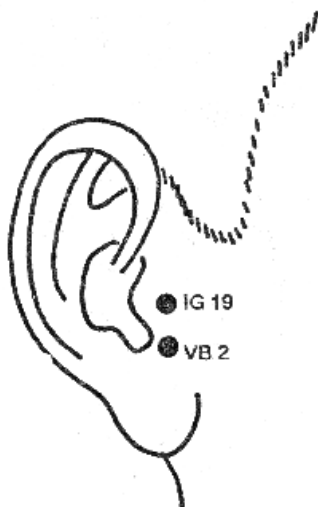


Рис. 117. VB 2

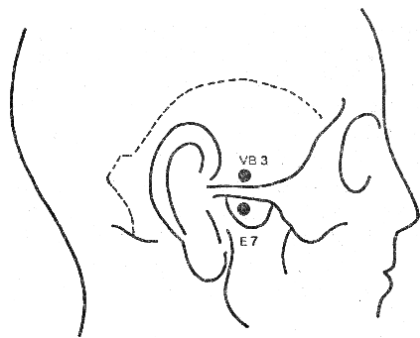


Рис. 118. VB3

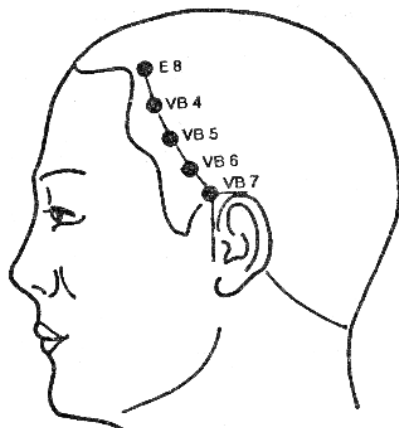


Рис. 119. VB4 — VB7

**VB 8**— на 1,5 и.ц. выше вершины уха (рис. 120, 121).

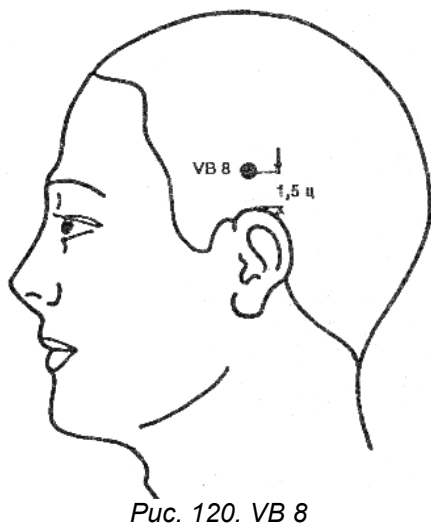


Рис. 120. VB 8

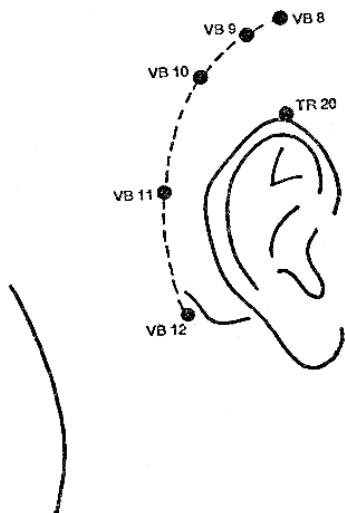


Рис. 121. VB8 — VB 12

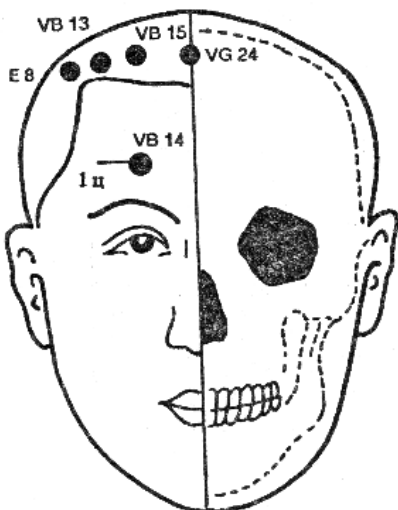


Рис.122. VB13 — VB15

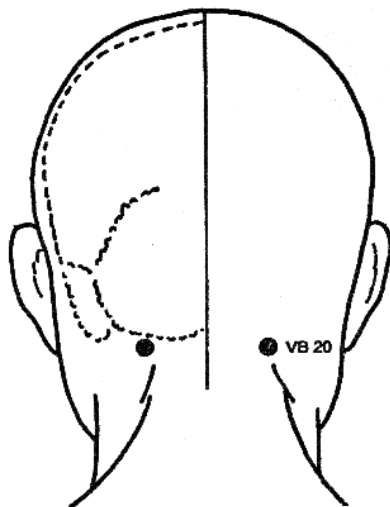


Рис. 124. VB 20

**VB 9, VB 10, VB 11, VB 12**— определяются следующим образом: вначале находят VB12 — у нижнезаднего края сосцевидного отростка, в углублении (на уровне нижнего края межкозелковой вырезки) . От VB 8 до VB 12 проводят кривую, напоминающую по форме ушную раковину. VB 9, 10, 11 находятся на этой кривой: VB 9 — на 0,5 и.ц. от VB 8; VB 10 — на 1 и.ц. ниже VB 9; VB 11 — на середине расстояния между VB 10 и VB 12 (у верхне-заднего края сосцевидного отростка (рис. 121).

**VB 13**— на уровне VG 24 и наружного угла глаза (на границе латеральной и средней трети линии, соединяющей E 8 и VG 24 (рис. 122,123).

**VB 14, VB 15, VB 16, VB 17, VB 18, VB 19, VB 20**— расположены на второй боковой линии головы, проведенной от зрачка параллельно средней линии (при прямом взгляде): VB 14 — на 1 и.ц. выше середины брови; VB 15 — на уровне VG 24 (на середине линии, соединяющей VG 24 и E 8); VB 15, VB 16, VB 17, VB 18 — на 1,5 п.ц. друг от друга; VB 19 — на уровне VG 17 (на середине расстояния между затылочным бугром и верхним краем сосцевидного отростка); **VB 20** — под затылочной костью, в углублении между трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцами (на середине расстояния между задне-

нижним краем сосцевидного отростка и задней средней линией головы) (рис. 122 — 124).

- VB 21**— чуть кпереди от середины линии, соединяющей VG 14 (под остистым отростком 7-го шейного позвонка) и акромион, на высочайшей точке надплечья (рис. 125). Прием: больной поднимает руку до горизонтального уровня, сгибает ее в локтевом суставе и кладет пальцы на трапециевидную мышцу. Точка будет находиться под кончиком 3-го пальца.
- VB 22**— на средне-подмышечной линии, на 3 п.ц. ниже верхнего края подмышечной ямки, в 4-м межреберье. Точка определяется при поднятой выше горизонтального уровня руке (рис. 126).
- VB 23**— на 1 и.ц. впереди VB 22, в 4-м межреберье (рис. 126).
- VB 24**— на сосковой (среднеключичной) линии, в 7-м межреберье (рис. 127).
- VB 26**— прямо ниже свободного конца 11-го ребра, на уровне пупка (рис. 128).
- VB 27**— впереди верхней передней ости подвздошной кости, на 3 п.ц. ниже уровня пупка (рис. 128).

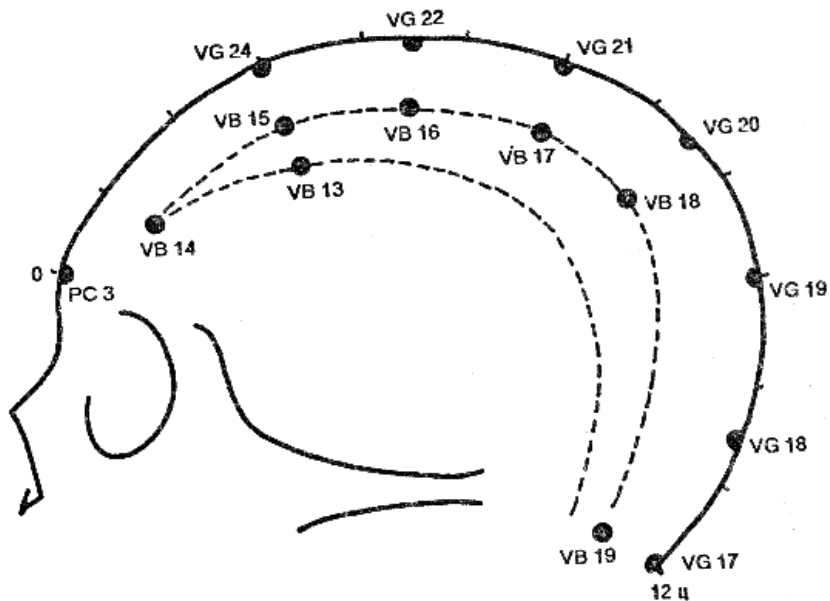


Рис. 123. VB 13 — VB 19

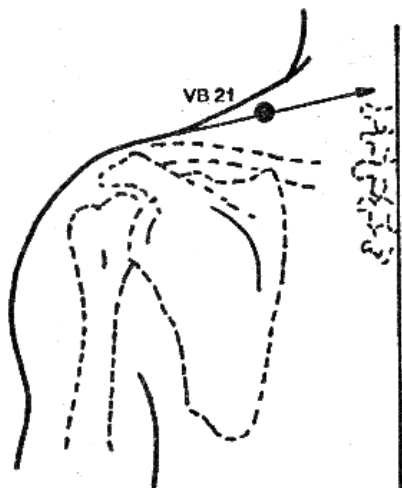


Рис. 125. VB 21

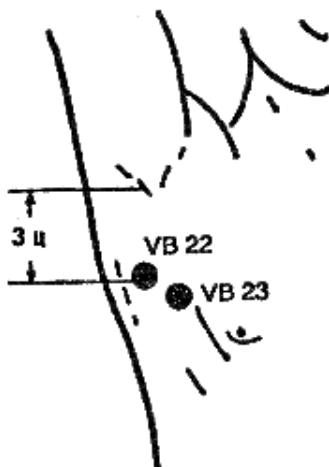


Рис. 126. VB 22 — VB 23

**VB 28**— на 0,5 и.ц. в передне-нижнем направлении от VB 27 (рис. 128).

**VB 25**— у нижнего края свободного конца 12-го ребра (рис. 128).

**VB 29**— в середине линии, соединяющей верхнюю переднюю ость подвздошной кости и большой вертел бедренной кости. Точка локализуется в положении больного лежа на боку (рис.129).

**VB 30**— на границе латеральной и средней трети расстояния от верхнего края большого вертела до сакрального отверстия (верхнего конца межягодичной складки). Точка локализуется в положении больного на боку, здесь определяется углубление (рис. 130,131).

**VB 31**— на средней линии наружной поверхности бедра, на 7 п.ц. выше уровня верхнего края надколенника. Расстояние от уровня верхнего края надколенника до большого вертела — 16 п.ц. Прием: в положении стоя, с рукой, приведенной к бедру, точка определяется у кончика 3-го пальца (рис. 132,133).

**VB 32**— на 2 п.ц. ниже VB 31. (На средней линии наружной поверхности бедра, между латеральной порцией четырехглавой мышцы и двуглавой мышцей бедра, на 7 п.ц. выше уровня подколенной складки) (рис.133).

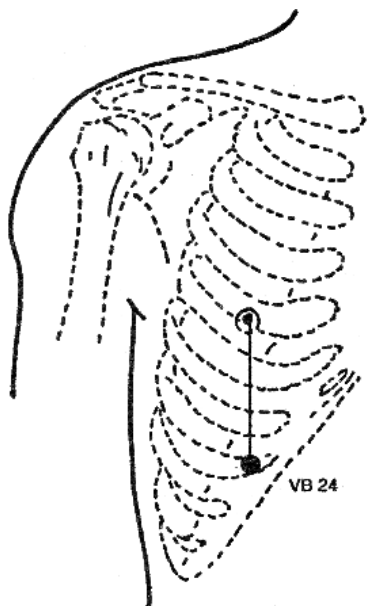


Рис. 127. VB 24

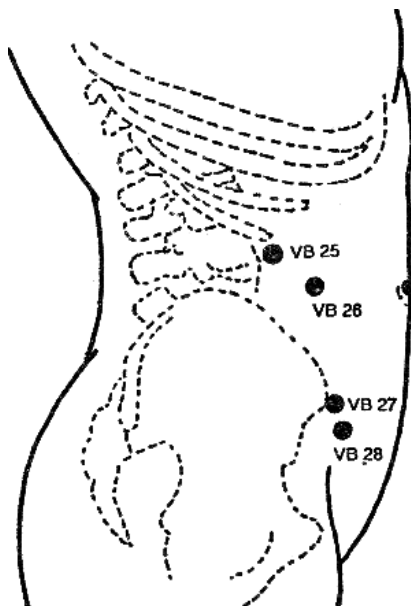


Рис. 128. VB 25 — VB 28

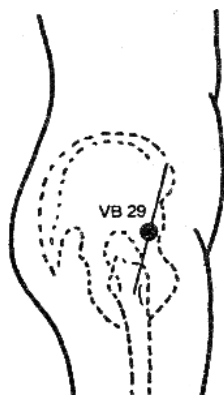


Рис. 129. VB 29

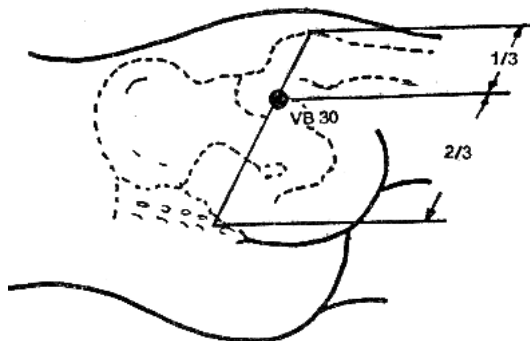


Рис. 130. VB 30

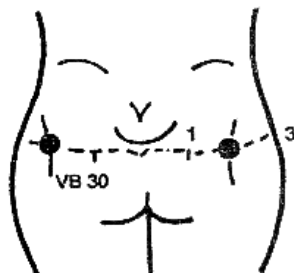


Рис. 131. VB 30

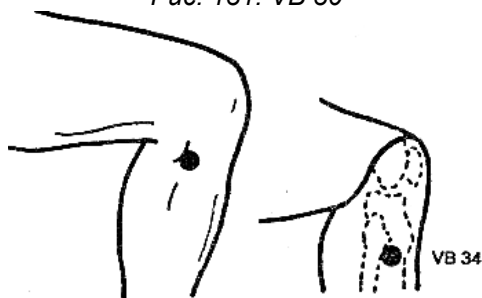


Рис. 134. VB34



Рис.132. VB31

- VB 33**— на 3 и.ц. выше VB 34, в углублении, впереди сухожилия двуглавой мышцы бедра, у верхнего края задне-наружной поверхности латерального надмыщелка бедра. Точка локализуется при слегка согнутом коленном суставе (рис. 133).
- VB 34**— в углублении, у передне-нижнего края головки малоберцовой кости, на 2 п.ц. ниже уровня нижнего края надколенника (рис. 134,135).
- VB 35**— на 7 п.ц. выше вершины латеральной лодыжки. Расстояние от вершины латеральной лодыжки до уровня подколенной складки— 16 п.ц. (рис. 135).

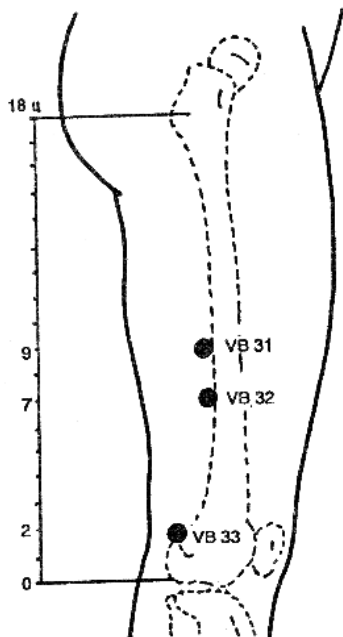


Рис. 133. VB31—VB33

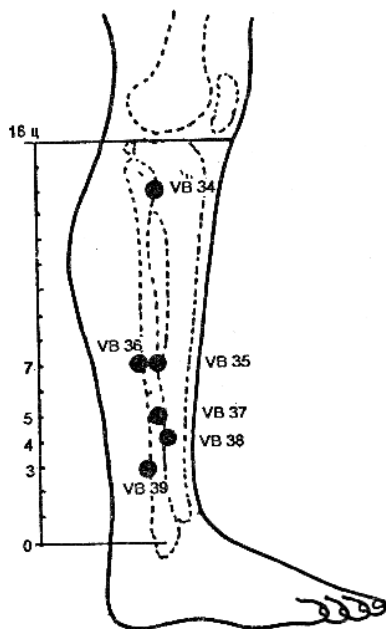


Рис. 135. VB 34 —VB39

**VB 36**— на 1 и.ц. кзади от VB 35 (рис. 135).

**VB 37; VB 38; VB 39**— расположены над латеральной лодыжкой: VB 37 — на 5; VB 38 — на 4; VB 39 — на 3 п.ц. выше верушки латеральной лодыжки, причем VB 37 — прямо над верушкой лодыжки, VB 38 — на уровне переднего, VB 39 — заднего ее края (рис. 135,136).

**VB 40**— в углублении, у передне-нижнего края наружной лодыжки (рис. 137).

**VB 41**— в задней части щели между 4-й и 5-й плюсневыми костями, на 1,5 и.ц. проксимальнее VB 43, на латеральном крае сухожилия разгибателя мизинца (рис. 137).

**VB 42, VB 43** - расположены в углублении, соответственно проксимальнее и дистальнее промежутка между 4-м и 5- м плюснефаланговыми суставами (рис. 137).



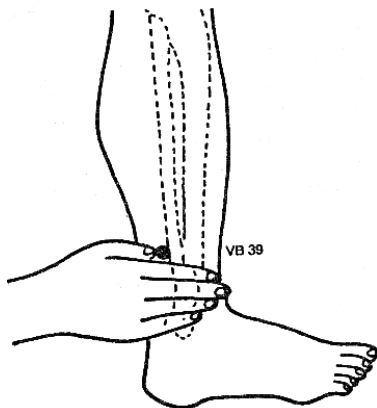


Рис. 136. VB39

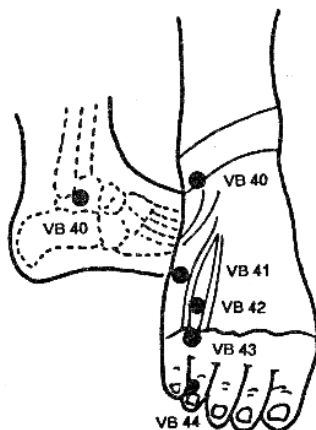


Рис. 137. VB40 — VB44

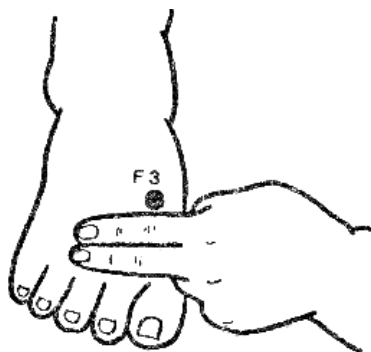
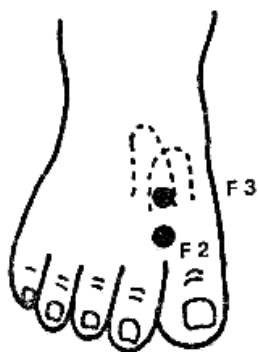
**VB 44**— расположена на 0,1 и.ц. проксимальнее латерального края корня ногтя 4-го пальца стопы, на пересечении линий, проведенных вдоль латерального и скрытого краев ногтевого ложа (рис. 137)

## МЕРИДИАН ПЕЧЕНИ (F)

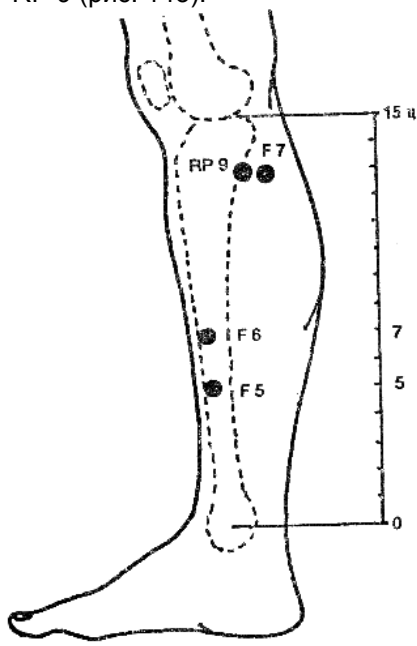
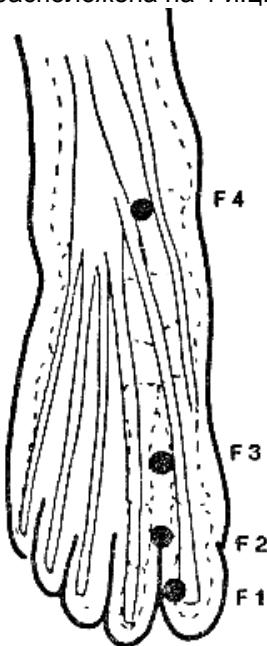
**F 1**— на 0,1 и.ц. проксимальнее латерального края корня ногтя 1-го пальца стопы, на пересечении линий, проходящих вдоль латерального и скрытого краев ногтевого ложа (рис. 139,142).

**F 2, F 3**— расположены в углублении, соответственно дистальнее и проксимальнее промежутка между 1-м и 2-м плюснефаланговыми суставами (рис. 139 — 142).

**F 4**— на медиальной стороне сухожилия разгибателя большого пальца, на одном уровне с верхушкой латеральной лодыжки, на середине расстояния между E 41 и RP 5 (рис. 142).



**F 5, F 6** — расположены над передним краем медиальной лодыжки, соответственно на 5 и 7 п.ц. выше уровня ее верхушки.  
Расстояние от верхушки внутренней лодыжки до уровня подколенной ямки — 15 п.ц. (рис. 143).  
**F 7** — расположена на 1 и.ц. кзади от RP 9 (рис. 143).



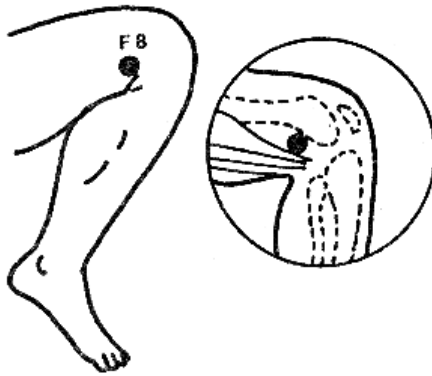


Рис. 144. F 8

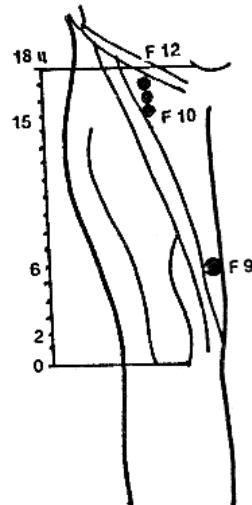


Рис. 145. F9 — F12

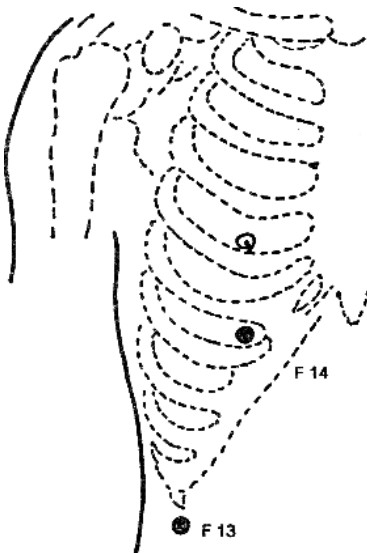


Рис. 146. F 13 — F14

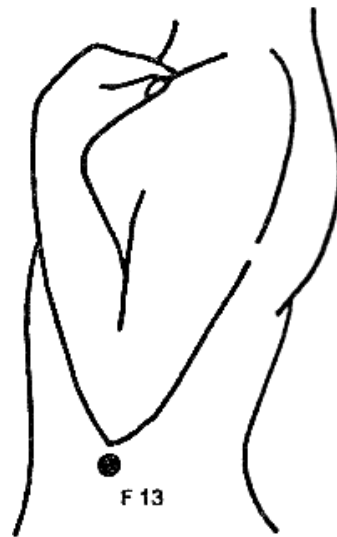


Рис. 147. F 13

**F 8**— в углублении между верхним краем медиального надмыщелка бедренной кости и сухожилием полуперепончатой мышцы (над медиальным концом поперечной подколенной складки, впереди

- сухожилия полуперепончатой мышцы). Точка определяется при согнутой в коленном суставе нижней конечности (рис. 144).
- F 9** — на 4 п.ц. выше F 8 (верхнего края надколенника или надмыщелка бедренной кости), у заднего края медиальной порции четырехглавой мышцы бедра (рис. 145).
- F 10, F 11, F 12**— определяются следующим образом: вначале определяется F 12 — на 1 п.ц. ниже верхнего края симфиза и на 2,5 и.ц. латеральнее передней средней линии. F 11 расположена на 1 и F 10 — на 2 п.ц. ниже F 12 (рис. 145).
- F 13** — на нижнем крае свободного конца 11-горebra (рис. 146, 147).
- F 14** — на сосковой (среднеключичной) линии, в 6-м межреберье (рис. 146).

### ЗАДНИЙ СРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН (VG)

- VG 1**— в середине между верхушкой копчика и анусом (рис. 149).
- VG 2**— в центре отверстия крестцового канала (рис. 149).
- VG 3, VG 4, VG5, VG 6, VG 7, VG 8, VG 9, VG 10, VG 11, VG 12, VG 13, VG 14, VG 15**— расположены в углублении, под верхушкой остистого отростка соответствующего позвонка: VG 3 — L 4, VG 4 — L 2, VG 5 — L1, VG 6—Th11, VG7 — Th10, VG 8 — Th 9, VG 9 — Th 7, VG 10 — Th 6, VG 11 — Th5, VG12—Th3, VG 13—Th1, VG14—C7, VG15 — C1 (рис. 149-152).
- VG 16**— в углублении между затылочной костью и 1-м шейным позвонком, на 1 и.ц. выше задней границы волосистой части головы (рис. 151,152).
- VG 17**— на наиболее выступающей части наружного затылочного бугра (рис. 152).
- VG 17, VG 18, VG 19, VG 20, VG 21, VG 22, VG 24**— расположены на средней линии головы, на 1,5 п.ц. друг от друга. При этом VG 20 расположена на середине расстояния между VG17 и VG 24, в середине линии, соединяющей верхушки ушей, в углублении; VG 24 — на 3 п.ц. выше PC 3 (на 0,5 п.ц. выше передней границы роста волос). Расстояние от VG 17 до PC 3 ИНЬ-ТАН — 12 п.ц. (рис. 152,153)

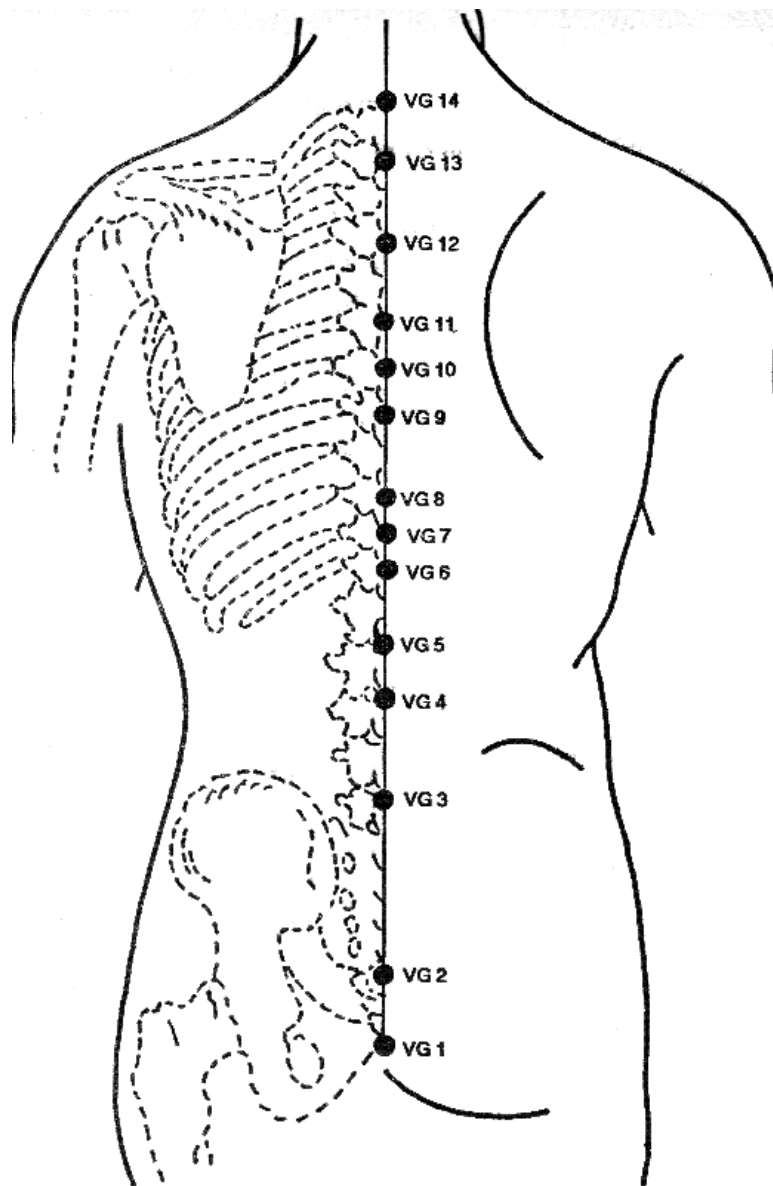


Рис. 149. VG 1 — VG 14

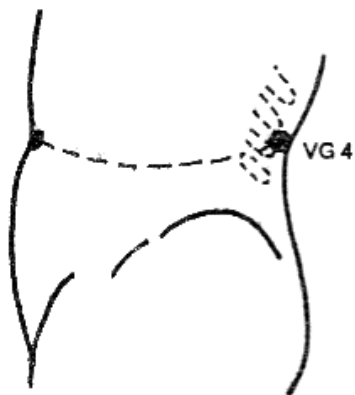


Рис. 150. VG 4

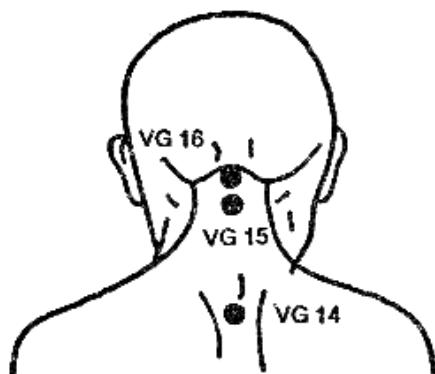


Рис. 151. VG14 — VG16.

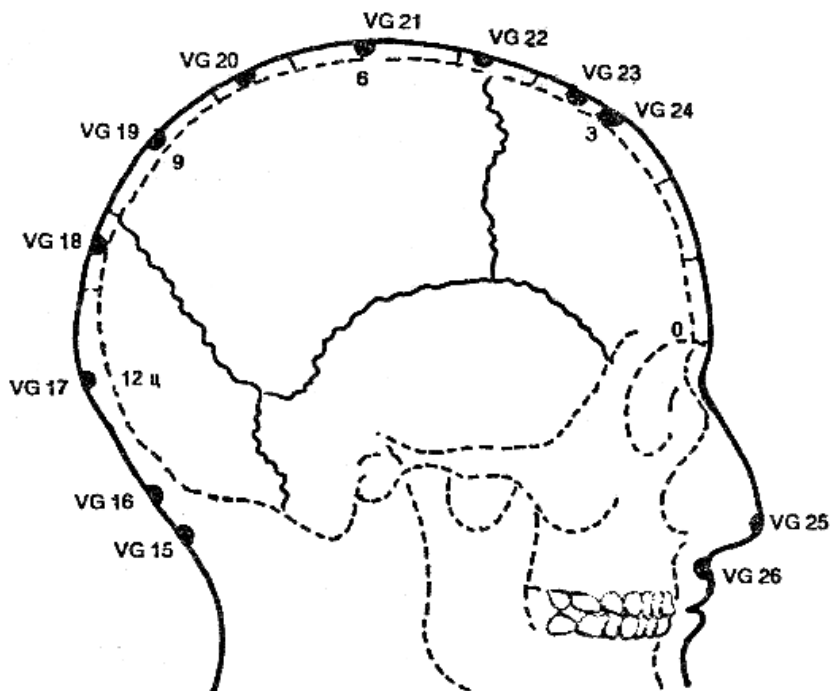


Рис. 152. VG 15 — VG 26

**VG 23** - на 0,5 п.ц. выше VG 24 (на 1 п.ц. выше передней границы роста волос) (рис. 152).

**VG 25**— на кончике носа (рис. 152,154)

**VG 26** - на границе верхней и средней трети носогубной борозды (рис. 152,154).

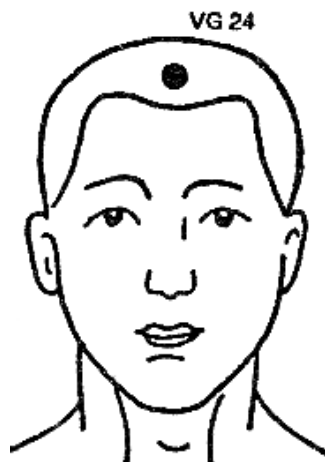


Рис. 153. VG 24

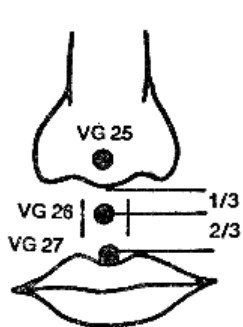


Рис. 154. VG25 —  
VG 27

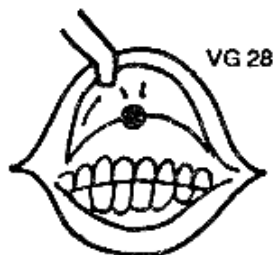


Рис. 155. VG 28

**VG 27**— в центре верхнего края верхней губы (рис. 154).

**VG 28**— между верхней губой и верхней лабиальной десной, в уздечке верхней губы. При определении точки следует поднять верхнюю губу, VG 28 расположена у лабиального конца уздечки верхней губы, слегка над промежутком между резцами (рис. 155).

## ПЕРЕДНИЙ СРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН (VC)

**VC 1**— в середине между анусом и мошонкой (у мужчин) или анусом и задней спайкой больших половых губ (у женщин).

**VC 2, VC 3, VC 4, VC 5, VC 7, VC 8, VC 9, VC 10, VC 11, VC 12, VC 13, VC 14, VC 15, VC 16** — расположены на средней линии живота, на 1 п.ц. друг от друга. При этом VC 2 — на верхнем крае лобка; VC 3 — на 1; VC4 — на 2; VC5 —на 3; VC7— на 4 п.ц. выше верхнего края лобка. VC 8 — в центре пупка; VC 9 — на 1; VC 10 — на 2; VC 11 — на 3; VC 12 — на 4; VC13 — на 5; VC 14 —на 6; VC 15 - на 7 п.ц. выше пупка; VC 16 — на верхушке подгрудинного угла. Расстояние от верхнего края симфиза до пупка — 5 п.ц., от пупка до подгрудинного угла — 8 п.ц.

**VC 6**— на 1,5 п.ц. ниже пупка

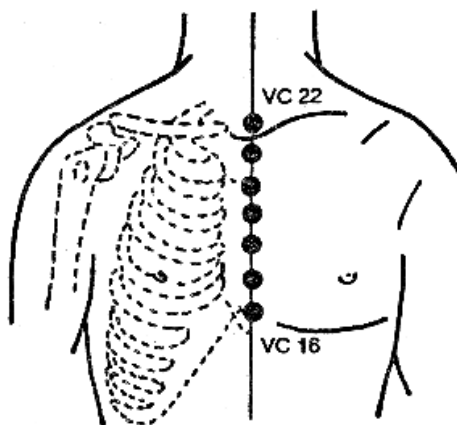


Рис. 157. VC16 — VC22

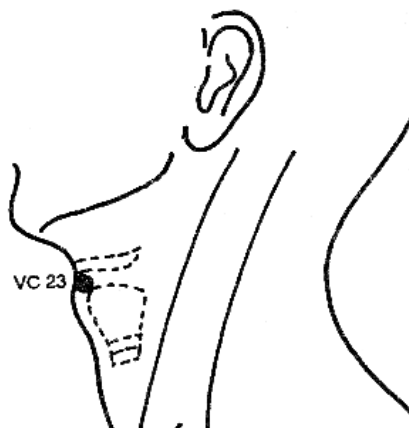


Рис. 159. VC 23

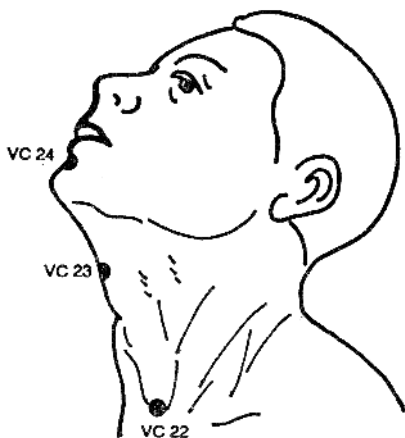


Рис. 158. VC 22 — VC24

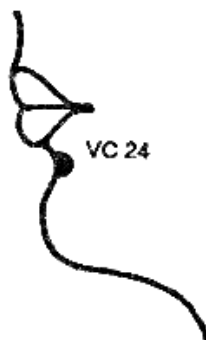


Рис. 160. VC24

**VC 17, VC 18, VC 19, VC 20, VC 21**— расположены на средней линии грудины, на расстоянии 1 межреберья друг от друга: VC 17—на уровне 4-го межреберья; VC 18 — 3-го; VC 19—2-го; VC 20 — 1-го межреберья; VC 21 — на 1 п.ц. ниже VC 22, в центре рукоятки грудины. (VC 16, 17, 18, 19, 20, 21 расположены на средней линии грудины приблизительно на 1,5 п.ц. друг от друга. Расстояние от VC 16 до VC22 — 9 п.ц.) (рис. 157).

**VC 22**— над центром яремной вырезки (рис. 157, 158).

**VC 23**— на средней линии шеи, над верхним краем щитовидного хряща, в углублении (рис. 158,159).



**VC 24**— на средней линии лица, в углублении подбородочно-губной борозды (рис. 158, 160).

## ВНЕМЕРЕДИАННЫЕ ТОЧКИ (PC)

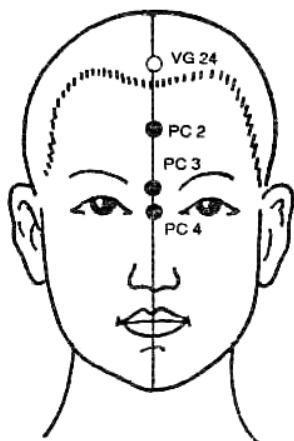


Рис.162

**PC 3**-на середине линии, соединяющей внутренни углы бровей (рис.162)

**PC 6**-в середине брови, над зрачком при прямом взгляде (рис. 163)

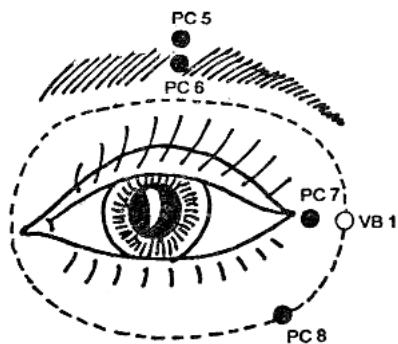


Рис. 163

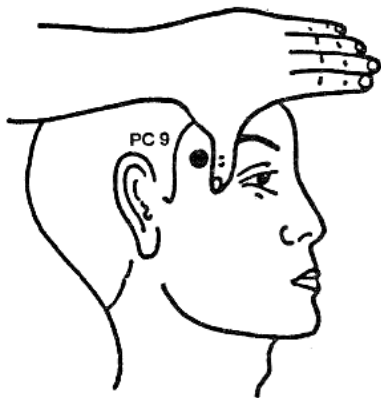


Рис. 164

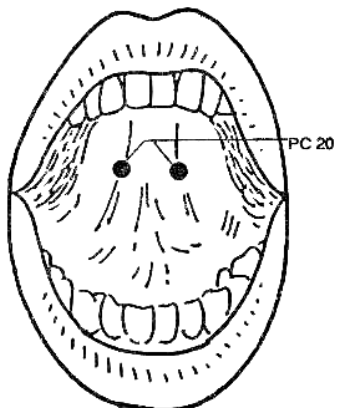
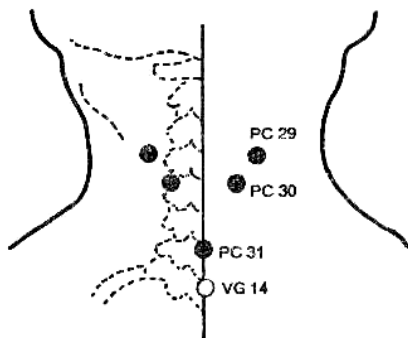


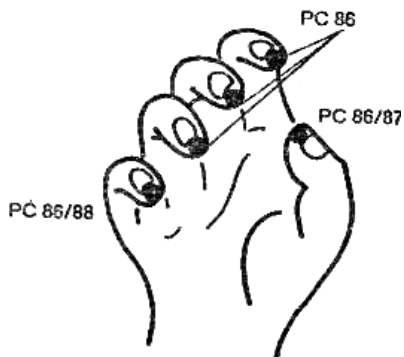
Рис. 173

**РС 9**-на 1 и.ц. кнаруже от середины расстояния между латеральным углом глаза и концом брови, в углублении (рис. 164)

**РС 20**-две точки по сторонам уздечки языка, на двух подъязычных венах (рис. 173)



*Рис. 180*



*Рис. 189*

**РС 29**-на 1,5 и.ц. латеральнее нижнего края остистого 3-го шейного позвонка (рис. 180)

**РС 31**-под остистым отростком 6-го шейного позвонка (рис. 180)

**РС 86**-10 точек в середине кончика каждого пальца руки, на 0,3 см. от свободного края ногтя (рис. 189)

**РС 156**-в середине верхнего края надколенника, в углублении. Точку отыскивают при согнутой коленном суставе ноги (рис.220, 221)

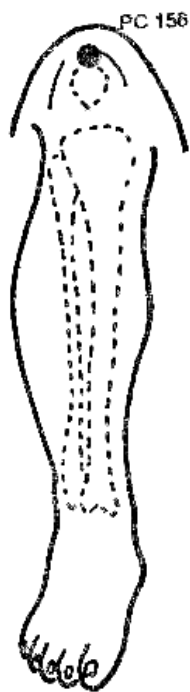


Рис.220

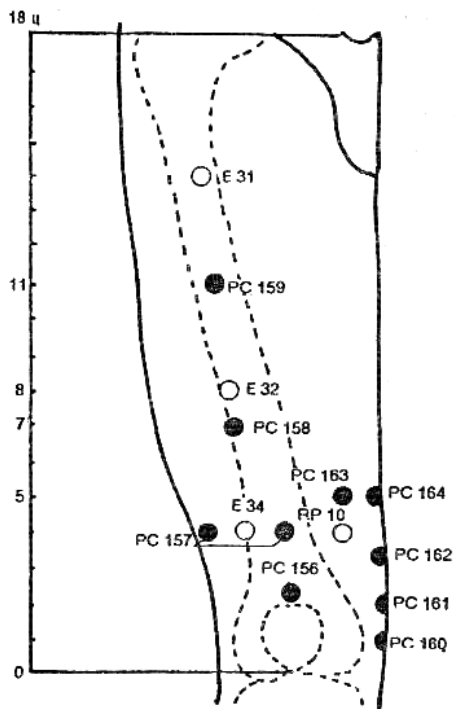


Рис.221