

Samosiuk I Z, Samosyuk N I, Chuhraev N V, Chuhraeva E N, Zukow W A. Современная технология проведения акупунктурного термочувствительного диагностического теста Kobei Akabane = Modern technology of acupuncture thermally sensitive diagnostic test Akabane Kobei. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(2):225-245. ISSN 2391-8306. DOI: [10.5281/zenodo.16100](https://doi.org/10.5281/zenodo.16100)

<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%282%29%3A225-245>

<https://pbn.nauka.gov.pl/works/546298>

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16100>

Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014  
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.

Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 20.10.2014. Revised 18.01.2015. Accepted: 25.02.2015.

## Современная технология проведения акупунктурного термочувствительного диагностического теста Kobei Akabane

### Modern technology of acupuncture thermally sensitive diagnostic test Akabane Kobei

Самосюк И. З.<sup>1</sup>, Самосюк Н. И.<sup>1</sup>, Чухраев Н. В.<sup>2</sup>, Чухраева Е. Н.<sup>1</sup>, Жуков В.А.<sup>3</sup>

Samosiuk I Z<sup>1</sup>, Samosyuk N I<sup>1</sup>, Chuhraev N V<sup>2</sup>, Chuhraeva E N<sup>1</sup>, Zukow W A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования  
имени П.Л. Шупика

<sup>2</sup>Научно-методический центр «Медицинские инновационные технологии»

<sup>3</sup>Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

<sup>1</sup>National Medical Academy of post-graduate education  
named after P. L. Shupyk

<sup>2</sup>Scientific-methodical Center "Medical innovation technologies"

<sup>3</sup>Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz

**Ключевые слова:** акупунктурный термочувствительный диагностический тест, Kobei Akabane.

**Keywords:** acupuncture thermal diagnostic test, Kobei Akabane.

#### Резюме

Использование термочувствительного теста в акупунктурной диагностике существенно облегчает правильный выбор точек воздействия.

Высокая информативность теста позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику акупунктуры.

## **Abstract**

Use of a thermal test in acupuncture diagnosis makes the right choice points. High information capacity test allows you to recommend it for wide introduction in the practice of acupuncture.

## **Введение**

Акупунктура (АП) долго не имела теоретической базы и вызывала у ряда европейских врачей негативное отношение к ее использованию (Шнорренбергер К., 1996). Однако, сейчас можно заявить, что она является методом регуляции функций организма, представляющего собой живую систему, функционирующую благодаря динамическому равновесию поступления и расхода энергии. С позиций традиционной китайской медицины (ТКМ) АП можно оценивать как технику управления гомеостазом Лиманский Ю.П., 2007).

Несмотря на многочисленные сообщения об успешном использовании АП, построенной на методологии ТКМ, ее эффективность с точки зрения доказательной медицины остается неочевидной. В этой связи АП (рефлексотерапию), трактуемую как лечебно-профилактическую систему, необходимо оценивать не только с общеклинической точки зрения, но и по параметрам периферических рефлексогенных зон (Василенко А.М., 2007). Нужно подчеркнуть, что еще в 1980 ВООЗ признало АП как научно обоснованный метод.

Акупунктура, как безопасный и эффективный метод терапии при многих, особенно хронических заболеваниях, прошедший многовековые испытания практикой и доказавший свою состоятельность, нуждается в дальнейшем распространении внедрении. В идеале любой практикующий врач должен владеть основами акупунктуры и в каждом конкретном случае самостоятельно решать вопрос о ее применении (Бондар П.Н. Выпускник Пекинского мединститута, 1961 г. в предисловии к книге И.З.Самосюк, В.П.Лысенюка «Акупунктура», 2004).

Одним из наиболее сложных вопросов современной акупунктуре является выбор необходимых точек воздействия и их сочетаний при различных заболеваниях.

По данным традиционной медицины Востока, основным в лечении является восстановление "энергетического равновесия" или равновесия инь-ян. Для этого необходимо установить пораженный меридиан (меридианы) и воздействовать на него соответствующим образом. Для этого врачи широко использовали пульсовую диагностику".

Принято считать, что исследование пульса позволяет изучить состояние органа или организма в целом и возможные нарушения, которые выражаются терминами "полнота" и "пустота" пульса".

"Полнота" гиперфункций, гиперактивность, переполнение, или избыток - появляется на лучевой артерии быстрым, обильным и твердым пульсом".

"Пустота" - гипофункция, гипоактивность, недостаток или истощение - проявляется медленным, мягким, тонким пульсом". По пульсу можно определить также "полноту" и "пустоту" ян или инь и др.

Однако этот метод, чрезвычайно сложен, требует многолетнего навыка применениями Самосюк И.З., Лысенюк В.П., 2004).

При этом возможности пульсовой диагностики нередко преувеличиваются. Данные современных исследований, в том числе институтов традиционной медицины в КНР, позволяют отметить, что характер пульса не является наиболее важным показателем в диагностике конкретных болезней, а служит лишь одним из многих критериев постановки диагноза. Даже в Китае далеко не все народные врачи, применяющие традиционные методы лечения, владеют ими в совершенстве, так как для надлежащего усвоения пульсовой диагностикой, по мнению специалистов, требуется 20 - 30 лет. Поэтому прибегают к другим методам обследования: детальному расспросу, осмотру пальпации и др., а современные врачи, применяющие акупунктуру, к современным методам обследования больных.

В отличие от западной медицины, стремящейся к установлению нозологического диагноза, в традиционной восточной медицине задача диагностики заключается в определении общего состояния человека, его функциональных возможностей, включающих функциональную систему меридианов. В настоящее время, как подчеркивали В.Г. Вогралик и М.В. Вогралик (1988), не только обоснована реальность существования «меридианов» («каналов тела» или «каналов связи»), выдвинута и развита гипотеза «системы каналов с волнообразным экстравакулярным током энергии, вызываемым преимущественно мышечными движениями», подчеркивается роль эндогенных электромагнитных полей, но и описаны нередко внешне определенные «феномены меридианов»:

- ощущения, в ряде случаев испытываемые больным по ходу проекции «пораженного меридиана»;
- линии западения кожи, иногда наблюдаемая по ходу той же проекции;
- гипералгические ощущения, испытываемые больным при прессации точек соответствующего меридиана;
- появление единичных или групповых мелких пигментных пятен, геморрагий, папул по ходу меридиана и др.

Исследования последних лет показатели, что элементы классической АП имеют материальный субстрат (Гурьнова Е.А. и соавт., 2007).

Так, точки акупунктуры (ТА) располагаются в зонах с высокой плотностью нервно-сосудистых структур и эти зоны (ТА) более чувствительны к

механическим, тепловым и другим раздражителям, чем кожа вне ТА (Fei L. Et al., 2000).

Доказано, что ТА и каналы имеют большую электрическую проводимость и потенциал, чем параллельные неканальные структуры (Lee M.S. et al., 2005).

При этом подчеркивается, что каналы действительно являются каналами связи (цзин-ло), а не просто условными линиями (меридианами). Исследование с помощью ЯМР обнаружило, что ТА V(VII)67 (BL67), показанная для стимуляции при лечении болезней глаз, создавала электрические поля и повышение метаболической активности в сенсорной области зрительной системы. Также акупрессура ТА V(VII)2 (BL2), лежащей вблизи глаз на орбите, вызывала самую высокую эмиссию тепловых биофотонов в ТА V(VII)67, расположенной на стопе (Narongpun V. Et al., 2005).

Демонстрация линии канала была получена так же инъекцией радиоактивного технеция (99 Tc) в истинную и ложную ТА (Darras J.C. et al., 1993), а также распространением света вдоль канала перикарда при аппликации света на ТА в диапазоне 350 нм (Schlebusch K.P. et al., 2005).

Эти результаты подтверждают существование акупунктурных каналов связи и совершенствуют наше понимание передачи энергии в теле человека Лиманский Ю.П. и соавт., 2007).

Как известно, современные естественные науки требуют наличия следующих условий, которым должна удовлетворять теория:

1. Точность
2. Возможность проверки
3. Объективность
4. Плодотворность (Shnorrenberger C.C., 1996).

Эти требования полностью должны быть отнесены к АП, когда требуется установление европейского акупунктурного диапазона с позицией ТКМ и объективного определения необходимых для воздействия меридианов<sup>1</sup>.

К настоящему времени известны методы диагностики функционального состояния канала, основанных на изменении некоторых физических свойств меридианов, определяемых в их репрезентативных точках. Из них наиболее широкое распространение получили методы Накатани, Брату, Подшибякина, Нечушкина, основанные на определении электрического сопротивления (или электропроводности, кожи, ЭКС). В ряде стран используется диагностика функционального состояния меридианов по методу, основному на определении потенциала ТА.

Меньшее распространение получил метод или тест Акабана, основанный на определении тепловой чувствительности в информативных точках акупунктуры.

---

<sup>1</sup> В пособии мы сохранили термин «меридианы», как более привычной для европейских врачей, хотя, правильная их трактовка – «цзин-ло» - жизненные каналы (каналы связи), что подчеркивает объективное наличие таких связей, а не просто как условных линий для систематизации ТА.

## Метод Акабана

### Краткая история метода и варианты его проведения

В 1952 г. японский врач Коуэи Акабана (К.Акабана) использовал горячие ножные ванны для собственного лечения правостороннего тонзиллита. В один из дней лечения, он заметил, что медиальная поверхность мизинца правой ноги реагирует на горячую воду значительно меньше, чем остальные пальцы, в том числе мизинце левой ноги. После выздоровления чувствительность нормализовалась симметрично. Связав это явление с представлением традиционной восточной медицины о том, что на внутренней стороне мизинца ноги начинается свой ход канал почек, заканчивающийся в корне языка и миндалинах, Акабана предположил, что патология какого-либо органа ведет к изменению физических свойств соответствующего меридиана. Это выражается в изменении теплочувствительности его концевых точек, преимущественно с больной стороны, и создает асимметрию термочувствительности правой и левой его ветвей, или разницы в термочувствительности между меридианами в целом. В дальнейшем К.Акабана сконструировал специальную ручку, в которую он вставил «жертвенную палочку» и ее зажженным концом равномерно (два раза в секунду) «клевал» над кожей в области корня ногтя пальцев рук и ног (дистальные, или начальные и конечные точки) меридианов.

При обследовании таким способом пациенты в месте нагревания сначала чувствовали нарастающее тепло, сменявшееся через некоторое время внезапным ощущением жжения. Этот период обычно был настолько неожиданным, что пациенты непроизвольно отдергивали руку или ногу. Число движений палочки подсчитывалось с начала нагревания до момента ощущения жжения отдельно по всем 24 точкам /12 - справа и 12 - слева/. Временные показатели сравнивали по отдельным меридианам и между правой и левой стороной идентичных каналов. Лечебному воздействию, по мнению К.Акабана, должен подвергаться меридиан с наиболее выраженной гипалгией, т.е. наиболее низкой тепловой чувствительностью.

Распространению метода К.Акабана определенное время препятствовало отсутствие в Европе «жертвенных палочек» сравнительно медленно тлеющих и дающих равномерное тепло, напоминающих горение полынной сигареты.

Чешский врач V.Kajdoš (В.Кайдош) (1976) одним из первых подметил это сходство и предложил пользоваться гораздо более доступными полынными сигаретами, непрерывно прогревал ими соответствующие точки с воздушным зазором в 1 см и определяя секундомером время возникновения ощущения жжения.

Предложенный тест К.Акабана как в авторской методике, так и в модификации В.Кайдоша имеет существенные технические недостатки в их проведении. В частности, полынная сигарета, как и «жертвенная палочка», может разгораться больше или меньше, излучая, тем самым, тепло с разницей

температуры более 10°. Кроме того, чрезвычайно трудно удержать данные источники тепла на одинаковом расстоянии от точки нагревания (1 см). Не случайно информативность методики в данном техническом исполнении сравнительно невысокая и может быть оценена при расхождении во времени реакции более чем вдвое (В.Г. Вогралик, М.Б. Вогралик, 1988).

Джимбаев А.А. (1990) проводил акупунктурную диагностику с использованием теста Акабана у практически здоровых испытуемых, у больных острым инфарктом миокарда, острым панкреотитом и др. Им была применена методика дистанционного прогревания ТА электронагревательным прибором, работающим от сети 220 В, минимальная температура нагрева спирали (+200°C). Нагревание ТА проводилось на расстоянии 1 см. Автор анализируя результаты проведенных исследований у 383 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости и инфарктом миокарда, а также у 45 здоровых испытуемых приходит к следующим выводам. Статистический анализ результатов с использованием примененной методики не дает возможности выявить каких-либо закономерностей термосимметрии меридианов при указанной патологии. Вероятно, подчеркивает автор, это связано с метрологическими недостатками приборного обеспечения теста Акабана: непостоянство температуры на излучателе прибора, трудно контролируемое расстояние между источником тепла и тестируемой ТА. Следовательно, технология проведения теста Акабана нуждается в усовершенствовании подчеркивается в выводах диссертационной работы Джиймбаева А.А.

Нами разработан прибор, позволяющий избежать данных недостатков. Это достигается использованием термоустройств с регулируемой в заданных параметрах температурой от 40 до 80° С. Для получения регулируемой температуры используют специальные термодатчики, подвергающиеся быстрому нагреванию и быстрому охлаждению. Величина отклонения от заданной температуры не превышает 3%, что вполне допустимо в подобных исследованиях. Тепловое воздействие проводится с помощью инфракрасного импульсного излучения (10 Гц) с длиной волны 940 нм. Диаметр термодатчика составляет 3 мм, что сопоставимо с диаметром акупунктурных точек. Сравнительно невысокая температура термодатчика позволяет проводить тест Акабана контактным способом, то есть непосредственным приложением датчика к исследуемой точке. Для достижения одинаковой силы надавливания датчика на кожу, от чего также зависит время появления чувства жжения, он подпружинен и при нажатии, на кожу погружается до уровня теплоизоляционной трубки. Последняя служит ограничителем дальнейшего погружения датчика и своеобразным опорным элементом. Подобное устройство обеспечивает стандартную силу давления термодатчика на кожу.

Для проведения теста Акабана, как подчеркивалось выше, используются дистальные точки на кистях и стопах, являющиеся репрезентативными в определении функционального состояния конкретного канала (рис. 1).

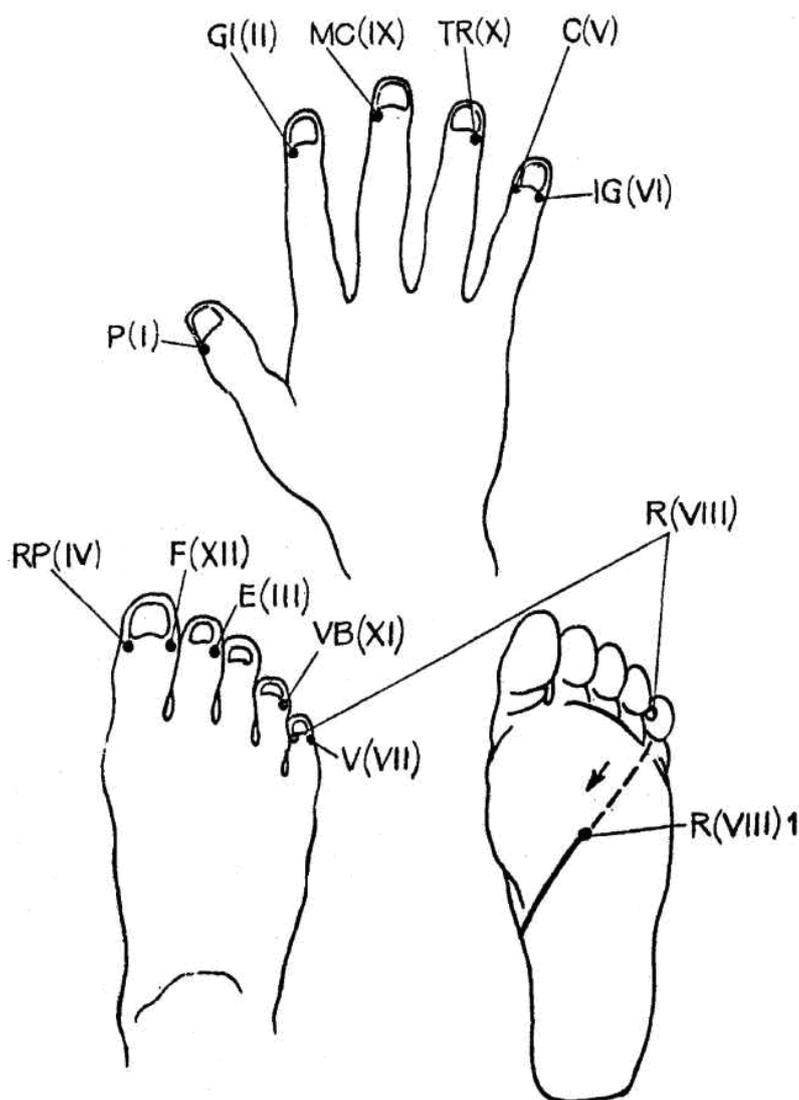


Рис. 1. Акупунктурные точки, используемые для определения термочувствительности в методике Акабанае.

Данные диагностические точки располагаются непосредственно на меридианах, функциональное состояние которых они определяют. Например, точка P/II/II (шао-шан) располагается на канале легкого и используется в тесте Акабанае для диагностики этого канала, точка GI/II/I (шан-ян) располагается на канале толстой кишки и используется в диагностике его заболеваний и т.д. Имеется II таких меридианальных точек (всего 22 с двух сторон) и одна точка для диагностики функции меридиана почек, не относящаяся к классическим, но, по данным традиционной восточной медицины, в этой зоне (медиальная поверхность мизинца - у ногтевого ложа) начинается канал почек. Данная зона используется также в акупунктурной диагностике по методу Р.Фолля для определения функции почек. Термочувствительность этой точки при контрольных замерах у больных и здоровых лиц не отличается от таковой в точке R/УШ/I (юн-цюань). Следовательно, в тесте Акабанае на верхних

конечностях функции ручных ян-каналов определяется по начальным их точкам, а инь-каналов - по конечным; на нижних конечностях функция инь-каналов определяется по начальным, а ян-каналов - по конечным их точкам.

Ниже приводятся акупунктурные точки, используемые при проведении теста Акабане с описанием их топографии, техники классической акупунктуры и показаний для их использования.

Топография акупунктурных точек, используемых в тесте Акабане  
P/II/II (шао-шан)

Используется для определения функционального состояния меридиана легких.  
Топография: на дистальной фаланге I пальца кисти, на 3 мм в лучевую сторону от корня ногтя; здесь расположены анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, тыльная венозная пальцевая сеть, ветви собственного ладонного пальцевого и тыльного пальцевого нерва.

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена /дистантное воздействие до 5 мин/.

Показания: кашель, заболевания полости рта, глотки и гортани, головная боль, головокружение, нарушение сна, боль в области груди и спины, неотложная помощь.

GI/III/I (шан-ян)

Используется для определения функционального состояния меридиана толстой кишки.

Топография: на дистальной фаланге II пальца кисти, примерно на 3 мм в лучевую сторону от корня ногтя; здесь проходят анастомозы собственной ладонной пальцевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы срединного нерва.

Техника: такая же, как при воздействии на точку P/II/II (шао-шан); продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания полости рта, глотки, органов дыхания, зубная боль, шум в ушах, снижение слуха, неотложная помощь.

MC/IX/9 (чжун-чун)

Используется для определения функционального состояния меридиана перикарда.

Топография: на дистальной фаланге III пальца кисти, примерно на 3 мм кнаружи от лучевого края корня ногтя; здесь проходят анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв, отходящий от срединного нерва.

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: неотложная помощь, нарушения мозгового кровообращения, заболевания сердца, астенические состояния.

#### TR/X/I (гуань-чун)

Используется для определения функционального состояния меридиана трех полостей туловища.

Топография: примерно на 3 мм кнутри (в локтевую сторону) от корня ногтя IV пальца кисти; здесь находятся анастомозы собственной ладонной пальцевой артерии - ветви локтевой артерии, тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы локтевого нерва.

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: тошнота, понижение аппетита, диспепсия у детей, головная боль, боль в области верхних конечностей, вокруг ушной раковины, депрессивные состояния, неотложная помощь.

#### C/Y/9 (шао-чун)

Используется для определения функционального состояния меридиана сердца.

Топография: на дистальной фаланге V пальца, примерно на 3 мм в лучевую сторону от корня ногтя; здесь находятся анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий, ладонный пальцевые вены, тыльная венозная сеть кисти, ветви собственного ладонного пальцевого нерва, относящиеся к системе локтевого нерва.

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания сердца, депрессия, тревожное состояние, нарушения мозгового кровообращения, потеря сознания, межреберная невралгия, боль в области предплечья и судороги мышц верхних конечностей.

#### IS/Y/I (шао-цзэ)

Используется для определения функционального состояния меридиана тонкой кишки.

Топография: на дистальной фаланге V пальца кисти, на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь расположены анастомозы собственных ладонных пальцевых артерий (ветви локтевой артерии), тыльная венозная сеть кисти, ладонные пальцевые вены, собственный ладонный пальцевой нерв из системы локтевого нерва.

Техника: укол наклонный или почти горизонтальный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: функциональные заболевания, сердца, кашель, тонзиллит, головная боль, напряжение мышц затылка, боль в области предплечья, гипогалактия, неотложная помощь, пищевые отравления.

#### КР/У/1 (инь-бай)

Используется для определения функционального состояния меридиана селезёнки поджелудочной железы.

Топография: на тыльной стороне дистальной фаланги пальца стопы, примерно на 3 мм кнутри от корня ногтя; здесь расположены артериальная и венозная сети, образованные тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв, отходящий от поверхностного малоберцового нерва.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термпунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания кишок, мочеполовых органов, психические нарушения, судороги у детей, неотложная помощь. Во время беременности воздействие на точку противопоказано.

#### Р/ХII/1 (да-дунь)

Используется для определения функционального состояния меридиана печени.

Топография: на тыльной стороне дистальной фаланги I пальца стопы, около 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь находятся артериальная и венозная сеть, образованная тыльными пальцевыми артериями и венами стопы, тыльный пальцевой нерв, отходящий от глубокого малоберцового нерва.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термпунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: диспепсические явления, в частности метеоризм, запор, заболевания мочеполового аппарата.

#### Е/III/45 (ли-дуй)

Используется для определения функционального состояния меридиана желудка.

Топография: на дистальной фаланге II пальца стопы, на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь находятся артериальная и венозная сети, образованные тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв стопы.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термпунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: диспепсические явления, в частности метеоризм, анорексия, заболевания полости рта, носовое кровотечение, головная боль, психические расстройства, боль в нижних конечностях и паховой области.

#### УВ/ХI/44 (цзу-цяо-инь)

Используется для определения функционального состояния меридиана желчного пузыря.

Топография: на дистальной фаланге IV пальца стопы, примерно на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь проходят артериальная и венозная сеть,

обрадованная тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв стопы.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: головная боль, нарушения мозгового кровообращения, заболевания сердца и органов дыхания, икота, боль в подреберье, шум в ушах, снижение слуха, неотложная помощь.

#### R/YII/O

Для определения функционального состояния почек используется зона, не относящаяся к классическим акупунктурным точкам. Нами условно она обозначена как "O", R/YII/O. В этой зоне начинается меридиан почек, получающий энергию из меридиана мочевого пузыря. Точка R/YIII/O.

Топография: на дистальной фаланге У пальца стопы с медиальной стороны, около 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии и собственной подошвенной пальцевой: артерии, тыльных пальцевых вен стопы, тыльный пальцевой нерв стопы.

Топография: на дистальной фаланге II пальца стопы, на 3 мм кнаружи от корня ногтя; здесь находятся артериальная и венозная сети, образованные тыльными пальцевыми артериями и венами, тыльный пальцевой нерв стопы.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: нарушения мочеиспускания/ заболевания глотки, гортани, сердцебиение, головокружение, судороги у детей, неотложная помощь.

#### У/УII/67 /чжи-инь/

Используется для определения функционального, состояния меридиана мочевого пузыря.

Топография: около 3 мм кнаружи от корня ногтя У пальца стопы; здесь проходят ветви тыльной пальцевой артерии и собственной подошвенной пальцевой артерии, тыльных пальцевых вен стопы, латерального тыльного кожного нерва, а также собственного подошвенного пальцевого нерва.

Техника: укол наклонный, глубина введения иглы 3 мм; продолжительность термопунктуры ограничена (дистантное воздействие до 5 мин).

Показания: заболевания мочеполового аппарата, головная боль, головокружение, заболевания глаз, носа, поражение суставов нижней конечности.

Таким образом, данные по показаниям для использования приведенных точек свидетельствуют об их определенной специфичности в зависимости от принадлежности к тому или другому каналу. Вместе с этим, они имеют много общих показаний - депрессивные и астенические состояния, оказание скорой помощи, фурункулез и

Указанные точки, независимо от их нумерации на канале, в классической акупунктуре относятся к античным точкам (у-шу) (коренным точкам), подгруппе шу I. Именно из точки шу I «как вода из источника, течет энергия в меридиан», то есть этим точкам придается решающее значение в передаче энергии из одного меридиана в другой. Вероятно, значимость данных точек в практике акупунктуры объясняется их расположением в наиболее функционально дифференцированных частях человеческого тела (пальцы кистей и стоп), имеющих массивное корковое «представительство» и наибольшую плотность рецепторов в этих зонах. Термочувствительность этих зон, как показали наши исследования, является также одной из наиболее дифференцированных. Не до конца понятной пока остается причина различной термочувствительности точек разных меридианов при большинстве заболеваний. Частично это, по-видимому, объясняется особенностями иннервации и кровоснабжения акупунктурных зон и, вероятно, подтверждает теоретические концепции народных врачей Востока о жизненных каналах.

## **2.0. Методика проведения акупунктурного термочувствительного диагностического теста**

Обследование пациента необходимо проводить в комфортных условиях, горизонтальном положении (лежа), в состоянии физического и психического покоя. За несколько минут до исследования включают аппарат для достижения необходимой температуры. Исследований рекомендуется начинать с установления температуры датчика на 70°C. По достижении этой температуры исследователь первоначально на себе испытывает появление ощущений (чувства жжения) в одной-двух точках. Затем начинается непосредственное обследование пациента. Для этого нужен секундомер или электрический хронометр. Регистрацию времени (с) желательно выполнять самому больному, что обеспечивает более точные измерения, так как нет потерь времени на словесные команды. Таким образом, в момент приложения к исследуемой зоне термодатчика одновременно включают секундомер или хронометр, который останавливают в момент появления чувства резкого жжения в воздействуемой зоне. Важным представляется также разъяснение пациенту необходимости остановки хронометра при одинаковых ощущениях в каждой обследуемой зоне. В противном случае (без разъяснения) пациент начинает терпеть (сколько выдержу), и показатели времени будут увеличиваться по мере исследования. Еще одно замечание по методике проведения теста Акабана. Если при обследовании пациента с воздействием термодатчиком температурой 70 отмечается появление чувства жжения через 5-6 с, то необходимо понизить температуру датчика до 65°. Оптимальным для объективного тестирования является наступление чувства жжения в обследуемой зоне в течение 10-12 с. Слишком короткое время до появления чувства жжения уменьшает разброс показателей времени и снижает информативность теста. Нежелательно также появление чувства жжения в тестируемых зонах через 30-40 с, так как это

затягивает обследование, пациент становится невнимательным и др. В этой связи обследование пациента начинают с контрольных замещений в точке передне-срединного меридиана I/XIU/ 24 (чэн-цзян), позволяющей быстро подобрать необходимую температуру датчика", при которой появляется чувство жжения через 10-12 с. Для проведения теста Акабана контактным способом оптимальной является температура датчика  $70^{\circ} \pm 5^{\circ}$  ( $P < 0,05$ ) в инфракрасном диапазоне (длина волны 940 нм) и импульсном (10 Гц) режиме.

Понятно, что во время обследования больных в определенных зонах время появления чувства жжения может быть очень коротким (2-3 с) или довольно продолжительным (более 1-2 мин) при соблюдении вышеуказанных условий. Однако эти данные будут характеризовать определенные функциональные изменения в системе меридианов.

Дальше проводится сравнительное определение изменений термочувствительности в вышеуказанных точках с занесением в специальные карты (карта I).

Карта I

Т<sup>0</sup> помещение \_\_\_\_\_; Относительная  
влажность \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_; Возраст \_\_\_\_\_;

Пол \_\_\_\_\_ (м/ж)

Т<sup>0</sup> пациента \_\_\_\_\_; Время исследов. \_\_\_\_\_; ИБ  
№ \_\_\_\_\_;

Т<sup>0</sup> датчика \_\_\_\_\_;

Диагноз  
клинический \_\_\_\_\_;

Меридианы		P I	GI II	MC IX	TR X	C V	IGI VI	RP IV	F XII	E III	VB XI	R VIII	V VII
Время появления чувства жжения, с	Справа												
	Слева												

Занесение показателей в данную карту дает общее представление о термочувствительности в обследованных зонах; возможно сравнение показателей справа и слева, а также между отдельными меридианами. Повышение термочувствительности, то есть уменьшение времени до появления чувства жжения, свидетельствует о гиперфункции функциональной системы или энергетическом избытке в соответствующем меридиане. Подобные изменения сопоставимы с понижением ЭКС или высоким электрическим потенциалом. Понижение термочувствительности, то есть увеличение времени до появления чувства жжения, свидетельствует о

гипофункции функциональной системы или энергетической недостаточности в соответствующем меридиане.

Применяя длительное время при обследовании больных и здоровых лиц контактный метод определения термочувствительности с фиксированной температурой, мы смогли отметить, что у здоровых пациентов отклонения времени появления чувства жжения в отдельных меридиальных точках сравнительно со среднеарифметическими данными измерений во всех 24 точках составили  $\pm 3$  с. Эти факты позволили нам создать специальную карту (карта), в которой подобно карте Риодораку определен физиологический коридор, составляющий для здоровых пациентов  $\pm 3$  с, то есть общая ширина коридора составляет 6 с. Другими словами, появление чувства жжения по времени с отклонением в сторону его увеличения или уменьшения не превышает 3с от среднего показателя по всем измеряемым точкам у здоровых лиц. У больных размах крайних показателей может исчисляться десятками секунд.

Таким образом, после измерения временных показателей термочувствительности результаты суммируются, сумма делится на 24 (общее количество тестируемых точек) и получается некая средняя величина, которую откладывают в двух крайних графах карты и соединяют горизонтальной линией. Затем проводят две параллельные линии выше и ниже средней линии на расстоянии 3 с (по временному интервалу). Получается физиологический коридор, за пределы которого показатели замеров у здоровых лиц, как правило, не выходят. У больных отмечается значительный разброс показателей за границы данного коридора. Если временные показатели соответствующего меридиана находятся выше коридора, то он находится в состоянии недостаточности, а если ниже, то в состоянии избыточности.

Другими словами, если у больного отмечают гиперчувствительность к температурному воздействию, то времени для появления чувства жжения потребуется меньше, чем при гипочувствительности. В первом случае это расценивается как энергетическая избыточность функциональной системы, во втором - как недостаточность.

Представленная карта разработана на основе обследования 150 практически здоровых людей в возрастном диапазоне от 30 до 40 лет. После статистической обработки определенной физиологический коридор допустимых колебаний термочувствительности с индивидуально подобранной термодатчика. Другие пояснения в тексте.

При исследовании термочувствительности у некоторых пациентов возникают затруднения в ее проведении (травмы нервных стволов, полинейропатия, сириегомиелия и другие заболевания нервной системы с нарушением чувствительности, некоторые кожные заболевания, психические нарушения и др.). В большинстве случаев проверка термочувствительности не вызывает каких-либо затруднений.

Карта Акабане

T<sup>0</sup> помещение \_\_\_\_\_; Относительная влажность \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_; Возраст \_\_\_\_\_; Пол \_\_\_\_\_ (м/ж)  
 T<sup>0</sup> пациента \_\_\_\_\_; Время исследов. \_\_\_\_\_;  
 ИБ № \_\_\_\_\_; T<sup>0</sup> датчика \_\_\_\_\_;  
 Диагноз \_\_\_\_\_;

	P (I)		GI (II)		MC (IX)		TR (X)		C (V)		IG (VI)		RP (IV)		F (XII)		E (III)		VB (XI)		R (VIII)		V (VII)			
	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S	D	S		
52																									52	
50																										50
48																										48
46																										46
44																										44
42																										42
40																										40
38																										38
36																										36
34																										34
32																										32
30																										30
28																										28
26																										26
22																										22
20																										20
18																										18
16																										16
14																										14
12																										12
10																										10
8																										8
6																										6
4																										4
2																										2

Представленная карта разработана на основе обследования 150 практически здоровых людей в возрастном диапазоне от 30 до 40 лет. После статистической обработки определенной физиологический коридор допустимых колебаний термочувствительности с индивидуально подобранной термодатчика. Другие пояснения в тексте.

При исследовании термочувствительности у некоторых пациентов возникают затруднения в ее проведении (травмы нервных стволов, полинейропатия, сириегомиелия и другие заболевания нервной системы с нарушением чувствительности, некоторые кожные заболевания, психические нарушения и др.). В большинстве случаев проверка термочувствительности не вызывает каких-либо затруднений.

Следует отметить, высокую стабильность и повторяемость результатов исследования термочувствительности как у практически здоровых лиц, так и у больных.

Стабильность и информативность термочувствительного теста объясняется высокой организованностью температурного анализатора человека и высших животных, имеющего значение не только в "повседневном общении" с внешней средой, но и сыгравшем определенную роль в эволюции животного мира. Физиологический смысл высокой чувствительности терморепцепторов, реагирующих на сотые доли градуса, вполне понятен - предохранение его от повреждающих температурных факторов. При сравнении контактного теста Акабана с методикой Накатани можно отметить, что их информативность близка друг другу с некоторыми особенностями.

Методика Накатани более информативна в определении функции симпатической нервной системы (функции полых, ян или фу-органов). Тест Акабана более информативен в определении функции парасимпатической нервной системы, ее изменений (функции паренхиматозных инь, или чжан-органов). Следовательно, в известной степени метод Накатани и контактный тест Акабана могут дополнить друг друга.

Температурный анализатор является одним из основных физиологических «приборов», обеспечивающих приспособление организма к среде обитания. При этом обращается внимание на различие между температурой внутренних органов (суточные колебания температуры в пределах 1°C) и покровами тела, температура которых может колебаться в пределах 10-20° и более без существенных отклонений в состоянии здоровья человека. Лауреат Нобелевской премии (1903).

И.П. Павлов еще в конце прошлого века говорил о теплокровной и холоднокровной частях тела теплокровного животного, что впоследствии вылилось в понятие гомеотермного «ядра», «сердцевины» и его пойкилотермной «оболочки». С этих позиций в акупунктурной диагностике, по-видимому, следует отдать предпочтение не измерению температуры кожи, а более стабильному показателю - термочувствительности, косвенно отражающему тепловые энергетические процессы в соответствующей

функциональной системе, особенно паренхиматозных органах, основных «держателях» тепла. Терморегуляция включается в качестве одного из механизмов, обеспечивающих определенное постоянство физиологических констант при любых формах температурного воздействия на организм человека - как общих, так и местных (В.А. Лихтенштейн, 1984).

Анализируя эффекты локальных температурных воздействий, А.Р. Киричинский (1959) подчеркивает их отличие от реакций терморегуляции. Локальное воздействие, в первую очередь, «запускает» систему температурного анализатора с возможной последующей местной ответной реакцией. Температурный анализатор включает многие образования нервной системы, но наиболее четко подчеркивается три уровня: спинальный, гипоталамический и корковый. К спинальному уровню можно отнести температурные кожно-висцеральные рефлексy, которые при заболеваниях внутренних органов образуют зоны изменений температурной чувствительности - зоны Захарьина-Геда. В подобных случаях изменения температурной чувствительности (в зависимости от тяжести и давности процесса) может проявляться тремя вариантами: гиперестезией, гипестезией и гиперпатией. Подобные измерения температурной и других видов чувствительности кожи при заболеваниях внутренних органов принято считать проявлением обратной связи в кожно-висцеральном рефлексе. Ранее Гед в описании кожных зон гиперестезии отмечал, что в части случаев область измененной чувствительности не соответствует территории дерматома, а носит характер пятна в проекции пораженного внутреннего органа (зоны Геда). Опыт народных врачей Востока показывает, что зоны, подобные зонам Геда, могут отмечаться далеко за пределами дерматома, соответствующего пораженному органу, сохраняя при этом четкую функциональную связь: внутренний орган - кожа, кожа - внутренний орган. Эти связи объясняются функциональной системой меридианов, что используется в диагностических методиках Накатани, Акабане и др.

### **3.0. Использование результатов теста Акабане для подбора акупунктурных точек**

Проведение исследования по методике Акабане контактным способом с занесением показателей в разработанную нами карту позволяет определить энергетический дисбаланс в меридианах в следующих вариантах:

- дисбаланс в правой и левой ветвях одного и того же меридиана;
- дисбаланс в спаренных меридианах;
- дисбаланс между ручными и ножными меридианами (расчеты показателей проводятся отдельно для ручных и ножных меридианов, сравниваются между собой и средними показателями для всех меридианов);
- дисбаланс между янскими и иньскими меридианами (принцип расчета такой же как и в предыдущем случае);

- дисбаланс между меридианами справа и слева.

Выявив таким образом энергетический дисбаланс в меридианах, можно в каждом конкретном случае использовать классические подходы в подборе акупунктурных точек. Для этого важным представляется знание стандартных пунктов меридианов.

Согласно традиционным представлениям о стандартных пунктах, существует восемь основных точек, которые имеют отношение к регуляции энергии того или иного меридиана. Одним из них располагается на самом меридиане, а некоторые - на других меридианах.

1. Возбуждающая, или тонизирующая, точка - всегда располагается на своем меридиане и стимулирует деятельность связанных с ним органов. Рекомендуется укалывание этой точки золотой иглой или раздражение ее возбуждающим методом. (Тонизирующий эффект красных металлов всегда воспринимался в Китае безоговорочно, в том числе меди и пр.).

2. Седативная, или успокаивающая точка - располагается также на своем меридиане и служит для успокоения деятельности органов, связанных с меридианом. Рекомендуется укалывание этой точки серебряной иглой (традиционно- все белые металлы обладают успокаивающим действием) или раздражение ее тормозным методом.

3. Точка-пособник, или источник - находится на своем меридиане и может быть использована как пособник и для возбуждающего и для успокаивающего воздействия. Соответственно используется возбуждающий или тормозной метод (укол золотой или серебряной иглой). Точка-пособник может использоваться самостоятельно или в сочетании с тормозной или тонизирующей точкой. Все три указанные точки отнесены в традиционном представлении к точкам у-шу.

4. Стабилизирующая точка, или ло-пункт, или пассажная точка, - располагается на самом меридиане и служит связывающим звеном со спаренным меридианом (место перехода энергии своего меридиана в смежный). Воздействие на точку применяется для торможения или возбуждения смежного меридиана. В зависимости от показаний укалывание точки проводится золотой или серебряной иглой. Ло-пункт считается важнейшей точкой координационного воздействия и позволяет восстановить энергетическое равновесие между смежными меридианами. Кроме ординарного ло-пункта, традиционно различают также групповые и общие ло-пункты.

Групповые ло-пункты в отличие от ординарных обеспечивают связь между тремя меридианами: точка TR/X/8 - для трех янских меридианов руки; UB/XI/39 - для трех янских меридианов ноги; MC/IX/5 - для трех иньских меридианов руки; RP/IV/6 - для трех иньских меридианов ноги.

Общие ло-пункты по функциональной значимости разделяются на две группы. Первая группа - это точки-управители чудесных сосудов (ключевые, или шлюзовые точки), влияющие на общее равновесие инь-ян. Вторая группа - это

ло-пункты переднего срединного //XIV// и заднего срединного /Т/ХШ// меридианов, позволяющие также регулировать общее ян или инь.

5. Точки входа, или притока и выхода, или оттока энергии - располагаются на самом меридиане.

6. Точка сочувствия, или точка согласия, или точка успеха, или ю-точка, - располагается на первой линии меридиана мочевого пузыря. Укальвание в эту точку усиливает действие возбуждающих или успокаивающих точек, хотя второй эффект данной точки более выражен.

7. Точка-глашатай, или точка тревоги, или мо-пункт, - располагается чаще всего вне своего меридиана, в дерматомере, имеющим общую сегментарную иннервацию с пораженным органом, что соответствует в большинстве случаев зонам каждой гипералгезии Захарьина-Геда. Возникающая в этой точке боль является как бы сигналом тревоги пораженного органа. Располагаются точки тревоги в своем большинстве на передней поверхности туловища, и через них можно влиять на соответствующий орган, усиливая действие специфических точек своего меридиана.

Приведем пример из нашей клинической практики по подбору точек на основании использования теста Акабана контактным способом.

Больная ВУ, 33 лет, амб. карта № II229 обследована с применением теста Акабана.

Клинический диагноз: Острая левосторонняя люмбаишиалгия с умеренным болевым синдромом. Результаты термомчувствительного теста представлены в табл. 2.

Результаты теста Акабана у больной В.

Меридианы		I	II	IX	X	V	VI	IV	XII	III	XI	VIII	VII	сумма
Время появления чувства жжения, с	Справа	13	12	14	12	10	15	13	11	22	13	10	92	157
	Слева	14	13	13	14	10	17	12	12	14	14	19	8	160

Наиболее значительная термосимметрия выявлена на меридиане мочевого пузыря и почек. Остальные меридианы не выходят за физиологический коридор (среднее время появления чувства жжения для всех 24 - точек - 18,2 с). Правая ветвь меридиана мочевого пузыря угнетена, а левая - возбуждена, в меридиане почек имели место обратные взаимоотношения.

Было принято решение использовать классические методики для энергетического выравнивания в меридианах почек и мочевого пузыря. Для этого справа проведено иглоукальвание по тонизирующей методике в точку У/УИ/58 - ло-пункт меридиана мочевого пузыря, слева - в седативную точку того же меридиана – У/УИ/65 (тормозная методика).

После сеанса проведено тестирование по двум меридианам: У/УИ/ и R/УИИ/. Показатели достоверно не изменились. На следующий день больная отметила уменьшение болевого синдрома, однако он еще был значительным. При проведении теста Акабана на канале мочевого пузыря время появления жжения было следующим: справа - 20 с, слева 10 с; на меридиане почек: справа 10 с, слева - 21 с. Проведено воздействие на следующие точки: R/УШ/ /справа/ - торможение, R/УИИ/7 /слева/ - тонизация, У/УИ/67/справа/ - тонизация, У/УИ/64,65 /слева/ - торможение. Одновременно на ухе слева проведено иглоукалывание в точку 54 (точка люмбалгии по международной классификации).

Больная прибыла для осмотра через день. Болей в пояснице и ноге не отмечает. Термочувствительность по тесту Акабана на меридианах В/УИИ и У/УИ/ находится в пределах физиологического коридора.

Таким образом использование термочувствительного теста в акупунктурной диагностике существенно облегчает правильный *выбор* точек воздействия. Высокая информативность теста позволяет рекомендовать его для широкого внедрения в практику акупунктуры.

Основная цитируемая и рекомендуемая литература.

#### References

1. Василенко А.М. Концепция интегрального регуляторного континуума как основа современной теории рефлексотерапии//Рефлексотерапия. – 2007. - №2(20). – с.5-8.
2. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия. Горький, Волго-Вятское кН. Изд., 1988. – 335с.
3. Гурьянова Е.А., Любовцева Л.А., Любовцева Е.В., Любовцев В.Б. Особенности структуры кожи в области акупунктурных точек разных меридианов у человека//Рефлексотерапия. – 2007. - №2(20) – с. 37-40.
4. Джиймбаев А.А. Возможности акупунктурной диагностики инфаркта миокарда и некоторых острых заболеваний органов брюшной полости, сопровождающихся болевым синдромом. – Диссертация на соискание уч. ст. канд. мед. наук. – Ленинград, 1990. – 210 с.
5. Загрядский В.А., Розанов А.Л., Злоказов В.П. Двадцать лет космической электропунктуре//Рефлексотерапия. – 2004. №2(5).- с.4-11.
6. Качан А.Т., Богданов Н.Н. и др. Некоторые аспекты физиологических особенностей точек акупунктуры и их информативности. В кн. «Информативность БАТ, приборные методы их определения и эффективность медико-технических исследований». Тез. докл. – Харьков, 1981. – с.93-94.
7. Киричинский А.Р. Рефлекторная физиотерапия. – Киев, гос. мед. изд. УССР 1959. – 270с.
8. Лиманский Ю.П., Гуляр С.А., Самосюк И.З. Научные основы акупунктуры//Рефлексотерапия. – 2007. - №2(20). – с.9-18.

9. Лиманский Ю.П. Гипотеза о точках акупунктуры как полимодальных рецепторах экоцептивной чувствительности. Физиол. журн. АН УССР, 1990. – Т.36 - №4. – с.115-121.
10. Лиманский Ю.П., Самосюк И.З. Концепция электромагнитного гомеостаза и ее обоснование//Рефлексотерапия. – 2004. - №4(11). – с.3-9.
11. Рефлексотерапія: Національний підручник за редакцією Мурашко Н.К., Морозової О.Г. – Київ: тов. «Сік Груп» Україна, 2014. – т.ІІ, - с.165-170.
12. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура «Медицинская энциклопедия», Москва «АСТ-Пресс Книга» - 2004. – 528с.
13. Шнорренбургер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. – М.: «С.Е.Т.», 1996. – 580с. (перевод книги Dr.med.Clans C.Synorrenberger «Lehrbuch der chinesischen Medizin für westliche» Ärzte. Hippocrates Verlag GmbH, Stuttgart 1985 (original)» (под научной редакцией В.Н. Цибуляка и О.И. Загорюлько).
14. Akabane Kobes. Method of Hinaishin.-Tokso, 1956. 124p.
15. Darras J.C., Albar de P., de veernlsoul P.//Acupunct. Med. -1993.- №11.-P.22-28.
16. Fei L., Cheng H.S., Cai D.//Bull. Science. – 2000. - №45. P.2530-2534.
17. Kajdos V. Akabanuv test a jeho pouziti v acupuncture//Prakticky lekar. – 1976/ - sv56, N5 – S.191-193.
18. Lee M.S., Cheng H.S., Cai D.// Am. J. Chin. Med. – 2005/-33, №5.-P.723-728.
19. Narondpun V., Comillot P.,Attali J.R.ot al.//Medical Acupuncture.-2005.-16/-P.32-37.
20. Schlebusch K.P., Walburg M.O., Popp F.A.//J.Altern Complement. Med. – 2005. – 11. №1.-P.171-173.