



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№1 (1)
2012

Рефлексотерапия и комплементарная медицина

В НОМЕРЕ:



V всероссийская конференция
рефлексотерапевтов



Традиционная китайская медицина
В России: от русской духовной
миссии в Пекине до
профессиональной ассоциации
рефлексотерапевтов



Нерешённые вопросы нормативной
базы рефлексотерапевтов





**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
АССОЦИАЦИЯ
РЕФЛЕКСО
ТЕРАПЕВТОВ**

www.acupro.ru

115114, Москва
Летниковская, 5

Редакционная коллегия

Главный редактор: *Василенко Алексей Михайлович* д.м.н., проф., заслуженный врач РФ,
вице-президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Заместители главного редактора:

Агасаров Лев Георгиевич д.м.н., проф., президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Козко Андрей Анатольевич вице-президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Ответственный секретарь: *Бржевский Алексей Алексеевич*

Секретарь по зарубежным связям: *Лузина Камилла Эдуардовна.*

Члены редколлегии:

Готовский М. Ю. к.т.н., ген. директор ЦИМС «ИМЕ-ДИС»

Гридин Л. А. д.м.н., проф., зав. кафедрой мануальной терапии I МГМУ им. И. М. Сеченова

Егоров В. В. президент Российской профессиональной медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины

Жернов В. А. д.м.н., проф., зав. кафедрой традиционной медицины РУДН

Зилов В. Г. д.м.н., академик РАМН, зав. кафедрой не-лекарственной терапии и клинической физиологии I МГМУ им. И. М. Сеченова

Корсун В. Ф. д.м.н., зав. кафедрой фитотерапии ФПКМР РУДН

Корчажкина Н. Б. д.м.н., проф., зам. ген. директора по науке и мед. технологиям ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, главный внештатный специалист Минздрава России по курортному делу

Космодьянский Л. В. д.м.н., консультант Московского гомеопатического центра

Любовцев В. Б. д.м.н., проф., зав. отделением реабилитационного комплекса РНЦ ВМиК

Марьяновский А. А. д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Московского факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Неборский А. Т. д.м.н., проф. кафедры восстановительного лечения института усовершенствования врачей медицинского учебно-научного центра им. П. В. Мандрыки Минобороны России

Радзиевский С. А. д.м.н., проф., главный научный сотрудник направления традиционных методов восстановительного лечения РНЦ МРиК Минздрава России

Соколова Т. Е. руководитель отдела обучения компании «СИНОФАРМ»

Томкевич М. С. д.м.н., руководитель отдела натуротерапии и гомеопатии НИИ традиционной медицины РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Шушарджан С. В. д.м.н., проф., президент Национальной Ассоциации Музыкальных Терапевтов.

Щегольков А. М. д.м.н., проф. зав. кафедрой восстановительного лечения института усовершенствования врачей медицинского учебно-научного центра им. П. В. Мандрыки Минобороны России

Редакционный совет

Разумов А. Н. д.м.н., академик РАМН — председатель (Москва)

Агаджанян Н. А. д.м.н., академик РАМН (Москва)

Белоусова Т. Е. д.м.н., проф. (Н. Новгород)

Беляев А. Ф. д.м.н., проф. (Владивосток)

Богданов Н. Н. д.м.н., проф., (С.-Петербург)

Гойденко В. С. д.м.н., проф., (Москва)

Иванчиков Г. А. д.м.н., проф. (Казань)

Качан А. Т. д.м.н., проф. (С.-Петербург)

Лепилина Л. А. д.м.н., проф. (Уфа)

Макац В. Г. д.м.н., проф. (Винница, Украина)

Николаев С. М. д.м.н., проф. (Улан Удэ)

Полякова А. Г. д.м.н. (Н. Новгород)

Самосюк И. З. д.м.н., проф. (Киев, Украина)

Сиваков А. П. д.м.н., проф. (Минск, Беларусь)

Ткаченко К. Г. к.б.н., с.н.с. (С.-Петербург)

Николаев Н. Н. д.м.н., проф. (Рига, Латвия)

Ван Вэй проф. (Тяньцзинь, КНР)

Ван Дзю-И проф. (Пекин, КНР)

Гун Шу Шень проф. (Пекин, КНР)

Джованни Мачоча почётный проф. Нанкинского ун-та ТКМ (США)

Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в статьях и рекламных объявлениях несут авторы и рекламодатели.
Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции.

Издатель: Некоммерческое партнерство «Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов»,
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 5, тел: +7 (495) 6698892, E-mail: info@acupro.ru, www: acupro.ru
Свидетельство о регистрации средств массовой информации: Роскомнадзор, ПИ № ФС77—49740 от 24.04.2012,
Подписано в печать 01.06.2012. Формат 60х90/8. Гарнитура журнальная. Печать офсетная. Тираж 2000 экз.

© НП «Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов» 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Колонка главного редактора

Василенко А. М. Обращение к читателям и авторам журнала.....	3
--	---

Материалы V всероссийской конференции рефлексотерапевтов

Агасаров Л. Г. V всероссийская конференция рефлексотерапевтов	10
Зилов В. Г. Обращение к участникам конференции.....	12
Шень Чжицзян. О тенденциях развития медицинской акупунктуры в мире.....	14
Василенко А. М. Традиционная китайская медицина в России: от русской духовной миссии в Пекине до профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов	16
Полякова А. Г., Мазина Е. И. Нерешённые вопросы нормативной базы рефлексотерапии	31
Комлева Н. Е., Марьяновский А. А., Скворцов В. О., Мединцов В. А. Эффективность гомеосиниатрии в реабилитации пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями	47
Шушарджан С. В., Шушарджан Р. С. Интегративные принципы музыкально-полевой мезотерапии — инновационной технологии оздоровления и омоложения кожи	53

Вести из учёных советов

Наприенко М. В. Защита докторской диссертации «Восстановительное лечение хронических форм первичной головной боли	58
Зубкова С. А. Защита кандидатской диссертации «Ультразвуковая терапия и мезотерапевтическое введение гомотоксикологических препаратов в комплексном лечении больных отечно-фибросклеротической панникулопатией	62

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Обращение к читателям и авторам журнала

Дорогие коллеги! Поздравляем вас с наконец-то состоявшейся регистрацией нашей профессиональной ассоциации. Это событие, как и появление нового журнала, первый номер которого Вы сейчас читаете, стало возможным благодаря финансовой и организационной помощи руководства Компании «СИНОФАРМ».

Анализ современного состояния исследований и клинической практики рефлексотерапии (РТ) показывает, что она всё чаще применяется в сочетании с другими (комплементарными) методами. У многих врачей, получивших исходную специализацию по рефлексотерапии, возникает мотивация к дальнейшему углубленному освоению традиционных восточных натуропатических методов, мануальной терапии, гомеопатии и других лечебно-профилактических подходов, составляющих арсенал комплементарной медицины (КМ). Как правило, эта мотивация диктуется пониманием того, что различные направления КМ основываются на едином — холистическом мировоззрении и в сочетании друг с другом открывают более широкие возможности оказания лечебно-профилактической помощи пациентам. Обладая специфическими знаниями и умениями, творчески мыслящий врач может удачно применять принципы и мероприятия клинической и оздоровительной тактики из одной медицинской технологии в другой, обеспечивая тем самым практическую реализацию интегративного подхода.

Примером такого подхода может служить комплементарное применение акупунктуры и традиционной китайской фитотерапии. До недавнего времени реализация этого подхода затруднялась отсутствием на российском рынке соответствующих фитопрепаратов. Сейчас эта проблема решена, но российские врачи пока плохо знакомы с правилами комплементарного применения акупунктуры и фитотерапии. Учитывая объективную тенденцию объединения различных областей традиционной и нетрадиционной медицины под названием «комплементарная медицина» в нашем журнале планируются публикации посвящённые общим теоретическим основам и комплексному применению рефлексотерапии (акупунктуры и производных от неё методов), общей и традиционной восточной фитотерапии, биорезонансной и мануальной терапии, кинезиологии, остеопатии, гомеопатии, арома-, музыка- и анималотерапии,

а также других, как уже хорошо известных, так и новых лечебно-профилактических направлений и технологий.

Наш журнал призван содействовать прогрессу клинических и экспериментальных исследований, разработке новых средств и методов РТ, обучению и повышению квалификации специалистов, совершенствованию службы РТ. Реализация этих задач видится в предоставлении максимально широких возможностей свободно высказывания своих взглядов представителям различных школ и их демократического обсуждения. Памятуя знаменитое изречение Клода Бернара: «...Наука подобна обширному зданию, верхние камни которого покоятся на нижних камнях. ... Каждый из нас кладет свой камень поверх камня своего предшественника», редколлегия будет приветствовать материалы, способствующие сближению методологии традиционной восточной и современной мировой медицины.

В этой связи планируются регулярные публикации ведущих специалистов из университетов традиционной китайской медицины. Редколлегия намеревается осуществлять и более широкое сотрудничество со специалистами ближнего и дальнего зарубежья, способствуя декларируемому в уставе Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов международному обмену опытом.

Задачи, содержание, ожидаемый контингент читателей и авторов журнала определяет его основные рубрики.

Рубрикатор журнала «рефлексотерапия и комплементарная медицина»

Колонка главного редактора, передовые статьи и официальная информация

В данной рубрике помещаются материалы:

1. касающиеся общих проблем актуального состояния и перспектив развития РТ и КМ;
2. документы (приказы) руководящих органов здравоохранения Российской Федерации по вопросам РТ и КМ;
3. информация о мировых тенденциях развития альтернативной, комплементарной и интегративной медицины, куда наряду с акупунктурой входят и ряд других областей медицинской и парамедицинской практики и комментарии к ним;

4. по открытому обсуждению стратегии развития журнала и текущей работы редколлегии. За исключением п. 2 объём публикуемых материалов — до 10000 знаков¹.

Методология традиционной восточной медицины и современная наука

Рубрика предназначена для публикации материалов по теоретическому анализу базовых положений традиционной восточной медицины с позиций современной науки.

Объём публикуемых материалов — до 20000 знаков.

Лекции

Рубрика, в которой публикуются учебные материалы по теоретическим и практическим вопросам традиционной восточной медицины, РТ и КМ, а также истории их развития.

Обзоры

Публикуются аналитические обзоры экспериментальных и клинических исследований, в области РТ и КМ опубликованных в течение последних 15 лет.

Объём материалов, публикуемых рубриках лекции и обзоры — до 25000 знаков.

Оригинальные статьи

Помещаются материалы клинических и экспериментальных исследований, основанных на репрезентативном материале и соответствующих принципам доказательной медицины.

Объём статей — до 12000 знаков.

Краткие сообщения, клинические наблюдения

В отличие от предыдущей рубрики могут публиковаться уникальные наблюдения, не подлежащие статистической обработке описания случаев из лечебной практики авторов.

Объём материалов — до 7000 знаков.

Дискуссионная трибуна и письма в редакцию

Публикуются: комментарии к опубликованным статьям и ответы на них авторов или членов редколлегии; предложения и просьбы читателей о публикации тех или иных тематических материалов.

Объём материалов — до 4500 знаков.

Наши архивы

Рубрика предназначена для размещения ранее опубликованных и труднодоступных материалов, в том числе, методических рекомендаций и пособий для врачей.

Объём определяется характером публикуемых материалов.

Вести из учёных советов

В этой рубрике по согласованию с соискателями и Учеными Советами воспроизводятся без какой-либо редакции основные разделы авторефератов диссертаций: цель и задачи исследования, научная новизна, положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации. Редколлегия надеется, что соискатели и защитные Ученые Советы будут активно представлять материалы в эту рубрику.

Объём материалов по каждой диссертации — до 10000 знаков.

Рефераты и миниобзоры зарубежных публикаций

Публикуются переводы резюме статей, представленных в Pubmed/Medline, дайджесты и развёрнутые рефераты наиболее интересных публикаций, имеющих в свободном доступе, а также краткие тематические обзоры статей, опубликованных в зарубежных профильных периодических изданиях.

Объём резюме и дайджестов — до 2500, развёрнутых рефератов и кратких тематических обзоров — до 7500 знаков.

Персоналии, памятные даты

Поздравления с юбилеями, правительственными наградами, присвоениями учёных званий, статьи, приуроченные к юбилейным датам профильных учреждений, некрологи.

Техническая информация и реклама

Информация о семинарах, конференциях, конгрессах, выставках и других общественных научно-практических мероприятиях.

Периодичность журнала — 4 номера в год. После выхода первых четырёх номеров редколлегии будет инициировать процесс включения журнала в крупнейшую единую мультидисциплинарную реферативную базу данных SCOPUS. Одной из основных её функций является встроенная в поисковую систему информация о цитировании, что очень полезно в связи с активным внедрением системы оценки результативности и эффективности деятельности научно-исследовательских организаций и их сотрудников. Присутствие журнала в SCOPUS автоматически обеспечивает его присутствие в крупнейшей медицинской базе PubMed. Наличие журнала в любой из этих баз является необходимым и достаточным условием для его включения в перечень изданий, рекомендуемых

¹ Количество знаков считается вместе с пробелами.

ВАК для публикации материалов кандидатских и докторских диссертаций. Данные обстоятельства определяют довольно жёсткие требования к отбору материалов для публикации и необходимость неукоснительного соблюдения авторами правил их подготовки.

Правила представления материалов для публикации в редколлегию журнала «рефлексотерапия и комплементарная медицина»

Все материалы представляются по электронной почте в адрес ответственного секретаря редколлегии Бржевского Алексея Алексеевича (rtkmed@mail.ru). В сопроводительном письме указывается название статьи и рубрика журнала, фамилии, имена и отчества всех авторов, их научные степени и звания, места работы, электронные и почтовые адреса, контактные телефоны. Обязательно указание автора, с которым редакция будет вести переписку. Просим авторов присылать свои фотографии и краткие (до — 10 строк) творческо-биографические справки для публикации вместе со статьёй. Представляя статью, авторы гарантируют, что она является оригинальной, не была опубликована в других журналах. Исключение могут составлять материалы, публикуемые по инициативе редколлегии.

Материалы для публикации (за исключением рекламы и технической информации) представляются в пяти файлах:

1 — на русском языке: название статьи; автор (ы); организация (и), адресные данные авторов и организации (й), электронная почта всех или одного автора; резюме; ключевые слова.

2 — информация файла 1 в романском алфавите в той же последовательности. Название статьи, резюме и ключевые слова даются в пере-

воде на английский. Фамилии и инициалы авторов, название организаций и их адреса транслитерируются на латинице.

3 — полный текст статьи на русском языке.

4 — список литературы (в порядке приведения в тексте) с русскоязычными ссылками на русском языке, иноязычные — на языке оригинала.

5 — список литературы (REFERENCES) с русскоязычными и другими ссылками на латинице.

Для транслитерации русскоязычного текста (кириллицы) в латиницу следует использовать систему, приведенную в таблице 1.

На сайте <http://www.translit.ru/> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Наряду с транслитерацией названий организаций и ведомств по возможности следует приводить и их перевод на английский язык. Употребление в статье официального, без сокращений, названия организации на английском языке позволит наиболее точно идентифицировать принадлежность авторов, предотвратит потери статей в системе анализа организаций и авторов. Прежде всего, это касается названий университетов и других учебных заведений, академических и отраслевых институтов.

Резюме должны быть:

- информативными (не содержать общих слов);
- оригинальными (не быть калькой русскоязычной аннотации);
- содержательными (отражать основное содержание статьи и результаты исследований);
- структурированными (следовать логике описания результатов в статье);
- написаны качественным английским языком;
- компактными (укладываться в объем до 250 слов).

Таблица 1. Простая система транслитерации русскоязычного текста в латиницу

Буква	Транслит	Буква	Транслит	Буква	Транслит	Буква	Транслит
А	A	И	I	Р	R	Ш	SH
Б	B	Й	Y	С	S	Щ	SCH
В	V	К	K	Т	T	Ъ	«'», либо опускается
Г	G	Л	L	У	U	Ы	Y
Д	D	М	M	Ф	F	Ь	«'», либо опускается
Е	E	Н	N	Х	KH	Э	E
Ё	E	О	O	Ц	TS	Ю	YU
Ж	ZH	П	P	Ч	CH	Я	YA
З	Z						

Предмет, тема, цель работы в резюме указываются в том случае, если они не ясны из заглавия статьи. Метод или методологию проведения работы целесообразно описывать в том случае, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Результаты работы описывают предельно точно и информативно. Приводятся основные теоретические и экспериментальные результаты, фактические данные, обнаруженные взаимосвязи и закономерности. При этом отдается предпочтение новым результатам и данным долгосрочного значения, важным открытиям, выводам, которые опровергают существующие теории, а также данным, которые, по мнению автора, имеют практическое значение. Сведения, содержащиеся в заглавии статьи, не должны повторяться в тексте резюме. Следует избегать лишних вводных фраз (например, «в статье рассматривается...»). Исторические справки, если они не составляют основное содержание документа, описание ранее опубликованных работ и общеизвестные положения в резюме не приводятся. В тексте резюме следует употреблять терминологию и синтаксические конструкции, свойственные языку научных и технических документов, избегать сложных грамматических конструкций.

Тексты представляются в программе WORD с расширением doc. Шрифт Times New Roman 12,

межстрочный интервал — одинарный. Название статьи набирается ЗАГЛАВНЫМИ буквами полужирным шрифтом с выравниванием по центру. С новой строки указываются фамилия и инициалы автора (авторов). С новой строки указываются полное название учреждения, город, страна и адрес электронной почты автора. Перед основным текстом приводится резюме (краткий реферат статьи) и ключевые слова. Далее следуют перевод названия, транслитерация фамилий и инициалов авторов, названий учреждений на английском языке, резюме и ключевые слова на английском. Объем резюме — до 250 слов, количество ключевых слов — от 4 до 6.

Статья должна быть написана четко, ясно, без длинного введения и повторений, тщательно выверена автором. Текст не должен дублировать данные, представленные в таблицах и графиках, допускаются лишь их комментарии. Клинико-диагностические термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Сокращения слов (аббревиатуры) допускаются для повторяющихся в тексте не менее 10 раз ключевых выражений или для часто употребляемых медицинских терминов. При первом упоминании термин приводится полностью, в круглых скобках вводится его аббревиатура. Общее количество используемых сокращений не должно превышать 5-6.

Таблица 2. Международная номенклатура ординарных (классических) акупунктурных каналов

№	Название (русс.)	Фонетическая транскрипция ^{1,2}	Название (англ.)	Код
I	Лёгкие	Шоу-тай-инь-фэй	Lung	LU
II	Толстый кишечник	Шоу-ян-мин-да-чан	Large intestine	LI
III	Желудок	Цзу-ян-мин-вэй	Stomach	ST
IV	Селезёнка	Цзу-тай-инь-пи	Spleen	SP
V	Сердце	Шоу-шао-инь-синь	Heart	HT
VI	Тонкий кишечник	Шоу-тай-ян-сяо-чан	Small intestine	SI
VII	Мочевой пузырь	Цзу-тай-ян-пан-гуан	Bladder	BL
VIII	Почки	Цзу-шао-инь-шэнь	Kidney	KI
IX	Перикард	Шоу-цзюе-инь-синь-бао	Pericardium	PC
X	Тройной обогреватель	Шоу-шао-ян-сань-цзяо	Triple energiser	TE
XI	Желчный пузырь	Цзу-шао-ян-дань	Gall bladder	GB
XII	Печень	Цзу-цзюе-инь-гань	Liver	LR
XIII	Управляющий канал	Ду-май	Governor v. ³	GV
XIV	Зачатия канал	Жэнь-май	Conception v.	CV

Примечания: 1 — к фонетической транскрипции каждого из ординарных каналов с I по XII включительно в качестве последнего слога добавляется «цин» (канал);

2 — Многолетний опыт работы с русско- и англоязычными специальными текстами, как и устных контактов, в том числе с китайскими коллегами, свидетельствует о часто возникающих трудностях восприятия фонетических транскрипций китайских названий на русском и европейских языках. Это обусловлено разнообразием вариантов их произношения на китайском языке и трудностями в подборе адекватных фонем при переводе на другие языки. В связи с этими обстоятельствами представляется возможным пренебречь рекомендацией МАН о приведении фонетических транскрипций китайских названий акупунктурных каналов и точек на английском, или каком-либо ином европейском языке.

3 — сокращённое от англ. vessel (канал).

Таблица 3. Международная номенклатура экстраординарных (чудесных) акупунктурных каналов

№	Название (русс.)	Фонетическая транскрипция	Название (англ.)	Код
1	Управляющий канал	Ду-май	Governor v.	GV
2	Канал зачатия	Жэнь-май	Conception v.	CV
3	Поднимающийся	Чжун-май	Thoroughfare v.	TV
4	Опоясывающий	Дай-май	Belt v.	BV
5	Внутренний пяточный	Инь-цзяо-май	Yin* heel v.	Yin HV
6	Наружный пяточный	Ян-цзяо-май	Yang* heel v.	Yang HV
7	Внутренний поддерживающий	Инь-вэй-май	Yin link v.	Yin LV
8	Наружный поддерживающий	Ян-вэй-май	Yang link v.	Yang LV

Примечания: * — yin (инь), yang (ян).

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с приставным списком литературы. Ссылки нумеруются последовательно, в порядке их упоминания в тексте. Не приветствуются ссылки на краткие сообщения (тезисы) докладов.

Обозначения акупунктурных каналов и точек приводятся согласно международной акупунктурной номенклатуре (табл. 2-4)

Номера канальных точек пишутся вслед за кодом канала без дефиса и пропуска (например, LI4, ST36).

Общее обозначение внеканальных точек «EX». В зависимости от их локализации после EX через дефис следует код области тела: HN — голова и шея, CA — грудь и живот, B — спина, UE — верхние конечности, LE — нижние конечности

Порядок изложения материала в оригинальной статье должен быть следующим: введение, материалы и методы, результаты исследования, обсуждение, заключение или выводы. Обсуждение и заключение могут составлять единый раздел, в котором желательно изложение рекомендаций о возможности использования материала работы в практическом здравоохранении или дальнейших научных исследованиях. Каждый раздел статьи должен иметь свой подзаголовок. Все единицы измерения даются по Международной системе единиц СИ.

Приставные списки литературы

Правильное описание используемых источников в списках литературы является залогом того, что цитируемая публикация будет учтена

Таблица 4. Международная номенклатура внеканальных точек акупунктуры

головой и шеи:		
EX-HN1 сы-шень-цун	EX-HN6 эр-цзян	EX-HN11 хай-цюань
EX-HN2 дан-ян	EX-HN7 цю-хоу	EX-HN12 цзин-цзин
EX-HN3 инь-тан	EX-HN8 шан-инь-сян	EX-HN13 юй-е
EX-HN4 юй-яо	EX-HN9 нэй-инь-гань	EX-HN14 и-мин
EX-HN5 тай-ян	EX-HN10 джи-цюань	EX-HN15 инь-бай-ляо
груди и живота: EX-CA1 цзы-гун		
спины:		
EX-B1 ци-гуань	EX-B4 пи-гэнь	EX-B7 яо-ян
EX-B2 тя-цзин	EX-B5 ся-ци-ши	EX-B8 ши-ци-чжуй
EX-B3 вэй-ван-ся-шу	EX-B6 яо-и	EX-B9 яо-ци
верхних конечностей:		
EX-UE1 цю-че	EX-UE5 да-чу-кун	EX-UE9 ба-се
EX-UE2 эр-бай	EX-UE6 сяо-гу-кун	EX-UE10 сы-фен
EX-UE3 чжун-цюань	EX-UE7 яо-тонг-дянь	EX-UE11 ши-хуань
EX-UE4 чжун-куй	EX-UE8 вай-лао-гун	
нижних конечностей:		
EX-LE1 куань-гу	EX-LE5 хи-ян	EX-LE9 вай-хай-цзян
EX-LE2 хэ-дин	EX-LE6 дань-нан	EX-LE10 ба-фэн
EX-LE3 хи-нэй	EX-LE7 лань-вэй	EX-LE11 до-ин
EX-LE4 нэй-хуай-цзян	EX-LE8 нэй-хуа-цзян	EX-LE12 ци-дуань

при оценке научной деятельности ее авторов и организации, где они работают. По цитированию журнала определяется его научный уровень, авторитетность, эффективность деятельности его редакционного совета и т. д. Из чего следует, что наиболее значимыми составляющими в библиографических ссылках являются фамилии авторов и названия журналов. Причем для того, чтобы все авторы публикации были учтены в системе, необходимо в библиографическое описание статьи вносить всех авторов.

В список литературы, прилагаемый к оригинальной статье, включаются преимущественно публикации последних 5-6 лет. Пренебрежение этим правилом может послужить основанием для отклонения статьи. В лекциях и обзорах допускается цитирование источников старше 6 лет, но их количество не должно превышать 15% от общего числа цитируемых источников. Список литературы к лекции не должен превышать 10, к оригинальной статье — 15, а обзору — 50 источников. Список литературы составляется в порядке цитирования в тексте. В списке перечисляются только те источники литературы, ссылки на которые приводятся в тексте. В список не включаются неопубликованные работы и учебники. Не приветствуются ссылки на публикации в непрофессиональных (научно-популярных) изданиях.

Список литературы (References) для электронной версии журнала (файл 5) приводится полностью отдельным блоком, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются в нем иностранные источники или нет. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите. В References не используется российский ГОСТ 5.0.7. «Библиографическая ссылка», в том числе применяемые в нём разделительные знаки («//» и «—»). Название источника и выходные данные отделяются от авторов и заглавия статьи типом шрифта, точкой или запятой.

Ссылки на русскоязычные журнальные статьи: авторы (транслитерация), перевод названия статьи на английский язык в квадратных скобках, название источника (транслитерация), выходные данные (год, том, номер, страницы) с обозначениями на английском языке, либо только цифровые, указание на язык оригинала. Пример: Razumov AN, Li AA, Kotenko KV, Korchazhkina NB, Orekhova EM, Kazantsev AB, Li EA. [Application of the pulsed low-frequency electrostatic field in the early rehabilitative treatment of patients following surgery for the correction of valgus deformation of the first toe]. *Vopr Kurortol Fiziot-*

er Lech Fiz Kult. 2010 Jul-Aug; (4):16-9. [Article in Russian]. Наиболее приемлемым является вариант без разделительных знаков между фамилией и инициалами одного автора.

Ссылки на статьи из электронного журнала. Пример: Swaminathan V., Lepkoswka-White E., Rao B.P. Browsers or buyers in cyberspace? An investigation of electronic factors influencing electronic exchange, *Journal of Computer-Mediated Communication*, 1999, Vol. 5, No. 2, available at: www.ascusc.org/jcmc/vol5/issue2/. При наличии в статье DOI (Digital Object Identifier), он указывается в конце библиографической ссылки. Например: Yang SY, Ryu I, Kim HY, Russell TP., Nanoporous membranes with ultrahigh selectivity and flux for the filtration of viruses (2006) *Advanced Materials*, 18 (6), pp. 709-712. Cited 89 times. doi: 10.1002/adma.200501500.

Ссылки на материалы конференций должны содержать выделенное курсивом название конференции на языке оригинала (в транслитерации). В скобках дается перевод названия на английский язык. Выходные данные (место и год проведения конференции, место издания, страницы) должны быть представлены на английском языке. Пример: Riabinina AA, Berezina EV, and Usol'tseva NV, Surface Tension and Lyotropic Mesomorphism in Systems Consisting of Nonionogenic Surfactant and Water, *Liotropyne zhidkie kristally i nanomaterialy: sbornik statei VII Mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii* (Lyotropic Liquid Crystals and Nanomaterials: Proceedings of the Seventh International Conference), Ivanovo: Ivanovskii Gos. Univ., 2009.

Ссылки на книги (монографии, сборники, материалы конференций в целом). Ссылки на книги, вышедшие на иностранных языках приводятся в виде копий библиографических описаний оригиналов. Ссылки на русскоязычные монографии приводятся в виде транслитерации фамилии и инициалов автора и названия монографии, английского перевода названия в квадратных скобках, указания города, издательства, года издания и количества страниц. Например, ссылку на книгу М. Ф. Ненасева «Последнее правительство СССР», изданную в Москве издательством АО «Кром» в 1993 г. объемом 221 с. следует представить в виде: Nenashev M.F. *Poslednee pravitel'stvo SSSR* [Last government of the USSR]. Moscow, Krom Publ., 1993. 221 p.

Ссылку на сборник «Белая книга по нанотехнологиям: исследования в области наночастиц, наноструктур и нанокompозитов в Российской Федерации (по материалам Первого Всероссийского совещания ученых, инженеров и производителей в области нанотехнологий)» изданный

в Москве в 2008 г. объёмом 344 с. следует представить в виде: *Belaya kniga po nanotekhnologiyam: issledovaniya v oblasti nanochastits, nanostruktur i nanokompozitov v Rossiiskoi Federatsii (po materialam Pervogo Vserossiiskogo soveshchaniya uchenykh, inzhenerov i proizvoditelei v oblasti nanotekhnologii* [White Book in Nanotechnologies: Studies in the Field of Nanoparticles, Nanostructures and Nanocomposites in the Russian Federation: Proceedings of the First All-Russian Conference of Scientists, Engineers and Manufacturers in the Field of Nanotechnology]. Moscow, 2008. 344 p.

Ссылки на авторефераты диссертаций даные указываются в следующей последовательности: фамилия и инициалы автора, полное название автореферата. После двоеточия и слов «Автореф. дис.» сообщается, на соискание какой степени защищается диссертация и в какой области наук, место и год издания (через запятую).

Пример: Усупбекова Б. Ш. Конституциональная профилактика и восстановительное лечение на основе данных рефлекторной диагностики: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М. — 2010. — 34 с.

Ссылки на авторские свидетельства и патенты осуществляется в следующей последовательности: сокращенно Авторское свидетельство (А.с.) или Патент (Пат.), номер авторского свидетельства или патента, страна, название; после косой черты указываются фамилии и инициалы авторов, источник и дата публикации.

При представлении в REFERENCES (файл №5) ссылок на русскоязычные авторефераты диссертаций, авторские свидетельства и патенты после транслитерированного их названия в квадратных скобках приводится их перевод на английский язык.

В Интернете можно найти бесплатные программы для создания библиографических описаний на латинице (<http://www.easybib.com/>). Достаточно набрать в google поиск со словами «create citation» и вы получите несколько бесплатных программ, позволяющих автоматически создавать ссылки для разных видов публикаций (книга, статья из журнала, Интернет-ресурс и т. п.).

Наряду с изложенными выше общими правилами авторам следует руководствоваться следующими рекомендациями. Целесообразно наиболее активно ссылаться на статьи, опубликованные в журнале «Рефлексотерапия и комплементарная медицина». Для повышения собственного индекса цитируемости и импакт-фактора журнала рекомендуется рассылать коллегам оригиналы ваших новых статей с выходными данными.

Иллюстрации (рисунки, графики, фотографии, логотипы) следует присылать отдельны-

ми файлами со следующими параметрами: .tif (без сжатия, 300 dpi), .eps, .jpg (показатель качества не ниже 8), .cdr и .ai (CorelDraw шрифты в кривых!!! Не более 1000 узлов в кривой). При желании использовать строго определенный цвет в рекламе — раскладку СМЮК либо номер в библиотеке Pantone Process. В случае предоставления заказчиком готового макета рекламы, материалы предоставляются в формате .tif (без сжатия, с разрешением 300 dpi, СМЮК).

Порядок взаимодействия редакции с авторами

В 2-недельный срок после получения материалов для публикации редакция извещает авторов об их формальном соответствии или не соответствии вышеприведенным требованиям.

В случае формального соответствия требованиям статья направляется рецензенту, анонимное заключение которого высылается авторам не более чем в 1.5-месячный срок². При положительной рецензии автор в течение месяца после получения заключения рецензента должен представить в редакцию исправленный в соответствии со сделанными замечаниями вариант статьи, либо мотивированные возражения. Возражения авторов против сделанных рецензентом замечаний рассматриваются на заседаниях редколлегии. Редакция имеет право производить необходимые уточнения, изменения и сокращения, а также право предлагать авторам сократить свою статью. Перед сдачей номера в типографию авторам высылается вёрстка статьи, которую автор должен тщательно проверить и в течение двух дней информировать редакцию о своём согласии на публикацию в представленном виде. В случае обнаружения технических погрешностей автор обязан сообщить о них в редакцию.

При формальном не соответствии требованиям статья может быть представлена повторно (не более двух раз) с внесением необходимых авторских правок. Вся переписка с авторами осуществляется только по электронной почте (rtkmed@mail.ru).

С уважением,
главный редактор
Василенко А. М.

² В отпускное время (июль — август) сроки могут быть увеличены.

V ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ

Агасаров Л. Г. Фото В. В. Соколова

19 ноября 2011 г. в Москве в Центральном доме ученых РАН состоялась V Всероссийская конференция рефлексотерапевтов. Основные организаторы этого мероприятия — Профессиональная ассоциация рефлексотерапевтов и Компания «СИНОФАРМ» при участии Ассоциации врачей восстановительной медицины. Несмотря на пессимистические прогнозы некоторых коллег и сжатые сроки подготовки (всего полтора месяца) Конференция собрала рекордное для рефлексотерапевтических сборов число участников — более 500 человек. Видимо, сказалось то, что предыдущая конференция подобного уровня была проведена в 2007 году, более 4-х лет назад и, конечно, свою роль сыграла слаженная работа организаторов, поддержка коллег и партнеров.

В работе конференции приняли участие врачи-рефлексотерапевты более чем из 30 городов России — Москвы, Санкт-Петербурга, Мурманска, Перми, Сочи, Самары, Нижнего Новгорода, Великого Новгорода, Курска, Тулы, Тамбова, Вологды, Чебоксар, Екатеринбурга, Саранска, Йошкар-Олы, Рязани, Пятигорска, Владикавказа, городов Подмосковья. На конференции присутствовали специалисты из Китая, руководители Всемирной ассоциации обществ акупунктуры и моксотерапии, а также представители Минздрава КНР.

Открыл работу конференции Президент профессиональной ассоциации рефлексотерапев-

тов профессор Л. Г. Агасаров, который охарактеризовал сегодняшнее состояние и проблемы рефлексотерапии в стране, а также основные задачи, стоящие перед Ассоциацией. В частности, уже проводится полномасштабная работа по ее трансформации в общественное движение, с созданием региональных отделений.

С приветствием к собравшимся обратились академик РАМН А. Н. Разумов и академик РАМН В. Г. Зилов. Главный редактор журнала «Традиционная медицина» А. А. Карпеев обрисовал непростую ситуацию, сложившуюся



В большом конференц-зале дома учёных.

В 1-м ряду справа налево: С. М. Зольников, К. А. Борятина, Ю. П. Макаров, Л. М. Клименко, А. Е. Бессонов, А. А. Карпеев



Президиум V Всероссийской конференции рефлексотерапевтов.

Справа налево: генеральный секретарь Всемирной Ассоциации Акупунктуры и Моксотерапии проф. Шень Чжицзян, академик РАМН В. Г. Зилов, проф. В. С. Гойденко, академик РАМН А. Н. Разумов, проф. Л. Г. Агасаров, проф. А. М. Василенко



Специализированная выставка «Рефлексотерапия — 2011» в фойе дома учёных.

за последние годы вокруг традиционной медицины. В определенной степени с ним не согласился профессор В.С. Гойденко, т.е., практически сразу завязалась дискуссия, обнажившая существующие в нашем сообществе различные точки на некоторые актуальные вопросы.

В работе конференции приняли участие отечественные и зарубежные специалисты. Фундаментальным проблемам рефлексотерапии были посвящены доклады профессоров А.Т. Качана (С. Петербург), А.М. Василенко (Москва), С.А. Радзиевского (Москва), Т.Е. Белоусовой (Нижний Новгород), А.Г. Поляковой (Нижний Новгород). Меньшее число докладов касалось собственно клинических аспектов рефлексотерапии. Здесь можно выделить сообщение коллектива авторов из Москвы и Самары (представители ЗАО «Арнебия»), доклад профессора С.В. Шушарджана. В противовес этому, выступления китайских специалистов носили преимущественно общий, информационный характер, за исключением доклада профессора Тяньцзиньского Университета ТКМ доктора Ван Вэй, который был посвящен сочетанному применению акупунктуры и фитотерапии, существенно повышающего эффективность лечения.

Необычной, оригинальной формой доклада явился специально организованный телемост, во время которого состоялась презентация русского издания руководства по акупунктуре и лечению травами «Основы китайской медицины» с ее автором, Джованни Мачоча, проживающим в США. Во время телемоста участники конфе-

ренции могли задать вопросы автору в режиме он-лайн.

В формате конференции была организована специализированная выставка «Рефлексотерапия — 2011». На выставке свою продукцию представили: ЗАО «Арнебия», ООО «НПО ЭИТ-Евразия», Компания «СИНОФАРМ», ЦИМС «ИМЕДИС», МЦР «ДЭНС-терапия», НПЦ «Пересвет», ЦМТ «РУНО», Издательство «Профит стайл», ИП «Шульгин», ОАО «Редокс», Корпорация «Ли Вест», компания «СД-Мастер», компания «Акумед», НИЦ Музыкальной терапии и восстановительной медицины. Деятельность этих организаций, тесно связанная с рефлексотерапией и комплементарной медициной, вызвала большой интерес у участников.

От имени участников хочется поблагодарить всех сотрудников Компании «СИНОФАРМ» и Центра Традиционной и Восточной Медицины «ПЯТЬ ЭЛЕМЕНТОВ» во главе с генеральным директором А.А. Козко за их слаженную, четкую работу по подготовке и обеспечению работы Конференции. Особую благодарность следует выразить исполнительному директору Ассоциации В.В. Соколову и организатору телемоста А.А. Бржевскому.

В целом, Конференция выполнила свою задачу по дальнейшей консолидации нашего профессионального сообщества. Очередная встреча планируется в конце 2012 г. как совместная акция Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов и Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова.

ОБРАЩЕНИЕ АКАДЕМИКА В.Г. ЗИЛОВА К УЧАСТНИКАМ КОНФЕРЕНЦИИ



Глубокоуважаемый Президиум! Глубокоуважаемые коллеги!

Прежде всего, мне хотелось бы искренне поблагодарить руководство Ассоциации рефлексотерапевтов России за организацию данного научного форума и приглашение принять в нем участие первооткрывателей рефлексотерапии в нашей стране: профессоров А.Т. Качана, В.С. Гойденко, С.М. Зольникова, которым все мы от души желаем крепкого здоровья.

Сегодняшняя встреча как этап развития рефлексотерапии (РТ) в России позволяет подвести определенные итоги, осветить трудности текущей практической деятельности и наметить рубежи на ближайшие годы. С чувством удовлетворения можно констатировать прогрессивно возрастающий интерес практических врачей к РТ. Радует рост публикаций в медицинских журналах, авторы которых используют РТ в клинике различных заболеваний. Удовлетворение вызывает успешная защита докторских и кандидатских диссертаций представителями практического здравоохранения, в которых использованы различные виды РТ.

Мы рассматриваем РТ как составную часть нелекарственной терапии, и поэтому любые административные решения в этой сфере медицины неизбежно отражаются и на данной специальности. С благодарностью мы должны отметить усилия академика РАМН, профессора А.Н. Разумова, которые завершились введением в медицинскую практику специальности «Восстановительная медицина». С его именем связано введение в реестр научных специальностей ВАК РФ научной специальности 14.03.11 «Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия», позволившая врачам осуществлять клинические исследования с использованием широкого спектра разрешенных в стране нелекарственных методов диагностики и лечения.

Однако, приходится с сожалением констатировать, что за последние годы методы нелекарственной терапии, включая и РТ, получили ряд административных «ударов». Так, была упразднена медицинская специальность «Восстановительная медицина», что, естественно, создало ряд трудностей для врачей, получивших соответствующее образование и документы государственного образца. Приказом Минздравсоцразвития был ликвидирован Федеральный

научный клинко-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения. А ведь одной из основных его задач являлось объединение специалистов, работающих в разных областях нелекарственной, альтернативной и комплементарной медицины в России, планирование и реализация результатов научных исследований в этой области.

Сложившаяся ситуация с использованием в диагностике и лечении нелекарственных методов встревожила как законодательные, так и исполнительные органы страны. За последние 3 месяца были проведены Круглый стол Общественного совета и Экспертный совет по медицине при Совете Федерации. На этих совещаниях обсуждались вопросы введения в существующую номенклатуру новой специальности «Традиционная медицина» или «Медицинская реабилитация», заменяющей «Восстановительную медицину», специфики преподавания различных нелекарственных методов на уровне постдипломного образования врачей и т.д.

Однако, на сегодняшний день конкретных решений по обсуждаемым вопросам не принято. Это, в свою очередь, означает, что в стране отсутствует необходимый Центр Минздрава для координации деятельности практических врачей, использующих различные нелекарственные методы. Не решаются централизованно вопросы финансового и материально-технического обеспечения научных исследований в коллективах, имеющих квалифицированных специалистов в данной области. Отмечается разобщенность среди специалистов нелекарственной медицины, поскольку деятельность каждого направления: РТ, мануальной терапии, фитотерапии и т.д. координируются исключительно общественными организациями, ассоциациями и т.д.

Было бы, наверное, неправильным акцентировать внимание исключительно на трудностях, которые существуют и которые, несомненно,

будут преодолены, не замечая положительных сдвигов в сфере нелекарственной терапии.

Реформированное Учебно-Методическое Объединение, курирующее высшее медицинское образование, председателем которого назначен ректор Первого МГМУ имени И. М. Сеченова член-корр РАМН, профессор П. В. Глыбочко и в состав Президиума которого входят 20 ректоров Высших медицинских заведений (университетов, академий) страны пересматривает в настоящее время обучающие программы для студентов. Согласно решению УМО для студентов 4-х курсов лечебных факультетов на 7 семестре должна быть создана обучающая программа по медицинской реабилитации в количестве 108 часов и заключительного зачета. Цель программы познакомить студентов с возможно-

стями главным образом нелекарственных методов в период реабилитации больных с различной патологией. В настоящее время образована комиссия из специалистов различных методов нелекарственной терапии, которая помимо программы должна будет создать соответствующие учебные пособия.

Знание студентами нелекарственных методов диагностики и лечения в совокупности с широким спектром методов диагностики и лечения академической (ортодоксальной) медицины позволит воспитать врачей XXI века — специалистов интегративной медицины, творчески использующих в своей практической деятельности лекарственную и нелекарственную терапии для поддержания здоровья наших граждан.

Благодарю всех за внимание.

* * *

С приветствиями к участникам конференции обратились также академик РАМН А. Н. Разумов, профессор В. С. Гойденко и генеральный секретарь Всемирной Ассоциации Акупунктуры и Моксатерапии проф. Шень Чжицзян.

Далее последовали программные доклады. Те из них, авторы которых своевременно представили материалы, публикуются ниже.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Семинар профессора ТКМ ВАН ВЭЙ в Москве

С 25 июля по 30 ноября 2012 года в Москве
состоится семинар профессора ТКМ ВАН ВЭЙ

«ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АКУПUNKТУРЫ И ФИТОТЕРАПИИ препаратами «Формула Пяти Элементов»

Организаторы: Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов
Компания «СИНОФАРМ»

Профессор Ван Вэй — заместитель ректора Тяньцзиньского университета традиционной китайской медицины, доцент кафедры акупунктуры, Вице-президент Всекитайского общества врачей акупунктуры. Имеет 30-летний опыт преподавательской работы. Помимо научно-исследовательской деятельности, профессор Ван Вэй активно занимается клинической работой, осуществляя прием в больнице Университета.

Профессор Ван Вэй является одним из самых известных специалистов по акупунктуре и траволечению в Китае, обладает высоким авторитетом среди врачей, практикующих традиционную китайскую медицину во всем мире.

Дополнительная информация по телефону: 8-495-981-4767, 8-903-729-6475

E-Mail: edu@cinofarm.ru

О ТЕНДЕНЦИЯХ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКУПUNKТУРЫ В МИРЕ



Генеральный секретарь Всемирной Ассоциации Акупунктуры и Моксатерапии (World Federation of Acupuncture and Moxibustion Societies – WFAS)
профессор Шень Чжицзян

WFAS была основана в 1987 году, главный офис находится в Пекине. Она была создана как международная неправительственная организация сотрудничества по вопросам акупунктуры и моксатерапии (АП-МТ) под руководством ВОЗ. Сначала в составе WFAS входило всего 40 организаций. На ноябрь 2011 г. в ней зарегистрировано 137 организаций, из 50 различных государств и регионов мира. Она объединяет более 200 тысяч врачей.

Основными целями WFAS являются:

- стимулирование развития понимания и сотрудничества в сфере АП-МТ во всем мире,
- ускорение темпов обмена научными знаниями в области АП-МТ между государствами,
- развитие медицинской помощи методами АП-МТ и повышение её роли в международном сотрудничестве по охране здоровья.

Основные задачи: организация научной деятельности в сфере изучения АП-МТ, внедрение результатов исследований в практику, повышение информированности населения и медицинских работников об АП-МТ путём организации конференций и издания научной и популярной литературы. Работы по реализации целей и задач проводятся в соответствии с Уставом WFAS и стратегией её развития на 2007-2016 гг.

Основным периодическим изданием является «Всемирный журнал по акупунктуре», выходящий на китайском и английском языках и распространяющийся в 30 странах. В странах — членах WFAS распространяется также издание «Всемирная Ассоциация Акупунктуры». Сетевой информационной платформой является веб-портал <http://www.wfas.org.cn>.

С 1987 по 2011 год проведено 10 международных съездов всех членов WFAS, 21 раз проводились международные тематические конференции. С каждым разом масштаб, порядок и уровень проведения заседаний повышается, углубляется их влияние на международное сотрудничество. Конференции организуются при поддержке ВОЗ, правительств принимаю-

щих сторон и высокопоставленных лиц из различных стран, а том числе из КНР. В них принимают участие практикующие врачи, исследователи и преподаватели.

Неуклонно углубляется сотрудничество WFAS с ВОЗ. С 1998 г. было подписано 4 трехлетних плана сотрудничества по следующим направлениям: совместное проведение международных съездов и конференций по акупунктуре, представление организаций и делегатов для выступлений на заседаниях, распространение международных стандартов техники АП-МТ, сбор информации по их применению в различных государствах, разработка справочной информации, стандартизация терминологии и топографии точек акупунктуры. В июне 2010 г. Международная Организация по Стандартизации (ISO) установила связь класса А с WFAS и активно проводит работу по стандартизации методов и протоколов применения АП-МТ.

За последние 10 лет работы WFAS наблюдается благоприятная тенденция повышения популярности АП-МТ. Увеличивается число врачей желающих изучать и применять в своей практике эти методы. В 2008 г. был основан комитет по координации взаимодействия между ВУЗами, в который уже вступило 30 университетов. На английском и французском языках издана книга «Международный курс акупунктуры», на основе которой было подготовлено большое количество профессионалов, организованы международные курсы и проведение экзаменов по АП-МТ. Комитет уже провёл 2 технических и 5 рабочих заседаний.

В результате исследований, проводившихся в СССР с середины 1950-х годов, на основе АП-МТ было разработано новое направление, получившее название «рефлексотерапия». В 1976 г. был создан Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии. В результате разработок этого учреждения была подтверждена эффективность АП-МТ при широком спектре заболеваний и были предложены

современные концепции их саногенетических эффектов.

В настоящее время на фоне распространения АП-МТ по всему миру, повышения уровня научной обоснованности и расширения показаний к их использованию имеют место и определённые трудности, обусловленные культурологическими основами и терминологическими различиями восточной и западной медицины, традиционными и современными методами диагностики и нехватки квалифицированных кадров.

16 ноября 2010 г на заседании V съезда ВОЗ китайская акупунктура была официально зарегистрирована ООН, как одно из нематериальных богатств человечества, которое становится драгоценным ресурсом для охраны жизни и здоровья всего человечества, спрос на который возрастает по всему миру.

Активное развитие акупунктуры в формате рефлексотерапии происходит в России. За последние 10 лет ООО «Синофарм», преодолев

большие трудности, зарегистрировало более 40 известных китайских лекарств на территории Российской Федерации. Эта компания накопила большой опыт сочетанного применения акупунктуры и фитотерапии, организует и проводит курсы по традиционной китайской медицине, переводит и издаёт тематическую литературу. В этом году благодаря организационной и финансовой поддержке ООО «Синофарм» была зарегистрирована Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов, учреждён новый журнал «Рефлексотерапия и комплементарная медицина».

WFAS высоко оценивает усилия российских специалистов, направленные на интеграцию традиционной китайской медицины в современное здравоохранение. WFAS будет всемерно способствовать дальнейшей популяризации акупунктуры в России на благо здоровья её населения, во имя сохранения мирового культурного наследия и процветания всего человечества.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

TELETEST.RU

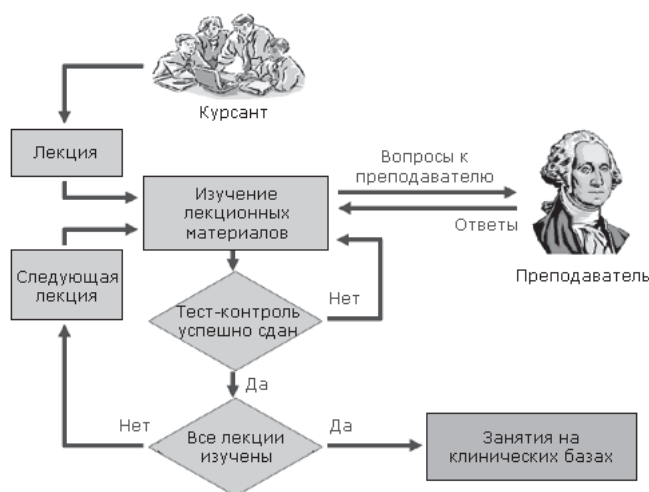
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Обучение проводится в два этапа: дистанционная теоретическая подготовка и занятия на клинических базах. Воспользовавшись материалами нашего сервера, Вы можете пройти первый этап обучения, который представляет собой последовательное изучение материалов лекций курса с интерактивным тест-контролем

Лекционные материалы Вы можете изучать либо в он-лайн режиме непосредственно на нашем сайте дистанционного образования, либо скачав их в электронном виде на свой компьютер. Во время обучения Вы имеете возможность через наш сайт отправлять по электронной почте возникающие у Вас по ходу лекции вопросы лектору и получать на них ответы. После изучения материалов лекции, Вам предстоит на нашем сайте пройти интерактивный тест-контроль, ответив на ряд вопросов. При успешной сдаче теста Вы получаете доступ к следующей лекции.

Сейчас вы можете изучить материалы по следующим курсам:

- Рефлексотерапия
- Гирудотерапия
- Гомеопатия
- Музыкальная терапия.



ТРАДИЦИОННАЯ КИТАЙСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ: ОТ РУССКОЙ ДУХОВНОЙ МИССИИ В ПЕКИНЕ ДО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ.



Василенко А.М.
ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздравсоцразвития
России (г. Москва)

TRADITIONAL CHINESE MEDICINE IN RUSSIA: FROM RUSSIAN SPIRITUAL MISSION IN BEIJING TO PROFESSIONAL REFLEKSOTHERAPIST'S ASSOCIATION.

Vasilenko A. M.

Резюме

Проанализирована история проникновения и развития традиционной китайской медицины (ТКМ) в России. Приведены данные о современной естественнонаучной и философской интерпретации основных положений ТКМ. Рефлексотерапия рассматривается как результат эволюционной эпистемологии акупунктуры. Обсуждаются проблемы интеграции ТКМ в современное здравоохранение.

Ключевые слова: традиционная китайская медицина, история медицины, акупунктура, рефлексотерапия, комплементарная медицина.

Resume

The history of introduction and development of traditional chinese medicine (TCM) in Russia is analysed. The data about modern scientific and philosophical interpreting of basal TCM's positions is cited. The reflexotherapy is surveyed as a result of acupunctures evolutionary epistemology. TCM integration in modern public health services is discussed.

Keywords: traditional Chinese medicine, medicine history, an acupuncture, reflexotherapy, complementary medicine.

«... раскинувшись между двух великих делений мира, между Востоком и Западом, опираясь одним локтем на Китай, другим — на Германию, мы должны были сочетать в себе две великие основы духовной природы — воображение и разум — и объединить в своем просвещении исторические судьбы всего мира».

П. Я. Чаадаев

Укоренившийся в международном профессиональном лексиконе термин «традиционная китайская медицина» — (ТКМ) критикуется некоторыми авторитетными экспертами в связи с тем, что его семантическое поле может представляться несколько деформированным. В результате неоднократных реформирований ТКМ не представляет собой единую непротиворечивую лечебно-профилактическую систему. Только в XX веке ТКМ в самом Китае пережила два

критических периода. В 1929 г. министерство здравоохранения Китайской Республики потребовало пресечь деятельность врачей ТКМ, мотивируя это тем, что «теория Инь и Ян, принципы Пяти элементов не соответствуют действительности, а иглоукалывание является явным мошенничеством». В 1936 г. издается указ правительства, запрещающий врачам применять методы китайской медицины, так как она «не имеет научного обоснования». Начавшееся

после образования Китайской Народной Республики в 1949 г. возрождение ТКМ едва не прервалось культурной революцией (1965–1976 гг.), направленной на уничтожение традиционализма во всех сферах культуры и науки. Одной из правительственных установок тех лет было указание, что для получения медицинского образования не обязательно быть выпускником средней школы — достаточно уровня начальной школы. Была прекращена подготовка специалистов в высших и средних учебных заведениях ТКМ, вместо которой организовывались краткосрочные курсы подготовки «босоногих врачей» из крестьянской молодёжи [1].

Джованни Мачоча по этому поводу пишет: «В Китае столько же стилей акупунктуры, сколько провинций, округов и учебных заведений, где её преподают. Интересно было бы рассмотреть вопрос о том, насколько исповедовавшие неоконфуцианство мыслители династий Сун и Мин изменили, систематизировали, а иногда и исказили китайскую медицину. Я полагаю, что это влияние было намного продолжительнее и глубже, чем влияние марксистской философии». В самом Китае прилагательное «традиционная» опускают, используя название китайская медицина (Чжун И), в отличие от западной медицины (Си И) [2]. Несмотря на это, ТКМ в большинстве мировых языков воспринимается как термин, обозначающий отдельный феномен культуры всего человечества¹, что даёт основание употреблять его и впредь.

¹ <http://www.zyq108.com/blog/lobusov-egor/12941>.

Первым пришествием ТКМ в Россию мы обязаны Русской духовной миссии в Пекине, учреждённой указом Петра I от 18 июня 1700 года. Её задачи не ограничивались удовлетворением религиозных нужд соотечественников — пленных албазинцев и распространением православия в Китае. В её обязанности входило изучение местных языков, обычаев и культуры. В период с 1715 по 1956 гг. в Пекине поочерёдно действовали 20 духовных миссий, сыгравших важную роль в установлении и поддержании российско-китайских отношений и зарождении российской синологии.

В разные годы в составе Миссии работали врачи О.П. Войцеховский, А.А. Татаринов, П.А. Корниевский, которые исследовали различные аспекты китайской медицины. Результаты кропотливой работы этих миссионеров нашли отражение в ряде публикаций, вышедших в России на рубеже XIX–XX веков [3]. Все духовные миссии в Пекине осуществляли взаимный российско-китайский культурный обмен. Их участники не только переписывали и переводили на русский китайские источники, но и активно переводили на китайский русскоязычные тексты. Благодаря их стараниям на китайский был переведён Ветхий Завет и первые три части «Истории государства Российского» Н.М. Карамзина. Глава X миссии архимандрит Петр (П.И. Каменский) впервые познакомил Россию с корнем женьшень. Вместе с собственными трудами он активно занимался рецензированием синологической продукции отечественных и зарубежных исследователей. По поводу



Глава X миссии архимандрит Петр
(Павел Иванович Каменский)



Врач XII миссии Александр Алексеевич
Татаринов (1817—1886).

работ известного французского миссионера-иезуита Ж. М. Амё (1718-1793) П. И. Каменский заметил: «Он писал под именем китайцев такие небылицы, о коих и сам Китай при всей своей древности, никогда не слыхивал». Имея в виду некоторые современные интерпретации ТКМ, фраза вполне актуальна и на сегодняшний день. Врач той же миссии И. П. Войцеховский за свою самоотверженную работу во время свирепствовавшей в Пекине в 1820-1821 гг. эпидемии чумы и успешное излечение члена семьи богдыхана был награждён почетной доской (грамотой)². Таким образом, китайским врачам тоже было чему поучиться у своих русских коллег.

Как в XIX веке, так и позднее особый интерес российские медики проявляли к иглоукалыванию. В 1828 г. в Санкт-Петербургском военно-медицинском журнале была опубликована статья П. А. Чаруковского «Иглоукалывание, Аcupunctura», начинавшаяся фразой: «Уже гораздо прежде, многие путешественники и врачи упоминали об иглоукалывании как весьма действенном средстве, употребляемом китайцами и японцами для лечения колик, ревматизмов и многих других, особливо с болью сопряжённых болезней». Указывая на высокую эффективность и простоту иглоукалывания, дающей возможность её использования и не врачами он писал: «...восточные азиатцы имеют самые подробные описания, объясняемые изображениями, касательно места, порядка, направления и глубины укалывания, которые они с точностью соблюдают; однако это надобно приписать их предрассудку и недостатку патологических сведений»... «... иглы можно вкалывать во всяком месте, только бы они не коснулись больших сосудов, нервов, сухих жил и внутренностей, совершающих произвольное движение...» [3]. Таким образом, уже в самых ранних публикациях по акупунктуре высказывались сомнения в необходимости точного следования китайским методическим рекомендациям. Дискуссия на эту тему продолжается и поныне.

Скромное по сегодняшним меркам количество статей по ТКМ и собственный практический опыт немногочисленных в то время врачей ею владевших были обобщены в шести монографиях и двух диссертациях [3]. Несмотря на то, что в 1881 г. термин «иглоукалывание» вошёл в словарь живого русского языка В. Даля: «Игловать — запускать иглы с врачебною це-

люю, делать акупунктуру», оно до второй половины XX века не получило широкого внедрения в российскую медицинскую практику.

Немногим лучше развивалось и фитотерапевтическое направление ТКМ, которое вслед за П. И. Каменским активно изучал врач XII русской духовной миссии в Пекине (1840—1849) А. А. Татаринов. Этот разносторонне образованный выпускник Петербургской медико-хирургической академии опубликовал серию статей, посвященных различным аспектам ТКМ. Он составил атлас китайских лекарственных растений с собственными детальными рисунками их корней, цветов и плодов. В его честь был назван один из китайских видов аира — Аир Татаринова (*Acorus tatarinowii* Schott). За свои исследования, опубликованные в «Трудах членов пекинской миссии» он был удостоен степени доктора медицины [3].

Несмотря на явный интерес российской общественности к ТКМ на рубеже XIX-XX веков она в этот период была далека от широкого использования в отечественном здравоохранении. В первой половине XX века ТКМ также оставалась предметом исследований отдельных энтузиастов. К этому периоду относятся и разработки Э. С. Вязьменского (1913-1954), который в 1945 г. распоряжением главного врача красной армии, академика М. С. Вовси был командирован в Китай. В 1948 Э. С. Вязьменский защитил кандидатскую диссертацию «Китайская медицина (ее история и теория в кратком очерке)». В 1961 г. её материалы были включены В. Г. Вограликом в книгу «Очерки китайской медицины»³.

Второе пришествие ТКМ в нашу страну произошло в 1950-х гг. В 1954-1956 состоялась командировка в Китай профессора В. Г. Вогралика, а в 1955-1957 — профессора И. И. Русецкого. Им было поручено изучение лечебной методики иглоукалывания — прижигания (чжэнь-цзю). Вернувшись из КНР, профессор В. Г. Вогралик в Горьком (Нижнем Новгороде), а профессор И. И. Русецкий — в Казани создали первые отечественные школы иглоукалывания и прижигания.

В 1956 г. с той же миссией в Институт чжэнь-цзю терапии Академии ТКМ были направлены врачи Э. Д. Тыкочинская, Н. Н. Осипова и М. К. Усова. В 1957-1961 гг. в том же институте стажировались А. Т. Качан, Л. М. Клименко, Л. В. Колесникова, С. А. Морохова. Благодаря их энтузиазму в нашей стране развернулась масштабная работа по изучению феномена

2 Материалы этого абзаца приводятся по [http://krotov.info/spravki/persons/19person/kamensk.html] О. В. Шаталов Архимандрит Пётр (Каменский) и десятая российская православная миссия в Пекине.

3 По материалам сайта [http://www.synologia.ru/]

иглоукалывания и прижигания и его внедрению в практику.

В июне 1957 г. были утверждены «Временные методические указания по применению иглоукалывания и прижигания», в 1959 г. — инструкция по применению метода иглотерапии и прижигания, а также показания и противопоказания к их применению. Под руководством профессоров Н. И. Гращенко, Э. Д. Тыкочинской, В. Г. Вогралика и И. И. Русецкого проводилось клинико-физиологическое изучение метода. На кафедрах физиотерапии и неврологии началась подготовка соответствующих специалистов. В 1960 г. при ЦОЛИУВ впервые был организован курс иглотерапии. Аналогичные курсы функционировали в Казани, Горьком и Ленинграде.

Несмотря на формальную поддержку со стороны Минздрава СССР внедрение чжень-цзю в практику встречало немало трудностей. Характерным тому примером может служить резкая критика новаторских инициатив В. Г. Вогралика на одном из заседаний коллегии АМН СССР, где его заклеили как «традиционалиста» и обвинили в том, что «...он хочет отбросить современную медицинскую науку на два тысячелетия назад...». И это при том, что в своих трудах он не ограничивался дословным изложением методологии ТКМ, а старался по мере возможности обосновать её с позиций современного естествознания. До сегодняшнего дня актуальны его слова: «Изучение китайской национальной медицины показывает, что она глубоко самобытна. Но самобытность эта основана не на досужем вымысле абстрактного ума,

а на огромном многовековом народном опыте. Многие ее положения в настоящее время уже достаточно проанализированы с позиций современной медицины, понятны нам и созвучны нашим взглядам. Другие положения пока что могут быть истолкованы лишь предположительно, они нуждаются в дальнейшем научном анализе. Наконец, третьи — до сих пор вообще не поддаются объяснению. Однако до тех пор, пока они не будут специально и тщательно исследованы, к ним нужно относиться с большой осторожностью. Нельзя судить по первому впечатлению, нельзя судить, не дав себе труда глубоко изучить вопрос. Отвергнуть легко, проникнуть в существо дела много труднее».

Главным учреждением по решению этой многотрудной проблемы стал организованный в 1976 г. в Москве Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии (ЦНИИР) МЗ СССР во главе с известным учёным — нейрофизиологом профессором Рубеном Ашотовичем Дуриняном.⁴

С этого времени иглоукалывание и прижигание, как и разрабатывавшиеся на их основе неинвазивные низкоэнергетические методы воздействия на акупунктурные точки, стали объединяться термином «рефлексотерапия» (РТ). Сотрудниками ЦНИИР проводились разноплановые фундаментальные и прикладные исследования механизмов акупунктуры и других методов стимуляции экстерорецептивных зон

⁴ После 1983 г. ЦНИИР возглавляли А. И. Нечушкин, Е. О. Брагин, В. Г. Кулес, в последние годы его существования — Е. Е. Мейзеров.



Вадим Габриэлович Вогралик (1911-1997)



Иосиф Иосифович Русецкий (1891-1964)

соматосенсорного анализатора, а также разработки методов инструментальной рефлекторной диагностики. Эти исследования продолжались в Федеральном Научном Клинико-Экспериментальном Центре Традиционных Методов Диагностики и Лечения, в состав которого после ряда реорганизаций вошёл ЦНИИР. С 1977 г. сначала в институтах усовершенствования врачей, а затем и на факультетах последипломного образования стали создаваться кафедры РТ.

Обобщение результатов комплексных биомедицинских исследований, проведенных российскими учёными во второй половине XX века, позволило прийти к заключению, что широкий спектр показаний к РТ обусловлен тем, что она восполняет дефицитные, оптимизирует наличные и формирует новые функциональные системы, обеспечивающие стресс — лимитирующее и адаптогенное действие [4, 5]. Эти эффекты осуществляются посредством интегрального регуляторного континуума — непрерывности взаимодействия функциональных систем различных уровней, обеспечивающей интегративную деятельность организма в широком диапазоне физиологических и патологических условий. Биохимическая составляющая регуляторного континуума представлена многочисленными разветвлёнными каскадами всех форм и видов химических реакций, протекающих в организме. Биофизическая составляющая — взаимодействием всех форм и видов физических полей и фотонно-квантовых процессов (рис. 1). Концепция интегрального регуляторного континуума позиционируется как современная естественнонаучная интерпретация категории ци [6].

Анализ основных положений ТКМ показывает чётко выраженные черты её системности (рис. 2). Системообразующими началами методологии ТКМ являются три основные концепции древнекитайской философии — инь — ян, у-син



Основатель и первый директор ЦНИИ Рефлексотерапии профессор Рубен Ашотович Дуринян (1923-1983)

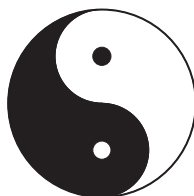
и ци, представляющие собой модели описания всех природных явлений. На их основе выведена медицинская концепция о плотных (цзан) и полых (фу) органах, разработано учение об акупунктурных каналах (АК) — цзин-ло и точках акупунктуры (ТА) — сюэ. При этом каждый из 6-ти плотных и 6-ти полых органов и соответствующие им АК классифицируются по принадлежности к категории инь или ян, к какой-либо из 5-ти первостихий, а также по направлению движения ци в каждом из АК. Категории инь и ян и каждая из 5-ти первостихий характеризуют, как физические, так и психические свойства индивида. Поэтому определение состояния системы АК а priori претендует на возможность психосоматической диагностики.

В общем виде термин «диагноз» определяется как «заключение о существовании объекта обследо-

ТАЙ ЦЗИ СИМВОЛИЗИРУЕТ:

универсальные волновые природные процессы	интегральный регуляторный континуум (РК)
закон сохранения энергии и вещества	закон единства и борьбы противоположностей

Инь — биохимическая составляющая РК
парасимпатикотония
анаболизм



Ян — биофизическая составляющая РК
симпатикотония
катаболизм

Рис. 1. Естественнонаучная и философская интерпретация символа «Великого Предела»



Рис. 2. Общая методология традиционной китайской медицины

ния, выраженное в терминах, регламентированных номенклатурами и классификациями отрасли деятельности, к которой обследуемый объект относится» [<http://medicusamicus.com/index>]. Несколько упрощая методологию традиционной акупунктуры, но, следуя её «номенклатурам и классификациям», можно констатировать, что рефлексорная диагностика нацелена на выявление дисбалансов в системе 12-ти парных АК. На основании выявленных нарушений формируется адекватный лечебный алгоритм.

В модели ТКМ человек находится в неразрывном единстве и взаимодействии с макрокосмосом. Это положение никоим образом не противоречит диалектическому закону о всеобщей связи явлений и современным естественнонаучным представлениям о взаимодействии человека и окружающей среды. Рефлексорная диагностика представляет собой частную форму системного анализа, ибо соответствует следующим основным системным принципам.

Принцип структурности. По канонам традиционной акупунктуры каждый АК, как элемент системы, связан со всеми прочими её элементами — другими АК и управляемыми ими внутренними органами. Изменение состояния (поведе-

ния) любого из АК неизбежно приводит к изменению состояния (поведения) всей системы.

Принцип взаимозависимости системы и среды — каждый АК соотносится с одной из пяти «первостихий (первозлементов)», являющихся согласно положениям древнекитайской натурфилософии, общей глобальной системой мироустройства. Все виды человеческой деятельности, сопровождаются с одной стороны изменением состояния АК, с другой — в той или иной степени выраженным антропогенным влиянием на окружающую среду. Поэтому система АК рассматривается как активный посредник именно взаимозависимости человека и среды.

Принцип иерархичности. Иерархичность методологии традиционной акупунктуры иллюстрируется рис. 2. Медицинские учения о плотных и полых органах (чжан — фу), системе каналов и точек (цзин — ло) и жидкостях тела (сюэ) представляют собой компоненты иерархически более высокой системы натурфилософских концепций (инь — ян, у-син, ци). Одновременно указанные медицинские учения служат системами более высокого иерархического уровня по отношению к системе АК, на оценке состояния которой основывается синдромальный диа-

гноз, являющийся основой построения лечебного алгоритма.

Принцип множественности описания системы. ТКМ оперирует множеством различных моделей описания состояния человека — конституциональными, биоритмологическими, различными видами ци, сюэ, вредоносных стихий и прочими. Частным проявлением принципа множественности описания системы является возможность использования результатов различных методов рефлексорной диагностики.

Наибольшее распространение среди них получили электро- и алгометрические методы, адресованные к оценке состояния двух древнейших гомеостатических систем, основанных на электромагнито- и ноцицепции (рис. 3).

Систему акупунктурных точек и каналов можно рассматривать как систему регуляции электрического гомеостаза, обеспечивающую адекватное актуальному состоянию распределение биоэлектромагнитного поля и адаптацию организма к изменению действующих на него полей различной природы [6-8]. С другой стороны, ТА представляют собой локусы наиболее концентрированного представительства элементов кожной нейроэндокриноиммунной системы, осуществляющей сочетанную регуляцию ноцицептивных и иммунных реакций. Иглоукалывание и прижигание являются ограниченными по локализации, силе и продолжительности действия ноцицептивными факторами, на которые организм реагирует выработанными

в процессе эволюции сопряжёнными нейроэндокринными и иммунными реакциями. Известно, что эволюционно более древние защитные механизмы сохраняют доминирующее положение в иерархии позже сформировавшихся гомеостатических и адаптивных системах. Поэтому лечебно-профилактические воздействия, адресованные к гомеостатической периферической нейроэндокриноиммунной системе, обеспечивают принципиальную возможность регуляции всех прочих систем организма [9, 10].

В 1997 г. приказом Минздрава РФ № 364 от 10.12.97 РТ была введена в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей, были утверждены положения о враче — рефлексотерапевте, его квалификационная характеристика и порядок аттестации. Место и роль ТКМ в современном здравоохранении до сих пор являются аренной оживлённой дискуссии. Часть специалистов вообще отделяют ТКМ от специальности «рефлексотерапия». Другие — наоборот призывают к отказу от утративших, по их мнению, своё значение положений ТКМ, а потому руководствующиеся в своей практике либо сугубо неврологическими, либо новейшими биофизическими подходами.

Анализируя трудности интеграции ТКМ в современное здравоохранение, коллега А. Н. Ахметсафин пишет: «Терминология китайской медицины стала уже привычной на Западе и в России, но это совершенно не значит, что она стала более понятной» [www.hanbalik.narod.ru]. Друго-

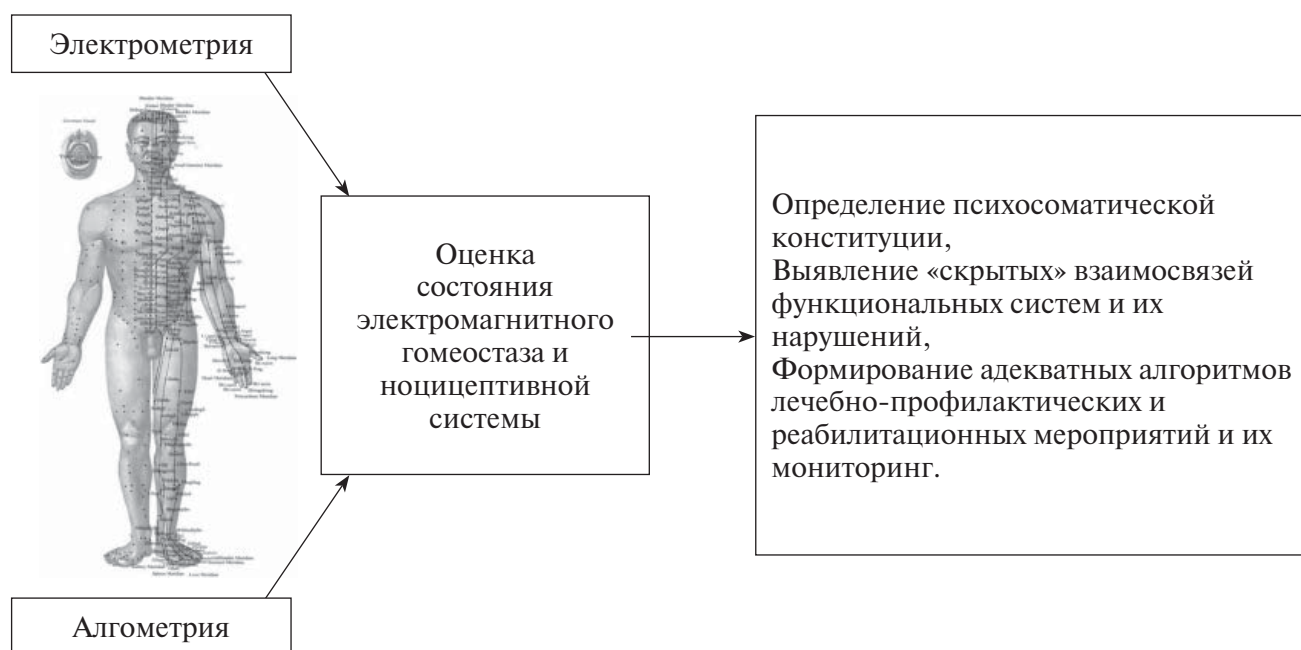


Рис. 3. Методология рефлексорной диагностики по корпоральным точкам акупунктуры

му известному эксперту в области ТКМ — доктору Е. В. Лобусову принадлежат следующие слова: «Традиционное китайское мышление натуралистично, его нельзя отнести ни к материалистическому, ни к идеалистическому, данные попытки будут лишь попыткой уложить китайскую традиционную мысль в прокрустово ложе западной картезианской парадигмы» [www.zyq108.com/blog/lobusov-egor/12941].

Встречаются ещё более категоричные оценки различий гносеологических основ ТКМ и современной западной медицины: «...накопившая гигантский практический опыт китайская медицина оказалась в тени бурного прогресса западной медицинской школы из-за фатальной несовместимости их теоретического фундамента. Ожидать, что придерживающиеся господствующей парадигмы врачи хоть на йоту изменят своим убеждениям и будут готовы всерьёз принимать рассуждения о природе болезней, исходя из баланса Инь и Ян или взаимодействия пяти стихий, не приходится. Поэтому единственно возможный путь развития китайской медицины заключается в переоценке методов воздействия и результатов лечения, исходя из современных представлений о функционировании организма» [http://chinamed.ru/ks2006/press-reliz.php].

В последние годы в качестве борцов с лженаукой и под флагом борьбы с оккультизмом на ТКМ ополчились некоторые представители Русской Православной Церкви. В числе лексических признаков лженаучной литературы предлагается рассматривать использование терминов восточной философии, в частности — инь и ян и их символ — монаду, более того — их написание с заглавных букв. В число «маячков» позволяющих отличить лженаучный текст от истинно научного, включены и многие другие слова, в том числе просто написанные в русской транскрипции названия некоторых национальных лечебно-оздоровительных систем — йога, аюрведа, цигун, ушу, а также элементы их составляющие — асана, мантра, медитация и прочие [http://www.k-istine.ru/occultism/occultism_putnik-4.htm]. Эти термины, объявленные «лексическими маячками лженауки», на самом деле являются лексемами (прототерминами), использовавшимися до появления научного знания, которые, согласно терминоведческим закономерностям, вовсе не обязательно должны быть исключены из нынешнего лексикона.

Солидаризируясь с деятельностью комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований, нельзя допустить, чтобы необоснованное причисление ТКМ, а вместе с ней — и РТ к лженауке повредило развитию

их теории и практики. История изобилует примерами того, как слишком ретивые радетели доминирующей гносеологической парадигмы или поступающих новых руководящих установок надолго тормозили научный прогресс. Препраждая дорогу различного рода сознательным шарлатанам и искренне заблуждающимся энтузиастам той или иной экзотической парамедицинской методы, не следует отказываться от проверенных веками лечебно-оздоровительных систем лишь на том основании, что они в своей первооснове имеют якобы чуждые нам философско-религиозные корни.

Представления о триаде «небо — человек — земля», формализованные в знаменитом памятник древнекитайской культуры — Каноне Перемен, объединяют основополагающие теоретические концепции понимания всех природных и общественных явлений. Они основаны на холистической парадигме единства вселенной, которая свойственна отнюдь не только древнекитайской философии. Парацельс был убеждён в том, что Вселенная — это целостный организм, а человек — это Вселенная в миниатюре, и что между Вселенной и людьми наличествует такая же связь, как между органами одного тела. Не правда ли — сразу возникает ассоциация между представлениями Парацельса и базовой концепцией ТКМ о пяти первостихиях «у син». Англиканский поэт и проповедник XVII века Джон Донн утверждал, что человек — это микрокосм, созданный Творцом как зеркало макрокосма, вбирающий в себя весь огромный мир.

Идея отражения Вселенной в морфологической структуре человека, его соматических и психических функциях не чужда и русской средневековой гносеологии. Вообще представление о твари, и особенно о человеке с его телом, душой и духом, как об иконе (образе и подобии) Творца — типично христианская мысль. В «Сказании о человеческом естестве, видимом и невидимом» (XVII век) человек представлен как «малый мир», построенный по аналогии со всем земным творением. «Видимое естество» представлено соматическими составляющими человека, а «невидимое» — его духовными, ментальными, нравственными, психическими и эмоциональными характеристиками. При этом указывалось на связь между элементами видимого и невидимого естества: «от селезенки — гнев, от желчи — вражда, от крови — ярость» [11]. Таким образом, в историческом аспекте между основными идеями ТКМ и христианской гносеологии принципиальной чуждости не обнаруживается. Что же касается рефлексотерапии, то в самом её названии фигурирует христианская идея отражения.

В статье Н. В. Косинова «Принцип Инь-Ян, Святая Троица, триада Гегеля и календарь Майя» представлены аргументы в пользу непротиворечивости древнекитайской триады небо-человек-земля христианскому пониманию Бога как единой сущности в трех ипостасях. Обобщая разнообразные примеры триад в философии, физике и биологии, автор указывает, что такие трудно воспринимаемые свойства Святой Троицы, как «неслиянность, нераздельность и единосущность» могут объясняться с позиций логики троичности. К этой логике, раскрывающейся в триаде Гегеля, календаре Майя, Святой Троице и символе Тай Цзи, современная наука только начинает подступаться [<http://filosofia.ru/70580/>]. Логика троичности ассоциируется с интегративным трехуровневым методом выбора точек по Д. М. Табеевой и теорией трёх точек, трёхлинейного введения игл и трёх этапов лечения (3×3) Чжан Чуня⁵.

Таким образом, никакой «фатальной несовместимости» теоретических основ ТКМ современному естествознанию не наблюдается. Общая методология ТКМ имеет отчётливо выраженные характеристики общей теории систем, концепции «инь — ян» и «ци» адекватно интерпретируются в формате современной философии и естествознания. Не усматривается и принципиальных противоречий между христианской Святой Троицей, основами диалектики и концепцией инь-ян. Холистическое мировоззрение не является эксклюзивной прерогативой китайской философии и медицины, оно было свойственно также и западной, в том числе и российской натурфилософии средневековья. Более того, достижения современных естественных наук побуждают к «реабилитации» холизма и основанных на нём направлений лечебно-профилактической деятельности в виде комплементарной и интегративной медицины.

Терминологический аппарат имеет огромное значение, однако термин сам по себе вряд ли может использоваться в качестве достоверного критерия различения истиной и лженауки. Для их разделения важнее семантическое поле

термина — содержание феноменов, понятий и теорий, которые им обозначаются. Инициатор образования комиссии по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований — лауреат Нобелевской премии по физике академик Л. Гинзбург иллюстрирует это на примере природы теплоты, которую раньше рассматривали с позиций теории теплорода — некоей жидкости, которая переливается и переносит тепло. Поскольку теперь известно, что теплота — это мера хаотического движения молекул, то человек, придерживающийся теории теплорода — невежда или жулик. Однако, вряд ли кому-нибудь придёт в голову объявить текст, в котором встречается слово «теплота» лженаучным, хотя семантическое поле этого слова коренным образом изменилось. Возражая против использования в качестве лженаучных ярлыков определённых терминов ТКМ, следует признать, что терминологический аппарат РТ и ряда других, идейно близких к ней медицинских направлений, действительно нуждается в серьёзном пересмотре.

В свете примера с теплородом весьма сомнительной представляется целесообразность дальнейшего оперирования формулировками ТКМ, основанными на примитивных субъективных ощущениях «пустота — полнота», «жар — холод» и т. п. описаний функциональных состояний. До тех пор пока специалисты ТКМ будут использовать такие аллегории как «вторжение возмущённой ци печени в селезёнку», «огонь печени, оскорбляющий лёгкие» и тому подобные описания патологических состояний и названия синдромов они не достигнут консенсуса с представителями конвенциональной медицины а, следовательно, не будут преодолены имеющиеся барьеры дальнейшей интеграции ТКМ в современное здравоохранение.

Элементарный непредвзятый анализ концепции инь-ян показывает, что она является выраженным иными терминами законом единства и борьбы противоположностей, а в естественном аспекте — отражением закона сохранения энергии и вещества. Символ «великого предела» «тай цзи», который называют монадой, можно рассматривать как графическое выражение представления об универсальных волновых природных процессах (рис. 1).

Более сложную ситуацию представляет концепция у-син. Результаты систематических исследований Н. Н. Сыча [12, 13] выявили существенные изъяны концепции у-син и базирующемся на ней учении об АК, послужившие основанием для корректировки ряда общепринятых позиций и замены неоднозначных на-

5 Профессор Чжан Чунь — член китайского отделения Всемирной Федерации Иглоукалывания и Прижигания, почётный профессор института повышения квалификации медицинских работников КНР. С середины 1950-х гг. и до конца жизни работал в России. Главный редактор Европейского Журнала Китайской Медицины. В 1993 и 1994 г. вышли 2 номера этого незарегистрированного издания, в редколлегию которого входили [А. А. Барвинченко], А. М. Василенко (зам. главного редактора), [М. В. Вогралик], Ю. П. Макаров, В. В. Малявин, Е. Л. Мачерет (зам. главного редактора), Б. И. Поляков, [Л. Л. Хунданов].

званий — «первостихии, первоэлементы» более адекватным термином — бинарные системы. Анализируя варианты последовательности расположения бинарных систем и присущих им зарядовых знаков (+) — ян, (—) — инь, автор пришёл к заключению, что бинарных систем должно быть не пять, а шесть. Дополнительный шестой элемент, который автор называет «пневма», образуется из разделения бинарной системы «огонь». При этом символика у-син трансформируется из пентаграммы в гексаграмму (рис. 4).

Проведенные исследования привели коллегу Н. Н. Сычу к заключению о неправомерности использования теории у-син для бинарных систем (парных АК), а потому и некорректности применения в общем виде канонических правил составления акупунктурного рецепта согласно взаимосвязям между первоэлементами в пентаграмме у-син. Вместе с тем автор считает целесообразным сохранить общепринятый порядок следования первостихий для тригонов и двух срединных каналов, не нашедших отражения в пентаграмме у-син.

Коллеги А. П. Дубров и В. Г. Никифоров, исходя из анализа пентамерной симметрии как одной из отличительных черт биологических объектов, обосновали возможность представления схемы расположения АК в виде 12-ти пятиугольников, образующих полиэдрическую модель пространственного расположения точек акупунктуры. По мнению авторов, предложенная модель позволит лучше понять различную функциональную роль стандартных точек каждого АК, ординарных, групповых и общих ло-пунктов. Кроме того, она открывает новые

эвристические возможности изучения системы АК современными математическими методами и позволит вывести современную теорию АП, не противоречащую канонам ТКМ [14].

Публикации [12-14], хотя и содержат существенно новые взгляды на базовые элементы методологии ТКМ, но не затрагивают её общего «генерального плана». Коллега Ю. А. Ткаченко — один из первых учеников В. Г. Вогралика призывает к более решительным действиям. Он считает, что понятийная база чжень-цзю, не принадлежащая к нынешней человеческой цивилизации и основанная на ином мировосприятии, не может быть адекватно переведена на язык современной науки. По его мнению, мировой опыт изучения феноменов акупунктуры на нейрофизиологическом, биохимическом и биофизическом уровнях де-факто уже сегодня представляется достаточным для качественно другого понимания этой части ТКМ и формирования на этой основе новой доктрины РТ. Оформление её де-юре — вопрос не столько получения новых научных данных, сколько нашей способности к аналитическому осмыслению, обобщению уже имеющихся материалов и способности к выверенным действиям [15].

Выражение «движение — это жизнь» справедливо как в отношении живых существ, так и в отношении науки. Незыблемость мировоззренческих постулатов и теоретических построений любой доктрины есть свидетельство её научной нежизнеспособности. Необходимость решения перманентно возникающих перед человечеством практических проблем порождает научные теории, которые формулируются в соответствии с имеющимся на данный историче-

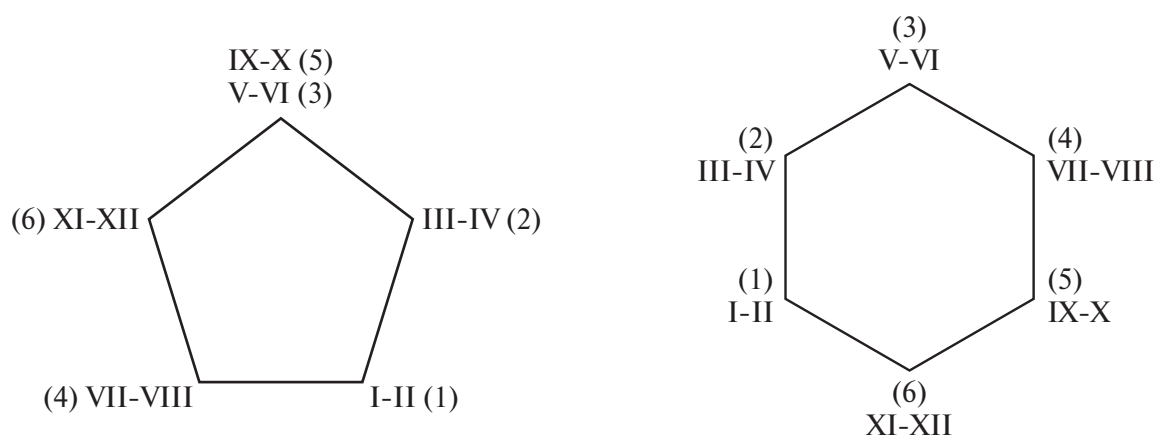


Рис. 4. Пентаграмма и гексаграмма бинарных систем в структуре у-син (по Н. Н. Сычу, 2002).

Римские цифры — общепринятые номера АК, арабские цифры в скобках — присвоенная автором нумерация бинарных систем. В гексаграмме нумерация бинарных систем следует из принципа их математического распределения согласно закону натурального ряда чисел.

ский период уровнем знаний. Ревизия теорий на предмет наилучшей пригодности к решению породивших их практических проблем приводит к отмиранию одних и выживанию других теорий. Так происходит естественный отбор научных теорий, получивший название эволюционной эпистемологии [16].

Объективный процесс интеграции ТКМ в современную медицинскую науку и практику с одной стороны обязывает к своевременному и решительному отказу от явно устаревших, противоречащих современным научным взглядам теорий, но не освобождает от необходимости уважительного и бережного отношения к наследию наших предшественников. Продолжая аналогию с биологической эволюцией, заметим, что приобретение организмами новых свойств, обеспечивающих их выживание в меняющихся условиях внешней среды, не означает полной утраты прежних свойств. Одна из гипотез современной генетики предполагает, что они сохраняются на уровне, так называемых, «молчащих генов», которые могут проявляться в некоторые периоды жизни и в чрезвычайных ситуациях. Эволюция знаний тоже невозможна без предшествующего базиса и, как следует из опыта прорыва в физике на рубеже XIX-XX в.в. — без необходимости комплементарного объединения старых и новых идей и теорий. Необходимость эта определяется не только логикой научного познания и этикой, но, главным образом — опасностью утраты той информации, которая в биологических объектах содержится в молчащих генах, а в натурфилософских основах медицины — в методологии ТКМ. Учитывая урон, понесённый ТКМ в связи с историческими событиями в самом Китае и проблемы, возникающие при передаче знаний из одной культурной среды в другую, вероятность этой утраты весьма велика.

Большинство как зарубежных, так и отечественных коллег признаёт целесообразность интеграции методологии ТКМ и современного естествознания. Как отмечает А.А. Карпеев, Россия занимает лидирующее положение в мире по уровню реальной интеграции традиционной медицины в современную систему здравоохранения, опережая в т.ч. Китай, Индию и другие страны Юго-Восточной Азии, где она сосуществует параллельно и даже автономно с государственной службой медицинской помощи. Вероятность такой же модели для России оценивается близкой к нулю [17]. Можно провести аналогию между нынешней ситуацией с общей теорией ТКМ и РТ со становлением и развитием теории поля в физике. Зародившаяся в древ-

ней Греции волновая теория звука впоследствии была распространена и на другие явления природы. Волновая теория света принципиально отличалась от общепринятой в XIX веке корпускулярной модели Ньютона. В этом же столетии из уравнений Максвелла были выведены свойства электромагнитных волн, что позволило создать общую волновую теорию поля. Однако при этом физики не отвергли полностью корпускулярную теорию. Более того, благодаря знаменитым исследованиям Макса Планка, она на новом методологическом уровне «возродилась» в квантовой механике. Далее де Бройль и Шрёдингер пришли к выводу, что корпускулярные материальные объекты при определённых условиях проявляют и волновые свойства.

Анализ кажущихся парадоксальными воззрений на дуалистическую — квантово-волновую природу физических явлений привёл Нильса Бора к формулировке двух принципов квантовой механики — принципа комплементарности (дополнительности) и принципа соответствия. Согласно первому из них, волновое и корпускулярное представления являются не взаимоисключающими, а взаимодополняющими, в совокупности позволяющими представить полную картину явления. Принцип соответствия состоит в том, что новая физическая теория в определённых предельных случаях переходит в предшествующую ей старую классическую теорию. По поводу бурного развития теоретической и экспериментальной физики В. Гейзенберг отмечал, что тесное взаимодействие самых разных, даже противоположных, типов мышления, исходящих из разных времен, религий и областей человеческой культуры может дать чрезвычайно продуктивный результат. Если такой результат был достигнут современной физикой, то он, по-видимому, может быть получен путём поиска комплементарности и соответствия между старой теорией ТКМ и новой теорией РТ.

Начавшееся в 50-х годах прошлого века и поныне продолжающееся второе пришествие ТКМ в Россию привело к появлению большого количества специальной и популярной литературы. Список книг, опубликованных отечественными авторами и переведёнными на русский язык по этой тематике за период с 1950 по 2001 г., представленный на сайте Центра «Петербургское Востоковедение» [<http://www.pvost.org/material/bibliogr/pages/chinabase.html>] насчитывает 148 наименований. Список литературы по восточной медицине, приведенный на сайте Академии «Инъ и Ян» [<http://www.injan.ru/ru/academy/literatura.html>], включающий литературу, изданную и после

2001 г. содержит 339 источников, не считая периодических изданий. Не в обиду их составителям, заметим, что оба списка не являются полными.

Широкие возможности для изучения основ ТКМ предоставляют ряд интернет-сайтов: <http://abirus.ru>, <http://www.accupuncture.com>, <http://www.zhongyi.ru>, <http://www.ryodoraku>, <http://www.injan.ru/ru/academy>, <http://chinamed.ru/index.php>⁶. Как и прежде, интересы врачей, а, следовательно, и издателей концентрируются в основном на акупунктуре. Имевшийся ранее дефицит изданий по китайской фитотерапии лишь отчасти восполнен книгой П. В. Белоусова и А. В. Чемериса Основы китайской фитотерапии (2000) и монографией А. Б. Миконенко Фитотерапия в традиционной китайской медицине (2010). Постепенно восполняется дефицит информационных ресурсов по цигун. В 2009 г. издательством Феникс выпущены подготовленные Всекитайской Ассоциацией Оздоровительного Цигун три книги с вложенными DVD. Несмотря на эти позитивные тенденции комплементарные акупунктуре натуропатическое и психофизиологическое направления ТКМ требуют дальнейшего изучения.

Россия была первой страной, в которой РТ, выведенная из ТКМ, удостоилась войти

в номенклатуру врачебных специальностей. В этом плане мы выполнили предуготовленную П. Я. Чаадаевым для России миссию сочетания воображения и разума и объединения в своём просвещении исторических судеб мира⁷. Вместе с тем, именно медики — синологи не считают РТ правопреемницей ТКМ. Остается и множество других насущных проблем и вопросов, которые не спешат решать ни Минздрав РФ ни РАМН. Да и должны ли они этим заниматься? — Во всех цивилизованных странах решение внутренних вопросов медицинских специальностей является прерогативой профессиональных ассоциаций.

31.10. 2003 г. на базе ГКБ №11 г. Москвы в формате I Российского конгресса «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» состоялся сателлитный симпозиум «Рефлексотерапия в системе медико-социальной реабилитации». В работе симпозиума приняло участие 132 человека. Из них 115 рефлексотерапевтов и 17 представителей смежных специальностей — инженеров — разработчиков аппаратуры, гомеопатов, мануальных терапевтов, психотерапевтов и других специалистов. Одним из основных вопросов программы симпозиума было учреждение Российской Ассоциации Рефлексотерапевтов и выборы президента Ассоциации.

⁶ Приведены названия только тех сайтов, материалы которых использовались для подготовки этой статьи.

⁷ См. эпиграф.



Президиум симпозиума «Рефлексотерапия в системе медико-социальной реабилитации» 31.10.2003. Слева направо: А. Т. Качан, В. Г. Зилов, Л. Г. Агасаров, А. М. Василенко, В. С. Гойденко.

Доктор С.Г. Руднев огласил отредактированный Устав ассоциации, проект которого был предварительно опубликован в журнале Рефлексотерапия № 1 (4) 2003 года. Открытым голосованием участники симпозиума приняли единогласное решение об учреждении Российской Ассоциации Рефлексотерапевтов. Далее слово взял профессор А.Т. Качан — ранее избранный президент не имеющего юридического лица общества акупунктуры и традиционной медицины. Он сложил с себя полномочия президента и выдвинул кандидатуру профессора Л.Г. Агасарова на пост только что учрежденной Российской Ассоциации Рефлексотерапевтов. Открытым голосованием он был единогласно избран президентом Ассоциации.

Л.Г. Агасаров, 1954 г. рождения, доктор медицинских наук, профессор, зав. курсом традиционных методов лечения и физиотерапии I МГМУ им. И.М. Сеченова, руководитель направления традиционных методов лечения в ФГБУ РНЦ Медицинской Реабилитации и Курортологии Минздрава РФ.

В 1977 году окончил I Ленинградский медицинский институт им. И.П. Павлова. С 1977 по 1985 год обучался в аспирантуре и работал в НИИ экспериментальной медицины АМН СССР. Далее работал в НИИ рефлексотерапии (впоследствии — НИИ традиционных методов лечения МЗ РФ), где прошел путь от научного сотрудника до заведующего отделом. В 1981 г. защитил кандидатскую, а в 1992 году — докторскую диссертацию, посвященную смежным во-

просам неврологии, сексопатологии и рефлексотерапии. Член Специализированного ученого совета Д 208.060.01 по специальности 14.03.11 — восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия. Под руководством Л.Г. Агасарова защищено 20 кандидатских и 2 докторские диссертации. Он является автором 340 публикаций, включая 10 монографий

Основными темами дискуссии между участниками симпозиума явилось обсуждение методологической базы и понятийного аппарата современной РТ, медико-технические вопросы разработки методов рефлексотерапевтической диагностики, предназначение, целесообразность и эффективность использования этих методов на различных этапах оказания медицинской помощи. Особенно волновали специалистов нерешенные вопросы о месте РТ в номенклатуре врачебных специальностей и организации службы РТ в стране. По мнению участников, решение этих вопросов должно стать первоочередной задачей созданной Ассоциации.

Несмотря на то, что «де факто» Ассоциация была создана ещё в 2003 г. её учреждение «де юре» состоялось только в 2011 г. Это было связано с рядом объективных обстоятельств и потребовало изменения юридической формы Ассоциации, однако её основные цели и задачи остались теми же, что и 8 лет назад. Они перечислены в Уставе Ассоциации, некоторые из них более детально были освещены в других докладах сегодняшней конференции и представлены в других статьях этого номера.

К нерешённым с 1990-х годов в последнее время добавляются новые ведомственные проблемы. 23.09.2011 г. в Общественной палате и 13.10.2011 г. — в Комитете Совета Федерации по здравоохранению проходили слушания о роли и месте традиционной медицины в системе здравоохранения РФ. В Общественной палате был поставлен вопрос о введении новой специальности — врач традиционной медицины. Аргументация против некорректного термина «традиционная медицина» приводилась нами ранее [18] и вновь повторяется в этом номере журнала. В настоящее время ТКМ в большей мере относится к арсеналу альтернативной медицины, а РТ — к комплементарной медицине. В отличие от «традиционная», прилагательные «альтернативная» и «комплементарная» характеризуются чёткими, ясно разграниченными между собой семантическими полями. В то время как ряд средств и методов комплементарной медицины, в т.ч. и РТ, уже интегрированы в конвенциональную медицину, большинство



Президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов профессор Агасаров Лев Георгиевич.

подходов, используемых в альтернативной медицине, отстоят от неё значительно дальше. Далеко не все из них имеют реальные шансы легализоваться в области конвенциональной медицины.

Возрождение традиционной медицины и введение её в стандарты бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий планируется с участием Шанхайской организации сотрудничества. Здесь кроется угроза неоправданной экспансии ТКМ в ущерб отечественной службе РТ. В КНР актуализируется проблема трудоустройства врачей ТКМ. Выпускники колледжей и университетов ТКМ менее востребованы по сравнению с выпускниками ВУЗов, учебные программы которых соответствуют современным стандартам конвенциональной (западной) медицины. Эти невостребованные на родине и слабо подготовленные по основам современной медицины врачи ТКМ уже сейчас активно ищут рабочие места в России. Недостатки базового медицинского образования в сочетании с незнанием русского языка этими «врачами» дают основания усомниться в их реальной пользе для здоровья россиян. Вместе с тем, учитывая некоторые известные обстоятельства (этническая родственность с ТКМ, психотерапевтические эффекты внешности врача и обстановки проведения процедур, готовность трудиться за меньшую зарплату) они окажутся неоправданно более конкурентно способными по сравнению отечественными специалистами. Удовлетворять имеющийся спрос на медицинскую помощь в формате ТКМ следует путём подготовки российских врачей, приглашая для этого специалистов из КНР. Начало такой практики уже положено, вероятно, её следует развивать и дальше.

Заключение

Любая система медицинских знаний соответствует уровню общей ментальности своей исторической эпохи. Древние медицинские представления в странах Востока и Запада при их фенотипических различиях имеют генотипические сходства. Западные и восточные базовые мировоззренческие позиции в основном непротиворечивы. Современные теоретические исследования дают основание рассматривать учение об «инь — ян» в качестве прототипа диалектических законов единства и борьбы противоположностей и перехода количественных изменений в качественные, а также естественнонаучного закона сохранения энергии и вещества. Анализ

теоретических основ ТКМ показывает, что её основные положения, хотя и выраженные в архаичной, а потому неадекватно воспринимаемой терминологии, не противоречат современным философским и естественнонаучным воззрениям.

Идеи универсальности принципов организации всего сущего и их отражения в человеке, не отвергаемые современной наукой, присутствуют в методологии ТКМ. Причинами скептического, а иногда и резко негативного отношения некоторых представителей академического сообщества и догматиков христианской религии к ТКМ является недостаточная осведомлённость о возможности современной интерпретации её методологических позиций, а также терминологическая неопределённость в области неконвенциональной медицины. Результаты экспериментальных и клинических исследований позволяют интерпретировать основные методологические позиции ТКМ на основе современной естественнонаучной базы.

Анализ методологии ТКМ с использованием общепринятых диалектических принципов показывает, что все её этиологические, патогенетические, диагностические и лечебно-профилактические аспекты могут рассматриваться как форма системного анализа взаимоотношений человека со средой обитания и возможности целенаправленного управления функциональными системами человека различного уровня. Общая методология ТКМ, её практика и современная естественнонаучная интерпретация основных положений соответствуют всем основным принципам теории описания систем: структурности, взаимозависимости со средой, иерархичности и множественности описания.

Начавшееся с русских духовных миссий в Пекине и продолжающееся поныне пришествие ТКМ в Россию привело к появлению медицинской специальности под названием «рефлексотерапия». Исследования российских учёных и практиков позволили обеспечить современную философскую и естественнонаучную интерпретацию некоторых положений ТКМ, способствующую её интеграции в современное здравоохранение. Продолжение этого интеграционного процесса отвечает взаимным российско-китайским интересам.

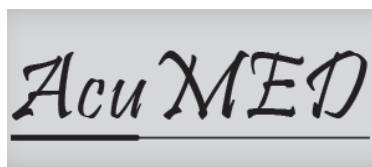
Литература

1. Белоусов П. В. Теоретические основы китайской медицины (серия «Китайская чжэнь-цзю-терапия») — Алматы, 2004. — 172 с.

2. Мачоча Джованни. Основы китайской медицины. Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травмами/пер. с англ. М.: Рид Элсивер, 2011. — т. 1. — 440 с.
3. Китайская медицина в русских сочинениях (1815-1935). Выборка по фонду Российской публичной библиотеки, подготовленная А. П. Керзумом [www.zhongyi.ru/forum/viewtopic.php?p=10633#10633].
4. Василенко А. М. Основные принципы адаптогенного действия рефлексотерапии // Итоги науки и техники. ВИНТИ. Серия физиология человека и животных., 1985, т. 29. С. 157-203.
5. Василенко А. М. Акупунктура и рефлексотерапия. Эволюция методологии и теории. — Таганрог, Изд-во ТРТУ, 1998. 110 с.
6. Василенко А. М. Концепция интегрального регуляторного континуума — основа современной теории рефлексотерапии // Рефлексотерапия. — 2007. — № 2 (20). — с. 5-8.
7. Лиманский Ю. П., Самосюк И. З. Концепция электромагнитного гомеостаза и ее обоснование // Рефлексотерапия. — 2004. — 11, № 4. — С. 3-9.
8. Лиманский Ю. П., Гуляр С. А., Самосюк И. З. научные основы акупунктуры // Рефлексотерапия. — 2007.-№ 2 (20). — с. 9-18.
9. Василенко А. М., Захарова Л. А. Нейроэндокриноиммунная система периферического контроля боли // Боль (научн.-практ. ж.). — 2004. — № 1 (2). — с. 51-56.
10. Василенко А. М. Рефлекторная нейроиммунномодуляция: перспективный комплексный подход к реабилитации пациентов различного личного клинического профиля // Сборник трудов «К 90-летию ФГУ «РНЦ ВМиК». М. 2011. С. 88-94.
11. Черная Л. А. В кн.: Человек и культура: Индивидуальность в истории культуры. М., 1990, с. 192-203.
12. Сыч Н. Н. Правомерна ли теория у-син для бинарных систем? // Рефлексотерапия. — 2002. — № 2 (сент.). — С. 17-20.
13. Сыч Н. Н. Числа, символы, зарядовые знаки «чжоу и» в современной науке о человеке // Рефлексотерапия. — 2003. — № 4 (7). — С. 36-40.
14. Дубров А. П., Никифоров В. Г. Принцип симметрии в методологии акупунктуры // Рефлексотерапия. — 2002. — № 2 (сентябрь). С. 20-22.
15. Ткаченко Ю. А. Нужна новая доктрина рефлексотерапии // Рефлексотерапия. — 2003. — № 4 (7). — С. 53-56.
16. Popper K. A Evolutionary Epistemology // Evolutionary Theory: Paths into the Future/Ed. by J. W. Pollard. John Wiley & Sons. Chichester and New York, 1984, ch. 10, pp. 239-255. [http://www.keldysh.ru/pages/mrburweb/philosophy/popper.html].
17. Карпеев А. А. Традиционная медицина. Проблемы интеграции. // Традиционная медицина. — 2009. — № 3 (18).-с. 4-6.
18. Василенко А. М. Комплементарная медицина: пора определиться в терминологии. Приглашение к дискуссии. // Вестник восстановительной медицины. — 2009. — № 2. — с. 16-20.

Сетевые ссылки приведены
в тексте и сносках.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



www.acumed.ru

Оборудование и расходные материалы для АКУПУНКТУРЫ

Наши телефоны: +7 (495) 330-60-33, +7 (910) 444-98-77

Мы предлагаем Вашему вниманию широкий выбор принадлежностей для акупунктуры, необходимых практикующему врачу-рефлексотерапевту:

стерильные одноразовые и многоразовые корпоральные иглы, золотые и позолоченные иглы, аурикулярные иглы, иглы для Су Джок терапии, зёрна для Цубо терапии, полынные и угольные сигары, каточки массажные, молоточки игольчатые, модели для акупунктуры, плакаты, литературу.

Принадлежности прошли успешные клинические испытания на базах Московского медикостоматологического университета.

Это оборудование позволяет оснастить кабинеты иглоукалывания на самом высоком уровне.

НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ



¹Полякова А.Г.



²Мазина Е.И.

¹ФГУ «ННИИТО» Минздравсоцразвития РФ, ²Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Нижегородский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Н. Новгород)

UNRESOLVED QUESTIONS OF REGULATORY BASE OF REFLEXOTHERAPY

Polyakova A. G., Mazina E. I.

Резюме

Профессиональная деятельность врача-рефлексотерапевта регламентируется нормативными актами, некоторые позиции которых не совпадают, а в ряде случаев противоречат друг другу. Несовершенство нормативной базы зачастую создаёт условия для необоснованных финансовых затрат, снижения качества и доступности помощи в данной сфере восстановительной медицины. Существующие нормативы должны быть приведены в соответствие между собой на основе обширных теоретических и практических данных в области рефлексотерапии, накопленных в России и в мире. В дальнейшем при формировании нормативной базы необходимо избегать противоречий в регламентирующих документах.

Ключевые слова: рефлексотерапия, нормативный акт, показания, специалист, квалификационные требования, нерациональные затраты, доступность специализированной медицинской помощи.

Resume

Reflexotherapeutic management is regulated by the statutory acts which some positions don't coincide, and in some cases contradict each other. Imperfection of standard base frequently frames conditions for unreasonable financial expenses, depressions of quality and availability of the help in the given sphere of regenerative medicine. Existing specifications should be brought into accord among themselves on the basis of the extensive theoretical and practical data in the field of the reflexotherapy, saved up in Russia and in the world. Further at formation of standard base it is necessary to avoid contradictions in regulating documents.

Keywords: reflexotherapy, the statutory act, indications, the expert, qualifying demands, irrational expenses, availability of the specialized medical help.

Неудовлетворительное состояние системы медицинской реабилитации и отсутствие ее необходимой нормативно-правовой базы в стране отмечено в Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

Одна из составляющих реабилитационной медицины — рефлексотерапия и её в полной мере касается проблема несовершенства и противоречивости нормативной базы. Отдельные докумен-

ты из системы правового обеспечения деятельности врача-рефлексотерапевта зачастую не имеют между собой логической взаимосвязи.

В частности, оснащение кабинета рефлексотерапии оговаривается двумя нормативными актами:

- Приказом МЗ РФ № 38 от 03.02.1999 г. «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации» (Приложение № 10).

- Приказ МЗСР РФ № 753 от 01.12.2005 г. «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований» (Приложения № 1, 3, 4);

При этом табель оснащения кабинета рефлексотерапии, представленный в Приказе МЗСР РФ № 753 не идентичен аналогичному табелю в Приказе МЗ РФ № 38.

Штаты службы рефлексотерапии регламентируются четырьмя действующими нормативными актами:

- Приказ № 364 от 10.12.1997 г. «О введении специальности «Рефлексотерапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей»;
- Приказ Минздрава России № 38 от 03.02.1999 г. «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации»;
- Приказ МЗСР России № 210н от 23.04.2009 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ МЗСР России № 415н от 07.07.2009 г. «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».

Последние два приказа не вполне согласуются с первыми и с утверждённым Минздравом Государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности № 040109.02 «Рефлексотерапия» (Москва, 2000), регламентирующим обучение специалистов — рефлексотерапевтов в клинической ординатуре, на курсах общего усовершенствования, аттестационных циклах, циклах тематического усовершенствования.

Кроме того, данные приказы трудно сопоставить с нормативным документом, который регламентирует профиль патологии, требующей вмешательства специалиста рефлексотерапевта: Приказом МЗСР РФ № 266 от 13.04. 2007 г. «Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике».

Бессистемность в формировании нормативной базы создаёт несоответствие профиля заболеваний, рекомендованных для лечения методами рефлексотерапии, и профиля специалистов, которым вменяется в обязанность её осуществление.

Приказ МЗСР РФ № 266 — один из наиболее значимых нормативных актов по рефлексотерапии, принятых за последние годы. Он даёт чёткие, соответствующие МКБ-10, формулировки показаний к применению рефлексотерапии. В их числе: язва желудка и язва двенадцатиперстной кишки не уточненная как острая или хроническая (K25.9, K26.7), хронический некалькулезный холецистит (K81.1), рецидивирующий бронхит (диагноз, используемый в педиатрии) (J40.0), хронический обструктивный бронхит (J44.8), бронхиальная астма (J45), пульпит (K04.0), негнойный средний отит (H65), эндомиомиоз (N80), крауроз вульвы и влагалища (N90.4 и N89.8), хронический простатит (N41.1), и др. Эффективность использования рефлексотерапии при всех перечисленных заболеваниях подтверждена многочисленными исследованиями и отражена в обширной литературе последних десятилетий, как отечественной, так и зарубежной [2, 3, 5, 6, 7].

Помимо приказа № 266, использование рефлексотерапии при разнообразной патологии регламентируют также Стандарты санаторно-курортной помощи больным с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника (Приказ МЗСР РФ № 278 от 23.11.2004 г.), больным с ожирением и другими видами избыточности питания, нарушением обмена липопротеинов и другими липидемиями (Приказ МЗСР РФ № 223 от 22.11. 2004 г.), больным с болезнями печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (Приказ МЗСР РФ № 277 от 23.11. 2004 г.), больным с болезнями уха и сосцевидного отростка, верхних дыхательных путей (Приказ МЗСР РФ № 275 от 23.11. 2004 г.), больным мочекаменной болезнью и другими болезнями мочевой системы (Приказ МЗСР РФ № 210 от 22.11. 2004 г.) и др.

Таким образом, в нормативной базе представлен спектр весьма разноплановой патологии, показанной для рефлексотерапии. В этой связи непонятно, почему проведение рефлексотерапии в Приказе № 415н юридически закреплено преимущественно за врачом-специалистом, имеющим послевузовское профессиональное образование по специальности «Неврология», а Приказ № 210 однозначно требует наличия специализации по неврологии у всех врачей — рефлексотерапевтов.

Квалификация специалистов здравоохранения регламентируется также Приказом Минздравсоцразвития России № 541н от 23.07. 2010 г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалифика-

ционные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Согласно п.1.6 Приложения к указанному нормативному документу: «Лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, в порядке исключения, могут быть назначены на соответствующие должности, так же, как и лица, имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы. Работодатель принимает меры по дальнейшей профессиональной подготовке упомянутых лиц». Применительно к врачу — рефлексотерапевту, данная позиция приказа достаточно однозначно требует обеспечить, помимо специализации по рефлексотерапии, послевузовское профессиональное образование по специальности «Неврология», хотя и предоставляет некоторую временную отсрочку (которой можно воспользоваться, но реально лишь до момента ближайшего лицензирования либо аккредитации).

Вместе с тем, программы последипломной подготовки врачей по неврологии (специализации и усовершенствования) сконцентрированы исключительно на неврологической патологии, и не включают вопросов патогенеза, клиники и диагностики соматических и каких-либо других заболеваний, в том числе тех, при которых показано применение рефлексотерапии. Таким образом, качественное проведение рефлексотерапии больным, страдающим не неврологическими заболеваниями, требует дополнительного участия врача-специалиста по профилю заболевания. Помимо дополнительных финансовых издержек для системы здравоохранения, в амбулаторной практике это положение создаёт дополнительные барьеры для пациента: необходимость регулярного посещения двух докторов, возможно, с разным расписанием и очередью на приём, что снижает доступность лечения и комплаенс пациентов. Регулярность таких посещений маловероятна. В результате оценка динамики состояния пациента с бронхиальной астмой или язвенной болезнью, проводимая в ходе курса рефлексотерапии лишь специалистом — неврологом, неизбежно будет ориентирована преимущественно на неврологические критерии и самооценки больного, что не отражает интересов самого пациента и не согласуется с соответствующими протоколами ведения больных (Приказ МЗСР РФ № 241 от 22.11. 2004 г. «Об утверждении стан-

дарта медицинской помощи больным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки»; Приказ МЗСР РФ № 678 от 25.09.2006 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с астмой» и др.)

Оптимальным, на наш взгляд, было бы положение, когда доктор, осуществляющий рефлексотерапевтическое лечение соматических, гинекологических, отоларингологических, травматолого-ортопедических больных, являлся бы специалистом соответствующего профиля и в ходе лечебного процесса проводил осмотр пациентов согласно позициям соответствующих стандартов. Этому же мнению придерживался и один из ведущих российских специалистов в области рефлексотерапии профессор В. Г. Вогралик. Исследования пациента при этом должны быть проведены в объёме, необходимом и достаточном для оценки динамики состояния при данной патологии. Однако в этом случае издержки на осуществление базовой специализации по неврологии для врача-рефлексотерапевта не обоснованы. Не безусловно оправданными выглядят и затраты (финансовые и временные) на обязательную ординатуру по рефлексотерапии для терапевтов, ортопедов или педиатров, работающих с профильными больными.

Несогласованность нормативов выливается в нерациональные затраты и снижение доступности специализированной медицинской помощи.

Решение проблемы видится нам в разных вариантах. Повышению качества, экономичности и доступности рефлексотерапии могла бы способствовать корректировка квалификационных требований к специалисту — рефлексотерапевту, а именно, внесение в пункт нормативного документа, касающийся рефлексотерапии, ссылки на Приложение 5 к действующему Приказу Минздрава России от 03.02.1999 № 38 «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации» («Положение о враче кабинета (отделения) рефлексотерапии»): «На должность врача кабинета (отделения) назначается специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», прошедший послевузовскую подготовку (интернатура, ординатура) или специализацию по рефлексотерапии в лицензированных образовательных учреждениях».

Положительные моменты такого решения: во-первых, оно позволяет увязать между собой два действующих нормативных документа. Во-вторых, допускается возможность для врачей-специалистов разных направлений приобретать дополнительную специальность рефлексотерапевта и применять полученные знания в своей

области. Подобный подход, кстати, реализован в Приказе Минздравсоцразвития России №415н от 7 июля 2009 г. в отношении квалификационных характеристик врача — физиотерапевта.

Физиотерапия и рефлексотерапия появились в медицинском лексиконе почти одновременно: «физиотерапия» в 1905 году в Бельгии, а «рефлексотерапия» — в 1912 году во Франции. Уже известные к тому времени в странах Европы, в том числе и в России, методы древнекитайской медицины — иглоукалывание и прижигание — в равной мере могли быть отнесены как к физио- так и к рефлексотерапии [1]. Современный арсенал технологий физиотерапии, как и рефлексотерапии, широко используется почти во всех областях клинической медицины. Методологии и методы обеих врачебных специальностей взаимно обогащают друг друга [2, 5]. Никому никогда не приходило в голову ограничивать возможность получения специализации по физиотерапии врачам, какой-либо одной базовой медицинской специальности. Почему это нужно делать в отношении рефлексотерапии не поддаётся никаким логическим объяснениям.

В то же время, давно назрел вопрос об изучении рефлексотерапии в рамках базового медицинского образования. Эту специальность необходимо изучать на разных этапах подготовки врачебных кадров, начиная с третьего курса, а также в виде отдельной дисциплины в программе подготовки студентов пятого курса, когда начинает формироваться клиническое мышление будущих специалистов. Для врачей XXI века владение рефлексодиагностикой и рефлексотерапией особенно актуально в связи с возможностью проводить интегративную оценку здоровья пациента, как в исходном состоянии, так и в процессе коррекции выявленных функциональных нарушений не только поврежденного сегмента, но и всего организма в целом, одновременно оценивать адекватность и эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Следует отметить, что за последние 10-15 лет нормативы, регламентирующие профессиональную деятельность врача — рефлексотерапевта, неоднократно менялись. В результате, мы имеем кадры докторов рефлексотерапевтов, которые в своё время получили специальность на основании ранее действовавших нормативов и не вписываются в ныне действующие регламенты. Проблема последствий неоднократного переименования нормативов была учтена в примечании 4 Приказа МЗСР РФ №112н от 11.03.2008 г. «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием

в сфере здравоохранения Российской Федерации», действовавшего до апреля 2009 г. Согласно примечанию к данному приказу, лица, получившие право на профессиональную деятельность по специальности, а также зачисленные на обучение по программам послевузовского профессионального и дополнительного профессионального образования в соответствии с ранее действовавшими нормативными актами, сохраняют право на профессиональную деятельность и дальнейшее обучение в соответствии с имеющейся специальностью. Это примечание, по-видимому, следует внести и в новые нормативные документы.

Таким образом, сложившаяся на сегодня ситуация с нормативным обеспечением рефлексотерапии не способствует повышению её качества и доступности, приводит к неэффективным затратам, потере опытных кадров и потому требует исправления. Дальнейшая разработка юридических основ деятельности специалистов по рефлексотерапии должна обеспечить преемственность и взаимосвязь отдельных нормативных документов. Включение данной дисциплины в программу обязательного обучения студентов-медиков несомненно принесет свои плоды уже в недалеком будущем.

Литература.

1. Василенко А.М. Интеграция принципов физио- и рефлексотерапии в технологии динамической электростимуляции. // Сборник материалов международного симпозиума, посвященного 10-летию Корпорации ДЭНАС МС, Екатеринбург. — 2008. с.
2. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В. Лекции по рефлексотерапии: Учебное пособие. — М.: Изд-во Су Джок Академия, 2002. — 374 с.
3. Вогралик В.Г. Вогралик М.В. Акупунктура: Основы традиционной восточной и пунктурной адаптационно-энергетизирующей терапии ци-гун. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
4. Пономаренко Г.Н., Турковский И.И. Биофизические основы физиотерапии: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2006. — 172 с.
5. Григориади Н.В., Яблочкина Т.Н. Место рефлексотерапии в современной медицине. Новые аспекты показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике (по материалам Приказа Минздравсоцразвития РФ № 266 от 13 апреля 2007 г.) // Врач и аптека XXI века. — 2008.—9.-с. 12-14.

6. Breuner, C.C. Complementary Medicine in Pediatric: A Review of Acupuncture, Homeopathy, Massage, and Chiropractic Therapies. *Pediatric and Adolescent Health Care*. 2002, T. 32, N 10, с. 351-366.
7. Diehl, D.L. Acupuncture for gastrointestinal and hepatobiliary disorders // *J. Altern. Comp. Med.* — 1999. — N.5. — p.27-45.

Комментарий главного редактора.

Статья д.м.н. А.Г. Поляковой и к.м.н. Е.И. Мазиной продолжает и развивает состоявшееся ещё в 2002 г. обсуждение этой темы. Начало было положено нижеследующим письмом, опубликованным в № 3 (3) журнала «Рефлексотерапия» за 2002 г.

О месте рефлексотерапии в номенклатуре врачебных специальностей.

Открытое письмо первому заместителю
Министра здравоохранения
Российской Федерации А.И. Вялкову.

Глубокоуважаемый Анатолий Иванович!

Решением Коллегии Минздрава РФ, состоявшейся 20-21 марта 2001 г., в 2002 г. предусмотрен пересмотр номенклатуры врачебных специальностей (Врачебная Газета № 1, январь, 2002, С.13). Вопрос номенклатуры — один из самых принципиальных во всех областях знания и любой человеческой деятельности. Пересмотр номенклатуры призван способствовать обеспечению прогресса отрасли в целом и оптимальному развитию отдельных ее областей. Выделение той или иной области врачебной деятельности в специальность должно основываться на определенных критериях и объективных реалиях медицинской науки и практики.

В настоящее время вопрос об универсальных критериях формирования номенклатуры врачебных специальностей остается открытым. Чаще всего специальности выделяются по критерию пораженной системы, в других случаях используются критерии преимущественного метода лечения, основного патогенного фактора, наиболее актуальной цели оказания медицинской помощи или ее этапа. При этом одни виды медицинской деятельности удостоиваются звания основной специальности, другие — дополнительной, многие остаются в ранге методов. При этом опять же не имеется объективных критериев для отнесения той или иной врачебной деятельности, технологии или метода в соответствующий разряд.

На обсуждение можно предложить следующую формулировку критерия врачебной специальности: область врачебной деятельности, характеризующаяся относительно специфичной целостной системой диагностики и лечения, эффективной на различных этапах оказания медицинской помощи.

Вместе с очевидными преимуществами врачебная специализация имеет и негативные последствия. Узкопрофессиональное клиническое мышление порой мешает врачу увидеть больного во всем многообразии его внутренних и внешних взаимосвязей. Принцип «лечить не болезнь, а больного» на практике часто не удается реализовать. Ведение больных, несмотря на декларируемый комплексный подход, нередко осуществляется последовательно.

Прогресс медицинской, как и любой другой науки, требует оптимальных соотношений аналитического и синтетического методов познания. Стефану Цвейгу принадлежат следующие слова: «Чувствуется в среде умнейших и гуманных врачей тоска по прежнему универсализму, стремление найти пути от замкнутой, локализованной патологии к конституциональной терапии, осведомленности не только об отдельных болезнях, но и личности человека. Исследовав вплоть до молекулы тело, творческая любознательность вновь обращает свой взор в сторону целостности болезни, различной в каждом случае». Действительно, внимание передовой общественности всегда привлекали направления, основанные на целостном подходе к человеку и его болезням в неразрывном единстве с окружающей средой. Так в европейской медицине возникла психосоматика и появились врачи — психотерапевты.

Целостный подход отчетливо проявляется в традиционной восточной медицине, в частности — акупунктуре. Постепенно более широкое направление медицины, получившее в 1912 г. название «рефлексотерапия», не содержащее изначально никаких ограничительных указаний относительно модальности лечебных воздействий и участия тех или иных сенсорных систем, оказалось «монополизированным» акупунктурой. Сейчас мы восстанавливаем рефлексотерапию (РТ) до исходного, более широкого понимания, определяя ее как лечебно-профилактическую систему, основанную на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействия на них с целью регуляции функциональных систем организма.

РТ характеризуется наличием специфичной целостной системы диагностики и лечения. Эффективность ее на различных этапах

оказания медицинской помощи доказывает- ся как многовековой «живучестью» метода, так и современными данными клинических и экспериментальных исследований. Таким образом, РТ отвечает критерию врачебной специальности. Согласно вышеприведенному определению в лоно РТ возвращаются музы- ко-, арома-, свето- и цветотерапия. Многопла- новые исследования и клиническая практика подвели под РТ современную научную базу. РТ признана универсальным методом, направлен- ным на регуляцию реакций стресса и адапта- ции во всём многообразии их физиологических и клинических проявлений.

В 1997 г. приказом Минздрава РФ № 364 от 10.12.97 РТ введена в номенклатуру лечеб- ных и провизорских специальностей, утвержде- ны положения о враче — рефлексотерапевте, его квалификационная характеристика и порядок аттестации. В 1999 г. — приказом МЗ РФ № 38 от 03.02 «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации» определены положения о кабинете и отделении РТ и штатные нормативы их персонала.

Приказ МЗ РФ № 337 от 27.08.99, соглас- но которому право на получение сертификата по РТ имеют только врачи, имеющие специ- ализацию по неврологии, нанес сильный ущерб развитию службы РТ. Убедительно доказано, что РТ эффективно используется во многих об- ластях клинической медицины, в том числе да- леких от неврологии.

Однако, на этом злостное РТ не закон- чились. 05.06.2002 подписан приказ № 186 о вне- сении дополнения в приложение № 1 к приказу Минздрава России от 26.07.2001 № 290, которым вводится пункт 84 — Главный специалист по во- просам традиционной медицины, а под самой традиционной медициной понимается «рефлек- сотерапия, мануальная терапия, фитотерапия, гомеопатия и пр.»

Последний из цитируемых приказов внес до- полнительное недоразумение в организацию службы РТ. Согласно действующей номенкла- туре РТ относится к неврологии, по приказу № 186 — к традиционной медицине, которая вообще отсутствует в номенклатуре врачебных специальностей.

Принадлежность РТ к неврологии формаль- но существенно ограничивает область ее ис- пользования и получения соответствующей подготовки врачами. Врачи — представители многих областей клинической медицины, в ко- торых РТ давно и весьма эффективно приме- няется, вынуждены предварительно получать специализацию по неврологии. Таким образом,

4-месячное обучение, предусмотренное унифи- цированной программой последипломной под- готовки по РТ, должно предваряться 5-месяч- ной специализацией по неврологии. Заметим, что обучение производится в очной форме с от- рывом от производства. Теперь спросим у глав- ного врача любого лечебно-профилактического учреждения — готов ли он отпустить своего ра- ботника на 9 месяцев для того, чтобы он полу- чил сертификат рефлексотерапевта? — Ответ почти наверняка будет отрицательным.

Не оправданно и отнесение РТ к, так назы- ваемой, традиционной медицине. По опреде- лению, принятому ВОЗ, традиционная меди- цина представляет собой совокупность знаний и навыков (независимо от того, получили ли они логическое объяснение), применяе- мых в процессе профилактики, диагностики и устранения физических, психических и со- циальных нарушений здоровья и опирающихся исключительно на практику и наблюдения, пе- редаваемые из поколения в поколение в устной или письменной форме. Даже в классической акупунктуре диагностические и лечебные алго- ритмы базируются на общенаучной китайской методологии, а не "исключительно на практике и наблюдениях". Тем более не отвечает крите- риям традиционной медицины, сформулиро- ванным ВОЗ, современная РТ, саногенетиче- ские механизмы которой трактуются с пози- ций последних достижений фундаментальных и биомедицинских наук, а методический арсе- нал включает новейшие информационные тех- нологии.

От того, в какой раздел номенклатуры попа- дет РТ, зависит очень многое — начиная от си- стемы подготовки кадров, повседневных во- просов организации соответствующей службы и работы специалистов, кончая перспективами дальнейшего развития направления. Приведен- ное выше определение позволяет рассматривать РТ как самостоятельную врачебную специаль- ность, аналогичную специальности семейного врача. Однако пересмотр номенклатуры предус- матривает сокращение общего количества спе- циальностей, а не его увеличение.

РТ эффективно используется на различных этапах медицинской помощи, но наиболее ши- роко и обоснованно применяются в профилак- тике и реабилитации. В большинстве лечебно- профилактических учреждений рефлексотера- певты чаще всего работают в отделениях восста- новительного лечения. Наибольшее количество кандидатских и докторских диссертаций, посвя- щенных РТ, рассматривается в Ученом Совете при Российском Научном Центре Восстанови-

тельной Медицины, Курортологии, Физиотерапии и Лечебной Физкультуре.

При подготовке новой редакции номенклатуры врачебных специальностей просим решить вопрос о месте в ней РТ с учетом приведенных обстоятельств и аргументов.

*С уважением,
Главный редактор
журнала «Рефлексотерапия»
А. Василенко*

* * *

Поскольку ответа на это обращение не последовало в апрельском (№ 4) Врачебной Газеты было опубликовано ещё одно, более развёрнутое письмо — приглашение к дискуссии на эту тему.

Врачебная газета, № 4, апрель 2003.с. 20.

Номенклатура врачебных специальностей: место рефлексотерапии — приглашение к дискуссии.

Одним из важнейших условий прогресса медицинской, как и любой другой науки, является оптимальное соотношение аналитического и синтетического методов познания. Стефану Цвейгу принадлежат следующие слова: «Чувствуется в среде умнейших и гуманнейших врачей тоска по прежнему универсализму, стремление найти пути от замкнутой, локализованной патологии к конституциональной терапии... Исследовав вплоть до молекулы тело, творческая любознательность вновь обращает свой взор в сторону целостности болезни различной в каждом случае». Специализация врачей является закономерным следствием успехов аналитического подхода в медицине. По мере углубления знаний об этиопатогенезе, разнообразии форм клинических проявлений какой-либо патологии и совершенствования лечебно-профилактических методов борьбы с ней возникают новые врачебные специальности. Этот закономерный процесс находит соответствующее отражение в номенклатуре медицинских работников.

Вместе с очевидными преимуществами врачебная специализация может вступать в противоречие с интересами больного. Узкопрофессиональное клиническое мышление порой мешает врачу увидеть больного во всём многообразии его внутренних и внешних взаимосвязей. Принцип «лечить не болезнь, а больного» на практике часто не удается реализовать. Поэтому внимание передовой общественности всегда привлекали направления, основанные на целостном подходе к человеку и его болезням не только

в неразрывном единстве всех его внутренних взаимосвязей, но и всем разнообразии его взаимодействия с окружающей средой.

Обратимся к действующей номенклатуре врачебных специальностей. Какие принципы лежат в основе ее формирования — обозначения той или иной врачебной деятельности как специальности? Одни специальности формируются по критерию пораженной системы (дерматология, неврология,...). В других случаях используются критерии преимущественного метода лечения (хирургия, физиотерапия,...); основного патогенного фактора (травматология, инфекционные болезни,...); этапа или наиболее актуальной цели медицинской помощи (реаниматология, реабилитация,...). Одни виды медицинской деятельности входят в номенклатуру в статусе основной специальности, другие относят к «требующим дополнительной специализации». Многие виды врачебной деятельности не входят в номенклатуру, оставаясь в ранге лечебно-профилактических методов. Почти до 1998 года к числу последних относилась и рефлексотерапия (РТ).

Приказом Минздрава РФ № 364 от 10.12.1997 г. РТ была введена в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей, утверждены положения о враче — рефлексотерапевте, его квалификационная характеристика и порядок аттестации. В 1999 г. — приказом Минздрава РФ № 38 от 3 февраля «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации» определены положения о кабинете и отделении РТ и штатные нормативы их персонала. Однако в августе того же года в соответствии с приказом Минздрава РФ № 337 от 27.08.99 РТ была отнесена к числу специальностей, требующих дополнительной подготовки врачей — неврологов.

Следуя формальной логике этого приказа, сертифицированную рефлексотерапевтическую помощь во всех областях клинической медицины, где имеется широкий спектр показаний к ней, юридически могут оказывать лишь неврологи. Где найти столько неврологов, да еще имеющих специализацию по РТ, чтобы лечить множество заболеваний внутренних органов, гинекологические заболевания и оказывать родовспоможение методами РТ, использовать их в качестве анестезиологического пособия и десятках других областей далеких от неврологии? Уважающий себя невролог никогда и не возьмется за эти задачи. Учитывая относительно малую долю неврологов в общей врачебной когорте, доступность РТ оказывается резко ограниченной. В то же время, тысячи врачей,

не являющихся неврологами и посвятивших себя РТ, оказались формально отстраненными от своей специальности. Номенклатура должна способствовать прогрессу отрасли в целом и отдельных ее составляющих. Отвечает ли приказ № 337 этой миссии?

Рациональность любой классификации определяется четкостью и универсальностью принципов, на которой она строится. Действующая номенклатура основана преимущественно на медицинской — «болезнецентристской» парадигме, ориентированной на устранение актуального патологического процесса. Здравеохранению в прямом значении этого слова соответствует «здравоцентристская» парадигма, основу которой составляет сохранение и приумножение здоровья, профилактическая и реабилитационная направленность. Врачебные специальности, представляющие здравоцентристскую парадигму, в современной номенклатуре представлены значительно скромнее. Преобладание специальностей, основанных на болезнецентристской парадигме, отражает аналитический подход к наукам о человеке. Здравоцентристская парадигма больше основана на интегративном — целостном подходе к изучению человека во всем многообразии и неразделимости его биологических и социальных сущностей и их проявлений.

Не призывая к отказу от ранее сложившихся принципов формирования номенклатуры, в порядке обсуждения, предлагается следующая формулировка критерия врачебной специальности: область врачебной деятельности, основанная на определенной парадигме, характеризующаяся относительно специфичной целостной системой диагностики и лечения, эффективной на различных этапах оказания медицинской помощи. Большинство входящих в существующую номенклатуру врачебных специальностей отвечают приведенному критерию, отвечает ли ему РТ?

Изначально под РТ понимали любые лечебные воздействия, вызывающие включение нервных рефлекторных механизмов. Это нашло отражение в первом отечественном энциклопедическом определении РТ: «лечебная система, использующая для воздействия на патологический процесс рефлекторные соотношения, создавшиеся в организме человека в течение его многовековой эволюции» (А. Р. Киричинский, БМЭ, 1962, т.28, С. 564). Впоследствии понимание РТ сузилось до границ соматосенсорного анализатора: «лечебная система, основанная на рефлекторных соотношениях, сформировавшихся в процессе фило- и онтогенеза, реализу-

емая через центральную нервную систему посредством раздражения рецепторного аппарата кожи, слизистых оболочек и подлежащих тканей для воздействия на функциональные системы организма» (В. С. Гойденко, БМЭ, 1984, т.22, С.244), а затем ограничилось лишь воздействием, на точки акупунктуры: «комплекс лечебных приемов, основанных на воздействии различных, главным образом физических, факторов на определенные точечные участки поверхности тела — точки акупунктуры» (Д. М. Табеева, КМЭ, 1989, т.2, С.603).

Таким образом, изначально более широкое смысловое значение РТ существенно сузилось. В соответствии с процитированными определениями РТ выглядит скорее как лечебный метод, нежели врачебная специальность. Это противоречит, как изначальной сущности классической акупунктуры, неотъемлемой частью которой является собственная система диагностики, так и более широкому современному пониманию РТ.

Ограничение понимания РТ связано, по-видимому, с доминированием с начала 19 века концепции нервизма, что привело к тому, что термин «рефлекс» приобрел в основном нейрофизиологическое значение. Уместно, однако, вспомнить, что в более широком биологическом и философском смысле категория отражения (рефлекса) приложима не только к любой форме взаимоотношений организма со средой, но и вообще ко всем формам существования материи, ибо являются ее базовым свойством. Понимание рефлекторной деятельности, а, следовательно, и РТ не должно ограничиваться лишь нервными механизмами регуляции.

Сегодняшние представления о сущности РТ базируются на теории функциональных систем, современная интерпретация которой немыслима без биофизических и информационных подходов. Неотъемлемой частью РТ являются разнообразные методы специфической рефлекторной диагностики. Указанные обстоятельства побуждают обратиться к исходно более широкому пониманию РТ и определить как лечебно-профилактическую систему, основанную на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействии на них с целью регуляции функциональных систем организма. В отличие от предыдущих, данное определение вводит в понимание РТ наличие относительно специфичной целостной системой диагностики и лечения. Оно не ограничивает понимание РТ нейрофизиологическими рамками, каким-либо типом рецепторов, конкретной анализаторной

системой или модальностью лечебного воздействия. В арсенал методов РТ вновь возвращаются музыка-, цвето- и ароматерапия. Наиболее полно изученная и популярная область традиционной китайской медицины — акупунктура представляется хотя и самым обширным, но все же частным методом РТ. При этом классические механические и термические способы стимуляции акупунктурных точек все больше уступают место фактором малой и сверхмалой интенсивности, которые заключают в себе не столько энергетические, сколько информационные воздействия на организм.

Многочисленные разносторонние исследования позволили найти адекватную современную интерпретацию основных методологических положений традиционной акупунктуры. Так концепция о «жизненной энергии ци», каноническая топография акупунктурных каналов и точек находят объяснения с позиций классической и квантовой механики, современных представлений об электронно-ионно-квантовом уровне биохимических реакций, обеспечивающих биоэлектромагнитный гомеостаз. Рассмотрение феноменологии акупунктурных каналов и точек на электронно-ионно-квантовом уровне отнюдь не входит в противоречие с рефлекторной теорией, если не ограничиваться ее упрощенной нейрофизиологической трактовкой.

Обобщение результатов исследований, проведенных на различных экспериментальных моделях и в клинике, позволяет заключить, что лечебно-профилактические эффекты РТ развиваются вследствие вовлечения адаптационных реакций различного уровня. Адаптационные реакции, инициируемые воздействиями на точки акупунктуры, проявляются в оптимизации функций едва ли не всех систем организма, однако, центральную координирующую роль играет система контроля болевой чувствительности. Это обуславливает высокую эффективность использования РТ при разнообразных болевых синдромах.

Система контроля болевой чувствительности является эволюционно древнейшим гомеостатическим механизмом, занимающим лидирующее место в иерархии позже сформировавшихся механизмов сохранения постоянства внутренней среды организма и его адаптационных реакций. Изменения функционального состояния этой системы обуславливают изменения реагирования прочих систем, обеспечивающих адаптацию организма не только при действии непосредственно повреждающих (ноцицептивных) физических факторов, но и других стрессогенных, потенциально патогенных нагрузках.

Методы рефлекторной диагностики позволяют выявлять функционально недостаточные адаптационные системы. Собственно же терапевтические методы, восполняя дефицит этих систем, позволяют ограничивать патогенное действие стресса, способствуют ликвидации уже имеющихся патогенетических механизмов и формированию саногенетических функциональных системы. Стресс-лимитирующее и адаптогенное действие РТ обеспечивает обширнейшую область показаний к ее использованию в лечебно-профилактических целях практически во всех областях клинической медицины и на всех этапах оказания медицинской помощи. Это находит, в частности отражение и в содержании издаваемого с 2002 года ежеквартального научно-практического журнала «Рефлексотерапия», спектр публикаций которого выходит далеко за пределы неврологии. Нынешняя РТ представляет собой научно обоснованную, динамично развивающуюся систему, включающую несколько десятков диагностических и лечебно-профилактических методов, совокупность которых отвечает требованиям, предъявляемым к врачебной специальности.

Ни современная теоретическая основа, ни сложившаяся практика, ни перспектива дальнейшего развития не дают оснований считать РТ исключительной прерогативой неврологии. Этого надуманного ограничения нет ни в одной стране, где в том или ином регламенте используются методы РТ. Возможность получать специализацию по РТ должны иметь представители всех областей здравоохранения, где имеются показания к ее применению. Тем более, что действующая унифицированная программа специализации по РТ включает солидный объем сведений, как по общим основам неврологии, так и по особенностям использования РТ в клинике нервных болезней.

Следует обсудить и возможность соответствующей специализации для средних медицинских работников. Ряд методов рефлекторной диагностики и терапии, хотя и требуют определенной подготовки, но несколько не сложнее, чем, например регистрация ЭКГ, внутривенные инъекции, или некоторые физиотерапевтические процедуры. Законодательство ряда западноевропейских стран и американских штатов допускает к практике акупунктуры и некоторых аналогичных ей видов медицинской деятельности лиц, не имеющих высшего медицинского образования, но прошедших соответствующую (обычно двухгодичную) подготовку.

В заключение, хотелось бы надеяться, что Минздрав России продолжит традицию бе-

режного и внимательного отношения к нынешнему состоянию и перспективе развития службы РТ, начало которой восходит к 1956 году. Необходимо обеспечить возможность специализации врачам, работающим в тех областях клинической медицины, где РТ давно зарекомендовала себя как эффективный, безопасный и экономически привлекательный целостный подход, способствующий необходимой интеграции болезне- и здравоцентристской парадигм в сегодняшней медицине и здравоохранении будущего.

*Заведующий кафедрой рефлексотерапии
и мануальной терапии МГМСУ,
Главный редактор
журнала «Рефлексотерапия»,
д.м.н., проф. А. М. Василенко.*

Со стороны Минздрава оно, как и первое, осталось безответным, но вызвало десятки откликов специалистов, равнодушных к судьбе РТ (Врачебная Газета № 12, 2003 г.). Привожу некоторые выдержки из них.

Врачебная газета, № 12, декабрь 2003 г. с. 8-9.

**Отклики на статью проф. А. М. Василенко
«номенклатура врачебных специальностей: место
рефлексотерапии — приглашение к дискуссии»,
опубликованную в ВГ № 4 (43), апрель, 2003.**

Главному редактору Врачебной Газеты
профессору Г. А. Комарову.

Глубокоуважаемый Георгий Алексеевич!

В обращении профессора А. М. Василенко к Минздраву Российской Федерации затронут актуальный вопрос о ситуации с медицинской специальностью «рефлексотерапия» в стране и о тех трудностях, с которыми сталкиваются практические врачи для получения сертификата данной специальности. Не вдаваясь в пространную дискуссию, хотел бы отметить, что за последние годы медицинская наука расширила представления о механизмах положительных лечебных эффектов рефлексотерапии, равно как и сама практика дала многочисленные примеры успешного ее использования в различных областях медицины.

Так, считается доказанным, что лечебный эффект РТ не может быть объяснен исключительно с позиций классической рефлексотерапевтической теории. Многочисленные данные убедительно свидетельствуют в пользу участия эндокринных механизмов, а также различных звеньев иммун-

ной регуляции при воздействиях на биологически активные точки. Подобное широкое участие различных эндогенных факторов, восстанавливающих нарушенный гомеостаз по важнейшему принципу жизнедеятельности — принципу саморегуляции, предопределяет успех РТ в случаях различных патологических проявлений у человека. В настоящее время положительные эффекты РТ описаны не только в неврологии, но и клинике внутренних болезней, акушерства и гинекологии, урологии, пограничных психических расстройств и т. д.

В этой связи, приказ Минздрава РФ № 337 от 27.08.99, ограничивающий выдачу сертификатов по РТ исключительно неврологам, является несомненным тормозом для использования РТ в практическом здравоохранении.

Отмечая положительные эффекты РТ при различных заболеваниях, мы, отнюдь, не считаем РТ панацеей и не пытаемся противопоставить РТ другим медицинским специальностям. Более того, все больше накапливается данных о еще большей эффективности РТ, если она используется как с методами академической, так и другими методами традиционной медицины.

Отсюда ясно, что чем большее число медицинских работников овладеет специальностью РТ и будет творчески ее использовать в лечении больных, тем лучше будут успехи нашего практического здравоохранения.

*Заведующий кафедрой
нелекарственных методов лечения
и клинической физиологии
ММА им. И. М. Сеченова,
д.м.н., академик РАМН,
профессор В. Г. Зилов*

Мнение головного института.

Вопрос об изменении приказа Минздрава России № 337 назрел давно. Разработанный и утвержденный с благой целью сокращения непомерно раздутой Номенклатуры врачебных и провизорских специальностей, данный приказ оказался непродуманным и в значительной степени непоследовательным. Отсутствие четких критериев, определяющих медицинскую специальность, глубокой проработки, определенная келейность при обсуждении приказа привели к ущемлению прав целого ряда специалистов.

Примечательно, что давно ожидаемая дискуссия по этому поводу началась на страницах «Врачебной газеты», органа самой массовой общественной профессиональной медицинской организации. Именно Российская Медицин-

ская Ассоциация, по нашему глубокому убеждению, должна на основе широко изучения мнений специалистов разработать и представить в Минздрав России проект нового приказа, который отразил бы, с одной стороны, объективную общемировую тенденцию к сокращению числа специальностей, а с другой — избежал бы той субъективности и непоследовательности, которые характерны для приказа № 337.

Что касается рефлексотерапии как врачебной специальности, то она, по нашему мнению, не может быть жестко привязана к какой-либо одной базовой специальности. В этом плане хотелось бы обратить внимание на то, что на недавней научно-практической конференции, проведенной Минздравом России, уважаемым профессором А. Н. Разумовым был представлен проект новой врачебной базовой специальности «восстановительная медицина», к которой в качестве дополнительной, требующей углубленного изучения присоединяется рефлексотерапия. В этом случае рефлексотерапия попадет, как говорится, «из огня в полымя», так как и сфера деятельности, и сфера подготовки специалистов будут еще более ограничены.

Убеждены, что сертификат врача — рефлексотерапевта должен иметь право получать после соответствующей подготовки представитель любой лечебной специальности (терапия, хирургия, акушерство и гинекология, неврология, педиатрия и пр.).

*Директор Института рефлексотерапии
Федерального научно-клинико-
экспериментального центра
традиционных методов
диагностики и лечения МЗ РФ
д.м.н. Е. Е. Мейзеров*

Не следует делить неделимое — мнение терапевтов о месте рефлексотерапии в номенклатуре врачебных специальностей.

Приказ Минздрава РФ № 364 от 10.12.1997 г. о введении рефлексотерапии (РТ) в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей явился закономерным следствием многолетней работы врачей и исследователей различных специальностей, доказавшей, что РТ эффективна и безопасна, находит применение практически во всех областях клинической медицины. Наиболее привлекательным в РТ является то, что ее саногенетические механизмы основаны на регуляции естественных адаптационных процессов различных уровней. Стресс-лимитирующее и адаптогенное действие РТ обеспечивает целесообразность и эффективность ее использова-

ния для лечения и профилактики большинства широко распространенных заболеваний.

Обратимся к перечню показаний для РТ. Приняв за 100% все нозологические формы, при которых показана РТ, легко вычислить, что на первом месте среди показаний составляют заболевания внутренних органов — 21,7%. Второе место занимает педиатрия — 15%, третье — акушерство и гинекология — 10,6%, четвертое — пограничные состояния и психиатрия, пятое — заболевания опорно-двигательного аппарата — 8% и лишь шестое (7,5%) — болезни нервной системы. Одна лишь гастроэнтерология превосходит неврологию по количеству нозологических форм, при которых показана РТ — 17 и 15 соответственно. РТ показана при 14 заболеваниях бронхо-легочной системы, по меньшей мере семи заболеваниях сердечно-сосудистой системы и пяти различных эндокринологических заболеваниях.

Уже на основании этого формального анализа становится очевидным, что рассматривать РТ как специальность дополнительную к неврологии, как это предусмотрено приказом Минздрава № 337 от 27.08.99, совершенно не оправданно. Согласно данным современных исследований нервные механизмы являются далеко не единственными, а, по мнению ряда авторов — и не основными в реализации лечебных эффектов РТ. Многолетний собственный опыт в клинике внутренних болезней показывает, что применение РТ позволяет эффективнее лечить многие сложные, толерантные к фармакотерапии заболевания, избегать лекарственного отягощения больных и множества осложнений. Таким образом, ни с позиций патогенеза и саногенеза, ни с точки зрения реальной клинической практики отнесение РТ к неврологии нельзя признать целесообразным.

Любая классификация, в том числе номенклатура врачебных специальностей, является некоей условностью, отражающей актуальные гносеологические позиции и практику. Современный теоретический уровень развития РТ, мировая и собственная практика убеждают в том, что богатым арсеналом методов современной РТ должны владеть представители различных областей клинической медицины.

Что мешает сертифицировать врачей разных специальностей еще и по специальности «рефлексотерапия»? — Зная объем 4-месячной унифицированной программы подготовки по РТ, содержащей основные современные сведения по этиопатогенезу и клинике различных заболеваний, где показана РТ, можно уверенно ответить — ничто! Если это не вписывается в име-

ющуюся структуру номенклатуры, то ее надо менять, а не пытаться искусственно ограничить использование РТ рамками какой-либо одной специальности.

При этом ни в коем случае нельзя допустить, чтобы РТ потеряла и статус самостоятельной специальности, критериям которой она полностью соответствует. Необходимо сохранить ординатуру и другие формы последипломного образования по РТ. Учитывая нынешнее положение и дальнейшие перспективы развития РТ, есть основания подумать о том, чтобы включить ее в качестве соответствующего курса в базовое медицинское образование. Как показывает 5-летний опыт нашего Университета, количество студентов, желающих пройти элективный курс «Основы рефлекторной, мануальной и информационной медицины», ежегодно возрастает.

Сегодняшняя РТ, интенсивно развивающаяся на базе новейших достижений фундаментальных наук, использующая новейшие достижения микроэлектроники и информационных технологий, представляет собой обширную область современного здравоохранения, основанную на представлениях о целостности человека во всех проявлениях его существования, взаимоотношений с природой и обществом. оптимально отвечающая принципу «лечить не болезнь, а больного». Предпринимаемые попытки «привязать» РТ к какой-либо из существующих специальностей, или ввести ее в неопределенные границы «традиционной медицины» (приказ Минздрава РФ № 186 от 05.06.02), или каким-либо иным способом лишить ее статуса самостоятельной врачебной специальности, чреваты рядом негативных последствий, прежде всего в виде ограничения ее доступности для сотен тысяч нуждающихся в ней пациентов и обширных контингентов людей, у которых ее целесообразно использовать в профилактических и реабилитационных целях.

Руководитель научно-учебно-практического центра «Новые технологии в медицине» академик РАМН, профессор А. Е. Мартынов.

Профессора кафедры терапии № 1 ФПДО

МГМСУ А. Г. Евдокимова и В. А. Ольхин

Зав. кафедрой терапии № 2 ФПДО

МГМСУ профессор Л. Л. Кириченко

Профессор кафедры внутренних болезней № 3 МГМСУ, Зав. Курсом профессиональных болезней А. М. Попкова

Доцент кафедры рефлекторной

и мануальной терапии, МГМСУ,

Терапевт-кардиолог с 35-летним врачебным стажем, к.м.н. Ю. П. Макаров

Главному редактору Врачебной Газеты профессору Г. А. Комарову.

Глубокоуважаемый Георгий Алексеевич!

Высылаем материал для «Дискуссии» по поводу статьи профессора А. М. Василенко «Номенклатура врачебных специальностей. Место рефлексотерапии — приглашение к дискуссии». Мы полностью разделяем озабоченность Алексея Михайловича — одного из ведущих специалистов нашей страны в области рефлексотерапии тем положением, в котором оказалась специальность «рефлексотерапия», в связи с изданием приказа Минздрава Российской Федерации № 337 от 27.08.1999 г..

Сфера применения в лечебной практике этой специальности четко сформулирована в приказе Минздрава РФ № 364 от 10.12.1997 г.:

Приложение 2. 1.1. Врач — рефлексотерапевт — специалист с высшим образованием по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия»... и далее в приложении 3, п. 3.1. рефлексотерапия обозначена как «самостоятельная комплексная клиническая дисциплина». Исторически за 47 лет существования в стране рефлексотерапии, сложилась практика использования этого вида диагностики и лечения при широком круге заболеваний в рамках специальностей, входящих в рубрику «Лечебное дело» и «Педиатрия» Такое положение закреплено в приказе Минздрава СССР за № 106 от 10 марта 1959 г. «О показаниях и противопоказаниях к применению метода иглотерапии», а также «Методических рекомендациях» Минздрава СССР от 1980 г. под тем же наименованием. Наша практика и научные изыскания начиная с 1957 года (лаборатория и научно-исследовательская группа иглотерапии, всесоюзный научно-методический центр и кафедра рефлексотерапии при Ленинградском ГИДУВе, затем Санкт-Петербургского МАПО) являются свидетельством возможностей рефлексодиагностики и терапии не только при заболеваниях нервной системы, но и в клинике внутренних болезней (пульмонология, гастроэнтерология), аллергологии, акушерстве и гинекологии, ортопедии и травматологии. Клиническое применение рефлексотерапии подтверждено фундаментальными научными исследованиями, отраженными в большом количестве докторских и кандидатских диссертациях, число которых достигло 300.

На фоне всех усилий и организационных мероприятий Минздрава РФ (включая и приказ № 38 от 03.02.99 г. «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации») приказ № 337 от 27.08.99 г. дестабилизировал службу рефлексотерапии всей страны, низведя

специальность «Рефлексотерапия» в ранг «специальности, требующей углублённой подготовки». Тем самым фактически одним махом была «отсечена» от рефлексотерапии огромная армия других специалистов (терапевтов, аллергологов, акушеров-гинекологов, педиатров и т.д.) и лишила лечебной помощи тысячи тысяч больных, которым требуется эффективная безмедикаментозная помощь, коей является рефлексотерапия. Врачи перечисленных выше специальностей, поставлены в тупиковое положение: например, врач-терапевт, акушер-гинеколог, аллерголог должен с «нуля» овладеть неврологией, сдавать экзамен на сертификат невролога (!!!), а затем специализироваться по рефлексотерапии. Выполнение такой задачи нереально. Таким образом, мы поддерживаем точку зрения нашего коллеги и считаем оптимальным решение — придать (а правильней: восстановить) «рефлексотерапии» статус самостоятельной специальности.

Член Учёного медицинского совета, секции «Традиционная медицина», главный специалист по рефлексотерапии Комитета здравоохранения Администрации Санкт-Петербурга, профессор кафедры рефлексотерапии СПб МАПО д.м.н., профессор А.Т. Качан.

Зав. кафедрой рефлексотерапии СПб МАПО д.м.н., профессор Н.Н. Богданов

Точка зрения нарколога.

В последние годы рефлексотерапия (РТ) все шире используется в различных областях медицины. Накоплен большой опыт успешного применения РТ и в наркологии (Р.А. Дуринян, В.П. Коханов, 1961; В.Л. Лакуста, 1993, и др.). Современные методы фармакотерапии наркологических заболеваний остаются проблематичными. Применение лекарственных средств часто имеет свои ограничения и противопоказания. Нередки случаи развития зависимости от лекарств у наших пациентов. Часто приходится отказываться от назначения лекарственной терапии вследствие возникновения токсических эффектов или побочных действий препаратов. Поэтому, наряду с совершенствованием старых методов лечения, постоянно проводится поиск новых и комбинированных методов лечения в наркологии.

Со времен выделения наркологии в самостоятельную клиническую дисциплину РТ плотно заняла свою «нишу» в комплексном лечении наркологических заболеваний. Большое количество работ проводилось по изучению влияния РТ на активность различных систем организма больных, зависимых от алкоголя (в период абстиненции). Это влияние на нейромедиаторные

системы (адреналин, норадреналин, серотонин, ацетилхолин, холинэстераза, гормоны, гистамин), в том числе на состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Большое внимание в мировой литературе уделяется участию опиоидных рецепторов и их лигандов (энкефалинов и эндорфинов) в реализации эффектов РТ при лечении алкоголизма. Поэтому метод РТ рассматривается многими авторами не только как метод физиологического немедикаментозного лечения алкоголизма, но и как способ, позволяющий изучать патогенетические механизмы этого заболевания (Коханов В.П., 1992). Следует упомянуть и о высоких результатах лечения табакокурения, где РТ как основной метод эффективно используется во многих странах мира (Руднев С.Г.).

В современных медицинских учреждениях наркологического профиля РТ является неотъемлемой частью в комплексной программе лечения. Применение РТ отражено в стандартах (моделях протоколов) оказания помощи наркологическим больным. Лечение наших больных осуществляется в несколько этапов: детоксикация, лечение постабстинентного состояния, реабилитационный период. РТ используется в комбинации с основным лечением на каком-то определенном этапе или на протяжении всего периода лечения, что определяется в каждом случае индивидуально. В некоторых случаях, особенно в реабилитационном периоде, РТ применяется в качестве монотерапии (микроиглы). Для диагностики и оценки эффективности лечения в наркологии эффективно используются и методы рефлекторной диагностики. Применение рефлекторной диагностики и терапии в наркологии позволяет снизить дозы применяемых лекарственных препаратов, укрепить психотерапевтический контакт с пациентом и добиться более стойкой и качественной ремиссии.

Лишение возможности врачей — наркологов получать специализацию (или повышать квалификацию) по РТ в первую очередь негативно отражается на интересах наших больных. Трудно себе представить наличие невролога в штате каждого наркологического отделения или диспансера. По нашему мнению только лечащий врач, владеющий полной информацией о характере заболевания у данного больного и имеющий эмоциональный контакт с пациентом, может добиться значительного эффекта при применении РТ. Мы надеемся на торжество здравого смысла и более дифференцированный подход в решении данного вопроса.

*Врач психиатр-нарколог —
рефлексотерапевт 17-й наркологической
больницы г. Москвы Г.И. Ромащенко*

Общая судьба рефлексотерапии и мануальной терапии.

Совпадение дат «рождения» и «кончины» «10.12.1997–27.08.1999» рефлексотерапии и мануальной терапии, как самостоятельных врачебных специальностей, очевидно, не случайно. Все, что пишет проф. А. М. Василенко относительно нецелесообразности ограничения использования рефлексотерапии рамками неврологии в равной степени можно экстраполировать и на мануальную терапию.

Собственный врачебный опыт, как и внушительное множество наблюдений коллег, вполне убедительно свидетельствуют о целесообразности использования мануальной терапии в клинике внутренних болезней, акушерстве и гинекологии и прочих областях клинической медицины, достаточно далеко отстоящих от неврологии. Поэтому приказ Минздрава РФ № 337 от 27.08.1999, «укладывающий» мануальную терапию в прокрустово ложе неврологии или травматологии и ортопедии, существенно ограничивает возможности ее применения врачами других специальностей.

232 врача из Москвы, Московской, Калужской, Костромской и Ярославской областей, присутствовавших на итоговой конференции Московского Профессионального Объединения Мануальных Терапевтов, проходившей 26 октября 2002 г., единогласно проголосовали за решение, один из пунктов которого гласит:

«К настоящему времени получены данные о возможности применения мануальной терапии в лечении не только скелетно-мышечных нарушений, но и ряда заболеваний внутренних органов. Это предполагает более широкое использование мануальной терапии различными специалистами. Действующий в настоящее время приказ о подготовке специалистов только из невропатологов и травматологов тормозит внедрение новых разработок в клинике внутренних болезней. Существующая программа подготовки специалистов (560 учебных часов) может быть освоена врачами, получившими специальность лечебное дело или педиатрия, что позволит шире внедрить достижения мануальной медицины в лечение и профилактику заболеваний у взрослых и детей, что может стать составной частью широкомасштабной программы оздоровления нации».

Аналогичное решение в отношении рефлексотерапии принималось участниками Конгресса по традиционной медицине, проходившем 27–29 сентября 2000 в Элисте. Итак, есть все основания считать, что мнения большинства

специалистов в области рефлексотерапии и мануальной терапии по обсуждаемому вопросу совпадают. У многих врачей, овладевших рефлексотерапией, возникает мотивация к овладению мануальной терапией и наоборот. Обусловлено это общностью ряда их саногенетических механизмов и взаимным потенцирующим действием, которые обеспечивают значительно более выраженные и устойчивые лечебные эффекты. Активно развивается медицинская кинезиология, сочетающая в себе подходы рефлексотерапии, мануальной терапии и лечебной физкультуры. Все более активно внедряются в практику методы информационной медицины, спектр диагностических и лечебно-профилактических возможностей которой, также выходит далеко за пределы неврологии.

Бурное развитие перечисленных нефармакологических подходов в современной медицине, очевидно, требует соответствующего отражения в номенклатуре врачебных специальностей. Практически и теоретически интегрируясь на основе здравоцентристской парадигмы, эти, различные на первый взгляд, подходы, образуют единое направление, не вписывающееся в ныне сложившуюся структуру номенклатуры врачебных специальностей. Вероятно, поэтому они нередко объединяются сводным названием «альтернативной», «комплементарной», или «интегративной» медицины.

Возможно, наиболее логичным объединением их в единую специальность, могла бы стать восстановительная медицина. Вопрос о введении последней в номенклатуру врачебных специальностей, насколько нам известно, рассматривается в настоящее время Минздравом РФ. Восстановительный этап предусмотрен в любой врачебной деятельности, уже, поэтому рефлексотерапия, мануальная терапия, гомеопатия и другие инновационные медицинские технологии не останутся исключительной вотчиной неврологов. Эффективность комплексного их использования подтверждается опытом работы Всеармейского реабилитационного центра, действующего на базе 6-го Центрального Военного Клинического Госпиталя МО РФ. В пользу аргумента об отнесении их к восстановительной медицине свидетельствует и практика работы специализированных ученых советов, действующих при Российском научном центре восстановительной медицины и курортологии Минздрава РФ.

В заключение, обращаемся в Минздрав РФ с просьбой тем или иным способом снять искусственные преграды к возможности получения специализации по рефлексотерапии и мануальной терапии представителям всех тех медицин-

ских специальностей, где они имеют показания к применению.

Руководитель курсов мануальной терапии и рефлексотерапии Кафедры медицинской реабилитации и физических методов лечения Государственного Института усовершенствования врачей МО РФ Председатель совета Московского Профессионального Объединения Мануальных Терапевтов, д.м.н., профессор А. Т. Неборский
Руководитель центра Мануальной Терапии Российского Научного Центра Восстановительной медицины и курортологии Минздрава РФ, Президент Московского Профессионального Объединения Мануальных Терапевтов, к.м.н. А. Е. Саморуков

Спасите детскую рефлексотерапию!

По данным Минздрава РФ с 1990 по 1999 г. детская заболеваемость по всем группам заболеваний возросла в среднем на 20%. Исключая известные социально-экономические факторы, рост заболеваемости обусловлен возрастанием удельного веса болезней дезадаптации, связанными с экологическими условиями, неоправданно широким и интенсивным применением фармакотерапии, ведущими к аллергии детского и взрослого населения. Привыкая к постоянному потреблению медикаментов еще с периода внутриутробного развития, дети по выражению В. П. Казначеева становятся иммунологическими «недорослями».

На этом фоне особенно важно как можно более широкое использование рефлексотерапии (РТ), в основе которой лежит направленная регуляция естественных механизмов адаптации и саногенеза. Методы рефлекторной диагностики позволяют выявлять ранние (доклинические) проявления дезадаптации и определять наиболее уязвимые, с точки зрения возможного развития патологии, системы организма. Собственно же терапевтические методы обеспечивают индивидуализированный целостный подход к решению вопросов профилактики, лечения и реабилитации, отвечающий принципу «лечить не болезнь, а больного». РТ, в которой лечебные процедуры осуществляет врач, в отличие от большинства других врачебных специальностей, обеспечивает более широкие возможности необходимого психологического взаимодействия с ребенком и его родителями. РТ, направленная как на повышение общей неспецифической резистентности ребенка к разнообразным патогенным влияниям, так и на лечение конкретных заболеваний, позволяет существенно ограничить

вредные влияния на организм, находящийся в состоянии экологического, психологического и лекарственного стресса.

При нынешнем материальном обеспечении здравоохранения, повышении стоимости медицинских услуг, особенно специализированной медицинской помощи, повышении цен фармпрепаратов, особую значимость приобретает проблема сохранения здоровья, профилактики и раннего выявления заболеваний с использованием экономически доступных методов. РТ не требует дорогостоящего оборудования, она «по карману» как для любого лечебно-профилактического учреждения, так и для широких слоев населения. Эффективность РТ не уступает, а нередко и превышает уровень эффективности фармакотерапии, может заменить целый комплекс лекарственных препаратов, имеет весьма ограниченный круг противопоказаний, практически не имеет побочного действия.

Исходя из этих предпосылок, следовало бы ожидать дальнейшего увеличения количества педиатров, владеющих РТ, расширения сети кабинетов и отделений РТ в детских ЛПУ. На самом деле этого не происходит, а нередко наблюдается и противоположная тенденция. Так в 1993 году ликвидирован кабинет РТ, на протяжении 14 лет действовавший в консультативной поликлинике ДГБ № 13 им. Н. Ф. Филатова. В январе 2001 после четырех лет работы был ликвидирован кабинет РТ ДП № 11 СВАО. Этими примерами хотелось бы обратить внимание руководства Московского департамента здравоохранения к организации службы детской РТ. Неблагополучное положение этой службы обусловлено рядом обстоятельств.

Прежде всего, обращает внимание недостаточная информированность как пациентов, так, по-видимому, и организаторов здравоохранения о возможностях РТ и, хотя и недостаточно развитой, но все же имеющейся сети действующих кабинетов поликлиник и стационарах. Пациент имеет право на получение информации, касающейся всех направлений и методов, которые могут быть использованы для его лечения, администрация ЛПУ обязана предоставлять эту информацию, однако обычно этого не делает. На фоне навязчивой рекламы фармакологических препаратов, отсутствует информация не только вообще о методах РТ, но и об имеющихся в структуре детских ЛПУ кабинетах РТ. Таким образом, и без того слабо развитая сеть детской РТ используется явно недостаточно.

Организация любой медицинской службы начинается с номенклатуры врачебных специальностей. Согласно приказу Минздрава РФ № 337

от 27.08.99 РТ была отнесена к числу специальностей, требующих дополнительной подготовки врачей — неврологов и это при том, что неврологическая заболеваемость детей до 14 лет по данным на 1999 г. составляет только около 10% от общей заболеваемости. Собственная 22-летняя практика в детской РТ показывает, что примерно половину пациентов к рефлексотерапевту направляют неврологи. Однако среди этих детей около 70% составляют пациенты, имеющие полисистемную соматическую патологию вегето-висцерального или психосоматического характера. Таким образом, в специализированном неврологическом лечении нуждаются не более 35% пациентов, остальные — в помощи педиатра общего профиля. Унифицированная программа подготовки врачей по РТ содержит все сведения, необходимые врачам общей практики для лечения больных страдающих заболеваниями нервной системы. Вполне достаточно представлены различные аспекты РТ в педиатрии.

Приказ № 337 препятствует доступности РТ для многочисленных нуждающихся в ней детей и искусственно ограничивает возможности педиатров к овладению нашей специальностью. Подобная ошибка уже совершалась, когда РТ приказом Минздрава № 693/1981 года была отнесена к физиотерапии. Современная РТ — междисциплинарная и динамично развивающаяся область, отвечающая критериям самостоятельной врачебной специальности. Созревают теоретические предпосылки и разрабатывается практика комплексного использования РТ, мануальной терапии, биорезонансной терапии, гомеопатии, гомотоксикологии и ряда других методов в виде методологически единой системы оказания медицинской помощи внешне раз-

личными биомедицинскими технологиями. Однако вряд ли можно признать удачной попытку их объединения двусмысленным термином «традиционная медицина» (приказ Минздрава РФ № 186 от 05.06.02). Скорее здесь был бы уместен термин «комплементарная», или «интегративная» медицина, которые используются в международном профессиональном лексиконе.

Так, или иначе, нужно не ограничивать, а расширять возможности получения специализации по РТ и идеологически близких ей направлений не только представителям различных областей клинической медицины, но и здравоохранения в целом.

*Врач-педиатр высшей категории,
врач-рефлексотерапевт высшей категории.
Центральная детская поликлиника МВД РФ.
Т. Г. Тихонова.*

*Врач-педиатр высшей категории,
врач-рефлексотерапевт высшей категории,
ДГП № 140 СЗАО г. Москвы
к.м.н. Д. А. Казбекова.*

* * *

Маловероятно, что приведенные материалы не попали в поле зрения медицинских чиновников, более того, они были непосредственно представлены одному из заместителей министра.... Но тогдашнее руководство Минздрава опять не удостоило нас никаким ответом, продемонстрировав тем самым своё безразличие к судьбе РТ. Руководство нашей профессиональной Ассоциации позаботится о том, чтобы этот номер журнала попал в руки нынешнему руководству Минздрава России. Будем надеется, что оно предпримет необходимые шаги к решению насущных вопросов организации службы РТ.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

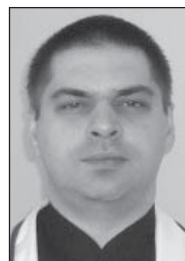


Книга Джованни Мачоча «ОСНОВЫ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Джованни Мачоча — один из наиболее авторитетных специалистов на Западе в области традиционной китайской медицины (ТКМ). Уже более 30 лет он является практикующим доктором ТКМ и постоянно выступает с лекциями в учебных заведениях по всей Европе и Америке. Его книги, в частности «Основы китайской медицины», — одни из наиболее популярных книг по ТКМ на Западе. В данное издание входят описания базовой теории ТКМ, методов традиционной диагностики, включая диагностику по языку и пульсу, патогенеза отдельных симптомов и признаков, функций акупунктурных точек и принципов лечения иглами и травами. Книга написана понятным для западного читателя языком и может быть использована как для самостоятельного изучения теории, так и быть пособием для практического применения ТКМ в повседневной врачебной практике.

Дополнительная информация по телефону: 8-495-981-4767
и на сайте: <http://cinofarm.ru/catalogue/books>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОСИНИАТРИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

¹Комлева Н. Е²Марьяновский А. А.¹Скворцов В. О.¹Меденцов В. А.

¹ФБУН Саратовский НИИ сельской гигиены (г. Саратов), ²ЗАО «Арнебия» (г. Москва)

HOMEOSINIATRIYA'S EFFICIENCY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH VERTEBRONEUROLOGICAL DISEASES

Komleva N. E., Mar»yanovsky A. A., Skvortsov V. O., Medentsov V. A.

Резюме

Нами разработаны пути оптимизации реабилитационных мероприятий для лечения пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника. Для этого мы совершенствовали и стандартизировали такие методы, как мануальная терапия и фармакопунктура. С целью изучения эффективности разработанных реабилитационных программ для пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями под наблюдением находилось 186 больных в возрасте от 23 до 67 лет с установленными диагнозами люмбалгия, люмбоишиалгия или пояснично-крестцовая радикулопатия. В ходе исследования была установлена высокая терапевтическая эффективность разработанных методов реабилитации, что подтверждено регрессом неврологической симптоматики и выраженным анагетическим действием.

Ключевые слова: вертеброневрология, восстановительное лечение, мануальная терапия, фармакопунктура.

Resume

We develop ways of optimisation of rehabilitational actions for treatment of patients with vertebral-neurological diseases of lumbosacral department of a backbone. For this purpose we improved and standardised such methods, as manipulation and pharmacopuncture. For the purpose of studying of efficiency of the developed rehabilitational programs for patients with vertebral-neurological diseases under observation there were 186 patients at the age from 23 till 67 years with the established diagnoses a lumbar ishialgia or a lumbosacral radiculopathy. During research high therapeutic efficiency of the developed methods of after treatment that is confirmed by retrogress of neurologic semiology and expressed analgesic action has been established.

Key words: vertebroneurology, medical rehabilitation, manual therapy, pharmacopuncture

Введение

Выраженные клинические проявления вертеброневрологических заболеваний наблюдаются, как правило, в период активной трудовой деятельности и представляют одну из наиболее частых причин временной нетрудоспособности.

сти. Неуклонный рост числа больных с данной патологией, значительные финансовые затраты на лечение пациентов, рецидивирующий характер течения вертеброневрологических заболеваний с тенденцией к прогрессивности, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставит реше-

ние данных проблем в один ряд с важнейшими научно-практическими задачами медицины. При этом выбор оптимальных восстановительно-реабилитационных мероприятий следует осуществлять с учётом минимизации возможного отрицательного влияния медикаментозной терапии [1]. Для сокращения сроков лечения, повышения эффективности и увеличения периода ремиссии, основываясь на собственный опыт и данные анализа научных публикаций, нами разработан стандартизированный алгоритм мануальной терапии [2, 3, 4] и оптимизирован метод гомеосиниатрии для больных с вертебрoneврологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника [5, 6].

Целью данного исследования было совершенствование реабилитационных мероприятий и изучение их эффективности в терапии больных с вертебрoneврологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

С целью изучения эффективности разработанных реабилитационных программ для пациентов с вертебрoneврологическими заболеваниями под наблюдением находилось 186 пациентов в возрасте от 23 до 67 лет с установленными диагнозами люмбагия, люмбоишиалгия или пояснично-крестцовая радикулопатия и отсутствием противопоказаний к проведению мануальной терапии и рефлексотерапии. Все участники исследования в ходе рандомизации были разделены на три группы в зависимости от вида терапевтического воздействия — I, II и III. Первую группу — контрольную, составили пациенты, которые находились на стандартной терапии (54 человека), больные II группы получали курс мануальной терапии по разработанной схеме (64 человека), пациенты III группы — лечение методом гомеосиниатрии (68 человек). Пациентам II группы сеансы мануальной терапии были назначены в составе комплексного стандартного лечения (медикаментозные средства — НПВС, стероидные препараты, миорелаксанты, витамины группы В и физиотерапевтические процедуры). Больные III группы получали лечение только в виде гомеосиниатрии, при этом анальгетические препараты им были рекомендованы для принятия «по требованию», при выраженном болевом синдроме.

Мануальную терапию проводили в определённом алгоритме, осуществляя коррекцию биомеханики независимо от локализации выявленных нарушений в пределах пояснично-крест-

цового отдела позвоночника. Курс мануальной терапии составлял четыре сеанса — на первый день после клинко-инструментального обследования (для исключения противопоказаний), на 5-й, 8-й и 12-й день.

Для гомеосиниатрии применяли антигомотоксические препараты Плацента Композитум, Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум. Обоснованием выбора данных препаратов послужили особенности патогенеза вертебрoneврологических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника. При этом, учитывая, что Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум не являются специфическими препаратами для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, при их назначении мы руководствовались особенностями их состава и доказанной терапевтической эффективностью при хронических заболеваниях, к которым относится изучаемая патология. Препараты вводили в симметрично расположенные точки акупунктуры (ТА) поэтапно. Вначале инъекция осуществлялась внутривенно до образования папулы размером около 5 мм, затем через центр папулы игла вводилась на глубину около 10 мм и смесь инъецировалась в объёме от 0,2 до 0,5 мл в зависимости от числа задействованных точек.

Выбор ТА осуществляли в соответствии с метамерно-сегментарным принципом подбора точек. Согласно данному принципу, дерматомная и миотомная иннервация выбранных точек соответствовала сегментарной иннервации источника боли и зоны распространения болевого ощущения (табл. 1) [9]. В то же время функции выбранных ТА и показания к использованию, в части, касающейся болевых синдромов, с точки зрения традиционной китайской медицины также соответствует поставленной цели [8].

Курс гомеосиниатрии составлял 14 дней, частота сеансов — 3 раза в неделю (через один день).

Для определения эффективности изучаемых методов лечения оценивали клинические проявления вертебрoneврологических заболеваний (ограничение латерофлексии и ротации, мышечный спазм, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек, нарушение чувствительности и походки, иррадиацию в нижние конечности) и степень нарушения жизнедеятельности до лечения и на 30-31-й день терапии. Коэффициент боли (k), объективизирующий степень выраженности болевого синдрома, рассчитывали с помощью метода, разработанного сотрудниками Саратовского НИИ травматоло-

Таблица 1. Краткая характеристика выбранных ТА для воздействия методом гомеосиниатрии.

ТА	Дерматомная иннервация	Миотомная иннервация	Функция точки	Показания к использованию ТА
BL22	D10	D10-12	Шу-точка Сань-цзяо	Боль в пояснице и напряжение паравerteбральных мышц
BL23	D11	L1-L5	Шу-точка почек	Боль в пояснице
BL24	D11	L1-L5	Шу-точка «моря Ци»	Боль в пояснице
BL25	L4, L5	L1-L5	Шу-точка толстой кишки	Боль и напряжение в мышцах поясницы
BL26	L4, L5	L1-L5	Шу-точка Гуань-юй (VC.4)	Боли в пояснице
BL27	S1-S3	L5, S1-S2	Шу-точка тонкой кишки	Боль и напряжение в мышцах поясницы
BL28	S1-S3	L5, S1-S2	Шу-точка мочевого пузыря	Боль и напряжение в мышцах поясницы
BL9	S1-S3	L5, S1-S2	Специфическая точка для лечения боли в пояснице	Боль и напряжение в мышцах поясницы
BL30	S1-S3	L5, S1-S2	Точка для лечения боли в пояснице, связанной с недостатком Ци	Боль в пояснице
BL53	L1-L5	L5, S1-S2	Точка для активации канала мочевого пузыря, регуляции нижнего обогревателя	Боль в пояснице
BL54	L1-L5	L5, S1-S2	Точка для активации канала мочевого пузыря, регуляции нижнего обогревателя	Боль в пояснице, крестце, невропатия седалищного нерва
BL55	S1-S3	L4-L5, S1-S3	Точка для лечения заболеваний, связанных с недостатком Ци и Ян почек	Боли в пояснице и позвоночнике
BL60	L5, S1-S2	L5, S1	Точка-река канала мочевого пузыря	Боль в пояснице, крестце, невропатия седалищного нерва
GV3	L4, D11, D10	—	«засов» «врат жизни» — Мин-мэнь,	Боль в пояснице
GV4	L4, D11, D10	—	Место хранения врожденной Цзин и Ци	Боль в пояснице
ST36	L5, S1-S2	L4-L5	Восполнение первичной Ци, восстановление проходимости в каналах	Боль в пояснице

гии и ортопедии (авторы: Меламуд Э.Е., Нинель В.Г., Лившиц Л.Я.) [7]. Для оценки клинических проявлений вертеброневрологических заболеваний применяли бинарные показатели. Исследование проводилось в соответствии с принципами биоэтики, выбывших из исследования не было.

Для статистического анализа применяли непараметрический метод сравнения независимых групп Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, определяли доверительный интервал (ДИ) для разности относительных частот, критерий χ^2 с поправкой Йетса с использованием ППП Statistica.

Результаты исследования

Несмотря на то, что формирование групп проводилось с применением рандомизации, мы провели статистический анализ на сопоставимость групп по частоте симптомов вертеброневрологических заболеваний, в ходе которого установлено, что на начало исследования группы наблюдения по всем изучаемым показателям не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$).

В ходе опроса было установлено, что из III группы два пациента принимали НПВС для купирования болевого синдрома (однократно и двукратно соответственно). Для изучения за-

висимости динамики состояния больных с вертеброневрологическими заболеваниями от вида терапии, была построена таблица абсолютных частот парных наблюдений для сравнения частот бинарного признака в двух связанных группах — до лечения и на 30-31-й день терапии (табл. 2).

На основании определения доверительно-го интервала для разности относительных частот установлено, что такой симптом, как нарушение походки, не имеет различий до лечения и на 30-31-й день терапии у пациентов I и II групп наблюдения. Т.е., ни стандартная терапия, ни мануальная терапия не оказали значимого влияния на данный показатель. Нарушение чувствительности не имело различий до лечения и на 30-31-й день терапии только в I группе, больные которой получали стандартную терапию. Все остальные изучаемые клинические проявления вертеброневрологических заболеваний в группах обследуемых имели различия в определённые нами отрезки времени.

Для изучения состояния больных с вертеброневрологическими заболеваниями в группах наблюдения на 30-31-й день терапии была построена таблица сопряженности для сравнения частот бинарного признака в трех несвязанных группах — I, II и III (табл. 3). Для анализа различия частот в двух

независимых группах объектов исследования применяли критерий χ^2 с поправкой Йетса.

Так же нами был изучен аналгетический эффект применяемых методов лечения. С помощью непараметрического метода сравнения независимых групп Краскела-Уоллиса выявлено, что до лечения все группы были сопоставимы по степени интенсивности болевого синдрома ($p>0,05$). С учётом проблемы множественных сравнений при анализе данных был установлен более жёсткий контроль статистической значимости ($p<0,01$). Анализ показателей, характеризующих интенсивность болевого синдрома на 30-31 день терапии, выявил статистически значимую разницу между группами наблюдения ($p=0,000$ для критерия Краскела-Уоллиса), что свидетельствует о разной степени эффективности применяемых методов терапевтического воздействия и обосновывает проведение парного сравнения групп с использованием непараметрического теста Манна-Уитни с поправкой Бонферрони (табл. 4).

Как видно из данных, представленных в таблице, коэффициент болевого синдрома у пациентов I группы, которые находились на стандартной терапии, на 30-31-й день терапии был равен $34,6 \pm 1,6$. При этом установлена статисти-

Таблица 2. Динамика симптомов вертеброневрологических заболеваний до лечения на 30-31-й день терапии (таблица абсолютных частот парных наблюдений)

Симптомы	До ле- чения	I группа (n=54)		ДИ	II группа (n=64)		ДИ	III группа (n=68)		ДИ
		На 30-31-й день терапии			На 30-31-й день терапии			На 30-31-й день тера- пии		
		Есть	Нет		Есть	Нет		Есть	Нет	
Ограничение ЛФ	есть	9	31	[0,44; 0,70]	2	45	[0,59; 0,81]	2	47	[0,57; 0,79]
	нет	0	14		0	17		0	19	
Ограничение ротации	есть	9	33	[0,48; 0,74]	2	45	[0,59; 0,81]	1	50	[0,63; 0,84]
	нет	0	12		0	17		0	17	
Мышечный спазм	есть	8	44	[0,52; 1,11]	2	61	[0,90; 1,0]	2	65	[0,91; 1,0]
	нет	0	2		0	1		0	1	
Болезненность ПВТ	есть	10	37	[0,57; 0,80]	3	55	[0,65; 1,07]	3	57	[0,35; 0,52]
	нет	0	7		0	6		0	8	
Нарушение чувств-ти	есть	8	4	[0; 0,14]	4	12	[0,09; 0,29]	3	16	[0,13; 0,34]
	нет	0	42		0	48		0	49	
Иррадиация в ногу	есть	7	6	[0,03; 0,19]	1	17	[0,15; 0,37]	1	19	[0,17; 0,39]
	нет	0	41		0	46		0	48	
Нарушение походки	есть	6	8	[-,06; 0,14]	0	19	[-0,08; 0,14]	0	20	[0,19; 0,40]
	нет	0	40		0	45		0	48	

Примечание: ДИ — доверительный интервал для разности относительных частот встречаемости у больных симптомов вертеброневрологических заболеваний до лечения и на 30-31-й день терапии. Если ДИ не содержит нуля, то можно с уверенностью, соответствующей ДК=95% утверждать, что различия относительных частот до- и на 30-31-й день терапии существуют; ЛФ — латерофлексия, ПВТ — паравертебральные точки.

Таблица 3. Динамика симптомов вертеброневрологических заболеваний у пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями в зависимости от терапии (четырёхпольная таблица абсолютных частот)

Симптомы		I группа (n=54)	II группа (n=64)	III группа (n=68)	p1	p2	p3
Ограничение латерофлексии	Есть	9	2	1	0,02*	0,007*	0,96
	Нет	45	62	67			
Ограничение ротации	Есть	9	2	2	0,03*	0,02*	0,66
	Нет	45	62	66			
Мышечный спазм	Есть	8	4	3	0,22	0,09	0,93
	Нет	46	60	65			
Болезненность паравертебр. точек	Есть	10	3	3	0,04*	0,03*	0,73
	Нет	44	61	65			
Нарушение чувствительности	Есть	7	1	1	0,04*	0,03*	0,51
	Нет	47	63	67			
Иррадиация в ногу	Есть	6	0	0	0,02*	0,02*	0,98
	Нет	48	64	68			
Нарушение походки	Есть	9	5	3	0,23	0,05*	0,65
	Нет	45	59	65			

Примечание: p1; p2; p3 — уровни достоверности статистического критерия χ^2 с поправкой Йетса при сравнении пациентов I и II, I и III, II и III групп соответственно на 30-31-й день терапии; * — статистически значимые результаты.

чески значимая разница интенсивности болевого синдрома на 30-31-й день терапии при сравнении данных I и II, I и III групп ($p=0,00$), в которых коэффициент болевого синдрома был равен $20,4 \pm 1,7$ и $14,4 \pm 1,1$ соответственно. Между II и III группами отсутствует статистически значимая разница показателей, отражающих интенсивность болевого синдрома ($p=0,07$), что свидетельствует о сопоставимой терапевтической эффективности и анальгетическом действии мануальной терапии и фармакопунктуры.

Обсуждение

Установленный нами временной отрезок для оценки эффективности терапии (30-31-й день терапии) принят с учётом того, что для регресса отдельных изучаемых клинических проявлений

вертеброневрологических заболеваний необходим достаточный период для репаративных изменений, которые не могут купироваться за 14 дней, в течение которых длится лечение пациентов.

Анализ динамики клинических проявлений у больных с вертеброневрологическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от вида терапии (до лечения и на 30-31-й день терапии) свидетельствует о том, что наилучшие показатели, характеризующие терапевтическую эффективность изучаемых методов реабилитации, достигнуты у пациентов, которые получали лечение методом гомеосиниатрии.

Сравнение частот клинических проявлений вертеброневрологических заболеваний у пациентов групп наблюдения на 30-31 день терапии показало, что отсутствует статистически значимая

Таблица 4. Динамика болевого синдрома жизнедеятельности у больных с вертеброневрологическими заболеваниями зависимости от терапевтического воздействия ($M \pm m$)

Группы наблюдения	До лечения	На 30-31-й день терапии	Me (LQ; UQ) на 30-31-й день терапии	Значение p для критерия Манна-Уитни на 30-31-й день терапии
	M±m			
I группа (n=54)	56,3±1,5	34,6±1,6	39 (36; 41)	p*=0,00; p**=0,07; p***=0,00
II группа (n=64)	57,4±2,0	20,4±1,7	23 (7; 30)	
III группа (n=68)	59,7±1,8	14,4±1,1	8 (4; 25)	

Примечание: * — уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении I и II групп на 30-31-й день терапии; ** — уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении II и III групп на 30-31-й день терапии; *** — уровень достоверности статистического критерия Манна-Уитни при сравнении I и III групп на 30-31-й день терапии.

разница между показателями II и III групп. Вышеизложенное свидетельствует о сопоставимом терапевтическом эффекте методов мануальной терапии и гомеосиниатрии, которые были назначены пациентам данных групп. При сравнении результатов лечения между I и II группами пациентов установлены статистически значимые различия по всем изучаемым клиническим проявлениям, за исключением таких симптомов, как мышечный спазм и нарушение походки. Сопоставив абсолютные частоты симптомов на 30-31-й день терапии в I и III группах, выявлено, что только по частоте мышечного спазма отсутствует статистически значимая разность.

Результаты анализа динамики болевого синдрома у пациентов групп наблюдения так же свидетельствуют о том, что включение в состав комплексной терапии курсов мануальной терапии и гомеосиниатрии способствует выраженному анальгетическому эффекту по сравнению со стандартной медикаментозной терапией.

Заключение

Проблема реабилитации пациентов с вертеброневрологическими заболеваниями во многом определяется особенностями саногенетических реакций, реализованных на уровне различных систем целостного организма и направленных на купирование возникших морфофункциональных нарушений. На основании накопленного личного опыта нами были разработаны пути оптимизации реабилитационных мероприятий для лечения пациентов с данной патологией. Для этого мы совершенствовали и стандартизировали такие методы как мануальная терапия и гомеосиниатрия. В ходе исследования была установлена высокая терапевтическая эффективность разработанных методов реабилитации, что подтверждено регрессом неврологической симптоматики и выраженным анальгетическим действием.

Литература

1. Разумов А. Н., Бобровницкий И. П., Шакула А. В. Служба восстановительной медицины и её роль в охране здоровья населения // Вестник восстановительной медицины. — 2003. — № 4. — С. 3-5.
2. Lewit K., Janda V. Entwicklung von Gefügestörungen der Wirbelsäule im Kindesalter und die Grundlagen einer Prävention vertebraler Beschwerden // Hippokrates — 1963. — Bd. 34. — S. 308.
3. Wolf J. The reverse deformation of the joint cartilage surface and its possible role in joint blockage // In: Functional Pathology of the Motor System. Rehabilitacia. — Bratislava: Obzor, 1975 — Suppl. 10-11. P. 30.
4. Иваничев Г. А. Мануальная медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 486 с.
5. Марьяновский А. А., Комлева Н. Е., Спирин В. Ф. Опыт реабилитации больных с дорсалгией, имеющих сопутствующие заболевания органов пищеварения. // Вестник новых медицинских технологий. — 2009. — Т. XVI. — № 2. — С. 245-247.
6. Зилов В. Г. Гомеопатия с позиции современной медицинской науки // Вестник Российской академии медицинских наук: ежемесячный научно-теоретический журнал / Российская академия медицинских наук. 2008. — № 10. — С. 51-55.
7. Меламуд Э. Е., Нинель В. Г. Методика объективной оценки степени интенсивности хронической боли // Методические рекомендации. Саратов, 1991. — 19 с.
8. Белоусов П. В. Акупунктурные точки китайской чжень-цзютерапии. — Алматы, 2004. — 448 с.
9. Пишель Я. В., Шапиро И. И., Шапиро М. И. — Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. — М.: Медицина, 1989. — 144 с.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



**Центр Медицинского
Телемониторинга РУНО:
ЦМТ РУНО и МФ РУНО**

www.runomed.ru

тел.: +7-915-478-4625, +7-909-937-9649

Компания «РУНО» более 15 лет специализируется на разработке диагностических технологий оценки вегетативной регуляции. В числе разработок — метод вариационной термоалгометрии РУНО и метод сегментарной термоалгометрии СТАМ. Компания производит мобильные диагностические устройства и программные средства, ориентированные на врачей и на индивидуальное использование пациентом. Нашей компанией разработана система телемониторинга состояния человека (СТАМ-Т), входящую в комплекс телемедицинских услуг.

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МУЗЫКАЛЬНО-ПОЛЕВОЙ МЕЗОТЕРАПИИ — ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ И ОМОЛОЖЕНИЯ КОЖИ

¹Шушарджан С. В.²Шушарджан Р. С.

¹НИЦ музыкальной терапии и восстановительных технологий, ²ФМБА (г. Москва)
www.muzmt.ru

INTEGRATIVE PRINCIPLES OF THE MUSICAL-FIELD MESOTHERAPY — INNOVATIVE TECHNOLOGY FOR SKIN IMPROVEMENT AND REJUVENESCENCE

Shushardgan S. V., Shushardgan R. S.

Резюме

В 2009 г. запатентована инновационная технология оздоровления и омоложения кожи — музыкально-полевая мезотерапия (МПМ), основанная на одновременном музыкально-акустическом воздействии на орган слуха и проблемные зоны кожи. В статье представлено теоретическое обоснование МПМ, описаны методика её выполнения и результаты проведенных испытаний. Эффект ощущается уже после первого сеанса МПМ, а через несколько процедур позитивные изменения физических свойств и внешнего вида кожи становятся статистически достоверными.

Ключевые слова: музыкально-полевая мезотерапия.

Resume

In 2009 the innovative technology for skin rejuvenation and improvement — a musical-field mesotherapy (MFM), based on simultaneous is musical-acoustic influence on an organ of hearing and problem zones of a skin is patented. In article theoretical substantiation MFM is presented, the technique of its performance and results of the spent tests are described. The effect is felt already after the first session MFM, and through some procedures positive changes of physical properties and appearance of a skin become statistically authentic.

Key words: musical-field mesotherapy.

Музыкально-полевая мезотерапия является инновационной технологией оздоровления и омоложения кожи, относящейся к музыкальной терапии (МТ) — динамично развивающейся области здравоохранения, которая использует более 50-ти различных музыкально-акустических методов и подходов для коррекции психического и физического здоровья, профилактики заболеваний, социальной реабилитации, творческого и духовного развития личности.

В 2003 г. Минздравом РФ было утверждено пособие для врачей «Методы музыкальной терапии» [1]. В 2005 г. была сформулирована ре-

зонасно-рефлекторная теория МТ, в которой были обобщены результаты собственных исследований, научных работ XX века и современных авторов, а также учтен опыт традиционной китайской и индийской медицины в применении музыки с лечебной целью [2,3]. Согласно резонансно-рефлекторной теории МТ восприятие звуков в слышимом диапазоне (16-20000 Гц) осуществляется через многоуровневую акустико-реактивную систему организма. Каждая часть акустико-реактивной системы в ответ на звуковые сигналы генерирует собственные реакции.

- Органы слуха производят сложные нейромональные реакции, активизируют эмоции, чувства и после этого — вторичные кардиореспираторные и прочие физиологические реакции
- Акустическая стимуляция точек акупунктуры может изменять активность физиологических систем, активизация виброрецепторов запускает антиноцицептивный эффект и может снижать болевую чувствительность. Эти реакции имеют нервно-рефлекторную природу.
- Кожа в целом работает как мембрана, передающая энергию механических колебаний слабой интенсивности внутренним органам, а также энергию электромагнитных полей, возникающих в водной среде организма, благодаря трансформации акустической энергии. Данные энергетические процессы, включая инфразвуковые колебания, могут вызывать прямые резонансные отклики со стороны органов и клеток.

Все вышеперечисленные факторы обеспечивают глубокие психологические и физические эффекты МТ. Понимание комплексных механизмов воздействия музыкальной акустики на организм человека с позиций медицины, биофизики, психологии, музыкознания и нейрофизиологии привели к стремительному развитию направления, возникновению новых методов, существенному расширению сфер применения МТ.

В медицине технологии МТ терапии используются в первую очередь для психологической и физиологической коррекции, снятия болевых синдромов, восстановления сниженных или утраченных функций, что уже нашло широкое применение в клинике внутренних болезней, в санаторно-курортной практике, в хирургии, медицинской реабилитации. Определелись серьезные основания для успешного использования МТ в дерматокосметологии.

Известно, что стрессы играют роль пускового механизма в этиопатогенезе различных дерматологических заболеваний более чем в 50% случаев, в том числе в раннем увядании кожи. Выявлено, что одним из негативных последствий эмоционального стресса являются нарушения микроциркуляции тканей и гипоксия. На фазе доклинических проявлений, нарушения микроциркуляции кожи могут сопровождаться ощущением холода, незначительными парестезиями в соответствующих зонах. Позже могут появиться визуальные признаки трофических нарушений. Если на этом этапе проблема носит больше косметологический характер, то в более поздних стадиях возникают стойкие трофические нарушения кожи, воспалительные поражения и пр.

Недостаточность кислорода в коже приводит к нездоровому желтоватому оттенку, снижению эластичности. Стресс может также нарушить процессы пищеварения, что, в свою очередь, приводит к общей интоксикации организма, негативно влияющей на здоровье кожи. В этой связи становится актуальной разработка новых инновационных технологий, психосоматической направленности, способных комплексно влиять на основные звенья патологических процессов, вызывающих различные дерматологические расстройства, в том числе — раннее старение кожи.

Нами изобретен новый способ оздоровления и омоложения кожи, техническим результатом которого является возможность вызывать активизацию микроциркуляции и регенерации кожи, музыкально-акустическими воздействиями, в том числе в комбинации с косметологическими или лекарственными средствами [4].

В качестве музыкального воздействия используют специально разработанные музыкально-акустические программы, транслируемые через систему нескольких динамиков (от 2-х и выше). Перед процедурой определяют проблемные зоны кожи лица и психофизиологическое состояние пациента, по полученным результатам формируют программу музыкального воздействия, закодированную различными сочетаниями элементов музыкального языка и акустических сигналов в частотном диапазоне 20-20000 Гц. Технология реализуется тремя основными методическими подходами (рис 1, 2).

1) Одновременно воздействуют на слуховой анализатор и непосредственно на проблемные зоны кожи, на которые предварительно наносят косметологические или лекарственные средства, затем сами зоны покрывают сухой бумажной или тканевой салфеткой (из любого материала, разрешенного для использования в гигиенических или медицинских целях), сверху которой прикрепляют акустические динамики.

2) Одновременно воздействуют на слуховой анализатор и непосредственно на проблемные зоны кожи, которые покрывают влажной или пропитанной косметологическими либо лекарственными препаратами тканевой салфеткой (из любого материала, разрешенного для использования в гигиенических или медицинских целях), сверху которой прикрепляют акустические динамики.

3) Одновременно воздействуют на слуховой анализатор, проблемные зоны кожи и точки акупунктуры через микронаушники, закрепленные в соответствующих зонах.

Эффективность разработанной технологии определяли в сравнительных исследованиях.

Материалы и методы

Обследовано 30 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с различными признаками нарушений микроциркуляции и трофики кожи лица. Все обследованные пациенты методом случайного отбора были разделены на 2 группы.

Основной группе численностью 20 человек проводили музыкально-полевою мезотерапию: 5 процедур по 15 минут через день. На поверхность лица надевали тканевую маску, пропитанную сложной биоактивной смесью, в состав которой входили: дистиллированная вода, акулий жир, экстракты оливковых листьев, морских водорослей, гидролизат плаценты, витамины А, С, Е. Свободные концы тканевой маски с двух сторон доводились до проекции ушных раковин и покрывали их. Далее сверху одевались студийные стерео наушники и в течение 15 мин. на каждой процедуре транслировалась одна из музыкально-терапевтических программ: «Антистресс & Бессонница», «Депрессия & Переутомление», «Терапия страха и тревоги», «Гипертония & Нервное перенапряжение», «Дыхание жизни & Неврастения» из серии «Музыка здоровья». Таким образом, акустические сигналы воздействовали двояко: на слуховой анализатор и прямо на клетки кожи через ткань, часть которой находилась под наушниками, и выполняла наряду с функцией биоактивной маски одновременно роль акустической мембраны распространяющей поступающие из наушников звуковые сигналы на покрываемую кожную поверхность.

Контрольной группе численностью 10 человек осуществляли масочные процедуры аналогичного химического состава, частоты и длительности, но без музыкального воздействия.



Рис. 1. Музыкальное воздействие через слуховой анализатор

В комплексную программу исследований вошли медицинские и психологические тесты.

1) Опрос жалоб и клиническое наблюдение проводили постоянно по ходу программы.

2) Уровень тревожности до начала процедур и по их окончании измеряли по данным опросника Тейлора.

3) Комплексное исследование кровотока в субкутанных сосудах методом лазерной доплеровской флоуметрии производилось с использованием контактного кожного датчика на приборе BLF-21 фирмы Transonic Systems (США). Осуществлялись трехкратные измерения кровотока с последующим их усреднением: за 5 минут до начала 1-й процедуры, после окончания 1-й процедуры и после окончания всего цикла процедур.

4) Объективная оценка состояния кожи проводилась с помощью компьютерной программы SkinXPro, определяющей степень влажности, салоотделение, гладкость и пигментацию.

Результаты всех исследований обрабатывались методами вариационной статистики. При сравнении распределений различных показателей для разных групп использовался U — критерий Манна-Уитни. Математическая обработка исследуемого материала проводилась с помощью программных средств «Statist».

Результаты

Путём клинического осмотра в основной и контрольной группах определены примерно одинаково выраженные признаки нарушений микроциркуляции кожи. Выявлены бледность, сухость, сглаженность кожного рисунка. 83.3%

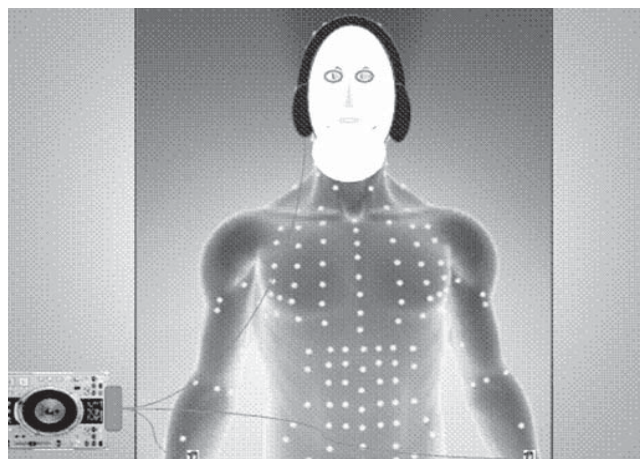


Рис. 2. Одновременное воздействие через слуховой анализатор, проблемные зоны кожи и точки акупунктуры

обследованных лиц связывали имеющиеся у них проблемы кожи с эмоциональными стрессами и хроническим нервным перенапряжением. 75% основной группы и 80% контрольной предъявляли различные жалобы невротического характера, среди которых наиболее частыми были: страхи, нарушения сна и пониженное настроение.

Выявлено, что в основной группе произошло значимое снижение числа невротических жалоб на 50% ($U < 0.01$). В контрольной группе снижение жалоб на 10% оказалось не достоверным ($U > 0.05$). Среднее значение показателя тревожности в основной группе до процедур составляло 25.5 ± 7.2 балла, а в контрольной — 27 ± 7.7 . В конце наблюдений среднее значение показателя тревожности в основной группе снизилось на 21.6% ($U < 0.05$), а в контрольной — на 3.7% ($U > 0.05$).

При оценке физиологического состояния кожи установлено, что до начала процедур в обеих группах наблюдалось снижение субкутанного кровотока. В основной группе значение данного показателя составило 8.5 ± 2.31 , в контрольной — 7.9 ± 1.8 (при норме равной 15.6 ± 4.1 мл/100г/мин.). В основной группе после первой процедуры показатель субкутанного кровотока значимо возрос в 2.3 раза от исходного уровня на уровне значения, а после 5 процедур стабильно нормализовался, достигнув значения 16.5 ± 3.0 мл/100г/мин ($U < 0.01$). В контрольной группе после 5 косметических масок показатель субкутанного кровотока недостоверно возрос в 1.4, оставшись при этом на уровне значений ниже нормы.

Улучшение показателей физического состояния кожи выявлено в обеих группах, но по всем параметрам более выраженная положительная динамика определялась в основной группе.

Обсуждение

Относительно молодой возраст и социальный статус пациенток, как и их собственные самооценки, позволяет считать, что косметологические проблемы, побудившие их к обращению за помощью, обусловлены, главным образом, стрессом.

Адреналин, выделяющийся в 1-й стадии стресса, приводит к перераспределению крови и дефициту кожного кровотока, что проявляется в изменениях цвета и тургора кожи. Во 2-й стадии стресса увеличивается выработка гормона кортизона, что подавляет иммунную систему. В коже глюкокортикоиды в высокой концентрации тормозят рост и деление фибробластов,

что приводит к истончению кожи, ее легкой повреждаемости, плохому заживлению ран. Кожа становится восприимчивой к инфекциям. Поэтому борьба со стрессом и его последствиями является неременным условием успешного оздоровления кожи или лечения дерматологических больных.

Предложенная технология оздоровления и омоложения кожи предусматривает одновременно слуховой и контактный вариант акустического воздействия. Восприятие приятных мелодий на слух оказывает антистрессовое воздействие, успокаивает, снимает спазмы периферических сосудов, в том числе и капилляров. Одновременное со слуховым воздействием прямое воздействие акустических сигналов на поверхность кожи приводит к слабым вибрационным возмущениям клеток кожи, активизируя их деятельность. Кроме того, важным фактором, усиливающим эффект воздействия, является значительное содержание воды (70%) в коже. Возникающие в результате трансформации акустической энергии электромагнитные поля и сверхслабые электрические токи активизируют процессы микроциркуляции и регенерации клеток кожи.

Одновременное нанесение на кожу биологически активных косметологических или лекарственных веществ осуществляет биохимическую подпитку клеток кожи, а их всасывание усиливается благодаря активизации регионарного кровотока. Аппликация влажных или пропитанных сложной биоактивной смесью тканей, на проблемные зоны кожи, которые при этом находятся под наушниками, приводит к существенному потенцированию лечебно-оздоровительных эффектов, т.к. ткань выполняет наряду с функцией биоактивной маски одновременно роль акустической мембраны, распространяющей на покрываемую кожную поверхность звуковые сигналы, а также вторично возникающие поля. Это подтверждается и субъективными ощущениями пациентов, которые отмечают в зонах воздействия легкие покалывания, характерные для некоторых процедур физиотерапии, например, использующих модулированные токи.

Заключение

Предложена не имеющая аналогов технология, интегрирующая саногенетические эффекты прослушивания музыки, акустической стимуляции рефлексогенных зон кожи и воздействия биоактивных масок. Оздоровительный и омолаживающий эффекты технологии, получившей название музыкально-полевой ме-

зотерапии, основаны на её выраженном стресс-лимитирующем действии, что дает основания считать её перспективной для широкого применения в практике косметологических и лечебно-профилактических учреждений.

Литература

1. Разумов А. Н., Шушарджан С. В. Методы музыкальной терапии (пособие для врачей). — М., изд. РНЦВМ и К МЗ РФ, 2002. — С. 29.
2. Шушарджан С. В. Руководство по музыкотерапии. — М., Медицина, 2005. — С. 478.
3. Шушарджан С. В. Современные методы музыкальной терапии и эффекты, возникающие при воздействии музыкой и различными акустическими сигналами на организм человека. Традиционная медицина Восток и Запад. — Новосибирск, 2005, № #2 (7), том 2, — С. 23-29.
4. Шушарджан С. В., Шушарджан Р. С., Сагатов К. П. Патент на изобретение № 2429026 «Способ оздоровления и омоложения кожи». Приоритет от 29.12.2008 г. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 20.09.2011 г.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ

24 НОЯБРЯ 2012 ГОДА
МОСКВА

1-е ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Организаторы: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ

В работе конференции примут участие ведущие ученые, врачи-рефлексотерапевты, видные отечественные и зарубежные специалисты в области акупунктуры и традиционной медицины.

В рамках конференции будет проходить специализированная выставка «РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И КОМПЛЕМЕНТАРНАЯ МЕДИЦИНА — 2012».

Вход на конференцию свободный

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Материалы для публикации принимаются до 01.11 2012 года по электронной почте вместе с заполненной заявкой на участие. Тезисы и доклады, соответствующие тематике, будут опубликованы в Материалах научных трудов Конференции по факту получения подтверждения оплаты. Стоимость публикации 150 рублей за страницу.

Порядок предоставления тезисов и статей: тезисы — не более 2-х страниц, оригинальные статьи — не более 4-х страниц, обзорные статьи — не более 10 страниц. Материалы предоставляются в электронном виде: набор в редакторе Microsoft Word, формат листа А 4, поля верхнее и нижнее по 2 см, левое — 3 см, правое — 1,5 см. Шрифт TIMES NEW ROMAN, размер шрифта 12, заголовок 14, межстрочный интервал 1,5, красная строка 1,25. Последовательность заголовка: название публикации, Ф.И.О автора (ов), учреждение, город, страна.

Секретариат конференции: тел. +7-495-669-8892
+7-495-981-4767

E-Mail: info@acupro.ru

Регистрация: для выступления на конференции и публикации материалов необходима он-лайн регистрация на сайте: www.acupro.ru.

Подробная информация на сайте: www.acupro.ru

Надеемся, что очередная конференция станет знаковым событием в развитии рефлексотерапии в России, послужит делу дальнейшей популяризации метода, повышению качества и эффективности рефлексотерапии.

С уважением, Оргкомитет

14 декабря 2011 г. на заседании диссертационного совета Д 208.001.02 при ФГУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» состоялась защита докторской диссертации
Наприенко Маргариты Валентиновны

«ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ».

Научный консультант академик РАМН, проф. Зилов В. Г.,
Официальные оппоненты — профессора Олейникова М. М., Иваничев Г. А., Василенко А. М.

Цель исследования

Разработка новых подходов в комплексном лечении хронических форм первичной головной боли в зависимости от их патогенетических механизмов.

Задачи исследования

Изучить клинические особенности хронических форм первичной головной боли — хронической мигрени и хронической головной боли напряжения у обследуемого контингента больных и провести их сравнительную характеристику с эпизодическими формами головной боли напряжения и мигрени.

Изучить патогенетические особенности хронической мигрени и хронической головной боли напряжения. Исследовать состояние ноцицептивной и антиноцицептивной систем, мышечно-тонуса и церебрального кровотока у больных с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения.

Оценить эффективность и обосновать целесообразность применения различных методов восстановительной терапии (иглорефлексотерапии, гирудотерапии, ботулинотерапии) у больных с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения.

Определить предикторы эффективности различных методов восстановительной терапии (иглорефлексотерапии, гирудотерапии, ботулинотерапии) у пациентов с хроническими формами первичной головной боли.

Создать алгоритм дифференцированного применения фармакологических и нелекарственных методов для восстановительного лечения больных с хроническими формами первичной головной боли с выработкой индивидуально ориентированных терапевтических схем.

Научная новизна

Впервые проведен детальный клинический анализ пациентов с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения в рамках первичной головной боли, не осложненной абзусным фактором.

Впервые описано применение гирудотерапии в лечении нозологических форм — хронической мигрени и хронической головной боли напряжения.

Доказано, что применение гирудотерапии, иглорефлексотерапии и ботулинотерапии значительно облегчает трансформацию хронической головной боли в эпизодическую, что является приоритетным при лечении хронических форм головной боли.

Впервые обоснована необходимость проведения нейро-физиологических исследований (электромиографического мониторинга перикраниальных и шейных мышц, ультразвуковой доплерографии, исследования ноцицептивного флексорного рефлекса) для выявления предикторов эффективности различных методов восстановительного лечения, таких как гирудотерапия, иглорефлексотерапия и ботулинотерапия при хронической мигрени и хронической головной боли напряжения.

Впервые выявлено положительное влияние инъекций токсина ботулизма типа А на церебральный кровоток у пациентов с первичной головной болью, путем нормализации как артериального притока, так и венозного оттока из полости черепа.

Разработана и научно обоснована схема комплексного восстановительного лечения пациентов с хроническими формами первичной головной боли, позволяющая учитывать индивидуальные функциональные особенности организма.

Впервые создан алгоритм дифференцированного применения методов восстановительного

лечения в зависимости от особенностей клинической картины.

Практическая значимость работы

На большом клиническом материале проведен анализ и сделаны уточнения клинических особенностей хронических форм первичной головной боли с целью проведения успешной терапии.

Обоснованы возможности нейро-физиологических исследований для выявления предикторов эффективности, тестируемых методов восстановительного лечения.

Создан алгоритм дифференцированного применения фармакологических и нелекарственных методов на разных этапах медико-социальной реабилитации больных с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения в зависимости от их нейро-физиологических особенностей.

Выявлены предикторы эффективности для назначения гирудотерапии, иглотерапии и ботулинотерапии, способствующие подбору адекватной терапии и назначению индивидуально ориентированных схем лечения.

Предложенные схемы лечения хронических форм первичной головной боли позволяют рекомендовать их в качестве перспективных при оказании медицинской помощи больным с хронической мигренью и хронической головной болью напряжения, а также могут использоваться в педагогическом процессе при подготовке специалистов в области восстановительной медицины на постдипломной стадии обучения врачей.

Положения, выносимые на защиту

В основе хронизации первичных форм головной боли, таких как хроническая мигрень и хроническая головная боль напряжения, лежат сложные, сходные многоуровневые изменения организма, обусловленные проблемами как в ЦНС, так и на периферии, что выявляется как при клинических, так и при параклинических исследованиях.

Хроническая головная боль напряжения и хроническая мигрень имеют сходные факторы хронизации, в которых можно выделить 3 основных — сосудистый, мышечный и нарушение контроля боли. Каждый из этих факторов может быть ведущим в клинической картине, что зависит не от нозологии, а от индивидуальных особенностей пациента.

При обследовании и лечении пациентов с хроническими формами первичной головной

боли целесообразно использование таких параклинических методов исследования, как проведение ноцицептивного флексорного рефлекса, ультразвуковой доплерографии и накожного электромиографического мониторинга, что позволяет выявить основные, индивидуально специфические, факторы хронизации.

Отмечена важность учитывания основных факторов хронизации, как предикторов эффективности, для назначения индивидуально ориентированного лечения и повышения эффективности терапии.

Заключение

В настоящее время, проблема хронических форм первичной ГБ является актуальной, как с точки зрения обсуждения клинических особенностей, так и патогенетических аспектов и подходов к терапии. Основную часть больных с хроническими формами первичных ГБ составляют пациенты с ХГБН (15,3%) и ХМ (78%) (Акарачкова Е. С. с соавт., 2007).

В клинической практике часто приходится проводить дифференциальную диагностику между ХГБН и ХМ, у многих пациентов имеются два вида ГБ, что затрудняет лечение данных расстройств и требует выработки новых универсальных, патогенетически обоснованных и индивидуально ориентированных схем лечения.

Имеющийся в настоящее время традиционный подход к лечению пациентов с ГБ обеспечивает в основном коррекцию местного статуса, а именно самого приступа, не уделяя должного внимания целостному организму с системных позиций. В связи с этим эффективность имеющихся реабилитационных программ пока не соответствует оптимальному уровню и не позволяет восстанавливать здоровье пациентов с ГБ в должном объеме. Исходя из этого, было запланировано и проведено настоящее исследование.

Решение задач разработки данной программы требовало, прежде всего, ответа на вопрос о клинко-патогенетической сущности хронических форм первичной ГБ — ХГБН и ХМ, путем проведения их сравнения с эпизодическими формами. Было выявлено, что в основе хронизации первичных форм головной боли, и ХГБН и ХМ, лежат сложные, сходные многоуровневые изменения организма, обусловленные проблемами на разных уровнях ЦНС, что определялось как при клинических, так и при параклинических исследованиях. При этом были определены основные факторы хронизации ХГБН и ХМ, которые в обоих случаях оказались похожими и были представлены — сосудистым фактором,

мышечным, нарушением контроля боли. Наличие факторов не зависело от нозологии, а только от особенностей течения заболевания у каждого конкретного пациента. Таким образом, факторы хронизации могли быть рассмотрены как предикторы эффективности назначения протестированных методов лечения.

Ранее указывалось (Осипова В.В., 2007) на наличие у пациентов с хроническими формами первичной ГБ неспецифических изменений, выявляемых при параклиническом обследовании, но изучения их, как предикторов эффективности лечения, не проводилось. Решение этих задач стало возможным благодаря применению количественных методов анализа результатов. После проведения каждого из предложенных методов лечения — РТ, ГТ и БТ проводилось вычисление $\Delta\%$ выраженности влияния метода на различные факторы хронизации, с целью определения предикторов эффективности, для того чтобы было возможно предложить использовать в лечении пациентов с первичными хроническими формами ГБ, индивидуально ориентированные курсы лечения и, соответственно повысить эффективность терапии.

Таким образом, полученные решения позволили усовершенствовать методику лечения хронических форм первичной ГБ путем предложения выработки индивидуально ориентированных схем лечения, позволяющих добиться более выраженных результатов, сократить сроки лечения и повысить качество жизни пациентов.

Выводы

1. Хронические формы первичной головной боли — хроническая головная боль напряжения и хроническая мигрень — имеют определенные клинические особенности по сравнению с эпизодическими формами головной боли напряжения и мигрени. В клинической картине мигрени к односторонним, пульсирующим головным болям присоединяются давяще-пульсирующие и давящие одно- и двухсторонние головные боли, что сближает их по клинической картине с головной болью напряжения.

2. Пациенты с хронической головной болью напряжения и с хронической мигренью имели одинаковую степень снижения болевых порогов по сравнению с группой пациентов с эпизодической мигренью и головной болью напряжения, что отражает важную роль недостаточности антиноцицептивных систем и центральной сенситизации в хронизации первичных форм первичной головной боли.

3. Как пациенты с хронической головной болью напряжения, так и с хронической мигренью характеризовались повышенным уровнем активности перикраниальных мышц по сравнению с эпизодическими формами по данным накожного электромиографического мониторинга, что предполагает важность усиления тонуса перикраниальных мышц в процессе хронизации.

4. При исследовании пациентов с хронической головной болью напряжения и хронической мигренью по сравнению с эпизодическими формами, по данным ультразвуковой доплерографии экстракраниальных сосудов, характеризовались нарушением венозного оттока и проявлениями экстравазального влияния, что предполагает более выраженную роль венозной дисциркуляции в хронизации первичных форм головной боли по сравнению с артериальной составляющей церебрального кровотока.

5. В соответствии с результатами работы можно выделить следующие факторы, участвующие в хронизации первичных головных болей: снижение болевых порогов, отражающее нарушение функции антиноцицептивных систем организма; повышение тонуса перикраниальных мышц; сосудистый фактор, представленный нарушением венозного оттока и наличием экстравазального влияния на сосудистую стенку. Данные факторы не были специфичными для какой-либо формы первичной головной боли, но имели характер индивидуальной специфичности, то есть для каждого пациента было характерно наличие одного или двух ведущих факторов хронизации.

6. Все тестируемые методы восстановительной терапии были высоко эффективны при лечении хронических форм первичной головной боли, были более результативными по сравнению со стандартной лекарственной терапией. Дифференцированное применение методов восстановительной терапии в соответствии с патогенетическими особенностями заболевания, позволяет увеличить эффективность каждого этапа лечебно-восстановительных мероприятий.

7. Установлены предикторы эффективности для назначения иглорефлексотерапии: изменения при проведении ноцицептивного флексорного рефлекса; предикторами эффективности гирудотерапии являются сосудистые изменения, определяемые УЗДГ; Для назначения инъекций токсина ботулизма типа А предикторами эффективности являются изменения, выявляемые при проведении накожного электромиографического мониторинга: напряжение пери-

краниальных и шейных мышц, а также изменения церебрального кровотока, выявляемые при ультразвуковой доплерографии.

8. Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при лечении хронических форм первичной головной боли должна проводиться комплексно по степени выраженности сосудистого, мышечного факторов и изменению болевых порогов. Это облегчает задачу выбора методов восстановительного лечения и помогает выработке терапевтических схем.

Практические рекомендации

Сочетание методов восстановительного лечения с лекарственной терапией существенно повышает эффективность проводимого лечения и должно быть рекомендовано к применению.

Выбор метода лечения при лечении хронической головной боли напряжения и хронической мигрени должен строиться в соответствии с предикторами эффективности рефлексотерапии, гирудотерапии и ботулинотерапии и степенью выраженности факторов хронизации.

Целесообразно включение рефлексотерапии в лечение хронических форм первичной головной боли при наличии сосудистых изменений, снижении болевых порогов и напряжении перикраниальных и шейных мышц.

Применение гирудотерапии рекомендовано при наличии сосудистых расстройств. Проводить курсы гирудотерапии следует 2-3 раза в неделю с прикладыванием пиявок на воротниковую зону, зону головы и печени до полного насыщения пиявок.

Проведение ботулинотерапии оправдано при наличии напряжения мышц и наличии сосудистых изменений методом «следуя за болью».

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Компьютерная энциклопедия

«Акупунктура — теория и методы» (трехтомная)

Предназначена для широкого круга читателей. Мы надеемся, что данное издание окажется полезным студентам, изучающим традиционную и народную медицину, исследователям, работающим в этой области, практическим врачам-рефлексотерапевтам, а также всем, углубленно интересующимся восточной культурой, философией и медициной. В издании нашли достаточно полное отражение основные положения классической китайской философии и научной методологии, в том числе такие, которые до сих пор почти не освещались в отечественных медицинских изданиях.

В энциклопедии используются пространственные модели анатомических структур человека, анимация, гипертекст, мультимедиа и другие современные информационные технологии.

Издание состоит из отдельных томов, посвященных различным вопросам теории и практики акупунктуры. Вашему вниманию предлагаются первый, второй и третий тома энциклопедии.

- Первый том — «Учение о каналах ЦЗИН-ЛО»,
- второй том — «Атлас точек акупунктуры»,
- третий том — «Аурикулярная акупунктура».

Тома энциклопедии основаны на 50 ведущих российских и зарубежных изданиях, указанных в разделе «библиография» каждого из томов и содержат свыше 500 страниц текста и более 900 иллюстраций.

Цена комплекта из трех томов составляет 4000 руб.

**По вопросам приобретения и за дополнительной информацией обращайтесь
по E-Mail: 1418538@mail.ru и по тел.: +7-917-575-7193**

30 декабря 2011 г. на заседании диссертационного совета Д 208.060.01 при ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России» состоялась защита кандидатской диссертации
Зубковой Светланы Александровны

«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ И МЕЗОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ГОМОТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОТЕЧНО- ФИБРОСКЛЕРОТИЧЕКОЙ ПАННИКУЛОПАТИЕЙ».

Научный руководитель — проф. Е. А. Турова,
Официальные оппоненты — Л. Г. Агасаров и Е. С. Васильева

Цель исследования

Научное обоснование комплексного применения ультразвуковой терапии и мезотерапевтического введения гомотоксикологических препаратов в лечении пациентов с отечно-фибросклеротической панникулопатией (ОФСП).

Задачи исследования

Оценить клинические проявления, антропометрические данные, показатели биоимпедансометрии, липидного обмена, коагулограммы, гормонального статуса, а также состояние кожной микроциркуляции у пациентов с ОФСП в зависимости от стадии.

Изучить влияние ультразвука, мезотерапии, их комплексного применения на динамику клинических проявлений ОФСП, показатели антропометрии, биоимпедансометрии, динамику показателей липидного обмена, коагулограммы, гормонального фона, микроциркуляции в зависимости от стадии ОФСП

Дать сравнительную оценку эффективности использования ультразвука, мезотерапии, их комплексного применения у пациентов с ОФСП в зависимости от стадии процесса.

На основании проведенного анализа и изучения отдаленных результатов разработать показания и противопоказания к применению различных методик лечения ОФСП.

Научная новизна работы

Впервые научно обосновано использование УЗТ, мезотерапии и их комплексного применения в лечении ОФСП в зависимости от стадии процесса.

Впервые показано, что у пациентов с ОФСП при прогрессировании процесса относительное содержание жировой ткани увеличивается, а относительное содержание воды и мышечной массы уменьшается. Выявлено, что относительное количество воды увеличено только во 2 стадию, что свидетельствует о задержке воды в начальных стадиях процесса. Выявлено повышение агрегации тромбоцитов, дисбаланс плазменных факторов коагуляции. Показано, что в 2-ю стадию процесса преобладает атонический тип кровотока по данным ЛДФ, а в 4-ю стадию — спастический тип. Во всех стадиях ОФСП при всех типах кровотока снижен базальный кровоток, повышено внутрисосудистое сопротивление, выявлен венозный застой.

Доказано, что при УЗТ происходило умеренное выравнивание поверхности кожи у пациентов со 2 и 3 стадией процесса. УЗТ по сравнению с мезотерапией оказывала меньшее влияние на снижение объемов, массы тела, которая уменьшалась, не только за счет жировой ткани, но и за счет воды. Доказано, что при УЗТ происходило повышение общего ХС за счет ХС ЛПВП, снижение агрегации тромбоцитов, коагуляционных свойств крови. При проведении УЗТ нормализовался сосудистый тонус, увеличивался базальный кровоток и перфузия тканей кровью у пациентов с обоими типами кровотока. Только в группе получавшей УЗТ снизилось внутрисосудистое сопротивление при спастическом типе кровотока и уменьшился венозный застой у пациентов с атоническим типом.

Доказано, что при проведении мезотерапии происходило значительное выравнивание поверхности кожи. Мезотерапия обладала наиболее выраженным липолитическим эффектом, значительно уменьшая объемы тела и содержание в организме жировой ткани. Мезотерапия

не влияла на показатели липидограммы и агрегацию тромбоцитов, способствовала снижению коагуляционных свойств плазмы крови. При проведении курса мезотерапии происходила нормализация сосудистого тонуса, повышение базального кровотока у пациентов с обоими типами микроциркуляции, при этом внутрисосудистое сопротивление и венозный застой не уменьшались.

Доказано, что комплексная терапия клинически не имела преимуществ перед отдельным применением методик. Выравнивание поверхности кожи и липолитический эффект, который проявлялся уменьшением объемов и массы тела за счет жировой ткани, был сопоставим с группой получавшей УЗТ. Комплексная терапия не влияла на липидный обмен, агрегацию тромбоцитов, вместе с тем способствовала снижению коагуляционных свойств плазмы. Изменения микроциркуляции соответствовали таковым группе мезотерапии, перед которой не имели преимуществ.

Практическая значимость

Практическая значимость работы состоит в том, что разработаны для внедрения в лечебную практику методики УЗТ и мезотерапии для лечения пациентов с ОФСП. Доказана, что эффективность отдельного применения методик выше, чем при их комплексном применении. Разработаны дифференцированные показания к назначению мезотерапии и УЗТ в зависимости от стадии ОФСП. Доказанная эффективность, отсутствие побочных реакций и хорошая переносимость позволяют использовать данные методики для коррекции ОФСП.

Основные положения, выносимые на защиту

Применение УЗТ вызывало умеренный липолитический эффект, уменьшало количество жировой ткани, объемы тела в местах локальных жировых отложений. УЗТ обладала антиатерогенным действием, повышая ХС ЛПВП, снижала агрегацию тромбоцитов под действием АДФ и Адр, способствовала снижению фибриногена и повышала фибринолитическую активность. При применении УЗТ, происходило улучшение микроциркуляции в коже, за счет восстановления тонуса артериол, у пациентов с атоническим и спастическим типом кровотока, ускорения базального кровотока. Кроме того УЗТ снижала внутрисосудистое сопротивление у пациентов со спастическим типом кро-

вотока и уменьшала венозный застой при атоническом типе кровотока. Использование УЗТ не влияло на гормональный фон.

Применение мезотерапии обладало значительным липолитическим влиянием на локальные жировые отложения, что подтверждалось уменьшением количества жировой ткани; объемов тела, не приводило к ухудшению липидного спектра крови. Выполнение множественных уколов не вызывало усиления агрегации и коагуляции. Мезотерапия обладала регулирующим влиянием на артериолы, повышая тонус артериол у пациентов с атоническим типом кровотока, и снижая его при спастическом типе, способствовало усилению базального кровотока. Использование мезотерапии не изменяло гормональный фон.

Несмотря на различные механизмы действия изучаемых методик взаимного потенцирования факторов не выявлено и их комплекс не имел преимуществ перед отдельным применением. Липолитический эффект был сопоставим с УЗТ по уменьшению количества жировой ткани и объемов тела. Дезагрегационный эффект нивелировался применением мезотерапии, состояние коагуляции соответствовало другим группам. На микроциркуляцию комплекс влиял аналогично мезотерапии, регулируя тонус артериол и связанный с ним уровень базального кровотока, не влияя на внутрисосудистое сопротивление и венозный застой. Влияния на гормональный фон не выявлено.

Выводы

При прогрессировании отечно-фибросклеротической панникулопатии наблюдается увеличение относительного содержания жировой ткани, уменьшение относительного содержания воды и мышечной массы. Обнаружена корреляция между стадией ОФСП и количеством жировой ткани ($r=0,56$, $p<0.05$), относительным количеством воды ($r=-0,52$, $p<0.05$). Выявлено достоверное повышение обратимой агрегации тромбоцитов под действием АДФ, дисбаланс плазменных факторов коагуляции в виде склонности к гипокоагуляции при повышенном количестве фибриногена. Впервые доказано, что в начальных стадиях ОФСП преобладает атонический, в конечных спастический тип микроциркуляции. У всех пациентов определяется снижение базального кровотока, повышение внутрисосудистого сопротивления, венозный застой.

Применение УЗТ вызывает умеренное уменьшение симптомов отечно-фибросклеротической панникулопатии у пациентов со 2 и 3 стадией,

способствует уменьшению количества жировой ткани на 3,94%, объема каждого бедра на 2,08%. Наблюдается повышение ХС ЛПВП на 5,44%, снижение агрегации тромбоцитов под действием АДФ на 18,90%, Адр на 16,71%, уменьшение коагуляционных свойств крови, за счет снижения фибриногена на 18,23%, и повышения фибринолитической активности на 58,57%. Применение УЗТ приводит к восстановлению артериолярного тонуса; у пациентов с повышенным тонусом он снижается на 22,96%, с пониженным повышается на 20,85%, вследствие чего увеличивается базальный кровоток на 35,71% и 31,59% соответственно. Происходит снижение внутрисосудистого сопротивления на 19,67% у пациентов со спастическим типом кровотока, и уменьшение венозного застоя на 17,02% у пациентов с атоническим типом.

Применение мезотерапии вызывает значительное уменьшение проявлений ОФСП, имеет наиболее выраженный липолитический эффект, значительно уменьшая локальные жировые отложения, что подтверждалось уменьшением количества жировой ткани на 5,31%, объема каждого бедра на 3,49%. Мезотерапия не ухудшает показатели липидограммы, множественные уколы не вызывали усиления агрегации тромбоцитов и коагуляции крови. Мезотерапия обладает регулирующим влиянием на артериолы, повышая тонус артериол у пациентов с атоническим типом кровотока на 18,18%, и снижая его при спастическом типе на 16,81%, усиливает базальный кровоток на 8,68% и 27,58% у пациентов с атоническим и спастическим типом соответственно. Под влиянием мезотерапии не происходит нормализации внутрисосудистого сопротивления и венозного застоя.

При комплексной терапии не происходит потенцирования результатов применяемых методик. Уменьшение симптомов сопоставимо с результатами, полученными при УЗТ, как и уменьшение объема каждого бедра 2,32%, и жировой ткани на 2,85%. Агрегацию тромбоцитов снижалась умеренно, эффект нивелировался применением мезотерапии, состояние коагуляции соответствовало другим группам.

На микроциркуляцию комплекс влиял аналогично мезотерапии, регулируя тонус артериол и связанный с ним уровень базального кровотока, не влияя на внутрисосудистое сопротивление и венозный застой.

Мезотерапия физиологическим раствором незначительно уменьшает клинику ОФСП, массу жировой ткани на 2,25%, снижает ХС ЛПВП, не влияет на агрегацию тромбоцитов, уменьшает коагуляционные свойства крови.

Эффективность УЗТ составила 88,5%, мезотерапии — 92,6%. В группе комплексного лечения эффективность составила 58,6%; в контрольной группе — у 33,33% пациентов получен удовлетворительный результат. Комплексное применение методик уступает по эффективности УЗТ и мезотерапии в коррекции проявлений ОФСП.

Практические рекомендации

На основании проведенного анализа и изучения результатов проведена разработка показаний и противопоказаний к применению различных методик лечения ОФСП.

Мезотерапия гомотоксикологическими препаратами лимфомиозот 1,1 мл, Коэнзим композитум, Убихинон композитум по 2.2 мл в виде коктейля показана пациентам с наличием выраженных локальных жировых отложений, при отсутствии значительного фиброза, с любым типом кровотока, без изменений в системе агрегации и коагуляции. Процедуры проводятся путем диффузии в зоны, пораженные ОФСП 2 раза в неделю № 10.

УЗТ, частотой 880 кГц, мощностью 1 ватт на см² в непрерывном режиме по 6 мин на одну зону, показана пациентам во 2 и 3 стадии, без выраженного фиброза, без наличия выраженных локальных жировых отложений, с нарушениями агрегации и микроциркуляции. Процедуры проводятся 2 раза в неделю № 10.

Комплексное лечение с применением лечебных факторов в один день не показано.

При назначении методик необходимо учитывать общие противопоказания для физиотерапии и мезотерапии.

Редколлегия поздравляет Маргариту Валентиновну и Светлану Александровну с успешными защитами диссертаций.

ФОРМУЛА ПЯТИ ЭЛЕМЕНТОВ®

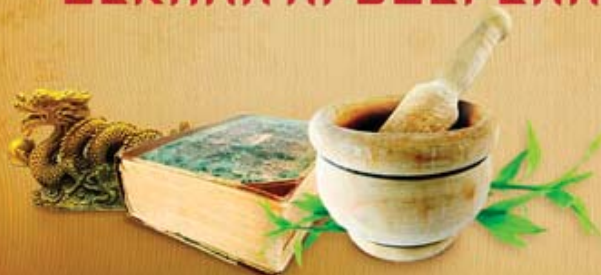


СИНОФАРМ

ТРАДИЦИОННАЯ
КИТАЙСКАЯ
МЕДИЦИНА



ФОРМУЛА ПЯТИ ЭЛЕМЕНТОВ — серия классических натуральных препаратов традиционной китайской медицины для коррекции функционального состояния организма. В ассортименте Компании СИНОФАРМ более 90 сертифицированных фитопрепаратов. «Формула Пяти Элементов» — это **ВЕКАМИ ПРОВЕРЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ!**



115114, Россия, Москва,
Летниковская, 5
Тел.: +7 (495) 981 47 67
www.cinofarm.ru;
info@cinofarm.ru



СИНОФАРМ

ТРАДИЦИОННАЯ
КИТАЙСКАЯ
МЕДИЦИНА

ПРОДУКЦИЯ

Компания СИНОФАРМ занимает лидирующие позиции на российском рынке по импорту фитопрепаратов из Китая.

Вся продукция изготавливается на основе натурального природного сырья растительного, минерального и животного происхождения ведущими китайскими производителями и производится в соответствии с международным стандартом качества GMP.

СЕТЬ КЛИНИК «ПЯТЬ ЭЛЕМЕНТОВ»

Собственная сеть клиник «ПЯТЬ ЭЛЕМЕНТОВ» – эффективное сочетание последних достижений западной медицины и многовековых традиций восточной медицины в лечении различных заболеваний.

В ПОМОЩЬ ВРАЧУ

Программные продукты «ТКМ-ЭКСПЕРТ» и «МИНИ-КЛИНИКА» с техническими средствами диагностики.

ОБУЧЕНИЕ

Адаптированные курсы для западных врачей по традиционной китайской медицине и методике применения фитопрепаратов «Формула Пяти Элементов» с выдачей документов государственного образца по общему усовершенствованию – 144 часа (продление сертификата) и тематическому усовершенствованию – 72 часа.

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Перевод и издание литературы по традиционной китайской медицине.



115114, Россия, Москва, Летниковская, 5

Тел.: +7 (495) 981 47 67; www.cinofarm.ru