

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК НИИ  
СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ КЛИНИКО-  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

*На правах рукописи*



**МУХИНА МАРИЯТ МУРАДАЛИЕВНА**

**ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ  
МАССЫ ТЕЛА**

*(на основании выработанной автором методики применения  
метода рефлексотерапии)*

Специальность: Код ВАК: 14.00.51 – «14.00.51 - восстановительная  
медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия»

ДИССЕРТАЦИЯ

НА СОИСКАНИЕ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ  
НАУК

*Научный консультант:  
профессор А. Д. Соменков*

Москва – 2009

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение	5
Первая глава Основные медицинские направления и концепции науки	25
1.1. Саморегуляция биоэнергетики организма с избыточной массой тела	25
1.2. Теоретические воззрения на эволюцию развития научных методов рефлексотерапии	33
1.3. Гормональные и метаболические нарушения при избыточной массе тела	47
Вторая глава Теоретические аспекты развития традиционной и альтернативной медицины	64
2.1. Совпадение методов врачевания в традиционной и альтернативной медицине	64
2.2. Концепция равновесия в способах исцеления	76
2.3. Рефлексология: её прошлое, настоящее и будущее	88
Третья глава Научная деятельность в области рефлексотерапии	104
3.1. Этапы развития рефлексотерапии в стране	104
3.2. Терминология и классификация в рефлексотерапии	131
3.3. Современные научные методы коррекции повышенной массы тела	137
Четвёртая глава Мотивы устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела	142

4.1. Метод снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры	142
4.2. Обоснование применения материалов и методов исследования: информационно-аналитического и информационно-радиоволновой диагностики	151
4.3. Метод определения глюкозы в капиллярной крови на основе методики и интерпретация результатов исследования	158
Пятая глава Осуществление контроля над физиологическими реакциями тела пациентов	169
5.1. Получение обще-физиологических сведений о пациентах	169
5.2. Динамика массы и объемов тела пациентов	176
5.3. Динамика состояния пациентов в соответствии с результатами обследования по методу ИРВД	189
Шестая глава Определение функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы	196
6.1. Динамика состояния пациентов	196
6.2. Динамика состояния пациентов с хроническими заболеваниями органов	220
6.3. Динамика уровня глюкозы в капиллярной крови у пациентов	224
Седьмая глава Концепция метода эффективности рационального снижения массы тела, и коррекции фигуры при лечении ожирения	240
7.1. Результаты информационно-аналитического исследования	240
7.2. Констатация закономерностей установленных в ходе научного исследования метода коррекции человеческого тела, подвергаемого ожирению	251

7.3. Закономерности влияния психологического тестирования на выявленные результаты	263
Заключение	266
Библиография	272

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы:** научные убеждения в медицинских отраслях науки основываются не только на фактах, но и на парадигмах — точке зрения на то, как эти факты взаимосвязаны и организованы. Различия в научных убеждениях, по крайней мере, частично являются отражением различных научных парадигм, используемых разными группами ученых. Это позволяет нам понять непрекращающийся конфликт между количественным и качественным подходом, лечением и исцелением, Западом и Востоком, традиционной и альтернативной медициной. Как правило, специалисты традиционной медицины весьма скептически относятся к медицине альтернативной. Однако поскольку парадигмы двух систем настолько различны, они просто не в состоянии понять суть: «Проблемы коррекции избыточной массы тела». Для того чтобы понять эту суть необходимо использовать самые различные приемы исследования с точки зрения альтернативной медицины. Количественные исследования, упомянутой проблемы, по мнению автора, являются объективными, поскольку наблюдатель отделяется от объекта наблюдения. Одними из наиболее актуальных проблем современной медицины являются ожирение и сопутствующий ему *метаболический синдром* (МС), который включает в себя следующие компоненты:

- абдоминальное (висцеральное) ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе и гиперинсулинемию, дислипидемию, артериальную гипертензию, микроальбуминурию, нарушение системы гемостаза, ранний атеросклероз. Ведь ожирение представляет собой биологическое явление, характеризуемое увеличением массы жировой ткани во всем организме с преимущественной его локализацией в подкожно-жировой клетчатке.

Другая сторона этого объективизма в настоящем исследовании заключается в том, что вся информация черпается только из физически измеряемых данных фактической массы тела человека. В частности, незначительное превышение над идеальной массой, по мнению автора, является ожирением. Но, так как количественные исследования воплощают в себе самую суть западных научных методов, включающих в себя формулировку и проверку гипотез, а затем их принятие или отказ от них, то такой тип исследования исключительно эффективен для выявления факторов, вызывающих болезнь. Качественные исследования изучают контекст и смысл взаимодействующих переменных в той степени, в какой они отражают единое целое.

Автор исследования наблюдала, документировала, анализировала и определяла качество интерактивных взаимоотношений между переменными показателями ожирения. По мнению автора, превышение среди мужчин может составлять - 10-20 %, а среди лиц женского пола только 30 %-е превышение массы тела. Поэтому автор дробит каждый вопрос на более мелкие, в целях дальнейшего обобщения результатов, которые по её мнению, должны быть повторяющимися, предсказуемыми и управляемыми. Однако такая методика исследования не позволяет воспринимать испытуемого человека как единое целое. Измерения по разным мнениям не могут быть объективными и окончательными. Принцип неопределенности Гейзенберга утверждает, что акт наблюдения за явлением неизбежно оказывает влияние на протекание наблюдаемого явления. Данная парадигма исходит из общности интересов измеряемого и измеряющего. Помимо этого, упомянутая парадигма связана и с убеждением в том, что взаимодействие между живыми организмами и окружающей средой является взаимопроникающим, многомерным и синергическим. Разбивать его на части невозможно. Холистическое убеждение в том, что целое всегда больше суммы частей, является основой качественной парадигмы.

Унитарно-трансформативный подход к исследованию представляет собой совершенно новую парадигму. Явление рассматривается как единая, самоорганизующаяся система, являющаяся частью более крупной самоорганизующейся системы. Изменения не линейны и непредсказуемы, поскольку система постоянно находится в процессе организации и дезорганизации. Знание — это функция лиц наблюдающего, и наблюдаемого. Знание является личностным, поскольку включает в себя мысли, ценности, чувства и цели. Традиционная и альтернативная медицина в этой связи, по мнению автора, идеально дополняют друг друга. Точно так же дополняют друг друга и различные методы исследования. Одни исследования показывают нам, как мало мы знаем, другие же включают вновь полученные знания и предсказывают результаты вмешательства. Эти методы помогут нам понять все аспекты отношений между пациентом и врачом.

Собрать научные знания можно лишь с помощью всех парадигм одновременно. Тем более что Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) признала ожирение новой неинфекционной «эпидемией XXI века». Распространенность лиц с избытком массы тела, в мире колеблется от 30 до 50 % от общего числа популяции. Наиболее часто они встречаются среди населения городов экономически развитых стран, что определяется высоким уровнем урбанизации. Однако те, кто придерживается исключительно западной системы научных исследований, не обращают внимания на некие явления или нематериальные субстанции, что невозможно воспринять с помощью пяти органов чувств, измерить и охарактеризовать количественно.

Автор считает, что если результаты невозможно объяснить с помощью принципа причины и следствия, они попросту отбрасываются и не принимаются во внимание. В частности, рост крупных городов, развитие городской инфраструктуры, а также достаточный уровень материального обеспечения и цивилизованные условия жизни по доступности пищи и

уменьшению потребности в мышечной нагрузке привело человечество к гиподинамии.

Могущество науки для таких людей заключается в той силе, которую медицинская наука дает лично им. Отрицая в частности, не западную научную парадигму, большинство членов традиционного медицинского сообщества, называют ее неполноценной и не заслуживающей доверия. Они пытаются противостоять той угрозе, какую альтернативная медицина и способы исследования ожирения представляют для их работы, их благополучия, их отношения к миру. Тем не менее, биомедицинские исследования ожирения не могут объяснить целый ряд явлений, возникающих в процессе, когда акупунктура или гомеопатия приносят клинически достоверные результаты, которые невозможно объяснить с биомедицинской точки зрения.

В крупных городах Российской Федерации наблюдается аналогичная картина. Особенностью является возрастающий дисбаланс питания значительной части населения нашей страны, который (как предиктор развития ожирения) приобретает всё большую этиологическую значимость. В частности, отмечено употребление большинством граждан продуктов, содержащих значительные количества быстроусвояемых углеводов и жиров, а также прочих производных холестерина<sup>1</sup>. Врачи предпочитают закрывать глаза на эти результаты, вместо того чтобы изменить свою научную модель.

Автор считает, что если исследователи ограничивают себя пятью чувствами, они никогда не поймут природы энергетических полей человека. Противоречие между медициной традиционной и альтернативной является скорее культурным, чем научным. Ведь человек, страдающий избыточной массой тела, как правило, не может добиться устойчивого ее снижения,

---

<sup>1</sup> Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта // Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 - 82. // Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания// Терапевтический архив. - 1982. - № 10. - С. 49-52.

поскольку заложенная в его сознание мотивация избыточного потребления высококалорийных пищевых продуктов постоянно подкрепляется макро- и микро социальным окружением<sup>2</sup>. К внутренним факторам, влияющим на повышение массы тела, относят:

- генотип, конституцию жировой ткани, состояние реактивности в связи с метаболизмом гормонов, структурную и функциональную возбудимость центров аппетита и сытости, эмоциональные и психологические компоненты питания индивида и пр.

По мнению автора, существенное значение имеет питание будущей матери в предродовой период и особенности питания ребёнка в период грудного вскармливания и раннего детства, формирующие «типы безусловных рефлексов, связанных с питанием», а также усвоенное поведение в области питания (семейное и культурно-общественное влияния<sup>3</sup>).

Фактор избыточной массы тела как предиктор развития атеросклероза, гипертонии, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения, сахарного диабета и прочих заболеваний давно известен<sup>4</sup>. При этом ожирение рассматривается как независимый фактор риска, и по значимости не уступает таким факторам, как повышение АД или курение<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Мельниченко Г.А. Ожирение - эпидемия 21 века: Материалы сателлитного симпозиума «Ожирение: современные подходы к лечению». - М.: Roche, 2000. - С. 3-21. // Solomon B.A.// Environmental Med. – 1996. – Vol. 9. - № 2.- P. 2-6.

<sup>3</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

<sup>4</sup> Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Ожирение и сердечнососудистые заболевания// Тер. Архив. – 2001. - № 8. – с. 69-72. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337. Новые направления в изучении факторов риска развития сердечнососудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с. // Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта// Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 - 82 // Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyill intervention or metformin. // N Engl J Med.–2002; 346, 393–403. // Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых осложнений// Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. 1999. - № 9. – С. 7-9. // Sharma A.M. Ожирение и риск сердечнососудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>5</sup> Там же.

В современном мире в экономически развитых странах у 30 % взрослого населения, а в старших возрастных группах - у 50 % масса тела существенно превышает норму<sup>6</sup>. По частоте ожирения в мире лидируют США, 60 % населения которых имеет избыточную массу тела, а 30 % - ожирение<sup>7</sup>.

Проблема состояния здоровья людей, страдающих избыточной массой тела, в нашей стране также становится все более актуальной<sup>8</sup>. По самым скромным оценкам в России избыточный вес имеется у 25-30 %, а ожирение - у 15-20 % взрослого населения. В некоторых возрастных группах эти показатели существенно выше. Так, у женщин в возрасте 35-55 лет избыток веса регистрируется у 75 %, а показатель ожирения приближается к 50 %<sup>9</sup>.

Особую тревогу вызывает тот факт, что ожирение все чаще регистрируется в детском возрасте<sup>10</sup>. Практически во всем мире количество больных детей неуклонно растет и удваивается каждые три десятилетия<sup>11</sup>. В США, например, в 1976-1980 гг. в возрасте от 6 до 11 лет ожирением страдало 7 %, от 12 до 19 лет – 5 % детей. А к концу тысячелетия в обеих возрастных группах распространенность ожирения уже превышала 15 %<sup>12</sup>.

---

<sup>6</sup> Sharma A.M. Ожирение и риск сердечнососудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>7</sup> Мкртумян А.М. Ожирение – проблема XXI века. Пути решения// Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 7 (231). – С. 448-450. // Sharma A.M. Ожирение и риск сердечнососудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>8</sup> Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечнососудистых и других хронических неинфекционных заболеваний // Кардиология. – 2002. –№ 10. – С. 45-49. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337 // Мкртумян А.М. Ожирение – проблема XXI века. Пути решения// Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 7 (231). – С. 448-450. // Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет // Ожирение и метаболизм. – 2005. –№ 1 (3). – С. 29-33. // Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения. // Лечащий врач. – 2006. –№ 2. – С. 20-23.

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет// Ожирение и метаболизм. – 2005. –№ 1 (3). – С. 29-33. // Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте// Ожирение и метаболизм. – 2004. –№ 1. // Livingstone V. Epidemiology of childhood obesity in Europe.// Eur. J. Pediatr. – 2000. – 159 (Suppl 1). – P. 14-34.

<sup>11</sup> Livingstone V. Epidemiology of childhood obesity in Europe.// Eur. J. Pediatr. – 2000. – 159 (Suppl 1). – P. 14-34.

<sup>12</sup> Health, United States, 2002, table 71. Overweight children and adolescents 6-19 years of age, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, selected years 1963-65 through 1999-2000.

В настоящее время в развитых странах мира до 25 % подростков имеет избыточную массу тела, а 15 % страдает ожирением<sup>13</sup>. В Российской Федерации ожирение имеют 5,5 % детей, проживающих в сельской местности, и 8,5 % в городской<sup>14</sup>. Большой интерес представляет проблема связи ожирения в детстве с ожирением у тех же больных, ставших взрослыми. Считается, что 30-50% таких детей сохраняют это заболевание и во взрослом периоде жизни<sup>15</sup>.

Автор отмечает, что в отечественной литературе неоднократно подчеркивалась необходимость снижения массы тела с целью стабилизации соматического и психического состояния рассматриваемой группы лиц<sup>16</sup>.

В современных условиях, по мнению автора, всё больше актуализируется проблема коррекции избыточной массы тела, которая на современном этапе требует разработки новых современных методов диагностики и лечения различных заболеваний, обусловленных избыточной массой тела, а с учетом опыта традиционной медицины, становится актуальной для дальнейшего научного исследования.

Состояние научной разработанности темы потребовало более глубокой теоретической проработки метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, как одного из путей решения проблемы избыточного веса и связанных с ним заболеваний, нашедших своё отражение в брошюрах и статьях:

---

<sup>13</sup> Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1.

<sup>14</sup> Там же.

<sup>15</sup> Там же.

<sup>16</sup> Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта // Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 – 82. // Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации: Первый доклад Экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии, Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечнососудистым заболеваниям (ДАГ 1) // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. - № 8 (109). – С. 318-346. // Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания // Терапевтический архив. - 1982. - № 10. - С. 49-52. // Чазов Е.И., Вихерт А.М., Оганов Р.Г. Эпидемиология основных сердечнососудистых заболеваний в СССР // Труды Академии мед. наук СССР. - М., 1985. - Т. 1. - С. 36-52.

- Андрианкина Э.И., Ашмарина И.П., Бессонова А.Е., Василенко А.М., Вихерт А.М., Гомазкова О.А., Готовского Ю.В., Гойденко В.С., Дашина Т.А., Егоркина Н.Д., Каменской М.А., Калмыкова Е.А., Конягина Б.А., Крикорова С.А., Киричинского А.Р., Кратина Ю.Г., Кульберга А.Я., Пак Дже Ву, Платонова Д.О., Разина Е.В., Судакова К.В., Самосюк И.З., Иваничева Г.А., Лысенюк В.П., Луговой А.М., Табеевой Д.М., Тогоева А.М., Чазова Е.И., Ханцеверова Ф.Р., Халтаева Е.Д., Халтаева Н.Г., Оганова Р.Г., Шушарджана С.В., Эпштейна О.И., и др.

В трудах этих учёных отмечается начало формирования концептуальных подходов, к современному пониманию сущности формулы разработанного автором метода борьбы с ожирением, которое заключается:

- в нивелировке мотивационных и поведенческих особенностей пищевого поведения личности, формировании в процессе лечения адекватного энергетическим затратам организма пищевого поведения, способствующего пролонгированному закреплению лечебного эффекта;

- в снижении избыточной массы тела и коррекции фигуры и психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с использованием аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с редуционной диетой.

Особенностью разработанного автором метода рефлексотерапевтического воздействия является создание психологически конкретизированных мотивов устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела. Метод в частности, включает в себя пять последовательных этапов проведения ИРТ, которые изложены в пособии для врачей:

- «Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры по авторской методике: Мухиной М.М.<sup>17</sup>», в установленном порядке утвержденного МЗ РФ, а также опубликованного в открытой печати. Каждый из пяти последовательных этапов рекомендованных автором, имеет своё назначение и решает определённые задачи на пути достижения общей цели - снижения избыточной массы тела пациентов с целью улучшения качества их жизни. В конце каждого этапа лечения проводится контроль массы тела, измеряется окружность талии, бедер, груди, плеча. Полученные методом корпометрии результаты объективно показывают, что происходит значительное уменьшение толщины жировых складок, их подтягивание. Лечение заканчивают при достижении пациентом идеальной массы тела, рассчитываемой по ИМТ.

Объектом исследования являются *рефлексотерапия*, которая представляет собой древний метод лечения, при котором лечебный эффект - достигается путем воздействия на биологически активные точки с помощью специальных медицинских акупунктурных игл. Эти точки расположены на теле человека соответствующие тому или иному органу или состоянию человека и находятся в ушной раковине. *Рефлексотерапия* по своей сути представляет собой иглотерапию.

Предметом исследования является метод *иглорефлексотерапия*, *предназначенная* для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры. Метод разработан лично автором диссертации и внедрён в медицинскую практику на основании патента<sup>18</sup>, как метод Мухиной М.М.

---

<sup>17</sup> МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (методика Мухиной М.М.) // Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы: Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с.

<sup>18</sup> «Патент на изобретение № 2233149. Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, заявка № 2003117103 от 10 июля 2003 г., зарегистрирован 27 июля 2004 г. // Мухина М.М. Патент на полезную модель № 52330. Игла для иглорефлексотерапии, заявка № 2005123064, приоритет от 20 июля 2005 г., зарегистрирован 27 марта 2006 г. // Мухина М.М. Патент на полезную модель № 57597, заявка № 2006125776 от 18 июля 2006 г., зарегистрирован 27 октября 2006 г. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Патент на полезную модель № 58034. Игла для иглорефлексотерапии с антиадаптационным эффектом, заявка № 2006122387, приоритет от 23 июля 2006 г., зарегистрирован 10 ноября 2006 г.».

Цель и задачи диссертационного исследования состоят:

- в изучении эффективности и безопасности упомянутого метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, в том числе динамики абдоминального (висцерального) ожирения и состояния углеводного обмена. Данная цель определила и задачи научного исследования, которые необходимо решить при защите диссертации.

Изучить в частности, имеющиеся библиографические данные и результаты клинического применения метода;

- предложить и обосновать критерии для объективизации эффективности метода; с помощью предложенных критериев провести объективизацию результатов применения метода в клинике на группе пациентов;

- сравнить эффективность применения метода ИРТ для снижения массы тела с эффективностью использования только диетотерапии (на основании сравнения результатов в двух соответствующих группах пациентов);

- оценить влияние метода на наличие и выраженность висцерального (абдоминального) ожирения у пациентов;

- оценить влияние метода на состояние углеводного обмена пациентов.

*Методика проведения* исследования осуществлена на основании общего плана проведения ИРВД, который включал несколько основных этапов:

- сбор информации о пациенте и занесение ее в память компьютера;

- измерение радиосигналов;

- анализ и оценка результатов измерений; оформление диагностического заключения.

На основании полученных результатов автором подготовлена диссертация, отражающая процесс диссертационного исследования по объективизации эффективности и безопасности метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры на основе применения методики автора, в том числе динамики абдоминального (висцерального) ожирения и состояния углеводного обмена и настоящий авторефератом. Констатируя процесс диссертационного исследования, следует отметить, что оно содержало открытую двойную программу на двух параллельных группах пациентов. После предварительного скрининга все пациенты были разделены на две группы:

1. Группа «ИРТ+ДИЕТА» - это пациенты, получавшие сеансы ИРТ и соблюдавшие диетические рекомендации, направленные на снижение массы тела (кодовое обозначение программы «И»);

2. Группа «Диета» - пациенты, не получавшие ИРТ, а только соблюдавшие диетические рекомендации (кодовое обозначение программы «Д»). По условиям протокола все пациенты проходили полное клиническое обследование с использованием ряда лабораторных и инструментальных методов исследования. Порядок прохождения исследований пациентами отражен в четвёртой главе диссертации: «Мотивы устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела» и автореферате: «Основное содержание работы».

Сущность метода: в основе метода ИРВД лежит регистрация собственных электромагнитных полей различных тканей организма с помощью антенны КВЧ-БЛОКА анализатора-индикатора миллиметровых сигналов «АИС-ЛИДО», параметры которых изменяются при патологии. Различные заболевания изменяют протекание метаболических процессов в клетках, инициируя тем самым патологические перестройки и вариации спектров их электромагнитных полей. При подаче на сигнальные

акупунктурные точки и рефлексогенные зоны тестирующей электромагнитной волны происходит процесс взаимодействия внешних электромагнитных волн (ЭМВ) с собственными электромагнитными излучениями точки, зоны.

Следствием подобного взаимодействия является модуляция падающей электромагнитной волны на излучаемой частоте сигнальной точки, зоны. Выделение этой частоты из спектра модулированной отраженной волны, ее амплитудно-частотный анализ позволяют получить информацию о состоянии связанного с акупунктурной точкой внутреннего органа и оценить ответные реакции организма на внешние воздействия.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили: положения, обобщения, идеи, содержащиеся в трудах отечественных и зарубежных учёных по проблемам *рефлексотерапии*. В частности, монографии:

- «Лечебные свойства пищевых растений» Т.Л. Киселева, А.А. Карпеев, Ю.А. Смирнова, В.В. Амалицкий, В.П. Сафонов, Е.В. Цветаева, И.Л. Блинков, Л.И. Коган, В.Н. Чепков, М.А. Дронова.

Публикации научных статей в Российских журналах, (входящих в перечень ведущих научных изданий ВАК\*):

- Карпеев А.А., Киселева Т.Л., *Мухина М.М., Чадаев Н.В., Дронова М.А., Адашинская Г.А.*, по оценке эффективности и безопасности «метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)».

Научные статьи в Российских сборниках научных трудов, материалах семинаров и конференций:

- 20 статей, в которых отмечено, что *рефлексотерапия* весьма эффективна:

- при остеохондрозе, сопровождаемом болевым синдромом; при заболеваниях нервной системы; при нарушениях сна; аллергии; при психической неуравновешенности; при избыточной массе тела; табачной зависимости; при сердечнососудистых заболеваниях: гипертонической болезни I-II стадии; нейроциркуляторной дистонии; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенной болезни желудка и двенадцати перстной кишки, дискинезиях толстой кишки, запорах). Наличие аппетитапритупляющих зон само по себе навело автора на мысль об использовании иглоукалывания для уменьшения влечения к еде. Использование постоянного раздражителя произвело революцию в индустрии похудения, особенно при использовании методики: «Золотая игла», разработка японских специалистов помогает бороться с приступами аппетита в течение трех месяцев.

Тезисы в материалах Российских и зарубежных конгрессов:

- Нефёдова А.В., Зинченко Г.А., Киселёва Т.Л.

Доклады, выступления на Российских конференциях, конгрессах, симпозиумах:

- традиционная медицина в России (состояние и перспективы). Российско-китайский научно-практический семинар «Актуальные проблемы традиционной медицины России и Китая», г. Москва, 17 июня 2006 г. // Традиционная медицина в России - состояние и перспективы. XII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии», г. Москва, апрель 2006 г. В настоящем исследовании использованы также работы представителей ближнего и дальнего зарубежья.

Источниковедческую базу исследования составила:

- иглорефлексотерапия, которая получила широкое применение у нас в стране: В.Г. Вограликом, И. Русецким, Э. Тыкочинской, М.Усовой (1956 г.) и в Китае. Монография Академика Б.В.Петровского:

- «О дальнейшей разработке метода иглотерапии, его внедрения в практику» (1971) и приказ МЗ РСФСР:

- «О мерах по дальнейшему расширению практического применения метода иглоукалывания и усиления научных исследований в этой области» (1973), в соответствии с которым были созданы специальные группы по изучению иглорефлексотерапии при ВНИЦ клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР;

- в Центральном Институте травматологии и ортопедии, ВНИЦ клинической и экспериментальной онкологии АМН СССР и других центрах и институтах.

В 1976 году в Москве был организован Центральный НИИ рефлексотерапии, (теперь это - НИИ Традиционных методов лечения народной медицины) МЗ РФ.

Акупунктура стала врачебной процедурой согласно приказу по МЗ СССР за № 693 от 25 июля 1981 г., где врач кабинета иглорефлексотерапии является по штатному расписанию врачом-физиотерапевтом. Согласно приказу МЗ РФ № 364 от 10 декабря 1997 г., в разработке которого автор принимала непосредственное участие. Приказами о рефлексотерапии. // Министерство здравоохранения Российской Федерации введена специальность «Рефлексотерапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей.

Диссертационное исследование сформировалось в результате изучения обширного научного, в том числе монографического материала, включая зарубежные издания, публикации по вопросам рефлексотерапии.

История развития научной и практической рефлексотерапии в нашей стране отражена в статье д.м.н. Н.Н.Осиповой, посетившей по направлению АМН СССР в 1956 г. Китай с целью изучения и развития рефлексотерапии в СССР. «Этапы развития рефлексотерапии в стране» // Осипова Н.Н.

Научная новизна диссертационного исследования обусловлена *сущностью метода*:

- в основе метода ИРВД лежит регистрация собственных электромагнитных полей различных тканей организма с помощью антенны КВЧ-блока анализатора-индикатора миллиметровых сигналов «АИС-ЛИДО», параметры которых изменяются при патологии. Различные заболевания изменяют протекание метаболических процессов в клетках, инициируя тем самым патологические перестройки и вариации спектров их электромагнитных полей. При подаче на сигнальные акупунктурные точки и рефлексогенные зоны тестирующей электромагнитной волны происходит процесс взаимодействия внешних электромагнитных волн (ЭМВ) с собственными электромагнитными излучениями точки зоны. Следствием подобного взаимодействия является модуляция падающей электромагнитной волны на излучаемой частоте сигнальной точки зоны.

Выделение этой частоты из спектра модулированной отраженной волны, ее амплитудно-частотный анализ позволяют получить информацию о состоянии связанного с акупунктурной точкой внутреннего органа и оценить ответные реакции организма на внешние воздействия. Рефлексотерапия по ушной раковине именуется аурикулотерапией (аурикуло – ухо), по волосистой части головы – краниопунктурой (кранион – череп), по груди – стернопунктурой (стернум – грудина) и т.д. Это сравнительно новое направление. Современная аурикулотерапия например, практикуется с 50-х годов XX века (автор – Поль Ножье, Франция, г. Лион).

Материально-техническое обеспечение метода: ИРВД проводилась на базе поликлинике ФНКЭЦТМДЛ Росздрава с использованием прибора «АИС-ЛИДО» (Россия) – анализатор-индикатора миллиметровых волновых сигналов с БАТ компьютеризированный (регистрационный № 29/23041099/1679-0).

*Методика и интерпретация результатов исследования* осуществлялась путем анализа амплитудно-частотных характеристик радиосигналов (спектрограмм) от различных органов и сопоставления их с характеристиками эталонных сигналов от нормально функционирующих (здоровых) органов. Частотные составляющие спектра информационных сигналов нормально функционирующих органов и структур расположены в области в диапазоне частот 0,01-0,03 Гц. Наличие радиосигналов в области частот 0,06 Гц и выше указывает на присутствие каких-либо патологических изменений в органах и системах.

На защиту выносятся: метод:

- «микропунктурная рефлексотерапия», как – совокупность диагностических и лечебных способов, методов и методик, направленных на анатомически ограниченные участки тела (ушную раковину, пальцы, кисти, ступни, волосистую часть головы, грудину, нос, брови...);

- эффективность «Метода рефлексотерапии, разработанного Мухиной М.М., для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры» при абдоминальном ожирении;

- ожирение и сопутствующий ему *метаболический синдром* (МС), который включает в себя следующие компоненты: абдоминальное (висцеральное) ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе и гиперинсулинемию, дислипидемию, артериальную гипертензию, микроальбуминурию, нарушение системы гемостаза, ранний атеросклероз.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в углублении понимания молекулярных механизмов рефлексотерапии и ее информационных аспектов, побуждает к расширительному толкованию термина рефлексотерапии, не ограничивающемуся нейрофизиологическим пониманием рефлекторной деятельности.

По мнению автора, такой подход, соответствует общенаучной категории «отражение» и позволяет считать термин «рефлексотерапии» адекватным для обобщенного обозначения разнообразных методов диагностики и лечения, основанных на принципе рефлекса. Из представленного исторического и семантического анализа термина «рефлексотерапии» следует, что нынешние его определения не вполне адекватно отражают сущность одноименной медицинской специальности. В связи с этим на обсуждение представлена новая формулировка определения рефлексотерапии и предложения по переработке ныне существующей классификации.

Апробация результатов исследования осуществлена в патентах и заявках на материально-техническое обеспечение метода Мухиной М.М.:

- «Патент на изобретение № 2233149. Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры», заявка № 2003117103 от 10 июля 2003 г., зарегистрирован 27 июля 2004 г. // Мухина М.М.;

- «Патент на полезную модель № 52330. Игла для иглорефлексотерапии», заявка № 2005123064, приоритет от 20 июля 2005 г., зарегистрирован 27 марта 2006 г. // Мухина М.М.;

- «Патент на полезную модель № 57597, заявка № 2006125776 от 18 июля 2006 г.», зарегистрирован 27 октября 2006 г. // Мухина М.М., Чадаев Н.В.;

- «Патент на полезную модель № 58034. Игла для иглорефлексотерапии с антиадаптационным эффектом», заявка № 2006122387, приоритет от 23 июля 2006 г., зарегистрирован 10 ноября 2006 г.» // Новые направления в изучении факторов риска развития сердечнососудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с.;

- в научных статьях:

- Мухина М.М.: «Метод рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры» (методика Мухиной М.М.) // Дронова М.А., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Мухина М.М., Чадаев Н.В.,

- Разработка критериев оценки эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // Традиционная медицина. – 2006. - № 2. – С. 20-24.;

- МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (методика Мухиной М.М.) // Публикация 2:

- динамика состояния здоровья пациентов // Традиционная медицина – 2007 - № 2(9) – с. 25-33.

2. Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А., Мухина М.М., Чадаев Н.В., Оценка эффективности и безопасности «метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // Традиционная медицина – 2007 - № 1(8) – с. 32-36.

Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы:

- Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с.

- Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением

инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

- Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры // Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

- Мухина М.М., Чадаев Н.В. Психоэмоциональные аспекты методики снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2005. - № 1(4). – С. 17-20.

- Мухина М.М., Чадаев Н.В., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А. Эффективность «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // «Традиционная медицина – 2007»:

- Сборник научных трудов конгресса (г. Москва, 1-3 марта, 2007 г.) – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2007. – С. 322-330.

Результаты проведенного нами информационно-аналитического исследования представлены в четвёртой главе диссертации: «Мотивы устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела» // М. – 2009 с. 117-163. Они были также использованы для проведения сравнительного анализа полученных нами результатов с данными, опубликованными в открытой печати. / Информационная радиоволновая диагностика и терапия:

- Методические рекомендации / Бессонов А.Е. и др. – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2003. – 24 с.;

- Информационная радиоволновая скрининг-диагностика и коррекция функционального состояния организма человека: Медицинская технология / Бессонов А.Е. и др. – М.: ЗАО «научный центр информационной медицины «ЛИДО». – 2007, 28 с. ИРВД проводилась на базе поликлиники ФНКЭЦТМДЛ Росздрава с использованием сигналов миллиметровых волн от работающего прибора «АИС-ЛИДО» (Россия) – анализатора-индикатора с БАТ компьютеризированный (регистрационный № 29/23041099/1679-0).

Структура диссертации: М. – 2009, 284 с. обусловленной целью, задачами и логикой научного исследования включает в себя:

- введение, семь глав, 21 параграф, заключение, библиографию.

## ПЕРВАЯ ГЛАВА

### ОСНОВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ И КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ

*(предмет и метод)*

1.1. *Саморегуляция биоэнергетики организма с избыточной массой тела.* Ожирение представляет собой биологическое явление, характеризующееся увеличением массы жировой ткани во всем организме с преимущественной его локализацией в подкожно-жировой клетчатке. Ряд специалистов полагает, что ожирением считается уже незначительное превышение идеальной массы над фактической массой. Другие утверждают, что это превышение составляет 10-20 %, а среди лиц женского пола только 30 %-е превышение массы тела может рассматриваться как ожирение<sup>19</sup>. Создание новой медицины, которая основана на саморегуляции биоэнергетики организма, — предмет усилий ученых нашего времени. Человек должен сам сознательно стремиться к выздоровлению, к тому состоянию, в котором нет и не может быть места болезни. Это состояние активизирует скрытые энергоресурсы организма. У больного должна быть твердая уверенность в своем выздоровлении. Только тогда болезнь отступает. Это признала и Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), которая считает ожирение новой неинфекционной «эпидемией XXI века<sup>20</sup>».

Технический прогресс принес и совершенно новые болезни, с которыми невозможно бороться с помощью современных медикаментозных

---

<sup>19</sup> Алексенко А.С. Объективный приём оценки выраженности жиросложения по соотношению жирового и безжирового компонентов в составе массы тела у мужчин в поликлинических условиях и его значение в прогнозировании изменений гемодинамики: Сб. науч. тр. ММСИ им. Н.А. Семашко/ Под ред. В.С. Волкова, М.: ММСИ, 1989. - С. 128-132. // Кендыш И.Н. Регуляция углеводного обмена. - М.: Медицина, 1985. -160 с. // Колодин В.А. Роль избыточной массы тела, инсулина, тестостерона, кортизола в развитии гиперлиппротеидемии и её лечение у мужчин с факторами риска ишемической болезни сердца в поликлинике: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1989. - 22 с.

<sup>20</sup> Obesity. Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. - Geneva, 3-5 June, 1997. - World Health Organization, 1998.

средств. Опасность воздействия гормональных препаратов на организм человека общеизвестна, о ней предупреждают и сами врачи, но не прекращают использовать их без особой необходимости. Также известны печальные последствия применения антибиотиков, так прочно укоренившихся в европейской медицине. Бесспорно, эффект их воздействия в первые часы, дни практически безупречен, но каков будет результат через год, несколько лет, через поколение? Как поведут себя матировавшие от применения антибиотиков клетки тела? Можно ли полностью восстановить микрофлору организма, нарушенную применением таблеток? Не происходят ли изменения и на генетическом уровне?

На эти вопросы может ответить развитие современной медицины, которое характеризуется взаимопроникновением систем, методов и идей традиционной восточной медицины и современных подходов к изучению взаимосвязей организма человека, как открытой биосистемы, с внешней средой, то есть энергоинформационного обмена живой и неживой материи. В частности, распространенность лиц с избытком массы тела, в мире колеблется от 30 до 50 % от общего числа популяции. Наиболее часто они встречаются среди населения экономически развитых стран, что определяется высоким уровнем урбанизации, ростом крупных городов, развитием городской инфраструктуры, а также достаточным уровнем материального обеспечения и «цивилизованными условиями жизни» (доступностью пищи, уменьшением потребности в мышечной нагрузке и др.<sup>21</sup>).

Развитие цивилизации привело не только к совершенным техническим достижениям, но и к полному крушению иллюзий о человеке как властелине природы, о победе логического разума над материальным миром. В современном мире в экономически развитых странах у 30 % взрослого

---

<sup>21</sup> Григорьев П. Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Патогенетические основы алиментарного ожирения// Терапевтический архив. -1989. - № 9.-С. 120-125. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337.

населения, а в старших возрастных группах - у 50 % масса тела существенно превышает норму<sup>22</sup>. По частоте ожирения в мире лидируют США, 60 % населения которых имеет избыточную массу тела, а 30 % - ожирение<sup>23</sup>. Человек, страдающий избыточной массой тела, как правило, не может добиться устойчивого ее снижения, поскольку заложенная в его сознание мотивация избыточного потребления высококалорийных пищевых продуктов постоянно подкрепляется макро- и микро социальным окружением<sup>24</sup>.

В крупных городах Российской Федерации наблюдается аналогичная картина. Особенностью является возрастающий дисбаланс питания значительной части населения нашей страны, который (как предиктор развития ожирения) приобретает всё большую этиологическую значимость. В частности, отмечено употребление большинством граждан продуктов, содержащих значительные количества быстроусвояемых углеводов и жиров, а также прочих производных холестерина<sup>25</sup>.

Поскольку человек является частью вселенной, подчиняется ее законам, то ему необходимо освоить язык общения с природой и язык самопознания, так как между внешним и внутренним существует неразрывная связь. Энергию мы берем от природы и отдаем ей частицу своей. Не обращая внимания на силы природы, мы не восполняем с ее помощью собственные резервы, что приводит к болезням, быстрому старению и смерти. Проблема состояния здоровья людей, страдающих

---

<sup>22</sup> Sharma A.M. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>23</sup> Мкртумян А.М. Ожирение – проблема XXI века. Пути решения// Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 7 (231). – С. 448-450. // Sharma A.M. Ожирение и риск сердечнососудистых заболеваний // Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>24</sup> Мельниченко Г.А. Ожирение - эпидемия 21 века: Материалы сателлитного симпозиума «Ожирение: современные подходы к лечению». - М.: Roche, 2000. - С. 3-21 // Solomon B.A.// Environmental Med. – 1996. – Vol. 9. - № 2.- P. 2-6.

<sup>25</sup> Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта // Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 – 82. // Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания// Терапевтический архив. - 1982. - № 10. - С. 49-52.

избыточной массой тела, в нашей стране также становится все более актуальной<sup>26</sup>.

По самым скромным оценкам в России избыточный вес имеется у 25-30 %, а ожирение - у 15-20 % взрослого населения. В некоторых возрастных группах эти показатели существенно выше. Так, у женщин в возрасте 35-55 лет избыток веса регистрируется у 75 %, а показатель ожирения приближается к 50 %<sup>27</sup>.

Особую тревогу вызывает тот факт, что ожирение все чаще регистрируется в детском возрасте<sup>28</sup>. Практически во всем мире количество больных детей неуклонно растет и удваивается каждые три десятилетия<sup>29</sup>. В США в 1976-1980 гг. в возрасте от 6 до 11 лет ожирением страдало 7 %, от 12 до 19 лет – 5 % детей. А к концу тысячелетия в обеих возрастных группах распространенность ожирения уже превышала 15 %<sup>30</sup>. В настоящее время в развитых странах мира до 25 % подростков имеет избыточную массу тела, а 15 % страдает ожирением<sup>31</sup>.

В Российской Федерации ожирение имеют 5,5 % детей, проживающих в сельской местности, и 8,5 % в городской<sup>32</sup>. Большой интерес представляет проблема связи ожирения в детстве с ожирением у тех же больных, ставших взрослыми. Считается, что 30-50% таких детей сохраняют это заболевание и

<sup>26</sup> Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечнососудистых и других хронических неинфекционных заболеваний// Кардиология. – 2002. – № 10. – С. 45-49. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337. // Мкртумян А.М. Ожирение – проблема XXI века. Пути решения// Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 7 (231). – С. 448-450. // Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет// Ожирение и метаболизм. – 2005. – № 1 (3). – С. 29-33. // Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения. // Лечащий врач. – 2006. – № 2. – С. 20-23.

<sup>27</sup> Там же.

<sup>28</sup> Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет // Ожирение и метаболизм. – 2005. – № 1 (3). – С. 29-33. // Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте// Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. // Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe.// Eur. J. Pediatr. – 2000. – 159 (Suppl 1). – P. 14-34.

<sup>29</sup> Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe.// Eur. J. Pediatr. – 2000. – 159 (Suppl 1). – P. 14-34.

<sup>30</sup> Health, United States, 2002, table 71. Overweight children and adolescents 6-19 years of age, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, selected years 1963-65 through 1999-2000.

<sup>31</sup> Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте// Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1.

<sup>32</sup> Там же.

во взрослом периоде жизни<sup>33</sup>. К внутренним факторам, влияющим на повышение массы тела, относят:

- генотип, конституцию жировой ткани, состояние реактивности в связи с метаболизмом гормонов, структурную и функциональную возбудимость центров аппетита и сытости, эмоциональные и психологические компоненты питания индивида и пр. Существенное значение имеет питание будущей матери в предродовой период. А также в особенности питание ребёнка в период грудного вскармливания и раннего детства, когда формируются «типы безусловных рефлексов, связанных с питанием», и усвоенное поведение в области питания (семейное и культурно-общественное влияния<sup>34</sup>).

Фактор избыточной массы тела как предиктор развития атеросклероза, гипертонии, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения, сахарного диабета и прочих заболеваний давно известен<sup>35</sup>. При этом ожирение рассматривается как независимый фактор риска, и по значимости не уступает таким факторам, как повышение АД или курение<sup>36</sup>. Чтобы преодолеть всё это - нужно учиться восполнять энергию с помощью движений, дыхания, а также металлов, минералов и солнца, воды, трав, пищи

<sup>33</sup> Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1.

<sup>34</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

<sup>35</sup> Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Ожирение и сердечнососудистые заболевания// Тер. Архив. – 2001. - № 8. – с. 69-72. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337. // Новые направления в изучении факторов риска развития сердечнососудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с. // Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта// Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 – 82. // Garrison R.J., Higgins M.V. Obesity and coronary heart disease// Curr. Opin. Lipidol. - 1996. - Vol. 7. - P. 199-202. // Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений// Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. 1999. - № 9. – С. 7-9. // Sharma A.M. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

<sup>36</sup> Новые направления в изучении факторов риска развития сердечнососудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с. // Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта// Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 – 82. // Garrison R.J., Higgins M.V. Obesity and coronary heart disease// Curr. Opin. Lipidol. - 1996. - Vol. 7. - P. 199-202. // Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений// Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. 1999. - № 9. – С. 7-9. // Sharma A.M. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

и т. д. Находясь например, на берегу ручья или в лесу, можно получать энергию от бегущей воды или от растущего дерева, внутренне на них настроившись. Нужно иметь развитые сознание и чувствительность, чтобы ощутить информационно-энергетическую ауру явлений природы и насладиться ее совершенством. Освоив язык природы, человек вновь научится понимать свою душу и чувствовать свое тело.

С другой стороны, сознательная саморегуляция биоэнергетики организма раскрывает скрытые энергорезервы, заставляет вырабатывать целебные вещества нашей внутренней «аптеки». В частности, методы китайской медицины позволяют купировать любой болевой синдром, восстановить нарушенные функции внутренних органов и иммунной системы. Существенно то, что они могут быть использованы в тех случаях, когда противопоказаны медикаментозные препараты. Они не требуют сложного оборудования и могут применяться практически в любых условиях. В частности предлагается рефлексотерапия как комплексный метод коррекции и лечения организма без лекарств и как возможность воздействия в лечебных целях на периферические рецепторы различных, преимущественно физических, факторов.

В отечественной литературе неоднократно подчеркивалась необходимость снижения массы тела с целью стабилизации соматического и психического состояния рассматриваемой группы лиц<sup>37</sup>. На современном этапе разработка новых современных методов диагностики и лечения различных заболеваний (в том числе обусловленных избыточной массой тела) с учетом опыта традиционной медицины, является актуальной.

---

<sup>37</sup> Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта// Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 - 82. // Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации: Первый доклад Экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии, Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечнососудистым заболеваниям (ДАГ 1) // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. - № 8 (109). – С. 318-346. // Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания// Терапевтический архив. - 1982. - № 10. - С. 49-52. // Чазов Е.И., Вихерт А.М., Оганов Р.Г. Эпидемиология основных сердечнососудистых заболеваний в СССР // Труды Академии мед. наук СССР. - М., 1985. - Т. 1. - С. 36-52.

Старейшим и ведущим направлением рефлексотерапии по праву является иглорефлексотерапия (акупунктура), которая, возникнув около пяти тысяч лет назад, непрерывно совершенствуясь, прошла испытание временем и сохранилась в России до наших дней в научно-исследовательском институте рефлексотерапии. В этой связи организованы кафедры в институтах последиplomного образования врачей, издаются учебники, монографии, руководством проводятся международные тематические конференции.

Сегодня акупунктура занимает достойное место в клиниках России, США, Англии, Франции, Японии и, разумеется, Китая. Не вдаваясь в подробности, можно сказать, что главной мишенью акупунктуры и прижигания является *Центральная Нервная Система*, которая, в свою очередь, влияет под воздействием метода на функционирование других органов и систем. Таким образом, проблема коррекции избыточной массы тела является крайне актуальной в современных условиях, и решить её можно только подтвержденными практикой выработанными научными методами врачей рефлексотерапевтов. Именно они сегодня способны перебросить мостик между заболеванием и выздоровлением, увязав воедино эти два противоположных явления. Поэтому задачей врача-рефлексотерапевта является выбор оптимального, целенаправленного изменения в организме, приводящего, в конечном счете, к выздоровлению или снятию обострения хронического заболевания<sup>38</sup>. Противопоказаний к

---

<sup>38</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №364 от 10.12.97 г. ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ-РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТЕ: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ: Врач-рефлексотерапевт - специалист с высшим медицинским образованием по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия", прошедший послевузовскую подготовку (интернатуру, ординатуру, аспирантуру) или специализацию по рефлексотерапии в государственных образовательных учреждениях, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности, владеющий теоретическими знаниями и практическими навыками в области рефлекторной диагностики и терапии у взрослых и детей в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и имеющий сертификат по специальности - "Рефлексотерапия". В своей работе врач-рефлексотерапевт руководствуется настоящим Положением и другими нормативными документами Российской Федерации по охране здоровья населения и инструктивно-методической документацией по всем разделам работы лечебно-профилактических учреждений. Врач-рефлексотерапевт осуществляет следующие виды деятельности:- самостоятельно ведет амбулаторный прием в поликлиниках, медико-санитарных частях и других лечебно-диагностических учреждениях для взрослых и детей;- осуществляет лечебную и профилактическую работу в стационарах, поликлиниках, санаториях-профилакториях и других лечебно-профилактических учреждениях для взрослых и детей. Врач-рефлексотерапевт осуществляет руководство подчиненных ему средним и младшим медицинским персоналом. Назначение и увольнение врача-

проведению *иглорефлексотерапии* гораздо меньше, чем показаний. Это преимущественно инфекционные, психические, онкологические заболевания, болезни крови.

**Вывод:** в отличие от западной медицины, восточная медицина - никогда не рассматривала человека и его болезни в отрыве от окружающего мира, базируясь на концепции универсальной космической энергии. Но прежде чем мы перейдём к следующему этапу научного анализа, нам следует рассмотреть исторические корни выработанных ранее концепций развития рефлексотерапии.

---

рефлексотерапевта осуществляется в соответствии с действующим законодательством о труде Российской Федерации и условиями контракта. **ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТА** Врач-рефлексотерапевт обязан: Участвовать в организации комплексного процесса диагностики и терапии в лечебно-профилактических учреждениях, в составлении плана обследования пациента, выборе объема и рациональных методик исследований. Организовывать и самостоятельно проводить необходимые диагностические исследования. Осуществлять консультативную работу, участвовать в выявлении и анализе причин расхождения данных, полученных различными методами, при необходимости участвовать в проведении клинико-патоморфологической экспертизы. Выполнять практическую работу по амбулаторному (стационарному) ведению пациентов в специализированных медицинских учреждениях или в учреждениях, имеющих отделения (кабинеты) рефлексотерапии. Отвечать за соответствие рабочего места врача-рефлексотерапевта, оборудования и оснащения кабинета (отделения) рефлексотерапии установленным требованиям. Соблюдать правила техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима при проведении исследований и осуществлении лечебных процедур. Контролировать правильность проведения диагностических и лечебных процедур, эксплуатации инструментария, аппаратуры и оборудования, рационального использования реактивов и лекарственных препаратов, выполнение правил техники безопасности и охраны труда средним и младшим медицинским персоналом. Оформлять медицинскую документацию в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации. Повышать свою квалификацию на циклах усовершенствования не реже одного раза в пять лет в государственных образовательных учреждениях, имеющих лицензию на право ведения образовательной деятельности, использовать современные научные достижения, диагностические и лечебные методы в области рефлексотерапии. Консультировать врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам применения методов рефлексотерапии. Популяризировать методы рефлексотерапии среди населения и медицинской общественности. **ПРАВА ВРАЧА-РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТА** Врач-рефлексотерапевт имеет право: Назначать и самостоятельно проводить диагностические, лечебные и реабилитационные процедуры с использованием методов рефлексотерапии применять методы диагностики лечения, допущенные к использованию в медицинской практике. Привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для обследования пациентов, назначать необходимые для комплексного обследования больного методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики. Контролировать работу подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала, отдавать им распоряжения в рамках служебных обязанностей и требовать их четкого исполнения. Принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях, состоять членом различных общественных и профессиональных организаций. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ВРАЧА-РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТА** Врач-рефлексотерапевт несет персональную ответственность: За четкость и своевременность исполнения своих профессиональных обязанностей, предусмотренных настоящим Положением и правилами внутреннего трудового распорядка учреждения здравоохранения. За ошибки в ведении больных, повлекшие за собой тяжкие последствия. За соблюдение правил техники безопасности и санитарно-эпидемиологического режима во время проведения исследований или осуществления лечебных мероприятий. За правильное ведение медицинской и другой документации, предусмотренной его профессиональными обязанностями. Начальник Управления организации медицинской помощи населению А. И. Вялков.

1.2. *Теоретические воззрения на эволюцию развития научных методов рефлексотерапии.* Научные идеи не изобретаются «из головы» а опираются на опыт человеческого познания. Хорошее знание истории научной идеи способствует нахождению истины, помогая лучше осмыслить, уяснить новейшие научные данные, если к ним уже приближались выдающиеся умы прошлого. Изучая, как развивались теоретические воззрения на рефлексотерапию, мы вправе будем выдвинуть научную гипотезу на применение методов иглотерапии по устранению избыточной массы тела и абдоминального ожирения у пациентов. Но прежде следует изучить эволюцию развития иглорефлексотерапии, как метода ускоряющего процесс выздоровления пациентов.

Согласно традициям китайской медицины в основе всего мироздания находится баланс, хрупкого равновесия ее составляющих «инь» и «янь». Нарушение этого динамического равновесия обязательно приводит к перераспределению, неправильной циркуляции энергии, что применительно к медицине, выражается в той или иной болезни пациента, позитивное отношение которого к методу иглорефлексотерапии, в значительной степени ускоряет процесс выздоровления.

Рефлексотерапия, например, даже позволяет корректировать сопутствующие заболевания, нормализовать сон и аппетит, активизировать обменные процессы, обеспечивать лифтинг проблемных зон, улучшать психо-эмоциональное состояние, повышать тонус жизненных сил. Рефлексотерапия в частности, облегчает болезнь в самом начале ее; сражается с усталостью; успокаивает нервозность, тревоги и страхи; облегчает боль, недомогания и дискомфорт; устраняет функциональные расстройства; снимает напряжение, расслабляя мускулатуру; улучшает кровообращение; выводит из организма угрожающие здоровью вещества и очищает его; стимулирует вялые, малоактивные участки тела.

*Рефлексотерапия*, таким образом, представляет собой группу методов лечения, основанных на раздражении биологически активных точек поверхности тела, воздействие на которые обуславливает рефлекторные реакции различных органов и систем организма. Она является древним методом лечения, при котором лечебный эффект достигается путем воздействия на биологически активные точки с помощью специальных медицинских акупунктурных игл. Эти точки, соответствующие тому или иному органу или состоянию человека, расположены на теле человека и в ушной раковине. То есть, по сути, рефлексотерапия представляет собой *иглотерапию* или, еще более привычное нашему слуху название, *иглоукалывание*, которое очень эффективно:

- при остеохондрозе, сопровождаемом болевым синдромом; при заболеваниях нервной системы; при нарушениях сна; аллергии; при психической неуравновешенности; при избыточной массе тела; табачной зависимости; при сердечнососудистых заболеваниях:

- гипертонической болезни I-II стадии; нейроциркуляторной дистонии; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенной болезни желудка и двенадцати перстной кишки, дискинезиях толстой кишки, запорах); при лечении ожирения и борьбе с избыточным весом, в которой большую роль играет собственное восприятие процесса. Например, если борьба с лишним весом превращается в активную войну с самим собой, то совсем не факт, что в этой войне победит желание похудеть. Борьба с аппетитом – очень сложная штука. И помочь в этой борьбе может золотая игла.

Иглорефлексотерапия сегодня уже не является чем-то особенным, и во всем мире признано влияние воздействия на активные зоны. На теле человека есть зоны, отвечающие за аппетит. Воздействие на них притупляет и снимает чувства голода намного раньше, чем происходит насыщение организма. Это дает больному дополнительный козырь в игре с лишним весом. Когда не

хочется, есть – легче бороться. Наличие аппетитапритупляющих зон само по себе навело на мысль об использовании иглоукалывания для уменьшения влечения к еде.

Использование постоянного раздражителя произвело революцию в индустрии похудения. Например, *золотая игла*, разработанная японскими специалистами помогает бороться с приступами аппетита в течение трех месяцев, после чего необходимо сделать паузу в терапии, дабы избежать эффекта привыкания к раздражителю. Еще в течение месяца продолжается действие волшебной серьги, или золотой иглы. После этого можно опять повторить терапию. Конечно, волшебной серьга называется только из-за впечатляющего эффекта. Никакого волшебства нет – есть научно обоснованное воздействие на центры мозга лечебно электрической стимуляции<sup>39</sup> (ЛЭС), отвечающие за возникновение чувства голода через раздражение соответствующих точек на ушной раковине пациента.

Конечно же, как и любая терапия, золотая игла не панацея, а лишь дополнительное средство воздействия. Основным остается решимость больного раз и навсегда победить в себе желание неограниченного поглощения пищи. Модификация золотой иглы под названием «игла доктора Танака» позволяет так же одновременно воздействовать на точки, отвечающие за нормализацию обмена веществ в организме, что сильно повышает результат лечения. Использование золотой иглы в комплексе с медикаментальной терапией и психологической помощью, диете и дополнительном лечении нарушения обмена веществ стало прекрасным примером взаимодействия различных методик лечения.

Иглорефлексотерапия, например, безопасна, практически безболезненна и очень эффективна<sup>40</sup>. Она позволяет решить массу проблем.

---

<sup>39</sup> Бехтерева Н.П., *Атмосфера научного поиска и практика жизни* в кн. «Магия мозга и лабиринты жизни» / Н.П.Бехтерева. – доп. изд., с. 51 – М.: АСТ; СПб: Союз, 2007. – 383 с.

<sup>40</sup> Иглорефлексотерапия получила широкое применение у нас в стране с 1956 года после изучения ее отечественными специалистами В.Г. Вограликом, И. Русецким, Э. Тыкочинской, М.Усовой в Китае. В 1956

Причем, зачастую приходя с желанием избавиться от никотиновой зависимости или сбросить вес, вы как бонус получаете улучшение упругости кожи. Ведь уколы маленькими иголочками как нельзя лучше способствуют улучшению ее состояния. Но почувствовать все выгоды и плюсы иглоукалывания можно только в том случае, если процедуры рефлексотерапии выполняет специалист – рефлексотерапевт<sup>41</sup>.

---

г. при МЗ СССР был создан специальный комитет по изучению чжень-цзю, и через 3 года в марте 1959 г. уже был издан приказ МЗ СССР, регламентирующий развитие АП и ее изучение в СССР. Работа в области АП усилилась после приказа министра здравоохранения СССР академика Б.В.Петровского "О дальнейшей разработке метода иглотерапии, его внедрения в практику" (1971) и приказа МЗ РСФСР "О мерах по дальнейшему расширению практического применения метода иглоукалывания и усиления научных исследований в этой области" (1973). В 1973 г. были созданы специальные группы по изучению иглорефлексотерапии при ВНИЦ клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР, Центральном Институте травматологии и ортопедии, ВНИЦ клинической и экспериментальной онкологии АМН СССР и других центрах и институтах. В 1976 году в Москве был организован Центральный НИИ рефлексотерапии, теперь это - НИИ Традиционных методов лечения (народной медицины) МЗ РФ. Акупунктура является врачебной процедурой. Согласно приказу по МЗ СССР за № 693 от 25 июля 1981 г. врач кабинета иглорефлексотерапии является по штатному расписанию врачом-физиотерапевтом. Согласно приказу МЗ РФ № 364 от 10 декабря 1997 г., в разработке которого автор принимал участие, введена специальность "Рефлексотерапия" в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей (см. приложение). В 1998 г. подготовлен Проект приказа МЗ РФ "О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации.

<sup>41</sup> Приказы о рефлексотерапии: Министерство здравоохранения Российской Федерации ПРИКАЗ 10.12.97г. №364 О введении специальности "Рефлексотерапия" в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей В целях повышения качества оказания медицинской помощи населению, совершенствования подготовки специалистов, дальнейшей разработки и внедрения рефлексотерапии ПРИКАЗЫВАЮ: Ввести в действие с 01.01.98 г.: Дополнение в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16.02.95 г. № 33 "Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации" Положение о враче-рефлексотерапевте (приложение 2). Квалификационную характеристику врача-рефлексотерапевта. Инструктивно-методические указания по аттестации специалистов на присвоение квалификационной категории по специальности - "Рефлексотерапия". Управлению научных и образовательных медицинских учреждений до 01.05.98 г. разработать учебные программы подготовки врачей-рефлексотерапевтов в интернатуре, ординатуре, аспирантуре и унифицированную программу специализации и повышения квалификации. Управлению организации медицинской помощи населению, Российской медицинской академии последипломного образования, Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации до 01.05.98 г. разработать и представить на утверждение типовые тестовые задания для проведения аттестации врачей-рефлексотерапевтов на присвоение квалификационных категорий в соответствии с Положением "Об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации", утвержденным приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 16.02.95 г. № 33. Отделу медицинской статистики и информатики внести необходимые изменения в формы отчетов учреждений здравоохранения в связи с введением специальности - "Рефлексотерапия" в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации: За специалистами, перешедшими на должность врача-рефлексотерапевта, в течение одного года сохранять имеющуюся у них квалификационную категорию по специальности: "Неврология" или "Физиотерапия". По истечении указанного срока они могут проходить аттестацию по специальности - "Рефлексотерапия", представив в аттестационную комиссию необходимые документы, в том числе отчет за последний год работы. Специалист "Рефлексотерапевт" может вводиться в пределах численности должностей, положенных учреждению по действующим штатным нормативам.

Автором диссертационного исследования разработан ряд методов диагностики и лечения, основанных как на классических восточных системах, так и на новейших достижениях современной медицинской науки<sup>42</sup>. Что касается методов диагностики, то опытный врач восточной медицины может поставить диагноз уже после внешнего осмотра пациента. Известно, например, что различные части человека, такие как:

- лицо, ушные раковины, глаза, язык, зубы, ладони, стопы, и т. д. - дают полную информацию о его внутреннем состоянии, болезнях и проблемах.

Пользуясь данными методами в сочетании с пульсовой диагностикой, можно в короткий срок получить объективную информацию о состоянии организма. При этом большое значение имеет исключение различных инструментальных воздействий. В пульсовой диагностике, например, различают до 600 оттенков биения крови, и по ним, как по карте, можно читать состояние организма, правильно поставить диагноз, выбрать наиболее оптимальный путь к излечению.

К методам электропунктурной диагностики относят методы, в которых в диагностических целях используют корреляции между изменениями электропроводности точек измерения, расположенных на коже (ТИ), и

---

<sup>42</sup> Мухина М.М. - Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры «Оригитя» и игла для него // Патентная информация Номер: 2336071 - Автор: Мухина Марият Мурадалиевна (RU), Чадаев Николай Вениаминович (RU) // Дата публикации: 20 Октября, 2008 Адрес для переписки: Если вы являетесь автором данного изобретения и хотите добавить или исправить какую-то информацию на этой странице, свяжитесь с нами. Классификация по МПК: А61Н Реферат: Группа изобретений относится к медицине, а именно к акупунктурной рефлексотерапии. Вводят иглу, снабженную головкой, в одну из аурикулярных точек акупунктуры АТ 17, АТ 18 или иную аурикулярную точку акупунктуры, показанную для формирования адекватной пищевой мотивации пациента и/или нейросенсорно-гуморальной регуляции гипоталамо-гипофизарной системы и оптимизации липолитических механизмов. Проводят иглу под кожей и выводят ее свободный конец из другой указанной аурикулярной точки. Закрепляют иглу в этом положении посредством фиксатора, установленного на свободном конце иглы. В процессе лечения контролируют динамику снижения массы тела пациента. При необходимости внесения в нее изменений регулируют темп снижения массы пациента путем изменения интенсивности стимулирующего воздействия на аурикулярные точки акупунктуры. Регуляцию стимулирующего воздействия осуществляют посредством варьирования параметрами головки, и/или фиксатора, и/или стержня иглы. Игла для осуществления способа содержит головку, стержень и съемный фиксатор, устанавливаемый на свободном конце стержня. Фиксатор выполнен в виде насадки, имеющей глухое отверстие для крепления фиксатора на свободном конце стержня. Высота фиксатора составляет не менее 0,15 мм, длина стержня – не менее 5 мм, диаметр стержня - не менее 0,08 мм, а масса иглы - не менее 0,01 г. Способ и конструкция иглы позволяют более эффективно снижать избыточную массу тела пациента за счет изменения интенсивности стимулирующего воздействия на аурикулярные точки акупунктуры. 2 н. и 34 з.п. ф-лы, 7 ил. Страница: 1RURU2336071C22C1706332UR.

функциональным состоянием органов и систем организма. Основы электропунктурной диагностики заложены в 50-х годах в Германии Р. Фоллем, и с тех пор метод получил широкое распространение во многих странах в практической медицине. В то же время за прошедшую половину столетия не было проведено научных исследований, определяющих диагностические возможности метода Р.Фолля, по поводу достоверности которого существуют противоречивые мнения<sup>43</sup>.

Рассмотрим подробнее разработки, которые проводятся с 1993 г. в НИИ ТМЛ МЗ РФ. Цель проводимых исследований заключается в объективной оценке информативности метода Р. Фолля, границах его эффективного применения. В частности, на базе клинической больницы были проведены закрытые контролируемые исследования, в ходе которых проводили сравнение заключений, полученных при электропунктурном исследовании свыше 500 больных, с их клиническими диагнозами, поставленными с использованием современных методов диагностики.

Анализ результатов этого исследования лег в основу данных методических рекомендаций. Компьютерная электропунктурная диагностика по методу Р.Фолля является новым важным этапом в развитии метода. Компьютерная технология сделала возможной автоматическую регистрацию показателей измерений, оперативную статистическую обработку полученных данных для оценки функционального состояния организма больного,

---

<sup>43</sup> Примечание: Настоящие методические рекомендации включают материалы по применению метода электропунктурной диагностики по Р.Фоллю в медицинской практике. На основании исследований, проведенных в НИИ ТМЛ МЗ России, даны рекомендации по проведению электропунктурной диагностики, организации рабочего места, технике проведения исследования, объективизации медикаментозного тестирования, использованию метода при лечении больных методами рефлексотерапии и гомеопатии. Номенклатура точек измерения приведена в соответствие с Международной акупунктурной номенклатурой. Определены диагностические параметры информативности метода. Методические рекомендации предназначены для врачей, использующих метод Р. Фолля, врачей-рефлексотерапевтов и врачей, использующих метод гомеопатии. // Научно-исследовательский институт традиционных методов лечения // Авторы: зав. лабораторией современных технологий традиционной диагностики к.м.н. О.Г.Яновский, в.н.с., к.м.н. К.М.Карлыев, в.н.с., к.м.н. Н.А.Королева, с.н.с. к.м.н. Т.В.Кузнецова, к.т.н. Ю.В.Готовский. // Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии методические рекомендации №98/232 // Утверждены Минздравом России 10 марта 1999 г.

поддержание в консультативном режиме обширного справочного материала по электропунктурной диагностике, рефлексотерапии и гомеопатии.

Только с помощью компьютерной технологии стало возможным создание медикаментозного селектора - электронного устройства, содержащего информацию о свойствах диагностиков и гомеопатических препаратов, используя которые можно провести уточнение электропунктурного заключения и оценку действия гомеопатического препарата. В связи с этим оценка информативности компьютерной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля является весьма актуальной.

*Описание формулы метода Р.Фолля*, который в представленных методических рекомендациях определен как диагностический метод, основанный на корреляции между изменениями электропроводных свойств точек измерения по Р. Фоллю (ТИ) и функциональным состоянием соответствующих им органов и систем организма. Впервые представлены диагностические критерии электропунктурной диагностики по методу Р.Фолля, полученные в результате закрытого контролируемого исследования.

Новым является способ объективированного медикаментозного тестирования гомеопатических препаратов. Впервые предложены научно обоснованные алгоритмы мониторинга больных при лечении методами рефлексотерапии и гомеопатии. Описание точек измерения по методу Р. Фолля дано по стандартам Международной акупунктурной номенклатуры. Использование метода Р. Фолля показано для:

- 1) скрининговой интегральной функциональной оценки органов и систем организма с целью назначения при необходимости углубленного диагностического обследования прямыми диагностическими методами;

2) для коррекции подбора гомеопатических лекарственных средств (ГЛС), их потенций, дозы, индивидуальной совместимости при комплексном назначении ГЛС и оценки эффективности лечения;

3) для определения состояния меридианных систем, используемых в традиционной китайской медицине, с целью составления индивидуального акупунктурного рецепта при лечении методами рефлексотерапии и оценки эффективности лечения. В то же время использование метода Р.Фолля имеет свои ограничения. В частности, для проведения электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля используют автоматизированные компьютерные системы, разрешенные Минздравом РФ:

- «Мини-эксперт-ДТ-ПК» (Центр интеллектуальных медицинских систем «Имедис-БРТ», Москва; регистрационный номер 95/311-121), «АРМ врача для традиционной диагностики и терапии – Пересвет», («ПЕРЕСВЕТ» Москва) «Меридиан-11» («Корвет», Новосибирск регистрационный номер 94/271-90) и др. Прошли регистрацию и разрешены к применению в медицинской практике на территории Российской Федерации ряд зарубежных аппаратно-программных комплексов, например, KINDLING-2000 (Kindling GmbH, Germany; регистрационный номер 94/226).

Кабинет для диагностики по Р.Фоллю должен быть предназначен только для данной процедуры. Вблизи кабинета не должны находиться рентгеновские и физиотерапевтические кабинеты. При освещении лампами дневного света. расстояние их до больного рекомендуется не менее 1,5 м, а лампами накаливания - 0,5 м. Процессор и монитор устанавливаются на возможно дальнем расстоянии от места больного. Стул, подставка для ног должны быть деревянными и покрыты простынями или полотенцами, которые меняют после обследования каждого больного.

Врач ведет прием в белом халате, одежда должна быть из натуральных тканей, чтобы избежать эффектов статического электричества; на руке,

которой он касается больного, должна быть надета перчатка (хлопок, резина, пластик), чтобы исключить влияние на результаты измерения. После приема каждого больного перчатку необходимо менять. По Р. Фоллю больной должен подготовиться к обследованию, прекратив за определенный период времени применять лекарственные препараты, снять на приеме украшения, очки, часы.

Анализ проведенных исследований в НИИ ТМЛ показал, что длительный прием фармакотерапевтических препаратов по поводу хронических заболеваний не искажает результаты диагностики и, поэтому, не следует отменять их прием. Больной должен находиться в одежде из натуральных тканей, не вызывающих эффектов статического электричества. Необходимо предупредить больного, чтобы он снял приборы, генерирующие электромагнитные поля (пейджер или мобильный телефон).

Обследование по зонам измерения включает в себя обследование по так называемым “большим“ отведениям, к которым в электропунктурой диагностике относят отведения: “рука-рука”, “рука-голова”, “рука-нога”, ”нога-нога”. Измерения в данных отведениях проводят с помощью ручных цилиндрических, ножных и головного пластинчатых электродов. Измерения в “больших” отведениях дают предварительную информацию о локализации существующих нарушений и вероятном их характере. Так значения в пределах от 82 до 86 единиц интерпретируют, согласно Р.Фоллю, как нормальные; значения свыше 86 могут быть связаны с процессами воспаления и/или симпатикотонию, в то время как при показателях ниже 82 единиц можно предполагать дегенеративные процессы и/или парасимпатикотонию.

В работе используются измерения по 6-ти отведениям, программа которых автоматически реализуется аппаратом Kindling 2000. Согласно Р.Фоллю исследование по точкам измерения дает адекватные результаты при

нормальных показаниях в больших отведениях, а при наличии сниженных или повышенных значений в больших отведениях рекомендовано перед исследованием проводить терапию плавающими частотами, так называемые “качели” (частота тока, подаваемого на электроды постепенно увеличивается от 0,1 до 10 Гц).

Например, следует проводить измерения в больших отведениях для предварительной оценки, интерпретируя отклонение показателей от диапазона 82-86 в терминах нарушения функции в соответствующей части организма. Измерения по большим отведениям так же можно использовать для контроля эффективности проводимой терапии. При успешной терапии происходит нормализация всех показателей. Наиболее чувствительными в диагностическом отношении являются показатели в отведении “рука-лоб”. Изменения в этих отведениях происходят в первую очередь, остальные отведения являются более инертными и изменения показателей в них происходит позже, чем в отведении “рука-лоб”. Для выявления патологии при электропунктурном обследовании учитывают следующие параметры:

- величина показателя, величина “падение” индикатора (стрелки), асимметрия значений показателей, скорость достижения максимального значения показателя. В наших исследованиях нормальными значениями считали величины от 50 до 65 единиц шкалы прибора. Все значения электропроводности в промежутках от 0 до 49 и от 66 до 100 интерпретировали как нарушение функций соответствующих органов и систем без уточнения характера процесса, поскольку исследования показали его несоответствие величине показателя, например, воспалительный процесс может сопровождаться низким значением в соответствующей точке измерения, а злокачественная опухоль - напротив, высоким значением показателя.

Р.Фоллем и его последователями описано свыше 400 точек измерения (классических акупунктурных и новых, открытых Р.Фоллем) для электропунктурной диагностики. Точки измерения, как и в классической акупунктуре, сгруппированы по меридианам, часть из которых используется для определения функций органов (например, меридианы сердца, почек), часть для определения функций систем (меридианы кровообращения, эндокринный), а часть для определения состояния ткани или обмена (меридиан соединительнотканной и жировой дегенерации). Для электропунктурой экспресс-диагностики рекомендуется использовать контрольные точки измерения (КТИ). Эти точки не входят в число классических точек акупунктуры, описаны Р. Фоллем и являются репрезентативными для данного меридиана, т.е. изменяются при нарушении функции всех органов или систем, имеющих отношение к меридиану.

Для расширенной электропунктурой диагностики необходимо провести измерения по точкам измерения (ТИ), выбор которых определяется исходя из клинического диагноза и по данным экспресс-диагностики, причем для расширенной диагностики выбирают меридиан с показателем КТИ, имеющим наибольшее отклонение от нормы. В приложении указаны точки измерения по меридианам, их функция и локализация в соответствии с международной акупунктурой номенклатурой.

После завершения электропунктурного обследования с целью уточнения представлений органной локализации и характера патологического процесса проводится тестирование с нозодами и гомеопатическими органами препаратами, используя при этом точки измерения с отклонениями от нормальных значений показателями. На заключительном этапе медикаментозного тестирования, выбранные препараты помещают в ячейку и проводят тестирование по всем КТИ и наиболее актуальным для данного больного точкам измерения. Степень нормализации показателей может быть формализованным показателем

степени подобия препарата по электропунктурным критериям. По окончании обследования следует сделать заключение, которое записывается в карту амбулаторного больного.

В заключении следует отразить основные выявленные изменения показателей (например, снижение показателей на КТИ желудка до 10 единиц, падение стрелки на КТИ желчного пузыря на 15 единиц), результаты тестирования нозодов и органических препаратов (например, нормализация показателей на КТИ желудка выявлена при тестировании Gastritis-nosode-injeel) и результаты медикаментозного тестирования (например, нормализация шести сниженных показателей, выявлена при использовании препарата *Nux vomica* HA).

В завершающей части заключения электропунктурного обследования по Р.Фоллю следует сделать вывод о соответствии результатов обследования какому-либо клиническому диагнозу (например, выявленные изменения в результате обследования по Р.Фолля соответствуют изменениям при хроническом гастрите).

В рекомендациях необходимо указать прямые методы, необходимые для подтверждения диагноза. Для лечения больных следует использовать гомеопатические лекарственные средства, прошедшие регистрацию в Российской Федерации. Недопустимо изготовление для лечения, так называемых репринтных копий гомеопатических лекарственных средств, приготовленных с использованием медикаментозного селектора или аппаратов для “энергоинформационного переноса”.

В рефлексотерапии компьютерный метод Р.Фолля используют для проведения электропунктурной терапии по Р.Фоллю и для функциональной оценки системы классических меридианов. Большинство компьютерных комплексов содержат, помимо диагностического, и терапевтический блок, позволяющий проводить лечение импульсным током низкой частоты (от 0,8

до 10 Гц). Используют как фиксированные частоты, так и “волновые качели”, когда программа последовательно подает на активный электрод импульсный ток по нарастающей частоте. При использовании электропунктурой терапии по Р.Фоллю на первичном приеме выявляют точку измерения с наихудшими показателями и воздействуют на нее импульсным током, время от времени переключая прибор на режим диагностики для проверки состояния точки. При достижении нормального показателя (50 единиц) процедуру прекращают. Для лечения также возможно использовать и большие отведения, выбирая в пару отведения с худшими показателями. Сила тока регулируется в ручном режиме.

Для седативной терапии (при значении показателя точки измерения больше 50) используют ток низкой интенсивности, для возбуждения - высокой. Для лечения различных заболеваний на основании клинического опыта предложено использовать ток разной частоты. При использовании других методов рефлексотерапии (классическая акупунктура или ее современные модификации) для оценки состояния меридианной системы используют измерение показателей КТИ классических меридианов перед каждой процедурой.

КТИ меридианов, описанные Р.Фоллем, не применяют, поскольку нет научных исследований по их взаимосвязям с классической акупунктурной системой. Составление акупунктурного рецепта проводят в соответствии с классическими представлениями китайской медицины. При первичном приеме наиболее информативным представляется следующий алгоритм обследования больного:

- 1) сбор анамнеза по стандартной схеме, принятой в клинической медицине (жалобы, *anamnesis morbi*, *anamnesis vitae*);

2) электропунктурное обследование по контрольным точкам измерения при необходимости назначение дополнительных современных диагностических исследований;

3) составление акупунктурного рецепта.

На втором и последующих приемах определяют состояние КТИ классических меридианов и при их изменении в сторону нормализации акупунктуру не проводят. Повторную процедуру акупунктуры назначают при отсутствии положительной динамики по клиническим и электропунктурным показателям. Повторный курс акупунктуры также назначают по клиническим показаниям и по данным электропунктурного обследования при наличии ухудшения показателей. Вопрос о назначении профилактического курса акупунктуры по критериям ухудшения электропунктурных показателей требует дополнительных исследований<sup>44</sup>.

С помощью факторного анализа удалось перейти от 80-мерного пространства первичных показателей к 12-мерному пространству интегральных, что дает преимущества в структуризации данных и быстрой первичной оценке, позволяет сгладить отдельные случайные «выбросы» значений в исходном множестве показателей.

Таким образом, на основании анализа проведенных научных исследований и опыта применения метода электропунктурной диагностики по Р.Фоллю можно сделать выводы о его высокой эффективности и безопасности при грамотном использовании специалистами-рефлексотерапевтами.

---

<sup>44</sup> Примечание: с 1993 г. в НИИ ТМЛ МЗ РФ проводятся исследования, цель которых заключается в объективной оценке информативности метода Р.Фолля, уточнении критериев его применимости для контроля проведения гомео-и рефлексотерапии, определения показаний и противопоказаний к использованию метода электропунктурной диагностики. На базе клинической больницы были проведены закрытые контролируемые исследования, в которых были сопоставлены заключения, полученные при электропунктурном исследовании свыше 500 больных с их клиническими диагнозами, поставленными с использованием современных методов диагностики. Анализ результатов этого исследования лег в основу данных методических рекомендаций.

**Вывод:** метод диагностики следует применять для функциональной интегральной оценки организма с последующим подтверждением электропунктурных заключений прямыми методами обследования. Перспективы развития электропунктурной диагностики с целью повышения его информативности связаны с проведением экспериментальных и клинических исследований на базе компьютерных технологий.

**1.3. Гормональные и метаболические нарушения при избыточной массе тела.** Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является сопутствующий ожирению метаболический синдром (МС), который представляет собой совокупность гормональных и метаболических нарушений, взаимосвязанных факторов риска развития сердечнососудистых заболеваний и сахарного диабета второго типа (СД II типа<sup>45</sup>). Оздоровительный метод снижения массы тела рассматриваются автором исследования как универсальный метод лечения абдоминального ожирения у пациентов, который позволяет человеку улучшить состояние углеводного обмена, избавиться от многих недугов, достичь гармонии духа и тела.

Например, с помощью определенных движений, концентрации внимания и различных приемов дыхания осуществляется работа человека с внешней и внутренней энергией, их преобразование. В итоге происходит восстановление биоэнергетического потенциала человека и повышение его энергоресурсов. Благодаря своей результативности и прекрасному сочетанию с европейской медициной предлагаемый метод уже завоевал регионы страны.

Надо заметить, что космогония такого рода не была чем-то редкостным в мировой культуре. Во многих древних цивилизациях мировоззрение

---

<sup>45</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7. // Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых катастроф // РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337. // Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет// Ожирение и метаболизм. – 2005. –№ 1 (3). – С. 29-33.

развивалось примерно такими же путями, укладываясь в представление о взаимодействии первоэлементов. Например, в античные времена в Древней Греции и Риме также существовало учение о первостихиях, лежащих в основе материального мира (Эмпедокл, Сенека, V в. до Р. Х.). Из таких философских представлений складывается понятие единого целого, обнимающего всю Вселенную и человека. Человек рассматривается как мир в миниатюре, отражение макрокосмоса, Вселенной и состоит из пяти первоэлементов, попадающих в организм с пищей. Отражением этой органической целостности являются пять полых и пять плотных органов. Они взаимодействуют между собой и с окружающей средой, и каждый орган соответствует определенному первоначалу. В этой единой системе все взаимосвязано и взаимно зависимо, все части макрокосмоса (Вселенной) и микрокосмоса (человека) имеют общую функциональную структуру. Пять первоначал стали основой для учения у *син* (букв, значение — «пять элементов, пять движений»).

Древневосточные врачи применяли учение у *син* к проявлениям жизнедеятельности человеческого организма и для упорядочения отношений человека и природы. В книге «Шан-шу да-цюань» говорится: «Вода и огонь относится к жизненно необходимому, к еде и питью, в которых нуждается народ. Металл и дерево существуют для развлечений и производства. Земля является источником всех вещей и служит на пользу человека»<sup>46</sup>.

Концепция у *син* является основой для диагностики и лечения, а также для рекомендаций по предупреждению болезней. Главным практическим выводом из учения у *син* является признание неразрывной связи всех пяти первоэлементов, их постоянного взаимопорождения и взаимопреодоления. Весь круг восточных медицинских учений включен в эту философскую концепцию. Связи взаимного порождения и угнетения присущи всем объектам и явлениям. Динамическое равновесие постоянных

---

<sup>46</sup> Цит. по кн.: Шнорренбергера К. Учебник китайской медицины для западных врачей. — М., 1996.

физиологических процессов и реакций организма может быть нарушено внешним воздействием. К примеру, повреждение какого-либо органа или системы, относящейся к первоначально *земля*, приводит к ослаблению контроля над органами, относящимися к *воде*, те усиливаются и угнетают органы *огня*. Так происходит распространение болезни. Только осознание этих различий восприятия окружающего мира, понимание особенностей индуктивного метода, то есть построение общих положений на основе частных конкретных явлений без разрыва связей между ними, поможет понять и успешно использовать восточную медицину<sup>47</sup>.

Еще в древности люди практиковали простые и общедоступные, но очень эффективные методы лечения различных заболеваний. Многие из этих народных средств, проверенных многовековой практикой, прекрасно спасают от болезней и в наши дни. Они вполне совместимы с методами лечения, предлагаемыми традиционной медициной, позволяют существенно снизить потребление химических медикаментозных препаратов, а в некоторых случаях даже полностью отказаться от приема таблеток.

Цель, которую преследовала китайская медицина, изначально состояла в счастливом существовании человека, которое имело пять проявлений: «Первое проявление счастья — долголетие, второе — богатство, третье — здоровье тела и спокойствие духа, четвертое — любовь к целомудрию, пятое — спокойная кончина, завершающая жизнь».<sup>48</sup> Понятно, что, рассматривая человека и его организм как единое целое, восточная медицина мало занималась анатомией и физиологией (в - европейском понимании), а стремилась выявить связи и взаимоотношения внутри организма, то есть его функции.

---

<sup>47</sup> У Вэй Синь / Энциклопедия *цигун*: Регуляция жизненной энергии, с. 15. – СПб: Издательский Дом «Нева», 2004. – 320 с.: ил. // ISBN 5 – 7654 – 3268 – 9.

<sup>48</sup> «Шуцзин», глава «Великий закон», 9-й раздел, цит. по кн.: *Древнекитайская философия: Собр. текстов.* — М., 1972. — Т. 1.

Для европейского аналитического метода изучения всякого предмета и явления путем выделения из него каких-либо частей, его расчленения, дробления, схематизирования, создания условных моделей такое мировоззрение может стать камнем преткновения для понимания восточной медицины. Большую часть понятий и определений китайской медицины нельзя точно передать одним соответствующим русским словом. Например, философская категория *инь* и *янь* означает, что любое единое целое, как предмет, так и явление, в этом мире состоит из двух противоположных начал, соперничающих и дополняющих друг друга. Каждая из них имеет свои характеристики и свойства. Рассмотрим в частности, эти положения подробнее.

*Инь* и *ян* находятся в состоянии противоборства и ограничивают друг друга. Если одно начало преобладает, то возникает недостаток другого, и наоборот. *Инь* борется внутри, а *янь* вызывает тревогу снаружи, поэтому возникают явления пустоты и наполнения; при этом *инь* и *янь* сменяют друг друга. Оба начала никогда не остаются без взаимодействия, и их стремление к вытеснению друг друга является движущей силой развития вещей и явлений. Как противоположности, *инь* и *янь* зависят друг от друга и не мыслятся один без другого. *Янь* является верхом, а *инь* — низом (без верха не может быть низа, и наоборот); левая сторона тела — это *янь*, правая — *инь* (без правой стороны нет левой, и наоборот); жара соответствует *янь*, а холод *инь* (без жары не может быть холода, и наоборот); переполнение (избыток) соответствует *янь*, опорожнение (недостаток) — *инь* (без переполнения нет опорожнения, и наоборот). Оба служат друг для друга производным началом, то есть взаимно вызывают друг друга:

- *инь* не может произвести себя без *янь*, и наоборот. При этом каждое начало содержит в себе обе противоположности — дополнения, то есть каждое *янь* может быть разложено на *янь / янь* и *инь / янь*, а каждое *инь* — на *инь / инь* и *янь / инь*. Все субстанции и проявления нашего мира могут быть

отнесены к тому или другому началу, которое, в свою очередь, несет в себе и *янь*, и *инь*, и каждый из них составлен из *инь* и *янь*; дробление этих распределений можно производить бесконечно.

Например, вся верхняя часть тела относится к *янь*, при этом спина соответствует *янь*, а живот и передняя часть грудной клетки — *инь*; все внутренние части тела относятся к *инь*, но желудок, например, — к *янь*, а печень — к *инь*. В каждом из этих начал, в свою очередь, можно выявить и *инь*, и *янь* и так далее. В отношении структур и функций организма человека *инь* характеризует материальные составляющие тела, а *янь* — его функции.

Таким образом, *инь* охраняет *янь*. Если что-либо имеет свойства функции, «энергии», то оно относится к *янь*, если это имеет структуру и форму, то оно относится к *инь*. Ци имеет характер *янь*, кровь — характер *инь*. Часть внутренних органов относится к *инь*, другая часть — к *янь*.

Всю сложную структуру человеческого организма и его функции китайская медицина классифицирует и объясняет на основе принципа *инь—янь*. Физиологические процессы, постоянно протекающие в организме на клеточном, тканевом и органном уровне, взаимодействие его разных частей, вся жизненная активность является результатом борющихся в неразрывном взаимодействии сил *инь—янь*. Разъединение этих сил ведет к прекращению активности организма и жизни. Оба начала никогда не находятся в состоянии покоя, они дополняют и изменяют друг друга. Когда *янь* отступает, то увеличивается *инь*; если же отступает *инь*, то увеличивается *янь*.

Например, зима является вершиной холода (*инь*), а после зимнего солнцеворота постепенно устанавливается тепло и приходит лето — *янь*; весна, лето — это *янь*, зима, осень — *инь*. Состояние повышенной активности следует регулировать покоем. В этом выражается взаимный контроль покоя и движения, то есть *инь* и *янь*.

Функции органов (янь) возникают за счет потребления продуктов питания (инь), при этом происходит увеличение янь и ослабление инь. В то же время обмен веществ, полученных с продуктами питания (инь), требует расхода определенного количества энергии (янь); тогда происходит усиление инь и ослабление янь. При нормальных условиях эти процессы находятся в равновесии. Если же ослабление или усиление выходит за рамки, то возникает избыток инь или янь, что ведет к возникновению патологии, болезни. Необходимо также учитывать, что оба начала могут быть как причиной, так и следствием.

Модель *инь—янь* служит базой не только теоретических представлений восточной медицины, но и основой диагностики и лечения. основополагающим в жизнедеятельности человеческого организма лежит уравновешенное состояние *инь* и *янь*, полная их гармония. Нарушение этого равновесия ведет к патологическому состоянию, болезни и выражается либо в преобладании, либо в ослаблении инь или янь. Например, в трактате «Чжуан-цзыцзи-цзе» в гл. 6 - «Великий учитель» так описывается болезнь философа Цзы-юй: «Кривым горбом изогнулась его спина, внутренности поднялись кверху, подбородок спрятался в пупе, плечи поднимались выше макушки, изогнутые позвонки шеи шишками торчали в небо — жизненные силы начал инь и янь в беспорядке...»<sup>49</sup>.

Таким образом, любое состояние, при котором наблюдается избыточность по сравнению с нормой, относят к янь-состояниям, а недостаточность — к инь-состояниям-янь. Все симптомы различных заболеваний можно разделить на две группы:

- янь-синдромы и инь-синдромы. Розовая и чистая кожа, блестящие глаза, звучный голос, наполненный, сильный, ускоренный, поверхностный, скользящий пульс — это янь-состояние; темная и вялая кожа, тусклые глаза,

<sup>49</sup> «Книга Чжуан-цзы со сводными толкованиями», II в. до Р.Х., цит. по кн.: Древнекитайская философия: Собр. текстов. — М., 1972. — Т. 1.

тихий и прерывающийся голос, слабый, медленный, неровный, слабо наполненный пульс — это инь-синдромы. Для постановки диагноза в китайской медицине необходимо, прежде всего, правильно оценить состояние инь и янь «лишь после этого можно определить причину болезни.

Исходя из принципа равновесия инь и янь, главным в лечении является восстановление нарушенного баланса инь—янь, то есть гармонии. В европейских понятиях это можно выразить как задачу по восстановлению гомеостаза организма, стимуляцию его защитных сил и реактивной способности. В книге «Хуан-ди нэй цзин» сказано:

- «Соответствие принципу инь—янь есть жизнь, противоречие есть смерть. Следовать ему — значит обеспечивать покой, противоречить — значит возбуждать нарушения. Поэтому лечение нужно проводить раньше, чем проявилось заболевание, и обеспечивать покой раньше, чем нарушения обнаружили себя».

В терапии китайская медицина руководствуется принципом взаимодополнения: к инь надо добавлять янь, к янь надо добавлять инь, значит при янь-болезни следует использовать инь, и наоборот. Всякое терапевтическое действие должно быть направлено на регуляцию соотношений инь и янь как в функциях отдельных систем, так и всего организма, на восстановление равновесия между ними. Цельность характера китайской медицины отражается и в том, что учение об инь и янь распространяется и на совокупность всех терапевтических средств, на свойства и действие растительных препаратов и других медикаментозных средств, на пищу (лечебным свойствам которой придается определяющее значение), на акупунктуру, массаж, дыхательную и лечебную гимнастику и так далее. После диагностики и классификации характера патологии выбирается соответствующее средство воздействия, которое должно восстановить гармонию инь и янь и излечить больного.

Мы постарались разъяснить нашим оппонентам значение, смысл этих понятий, дабы они могли воспринимать их без искажений. Выявить связи и зависимости между явлениями природы, организмом, патогенными и целительными факторами — на это были направлены их усилия. Для них было важно, что дерево рождает и поддерживает огонь, а не то, почему оно горит, каков у него химический состав, какая при этом происходит реакция. Но сугубо материалистически мыслящим людям необходимо смириться с тем, что в европейской философии и науке адекватного этому понятия не имеется, и такой вид «энергии» не рассматривается. Даже когда Эйнштейн в 1905 году впервые сформулировал теорию относительности, представление человека о Вселенной резко изменилось. Эйнштейн утверждал, что вся материя есть энергия, что энергия и материя взаимосвязаны, и вся материя связана на субатомном уровне.

Нельзя воздействовать на организм, не оказывая воздействия на все его части. Значит, Вселенная вовсе не похожа на гигантские часы. Это скорее живая многомерная паутина. Жизненная сила наполняет физическое тело, но в нем имеется и духовная сущность, неразрывно связанная с высшими субстанциями и бесконечным источником энергии. Когда жизненная сила свободно течет через тело, человек пребывает в хорошем состоянии здоровья. Когда же жизненная сила блокируется или ослабевает, органам, тканям и клеткам недостает энергии, необходимой для их нормального функционирования, в результате чего возникает болезнь. Стоимость традиционных медицинских услуг постоянно растет, но люди по-прежнему страдают от хронических и дегенеративных заболеваний. В такой ситуации обращение к альтернативной медицине оказывается вполне оправданным.

Согласно исследованию, например, проведенному в 1997 году, 42 процента американцев использовали один или несколько методов лечения, которым не учат в медицинских институтах и которые не практикуются в американских больницах. По сравнению с 1990 годом этот показатель вырос

на 8 процентов. Хотя подавляющее большинство опрошенных (95%) пытались решить свои медицинские проблемы с помощью традиционной медицины, лишь менее 40 процентов решились сообщить своим врачам об альтернативном лечении.

Отсюда можно сделать вывод о том, что с альтернативной медициной у нас что-то не так. В частности, более половины американцев оплачивают свое лечение целиком и самостоятельно. В 1997 году на альтернативное лечение было потрачено 27 миллиардов долларов — почти столько же, сколько и на традиционные медицинские услуги. В 1997 году американцы 629 миллионов раз посещали альтернативных целителей. Это — вдумайтесь в эту цифру — примерно на 243 миллиона посещений больше, чем в обычных лечебных учреждениях. Хотя с того времени подобных исследований не проводилось, можно с уверенностью сказать, что популярность альтернативной медицины среди американцев постоянно растет. Это по-настоящему большой бизнес, и медицинское сообщество более не может игнорировать альтернативные методы лечения. Интерес к ним публики очень велик и постоянно ширится. Достаточно посмотреть на полки книжных магазинов, заставленные специальной литературой, магазины здорового питания и многочисленные клиники, предлагающие альтернативные услуги, чтобы понять, что интерес этот не следует недооценивать. Другими словами, американцы хотят получить нечто большее, чем традиционная медицина. Люди, использующие традиционные и альтернативные методы лечения, делают собственный выбор и готовы принять на себя ответственность за свое здоровье (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1.

Тринадцать основных причин, по которым люди обращаются к альтернативной медицине (1990—1997)
---

<b>Проблема</b>	<b>Процент больных</b>
Боль в шее	57
Боль в спине	48
Тревожность	43
Депрессия	41
Головные боли	32
Артрит	27
Общие заболевания	27
Усталость	27
Бессонница	26
Судороги, спазмы	24
Аллергия	17
Легочные заболевания	13
Гипертония	12

Поскольку альтернативные целители готовы взяться за любую проблему, потребителю становится очень трудно определить, как и где можно получить наилучшее лечение. Очень трудно найти надежную информацию, выбрать хорошего специалиста, не попасть в руки шарлатана. Среди альтернативных целителей есть по-настоящему хорошие, лицензированные специалисты, но никто не может дать вам никаких гарантий. Если, например, ваш врач начинает осуждать подобные действия и

категорически запрещает вам прибегать к услугам альтернативной медицины, имеет смысл подумать о том, что вам нужен другой врач.

С другой стороны, не вызывает сомнений тот факт, что ваш доктор знает о болезнях гораздо больше вас (если только вы сами не врач!). Открыто и честно обсудив с ним свои проблемы, вы можете найти хорошего целителя, обращение к которому не окажется опасным для вашего здоровья. Одна из основных проблем пациента, выбирающего метод нетрадиционной медицины, это неумение пользоваться словами. Многие считают сам термин «альтернативная медицина» слишком узким и вводящим в заблуждение. Они полагают, что такое название не дает полного понимания традиционных целительных способов. Было бы гораздо полезнее пользоваться обычным языком, чтобы не пугать потенциальных пациентов.

В целях большей ясности в этом исследовании мы будем использовать термин «традиционная медицина» или «биомедицина» для обозначения официального здравоохранения и термин «альтернативная медицина» или «нетрадиционная медицина» для описания целительных способов, которым и посвящен наш труд. Однако единых терминов и в данный момент не существует. Например, термин «альтернативная медицина» используется преимущественно в Соединенных Штатах, тогда как выражение «нетрадиционная медицина» больше свойственно Европе. Но одно ли это и то же?

Следует ли медицину Запада называть «западной», если она широко используется в больницах Индии и Сингапура? Путаница названий является основной причиной непонимания сути альтернативной медицины. Еще больше запутывает человека изобилие противоречивой информации (см. таблицу 1.2).

Таблица 1.2.
--------------

Термины, используемые для описания двух типов медицины Традиционная	
медицина / Альтернативная / Нетрадиционная медицина	
Современная	Древняя
Западная	Восточная
Аллопатия	Гомеопатия
Традиционная	Нетрадиционная
Ортодоксальная	Неортодоксальная
Биомедицина	Натуропатия
Научная	Туземные способы целительства

Граница между традиционной и альтернативной медициной очень размыта и постоянно меняется. Например, использование поливитаминов или диета относятся к медицине или образу жизни?

Следует ли их рассматривать как способы традиционного или альтернативного лечения? А куда мы отнесем духовные способы целительства и молитвы — наименее изученные, но весьма эффективные методы?

Сегодня в частности, отмечается крайне высокая распространенность МС, увеличивающаяся с возрастом и составляющая от 14 до 24 % в зависимости от популяции<sup>50</sup>. При этом частота МС с некоторым отставанием параллельна распространенности ожирения в популяции<sup>51</sup>. Большинство исследователей отмечает негативную тенденцию к росту числа пациентов с

<sup>50</sup> Bosello O., Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome// *Obes. Rev.*–2000, 1, 47–56. // *Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.* // *N Engl J Med.*–2002; 346, 393–403. // Steinberg HO, Baron AD: Vascular function, insulin resistance and fatty acids.// *Diabetologia*–2002; 45:623–4.

<sup>51</sup> The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Available from: <http://www.idf.org>.

ожирением и МС среди подростков и молодежи<sup>52</sup>. Именно развитие МС у лиц с ожирением связано с высокой частотой сердечнососудистых заболеваний, СД II типа, а также повышением риска коронарных осложнений и общей смертности у этих пациентов<sup>53</sup>.

Результаты исследования VOTNIA, проведенного с участием 4483 пациентов, продемонстрировали, что вероятность развития ИБС и инсульта у лиц с МС в 3–3,5 раза выше. Кроме того, пациенты с МС умирали в четыре раза чаще, а при наличии сердечнососудистых заболеваний – в 5,5 раз чаще по сравнению с пациентами, не имеющими данного синдрома<sup>54</sup>. В настоящее время МС включает следующие компоненты:

- абдоминальное (висцеральное) ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе и гиперинсулинемию, дислипидемию, артериальную гипертензию, микроальбуминурию, нарушение системы гемостаза, ранний атеросклероз<sup>55</sup>. Кроме того, МС часто сопутствуют синдром ночного апноэ, эндотелиальная дисфункция, нарушения пуринового обмена, недостаточное снижение артериального давления (АД) в ночное время и гепатостеатоз<sup>56</sup>. Регуляция произвольных движений осуществляется

<sup>52</sup> Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J: Childhood obesity. // J Clin Endocrinol Metabol –2004;89–9:4211–18. // Srinivasan S., Ambler G. R., Baur L. A. Randomized, Controlled Trial of Metformin for Obesity and Insulin Resistance in Children and Adolescents: Improvement in Body Composition and Stazi A.V., Mantovani A. // Gynecol. Endocrinol. - 2000 Dec. – Vol. 14(6). – P. 454-463.

<sup>53</sup> Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. // N Engl J Med.–2002; 346, 393–403. // Matthaei S., Stumvoll M., Kellner M., Hering H.–U. Pathophysiology and pharmacological treatment of insulin resistance// Endocr. Rev.– 2000; 21(6): 585 – 618. // McFarlane S.I., Banerij M., Sowers J.R. Insulin resistance and cardiovascular disease. // J Clin Endocrinol Metab. – 2001; 86: 713–8.

<sup>54</sup> Isomaa, B., Lahti, K., Almgren P. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. // Diabetes Care 24 (2001), 683–689.

<sup>55</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7. // Aronne L.J., 2. Bosello O., Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome// Obes. Rev.–2000, 1, 47–56. // Bradley J. D., Zhonglin X., Benoit V., and Ming–Hui Z. Activation of the AMP–Activated Kinase by Antidiabetes Drug Metformin Stimulates Nitric Oxide Synthesis In Vivo by Promoting the Association of Heat Shock Protein 90 and Endothelial Nitric Oxide Synthase.// Diabetes.–2005 55: 496–505. // Matthaei S., Stumvoll M., Kellner M., Hering H.–U. Pathophysiology and pharmacological treatment of insulin resistance// Endocr. Rev.– 2000; 21(6): 585 – 618.

<sup>56</sup> Isomaa, B., Lahti, K., Almgren P. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. // Diabetes Care 24 (2001), 683–689. // Jadhav S., Ferrell W., Greer I. A. et al. Effects of Metformin on

двумя группами нейронов: центральными (верхними) и периферическими (нижними). Они различаются как анатомически, так и функционально. Соответственно при их поражении наблюдаются две разные группы симптомов:

- при поражении центральных двигательных нейронов возникает спастический паралич, а при поражении периферических нейронов - вялый паралич. Психогенный паралич, не имеющий в своей основе органического поражения, может имитировать один из этих вариантов либо сочетать черты того и другого.

Центральный паралич может проявляться в чистом виде или сочетаться с чертами периферического паралича; как правило, ему сопутствуют сенсорные и трофические расстройства, а также изменения сосудистого тонуса. Периферический паралич нередко сопровождается нарушением чувствительности. При центральном параличе обычно страдает двигательная функция организма в целом, но не отдельных мышц.

Парализованные мышцы спастичны (судорожно напряжены), но не подвергаются атрофии), а может быть лишь следствием бездействия), и в них отсутствуют электрофизиологические признаки перерождения. В парализованных конечностях сохранены или усилены глубокие сухожильные рефлексы, часто выявляются клonusы (быстрые спастические сокращения). Брюшные рефлексы на парализованной стороне снижены или отсутствуют. При параличе нижних конечностей наблюдается такой признак повреждения головного или спинного мозга, как рефлекс Бабинского (тыльное сгибание большого пальца стопы в ответ на раздражение наружного края подошвы). При поражении периферических двигательных нейронов возникает иная картина. Вместо повышения мышечного тонуса происходит его снижение. Поражаются отдельные мышцы, в которых выявляются атрофия и

электрофизиологическая реакция перерождения. В парализованной конечности глубокие рефлексy снижаются или совсем выпадают, клонусы отсутствуют. Брюшные рефлексy сохранены, не вызывается и рефлекс Бабинского.

Многообразие причинных факторов отражается на патоморфологических изменениях, которые могут иметь самые разные характер и локализацию. Разрушение, дегенерация, воспаление, образование очагов (бляшек), склероз, демиелинизация - наиболее типичные варианты патологических изменений нервной ткани, выявляющихся при параличе.

С анатомической точки зрения различают параличи, вызванные поражением центральной нервной системы (головного или спинного мозга), и параличи, связанные с поражением периферических нервов. Первые подразделяют на церебральный и спинальный типы. Параличи церебрального типа могут иметь корковое, подкорковое, капсулярное или бульбарное происхождение. Причиной параличей спинального типа являются заболевания, поражающие центральные и/или периферические двигательные нейроны. Периферические параличи могут возникать при поражении нервных корешков, сплетений, нервов или мышц.

К органическим причинам паралича относятся травмы, рассеянный склероз, инфекции, интоксикации, метаболические расстройства, нарушения питания, сосудистые поражения, злокачественные новообразования, врожденные или наследственные факторы. Патофизиологическим звеном, объединяющим комплекс различных нарушений при МС является резистентность тканей организма к инсулину (инсулинорезистентность). Степень инсулинорезистентности зависит от генетических особенностей организма, условий внутриутробного развития и средовых воздействий<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. // N Engl J Med.-2002; 346, 393-403 // Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J: Childhood obesity.// J Clin Endocrinol Metabol -2004;89-9:4211-18.

К факторам внешней среды, способствующим возникновению МС, относят высококалорийное питание атерогенного характера, ожирение и избыточную массу тела, стрессы, вредные привычки<sup>58</sup>. Недостаточная физическая активность способствует развитию ожирения и снижает чувствительность скелетных мышц к инсулину.

Известно, что чувствительность тканей к инсулину снижается более чем на 40 % при превышении идеального веса на 35-40 %<sup>59</sup>. Инсулинорезистентность зависит от характера распределения жировой ткани в организме, важную роль в развитии и прогрессировании ИР играет именно висцеральная жировая ткань, составляющая около 6-20 % общей массы тела<sup>60</sup>.

У мужчин с возрастом происходит увеличение относительного содержания интраабдоминального жира с 6-7 % от его общего количества в 20 лет до 20 % к 30-50 годам и 30-35 % к 60-80 годам. У женщин масса висцерального жира чаще повышается только после менопаузы<sup>61</sup>.

Адиipoциты висцерального жира (в отличие от подкожного) имеют высокую плотность и чувствительность  $\beta$ -адренорецепторов, кортизола, а

<sup>58</sup> Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.

<sup>59</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935 // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.

<sup>60</sup> Там же.

<sup>61</sup> Колодин В.А. Роль избыточной массы тела, инсулина, тестостерона, кортизола в развитии гиперлипотеидемии и её лечение у мужчин с факторами риска ишемической болезни сердца в поликлинике: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1989. - 22 с // Либензон Р.Т., Синенко А.А., Ермакова Л.Н. и др. Пограничная артериальная гипертензия в организованной мужской популяции // Сов. здравоохранение. - 1999. - № 4. - С. 56-59. // Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет // Ожирение и метаболизм. – 2005. – № 1 (3). – С. 29-33. // Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта // Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 – 82. // Потёмкин В.В. Эндокринология. - М.: Медицина, 1999. - 640 с.

также низкую плотность и чувствительность инсулиновых рецепторов<sup>62</sup>, что обуславливает их сниженную чувствительность к эндогенному инсулину.

Следовательно, висцеральная жировая ткань оказывает значительное влияние регуляцию углеводного обмена, а избыточное ее накопление способствует развитию СД II типа<sup>63</sup>. Кроме того, было, доказано, что повышение артериального давления (АД) также связано с избытком жировой ткани, в первую очередь висцерального жира<sup>64</sup>.

**Вывод:** проблема абдоминального ожирения и инсулинорезистентности является таким образом, актуальной в свете профилактики и лечения социально значимых заболеваний. В настоящем исследовании в этой связи усложняя научную задачу, следует оценить влияние метода снижения массы тела на наличие и выраженность абдоминального ожирения у пациентов, и состояние углеводного обмена.

---

<sup>62</sup> Aronne L.J., 2. Bosello O., Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome// *Obes. Rev.*–2000, 1, 47–56. // Kahn BB, Flier JS: Obesity and insulin resistance.// *J Clin Invest* –2000;106:473–81.

<sup>63</sup> Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // *Лечащий Врач.* – 1999. – № 7.

<sup>64</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // *Русский медицинский журнал.* – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935 // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // *Русский медицинский журнал.* – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // *Лечащий Врач.* – 1999. – № 7. // Weinsier R.L., Nnom D.I., Birch R. et al. The relative contribution of body fat and fat pattern to blood pressure level Hypertension // *Hypertens.* - 1985. -Vol. 7. - № 4. - P. 578-585.

## ВТОРАЯ ГЛАВА

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ТРАДИЦИОННОЙ И АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

2.1. *Совпадение методов врачевания в традиционной и альтернативной медицине.* Хотя термины «традиционная» и «альтернативная» медицина используются достаточно широко, в некоторых случаях их методы могут и совпадать. Порой традиционная медицина отступает на второй план, а ведущую роль в лечении начинает играть медицина альтернативная. Традиционная западная медицина, например, насчитывает всего двести лет. В ее основе лежат философские взгляды Рене Декарта (1596—1650), отделившего разум от тела, и физические принципы сэра Исаака Ньютона (1642—1727), который рассматривал Вселенную как гигантские механические часы, где все движется линейно и последовательно. При таком механистическом подходе человеческое тело воспринимается как собрание отдельных частей. Такой подход можно развивать и дальше — то есть рассматривать каждую часть как состоящую из более мелких систем, органов и клеток.

Развитие подобного подхода приводит к тому, что человек превращается в пациента, пациент — в тело, а тело уподобляется машине. Здоровьем называется отсутствие болезней, то есть в данный момент в «машине» ничего не сломано. Врач обращает на вас внимание, только когда в вашей «машине» что-то ломается и появляются признаки дисфункции. Врачей учат тому, чтобы «ремонтировать» сломанные части с помощью химических веществ — лекарств, облучения, хирургии или протезирования. Это агрессивный, прагматичный подход. Врачи ведут настоящую войну с болезнями, и в этой войне не бывает «мирных переговоров». И потребители медицинских услуг, и сами врачи полагают, что необходимо что-то делать, а

не сидеть и ждать, пока организм сам справится с проблемой. На болезнь набрасываются решительно и агрессивно. Лекарства и хирургия действуют быстрее, чем внутренний иммунитет организма. А ведь человек вполне мог бы и сам преодолеть болезнь! Биомедицина трактует человека как физический объект. Разум и дух отделяются от физического тела и рассматриваются как факторы вторичные, а то и мешающие.

Традиционная медицина имеет в своем распоряжении мощные средства, позволившие избавить человечество от таких страшных заболеваний, как оспа и полиомиелит. В качестве «скорой помощи» традиционная медицина не знает себе равных. Она исключительно эффективна в экстренных случаях — при травмах, бактериальных инфекциях и сложных хирургических операциях. В такие моменты лечение должно быть быстрым, решительным и целенаправленным. Ответственность за результат целиком ложится на врача. Основная цель любого вмешательства — избавить пациента от тревожащих его симптомов. Неудивительно, что в названиях многих лекарств мы встречаем приставку «а-» или «противо-»:

- анальгетики, анестетики, противовоспалительные средства и т.п. Поскольку традиционная медицина по большей части занята частями тела и симптомами и не хочет иметь дела со всей системой в целом (то есть с энергией, мыслями и чувствами), она не очень хорошо справляется с длительными хроническими заболеваниями, такими, как артрит, сердечные заболевания и гипертония.

Термин «альтернативная медицина» включает в себя сотни различных способов целительства, применяемых в различных концах света. Многие из этих способов дошли к нам из древности. Ими пользовались еще в Древнем Египте, Китае, Индии, Греции. Такие методы насчитывают тысячи лет. Их описание передавалось изустно, а с возникновением письменности было зафиксировано в письменной форме. Другие способы альтернативной

медицины, например, остеопатия и натуропатия, возникли в Соединенных Штатах в течение двух последних веков. Есть и абсолютно современные способы целительства, находящиеся на передовом крае науки. Например, биоэлектромагнетизм и экстрасенсорика.

Хотя все эти способы не похожи друг на друга, в них есть нечто общее. Они основываются на парадигме целостности. В альтернативной медицине человек в частности, не воспринимается исключительно как физическое тело, части которого можно ремонтировать и заменять. Ментальные, эмоциональные и духовные компоненты играют в здоровье человека важнейшую роль. Поскольку тело, разум и дух представляют собой единую систему, а болезнь — это воздействие на систему, она влияет не только на физическое тело, но и на две другие составляющие.

Даже Гиппократ, отец западной медицины, признавал холистический (т.е. целостный) подход к лечению. Он призывал врачей наблюдать за жизненными обстоятельствами и эмоциональным состоянием своих пациентов. С ним соглашался и Сократ, заявлявший: «Лечите душу. Это самое главное». В альтернативной медицине симптомы считаются проявлением мудрости тела, попыткой организма устранить дисбаланс или болезнь. Помимо этой тенденции, объединяет различные способы альтернативной медицины и другое:

- внутри каждого человека постоянно идет внутренний процесс самоисцеления и самовосстановления;
- люди должны сознательно принимать решения относительно собственного здоровья;
- природа, время и терпение — вот самые великие целители.

Западная медицина за два последних века достигла огромного прогресса. Ученые изучили физическое функционирование тела и поняли его

принцип. Роды, при которых на протяжении веков погибало множество женщин и младенцев, стали почти безопасным явлением. Врачи открыли пути передачи инфекционных и других заболеваний, благодаря чему удалось победить многие болезни. Хирурги с легкостью «чинят» сломанные ноги, сердца и мозги. Удивительного успеха удалось достичь в лечении острых заболеваний.

Однако основной причиной смертности являются вовсе не острые заболевания. Речь идет о болезнях хронических: раке, сердечнососудистых заболеваниях, диабете, психических расстройствах. А вот с этими-то болезнями альтернативная медицина справляется куда более эффективно. Для полного понимания и взвешенного сравнения традиционной и альтернативной медицины необходимо понять теоретические основы двух систем, которые и определяют методы исследования и лечения. Речь идет о причинах заболеваний, роли здоровья, самом целительном процессе и природе здорового образа жизни.

Биомедицина и альтернативная медицина резко расходятся во взгляде на причину болезни. Биомедицина исходит из того, что болезнь вызывается бактериями, а, следовательно, антитоксины и вакцины могут повысить способность человека сопротивляться нежелательному воздействию вредоносных существ. Вооружившись этим знанием, врачи начали бороться с огромным множеством страшных инфекционных заболеваний. По мере развития медицины, врачи поняли, что причиной других заболеваний являются микробы и генетическая предрасположенность. Выявив патоген, метаболический сбой или химический дисбаланс, можно найти лекарство, которое устранил это пагубное для здоровья явление. Следовательно, любую болезнь можно победить с помощью вакцины, антибиотика или химического соединения.

Традиционная медицина во многом опирается на теорию Дарвина о естественном отборе. Дарвин утверждал, что жизнь — это постоянная борьба, в которой выживают только сильнейшие. В применении к медицине эта теория привела к убеждению в том, что человек живет, подвергаясь постоянной атаке со стороны миллионов микроорганизмов, являющихся основной причиной большинства заболеваний. Люди должны были обороняться и контратаковать с помощью средств, которые убивали бы врагов. Основываясь на этом предположении, симптомы болезни стали рассматривать как враждебные проявления, с которыми следовало бороться. Например, головная боль — это повреждающий фактор, который нужно немедленно устранить, а повышение температуры — это и вовсе нападение на организм, также подлежащее мгновенному отражению.

Альтернативная медицина исходит из убеждения в том, что человеческий организм функционирует благодаря току в нем жизненной силы и энергии. Органы тела должны находиться в полной гармонии и равновесии. Гармония и баланс должны существовать не только в теле человека, но и в обществе и во всей окружающей среде в целом. Сбалансированный организм может эффективно противостоять воздействию бактерий и вирусов, а также травмам. Когда жизненная сила и энергия блокируются или ослабевают, органы и ткани не могут функционировать нормально, поступление кислорода к ним сокращается, токсичные продукты накапливаются, что приводит к дегенерации органов и тканей. Симптомы болезни — это способ, которым организм сообщает, что жизненная сила заблокирована или ослабела, что иммунная система не справляется. Болезнь вовсе не всегда вызвана бактериями и вирусами, поскольку те окружают нас постоянно. Болезнь — это конечный результат серии событий, которые начались в тот момент, когда жизненная сила блокировалась или ослабела. Основываясь на таком предположении, можно сказать, что симптомы не следует подавлять, если они не представляют прямой угрозы для жизни —

если головная боль не связана с инсультом, а температура не поднялась выше 41 градуса. К симптомам в частности, нужно относиться с вниманием, поскольку они говорят о том, что система борется за самовосстановление. Головная боль может служить сигналом о том, что необходимо восстановить утраченный энергетический баланс, а повышение температуры — быть связанным с разрушением бактериальных белков или токсинов. Подавляя симптомы, вы не устраняете причины болезни. Напротив, вы загоняете болезнь внутрь. Поскольку энергии извне не поступает, возникший энергетический баланс не устраняется.

Индийские, китайские и индейские целители, например, вкладывали в слово «здоровье» совсем не тот смысл, какой вкладывает в него традиционная западная медицина. Для западного человека, по крайней мере, в прошлом, здоровье ассоциировалось с отсутствием болезни или другого аномального состояния. Такое определение расширялось. Стало ясно, что здоровье — это не статичное состояние. Тело претерпевает постоянные изменения, адаптируясь к внутренним и внешним условиям. Большинство врачей определяет здоровье как состояние благополучия. Впрочем, в вопросе о том, кто определяет это благополучие — врач или пациент, они могут расходиться.

Целители, занимающиеся альтернативной медициной, рассматривают здоровье как состояние целостности, баланса и гармонии тела, разума, эмоций и духа. Здоровье — это не какой-то идеал, к которому нужно стремиться. Это длительный процесс, это реализация жизненного потенциала, внутреннее ощущение жизни.

Физический аспект здоровья включает в себя оптимальное функционирование всех систем тела. Эмоциональный — чувство самодостаточности, высокую самооценку, способность чувствовать и создавать. Духовное здоровье определяется согласием с самим собой, с

окружающими, с обществом. Взаимосвязанные компоненты приводят к развитию внутренней системы моральных ценностей и обретению смысла жизни.

Духовные факторы связаны и с другими, в том числе и с поиском смысла жизни через ощущение единства с другими людьми и с внешней силой, которую люди называют по-разному — Богом или Высшим Разумом. Общественный аспект духовного здоровья следует понимать как единство человечества и веру в священность жизни в любом ее проявлении. Такие убеждения побуждают человека к поискам истины, появлению чувства справедливости по отношению ко всем членам общества.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждает, что «существующее определение здоровья должно включать в себя духовный аспект, а забота о здоровье должна находиться в руках тех, кто полностью осознает и разделяет духовные ценности человечества». Целительный процесс в двух медицинских системах воспринимается по-разному.

Традиционная медицина отдает предпочтение внешним методам — применению лекарств, хирургическим операциям, облучению. Врачей учат «чинить» или заменять поврежденные части. Врач целиком и полностью сосредоточен на болезни или аномальном состоянии.

Целитель, занимающийся альтернативной медициной, изучает состояния, которые повреждают, снижают жизненную силу и мешают энергии свободно течь по организму человека. Исцеление целиком и полностью зависит от восстановления баланса и гармонии. Целитель сосредоточивается на потенциале человека, а не на его болезни. Традиционная и альтернативная медицинские системы по-разному подходят к тому, как можно сохранить и поддержать здоровье.

Традиционная медицина, например, сосредоточивается на предупреждении болезней. Потребителей учат тому, как можно уменьшить

риск возникновения рака, сердечнососудистых заболеваний и других болезней, угрожающих жизни и являющихся основной причиной смертей в современном западном мире. Да, это очень важно, но предупреждение болезни — это всего лишь один аспект сохранения здоровья. В альтернативной медицине существует совершенно другой подход к этой проблеме. Сохранение здоровья здесь — это длительный, постоянный процесс, связанный с оптимальным развитием физического, эмоционального, ментального и духовного «я» человека. Система ценностей, образ жизни и отношение к здоровью играют очень важную роль. Человек должен вести более здоровый образ жизни, отвечать за собственное благополучие и учиться справляться с возникающими проблемами со здоровьем.

Научные убеждения основываются не только на фактах, но и на парадигмах — точке зрения на то, как эти факты взаимосвязаны и организованы. Различия в научных убеждениях, по крайней мере, частично являются отражением различных научных парадигм, используемых разными группами ученых. Это позволяет нам понять непрекращающийся конфликт между количественным и качественным подходом, лечением и исцелением, Западом и Востоком, традиционной и альтернативной медициной. Как правило, специалисты традиционной медицины весьма скептически относятся к медицине альтернативной.

Однако поскольку парадигмы двух систем настолько различны, они просто не в состоянии понять суть проблем. Для того чтобы понять суть альтернативной медицины, необходимо использовать самые различные приемы и точки зрения. Количественные исследования в частности, воплощают в себе самую суть западных научных методов, включающих в себя формулировку и проверку гипотез, а затем их принятие или отказ от них. Каждый вопрос делится на множество мельчайших подвопросов. Результаты должны быть повторяющимися для того, чтобы их можно было обобщить. Результаты должны быть предсказуемыми и управляемыми.

Количественные исследования являются объективными, поскольку наблюдатель отделяется от объекта наблюдения.

Другая сторона этого объективизма заключается в том, что вся информация черпается только из физически измеряемых данных. Такой тип исследований исключительно эффективен для выявления факторов, вызывающих болезнь, и для осуществления лечения. Однако он не позволяет воспринимать человека как единое целое.

Качественные исследования изучают контекст и смысл взаимодействующих переменных в той степени, в какой они отражают единое целое. Исследователи наблюдают, документируют, анализируют и определяют качество интерактивных взаимоотношений между переменными. Кстати говоря, физики полагают, что измерения не могут быть объективными и окончательными. Принцип неопределенности Гейзенберга утверждает, что акт наблюдения за явлением неизбежно оказывает влияние на протекание наблюдаемого явления. Данная парадигма исходит из общности измеряемого и измеряющего. Помимо этого, данная парадигма связана и с убеждением в том, что взаимодействие между живыми организмами и окружающей средой является взаимопроникающим, многомерным и синергическим. Разбивать его на части невозможно. Холистическое убеждение в том, что целое всегда больше суммы частей, является основой качественной парадигмы. Унитарно-трансформативный подход к исследованию представляет собой совершенно новую парадигму. Явление рассматривается как единая, самоорганизующаяся система, являющаяся частью более крупной самоорганизующейся системы. Изменения нелинейны и непредсказуемы, поскольку система постоянно находится в процессе организации и дезорганизации. Знание — это функция и наблюдающего, и наблюдаемого. Знание является личностным, поскольку включает в себя мысли, ценности, чувства и цели. Традиционная и альтернативная медицина идеально дополняют друг друга. Точно так же

дополняют друг друга и различные методы исследования. Одни исследования показывают нам, как мало мы знаем, другие же включают вновь полученные знания и предсказывают результаты вмешательства.

Эти методы помогают нам понять все аспекты отношений между пациентом и врачом. Собрать научные знания можно лишь с помощью всех парадигм одновременно. Те, кто придерживается исключительно западной системы научных исследований, не обращают внимания на некие явления или нематериальные субстанции, что невозможно воспринять с помощью пяти органов чувств, измерить и охарактеризовать количественно. Если результаты невозможно объяснить с помощью принципа причины и следствия, они попросту отбрасываются и не принимаются во внимание. Многие продолжают следовать этому убеждению с поистине религиозным фанатизмом. Могущество науки для таких людей заключается в той силе, которую наука дает лично им. Отрицая незападную научную парадигму, называя ее неполноценной и не заслуживающей доверия, большинство членов традиционного медицинского сообщества пытаются противостоять той угрозе, какую альтернативная медицина и способы исследования представляют для их работы, их благополучия, их отношения к миру.

Тем не менее, биомедицинские исследования не могут объяснить целый ряд явлений, возникающих в процессе альтернативного целительства. Когда акупунктура или гомеопатия приносят клинически достоверные результаты, которые невозможно объяснить с биомедицинской точки зрения, врачи предпочитают закрывать глаза на эти результаты, вместо того чтобы изменить свою научную модель. В противоположность биомедицинской перспективе, Ричард Бакминстер Фуллер, американский архитектор и изобретатель, сказал когда-то:

- «Восемьдесят процентов реальности не может быть воспринято или определено с помощью пяти органов чувств». Если исследователи

ограничивают себя пятью чувствами, они никогда не поймут природы энергетических полей человека, электромагнитных полей, энергетики мысли и целительной силы молитвы.

Традиционная медицина исходит также из того, что доказать эффективность процедур и лекарств можно только с помощью множества объективных экспериментов. В таком эксперименте процедура или вещество изолируется и анализируется в определенных условиях. Результаты сравниваются с аналогичными результатами исследования другого вещества или процедуры. Такой подход основывается на предположении о том, что болезнь вызывается отдельными факторами, а, следовательно, эти факторы нужно изучать отдельно и вне контекста.

Альтернативная же медицина полагает, что ничто в мире не вызывается отдельными факторами. В альтернативной медицине не существует вещества, способного в одиночку излечить болезнь. Болезнь вызывается совокупностью факторов, и исцеление возможно лишь в результате совокупности воздействий.

Метод объективного слепого эксперимента не позволяет получить результаты такой сложности и разнообразия. Хотя большинство альтернативных медицинских систем не поддаются количественным исследованиям, они давно не экспериментальные. Они опираются на развитую систему практических наблюдений и опыта, что и является основой их объясняющей модели. Надо сказать, что от 70 до 85 процентов современных биомедицинских приемов также опирается на наблюдения и опыт и не может быть исследовано количественно.

Хотя новое лекарство должно пройти жесткие испытания эффективности и безопасности до введения его в клиническую практику, новые виды анализов, процедур подобной проверке не подвергаются. Лишь малая часть новых устройств проверяется до внедрения в широкую практику.

Западные врачи, подобно альтернативным целителям, во многом полагаются на клинические наблюдения и опыт. Таким образом, противоречие между медициной традиционной и альтернативной является скорее культурным, чем научным. Тщательная документация позволяет получить информацию о ряде альтернативных методов лечения, допустимых в современном обществе. Такие данные можно получить в Интернете и из специальной литературы.

Однако пройдет еще немало времени, пока альтернативная медицина будет понята и использована в полном объеме. Впрочем, люди на наш взгляд, должны иметь возможность доступа к эффективным альтернативным методам лечения, несмотря на то, что дебаты относительно них до сих пор продолжаются. Потребители медицинских услуг традиционной медицины, находя их неэффективными, бездушными, направленными на устранение симптомов, а не самой причины болезни, обращаются к медицине альтернативной. Причем число этих обращений возрастает. Почти 50% американцев выбрали именно такой метод лечения. Большинство альтернативных методов лечения направлено на нормализацию тока жизненной силы в организме, а не на использование внешних сил и средств, таких, как хирургия, технологические новинки или лекарственная терапия. Хотя две медицинские системы резко отличаются друг от друга и провести сравнительное исследование довольно трудно, в последние 10—15 лет доказано, что альтернативная медицина часто способствует исцелению, хотя, причины этого исцеления так до конца и не поняты. Аналогичные сведения можно привести и по России, однако рассматриваемые факты не входят в научную задачу предмета исследования и являются лишь необходимым сопутствующим основным исследованию фактором. Например, в основе всех приемов альтернативной медицины, обсуждаемых в данной работе, лежат четыре концепции:

- баланс, духовность, энергия и дыхание. В той или иной степени все методы, описываемые в последующих главах, опираются на эти основные

принципы. О них мы с вами и поговорим в этой главе, прежде чем перейти к детальному описанию конкретных методов и способов лечения ожирения. В частности, для нормальной жизни физический, умственный, эмоциональный и духовный компоненты здоровья должны быть сбалансированы.

**Вывод:** баланс — это философия мирного сосуществования и гармонии со всеми аспектами жизни. Стремление к балансу было свойственно человеку всегда. Все составляющие должны находиться в идеальном равновесии. Сохранение равновесия — это очень важное искусство, требующее постоянной практики.

*2.2. Концепция равновесия в способах исцеления.* Концепция равновесия присутствует в той или иной форме во всех целительных способах и регулярное чередование активности и покоя в различных физиологических процессах, происходящее каждые 23—27 часов, нам тоже знакомо как 24-часовой цикл смены температуры и чередования сна и бодрствования. Вселенские ритмичные циклы, свойственны также растениям и животным. Они называются циркадными ритмами от слова «циркадный», которое пришло из латыни - «Circa diem», что означает «в течение дня». Однако менее известен тот факт, что иммунитет к вирусам и инфекциям по утрам, когда большинство людей спокойно спит значительно снижается. К вечеру кровь сворачивается медленнее, чем утром. Принимая во внимание эти факторы, в больницах серьезные операции назначают на утро, а не на вечер.

Постоянные ритмичные процессы поддерживают здоровый, динамичный баланс в организме человека. Сердцебиение помогает сердечнососудистой системе регулировать кровяное давление в теле. Чередование вдохов и выдохов обеспечивает газообмен. Целый ряд ритмических процессов происходит и в нервной системе, в том числе изменение нервной поляризации, системное возбуждение и расслабление, а

также чередование сна и бодрствования. Если вы внимательно отнесетесь к ритмичной природе собственной жизни, то сразу же почувствуете взаимосвязь собственных ритмов с ритмами природы. Таким образом, здоровье — это баланс и гармония тела, разума и духа.

В состоянии оптимального здоровья все тоны звучат гармонично, как в хорошо настроенном рояле. Музыка действительно часто используется в целительстве. Звуковые колебания, например, создают энергетические поля резонанса и движения в окружающем источник звука пространстве. Эти энергии оказывают влияние на человека и слегка изменяют его внутренние ритмы.

Материализм современного человека приводит его к рефлексии. Люди ищут цельности жизни, пытаются реализовать запросы своего внутреннего «я», стремятся к духовному росту и развитию. Духовные целительные приемы открывают людям в них самих нечто такое, о существовании чего они и не догадывались. И этой цели служат такие древние приемы, как молитвы, созерцание, медитация, воображение и исповеди. Сознательно пробуждая в себе силу духа, люди переживают самые священные и значимые моменты жизни в периоды стресса, болезни, кризиса, когда им хочется понять, в чем смысл их боли и страданий. Они спрашивают: «Почему я болен? Почему все это случилось со мной?»

Духовный поиск смысла страданий может привести либо к просветлению и исцелению, либо к страху и изоляции. Об этом написал философ-буддист Кен Уилбер:

- «Человек, начинающий чувствовать страдание, одновременно с этим начинает пробуждаться к высшей реальности, к подлинной жизни. Прежнее представление страдающего человека о жизни разбилось вдребезги. Теперь он вынужден жить по-другому. Он внимательно смотрит, он глубоко чувствует, он соприкасается с миром и окружающими так, как раньше

никогда не умел. Я глубоко убежден в том, что земное страдание — это первая благодать, снисходящая на человека».

Духовность — это не религия. Духовность — это поиск целостности и цели, и это роднит ее со всеми мировыми религиями. Избавьте любую религию от догматизма, политической окраски и культурного влияния, и вы получите одни и те же вопросы, один и тот же поиск, одни и те же ответы.

Концепция духовности не связана ни с одной религией, но все они принимают ее как свою основу. Духовность делает нас похожими друг на друга, она объединяет, а не разъединяет людей. В большинстве духовных учений, например, признается, что энергия — это мостик, соединяющий дух и плоть, формируя свою концепцию, которая знакома человечеству очень и очень давно. Она присутствует почти во всех мировых культурах с древности, когда люди с уважением относились к тонкой, невидимой силе жизни. В большинстве духовных учений в частности, признается, что энергия — это мостик, соединяющий дух и плоть. Энергия, а вовсе не материя, является основным строительным материалом Вселенной, считают последователи китайской философии Дао.

Альберт Эйнштейн и другие физики доказали, что материя и энергия — это одно и то же, и что энергия является не только первичным материалом космоса, но и тем клеем, который соединяет Вселенную в единое целое. Современные ученые рассматривают Вселенную как объединение энергетических сил, а не мельчайших частиц материи. Физические эксперименты сегодня доказывают то, что в Древнем Китае это знали интуитивно. Все в нашем мире — и одушевленное, и неодушевленное — создано из энергии. Люди — биоэнергетические существа, которые живут во Вселенной, состоящей из энергии. Медитация и молитва — это явления тонкой энергии, позволяющие осуществить контакт с духовными измерениями.

Хотя западные ученые сходятся в том, что энергия пронизывает все сущее, но, когда речь заходит об организме человека, они не могут признать наличия уникальной энергетической системы внутри физического тела. Для того чтобы признать реальность энергии, ученым необходимо измерить ее с помощью собственных инструментов. По этой логике, мозговые импульсы не существовали до изобретения электроэнцефалографа!

Поскольку наука пока не в состоянии измерить все энергетические поля человеческого тела, в традиционной медицине эта концепция полностью отсутствует. Некоторые исследователи полагают, что в не столь отдаленном будущем ученые наконец-то признают тот факт, что человек — это матрица (т.е. отпечаток, слепок) взаимодействующих многомерных энергетических полей.

На протяжении более чем 2000 лет, например, целители в разных уголках земного шара признавали, что человек — это не только физическое тело. Они считали, что каждого человека окружает и пронизывает «жизненная сила» тонкой энергии. Энергия рассматривалась ими как сила, которая объединяет тело, разум и дух. Энергия связывает все. В разных культурах считалось, что жизненная сила является самоподдерживающейся и самопитающейся энергией.

Другими словами, физическая активность (еда, работа или покой), а также нефизические аспекты жизни (воля, мотивация, чувства, желания и стремление обрести смысл жизни) становятся возможными благодаря жизненной силе и сами в процессе своего осуществления вырабатывают энергию, которую до сих пор не признается традиционной медициной, хотя понятие «биоэнергетика» все прочнее входит в словарь современного западного человека.

Большинство философских течений сходятся в том, что взаимодействие людей друг с другом определяется взаимодействием их

энергетических полей. Индуистская концепция крупных центров электромагнитной энергии и циркуляции жизненной энергии говорит о том, что в физическом теле человека существует семь основных энергетических центров. Они были известны людям тысячи лет назад. Их часто называют туннелями постоянно бегущей энергии, вратами, через которые энергия поступает в наше тело и покидает его. Каждый центр тела — это точка приложения жизненной силы, связанной с физическими, эмоциональными, ментальными и духовными аспектами человеческого существования, которые в своей совокупности образуют своеобразную сеть, где тело, разум и дух функционируют как единая и целостная система. Эти семь основных центров расположены вертикально вдоль позвоночника от его основания до макушки. Каждый из них обладает собственными характеристиками и функциями, и взаимосвязан с определенными органами и системами организма, а также с эндокринными железами и одним из семи цветов спектра.

Основная задача этой концепции и ее использование заключается в осознании интеграции и целостности энергии, которая распределяется по клеткам, тканям и органам. Если один из центров перестаёт функционировать, поступление энергии прекращается, и органы, связанные с упомянутым центром, испытывают энергетический дефицит. Естественно, что нормальное функционирование органа в подобных условиях становится невозможным. Орган ослабляется, иммунитет снижается. Если не предпринять соответствующих мер, возникает заболевание.

Доктор Дин Орниш, разработавший уникальный метод очистки заблокированных коронарных артерий с помощью диеты, физических упражнений, занятий в группах поддержки и медитации (без всяких лекарств и хирургических методов), считает, что блокирование сердечного центра (а данное состояние вызывается постоянно подавляемым гневом и страхом) оказывает непосредственное влияние на закупорку коронарных артерий.

Неудивительно, что доктор Орниш включил в свою программу и медитацию, способствующую раскрытию сердечного центра. Его холистический подход сегодня практикуется по всей стране, а также применяется в других странах мира.

С центрами тесно связана и концепция энергетического поля, окружающего каждого человека со всех сторон на расстоянии вытянутой руки. Это энергетическое поле одновременно является и информационным центром, и высокочувствительной системой восприятия, которая передает и получает сообщения из внутренней и внешней среды.

Каждый из семи слоев энергетического поля взаимосвязаны с определенным центром и обладает собственными физическими, ментальными, эмоциональными и духовными измерениями и предназначением. Слои функционируют совместно, передавая и получая энергию жизненную энергию человека, которая не просто излучается наружу, но она также циркулирует внутри тела по так называемой системе меридианов<sup>65</sup>, которая располагается под поверхностью кожи. Меридианы располагаются в пространстве, где находятся точки акупунктуры.

Поскольку каждый меридиан связан с определенным внутренним органом, точки акупунктуры позволяют с поверхности получить доступ к системе внутренних органов. Ток энергии можно усиливать или ослаблять с помощью воздействия на конкретные точки. Для достижения баланса, а,

---

<sup>65</sup> Karen L. FONTAINE with William KASZUBSKI ABSOLUTE BEGINNER'S GUIDE to Alternative Medicine: «Меридианы — это сеть энергетических силовых линий, проходящих вертикально по всему телу, связывая воедино все его части. Понятие меридианов становится более ясным, если сравнить их с городской транспортной системой, в которую входят выезды и съезды, прямые шоссе и соединяющие их узкие улицы. Если на выезде образуется пробка, какая-то из улиц становится недоступной, что сразу же сказывается на благополучии тех, кто на ней живет и работает. Машины скапливаются на шоссе, долгое время стоят в пробке, и это влияет на их работу тоже. Меридианы человеческого тела действуют точно так же. Если у вас заблокированы, к примеру, бедра, энергия не может двигаться по этому участку. Боль и дискомфорт не позволяют вам использовать бедро в полной мере, ваши движения ограничены. Это оказывает воздействие и на стопу, поскольку вы ставите ногу иначе, не так, как обычно, чтобы ослабить боль в бедре. Иная постановка стопы сказывается уже на состоянии мышц ноги и на всей осанке в целом. Изменение осанки сразу же влияет на внутренние органы. Таким образом, изменяется баланс всего тела в целом. Из-за этого человек начинает работать, думать и чувствовать по-другому, в организме возникает напряженность, которая влечет за собой и другие изменения». // Фонтейн К., Казубски У. Ф 77 Альтернативная медицина, с.38.: — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 432 с.

следовательно, и крепкого здоровья вы должны добиться того, чтобы ток энергии был ровным и постоянным. В частности, человек способен развивать энергию разума или силу воли, чтобы контролировать энергетическую систему собственного тела. Исследователи пытались выяснить источник такой энергии. Выяснилось, что энергия образуется в центре тела, в области между солнечным сплетением и нижним отделом живота. На этой основе в Калифорнийском институте изучения человека была создана машина для идентификации меридианов. Она измеряет ток ионов по человеческому телу и в течение десяти минут может дать полную оценку системы меридианов человека, а также связанных с ними внутренних органов. Поток ионов - это всего лишь вторичное электромагнитное излучение, которое может применяться в медицине как диагностическое средство.

Китайцы, например, верят в то, что сочетание элементов жизненной силы определяет содержание и функционирование тела, разума и духа, что по сути своей является одним и тем же. Для того чтобы понять эту связь, представьте себе воду, ее жидкую, текучую природу. Сравните ее со льдом, который не только выглядит по-другому, но и является твердым и холодным, и с паром, горячим и газообразным. Несмотря на различия во внешнем виде, молекулы остаются прежними, просто они находятся в трех различных состояниях. Точно так же тело, разум и дух можно считать разными проявлениями одной и той же личности.

Акупунктура — это процесс стимуляции определенных анатомических точек, называемых «суе». В этих точках энергетические меридианы более всего приближаются к поверхности кожи. Основная цель акупунктуры — это управление энергетическим током внутри тела. Прокалывание кожи очень тонкими иглами — это наиболее распространенный метод. Однако некоторые целители используют давление (шиа-тцу), трение, присасывание, жар или электромагнитную энергию. Все эти способы позволяют стимулировать активные точки.

Акупунктура уха, например, это отдельная система, позволяющая восстановить нормальный гормональный обмен и энергетику всего организма в целом. Некоторые западные врачи, изучавшие приемы акупунктуры, упускают широкий смысл этого лечения и сосредотачиваются только на поврежденной или болезненной части тела. Акупунктура позволяет эффективно избавляться от острых и хронических болей, ограничения подвижности конечностей и суставов. Она может применяться для лечения следующих состояний:

- в респираторных и сердечнососудистых заболеваниях; заболеваниях уха, горла, носа и ушей; заболеваний системы пищеварения; урогенитальных заболеваний; кожных заболеваний; психических заболеваний; болезненных зависимостей.

Некоторые племена пользуются акупрессурой с древнейших времен. В сравнении с традиционной китайской медициной в медицине американских индейцев используется меньше точек, но в целом процессы очень напоминают друг друга. Например, природа тоже имеет свои ограничения.

Современная медицина научилась отлично справляться с кризисными ситуациями. Если же болезнь не угрожает вашей жизни, можно заняться и траволечением. В то же время исследование показало порочность методов, на протяжении многих лет используемых традиционной медициной, таких, как постельный режим, вытяжение и другие разновидности физиотерапии. В результате исследования было доказано, что к спинальной хирургии следует прибегать лишь в исключительных, наиболее тяжелых случаях. Не нова также идея целительных прикосновений. В частности, наскальные изображения, обнаруженные в Пиренеях, показывают, что еще 15 тысяч лет назад люди лечили травмы с помощью приемов, напоминающих современный массаж. Упоминания о массаже мы находим в древних китайских медицинских рукописях. Гиппократ писал:

- «Врач должен владеть многими навыками, и в том числе растиранием». (Растиранием древние греки и римляне называли массаж.) Великие врачи прошлого признавали значимость массажа. Речь идет об Авле Корнелии Цельсе (25 год до н. э. — 50 год н. э.), Гален (131—200) и Авиценна (980—1037). Отец современной хирургии Амбруаз Паре (1517—1590), Уильям Гарвей (1578—1657), открывший систему кровообращения, и Герман Бурхаве (1668—1738), разработавший методику преподавания медицины, использовали в своей работе массаж. Римских гладиаторов массировали перед тем, как выпустить на арену. Шведские кавалеристы XVIII века массировали друг друга в перерывах между сражениями.

В Средние века массаж был признан дьявольским измышлением, и многие врачи были сожжены на кострах инквизиции. Отголоски подобного отношения мы встречаем и в XX веке, когда массаж порой считался синонимом проституции. Германский император Фридрих II (XIII век) хотел узнать, на каком языке заговорит ребенок, если вырастет, не слыша ни слова. Он забирал младенцев у родителей и отдавал их нянькам, которым было строго запрещено разговаривать с детьми и ласкать их. Все дети умерли, не успев заговорить. Это было очень важным открытием: тактильная стимуляция является вопросом жизни и смерти. (Фридрих не остался безнаказанным. В 1250 году он заболел дизентерией и умер.)

Детский массаж практикуется с древнейших времен. В индийском медицинском трактате, относящемся к 1800 году до нашей эры, мы находим рекомендации, связанные с диетой, физическими упражнениями и массажем. В 1980 году в США появились книги Вималы Шнейдер Макклур «Массаж младенцев» и «Детский массаж» Амелии Окетт. Обе женщины прошли массажную подготовку в Индии. Массаж является неотъемлемой частью здравоохранения во многих странах.

В бывшем Советском Союзе, Германии, Китае и Японии массажисты работают в больницах, играя важную роль в лечении пациентов. В Германии врачи прописывают пациентам массаж точно так же, как и лекарства. Массаж входит в медицинскую страховку немцев. Другие исследования показывают, что в странах, где принято физически проявлять любовь и заботу о младенцах и детях, уровень преступности значительно ниже. Несмотря на призывы рекламы, большинство жителей Северной Америки почти не прикасаются к членам семьи, друзьям и коллегам. Это объясняется боязнью быть обвиненным в сексуальном домогательстве, педофилии и прочих преступлениях. В некоторых школах открыто исповедуется принцип «обучай, но не касайся». Редко можно увидеть учителя, который положил бы руку на плечо плачущего ребенка.

К сожалению, многие люди вообще не прикасаются к другим из боязни быть обвиненными в сексуальном домогательстве. Хотя очень важно оберегать детей от посягательств педофилов, недостаток физического контакта в детстве оказывает негативное влияние на развитие, взросление и эмоциональное благополучие человека. Может быть, поэтому в последнее время так возросла популярность массажа, то есть терапии прикосновений. Сегодня массаж занимает третье место по популярности среди всех отраслей альтернативной медицины. Зачастую массаж совмещается с техникой релаксации и хиропрактикой.

Сила и действенность массажных техник такова, что американцы тратят почти четыре миллиарда долларов в год на услуги профессиональных массажистов. 25 миллионов пациентов 60 миллионов раз обращаются к массажистам. В это число не входит массаж на рабочем месте и детский массаж, выполняемый родителями. В двадцати пяти штатах, округе Колумбия и некоторых городах для получения лицензии массажист должен пройти курс обучения, состоящий не менее чем из 500 часов. В некоторых штатах существует специальный экзамен, по результатам которого и

выдается лицензия. Программа обучения состоит из 300 часов теории массажа и освоения приемов, 100 часов анатомии и физиологии и 100 часов дополнительных курсов в зависимости от программы учебного заведения. Во многих штатах лицензирование массажистов планируется в ближайшем будущем.

Американская ассоциация массажной терапии одобрила 60 программ обучения, применяющиеся в различных штатах США. Программы должны состоять не менее чем из 500 часов обучения и включать в себя курс анатомии, физиологии, теории и практики массажа и этики. Национальный сертификационный экзамен впервые был проведен в 1992 году. К 1997 году было сертифицировано 27 000 массажистов. Международная ассоциация детского массажа сертифицирует инструкторов, которые должны прослушать определенный курс и сдать экзамен.

Например, когда человек заболевает или получает травму, в его теле пробуждаются триггерные точки или болевые рефлексы. Триггерная точка — это «узел» напряженных мышц, которые в момент стимуляции вызывают болевую реакцию в других частях тела. Некоторые триггерные точки находятся в месте травмы, другие — на некотором расстоянии. Растирание и давление на эти точки оказывает позитивное воздействие на ход процесса выздоровления. Однако каждый раз, когда человек переносит травму, воспалительный процесс или просто страдает от неправильной осанки, фасциальная система испытывает негативные воздействия. Человек теряет гибкость и амплитуду движений. По мере уплотнения фасции<sup>66</sup> развивается аномальное давление на нервы, мышцы, кости и органы, что приводит к

<sup>66</sup> Karen L. FONTAINE with William KASZUBSKI ABSOLUTE BEGINNER'S GUIDE to Alternative Medicine: «Фасция — это плотная соединительная ткань, которая опутывает тело человека, подобно трехмерной паутине. Если какую-нибудь часть тела удалить, тело сохранит свою форму. Если удалить фасцию, тело форму потеряет. Все мышцы, кости, органы тела, нервы и кровеносные сосуды покрыты фасцией. Толщина и плотность фасции могут быть различными в зависимости от содержания в ней коллагеновых волокон, эластичных волокон и тканевой жидкости. Задача фасции — поддержание клеток, мышц, групп мышц и органов, а также гашение ударов. На клеточном уровне фасция создает внутренние пространства и играет важную роль в дыхании клеток, выведении токсичных продуктов, метаболизме, жидкостном и лимфатическом обмене». // Фонтейн К., Казубски У. Ф 77 Альтернативная медицина, с.193.: — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 432 с.

тканевому некрозу, боли и дисфункции. Здоровье — это свободный ток жизненной энергии. Болезнь же вызывается блокированием этого потока. Блокированная энергия может вызвать физический дискомфорт. Основная цель массажа — устранение блокад и связанного с ним дискомфорта или болезни, а также восстановление энергетического баланса.

Акупунктура, акупрессура, цзин шин дзюцу, цзин шин до и рефлексология — все это разновидности одного и того же приема: стимуляции точек тела с целью восстановления баланса жизненной энергии тела. Цзин шин дзюцу, цзин шин до и рефлексология — это разновидности акупрессуры. Под термином «акупрессура» мы будем понимать все ее виды. Акупунктура и акупрессура опираются на теорию о том, что давление или стимуляция определенных точек тела, называемых точками акупунктуры, может снять боль, излечить некоторые болезни и способствовать укреплению здоровья. В акупунктуре для такой стимуляции используются иглы, в акупрессуре — пальцы. Хотя акупрессура является наиболее древней практикой, она не обладает такой силой, как акупунктура. Научиться акупрессуре несложно, ею можно пользоваться самостоятельно, тогда, как акупунктура требует настоящего профессионализма. Оба эти приема являются частью холистического подхода к здоровью и сочетаются с диетой, траволечением, воздействием на тело и разум и приемами духовной практики.

Акупунктура и акупрессура возникли в Китае несколько тысяч лет назад. Примерно в 300 году нашей эры эти методы проникли в Корею, а в XVII веке — в Японию. В конце XIX века канадский врач Уильям Ослер заинтересовался приемами акупрессуры, но в Северной Америке они оставались неизвестными вплоть до 70-х годов XX века. Сопровождая президента Никсона в его поездке по Китаю в 1972 году, Джеймс Рестон, корреспондент газеты «Нью-Йорк тайме», написал репортаж о том, как некий китайский целитель снял боль после полостной операции, проведенной в

Китае. Эта статья способствовала появлению в США интереса к подобным методам лечения. Сегодня люди все шире прибегают к услугам специалистов по акупунктуре, как для поддержания здоровья, так и для излечения от конкретных болезней. На акупунктуру американцы тратят 500 миллионов долларов в год, пытаясь таким образом избавиться от болей в спине, мигреней и камней в желчном пузыре.

Сегодня акупунктура и акупрессура применяется не только в отношении людей, но и для животных — кошек, собак и лошадей, поскольку все больше ветеринаров осваивают традиционную китайскую медицину. Цзин шин дзюцу и цзин шин до — это японские выражения, означающие «путь сострадательного духа». Это древние целительные приемы, почти совсем забытые, но пережившие в начале XX века новое рождение благодаря усилиям японского мастера Цзиро Мураи. Умирая в молодости от неизлечимой болезни, он обратился к цзин шин дзюцу и медитациям. Через неделю Цзиро Мураи был полностью здоров. Оставшиеся 50 лет жизни он посвятил исследованиям и передаче своих знаний ученикам. Цзиро Мураи называл акупунктуру искусством счастья, долголетия и благополучия. После Второй мировой войны американка японского происхождения Мэри Бурмейстер отправилась на обучение к мастеру Мураи. Вернувшись в Соединенные Штаты она настоящим мастером цзин шин дзюцу и цзин шин до. Сегодня тысячи студентов в Соединенных Штатах и во всем мире изучают и применяют на практике эти приемы.

### ***2.3. Рефлексология: её – прошлое, настоящее и будущее.***

Рефлексология тоже уходит своими корнями в глубокую древность. Рефлексологи воздействуют на точки акупунктуры, расположенные только на ступнях, ладонях и ушах. Уильям Фитцджеральд, американский врач, познакомил Запад с рефлексологией в 1913 году. Он заметил, что послеоперационная боль значительно снижается, когда на ступни и ладони пациентов оказывается давление непосредственно перед операцией. Однако

основной вклад в развитие рефлексологии в Америке внесла Юнис Ингэм, физиотерапевт, расширившая и углубившая работы Фитцджеральда. Она заметила, что рефлексология не только снижает боль, но и оказывает благотворное влияние на здоровье. Ингэм составила карту рефлексных зон, расположенных на ступнях, ладонях и ушах, которую рефлексологи используют и сегодня.

Эту женщину по праву можно считать основательницей современной западной рефлексологии. В Соединенных Штатах функционирует более сорока школ и колледжей акупунктуры, двадцать из которых получили одобрение и сертификат Национальной аккредитационной комиссии школ и колледжей акупунктуры и восточной медицины. В тридцати двух штатах акупунктура лицензируется. Сегодня в Соединенных Штатах практикует 6500 специалистов по акупунктуре, из них 3300 прошли экзамен Национальной комиссии по сертификации специалистов по акупунктуре. Для того чтобы сдать этот экзамен, кандидатам необходимо пройти трехгодичный курс обучения и три года стажироваться у сертифицированного специалиста. Специалисты, приехавшие из-за рубежа, должны четыре года стажироваться у сертифицированного специалиста.

Сегодня более пяти тысяч американских врачей используют в своей практике акупунктуру. Это в основном семейные врачи, анестезиологи, ортопеды и специалисты по борьбе с болью. Некоторые из них получили официальный сертификат, но большинство сертифицировано Американской академией медицинской акупунктуры. Хотя в Китае с помощью этого метода лечат многие болезни, в Соединенных Штатах врачи используют его в основном для снятия острой и хронической боли.

В нашей стране акупунктуру используют более 12 000 медиков, в том числе медсестры, натуропаты и хиропрактики. Акупунктуру часто применяют физиотерапевты и массажисты, прошедшие специальную

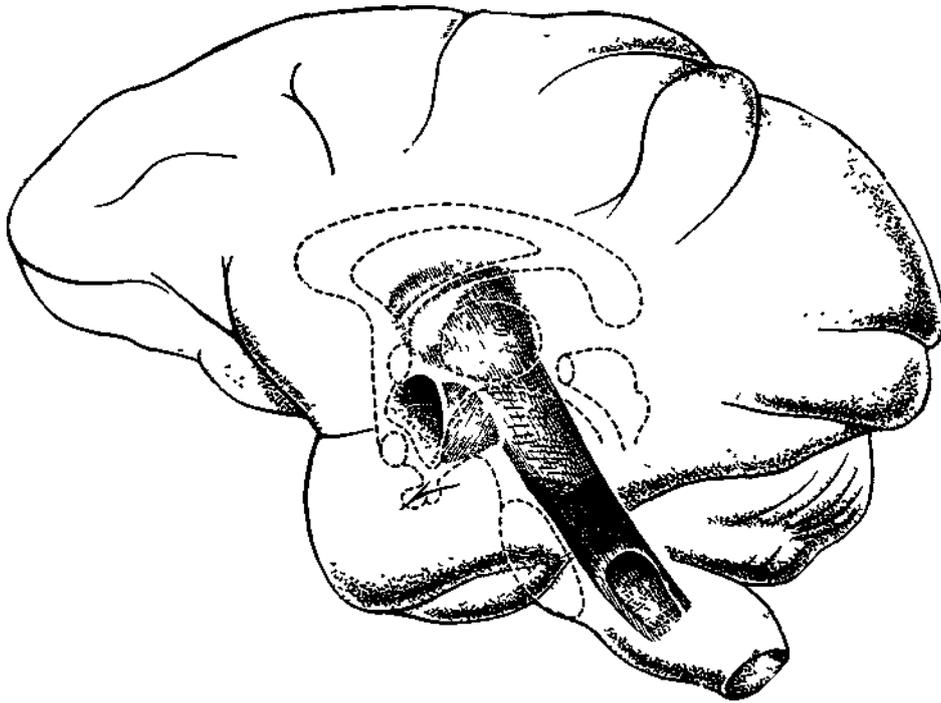
подготовку в этой области. Некоторые медсестры-сиделки специально проходят курс акупрессуры и используют его для снятия тревожности и улучшения сна у своих пациентов. Акушерки также пользуются акупрессурой во время родов. Никакой специальной лицензии или сертификата для такой деятельности не требуется. Подобно большинству приемов альтернативной медицины, теория точечного воздействия рассматривает здоровье как состояние гармонии, или баланса, всех сил природы, как внутренних, так и внешних. Только тогда тело будет функционировать правильно, и пользоваться врожденной способностью противостоять болезням. Считается, что все необходимое для поддержания и восстановления здоровья уже существует в природе. Точечное воздействие высвобождает энергию и восстанавливает баланс, что позволяет человеку укрепить и поддерживать здоровье на должном уровне. Например, когда поток энергии блокируется, человек испытывает дискомфорт или боль на физическом уровне, депрессию или раздражительность на уровне эмоциональном и ощущение уязвимости и бессмысленности жизни на уровне духовном. Когда ток энергии нарушается, определенная область тела перестает получать витальную подпитку и очищаться. Если не устранить блокаду энергетических каналов, возникает болезнь. Основная цель лечения — распознать блокаду и устранить ее, пока не возникла и не развилась болезнь. Специалисты по акупунктуре приводят энергию тела в равновесие, что укрепляет здоровье и создает ощущение полного благополучия.

Акупунктура, акупрессура, цзин шин дзюцу, цзин шин до и рефлексология своими корнями уходят в древнюю восточную философию, согласно которой, жизненная энергия течет по соответствующим каналам, подобным крупным силовым линиям – меридианы, связывающим все части тела. Когда жизненная энергия течет по меридианам, близко к поверхности кожи образуются крохотные энергетические «вихри». Месторасположение этих вихрей и определяет точки акупунктуры, или мармы, как их называют

Индии. Эти точки — своего рода врата, обеспечивающие доступ к жизненному потоку, поэтому именно в них проникают акупунктурные иглы или на них оказывают давление. Эти приемы позволяют снять энергетическую блокаду и нормализовать ток ци в организме. В теле человека, например, существует 14 крупных меридианов и 360 или 365 классических точек, где можно получить доступ к ци. Большинство же целителей сосредоточивается на 150 точках.

Эти точки символизируют жизненный путь человека, поэтому они носят такие философско-поэтические названия, как «Врата духа», «Великая оценка», «Прогулка по долине» и «Врата внутренней границы». Каждый меридиан связан с определенным внутренним органом, по которому и назван: меридиан желудка, меридиан селезенки, меридиан сердца, меридиан тонкого кишечника, меридиан мочевого пузыря, меридиан почек, меридиан половых органов и системы кровообращения, меридиан желчного пузыря, меридиан печени, меридиан легких и меридиан толстого кишечника.

Меридиан «тройного обогревателя» связан со щитовидной железой и надпочечниками, «управляющий» меридиан — с позвоночником, а «центральный» меридиан — с мозгом:



ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС

(дух)

РАЗУМ

генератор

(причина)

СОЗНАНИЕ

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПОЛЮС

(материя)

ФИЗИЧЕСКОЕ ТЕЛО

душа

СВЕТ-ЛЮБОВЬ.

Во многих точках тела меридианы пересекаются. Эти точки отражают удаленные части тела и называются микросистемами. Микросистемы — это небольшие участки тела, которые представляют собой весь организм. Располагаются микросистемы на ступнях, ладонях и ушах. Другими словами, каждая часть тела имеет своего «представителя» на ушах, ладонях и ступнях. Рефлекс-точки расположены симметрично:

- органы, расположенные в правой части тела, отражаются на правой ступне, те же, что находятся слева, — на левой. Рефлекс-точки также связаны друг с другом в нисходящем порядке. Рефлекс-точки находятся на кончиках пальцев, глазные и ушные — чуть ниже, плечи и легкие — еще ниже, желудок и поджелудочная железа — под подъемом, а кишечник — почти на пятке.

Таким образом, наше сердце — это не просто насос для перекачки крови. Сердце также влияет на способность человека радоваться, осознавать цель жизни и свое единство с окружающими. Почки фильтруют жидкость, но они же управляют вашей способностью испытывать страх, вашей волей, мотивацией и верой в жизнь. Легкие вдыхают воздух и выдыхают углекислый газ. Они управляют вашей способностью испытывать горе и признавать достижения — ваши собственные и окружающих. Печень очищает тело и влияет на чувство гнева, зрение и творческое начало. Желудок играет важнейшую роль в пищеварении, но он же влияет на ваше мышление, доброту и заботу об окружающих. Мозг — продукт эволюции за 200 млн. лет<sup>67</sup>. Это лишь несколько примеров связи разума и тела,

---

<sup>67</sup> Каструбин Э. М.: «Это — студенистая масса весом 1,5 кг, консистенция напоминает густую горчицу. Составляет 2% от общего веса тела, потребляет 20% кислорода, который необходим организму. Нервные клетки мозга генерируют энергию тока мощностью 25 ватт. Не испытывает боль, потребляет 0,7 литра крови в минуту. Перерыв в снабжении кислородом и глюкозой на одну минуту приводит к потере сознания, а на 8 минут — к прекращению жизни. Кора занимает 80% объема мозга, а серое вещество образует 10 млрд. клеток. Нуждается в более интенсивном кровообращении во время сна, а не при бодрствовании. Вещество 15 куб. см. мозга содержит 100 млн. нейронов, а один нейрон связан с 60 тыс. клеток. В ходе эволюции он увеличился в 3 раза, чего не произошло ни с одним из органов». // Ключ к тайнам мозга: цикл лекций Московской школы гипноза. - С. 49, М.: «Стандарт», 1994. - 144 с. || ISBN 5 - 85585 - 116 - 8.

признаваемых специалистами по точечному воздействию<sup>68</sup>. Носителем сознания являются нейроны, которые, как снежинки и человеческие лица, неповторимы. Кодированная информация в виде электрического импульса поступает на отростки одной клетки, чтобы попасть к другой. При этом импульс преобразуется и открывает проходы для ионов калия и натрия. Эти реакции образуют ткань сознания — миллиарды раз днем и ночью по всей коре. Умственные способности зависят не от размеров мозга, а от числа связей между нейронами и скоростью их установления. Средняя скорость 1/1000 сек. Мозг — одновременно электрическая и химическая система.

Во всей Вселенной нет ничего сложнее сознания. Если наступает утомление и депрессия, то уровень сознания понижается, а при повреждении коры гибнет. Сознание зародилось не только в нас, мы играем роль передатчика, преобразователя, но не первоисточника. Мы всего лишь зеркало природы, которая нас создала. Через нас природа достигает самосознания. Расположенный на расстоянии 7,5 см от носа гипоталамус управляет всей нервной системой, деятельностью кишечника, сердца, легких, печени, процессами сна и половой деятельности. Прошедшие сто лет дали плеяду гениев, которые посвятили себя изучению мозга. Самые известные из них — И. П. Павлов, сэр Чарльз Шеррингтон, сэр Джон Эккле, А. Р. Лурия, Уайлдер Пенфилд, Карл Прибрам. Все они от 40 до 50 лет изучали мозг и в конце жизни пришли к религиозному или мистическому взгляду на жизнь.

Мозг таит в себе не меньше тайн, чем Вселенная. В частности, по данным Д. Давиташвили, человек является источником длинноволнового инфракрасного излучения. При лечении его используют в диапазоне 8—14 мкм в сочетании со сверхвысокочастотным излучением диапазоне 8—30 см и переменным электрическим полем с частотой герц. Регистрируется электрическая, магнитная, тепловая активность человеческого тела.

---

<sup>68</sup>Примечание: «Электричество, гальванизм, магнетизм — вот где великая тайна природы. Я склонен думать, что человеческий мозг, как насос, высасывает эти токи из воздуха и делает из них душу...». (*из мыслей Наполеона Бонапарта*) (По Д.С. Мережковскому «Наполеон», стр. 205, 4 строка снизу).

«Биополе» — это очень слабый уровень и организм человека реагирует именно на эти слабые поля. Имеется специальная система регуляции уровня энергозатрат с момента рождения. В ясные дни у человека со средним ростом 160 см разность потенциалов между ногами и головой — 160 вольт. Во время магнитных бурь этот показатель увеличивается.

Биологическая электростанция нашего организма — ретикулярная формация, которая находится в стволе мозга. Движение стимулирует работу мозга. Поступление энергии осуществляется через органы пищеварения. Опыты с уменьшением калорийности питания у животных и человека показали, что это приводит к тяжелым заболеваниям. При недостатке белка возникает агрессивность. Организм синтезирует белок сам, но из мяса. Полный набор аминокислот содержится в сое, бобовых культурах. Одна минута тяжелой работы требует 1—2 минуты отдыха, а 5 минут нормальной — 3 минуты отдыха. В то же время 15 минут умственного зуда — 3 минуты отдыха.

Специальный рецепторный аппарат забирает энергию из внешней среды. Наибольшая доля приходится на световую энергию. Наибольшая активность в бодрствовании. Поэтому здоровье человека и его физическая сила с годами должна только усиливаться, а болезни уменьшаться.

Третий канал — мышцы, скелетная мускулатура, внутренние органы. Наименьшее поступление в фазу медленного сна. Энергия непрерывно поступает в мозг, в ретикуляторную формацию, где даже при медитации, на уровне задержки дыхания сохраняется жизнедеятельность организма.

Гормональная активность — четвертый канал поступления энергии.

Пятый канал — сама ретикулярная формация, где в фазе медленного сна энергия поступает из внутренних органов, а в состоянии бодрствования кора увеличивает энергопотенциал ретикулярной формации. Кора может перераспределять энергопотенциал ретикулярной формации. При стрессе

вводится форсированный режим перераспределения энергии. Кора перераспределяет кровоток в зоны повышенных энергозатрат. Расход биоэнергии при стрессе и в жизни человека идет через расходование адреналина и нор адреналина коркового слоя надпочечников через пигментную систему. Резерв медиаторов в пигментной системе более экономно расходуется и определяет долго жительство.

Во время медленного сна происходит процесс депонирования катехоламинов, они поступают туда вместо системы кровообращения (максимум 4—5 часов ночи). Это позволяет бодрствовать и реагировать на стрессовые ситуации. Непрерывный световой фон — повышенная стимуляция ретикулярной формации, возрастают энергозатраты, снижаются поступления гормонов, снижается активирующая функция ретикулярной формации — слабеет тонус мышц, наступает утомление, сон.

У людей со слабым уровнем биоэнергетики подверженность биоритмам, они плохо адаптируются к сезонным ритмам, переездам из одного пояса в другой. Снижение уровня биоэнергетики происходит весной, а повышение осенью (активное поведение, повышение работоспособности). Депонирование происходит летом и зимой.

Если сон рассматривать в качестве фактора восстановления энергозатрат, то сновидения препятствуют этому процессу. Сновидения определяют собственный уровень возбудимости ретикулярной формации мозга. Чем он выше, тем чаще сновидения — это фон для возникновения неврозов. Имеется возможность различать слабые сигналы с больных органов до начала самого заболевания. На фоне бодрствования они не замечаются.

Все эти данные указывают на необходимость учета состояния биорецепторов, биоэнергетики при применении тех или иных лечебных факторов. Перед любыми воздействиями нужно создавать благоприятный

энергетический фон, учитывать индивидуальные и климатические особенности.

Стимуляция точек акупунктуры идет с расходом биоэнергии. Расслабление сохраняет биоэнергию, во время медитации идет ее подкачка. Усталость — субъективное ощущение, дополнительный интегральный показатель снижения биоэнергетики индивидуума на текущий момент времени. Человеческий организм, например, работает по принципу экономии при наличии больших ресурсов. Это относится и к центральной нервной системе.

Сердце работает на 1/10 его расчетной мощности. Альфа-ритм — бодрствующий покой, при работе наступает его депрессия. После утомления снижается амплитуда альфа-ритма. При умеренном нервном утомлении — низковольтный, низкоамплитудный альфа-ритм, гипнотические состояния. Утомление при рабочей нагрузке — лобные доли и ретикуляторная формация, которые связаны анатомически, функционально, гуморально.

Интересны сведения о времени суток (в часах) максимума и минимума энергии в меридианах, которые как бы перераспределяют энергию жизненно важных органов человека (по Л. Г. Прищепу). *Сердце (максимум 11—13, минимум 23—01); Тонкий кишечник (максимум 13—15, минимум 01—03); Мочевой пузырь (максимум 15—17, минимум 03—05); Точки (максимум 17—19, минимум 11—13); Печень (максимум 01—03, минимум 13—15); Легкие (максимум 03—05, минимум 15—17); Толстый кишечник (максимум 05—07, минимум 17—19); Желудок (максимум 07—09, минимум 19—21); Селезенка и поджелудочная железа (максимум 09—11, минимум 21—23).* Для реализации стресса активируется симпато-адреналиновая система, при снижении активности этой системы происходит нейтрализация утомления.

**Стресс** — рост медленной частоты тэта-ритма.

**Утомление** — переход в сон, а стресс — в бессонницу.

Тэта-ритм — это ритм напряжения, появляется в биологически отрицательных ситуациях. При истощении нервных клеток дельта-ритм. В обычных условиях симпатическая и парасимпатическая нервная системы действуют синергично. При стрессе доминирует один из отделов при подавлении активности другого. При одновременном напряжении — активизация гипофизарно-надпочечниковой системы — общий адаптационный синдром.

Для восстановления тока энергии специалист по акупунктуре вводит стерильные тонкие иглы в точки, расположенные на меридианах. Иглами вращают, покачивают или по ним проходит слабейший электрический ток. Иглы часто оставляют на несколько минут, а то и дольше. Целители могут также нагревать иглы или использовать давление пальцами, чтобы изменить ток ци. Как правило, все эти процедуры совершенно безболезненны. Некоторые ощущают тепло, покалывание, тяжесть во всем теле или тупую незначительную боль. При этом акупунктура не только восстанавливает ток энергии ци по меридианам, но и снимает боль, стимулируя выброс эндорфинов. Акупунктура также стимулирует работу нервной системы, предупреждает воспаление, способствует быстрому заживлению ран и восстановлению нервных клеток. В отличие от лекарств и хирургии, акупунктура практически не имеет побочных эффектов.

Множество отраслей альтернативной медицины, получившие популярность в последнее время, связаны с достижением баланса биополя, или энергетического поля тела, и усилением потока энергии. Ричард Гербер, автор книги «Вибрационная медицина», определяет терапию биополя, или энергетическую медицину, как развивающуюся науку использования различных форм энергии для диагностики и целительства. Анализируя результаты сотен различных исследований, Гербер выдвигает гипотезу о том, что сознательные и бессознательные мысли существуют в виде энергии, которая окутывает и пронизывает тело человека. Хотя эти исследования

находятся еще на самой ранней стадии, существование энергетического поля человека уже является признанным фактом. Однако западная наука еще не нашла доказательств существования человеческого энергетического поля, множество сложнейших инструментов, используемых традиционной медициной для диагностики и лечения, являются сугубо энергетическими. Например, электрокардиографы, электроэнцефалографы, электромиографы, ультразвуковые установки и томографы. Все эти приборы фиксируют электромагнитные импульсы, излучаемые различными частями тела.

Энергетическая медицина используется при лечении переломов, для снятия боли, воспаления и нормализации кровообращения. Ученые, например, научились распознавать тонкие проявления энергии, поэтому в скором будущем мы станем свидетелями появления новых способов лечения, которые войдут в систему традиционной медицины. Люди способны почувствовать значительно больший спектр энергий, чем научные измерительные приборы. Элмер Грин из Меннингеровского фонда считает, что способность человека чувствовать тонкие энергии и воздействовать на них основывается на коммуникационной системе тела, которая связывает эндокринные железы, нервную систему и биополе. Уильям Коллинж, автор книги «Тонкая энергия», полагает, что многие явления, которые сегодня рассматриваются как совпадение, то есть экстрасенсорное восприятие, ощущение «дежа-вю» и предчувствие, являются частью тонкой системы восприятия, выходящей за пределы пяти чувств. Он считает, что каждый человек обладает способностью чувствовать энергии, почувствовать которые не дано современной технике. Однако многие сознательно отказываются от этого интуитивного опыта, поскольку считают, что то, чего нельзя измерить, не существует. Энергетическое поле существует, и его способны почувствовать и изменять биоэнергетические целители. Многие дисфункции и болезни вызываются стрессами, чрезмерно раздражающими лимбическую систему мозга, то есть те, которые управляют нашими настроениями,

циклами сна и бодрствования, либидо и эмоциями. Кроме того, гиперактивность симпатической нервной системы и истощение надпочечников также связаны со стрессами.

Считается, что чрезмерная лимбическая активность подавляет иммунитет, что ведет к хроническому стрессу и повышает всякую уязвимость. Состояние расслабления — это противоположность стрессу. Рефлекс «дерись или беги» повышает кровяное давление, учащает сердцебиение, дыхание, ускоряет метаболизм и приток крови к мышцам. Реакция на релаксационные приемы совершенно другая. Кровяное давление понижается, сердцебиение и дыхание замедляются, метаболизм, и ток крови становятся более медленными. Релаксация и медитация снижают выработку нейротрансмиттеров, в частности, дофамина и эпинефрина, а следовательно, снижают и лимбическую активность. Поскольку состояние мозга, эмоциональный и интеллектуальный компоненты личности стимулируют деятельность нервной системы, человек может сознательно использовать преимущества медитации.

Большое облегчение в стрессовых ситуациях приносит глубокое дыхание, способность расслабиться, а также повторение определенных фраз, например: «Мое тело, разум и дух всегда действуют мне во благо». Медитативные приемы помогают жить в современном сложном и полном стрессов мире и при этом сохранить здоровье. Учитывая минимальную стоимость подобной практики и ее высокую эффективность, медитацию можно рассматривать как лучшую альтернативную терапию, достойную широкого распространения.

**Рефлексотерапия** — это лечебное направление, основой которого является гармонизация взаимоотношений в многоуровневой системе организма — преимущественно безмедикаментозная практика, исходящая из традиционных представлений народов Востока (Китай, Вьетнам, Корея,

Япония...), и совершенствующаяся в многочисленных научно-доказательных исследованиях ученых Европы, Азии, Америки и Австралии. В России рефлексотерапию относят в категорию физиотерапевтических приемов лечения. В рефлексотерапии выделяют два основных направления – корпоральное и микропунктурное.

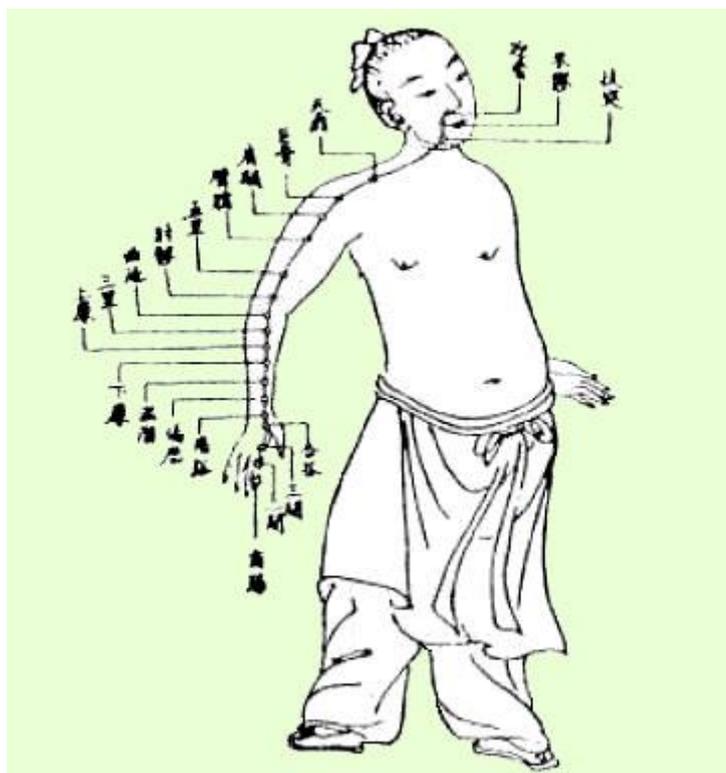


**Корпоральная рефлексотерапия** представляет собой совокупность диагностических и лечебных способов, методов и методик, направленных на всё тело в целом. Это древнее знание.



**Микропунктурная рефлексотерапия** – совокупность диагностических и лечебных способов, методов и методик, направленных на анатомически ограниченные участки тела (ушную раковину, пальцы, кисти, ступни, волосистую часть головы, грудину, нос, брови...).

Рефлексотерапия по ушной раковине именуется аурикулотерапией (аурикуло – ухо), по волосистой части головы – **краниопунктурой** (кранион – череп), по грудины – стернопунктурой (стернум – грудь) и т.д. Это сравнительно новое направление. Например, современная аурикулотерапия практикуется с 50-х годов XX века (автор – Поль Ножье, Франция, г. Лион).



Рефлексотерапевты преимущественно придерживаются или современных представлений о сущности и возможностях рефлексотерапии, или ограничиваются рамками традиционных воззрений. Это условно разделяет специалистов на два научно теоретических лагеря. Иногда их называют модернистами и традиционалистами. В отличие от России, в Европе, Америке и странах Дальнего Востока, вместо понятия рефлексотерапия употребляют термин акупунктура. В переводе с латыни «аку» означает «игла», «пункцио» – «колоть» или «надавливать».

Термин акупунктура точнее характеризует внешнюю сторону лечебного процесса, но не передает его сущность и ограничен только иглоукалыванием, тогда как существует множество других способов

воздействия (точечный массаж, прогревание, вакуум-влияние, магнитотерапия, цубо-аппликация, лазеропунктура).



**Вывод:** современная рефлексотерапия представлена в России большим множеством специалистов, часть которых входит в Российскую ассоциацию рефлексотерапевтов (президент д.м.н., проф. Л.Г. Агасаров, ММА, им. И.М.Сеченова). Рефлексотерапия реализовалась в России как отрасль научного знания и направление медицинской практики.

## ТРЕТЬЯ ГЛАВА

### НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

3.1 *Этапы развития рефлексотерапии в стране.* Научная деятельность в области рефлексотерапии ведётся на базе кафедр рефлексотерапии и физиотерапевтических НИИ. Издаются специализированные научно-практические журналы: «Рефлексотерапия» (Гл. ред. д.м.н., проф. В.Х. Василенко), «Перспективы традиционной медицины» (Гл. ред. д.м.н., проф. Л.Г.Агасаров), «Рефлексология» (Гл. ред. д.м.н., проф. В.С. Гойденко). Ежегодно издаются монографии по рефлексотерапии. По мнению директора Центра традиционной медицины Минздрава РФ Карпеева Алексея Алексеевича традиционная медицина основана на народных традициях врачевания и не имеет каких-либо точек отсчета. Она существовала столько, сколько существует человечество. И неслучайно всемирная организация здравоохранения считает тремя китами традиционной медицины иглоукалывание (рефлексотерапия), костоправство или хиропрактику (мануальная терапия) и лечение средствами природного происхождения (фитотерапия, натуротерапия). Эти три составляющие характерны для всего мира, а дальше есть определенные методы, которые могут присутствовать в традиционной медицине, а могут не присутствовать. Таких методов много.

В России, например, традиционной медициной пользовались до тридцатых годов двадцатого века в широчайшем масштабе и только, когда доступность врачебной медицинской помощи стала реальностью, народная медицина, не выдержав конкуренции, отошла в сторону. Но не исчезла, а стала постепенно возвращаться, когда люди поняли, что медицина не идеальна, а в народной медицине есть очень много привлекательного. Когда

стало ясно, что современная академическая медицина оторвалась от больного человека, технизировалась и стала наукой аналитической, т. е. медициной ради медицины. Не противопоставляя народную медицину и медицину академической, следует отметить, что она значительно выросла в диагностике, но не очень сильно продвинулась в терапии. В частности, академическая медицина за последние сто лет сделала колоссальное движение вперед. Например, ругая антибиотики, наносящие сейчас ущерб здоровью человека, не следует забывать тех фактов: - сколько миллионов человек антибиотики спасли; сколько людей осталось жить, благодаря развитию хирургии!

Первый шаг к возрождению народной медицины в России был сделан в середине пятидесятых годов, когда было обращено внимание на китайскую традиционную медицину. Для изучения опыта применения акупунктуры в Китай поехали три специалиста. Вернувшись, они начали просвещать врачей, рассказывать о пользе, об эффективности методов; стали появляться школы акупунктуры. А в 1976 году был создан центральный НИИ рефлексотерапии, сыгравший очень большую роль в развитии акупунктуры. Возглавил его видный ученый, профессор Дуринян — невропатолог, который смог привлечь к научной работе интересные кадры. Центр довольно быстро стал научно-практическим координационным центром развития акупунктуры, привлекая к себе мануальную терапию и к концу восьмидесятых годов некоторые другие методам традиционной медицины. Он нес в себе большой созидательный заряд возрождения народной медицины, которая привлекла большое количество людей, мягко говоря, не имеющих отношения к традиционной медицине. Многие поняли, что на традиционной медицине можно много заработать. Можно создать себе имя. Плюс к буму открылись и правовые шлюзы, но, пустив свежей воды, они пустили еще и ил, и песок, и тому подобное. Поэтому Минздрав СССР тогда очень чутко отреагировал на эту ситуацию, и в девяносто первом году, на базе центрального НИИ

рефлексотерапии был создан НИИ традиционных методов лечения. Функции института расширились, появились фитотерапевты, гомеопаты.

Этот институт просуществовал без малого восемь лет, и внес огромную лепту в развитие традиционной медицины. Ученый совет Минздрава обратил внимание на развитие традиционной медицины и под его эгидой был проведен целый ряд научных конференций и конгрессов. Институт, таким образом, стал арматурой развития. Особенно в девяносто пятом году, когда была одержана очень солидная победа. Состоялся исторический момент — был официально принят гомеопатический метод лечения, который двести лет подвергали обструкции. В девяносто восьмом году рефлексотерапия и мануальная терапия стали врачебными специальностями. Для повышения качества медицины в девяносто третьем году приняли решение о создании системы лицензирования в стране, возлагая на нее очень большие надежды, поэтому возник вопрос о лицензировании таких видов деятельности как фитотерапия, традиционная китайская, индийская, тибетская медицинские системы?

Лицензирование заставило центр определить, что вообще входит в традиционную медицинскую деятельность. В этой связи, центр сразу отказался от астрологии и всякого рода чародейств, магий, колдунов, шаманов, а также от национальных систем, в которых мало медицины, но много чего-то другого, йога, например. Был изучен вопрос: зачем люди чаще всего обращаются? И выяснилось, что это рефлексотерапия, мануальная терапия, фитотерапия, гомеопатия, традиционные методы оздоровления Китая, Индии и Тибета, и целительство. Всё это было внесено в реестр перечень тех видов деятельности, которые подлежат лицензированию на территории России. Самым спорным вопросом при этом было включение в реестр биоинформатики. И тогда же выяснилось, что фитотерапия как метод не была никогда разрешена официально. Не разрешена — не запрещена. Поэтому фитотерапия и не вошла в следующий перечень. Герудотерапия

вошла, а фито — нет. Но это дало толчок центру, который уже через полгода выпустил отличные методические рекомендации по фитотерапии, и она вошла в реестр разрешенных технологий. Институту пришлось изменить политику и не только изучать, но и продвигать широко известные и эффективные методы в практическом здравоохранении. Всё это было осуществлено на законной основе, ведь в Москве, и вообще по России сейчас очень много всяких центров китайской медицины, в которых работают китайцы, не сознающие, что они подвергают колоссальной опасности себя и работодателя, в случае внезапной смерти их пациента. Умрет человек в этом китайском центре, кто будет отвечать? Отвечать будет и врач, и руководитель. Но они не думают об этом, не думают они и о том, как лучше помочь больному, они думают только о том, как больше заработать. Тоже и с индийской системой. Появились всякие аюрведы-плюс и прочие, которые тоже не имеют права работать. Поэтому задачей института было - ввести это все в нормальные рамки. Как же обстоит дело теперь, когда приходится регистрировать китайскую медицину?

Однако как выяснилось: ее регистрировать несложно, так как ее основой является акупунктура, которая в России разрешена. Но нет механизма регистрации и сертификации специалистов по китайской медицине. Врачу из любой страны мира в России получить работу можно элементарно. Приезжай, сдавай экзамен и работай. Но в Китае существует две системы: система западной медицины и система традиционной медицины. Причем их система традиционной медицины уникальна. Но в России такой системы нет и поэтому, возникает вопрос: как этих специалистов сертифицировать?

Первой задачей сертификации иностранного специалиста является установление эквивалентности его диплома. Что же делают сейчас комиссия по сотрудничеству в области образования, культуры, здравоохранения и спорта в рамках которой существует подкомиссия взаимодействия в области

здравоохранения. Когда российская делегация была в Китае, там было подписано соглашение, проведен семинар по традиционной медицине в Пекине.

Контакты пошли. И вот одним из узловых моментов является вопрос о сертификации китайских специалистов. Установились также хорошие тесные отношения с индийскими методами, с аюрведой. Подготовлены рекомендации по методу «панча карма». Создана российско-индийская федерация аюрведы, которая зарегистрирована в Индии, но мы с ними контактируем. И результатом этого контакта является подписанный договор о том, что в рамках института будет создан институт аюрведы. Имеется ли в настоящее время какой-либо позитивный сдвиг в сторону понимания сути традиционной медицины врачами общей практики и учеными?

За последние 4 — 5 лет изменения колоссальные. В частности, понимание сути традиционной медицины значительно поднялось. Сейчас уже не встретишь ученых, которые полностью отрицают гомеопатию. За последний год защищено три докторских диссертации по гомеопатии. Защищаются кандидатские. История развития научной и практической рефлексотерапии в России отражена в статье к.м.н. Н.Н.Осиповой (на фото справа, д-р Чжу Лянь в центре), посетившей по направлению АМН СССР в 1956 г. Китай с целью изучения и развития рефлексотерапии в СССР.

Этапы развития рефлексотерапии в стране демонстрирует - Осипова Н.Н. заслуженный врач РФ, кандидат мед. наук. Федеральный центр традиционных методов диагностики и лечения МЗ России, Москва<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> Научно-практический журнал «Перспективы традиционной медицины», №1, 2003, с.9-10.



Один из методов китайской традиционной медицины — иглоукалывание (акупунктура, чжэнь-цзю) получило в нашей стране развитие с 50-х годов прошлого столетия.



В 1956 году по договору о научно-техническом сотрудничестве между Министерствами здравоохранения двух стран, из СССР в Китай была направлена группа врачей для освоения метода иглоукалывания. В группу входили: Э.Д.Тыкочинская (Институт им. Бехтерева, Ленинград), М.К.Усова и я, Н.Н.Осипова (ЦИУ врачей, Москва). Предметом договора было изучение *иглоукалывания*, обмен научно-практической информацией, редактирование книги директора Института чжэнь-цзю доктора Чжу Лянь «Руководство по современной чжэнь-цзю терапии» (иглоукалывание и прижигание), которая была выпущена на русском языке в 1959 году.

Работа нашей группы протекала в Институте чжэнь-цзю, который входил в состав Академии народной медицины Китая. Лекции по иглоукалыванию читала доктор Чжу Лянь, получившая медицинское

образование в Европе. Для проведения практических занятий к нашей группе были прикреплены сотрудники института — доктора с европейской подготовкой, специалисты народной медицины (учившиеся у «народных» медиков и работавшие по народным рецептам), молодые врачи, обучавшиеся русскому языку и переводившие нам, в свою очередь, текст всех занятий. Обмен научной информацией выполнялся на научных конференциях, где мы выступали с сообщениями по отдельным вопросам нейрофизиологии. Это было важно для обоснования иглоукалывания, так как доктор Чжу Лянь первой из авторов осуществила попытку теоретически осмыслить этот метод с позиций нервизма. В тот период в качестве советников в Минздраве Китая находились наши профессора:

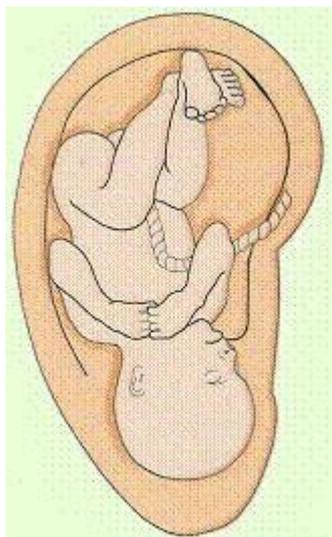
- Вогралик В.Г. и Русецкий И.И. Мы встречались с доктором Русецким, обсуждали теоретические аспекты иглоукалывания, что помогало понять влияние этого вида терапии на организм человека. После нашего возвращения из Китая в Москве (ЦИУ врачей) и Ленинграде были организованы курсы врачей подготовки по иглоукалыванию; была также создана лаборатория по изучению механизмов этого метода. Наши исследования в ЦИУ в Научно-исследовательской лаборатории под руководством профессора Кассиля показали, что иглоукалывание оказывает на организм сложное нейрогуморальное рефлекторное воздействие. С этого времени метод получил название «рефлексотерапия».

Этот термин в последующие годы укрепился еще и тем, что для стимуляции точек акупунктуры отдельные специалисты стали применять физиотерапевтические и медикаментозные средства. Многостороннее научное изучение и лечебное применение рефлексотерапии началось с 1976 года

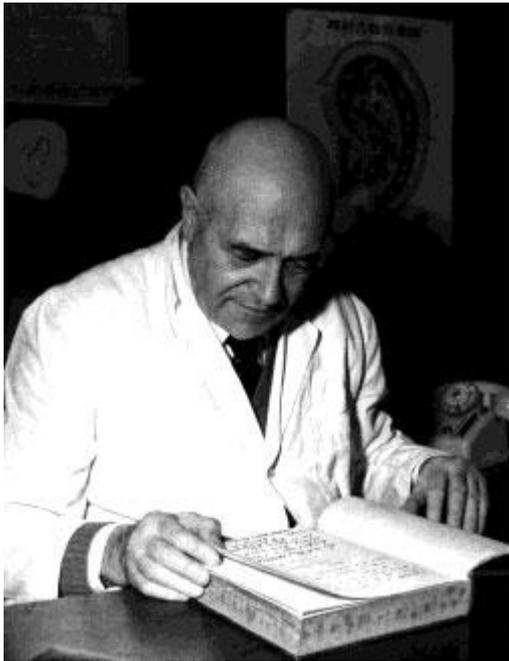


со времени открытия в Москве ЦНИИ рефлексотерапии. Институт стал головным по изучению этого метода – проводились всесоюзные конференции, семинары, школы в Москве и различных регионах страны. Руководил ЦНИИ рефлексотерапии крупный ученый-физиолог профессор, доктор мед. наук Р.А. Дуринян. В Институте изучали механизмы физиологического действия рефлексотерапии, морфологию точек рефлексотерапии, результаты лечения заболеваний внутренних органов, нервной системы, детских болезней и др. Проводились курсы подготовки врачей по рефлексотерапии. Впоследствии Институт претерпел три реорганизации, но рефлексотерапию продолжают изучать и применять для лечения больных. В частности, проводятся регулярные циклы подготовки врачей, подготовлены учебные пособия, руководства, методические рекомендации. В стадии завершения находятся расширенные рекомендации по показаниям и противопоказаниям к рефлексотерапии, с участием в их создании специалистов различных городов.

На основании многолетнего научного, педагогического и лечебного опыта применения рефлексотерапии можно сказать, что этот, прошедший тысячелетия метод безлекарственной терапии, должен продолжать развиваться и изучаться на современном уровне, с использованием новых исследовательских подходов, таких как аурикулотерапия, аурикулодиагностика, аурикулярная медицина. В частности: аурикулотерапия (аурикулорефлексотерапия) – микропунктурное направление рефлексотерапии, при котором лечение осуществляется посредством воздействия на ушную раковину пациента.



В области микропунктуры **аурикулотерапия** занимает сегодня главенствующую позицию, и рассматривается наравне с корпоральной рефлексотерапией как самостоятельная высокоэффективная лечебная практика. Историю развития аурикулотерапии например, можно разделить на два основных этапа, разделяемых серединой XX века. Именно с 50-х годов XX века благодаря гениальному открытию и исследовательской деятельности П.Ножье (Франция, Лион) аурикулотерапия преобразилась из незаметной Золушки в эффектную Принцессу Рефлексотерапии.

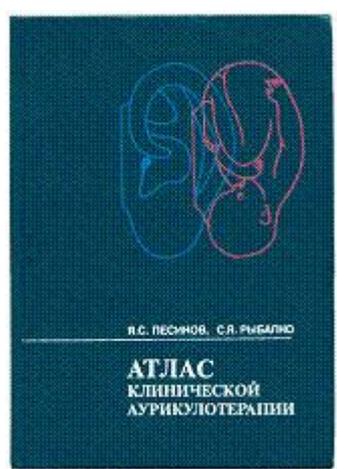


В 1951 году доктор Поль Ножье представил систему рефлекторного представительства внутренних органов и частей тела на ушную раковину. Последовавшие за этим многочисленные исследования, уточнившие локализацию рефлекторных точек, соответствующих определённым внутренним структурам, и выявившие эффективность лечебного влияния на ушную раковину, стали основой современной аурикулотерапии.

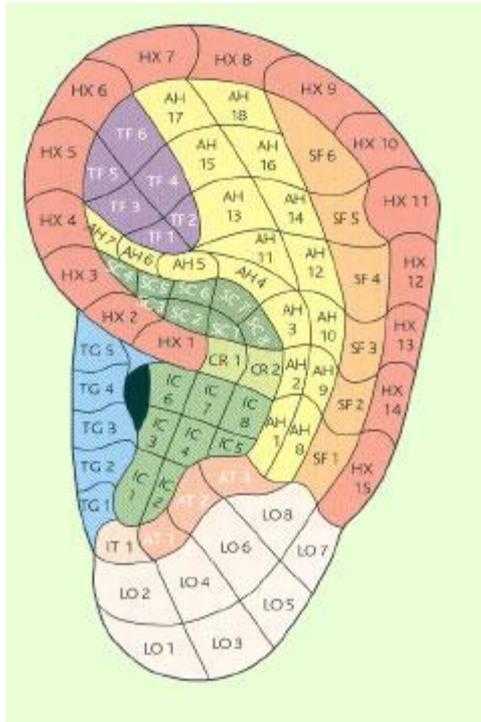
Дальнейшее развитие этой рефлексотерапевтической практики приобрело национально-государственные тенденции. Благодаря П. Ножье, Франция стала источником научных знаний в области аурикулотерапии. Исследовательская, публицистическая (книжная и журнальная) и миссионерская деятельность доктора П. Ножье привели к распространению этого направления рефлексотерапии в разных странах. И сейчас, когда П. Ножье уже нет с нами, Франция остается традиционной родиной современной аурикулотерапии.

В СССР центром изучения аурикулотерапии стал НИИ Рефлексотерапии в Москве (Петровский бульвар). В этом институте, с начала его открытия (1977г.) под руководством профессора Р.А. Дуриняна изучались филогенетические и анатомо-физиологические основы

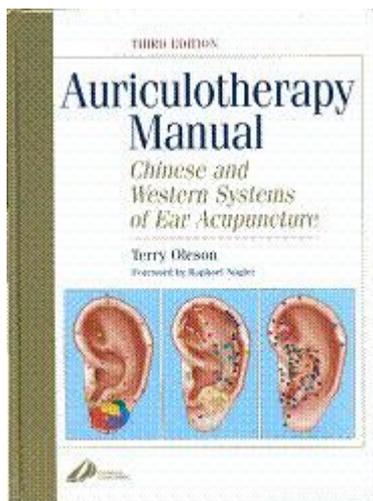
аурикулотерапии. Были изданы несколько научных монографий, посвященных вопросам аурикуло-микропунктурного саногенеза и клинического применения. Среди известных специалистов аурикулотерапии советского периода в истории России наиболее заметна научная деятельность Е.С.Вельхова, Р.А.Дуриняна, Ф.Г.Портнова. Российское издательство Медицина (Москва) всё ещё переиздает востребованный «Атлас клинической аурикулотерапии» доктора Якова Песикова (Украина, Донецк).



На протяжении нескольких десятилетий аурикулотерапия изучается в системе государственных докторских и кандидатских диссертационных исследований.



В Китае, например, благодаря древнейшей традиционной убежденности населения в ведущем и определяющем начале китайской рефлексотерапии, аурикулотерапия была встречена медицинской общественностью благосклонно. Активный интерес к этой микропунктуре через научную и собственно лечебную практику позволил китайским врачам выделить собственную методику аурикулотерапии. Это создало второй научно-теоретический полюс аурикулотерапии, основанный на китайских классификационных представлениях и связанных с ними диагностических и терапевтических приёмах. Поэтому современная аурикулотерапия разделяется на Европейскую и Китайскую.



Высокая эффективность аурикулорефлексотерапии привела к её распространению в клиниках Европы и других континентов. Например, часто, среди медицинских предложений по лечению за рубежом можно встретить и возможность проведения лечения у врача аурикулярной медицины. В частности, аурикулотерапия распространена в США. Первые научные публикации здесь появились в 70-х годах XX века (д-р Майкл Смит, Нью-Йорк). Благодаря активной просветительской и образовательной деятельности доктора Терри Олесона, президента Аурикулотерапевтического Сертификационного Института (Калифорния), аурикулярная медицина в США приобрела современный обще систематизированный вид. Выпущено уже третье издание «Руководства по аурикулотерапии» Т.Олесона. До 50-х годов XX века аурикулярная практика в системе врачебной медицины имела ограниченное применение. Благодаря изыскательской работе основателя современной аурикулотерапии П.Ножье и его последователей удалось выяснить лишь некоторые исторические сведения. Известно, что древние арабы использовали ушную раковину при люмбаишиалгии (болях в пояснице и по ходу седалищного нерва), древние египтяне знали противозачаточные аурикулярные точки.

В древнем Китае описан выход на ушную раковину некоторых меридианов, а древне китайские литературные памятники («Су Вэнь. Нэй Цзинь», 4-5 век до н.э.) упоминают про важную роль уха в лечебном процессе.

#### Стернопунктура, Стернодиагностика и Стернотерапия:



В 2000 г. А.В.Ушаковым выявлено рефлекторное представительство позвоночника на груди. В течение последующих 6 лет были проведены исследования, подтвердившие диагностические и лечебные возможности этого микропунктурного направления при остеохондрозе позвоночника. Возможности стернопунктуры изложены в нескольких научно-практических статьях, монографии и патентах, по результатам которых выработаны понятия. Например, стернотерапия - это способ восстановления соответствующих и взаимосвязанных с грудной частью (образований) организма, посредством терапевтического влияния на грудь и прилегающие к ней ткани; стернодиагностика – это способ определения состояния соответствующих и взаимосвязанных с грудной частью (образований) организма, посредством оценки состояния грудины и прилегающих к ней тканей; стернопунктура – это микропунктурное направление рефлексотерапии, включающее способы диагностики и лечения посредством использования грудины и взаимосвязанных с нею структур. Выпущен ряд научных трудов: А.В.Ушаков Стернопунктура при диско-радикулопатиях позвоночника М.: Знание-М., 2006, 150 с., ил.: монография

содержит фундаментальные знания о стернопунктуре. Представлены сведения об анатомии, физиологии, рефлексологии грудины; выделена теоретическая основа стернопунктуры в вертебрологии. Изложена методология и включены примеры практического применения. Следует сказать, что эта книга охватила не только область дорсопатий. Помимо современных знаний о дискогенной патологии и оригинального авторского материала, основанного на аналитическом поиске и практических результатах, работа обзорно и перспективно нацеливает читателя на возможность применения стернопунктуры при заболеваниях внутренних органов и коррекции иммунных процессов, отмечает д.м.н., профессор Л.Г.Агасаров<sup>70</sup>.



Краткое описание книги: это первая монография по стернопунктуре – практическому применению микропунктурной системы грудины. В основе книги – стернопунктура в области диско-радикулопатий позвоночника. Впервые приводится доказательное описание внутрисистемных взаимоотношений позвоночника!

Представлена новая рефлекторная система позвоночника на грудине. Сделан сравнительный обзор существующих рефлекторных проекций на грудину и грудную клетку.

<sup>70</sup> Агасаров Л.Г. д.м.н., профессор (ММА им. И.М. Сеченова Журнал "Традиционная медицина" / 2007 г. №1(8) ШТАБ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ (к тридцатилетию центрального НИИ рефлексотерапии А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева, С.М. Зольников Федеральный научный клинико-экспериментальный центр традиционных методов диагностики и лечения Росздрава (г. Москва).



Показана универсальность применения пропорции золотого сечения в рефлексотерапии. Иллюстративно и описательно дана динамика состояния рефлекторных точек в зависимости от стадии патологического процесса. Приведены сведения об анатомии, физиологии, рефлексологии грудины. Выделена теоретическая основа стернопунктуры в вертебрологии. Подробно описана методика экспресс-диагностики места поражения позвоночника. Изложены способы, методология и включены примеры практического применения для рефлексотерапевтов, вертебологов и врачей смежных специализаций. Среди множества методов традиционной китайской медицины, прошедших многовековую проверку временем, наибольшее распространение во всем мире получило иглоукалывание – акупунктура.

Иглоукалывание в европейских странах всегда было окружено определенной завесой тайны, которая зачастую сопровождает многое из пришедшего в западный мир с Востока. Механизм лечебного действия акупунктуры, вполне объяснимый с точки зрения постулатов традиционной китайской медицины, долгое время был камнем преткновения для исследователей, научное мировоззрение которых формировалось на иных принципах. В то же время эффективность иглоукалывания при целом ряде заболеваний не вызывала сомнений. Энтузиасты-одиночки, группы врачей и даже целые институты в Австрии, Германии, Испании активно работали над научными и практическими аспектами акупунктуры.

В 1956 году на пике братской дружбы между советским и китайским народами на стажировку по иглоукалыванию в Китайскую Народную Республику были направлены три врача – Н.Н. Осипова (ЦОЛИУВ), Э.Д. Тыкочинская (Институт им. В.М. Бехтерева) и М.К. Усова (ЦОЛИУВ). С этой командировки началась славная история отечественной рефлексотерапии – такое название получила в нашей стране акупунктура. В следующем 1957 г. на базе ЦОЛИУВ Минздрава СССР была открыта первая в стране кафедра рефлексотерапии, которую возглавила М.К. Усова. Вслед за этим в ряде медицинских образовательных учреждений организуются курсы, а затем и кафедры рефлексотерапии. Начались научные исследования по этой проблеме, стала создаваться система последипломной подготовки врачей по рефлексотерапии. Все это в сочетании с нарастающим интересом исследователей к научным проблемам рефлексотерапии и увеличивающимся с каждым годом числом врачей, для которых рефлексотерапия стала основным видом деятельности, потребовало централизации и координации сил, участвующих в этом процессе. Учитывая это, Совет Министров СССР своим распоряжением от 28 января 1976 года №166 принял предложение Минздрава СССР и Мосгорисполкома, согласованное с Государственным комитетом СССР по науке и технике о создании в г. Москве Центрального научно-исследовательского института рефлексотерапии Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома, возложив на Минздрав СССР научно-методическое руководство Институтом. Соответствующим приказом Минздрава СССР ЦНИИ рефлексотерапии был юридически оформлен, и 4 марта 1977 года в присутствии Министра здравоохранения СССР Б.В. Петровского состоялось его торжественное открытие. Директором ЦНИИ рефлексотерапии был назначен известный ученый-невролог профессор Р.А. Дуриян, заместителем по науке – профессор С.М. Зольников, главным врачом – С.Г. Руднев, начальником отдела кадров – В.Г. Жебракова. На их плечи легла самая трудная организационно-хозяйственная работа, начиная с решения вопросов подбора научных и медицинских кадров, технического

персонала, оснащения приборами и аппаратурой и заканчивая ремонтом здания.

История, сущность и преимущества рефлексотерапии // Преимущества рефлексотерапии. // Основой современной медицины является медикаментозная терапия с её огромным, всё возрастающим количеством химических препаратов. В настоящее время мировой арсенал лекарственных средств насчитывает десятки тысяч наименований. В результате довольно часто наблюдаются неблагоприятные реакции организма, а в ряде случаев развивается "лекарственная болезнь". По статистике Всемирной Организации Здравоохранения почти четверть бюджета высокоразвитых стран идёт на ликвидацию последствий этой самой "лекарственной болезни". Вот почему всё более возрастает интерес к традиционным формам и методам народной медицины, одним из которых является рефлексотерапия.

Акупунктура и чжень - цзю-терапия являются синонимами. В первом случае переводится дословно как "укол в точку", во-втором - "укол и прижигания" определённых точек тела. Опыт, накопленный восточной медициной, необходим теперь как никогда. Конечно, иглоукалывание, прижигания (прогревание) полынными сигаретами и точечный массаж - не панацея от всех бед. Однако сообщения восточных и европейских врачей свидетельствуют о достаточной эффективности этих методов, их сравнительной простоте и экономичности, отсутствие аллергических реакций и серьёзных осложнений при их применении. Время возникновения метода рефлексотерапии точно не известно. Считают, что рефлексотерапия появилась около 5 тысяч лет назад в Китае, однако этот метод нельзя считать исключительно китайским. Достоверные факты свидетельствуют о том, что в древности этот метод существовал и у других народов. В Лондонском музее хранится египетский папирус с точками для иглоукалывания, датированный 1550 г. до н.э. Очень может быть, что иглоукалывание и прижигание появилось раньше в Индии и Тибете, где наука была более развита в те

древние времена. В Китае существует легенда о том, как у одного человека обрабатывающего поле, очень разболелась голова. В это время он случайно ударил себя по ноге инструментом, которым обрабатывал землю. И... о чудо! Голова перестала болеть. С тех пор многие жители этих мест стали при головной боли специально ударять себя по ноге. Затем удары камнем заменили уколами каменными иглами, а позже стали применять такие уколы не только при головной боли, но и для лечения других болезней, затем появились иглы из кости, а позднее из металла: серебра, меди, золота, железа, нержавеющей стали.

В столь же далёкие времена возник и метод лечения прижиганием (прогреванием), так как вера в целебную силу огня была свойственна всем народам. Шли столетия, и в Китае, Корее, Вьетнаме, Японии, стали появляться книги об этих целебных методах и точках, на которые надо воздействовать. Так в 1026 г. н.э. появился в Китае "Атлас бронзового человека", в котором было уточнено расположение точек для джень-цзю.

В Европе сведения о лечебном действии иглоукалывания и прижигания стали появляться в начале XIII века через миссионеров и путешественников. В Голландии и Франции начали печатать книги о «тайнах» китайской медицины. В нашей стране первые сообщения о "явственной пользе" рефлексотерапии были сделаны в 1828 г. профессором Медико-хирургической академии П. Чаруковским. Чрезвычайно большую работу по изучению чжень - цзю терапии проделал русский врач А.А. Татаринов, который работал в духовной миссии в Пекине. Он перевёл на русский язык фундаментальный труд китайской медицины "Хуанди нэй-цзин" (Трактат о внутреннем, или о природе жизни), написанный в Китае примерно в 221 г. до н.э. В 1951 г. в Пекине был создан Экспериментальный институт по методам чжень-цзю-терапии. С конца 50-х годов акупунктура в КНР рассматривается как необходимый дополнительный метод, который применяется во всех больницах страны.

В СССР в 1956 г. был организован специальный комитет по изучению чжень - цзю-терапии. В 1976 г. в Москве создаётся центральный НИИ рефлексотерапии с целью осуществления научного руководства и координации научно-исследовательской работы в области рефлексотерапии. В 1980 г. метод рефлексотерапии признан ВОЗ (Всемирной Организацией Здравоохранения) как научный метод и рекомендован к широкому применению в лечебных целях.

В России специальность врача - рефлексотерапевта официально признана одним из приказов министерства здравоохранения РФ в декабре 1997 г. Поэтому настало время раскрыть сущность рефлексотерапии. В частности, суть метода сводится к следующему. С точки зрения традиционной китайской медицины человек (микрокосмос) является частью Вселенной (макрокосмос), и он подчиняется всеобщим вселенским законам. Во вселенной постоянно циркулирует энергия Ци (ци, ки, прана, рлунг и т.д.). В человеке, являющимся частью Вселенной, энергия Ци должна проходить по определённым каналам (меридианам), что обеспечивает состояние «здоровья». В случае нарушения, блокады прохождения энергии в определённом месте, органе - возникает болезнь.

Врач, владеющий методами рефлексотерапии, с помощью игл, магнитов, семян, и т.д. убирает эти блокады и восстанавливает нормальное движение энергии по органам и системам, т.е. способствует исцелению. Оптимальным считается комплексный подход в лечении, т.е. использование эффективных методов Западной медицины и методов Восточной, включающих правильное питание, поведение, лекарства и вспомогательные средства. Первоосновой является ведение здорового образа жизни. Поэтому лечить болезнь нужно тогда, когда она ещё не возникла.

В последние годы в нашей стране было издано немало брошюр и книг о применении точечного массажа. Не остались в стороне от этой темы

многие, в том числе и центральные, газеты и журналы. Публикации вызвали большой интерес к точечному массажу как к одному из средств оказания помощи больному человеку. Однако некоторые авторы, представляя точечный массаж чуть ли не панацеей от всех бед, явно преувеличили его возможности<sup>71</sup>. У больных и даже у некоторых врачей создалось ошибочное впечатление, будто точечный массаж действительно способен оказывать эффективную помощь в лечении ряда серьезных и сложных заболеваний. Между тем давно известно, что в медицине нет и не может быть универсального метода лечения. Любой из них имеет свои показания и противопоказания и может быть рекомендован только врачом после того, как точно установлен диагноз. Точечный массаж не исключение.

Одно и то же заболевание у разных людей протекает по-разному, поэтому и их субъективные ощущения различны. Стандартные рекомендации по лечению того или иного заболевания, которыми изобилуют многие популярные издания по точечному массажу, не учитывают индивидуальные особенности проявления болезни у того или иного человека. А учесть их может только врач. Неумелое и необоснованное применение любого доступного и универсального на первый взгляд метода лечения самим больным приносит лишь вред. Например, рекомендуя применять точечный массаж при головной боли, многие авторы популярных изданий почему-то упускают из виду, что зачастую головная боль—это только проявление какой-то болезни.

Головная боль может быть обусловлена инфекцией, воспалительным процессом, опухолью мозга, нарушением мозгового кровообращения. Эти заболевания требуют неотложного лечения. Иначе будет упущено драгоценное время и в организме произойдут необратимые изменения, которые могут стоить больному жизни. Но голова может болеть и тогда,

---

<sup>71</sup> Дуринян Р. А., доктор медицинских наук, директор Центрального научно-исследовательского Института рефлексотерапии // Рефлексотерапия. О точечном массаже.

когда мы просто устали или переутомились. В этом случае рефлекторные методы воздействия, в том числе и точечный массаж, действительно эффективны. Но делать его, не выяснив, чем вызвана головная боль, недопустимо!

Метод точечного массажа, или, как его еще называют, акупрессура, является скорее средством профилактики некоторых состояний и ряда болезненных проявлений, чем методом лечения. По эффективности своего воздействия на различные функции организма он значительно уступает иглоукалыванию, прижиганию и прогреванию, современным методам электростимуляции и другим методам рефлексотерапии, поскольку влияние точечного массажа более поверхностное.

Рекомендации авторов некоторых руководств и популярных статей применять точечный массаж для лечения различных заболеваний совершенно необоснованны. Особенно это касается тяжелых, хронических недугов. Например, если вы устали, то в таких случаях проводить массаж необходимо в постели непосредственно перед сном. Несимметричные точки массируйте пальцами правой руки, симметричные — пальцами правой и левой руки по очереди. Лучше, если точечный массаж сделает вам кто-либо из членов семьи. Но и самомассаж достаточно эффективен. Массируйте точки в такой последовательности:

- 1-я точка (несимметричная) между бровями. Массировать указательным пальцем, надавливать легко, прерывисто в течение 3 минут. 2-я точка (симметричная) на руке в конце складки, образующейся при сгибании руки в локте, со стороны большого пальца. Массировать большим пальцем, надавливать чувствительно, прерывисто в течение 5 минут. 3-я точка (симметричная) на тыльной поверхности кисти; между большим и указательным пальцем (если развести пальцы, то от кожной складки на один сантиметр в центре). Массировать большим пальцем, надавливать легко,

прерывисто в течение 3 минут. 4-я точка (симметричная) на стопе под внутренней лодыжкой, на границе тыльной и подошвенной поверхностей. Массировать большим пальцем, надавливать легко, делая вращательные движения, в течение 3 минут. Не можете уснуть - 5-я точка (симметричная) в центре подошвы, между 2-й и 3-й плюсневными костями. Массировать указательным пальцем, сильно разминая, то есть, прерывисто нажимая на точку и область вокруг нее, в течение 3 минут. 6-я точка (симметричная) под наружной лодыжкой, на уровне выступа пяточной кости. Массировать большим пальцем, надавливать чувствительно, делая вращательные движения, в течение 3 минут. 7-я точка (симметричная) между 1 - й плюсневой костью и основной фалангой большого пальца стопы, на границе тыльной и подошвенной поверхностей. Массировать указательным пальцем, надавливать легко, прерывисто в течение 5 минут. 8-я точка (симметричная) на наружной поверхности голени, между большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев стопы. Массировать указательным пальцем, надавливать легко, делая вращательные движения, в течение 3 минут. После массажа точек стопы целесообразно сделать легкий гигиенический массаж всей стопы до появления ощущения тепла.

Точечный массаж более целесообразен в тех случаях, когда надо предупредить или снять утомление, повысить общий тонус организма, уменьшить возбуждение нервной системы, улучшить кровообращение в тех или иных участках тела. Например, вполне допустимо применять точечный массаж, когда в результате утомления или перевозбуждения нарушен сон. В отличие от общего точечный массаж осуществляется при помощи воздействия на определенные точки, расположенные на различных участках поверхности тела. Эти точки представляют собой места наибольшего скопления нервных окончаний. Поэтому при воздействии на них пальцами рук возникают нервные сигналы, которые рефлекторно передаются в центральную нервную систему, а затем распространяются на

соответствующие центры мозга, регулирующие различные функции организма.

Такой рефлекторный принцип лечения, несомненно, может быть использован для предупреждения развития некоторых состояний без применения лекарственных средств. Но точечный массаж принесет пользу только в том случае, если хорошо овладеть методикой его проведения и знать расположение точек, которые нужно массировать. Поэтому, прежде чем начать делать точечный массаж, посоветуйтесь с врачом-рефлексотерапевтом. И если он сочтет, что этот метод вам показан, то поможет овладеть методикой выполнения массажа. Самостоятельно, без предварительной консультации с врачом приступать к проведению точечного массажа не рекомендуется. Те, кому врачи советуют проводить точечный массаж, могут воспользоваться рекомендациями, которые будут давать на страницах журнала специалисты - рефлексотерапевты. Рассмотрим в частности традиционную восточную корейскую медицину: - «диагностика, лечение, восстановление». Основные методы лечения в Центре опираются на глубочайшие познания традиционной восточной медицины, рефлексотерапии, которая уже на протяжении пяти тысячелетий доказывает свою высочайшую эффективность.

Однако в современном мире методы традиционной медицины зачастую являются наиболее действенными при самых различных заболеваниях. Например, в Москве с 1992 года в Центре работают лучшие специалисты – врачи и научные работники из Академии традиционной медицины КНДР, командированные Министерством здравоохранения КНДР.



Академия традиционной медицины КНДР является базовым учреждением Всемирной организации здравоохранения по разработке методов лечения различных трудноизлечимых заболеваний. Она объединяет семь научно-исследовательских институтов по рефлексотерапии. Ведущее место в научно-исследовательской работе Академии по рефлексотерапии занимает институт акупунктуры (иглоукалывания).

В Академии традиционной медицины КНДР (г. Пхеньян) бережно хранятся материалы по истории врачевания на Востоке, широко их используют в разработке новых методов лечения различных заболеваний. В частности, с понятием «рефлексотерапия» обычно ассоциируется акупунктура (иглоукалывание) и её разновидности (например, аквапунктура<sup>72</sup>), а также восточный лечебный массаж.

**Иглоукалывание** - это введение в строго определённые точки тонких игл, воздействующих на энергетические каналы организма. **Акупунктура (иглоукалывание)** используется для локального воздействия на нервные центры, что позволяет добиться очень точного и мощного **медицинского**

---

<sup>72</sup> Примечание: аквапунктура - введение в определённые точки воды или жидкого специального вещества. Аквапунктура помогает справиться с мышечным онемением, болями в нижней части спины и в суставах, проблемах желудочно-кишечной сферы, а также нарушениях работы желчного пузыря и печени.

эффекта. Наиболее часто **акупунктура** применяется для лечения тех болезней, где медикаментозная **медицина** дает сбой, а также для профилактики заболеваний или реабилитации после перенесенных тяжелых болезней и состояний, например, операций.

**Иглоукалывание**, вопреки распространённому мнению - это вовсе не болезненная процедура. При **акупунктурном лечении** используются тонкие специальные иглы, а медицинский специалист действует настолько точно и аккуратно, что вы можете почувствовать только несильную боль, холод или жар, либо некоторую тяжесть или распирающее ощущение. Конечно, процедура - это вовсе не какой-то вид развлечения и удовольствия и требует от вас терпения и дисциплины - но результат того всегда стоит. Например, в Центре предоставляется возможность пройти курс, как классического иглоукалывания, так и его различных разновидностей:

- **электроакупунктура**, при которой специалист оперирует иглами с электростимуляторами, позволяет решать проблемы с мышечными спазмами, лечить параличи и повреждения мышц и связок, снимать боль при ревматизме и параличе. Реже электроакупунктура используется для реанимации при нарушении дыхания. **Термопунктура** (процедура с небольшими источниками термического воздействия). Методика является одной из наиболее актуальных при лечении заболеваний, вызванных холодом или недостатком энергии. Корейцы считают, что травами, лечебным массажем, акупунктурой или прижиганием можно помочь при любых проблемах со здоровьем. Таким образом, в Центре - термопунктура является последним компонентом, необходимым для оказания полного спектра медицинских услуг по работе с точками на ушной раковине (аурикулярной акупунктуре), которая с точки зрения как традиционной, так и древней восточной медицины, ухо - представляет собой комплекс нервных центров, связанных со всем организмом. Различные виды воздействия на ушную раковину - от лечебного массажа до аурикулярной акупунктуры позволяют

добиться целебного и профилактического эффекта. Например, оказывать воздействие через кожу головы на центральную нервную систему, способствующее устранению проблем при сложных патологиях нервной системы (*краниопунктура*), или специально воздействовать на точки с помощью магнитов (*магнитопунктура*). Осуществлять *кетгут-терапию*, т.е. когда в акупунктурные точки вводят кетгут — натуральный саморассасывающийся хирургический шовный материал, который на протяжении всего периода рассасывания воздействует на биологически активные точки.

Техника иглоукалывания стремительно внедряется в европейскую медицину, методика эффективно применяется многими известными специалистами и помогает излечиться многим тысячам больных по всему миру. С появлением Центра увеличилась возможность получить полный спектр услуг восточной медицины - от иглоукалывания, лечебного массажа до аквапунктуры - на том же уровне, как если бы это происходило непосредственно в лучших медицинских учреждениях Кореи<sup>73</sup>.

**Выводы:** научный анализ, осуществлённый таким образом, подтверждает наш вывод о том, что лечение *методами рефлексотерапии* высокоэффективно как у взрослых, так и у детей, начиная с раннего возраста (с 1 года жизни) и включая подростковый период.

Лечение опирается на учение об энергетическом взаимодействии человека с окружающим миром, и энергетическом взаимодействии органов и систем организма. Оно научно и помогает даже в тех случаях, которые классическая медицина считает безнадежными.

---

<sup>73</sup> Награды центра восточной корейской медицины: Орден Авиценны. «За выдающиеся заслуги перед народами. / Награда Организации Объединенных Наций, / Международной Ассоциации Фондов мира. / Диплом «За благотворительность». / Награда Московского Фонда Мира, / Международной Академии общественных наук. / Лауреат конкурса инновационных социальных технологий. / Диплом Всероссийского выставочного центра «За освоение и внедрение в практику оздоровления методов традиционной медицины. / Грамота «За доблестный труд во славу Отечества» Международной Академии общественных наук. / Всероссийский конкурс «Национальное достояние».

3.2. *Терминология и классификация в рефлексотерапии.* Судьба научных терминов определяется эволюцией понятий, которые они обозначают. Более типичной является деспециализация термина. Изначально специальные «узкие» термины со временем начинают толковаться более широко, приобретая при этом некое переносное значение. Иные семантические превращения случились с термином «рефлексотерапия» - (РТ). Предложенный Яворским (Javorski) в 1912г., он изначально обозначал 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<sup>74</sup>». Впоследствии понимание рефлексотерапии сузилось до границ соматосенсорного анализатора:

- «лечебная система, основанная на рефлекторных соотношениях, сформировавшихся в процессе филогенеза<sup>75</sup> - и, реализуемая через центральную нервную систему посредством раздражения рецепторного аппарата кожи<sup>76</sup>, слизистых оболочек и подлежащих тканей для воздействия на функциональные системы организма», а затем ограничилось лишь воздействием, на точки акупунктуры (ТА):

- «комплекс лечебных приемов, основанных на воздействии различных, главным образом физических, факторов на определенные точечные участки поверхности тела - точки акупунктуры<sup>77</sup>». Таким образом, изначально более широкое смысловое значение «рефлексотерапия» существенно сузилось. В международном профессиональном языке более употребительным стал

<sup>74</sup> Киричинский А.Р. Рефлексотерапия // БМЭ, М., 1962, т.28, С. 564-569.

<sup>75</sup> Гойденко В.С. Рефлексотерапия // БМЭ, 1984, т.22. С.244-245.

<sup>76</sup> Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. Энциклопедия. Киев-Москва, АСТ-ПРЕСС, 1994.

<sup>77</sup> Табеева Д.М. Рефлексотерапия // Краткая Медицинская Энциклопедия. 1989. Т.2. С.603.

частный термин «акупунктура» - (АП). Так следует ли отказываться от термина: «рефлексотерапия»?

В ответе на этот вопрос имеется два основных аргумента против названия «рефлексотерапия». Во-первых, неспецифичность понятия «рефлексотерапия», ибо не существует лечебных методов, не вовлекающих рефлекторные механизмы. Они участвуют в саногенезе при действии любого лечебного фактора. Выделяют, например, рефлекторное действие лекарственных средств.

Во-вторых, участие в развитии лечебных эффектов «рефлексотерапия» механизмов, формально не входящих в рамки общепринятого нейрофизиологического понимания рефлексов. Г.А. Иваничев, анализируя феномен рефлекторной аналгезии, приходит к выводу, что основу «рефлексотерапия» составляют универсальные механизмы сенсорного взаимодействия<sup>78</sup>. В.Г. Зилов указывает, что «рефлекторные реакции являются не единственным и далеко не решающим механизмом лечебного эффекта АП<sup>79</sup>». Представление о рефлексе, например, как физиологическом понятии связывают с именем Рене Декарта<sup>80</sup>. Им было сформулировано понятие рефлекторной дуги, состоящей из воспринимающей центростремительной, переключающей центральной и ответной центробежной части.

Развитие концепции нервизма и представлений о роли нервной системы в эволюции<sup>81</sup> способствовали тому, что термин «рефлекс» приобрел в основном нейрофизиологическое значение. Однако в более широком биологическом и философском смысле рефлекс - отражение применимы не только к любой форме взаимоотношений организма со средой, но и вообще

---

<sup>78</sup> Иваничев Г.А. Является ли рефлекс нейрофизиологической основой рефлексотерапии // Европейский журнал китайской медицины. 1994. №1, С. 13-14.

<sup>79</sup> Зилов В.Г., Судаков К.В., Эпштейн О.И. Элементы информационной биологии и медицины. – М., МГУЛ, 2000. 248 с.

<sup>80</sup> Кратин Ю.Г. Нейрофизиология и теория отражения. Ленинград, Наука. 1982. 82с.

<sup>81</sup> Сеченов И.М., 1863; Ch. Sherrington, 1906.

ко всем формам существования материи, ибо являются ее базовым свойством. Таким образом, как понимание «рефлексотерапия», так и рефлекса подверглись в процессе своего существования явной редукции.

Данные современных научных исследований побуждают возвратиться к исходному, более широкому, естественнонаучному пониманию рефлекса. Рефлекторные взаимодействия проявляются не только на уровне морфофункциональной организации и биоэлектрической активности нервной системы, но и на любых других уровнях организации живой и неживой материи. Рефлекторный (отражательный) принцип имеет в частности, универсальный характер, он действует отнюдь не только на уровне нервной системы. Общенаучная теория отражения имеет здесь свои истоки, как в древневосточных философских учениях, так и средневековой русской гносеологии. В «Сказании о человеческом естестве, видимом и невидимом», человек представлен как «малый мир», построенный по аналогии со всем земным творением.

В последние годы существенно прогрессировали представления об информационных аспектах проблемы отражения. Хотя с современных позиций информация рассматривается как целостная сущность. Вместе с тем общее информационное пространство (информационный континуум) разделяется на дискретные фокусы конвергирования информации по голографическому принципу<sup>82</sup>. Эти фокусы представляют собой сложное сплетение различных интерферирующих энергоинформационных потоков. Качествами таких фокально-информативных единиц могут обладать различные функциональные системы, в том числе, система акупунктурных каналов, миниакупунктурных систем и других рефлексогенных зон<sup>83</sup>. Эти теоретические представления, привлекаемые для современного понимания

---

<sup>82</sup> Ханцеверов Ф.Р. Эниология Кн.1. М., 1996.- с.282.

<sup>83</sup> Разин Е.В., Василенко А.М., Егоркина Н.Д., Андрианкин Э.И., Тогоев А.М. Концепция метাগала и проективный диагностический тест "Акупунктурный ауторецепт" Тез.докл. IV Международного форума "Стратегия здоровья: информационные технологии и интеллектуальное обеспечение медицины - 97", М.,1997, С.86.

сущности рефлексотерапии, не противоречат толкованию старой философской категории «отражение – рефлекс». Она остается адекватной для обобщенного обозначения сущности биологических процессов, составляющих основу рефлексотерапии как в ее диагностической, так и лечебной части. В экстерорецептивных рефлексогенных зонах, например, отражаются (моделируются) основные элементы физиологических и патологических процессов, происходящих в корреспондирующихся с ними тканях и органах.

С другой стороны первичные периферические реакции на внешние воздействия репродуцируются в интероцептивных механизмах. Характер таких взаимно отражающихся процессов может быть различен. К ним относится, например, динамика обмена регуляторных пептидов, участвующих в нейроиммунных механизмах сенситизации и десенситизации нейромембран<sup>84</sup>, изменения рН и рО<sub>2</sub>, изменения обмена К<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup> и Са<sup>2+</sup> и других (цит. по Зилову В.Г.<sup>85</sup>).

Достижения молекулярной биологии последних лет еще раз подтверждают условность деления регуляторных механизмов на: - нервные, гуморальные, эндокринные, иммунологические и т.п. Они объединяются представлением об универсальном гомеостатическом принципе регуляторного континуума<sup>86</sup> - непрерывности структурного и функционального взаимодействия на различных уровнях, обеспечивающей интегративную деятельность организма в широком диапазоне физиологических и патологических условий<sup>87</sup>. Концепция регуляторного

---

<sup>84</sup> Василенко А.М. Акупунктура и рефлексотерапия. Эволюция методологии и теории. Таганрог, Из-во ТРТУ, 1998. 110с.

<sup>85</sup> Зилов В.Г., Судаков К.В., Эпштейн О.И. Элементы информационной биологии и медицины. – М., МГУЛ, 2000. 248 с.

<sup>86</sup> Гомазков О.А. Функциональная биохимия регуляторных пептидов. -, М., ВО "Наука", 1993.

<sup>87</sup> Ашмарин И.П., Каменская М.А. Нейропептиды в синаптической передаче. - Итоги науки и техники. ВИНТИ. Сер. Физиология человека и животных, 1988, Т.34, с.1-184.

континуума в полной мере согласуется с общетеоретическими построениями современной информационной медицины<sup>88</sup>.

Понимание рефлекторной деятельности не следует ограничивать нервной системой. Рассмотрение ее как иерархии гомеостатических реакций, реализующейся на различных, прежде всего, информационных уровнях организации материи, позволяет объяснить ряд феноменов рефлексотерапии, не поддающихся в настоящее время адекватной интерпретации. Такой подход, согласующийся с представлениями об акупунктурных каналах, как системе регуляции биоэлектромагнитного и информационного гомеостаза, дает основание считать целесообразным дальнейшее использование термина «рефлексотерапия» для обозначения системы методов рефлекторной диагностики и терапии. Именно совокупность диагностических и лечебных методов является необходимым условием существования рефлексотерапии, как врачебной специальности. В связи с изложенным возникает необходимость пересмотра определения рефлексотерапия и принципов ее классификации в следующей редакции: *рефлексотерапия – лечебно-профилактическая система, основанная на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействия на них с целью регуляции функциональных систем организма*. В отличие от предложенных ранее, данное определение:

- содержит общие требования к медицинской специальности - наличие самостоятельной (специфичной) целостной системы диагностики и лечения;
- не ограничивает понимание «рефлексотерапия» нейрофизиологическими рамками, каким-либо типом рецепторов, конкретной анализаторной системой или модальностью лечебного воздействия;

---

<sup>88</sup> Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Информационная медицина. М., «Парус», 1999. 592с.

- подчеркивает ограничение эффективного применения рефлексотерапии функциональными нарушениями. В соответствии с предлагаемым определением подлежит пересмотру классификация рефлексотерапии<sup>89</sup>, которая ранее содержала лишь методы, воздействующие на рецепторы соматосенсорной системы<sup>90</sup>. Ее следует дополнить разделами рефлексотерапия, использующими воздействия и на другие сенсорные системы<sup>91</sup> - зрительную, слуховую, обонятельную, которые используются в медицинской практике, имея самостоятельные названия цветотерапии<sup>92</sup>, музыкотерапии<sup>93</sup> и ароматерапии<sup>94</sup>. При всех внешних различиях этих методов они имеют единую основу в виде общенаучной теории отражения.

Сложилось так, что все перечисленные лечебно-профилактические методы были отнесены к, так называемой, «традиционной медицине». Это нашло отражение и в названии головного учреждения - в 1991 году ЦНИИ Рефлексотерапии был преобразован в НИИ традиционных методов лечения, а в 1999 г. - в Научно-Практический Центр Традиционной Медицины и Гомеопатии. В структуре Ученого Совета Минздрава РФ существует секция традиционной медицины. Вообще деление медицины на «традиционную», и «нетрадиционную» и соответствующие термины представляются не вполне корректными. К какой медицине относится, например, хирургия? АП, являясь традиционным (древним) лечебным методом для стран Юго-Восточного региона, не может рассматриваться в качестве таковой для прочих стран мира. Получившая статус медицинской специальности, развивающаяся на основе современных достижений базовых медико-биологических наук и клинической медицины, рефлексотерапия лишь в

<sup>89</sup> Гойденко В.С. Рефлексотерапия // БМЭ, 1984, т.22. С.244-245.

<sup>90</sup> Табеева Д.М. Рефлексотерапия // Краткая Медицинская Энциклопедия. 1989. Т.2. С.603.

<sup>91</sup> Гойденко В.С. (ред.) Визуальная цветостимуляция в рефлексологии, неврологии, терапии и офтальмологии // Сб.ст. РМАПО. М.,1998.- 114с.

<sup>92</sup> Лугова А.М. Визуальная цветостимуляция “цветоимпульсная рефлексотерапия” в схемах, рисунках и таблицах: учебно-методическое пособие.- М.:ЭКОН, 1999.-105с.

<sup>93</sup> Шушарджан С.В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М., АОЗТ «Антидор». 1998. 363с.

<sup>94</sup> Дашина Т.А., Крикорова С.А. Современные представления о фитоароматерапии // Вопр. Курортологии. 1999. №2, С. 47-53.

некоторых частных своих аспектах (иглоукалывание, прижигание, пульсовая диагностика) может рассматриваться как раздел традиционной восточной медицины. Например, большинство кандидатских и докторских диссертаций, посвященных РТ, в последние годы защищается по специальности 14.00.51 - восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия. Приведенные аргументы явились основанием для передачи полномочий по рассмотрению вопросов рефлексотерапии из секции традиционной медицины в секцию по восстановительной медицине Ученого Совета Минздрава РФ. То же произошло и с мануальной терапией.

**Выводы:** углубление понимания молекулярных механизмов рефлексотерапии и ее информационных аспектов побуждает к расширительному толкованию термина:

- «рефлексотерапия», не ограничивающемуся нейрофизиологическим пониманием рефлекторной деятельности. Такой подход соответствует общенаучной категории «отражение» и позволяет считать термин «рефлексотерапия» адекватным для обобщенного обозначения разнообразных методов диагностики и лечения, основанных на принципе рефлекса.

Из представленного исторического и семантического анализа термина «рефлексотерапия» следует, что нынешние его определения не вполне адекватно отражают сущность одноименной медицинской специальности. В связи с этим на обсуждение представлена новая формулировка определения рефлексотерапии и предложения по переработке ныне существующей классификации.

**3.3. *Современные научные методы коррекции повышенной массы тела.*** Современное состояние медицинской науки предполагает использование различных методов и способов коррекции повышенной массы

тела. В последнее время, например, все шире используются высокотратные хирургические методы снижения массы тела:

- пластическая хирургия и криогенный лифтинг. Для хирургических методов (в частности, липосакции) существует масса противопоказаний в связи с имеющейся соматической патологией, возможными осложнениями (келлоидными рубцами, сложностью анестезии и пр.). Кроме того, они имеют ограничения в применении не только для определённой группы больных в связи с сопутствующей патологией, но и для пациентов, проживающих в большинстве регионов России, так как применение этих методов предполагает наличие специально обученного и высококвалифицированного состава врачей, а также дорогостоящего оборудования. Однако большинство из них имеют определённые ограничения и не всегда приносят желаемые для пациента и врача-клинициста результаты.

Существующие консервативные методы лечения ожирения, такие как гипокалорийная диета, нутритивные добавки, повышение физической активности, способы суггестии и кодирования, массаж и др., в итоге оказываются практически неэффективными. Гипокалорийная диета, как правило, вызывает развитие у пациентов астении, невротического состояния, депрессивных реакций. Массаж, оказывая положительное влияние на общее состояние организма, не показал достоверной эффективности при использовании его для снижения массы тела.

Физические нагрузки часто противопоказаны больным ожирением из-за изменений гемодинамики, обусловленных тяжелой степенью и длительным анамнезом заболевания. Кроме того, эффект от применения перечисленных методов обычно весьма нестойкий и нередко имеет обратимый характер. В процессе их применения, как правило, не принимаются во внимание такие факторы, как анамнестическая длительность ожирения, тип

жироотложения, возрастные и половые, особенности больных, страдающих повышенной массой тела<sup>95</sup>.

В существующих социальных условиях иглорефлексотерапия (ИРТ<sup>96</sup>) может рассматриваться как оптимальный метод коррекции избыточной массы тела. В силу того что он позволяет проводить терапию с учётом индивидуального генотипа пациента, конституции жировой ткани, состояния реактивности в связи с метаболизмом гормонов, структурной и функциональной возбудимости центров аппетита и сытости, а также типов безусловных рефлексов, связанных с питанием. В научной литературе, например, описан ряд методик ИРТ для коррекции ИМТ. В частности, известен способ Г. Лувсана<sup>97</sup>, который предусматривает на фоне редуцированной диеты и расширения физической активности проведение сеанса корпоральной рефлексотерапии, когда длинные иглы вводятся горизонтально в области активных точек от F<sub>13</sub> до VB<sub>25</sub> с двух сторон и в точки E<sub>25</sub> и RP<sub>9</sub> также с обеих сторон. Длительность каждого сеанса 20-30 минут. Курс лечения - до 10 сеансов.

Метод, к сожалению, не отвечает современным медицинским представлениям и в соответствии с требованиями комплексного воздействия на патогенетические механизмы ожирения:

- он не способствует снижению аппетита, выраженной стимуляции метаболизма, активации липолиза, поскольку - не предусматривает использования аурикулотерапии, эффективность которой является общепризнанной<sup>98</sup>. Помимо отсутствия влияния на общие механизмы

<sup>95</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

<sup>96</sup> Примечание: иглотерапия как метод рефлекторного воздействия на биологически активные точки известен еще с глубокой древности. В настоящее время рефлексотерапия разрешена к медицинскому использованию на территории РФ и является врачебной специальностью. // Приказ МЗ РФ от 10.12.97 г. № 364.

<sup>97</sup> Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - М.: Медицина, 1986.

<sup>98</sup> Дуринян Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. - Ереван, 1983.

снижения массы тела, в методике не учитывается и ведущий синдром воздействия на актуальные симптомы. Количество сеансов ограничено десятью, что не позволяет наблюдать и достоверно контролировать процесс и результат снижения массы тела больных<sup>99</sup>. Существует также методика иглорефлексотерапевтического воздействия, предложенная М.В. Вограликом и В.Г. Вограликом<sup>100</sup>. Она предусматривает в частности, ежедневное проведение сеансов лечения утром с 7 до 11 часов.

Комплекс точек воздействия подбирается с учетом генеза ожирения, степени тяжести, жалоб больных, сопутствующей патологии. Метод воздействия (седативный, возбуждающий) выбирается на основании данных акупунктурой диагностики. Воздействие осуществляется на аурикулярные точки (АТ): E<sub>36,45</sub>, MC<sub>6</sub>, RP<sub>4</sub>, V<sub>20-22</sub>, R<sub>7</sub>, P<sub>6</sub>, TR<sub>5</sub>, T<sub>14</sub>, J<sub>17,21</sub> и точки: 17,16,19,22,26,26a,45,51,84,87. В итоге лечения снижение массы тела составляет в среднем 6-13 кг за 10-15 сеансов. Длительность воздействия аурикулярными иглами составляет от 40 минут до 4-5 суток. При всех позитивных моментах этот способ, по мнению автора диссертационного исследования, имеет и определенные недостатки. Например, слишком короткая продолжительность акупунктурного воздействия не обеспечивает адекватного торможения центра голода. Несколько хаотичный и бессистемный подбор точек является чрезмерной рефлекторной нагрузкой, в результате которой могут возникнуть обострения сопутствующих заболеваний, ухудшение общего самочувствия, усугубление гипоталамических расстройств, а в конечном итоге - прогрессирование заболевания. Применение по данной методике лечебной физкультуры в режиме возрастающих физических нагрузок способствует усилению аппетита из-за увеличения энергетических затрат. Кроме того, физические нагрузки могут стимулировать появление перегрузочных мышечно-суставных болей, что является пусковым механизмом «заедания

---

<sup>99</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

<sup>100</sup> Вогралик М.В., Вогралик В.Г. Пунктурная рефлексотерапия чжень-цзю. - Горький, 1988.

стресса». Физические нагрузки также противопоказаны значительной категории пациентов из-за сопутствующей патологии<sup>101</sup>.

**Выводы:** следует также отметить, что ни в одной из ранее предложенных методик не учитывается проблема косметических дефектов в виде отвисающих кожных складок, остающихся после снижения веса, которые усугубляют хронически существующую фрустрацию (неудовлетворенность пациентов своим внешним видом).

Наиболее близким аналогом предложенной автором методики является способ коррекции избыточной массы тела<sup>102</sup>, опубликованный 10.12.2001 г. в патенте РФ № 2176496. Способ включает в себя комплекс аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с гипокалорийной диетой. С учетом недостатков этого способа, автор разработала новый метод, позволяющий не только лечить ожирение, но и адекватно осуществлять коррекцию фигуры<sup>103</sup>.

Исследование эффективности упомянутого метода для объективизации его воздействия на целый ряд разрешенных МЗ РФ к медицинскому применению методов традиционной и академической медицины - является целью разрешения научной проблемы в настоящей диссертации.

---

<sup>101</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

<sup>102</sup> Патент Российской Федерации № 2176496 от 10.12.2001 г.

<sup>103</sup> Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

## ЧЕТВЁРТАЯ ГЛАВА

### МОТИВЫ УСТОЙЧИВОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА, СТРАДАЮЩЕГО ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

*4.1. Метод снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры* изложен в методике, исполнение которой не вызывает осложнений; не требует специального оборудования; а также больших материальных затрат; не использует никаких лекарственных препаратов или пищевых добавок. В результате такого лечения достигается, в том числе снижение аппетита у пациентов, сокращение калорийности употребляемой ими пищи. Кроме этого достигается основная цель: сокращение массы и объёмов тела, сопровождающееся улучшением психо-эмоционального состояния больных, отдельных физиологических параметров организма, а также формирование адекватного энергетическим затратам организма пищевого поведения, способствующего пролонгированному закреплению лечебного эффекта, приводящего к улучшению качества жизни пациентов в целом. Особенности применения авторского метода состоят в том, что:

1. Использование одной микроиглы одновременно для двух аурикулярных точек. Ее фиксация зажимом позволяет оставить иглу на длительное время одновременно в двух точках, что обеспечивает блокирование центра голода и выработку пищевого рефлекса с учетом индивидуальных особенностей пациента, снижает травматизацию и возможное инфицирование.

2. Охват всех жировых депо позволяет не только снижать массу тела, но и осуществлять коррекцию фигуры.

3. Использование глубокого пальцевого массажа зон жирового депо улучшает местный кровоток, оптимизирует лимфоотток, уменьшает

отечность и болезненность тканей, а также способствует общему расслаблению и снятию напряжения у пациентов. Дополнительное использование массажа точек акупунктуры, или биологически активных точек (БАТ), позволяет усилить его действие как за счет местного эффекта от воздействия на точки данной зоны, так и за счет общего воздействия посредством их связи с центральными отделами нервной системы.

4. Использование акупунктурной иглы при воздействии на жировые депо с разрушением их жировой ткани повышает эффективность курса лечения, позволяет корректировать фигуру, снижая при этом число сеансов ИРТ в зонах избыточного жираотложения и обеспечивая отсутствие провисания складок. Использование акупунктурной трехгранной иглы повышает эффективность лечения, особенно у пациентов с большой степенью ожирения.

5. Лечение сопутствующих заболеваний позволяет повысить эффективность лечения ожирения.

Таким образом, разработанный автором метод, по сравнению с существовавшими ранее аналогами, обеспечивает повышение эффективности лечения ожирения и коррекции фигуры за счет снижения его травматичности при увеличении длительности сохранения полученных результатов<sup>104</sup>.

Это позволяет создать формулу метода, по которой *метод снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры нашей методики состоит в коррекции психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с использованием аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с редуционной диетой (на фоне нивелировки мотивационных и поведенческих особенностей пищевого поведения личности)*. Особенностью разработанного метода рефлексотерапевтического воздействия является создание психологически

---

<sup>104</sup> Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

конкретизированных мотивов устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела.

Метод рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры как один из путей решения проблемы избыточного веса и связанных с ним заболеваний был разработан автором диссертационного исследования. Он утвержден и разрешен к медицинскому применению МЗ РФ в установленном порядке в 2004 году. // Пособие для врачей «Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры» приоритетность его подтверждена патентами РФ<sup>105</sup>. Материально-техническое оснащение упомянутого метода является стандартным для осуществления традиционной медицинской деятельности в области рефлексотерапии и проведения аурикулярной и корпоральной ИРТ. Показания к его применению следующие:

1. Алиментарно-конституциональное ожирение. 2. Гипоталамическое ожирение. Противопоказания:

1. Индивидуальная непереносимость ИРТ. 2. Булимия. 3. Беременность и лактация. 4. Злокачественные новообразования. 5. Судорожный синдром любой этиологии. 6. Анемия 2 ст. и более. 7. Хроническая сердечнососудистая, почечная, печеночная недостаточность. 8. Гипотиреоз в стадии декомпенсации. 9. Сахарный диабет 1 и 2 типа.

*Сущность* разработанного метода состоит в нивелировке мотивационных и поведенческих особенностей пищевого поведения личности, формировании в процессе лечения адекватного энергетическим затратам организма пищевого поведения, способствующего пролонгированному закреплению лечебного эффекта. В частности, метод

---

<sup>105</sup> МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (методика Мухиной М.М.) // Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы: Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с.

включает в себя пять последовательных этапов. Этапы проведения ИРТ изложены в пособии для врачей:

- «Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры», утвержденного МЗ РФ в установленном порядке, а также опубликованы в открытой печати<sup>106</sup>.

Каждый из пяти последовательных этапов имеет своё назначение и решает определённые задачи на пути достижения общей цели - снижения избыточной массы тела пациентов с целью улучшения качества их жизни. Например, в конце каждого этапа лечения проводится контроль массы тела, измеряется окружность талии, бедер, груди, плеча. Полученные методом корпометрии результаты объективно показывают, что происходит значительное уменьшение толщины жировых складок, их подтягивание. Лечение заканчивают при достижении пациентом идеальной массы тела, рассчитываемой по ИМТ.

**Особенности личностного реагирования больных на проводимую терапию.** При лечении автор метода учитывала также особенности личностного реагирования больных. В частности, пациенты с 1-й степенью ожирения испытывают фрустрацию от отсутствия выраженного снижения ИМТ в ранние сроки ИРТ, что часто вызывает сомнения в правильности выбора методики похудения и у врача. При этом создается негативное мнение о методике воздействия и возрастает риск отказа от дальнейших процедур, а проведенный в неполном объеме курс ИРТ может привести к восстановлению исходной массы тела. В настоящем исследовании делается попытка объяснения причин прекращения лечения целого ряда пациентов. Поэтому выходы, имевшие место в исследовании, зачастую не были обусловлены реальной не успешностью лечения. Они в частности, носили

---

<sup>106</sup> Мухина М.М. / методика: МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры // Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы: Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с.

субъективный характер и были прогнозируемыми. Ниже приводим данные, полученные автором при исследовании указанных пациентов.

Так, при практическом применении данного метода, автором было показано, что максимальный темп убыли ИМТ за первые 20 дней (2,5 недели ИРТ) наблюдается у пациентов с 3-й степенью ожирения (25,5 %). При 2-й степени ожирения этот показатель за тот же период времени составляет 9 %. При 1-й степени - только 4 %.

Однако при 1-й степени ожирения максимальный темп убыли ИМТ отмечается через 2,5 месяца ИРТ (6,2 %). При 2-й степени он остается стабильно высоким на протяжении всего курса ИРТ. При 3-й степени темпы убыли прогредиентно уменьшаются от первых 20 дней до 6 месяцев.

Это следует принимать во внимание, поскольку при кажущемся отсутствии эффекта у лиц с 1-й степенью ожирения лечение необходимо продолжать до 2,5 месяцев. У лиц с 3-й степенью ожирения наиболее клинически регистрируемый эффект наблюдается в первый месяц лечения, далее темпы его убыли существенно уменьшаются. И только при 2-й степени ожирения происходит равномерное снижение ИМТ в течение всего периода ИРТ. Наибольшая потеря ИМТ наблюдается у лиц с 3-й степенью ожирения. Например, к концу 6-го месяца она составляет 57,8 % от исходного ИМТ, а при 2-й степени - этот показатель меньше (71,8 %). Хотя при 1-й степени ожирения - снижение ИМТ минимально - 88,2 %.

Очень быстрое снижение ИМТ по темпу короткого срока является по нашему мнению, «стрессорным» фактором воздействия на пациента, что приводит к необходимости гормональной и функциональной перестройки всех звеньев регуляции гомеостаза. Кроме того, при быстром снижении массы тела нельзя исключить появления некоторых косметических неудобств (дефектов кожи в виде складок). Характерно, что пациенты с более высоким уровнем ИМТ, получив в первые недели лечения весьма эффективные

результаты, также пытаются отказаться от дальнейшего лечения. Поэтому в группах больных с 1-й и 3-й степенями ожирения врач должен проинформировать пациентов о разных сроках наступления ожидаемых результатов. Помимо этого пациенты должны быть проинформированы о том, что темп снижения ИМТ при разной длительности ожирения также несколько различается: чем меньше анамнез заболевания и у мужчин, и у женщин, тем в ранние сроки более медленные изменения претерпевает ИМТ. Однако у женщин - при длительной степени ожирения:

- до 5 лет и от 6 до 15 лет в ранние сроки ИРТ, снижение ИМТ идет наиболее интенсивно по сравнению с мужчинами, но при большой длительности ожирения (более 15 лет) через первые 2,5 недели ИРТ убыль ИМТ и у мужчин и у женщин примерно одинакова. Подобная тенденция в соотношении убыли ИМТ у мужчин и у женщин на втором сроке ИРТ (через 1 месяц) наблюдается только при незначительной длительности ожирения, поскольку при длительном анамнезе ожирения - мужчины теряют массу тела через 1 месяц от начала ИРТ, т.е. в значительно большей степени, чем женщины<sup>107</sup>.

Однако за весь курс лечения в целом, при длительной степени ожирения:

- до 5 лет и от 6 до 15 лет показатель наглядности, по нашим данным, был меньше у женщин (69,4 % и 60 %, у мужчин - 71,6 % и 68,8 % соответственно), а при длительности ожирения более 15 лет - наблюдалось обратное соотношение (мужчины - 69 %, женщины - 73,2 %<sup>108</sup>).

Следовательно, соотношение анамнестической длительности ожирения и половой характеристики по нашим данным, полученным в процессе эксперимента, также принимались во внимание при проведении ИРТ.

---

<sup>107</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

<sup>108</sup> Там же.

Помимо этого интенсивность снижения веса коррелирует с возрастом и полом. Например, у мужчин и женщин младшей и средней возрастной группы:

- уменьшение массы тела происходит оптимально, т.е. - более чем в старшей группе. Данная парадигма отражает активность центральных регулирующих механизмов в возрасте до 40 лет, а также изменение метаболизма половых стероидов на периферии, в частности, в жировой ткани, где, как известно, андрогены, обладая катаболической активностью, обеспечивают более быстрое протекание липолиза.

Эстрогены, анаболически регламентируя липосинтез, замедляют процессы снижения массы тела. Уровень половых стероидов, таким образом, оказывает существенное влияние на прогноз лечения, а так как он выше у лиц до 40 лет, учитывая активность гипоталамо-гипофизарно-половой системы, в сочетании признаков пол-возраст - является одним из критериев темпа и объёма проводимой терапии. При этом следует также отметить, что наличие *сопутствующей патологии* (различные формы ишемической болезни сердца, артериальная гипертензия и сахарный диабет) не является противопоказанием для проведения ИРТ, но больные с сахарным диабетом обнаруживают несколько меньшее снижение ИМТ на ранних сроках лечения, что требует увеличения продолжительности курса. Весьма важным аспектом в повышении эффективности лечения стал учет личностных *психологических особенностей* отношения пациентов к ожирению.

По нашим данным, например, ранее при проведении научного эксперимента было установлено<sup>109</sup>, что при 1-й степени ожирения у пациентов наблюдается гармоничный тип отношения к своему состоянию (т.е. способность адекватно его воспринимать, отношение к нему окружающих и генерировать адекватные поведенческие реакции). Даже при

---

<sup>109</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

обращении за медицинской помощью - такие пациенты не склонны рассматривать свое состояние как тяжелый недуг. У них часто наблюдается пренебрежительное отношение к своему состоянию здоровья и даже лечению, что может привести к отказу от ИРТ, особенно при хорошей динамике снижения массы тела в ранние сроки лечения (до 1 месяца). В то же время у таких пациентов выявляется замаскированное за внешней кажущейся анозогнозией беспокойство о том впечатлении, которое они производят на окружающих, а также о том, что окружающие начнут их избегать. Такой внутренний конфликт является дополнительным фактором эмоционально-стрессорного воздействия.

В период применения ИРТ происходит гармонизация профиля ЛОБИ, хотя уровень чувствительности остается достаточно высоким, соотношение шкал адаптивного блока становится схожим с таковым у здоровых лиц (по убывающей - гармония, эргопатия, анозогнозия<sup>110</sup>). В целом же тип отношения лиц с ожирением 1-й степени можно охарактеризовать как гармоничный. Такие пациенты активно содействуют процессу лечения, а в случае его неэффективности способны переключиться на другие жизненные сферы, способные доставить им комфортное психологическое состояние.

При 2-й степени профиль ЛОБИ в целом повторяет конфигурацию, описанную для всей группы больных с ожирением, однако анозогностические тенденции существенно снижаются, что позволяет адекватно оценивать свое состояние после курса проведенного лечения. Сохранение некоторого чувствительного компонента может также свидетельствовать о том, что и в дальнейшем эти лица будут придерживаться рекомендаций врача по снижению или отсутствию увеличения массы тела. При 3-й степени ожирения наблюдается "чистый" чувствительный тип отношения к болезни, то есть чрезмерная озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые пациенты могут произвести на

---

<sup>110</sup> Там же.

окружающих; проявляется опасение, что окружающие будут их избегать, неблагоприятно относиться к их состоянию. После проведения ИРТ например, тип реагирования становится эргопатически-сенситивным<sup>111</sup>, то есть озабоченность мнением окружающих становится менее выраженной, а появляется добросовестное (иногда даже сверхответственное) отношение к работе, боязнь потерять свой профессиональный статус.

С одной стороны это можно объяснить субъективным улучшением соматического состояния, что позволяет пациенту с ожирением больше внимания уделять выполнению профессиональных или бытовых обязанностей, а с другой стороны, не следует забывать о существовании маскированной сенситивности, что может привести к внутренней тревоге и дискомфорту. В целом же в процессе коррекции избыточной массы тела разработанным методом значительно улучшаются психологические параметры больных, их психологический статус, структура личности пациентов.

Но в настоящем исследовании не удалось, к сожалению, избежать обусловленных перечисленными причинами выходов из него. Учет индивидуальных особенностей каждого пациента и характера личностных реагирований разных категорий больных увеличивал, таким образом, эффективность лечения, в том числе за счет формирования правильного отношения к результатам лечения на протяжении всего курса. Однако в целях научного подтверждения наших выводов на наш взгляд требуется осуществить диссертационное исследование эффективности и безопасности метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, в том числе динамики абдоминального (висцерального) ожирения и состояния углеводного обмена.

---

<sup>111</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.

**Выводы:** для достижения поставленной цели следует решить следующие задачи:

- изучить имеющиеся библиографические данные и результаты клинического применения метода;
- предложить и обосновать критерии для объективизации эффективности метода;
- провести с помощью предложенных критериев объективизацию результатов применения метода в клинике на группе пациентов;
- сравнить эффективность применения метода ИРТ для снижения массы тела с эффективностью использования только диетотерапии (на основании сравнения результатов в двух соответствующих группах пациентов). На основании полученных результатов исследования по объективизации эффективности и безопасности метода оценить влияние метода:
  - на наличие и выраженность висцерального (абдоминального) ожирения у пациентов;
  - на состояние углеводного обмена пациентов.

**4.2. Обоснование применения материалов и методов исследования:**  
**информационно-аналитического и информационно-радиоволновой диагностики** представляют собой открытую двойную программу на двух параллельных группах пациентов. После предварительного скрининга все пациенты были разделены на 2 группы:

1. Группа «ИРТ+диета» - это пациенты, получавшие сеансы ИРТ и соблюдавшие диетические рекомендации, направленные на снижение массы тела (кодовое обозначение программы «И»).

2. Группа «Диета» - пациенты, не получавшие ИРТ, а только соблюдавшие диетические рекомендации (кодированное обозначение программы «Д»).

По условиям протокола все пациенты проходили полное клиническое обследование с использованием ряда лабораторных и инструментальных методов исследования. Порядок прохождения исследований пациентами представлен в разделе «Материалы и методы». В исследовании, проводимом в ФНКЭЦТМДЛ Росздрава<sup>112</sup>, были использованы стандартные методики, тест-системы и приборы, разрешенные Минздравом России к использованию на территории Российской Федерации для проведения соответствующих исследований. Все работы проводились на базе Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава (ФНКЭЦТМДЛ Росздрава). Там же на базе поликлиники проводили физикальное исследование пациентов, лабораторные и инструментальные обследования (начало исследования: 17.07.2006 г. окончание исследования: 17.12.2006 г.). Продолжительность единичного исследования – в среднем 150 дней. Исследуемая (испытываемая) группа - 30 человек.

Для объективизации эффективности и безопасности метода рефлексотерапии по снижению избыточной массы тела и коррекции фигуры и полученных с помощью физикального исследования результатов нами были предложены и использованы в качестве критериев оценки эффективности и безопасности изучаемого метода:

1) информационно-аналитический метод; 2) метод информационной радиоволновой скрининг-диагностики (ИРВД) – для оценки функционального состояния органов и систем организма; 3) физикальное

---

<sup>112</sup> Научный отчет по теме НИР: «Объективизация эффективности метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры / (методика Мухиной М.М. // часть 2., 2007 г». // Федеральное Научное Клинико-Экспериментальное Центр Традиционных Методов Диагностики и Лечения // Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию // М.-2007. 268 с.

обследование пациентов; 4) регулярное определение уровня глюкозы в капиллярной крови натощак; 5) метод дисперсионного картирования с помощью прибора КардиоВизор-Обс – для оценки функционального состояния миокарда; 6) систематическое измерение массы тела и основных объемов тела (метод корпометрии) с расчетом индекса ОТ/ОБ; 7) нейрофизиологическое исследование – электроэнцефалография (ЭЭГ); 8) психологическое исследование (по шкалам реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, а также тесту САН – самочувствие, активность, настроение).

В ходе исследования информационная радиоволновая скрининг-диагностика (ИРВД), физикальное обследование пациентов, определение уровня глюкозы в капиллярной крови, дисперсионное картирование с помощью прибора КардиоВизор-Обс, систематическое измерение массы тела и основных объемов тела с расчетом индекса ОТ/ОБ, психологическое исследование проводились перед визитом к автору диссертационного исследования.

Нейрофизиологическое исследование (электроэнцефалография) проводилось дважды – перед началом и после окончания процедур. Ниже приведено описание методов исследования. В частности, *это общепринятый метод исследования, заключающийся в сборе и анализе имеющихся на момент начала настоящего исследования библиографических данных, а также результатов предшествующих клинических исследований, направленных на объективизацию эффективности и безопасности метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры.* Результаты проведенного нами информационно-аналитического исследования представлены в четвёртой главе диссертации (М. – 2009 с. 117-163).

Они были также использованы для проведения сравнительного анализа полученных нами результатов с данными, опубликованными в открытой печати<sup>113</sup>. Для скрининговой оценки функционального состояния органов и систем организма у пациентов на фоне применения исследуемой методики нами был выбран безопасный и не инвазивный метод информационной радиоволновой диагностики (ИРВД). Метод обладает высокой чувствительностью, подтвержденной экспериментально<sup>114</sup> (табл. 1).

Таблица 1

**Чувствительность метода информационной радиоволновой  
диагностики**

Заболевания органов и систем	Чувствительность метода
Заболевания органов дыхания	97,4 %
Заболевания нервной системы	86,4 %
Заболевания эндокринной системы	94,2 %
Заболевания сердечно-сосудистой системы	95,4 %
Заболевания желудка	89,3 %
Заболевания поджелудочной железы	78,7 %
Заболевания печени	86,3 %
Заболевания желчного пузыря	97,3 %
Заболевания кишечника	88,2 %
Заболевания почек	86,7 %
Заболевания половой системы	89,9 %

**Сущность метода:** в основе метода ИРВД лежит регистрация собственных электромагнитных полей различных тканей организма с

<sup>113</sup> Информационная радиоволновая диагностика и терапия: Методические рекомендации / Бессонов А.Е. и др. – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2003. – 24 с.

<sup>114</sup> Информационная радиоволновая скрининг-диагностика и коррекция функционального состояния организма человека: Медицинская технология / Бессонов А.Е. и др. – М.: ЗАО «научный центр информационной медицины «ЛИДО». – 2007. – 28 С.

помощью антенны КВЧ-блока анализатора-индикатора миллиметровых сигналов «АИС-ЛИДО», параметры которых изменяются при патологии. Различные заболевания изменяют протекание метаболических процессов в клетках, инициируя тем самым патологические перестройки и вариации спектров их электромагнитных полей. При подаче на сигнальные акупунктурные точки и рефлексогенные зоны тестирующей электромагнитной волны происходит процесс взаимодействия внешних электромагнитных волн (ЭМВ) с собственными электромагнитными излучениями точки, зоны. Следствием подобного взаимодействия является модуляция падающей электромагнитной волны на излучаемой частоте сигнальной точки, зоны.

*Материально-техническое обеспечение метода* ИРВД проводилась на базе поликлинике ФНКЭЦТМДЛ Росздрава с использованием прибора «АИС-ЛИДО» (Россия) – анализатор-индикатора миллиметрововолновых сигналов с БАТ компьютеризированный (регистрационный № 29/23041099/1679-0).

*Методика проведения* исследования осуществлена на основании общего плана проведения ИРВД, который включал несколько основных этапов: сбор информации о пациенте и занесение ее в память компьютера; измерение радиосигналов; анализ и оценка результатов измерений; оформление диагностического заключения. Все измерения проводились врачом по утвержденной в установленном порядке схеме<sup>115</sup>, которая позволяет получить наиболее полную информацию о состоянии здоровья пациента. В основу данной схемы положен последовательный порядок измерений в контрольных (акупунктурных) точках<sup>116</sup> (табл. 2). Обследование

---

<sup>115</sup> Информационная радиоволновая диагностика и терапия: Методические рекомендации / Бессонов А.Е. и др. – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2003. – 24 с.

<sup>116</sup> Информационная радиоволновая скрининг-диагностика и коррекция функционального состояния организма человека: Медицинская технология / Бессонов А.Е. и др. – М.: ЗАО «научный центр информационной медицины «ЛИДО». – 2007. – 28 С.

проводили перед каждым визитом к доктору (Мухиной М.М.) – всего 4 раза.

Таблица 2

### Порядок измерений при проведении ИРВД

№ п/п	Обследуемые органы и системы	Локализация контрольных (акупунктурных) точек измерения
I. Нервная система		
	Головной мозг	
1.	Лобная доля (правая, левая)	Выше середины брови на 2 см, перпендикулярно зрачку прямо смотрящего глаза, что соответствует ATVB-14
2.	Височная доля (правая, левая)	У верхнего основания ушной раковины, что соответствует AT TR-20 (d,s)
3.	Теменная доля (правая, левая)	На вертикальной линии, идущей через зрачок прямо смотрящего глаза, на 7 см выше и кзади от передней границы роста волос, что соответствует ATVB-17(d,s)
4.	Затылочная доля	На средней линии головы, на верхнем крае затылочного бугра, что соответствует AT VG-17
II. Дыхательная система		
5.	Бронхи	На передней средней линии грудины, на уровне 4 межреберья, что соответствует AT VC-17
6.	Легкие	На линии между остистыми отростками III и IV грудных позвонков на 3 см в сторону от средней линии спины; что соответствует AT V-13 справа и слева
III. Сердечно-сосудистая система		
7.	Сердце	В третьем межреберье, кнаружи от средней линии грудины на 4 см влево, что соответствует AT R-24
IV. Пищеварительная система		
8.	Желудок	По средней линии живота, на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины, что соответствует ATVC-12
9.	Кишечник	В центре пути, что соответствует AT VC-8
10.	Печень	У нижнего края; свободного конца XI ребра, что соответствует AT F-13 справа
11.	Желчный пузырь	В седьмом межреберье на сосковой линии, что соответствует AT VB-24 справа
12.	Прямая кишка	На середине расстояния между копчиком и задним проходом, что соответствует AT VG-1
V. Мочевыделительная система		
13.	Почки (правая, левая)	На линии между остистыми отростками II и III поясничных позвонков в сторону на 3 см, что соответствует AT V-23 справа и слева
14.	Мочевой пузырь	На средней линии живота, на середине расстояния между пупком и лобковой костью, что соответствует AT VC-3

VI. Половая система		
15.	Матка	На середине верхнего края лобковой кости, что соответствует АТ VC-2
16.	Предстательная железа	Между наружными половыми органами и задним проходом, что соответствует АТ VC-1
17.	Яичники - правый, левый	Середина паховой складки, на уровне нижнего края лобковой кости, что соответствует АТ E-31 справа и слева

Продолжение таблицы 2

18.	Молочные железы - правая, левая	По сосковой линии в четвертом межреберье, что соответствует АТ E-17 справа и слева
VII. Эндокринная система		
19.	Щитовидная железа - правая, левая доли	Кнаружи от нижнего края щитовидного хряща у переднего края кивательной мышцы, что соответствует АТ E-10 справа и слева
20.	Поджелудочная железа	На уровне между остистыми отростками XII грудного и I поясничного позвонков вправо и влево от средней линии спины на 3 см, что соответствует АТ V-21
VIII. Опорно-двигательный аппарат		
21.	Шейный отдел позвоночника	Между остистыми отростками VII шейного и I грудного позвонков, что соответствует АТ VG-14
22.	Поясничный отдел позвоночника	Между остистыми отростками II и III поясничных позвонков, что соответствует АТ VG-4
23.	Плечевой сустав (справа и слева)	На задней поверхности плечевого сустава, что соответствует АТ TR-14
24.	Локтевой сустав (справа и слева)	На задней поверхности плеча выше локтевого отростка на 2 см, что соответствует АТ TR-10
25.	Лучезапястный сустав (справа и слева)	На тыльной поверхности лучезапястного сустава, что соответствует АТ TR-4
26.	Тазобедренный сустав (справа и слева)	Во впадине ниже передней ости подвздошной кости, что соответствует АТ VB-29
27.	Коленный сустав (справа и слева)	У нижнего края коленной чашечки, где пальпируется углубление, что соответствует АТ B-35
28.	Голеностопный сустав (справа и слева)	Ниже наружной лодыжки на 1,5 см, что соответствует АТ V-62
IX. ЛОР - органы		
29.	Ухо (правое, левое)	В углублении, сзади от основания мочки, что соответствует АТ TR-17, справа, слева
30.	Горло	На средней линии шеи, выше складки шеи на 0,5 см между нижним краем тела подъязычной кости и верхней вырезкой щитовидного хряща, что соответствует точке АТ VC-23
31.	Верхнечелюстная пазуха (справа, слева)	В середине носогубной складки, что соответствует АТ E-3 справа, слева

**Вывод:** выделение этой частоты из спектра модулированной отраженной волны, ее амплитудно-частотный анализ позволяют получить информацию о состоянии связанного с акупунктурной точкой внутреннего органа и оценить ответные реакции организма на внешние воздействия.

**4.3. Метод определения глюкозы в капиллярной крови на основе методики и интерпретация результатов исследования,** которые проводились и путем анализа амплитудно-частотных характеристик радиосигналов (спектрограмм) от различных органов, и сопоставлением их с характеристиками эталонных сигналов от нормально функционирующих (здоровых) органов. Частотные составляющие спектра информационных сигналов нормально функционирующих органов и структур расположены в области в диапазоне частот 0,01-0,03 Гц. Наличие радиосигналов в области частот 0,06 Гц и выше указывает на наличие каких-либо патологических изменений в органах и системах.

Нами были выделены три степени выраженности патологических изменений в органах и системах. Частота радиосигналов в диапазоне от 0,03 до 0,07 Гц соответствует минимальным функциональным нарушениям информационного гомеостаза (1 степень); 0,07-0,24 Гц - ранним стадиям патологических нарушений (2 степень); частота более 0,25 Гц отражает выраженные патологические изменения в органах и системах (3 степень). Для объективной оценки динамики изменений функционального состояния органов и систем нами проводилась оценка степени имеющихся нарушений на каждом из обследований по методу ИРВД с индивидуальным сопоставлением исходных показателей с показателями на момент окончания исследования. В частности, физикальное обследование пациентов проводили с использованием общепринятых методов и по общепринятым методикам.

В ходе исследования на каждого пациента терапевтом заводилась «Индивидуальная карта пациента» (далее – Карта) с данными анамнеза (перенесенные заболевания и операции, причины набора веса, аллергические реакции). В Карту на каждом приеме заносились основные жалобы пациента, общее состояние и результаты осмотра по системам органов. Настоящая форма Карты была разработана нами специально для оценки динамики состояния пациентов, либо получающих определенные лекарственные

средства (с целью их клинических испытаний), либо находящихся в клиническом исследовании эффективности и безопасности различных методов традиционной медицины. Учитывая преимущественный состав группы из пациентов с избыточным весом или ожирением, особое внимание было уделено нами оценке и регистрации изменений функционального состояния желудочно-кишечного тракта, а также уровня артериального давления. Для оценки динамики состояния здоровья пациентов с хронической патологией нами была разработана специальная форма «Карточка пациента с хронической патологией» (далее – Карточка), в которой отражались данные о времени постановки диагноза, характере течения заболевания и получаемой пациентом терапии.

Заполнение «Индивидуальной карты пациента» и «Карточки пациента с хронической патологией» (при ее наличии) проводили при каждом посещении терапевта по результатам проведенного опроса пациента и его физикального обследования. По времени оно совпадало либо с очередным сеансом ИРТ у доктора Мухиной, либо с одним из плановых инструментальных обследований. Оригиналы заполненных «Индивидуальных карт пациента» и «Карточек пациента с хронической патологией» представлены нами в архив центра.

Следует особо отметить стремление каждого обследуемого в ходе беседы с терапевтом обсудить достигнутые результаты, поделиться сомнениями и воображаемыми или реальными неудачами в достижении поставленной цели. В этой связи особое сожаление вызывает факт недобросовестных посещений терапевта рядом пациентов, включенных в исследование. Некоторые пациенты воспринимали их как необязательные, незначимые или второстепенные, поэтому при необходимости проведения дальнейших исследований в договоре с пациентом следует предусмотреть пункт об обязательном прохождении всех этапов обследования с целью объективизации состояния пациентов в ходе клинического исследования.

***Обоснование применения метода определения глюкозы в капиллярной крови.*** Учитывая большую частоту встречаемости сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе среди лиц, страдающих ожирением и избыточной массой тела, в программу исследования решено было включить мониторинг уровня глюкозы в плазме крови в качестве скринингового метода диагностики нарушений углеводного обмена.

*Материально-техническое обеспечение метода* для определения уровня глюкозы в капиллярной крови - использовался прибор – глюкометр Глюкометр Уан Тач Ультра (OneTouch® Ultra™), тест-полоски Уан Тач Ультра (OneTouch® Ultra™), ручка для прокалывания Ультра Софт (OneTouch® UltraSoft™) и одноразовые ланцеты Ультра Софт (OneTouch® UltraSoft™). В основе принципа работы данного прибора лежит ферментативный метод определения концентрации глюкозы в крови, основанный на применении фермента глюкозооксидазы. Этот фермент реагирует с глюкозой, в результате чего образуется перекись водорода. Количество образовавшейся перекиси водорода соответствует количеству глюкозы в исходной пробе капиллярной крови.

Исследование капиллярной крови проводили по методике на каждом этапе исследования в день приема терапевта в поликлинике ФНКЭЦТМДЛ Росздрава утром натощак с использованием глюкометра и тест-полосок.

*Результатов исследования интерпретировали* нормальные значения уровня глюкозы в капиллярной крови, которые находятся в пределах от 3,3 до 6,0 ммоль/л. Нарушения обмена углеводов оцениваются в соответствии с международными критериями<sup>117</sup> (табл. 3). Таблица 3

Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений  
углеводного обмена (ВОЗ - 1999)

<sup>117</sup> Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. // N Engl J Med. – 2002; 346, 393–403.

Время проведения пробы	Концентрация глюкозы в ммоль/л (мг/дл)			
	цельная кровь		плазма	
	венозная	капиллярная	венозная	капиллярная
Сахарный диабет				
Натощак	>6,1 (>110)	>6,1 (>110)	>7,0 (>126)	>7,0 (>126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой	>10,0 (>180)	>11,1 (>200)	>11,1 (>200)	>12,2 (>220)
Нарушенная толерантность к глюкозе				
Натощак	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)	<7,0 (<126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой	>6,7 (>120) и <10,0 (<180)	> 7,8 (>140) и <11,1 (<200)	>7,8 (>140) и < 11,1 (<200)	>8,9 (>160) и < 12,2 (<220)
Нарушенная гликемия натощак				
Натощак	>5,6 (>100) и <6,1(<110)	> 5,6 (>100) и <6,1 (<110)	>6,1 (>110) и <7,0 (<126)	>6,1 (>110) и <7,0 (<126)
Через 2 ч после нагрузки глюкозой	<6,7 (<120)	<7,8 (<140)	<7,8 (140)	<8,9 (160)

Для оценки изменений уровня глюкозы капиллярной крови у пациентов нами проводилось индивидуальное сопоставление исходных значений со значениями на момент окончания настоящего клинического исследования с расчетом процента снижения или увеличения данного показателя под воздействием курса снижения массы тела. Для определения влияния исследуемой методики на состояние углеводного обмена у пациентов нами проводилась статистическая обработка полученных значений уровня глюкозы в капиллярной крови и расчет средних значений

данного показателя в группах пациентов с определением статистически достоверных изменений в ходе исследования.

*Метод дисперсионного картирования* с помощью прибора кардиовизор-обс™ осуществлялся для оценки функционального состояния миокарда в рамках эксперимента с использованием прибора Кардио-Визор-Обс™, принцип работы которого основан на технологии расчета и трехмерной визуализации электромагнитного излучения миокарда по параметрам амплитудной дисперсии стандартного ЭКГ-сигнала от конечностей (4 электрода, патент DE 19933277A1<sup>118</sup>).

*В обоснование применения упомянутого метода* отметили, что прибор и метод предназначены для скрининговых обследований широких групп населения и выявления лиц с патологическими изменениями миокарда, а также лиц с высоким риском их развития. Преимуществами Кардио-Визора-Обс™ по сравнению с традиционно используемым методом ЭКГ являются: 1) большая чувствительность прибора к ишемическим изменениям миокарда, которая составляет не менее 80% при специфичности не ниже 63%; 2) удобство контроля динамики в состоянии миокарда; 3) удобство проведения скрининговых обследований (процедура может быть выполнена в положении сидя без снятия одежды). При этом констатировали, что - прибор не имеет каких-либо противопоказаний к использованию<sup>119</sup>.

Учитывая перечисленные выше преимущества, отсутствие противопоказаний к применению метода, а также распространенность ишемических поражений миокарда у лиц, страдающих ожирением, для оценки функционального состояния миокарда у пациентов в исследовании нами был выбран прибор КардиоВизор-Обс™. Исследование на приборе КардиоВизор-Обс™ проводилось нами перед каждым приёмом.

---

<sup>118</sup> Рябыкина Г.В., Сула А.С. Использование прибора Кардио-Визор-Обс™ для скрининговых обследований. Метод дисперсионного картирования // Пособие для врачей. – М.: РКНПК МЗ РФ. - 2004. – 44 с.

<sup>119</sup> Там же.

**Материально-техническое обеспечение метода**, осуществляемое прибором Кардио-Визор-Обс™, представляет собой компьютерный кардиоанализатор ЭК9Ц-01-КАРД (регистрационное удостоверение № 29/02020503/5658 - 03 от 20.11.2003, ООО «Медицинские Компьютерные Системы», Москва, Зеленоград) с программным обеспечением, предназначенным для работы на компьютерах с операционной системой Microsoft Windows-98, Windows-2000, Windows-XP, и комплектом ЭКГ электродов на конечности.

**Принципы работы метода дисперсионного картирования и анализируемые показатели** действия прибора основаны на новом методе анализа случайных низкоамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала – дисперсионном картировании ЭКГ. Метод ДК ЭКГ основан на информационно-топологической модели малых колебаний ЭКГ - ИТМ ЭКГ<sup>120</sup>.

Вариабельные регуляторные воздействия и рецепторные сигналы, определяющие электрохимические явления деполяризации и реполяризации миокарда, неизбежно приводят к небольшим случайным колебаниям зубцов ЭКГ, дисперсия которых, по данным автора диссертационного исследования, не превышают 0,01-0,03 мВ, т.е. в несколько десятков раз меньше амплитуд зубцов ЭКГ.

Эти небольшие колебания получили название малых колебаний ЭКГ. Для измерения малых колебаний сигналы однопиковых зубцов ЭКГ накладываются друг на друга путем синхронизации нескольких последовательных зубцов.

Информативность метода дисперсионного картирования в приборе Кардио-Визор-Обс обусловлена более ранним изменением дисперсионных характеристик при возникновении патологии миокарда по сравнению с

---

<sup>120</sup> Там же.

зубцами ЭКГ. Поэтому контроль дисперсионных характеристик позволяет получить информацию о развитии патологического процесса на ранних стадиях. Таким образом, дисперсионные характеристики в приборе Кардио-Визор-Обс рассчитываются по 9 группам дисперсионных отклонений:

- G1 - деполяризация правого предсердия, G2 - деполяризация левого предсердия, G3 - деполяризация правого желудочка, G4 - деполяризация левого желудочка, G5 - реполяризация правого желудочка, G6 - реполяризация левого желудочка, G7 - симметрия деполяризации желудочков, G8 - внутрижелудочковые блокады, G9 – гипертрофия желудочков.

В группах G1-G7 анализируется широкий класс дисперсионных изменений, соответствующих многим клиническим патологиям. Названия этих групп отражают, прежде всего, электрофизиологические особенности изменений в миокарде предсердий и желудочков. Группы G8 и G9 характеризуют высокоспецифичные дисперсионные изменения, соответствующие нарушениям проводимости и гипертрофии миокарда. Названия последних двух групп фактически совпадают с соответствующими диагнозами.

Дисперсионные характеристики, соответствующие отдельной группе отклонений, имеют вид функций времени, характеризующих усредненные амплитудные вариации на определенных участках кардиоинтервала. Выходная информация прибора о дисперсионных изменениях включает две группы данных:

- так называемый «портрет сердца», включающий компьютерную реконструкцию дисперсионных отклонений на поверхности так называемого «квазиэпикарда» (т.е., трехмерной реконструкции эпикарда), и текстовые сообщения, включающие заключение и рекомендации для врача.

«Портрет сердца» представляет собой «моментальный снимок», получаемый на экране дисплея в результате визуализации рассчитанных средних дисперсионных характеристик низкоамплитудных колебаний зарегистрированной ЭКГ. «Портрет сердца» формируется в двух видах:

- вид со стороны правого предсердия и правого желудочка, и вид со стороны левого предсердия и левого желудочка. Эти два вида не соответствуют естественному анатомическому положению сердца в грудной клетке, поскольку для визуализации наибольшей площади эпикардальной поверхности осуществляется искусственная ротация компьютерной трехмерной модели сердца вокруг вертикальной и продольной осей.

Цвет «портрета сердца» изменяется как при отклонениях амплитуды дисперсионных характеристик, так и при изменении запаздывания или опережения дисперсионных характеристик во времени (фазы дисперсионных характеристик), коррелирующих с величинами интервалов P-Q, Q-T, комплекса QRS. Амплитудные индикаторы располагаются на соответствующих анатомических областях «квазиэпикарда» портрета сердца: ПП, ПЖ, ЛП и ЛЖ.

Расположение фазовых индикаторов приближенно отражает проекцию завершающих стадий соответствующего фронта деполяризации на «квазиэпикард» «портрета сердца». Несмотря на условность анатомического расположения фазовых дисперсионных индикаторов, отображающих изменения интервалов P-Q, Q-T и комплекса QRS, эти индикаторы обеспечивают быстрое и целостное восприятие дисперсионных изменений временных характеристик сердечного цикла. Выраженность изменений определяется по изменению цвета «квазиэпикарда», который в норме имеет ровный зеленый цвет. При различных отклонениях от нормы цвет в области изменений меняется до желтого или красного.

В случае, если дисперсионные изменения сочетаются с большими положительными амплитудами реполяризации миокарда желудочков (заостренный зубец Т на ЭКГ), к красному цвету соответствующих отделов «квазиэпикарда» добавляется пурпурный оттенок. Дисперсии, соответствующие патологической инверсии зубца Т на ЭКГ, как правило, имеют красный цвет. Текстовые сообщения включают три основные группы данных:

- интегральные индикаторы, заключение, детализацию. Текст заключения содержит данные о наличии патологических изменений и рекомендации по дальнейшим действиям (целесообразность или необходимость полного кардиологического обследования, контроль динамики и т.д.).

***Преимущества использования метода при ишемических изменениях в миокарде*** являются отличительной особенностью прибора Кардио-Визор-Обс™. В частности, отмечается повышенная чувствительность к любым изменениям в миокарде метаболического, нейрогенного и гуморального характера.

Наиболее распространенной причиной нарушения метаболизма миокарда является гипоксия различного генеза. Причем развитие ишемии и гипоксии миокарда наиболее часто происходит у лиц с эндокринными нарушениями и ожирением, у которых статистически доказана большая частота возникновения ИБС<sup>121</sup>.

Поэтому в нашем исследовании методика практического использования прибора способствовала выявлению ишемического страдания

---

<sup>121</sup> Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Ожирение и сердечнососудистые заболевания // Тер. Архив. – 2001. - № 8. – с. 69-72; / Garrison R.J., Higgins M.V. Obesity and coronary heart disease// Curr. Opin. Lipidol. - 1996. - Vol. 7. - P. 199-202; / Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечнососудистых осложнений// Международные направления в исследовании артериальной гипертензии. 1999. - № 9. – С. 7-9; / Scarfbns E.T., Lithell H.O., Selinus I. Rise factors for the development of hypertension: a 10-year longitudinal study in middle-aged men // J. Hypertens. - 1991.- Vol. 9. - P. 217-237; / Sharma A.M. Ожирение и риск сердечнососудистых заболеваний// Ожирение. Актуальные вопросы. – 2001. - № 5. – С. 4-6.

у пациентов и дифференциации гипоксии, вызванной коронарной недостаточностью, и гипоксии иного генеза (хроническая патология легких, анемия, диабет и пр.). Главными критериями наличия клинически значимых ишемических изменений миокарда являются:

- появление красной окраски на портрете левого желудочка и одновременное увеличение значения индикатора «Миокард» более 18 %;
- сообщение о вероятной ишемии в тексте заключения в разделе «Желудочки»;
- текстовое сообщение о вероятной ишемии одновременно в группах G3, G4, G7 «Детализации».

*Эффективность и чувствительность прибора были оценены в предрегистрационных и пострегистрационных клинических исследованиях. В частности, прибора Кардио-Визор-06с его эффективность, чувствительность и специфичность по отношению к различным патологическим изменениям миокарда, в том числе ишемическим повреждениям и непосредственно ИБС. Установлено, например, что прибор имеет хорошие показатели чувствительности и специфичности (соответственно, 90 % и 63 %) при скрининговой диагностике выявления ИБС. Чувствительность и специфичность при выявлении патологии миокарда в целом составили соответственно 96 % и 90 %<sup>122</sup>.*

Оценка эффективности прибора показала его пригодность как для скрининговых обследований, так и для динамического контроля состояния миокарда, что важно для настоящего исследования. При этом показано также, что прибор обладает высокой степенью воспроизводимости и устойчивостью к артефактам ЭКГ-СИГНАЛА, возникающими из-за плохого контакта электродов с поверхностью кожи. При неизменном состоянии

---

<sup>122</sup> Рябыкина Г.В., Сула А.С. Использование прибора Кардио-Визор-06с<sup>TM</sup> для скрининговых обследований. Метод дисперсионного картирования // Пособие для врачей. – М.: РКНПК МЗ РФ. - 2004. – 44 с.

миокарда портрет и текстовые заключения в последовательных обследованиях практически не меняются.

Вследствие высокой чувствительности прибор обладает уникальными возможностями объективного контроля динамики изменений миокарда. Функция контроля динамики может быть использована как для оперативного контроля реакции сердца на проводимую терапию, так и для высокоточного контроля динамики состояния миокарда в течение месяцев или лет.

**Вывод:** Кардио-Визор-06с™ таким образом, – это единственный на сегодняшний день прибор, позволяющий неинвазивно и быстро осуществлять высоко-чувствительный подпороговый контроль самых ранних функциональных изменений миокарда, а также обнаруживать ишемические повреждения миокарда с чувствительностью 90 % и специфичностью 63 %.

## ПЯТАЯ ГЛАВА

### ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ

5.1. *Получение обще-физиологических сведений о пациентах* осуществляется изначально двумя основными способами: двухмерным гелем-электрофорезом и масс-спектрометрическим<sup>123</sup>. В частности, на первом этапе исследования первично было обследовано 44 пациента в возрасте от 19 лет до 71 года, из них 42 женщины и 2 мужчин. Противопоказаний к участию в дальнейшем исследовании выявлено не было ни у одного пациента. 7 пациентов отказались от участия в программе до ее начала по собственному желанию, 7 пациентов покинули исследование после первого приема у автора диссертационного исследования также по собственному желанию, узнав о требованиях к ограничению в питании. Усовершенствовать и автоматизировать упомянутые способы в период обследования не удалось. Поэтому исследуемая группа состояла из 30 человек, из них 29 женщин и 1 мужчина. Возраст пациентов колебался: от 19 до 71 года. Он в частности составлял:

- менее 20 лет - у 2 пациентов; от 21 до 30 лет – у 4; от 31 до 40 лет – у 4; от 41 до 50 лет – у 10; от 51 до 60 лет – у 7; более 61 года – у 3 пациентов. Средний возраст пациентов в исследовании составил  $44,2 \pm 2,4$  года.

В соответствии с программой исследования все пациенты были разбиты на две группы: группа «ИРТ+диета» (кодированное обозначение программы «И») и контрольная группа «Диета» (кодированное обозначение программы «Д»).

В первую группу были включены 21 пациент (1 мужчина и 20 женщин), во вторую – 9 пациенток. Обследование пациентов на приборе

---

<sup>123</sup> Уиггинс А., Уини Ч.: Пять нерешенных проблем науки, с. 139. / Артур Уиггинс, Чарльз Уини. – пер. с англ. А. Гарькавого. – М.: ФАИР-ПРЕСС, 2005. – 304 с.

КардиоВизор-06с, по методу ИРВД, определение уровня глюкозы в капиллярной крови, корпометрию, психологическое тестирование и физикальные исследования проводили 3-4 раза, за исключением пациентов, досрочно покинувших исследование в различные сроки от его начала, либо не являвшихся в установленные дни. ЭЭГ проводили 2 раза – на начальном и заключительном этапах исследования.

На основании метода систематического измерения массы тела и корпометрии были разработаны в обоснование применения метода несколько методик проведения исследования, которые применялись с учётом мотиваций пациентов. Все они дали согласие на проведение настоящего исследования с объективизацией эффективности метода, и всем пациентам, включенным в исследование, систематически проводили измерение массы тела и основных объемов: окружностей груди, талии/живота, бедер, обхвата плеча и бедра.

В качестве критерия объективизации состояния питания пациентов и определения наличия и степени ожирения, а также динамики изменения массы в ходе исследования был выбран широко применяемый в практике индекс массы тела (ИМТ), или индекс Кетле-2, который определяется как частное от деления массы тела в килограммах на длину тела в метрах, возведенную в квадрат:

- ИМТ= масса (кг)/рост<sup>2</sup> (м) [кг/м<sup>2</sup>]. Для определения наличия и выраженности абдоминального (висцерального) ожирения рассчитывали индекс ОТ/ОБ как отношение длины окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ). Измерение массы и объемов тела, расчет ИМТ и индекса ОТ/ОБ проводились на каждом приеме у автора диссертационного исследования.

***Интерпретация результатов исследования***, осуществлялась в соответствии с рекомендациями ВОЗ, нормальные значения ИМТ у взрослых людей находятся в пределах от 18,5 до 24,9 кг/м<sup>2</sup> (идеальный вес), значения

ИМТ менее  $18,5 \text{ кг/м}^2$  свидетельствуют о дефиците массы тела, более  $25 \text{ кг/м}^2$  – об избытке массы тела. Значение ИМТ от  $30,0$  до  $34,9 \text{ кг/м}^2$  соответствуют ожирению 1 степени,  $35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$  – ожирению 2 степени, более  $40,0 \text{ кг/м}^2$  – ожирению 3 степени<sup>124</sup>. Выраженность висцерального ожирения оценивали путем сопоставления значений индекса ОТ/ОБ пациентов с общепринятыми нормативами: для мужчин нормальные значения индекса ОТ/ОБ составляют менее  $1,0$ ; для женщин – менее  $0,85$ <sup>125</sup>, при превышении данных показателей пациенты включаются в группу риска по развитию осложнений со стороны сердечнососудистой системы.

*Обоснование применения метода электроэнцефалографии* осуществляется по современным представлениям, регуляция жирового обмена вегетативными центрами межучного мозга, эндокринными железами - гипофизом, щитовидной, поджелудочной, половыми железами и надпочечниками. Поражение центров регуляции жирового обмена может привести к значительному ожирению, известны, например, случаи ожирения после энцефалита, при гипофизарных заболеваниях, при микседеме, гипогенитальное ожирение, ожирение при надпочечниковых опухолях и т.д. Но наряду с такими нейроэндокринными формами ожирения, могут быть случаи экзогенного ожирения, зависящие от переедания и малоподвижного образа жизни. В качестве наиболее адекватного метода получения объективных данных о состоянии ЦНС и исключения нейроэндокринных форм ожирения нами был выбран метод регистрации электрической активности мозга – метод электроэнцефалографии (ЭЭГ) с применением современных компьютерных комплексов и программ по обработке и преобразованиям сигналов мозга.

---

<sup>124</sup> Obesity. Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. - Geneva, 3-5 June, 1997. - World Health Organization, 1998.

<sup>125</sup> Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 528 с.

В ходе исследования нами был сформулирован ряд задач, решение которых позволило бы выявить отдельные признаки дезадаптации системы регуляции поглощения пищи и взаимодействия центров голода и насыщения в виде межполушарной асимметрии мощности ритмов электрической активности мозга, в тех областях, которые имеют функциональное отношение или анатомически связаны с центрами этой системы. Сопоставление данных, полученных до начала проведения и после окончания курса снижения массы тела по авторской методике, является одним из способов оценки эффективности её применения.

*Методика проведения исследования* осуществлялась следующим способом: у пациентов исследовали электрическую активность головного мозга (электроэнцефалограмма - ЭЭГ) в состоянии относительного покоя (фон), а также в состояниях после пробы с гипервентиляцией. В процессе каждого из состояний регистрировали биоэлектрическую активность мозга продолжительностью по 2 минуты. Регистрацию проводили на 16-канальном нейрокатографе по стандартным монополярным отведениям в соответствии с принятой международной схемой 10-20 % (от лобных – F, центральных – C, теменных – P, затылочных – O и нижнетеменных и нижецентральных – T областей; в качестве индифферентного использовался объединённый ушной электрод).

Наряду с визуальной оценкой динамики активности мозга проводили исследование распределений - картирование на поверхности головы - спектральной мощности отдельных частот колебаний биопотенциалов в диапазонах дельта - 0.1...3 Гц; тета - 4...6 Гц; альфа - 7...13 Гц; бета1 - 14...20 Гц; бета2 - 21...32 Гц и межцентральных отношений биоэлектрических процессов методом спектрально-когерентного анализа. Для этого использовали компьютерную систему анализа и топографического картирования «Brainsys» (Россия). Были проанализированы значения спектральной мощности биопотенциалов симметричных точек коры обоих

полушарий. Полученные данные подвергали вторичной групповой обработке с целью подтверждения статистической гипотезы достоверности различий по критерию t-Стьюдента. Каждое обследование состояло из одиннадцати этапов:

- регистрация активности мозга в фоне - 2 мин;
- регистрация активности мозга после пробы с гипервентиляцией - 2 мин;
- определение частотных, фазовых и других характеристик ритмов;
- проведение спектрального анализа с помощью алгоритма Фурье преобразования и выведение данных с использованием метода картирования;
- статистический анализ – процедура усреднения всех полученных индивидуальных данных по группе в целом; формирование файлов усреднения данных активности мозга в фоне до начала курса терапии, файлов усреднения данных, записанных под влиянием гипервентиляции также до начала курса терапии; формирование аналогичных файлов усреднения в фоне и под влиянием гипервентиляции после курса терапии;
- выявление характерных для группы в целом признаков асимметрии мощности (статистически значимой) отдельных ритмов ЭЭГ в отдельных областях коры мозга как до, так и после курса терапии;
- выявление характерных для групп «И» и «Д» признаков ЭЭГ-активности в отдельных областях коры мозга как до, так и после курса терапии;
- оценка распределения мощности альфа-ритма как до, так и после курса терапии;

- статистическая оценка достоверности по критерию t-Student изменений мощности отдельных ритмов ЭЭГ и в отдельных областях мозга, возникающих в результате применения курса терапии;

- статистическая оценка достоверности по критерию t-Student изменений мощности альфа-ритма, отражающих антистрессовый характер оздоровления по предлагаемой методике;

- определение ведущих образований и областей мозга, участвующих во взаимодействии. Исследование ЭЭГ проводилось пациентам дважды – до начала исследования и на момент окончания исследования.

**Материально-техническое обеспечение метода** осуществлялось путём использования многоканального (16 каналов) усилителя биопотенциалов с преобразователем аналог-код для подключения к компьютеру. Программное обеспечение: «Нейрокартограф», «Brainsys» (Россия). Компьютерный комплекс, включающий базовую систему на основе процессора Pentium, монитор, принтер.

**Интерпретация результатов исследования** проводилась по результатам обработки данных регистрации ЭЭГ в строгом соответствии с этапами, описанными в методике. Для оценки динамики электрической активности головного мозга у пациентов на фоне применения исследуемой методики проводили сопоставление результатов ЭЭГ - обследования на момент начала и окончания курса; проводили также статистическую обработку исследуемых величин и оценку достоверности различий по критерию t-Student, с учётом оценки динамики психоэмоционального и функционального состояний испытуемых. В частности, применялись тест Спилбергера – Ханина – для оценки тревоги, тест САН – для оценки динамики функционального состояния.

**Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина** была разработана им в 1966-1973 гг. и до сих пор признаны в

качестве метода объективной оценки состояния пациента. Согласно концепции Спилбергера, например, следует различать тревогу как состояние (A – State) и тревожность (A - Trait) как свойство личности. В частности, *тревога – это реакция на грозящую опасность, реальную или воображаемую, эмоциональное состояние диффузного безобъектного страха, характеризующееся неопределенным ощущением угрозы, в отличие от страха, который представляет собой реакцию на вполне определенную опасность. Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности людей испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях.* В этой связи наиболее широко распространенной является шкала State-Trait- Anxiety-Inventory (STAI), представляющая собой комбинацию трех известных тестов:

- шкалы тревожности Кеттела и Шайера «Проявлений тревожности», шкалы (MAS) Тейлор и шкалы тревожности Велша. Шкала состоит из двух частей по 20 вопросов в каждой. Первая шкала (STAI: X-1), предназначена для диагностики актуального состояния, а вопросы второй шкалы (STAI: X-2) – для диагностики тревожности как свойства личности<sup>126</sup>.

Адаптировал, модифицировал и стандартизировал предложенную методику Ю.Л. Ханин. Им же были разработаны ориентировочные нормативы выраженности тревожности: 20- 34 баллов – низкий уровень тревожности, 35-44 балла – средний уровень тревожности, выше 46 баллов – высокий уровень тревожности<sup>127</sup>.

***Рассмотрим Тест «Самочувствие. Активность. Настроение. (САН)»***, который был разработан В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой, В.Б.

<sup>126</sup> Березин Ф.Б.; Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). - М., 1976. // Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 528 с. // Вассерман Л.И. и др. Личностный опросник института им. Бехтерева - Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1987.

<sup>127</sup> Ханин Ю.Д. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личной тревожности Ч.Р. Спилбергера.- Л.: ЛНИИФК, 1976.- 18 с.

Шахрай и М.П. Мирошниковым в 1973 г.<sup>128</sup>. Например, ОПРОСНИК САН содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствия, активности, настроения). Каждую из категорий представляют 10 пар слов. На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала (3\_2\_1\_0\_1\_2\_3). Испытуемому предлагается соотнести свое состояние с определенной оценкой на шкале. Оценка по каждой шкале рассчитывается как среднеарифметическое значение. Категория «работоспособность» (Р) является производной от основных шкал теста и рассчитывается как их среднее значение. Показатель дивергенции (D) функционального состояния рассчитывается как отношение показателя настроения к сумме показателей самочувствия и активности. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже 4 баллов характеризуют сниженный психоэмоциональный фон испытуемого. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0-55,0 баллов.

***Материально-техническое обеспечение метода и методика проведения*** психологического исследования проводили перед каждым приемом у автора диссертационного исследования путем заполнения пациентами специальных анкет-опросников для тестов Спилбергера – Ханина и САН. При оценке результатов психологического исследования использовали ранее разработанные соответствующие критерии.

***5.2. Динамика массы и объемов тела пациентов*** является весьма важным, поскольку этот показатель большинство пациентов, даже имеющих «идеальный вес» (рассчитанный по значению ИМТ), желали снизить вес и провести корректировку проблемных участков фигуры. Данный факт являлся одним из определяющих при получении согласия на участие в исследовании.

---

<sup>128</sup> Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 528 с. // Доскин В.А. и др. Тест дифференциальной оценки функционального состояния / Психол. журн. – 1973. – № 6.

В результате проведения измерений массы и объемов тела установлено, что на момент начала настоящего исследования нормальная масса тела определялась у 1 пациента, избыточная масса тела – у 12, ожирение I степени – у 9, ожирение II степени – у 6, ожирение III степени – у 3 пациентов. Среди пациентов группы «Д» не было лиц с нормальной массой тела, избыточная масса тела определялась у 1 пациента, ожирение I степени – у 4, ожирение II степени – у 3, ожирение III степени – у 1 пациента. Среди пациентов группы «И» был один пациент с нормальной массой тела, 11 пациентов с избыточной массой тела, 5 пациентов с ожирением I степени, 3 – с ожирением II степени и 2 пациента с ожирением III степени. При анализе факторов, влияющих на массу тела пациентов, нами было установлено, что основными причинами набора лишнего веса, со слов самих пациентов, являлись беременность, роды и послеродовой период – 8 женщин, погрешности в диете и переедание – у 5 пациентов, операции под общей анестезией и послеоперационный период – у 3, стрессы – у 3 пациентов. Лишним весом с детства страдали 6 пациентов, причем у 2 пациентов имело место эндокринное ожирение на фоне гипотиреоза. Набор веса в пубертатный период произошел у 2 пациенток (табл. 4). 3 пациента затруднились с указанием причин.

Таблица 4

Распределение пациентов в зависимости от субъективно определенных причин набора лишнего веса (n=30)

Основные причины набора веса	Количество пациентов
Беременность, роды и послеродовой период	8 (26,7 %)
Погрешности в диете, переедание	5 (16,7 %)
Операции под общей анестезией и послеоперационный период	3 (10,0 %)
Страдали лишним весом с детства	6* (20,0 %)
Стрессовые факторы	3 (10,0 %)
Пубертатный период	2 (6,7 %)

\* у 2 пациентов из 6 имел место гипотиреоз

У всех 30 пациентов на каждом приеме у автора диссертационного исследования измерялась масса тела, и рассчитывался ИМТ. Для оценки изменения массы тела в ходе исследования проводилось индивидуальное сопоставление исходной массы тела и массы тела на момент окончания программы с вычислением процента снижения массы тела. Для определения влияния исследуемой методики на снижение массы тела проводилась статистическая обработка результатов с расчетом средних величин и определением достоверности различий показателей в группах пациентов с использованием стандартных статистических методов. Динамика массы тела и ИМТ у пациентов, а также изменения массы тела в процентном отношении к исходной массе тела у пациентов представлены в таблице 5

Таблица 5

Динамика изменения массы тела и ИМТ у пациентов в ходе исследования  
(на момент последней явки для физикального обследования в поликлинику  
ФНКЭЦТМДЛ Росздрава) (n=30)

ФИО пациентов	Код программы	Кол-во сеансов ИРТ	Исходная масса тела	Рост, см	Начало исследования		Окончание исследования		Снижение ИМТ, %
					Масса тела, кг	ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	Масса тела, кг	ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	
Назарова Е.С.	И	2	Нормальная масса	161	61,4	23,7	62,2	24,0	-1,3
Платонова Е.П.	И	2	Ожирение I ст.	167	102,4	36,7	96,1	34,5	6,2
Соболева Н.С.	И	2	Избыточная масса	158	74,7	29,9	66,5	26,6	11,0
Ануфриева Г.Ю.	И	4	Ожирение II ст.	170	114,0	39,4	98,6	34,1	13,5
Соколецкая Л.И.	И	4	Ожирение I ст.	155	77,5	32,3	64,3	26,8	17,0

Недогонова Е.В.	И	3	Избыточная масса	166	72,9	26,5	64,0	23,2	12,2
Назарова Л.Г.	И	3	Избыточная масса	162	76,1	29,0	70,5	26,9	7,4
Мухортова О.В.	И	4	Избыточная масса	170	73,0	25,3	63,3	21,9	13,3
Шулика В.Ю.	И	4	Избыточная масса	168	78,8	27,9	66,3	23,5	15,9
Наумова Л.В.	И	3	Избыточная масса	161	73,4	28,3	64,7	25,0	11,9
Мякиш Л.А.	И	2	Ожирение III ст.	153	118,1	50,5	110,3	47,1	6,6
Рябенко В.П.	И	4	Ожирение I ст.	182	103,9	31,4	86,5	26,1	16,7
Тюникова В.В.	И	3	Избыточная масса	154	70,8	29,9	69,6	29,3	1,7
Дегтярева Л.В.	И	4	Ожирение III ст.	164	113,9	42,3	98,2	36,5	13,8
Рябенко Л.Н.	И	4	Ожирение I ст.	162	81,2	30,9	70,7	26,9	12,9
Гостева Н.М.	И	3	Избыточная масса	169	77,1	27,0	68,7	24,1	10,9
Антонова О.П.	И	4	Ожирение I ст.	163	92,8	34,9	78,5	29,5	15,4
Кислова Ю.М.	И	4	Избыточная масса	164	78,8	29,3	60,4	22,5	23,4
Чезгалова Н.В.	И	4	Ожирение II ст.	162	99,6	38,0	93,1	35,5	6,5
Панкратова Т.А.	И	4	Избыточная масса	162	76,6	29,2	67,1	25,6	12,4
Косова Н.А.	И	4	Избыточная масса	160	70,7	27,6	62,0	24,2	12,3
Маркина Л.Г.	Д	3	Ожирение I ст.	174	102,8	34,0	89,2	29,5	13,2
Кириллова Е.Д.	Д	2	Ожирение III ст.	168	119,3	42,3	119,0	42,2	0,3
Шейхи Л.В.	Д	4	Избыточная масса	175	90,1	29,4	86,7	28,3	3,8
Сорокина Н.С.	Д	2	Ожирение II ст.	160	91,3	35,7	86,6	33,8	5,1
Красильщикова И.Л.	Д	4	Ожирение I ст.	153	81,1	34,6	75,0	32,0	7,5
Лазарева В.В.	Д	4	Ожирение I ст.	166	96,3	34,9	81,8	29,7	15,1
Никитина И.М.	Д	4	Ожирение II ст.	170	103,2	35,7	80,5	27,9	22,0
Рубцова Л.Н.	Д	3	Ожирение I ст.	161	87,5	33,8	86,0	33,2	1,7
Исакова А.Б.	Д	4	Ожирение II ст.	173	110,7	37,0	117,4	39,2	-6,1

В ходе исследования масса тела и ИМТ объективно снизились у 28 пациентов из 30, увеличились у 2 пациентов. Результаты курса по снижению массы тела представлены нами в таблице 7. Распределение пациентов в зависимости от массы тела на моменты начала и окончания исследования представлено в таблице 6. На момент начала исследования масса тела пациентов составляла  $89,0 \pm 2,9$  кг, на момент окончания исследования средняя масса тела достоверно снизилась и составила  $80,1 \pm 3,1$  кг ( $p < 0,05$ ) (табл. 7). Среднее снижение массы тела в группе из 30 пациентов составило  $10,1 \pm 1,2$  %. У пациентов в исследовании отмечалось также достоверное снижение ИМТ с  $32,9 \pm 1,1$  до  $29,6 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ) (в среднем для двух групп).

Минимальное снижение массы тела в группе из 30 пациентов составляло  $0,3$  % и регистрировалось у пациентки из группы «Д» с ожирением III степени, которая прекратила курс после 2 приемов из-за невозможности соблюдать рекомендации по лечебному питанию и отсутствия мотивации к снижению массы тела. Максимальное снижение массы тела составило  $23,4$  % и регистрировалось у пациентки из группы «И» с избыточной массой тела, которая прошла полный курс из 4 сеансов ИРТ. У двух пациенток, не соблюдавших в ходе исследования диетические рекомендации, был отмечен отрицательный результат в виде увеличения массы тела и ИМТ. Увеличение массы тела и ИМТ на  $1,3$  % было зарегистрировано у пациентки из группы «И» с исходно нормальной массой тела, покинувшей программу после 2 сеансов ИРТ. У пациентки с гипотиреозом из группы «Д» также имело место увеличение массы тела на  $6,1$  %, связанное, вероятно, с несоблюдением диетических рекомендаций.

В ходе исследования нами был также проведен погрупповой анализ показателей снижения массы тела. На момент начала исследования масса тела пациентов группы «Д» составляла  $98,0 \pm 3,9$  кг, на момент окончания исследования средняя масса тела снизилась и составила  $91,3 \pm 5,3$  кг (табл. 7).

Среднее снижение массы тела в группе «Д» относительно исходной массы составило **6,9±2,8 %**. У пациентов группы «Д» в исследовании также отмечалось снижение ИМТ с **35,2±1,1** до **32,8±1,6 кг/м<sup>2</sup>**. При погрупповом анализе показателей снижения массы тела установлено, что в группе «Д» минимальное снижение массы тела составило **0,3 %** и регистрировалось у пациентки с ожирением III степени, которая прекратила курс после 2 приемов из-за невозможности соблюдать рекомендации по лечебному питанию и отсутствия мотивации к снижению массы тела. Максимальное снижение массы тела в данной группе составило **22,0 %** и отмечалось у пациентки с ожирением II степени, прошедшей полный курс лечебного питания.

На момент начала исследования средняя масса тела пациентов группы «И» составляла **85,1±3,6 кг**, на момент окончания исследования средняя масса тела достоверно снизилась и составила **75,3±3,3 кг** ( $p<0,05$ ) (табл. 7). Среднее снижение массы тела в группе «И» относительно исходного уровня составило **11,4±1,2 %**. У пациентов группы «И» в исследовании также отмечалось снижение ИМТ с **31,9±1,4** до **28,3±1,3 кг/м<sup>2</sup>**.

В группе «И» минимальное снижение массы тела составило **1,7 %** и регистрировалось у пациентки с избыточной массой тела после 3 сеансов ИРТ на фоне неполного соблюдения рекомендаций по питанию. Максимальное снижение массы тела в данной группе составило **23,4 %** и отмечалось у пациентки с избыточной массой тела, прошедшей полный курс из 4 сеансов ИРТ. Учитывая, что наилучшие результаты снижения массы тела были получены у пациентов, посетивших максимальное количество сеансов ИРТ, нами был проведен анализ зависимости величины потери массы тела от продолжительности курса в группе «И».

Таблица 6

Распределение пациентов в зависимости от массы тела на момент начала и окончания исследования  
(n=30)

Группы пациентов  Показатели	До начала исследования			После окончания исследования		
	Диета (n=9)	ИРТ+ диета (n=21 )	Все пациенты (n=30)	Диета (n=9)	ИРТ+ диета (n=21)	Все пациенты (n=30)
Кол-во пациентов с нормальной массой тела	0	1 (4,8 %)	1 (3,3 %)	0	8 (38,1 %)	8 (26, 7 %)
Кол-во пациентов с избыточной массой тела	1 (11,1 %)	12 (57,1 %)	13 (43,3 %)	4 (25 %)	8 (38,1 %)	12 (40 %)
Кол-во пациентов с ожирением I ст.	4 (25 %)	4 (19 %)	8 (26,7 %)	3 (33,3 %)	2 (9,5 %)	5 (16, 7 %)
Кол-во пациентов с ожирением II ст.	3 (33,3 %)	2 (9,5 %)	5 (16,7 %)	1 (11,1 %)	2 (9,5 %)	3 (10 %)
Кол-во пациентов с ожирением III ст.	1 (11,1 %)	2 (9,5 %)	3 (10 %)	1 (11,1 %)	1 (4,8 %)	2 (6,7 %)

## Снижение массы тела и ИМТ у пациентов в ходе исследования (n=30)

Показатели	Диета (n=9)	ИРТ+ диета (n=21)	Все пациенты (n=30)
Масса тела на момент начала курса, кг	98,0±3,9	85,1±3,6	89,0±2,9
Масса тела на момент окончания курса, кг	91,3±5,3	75,3±3,3*	80,1±3,1*
ИМТ на момент начала курса, кг/м <sup>2</sup>	35,2±1,1	31,9±1,4	32,9±1,1
ИМТ на момент окончания курса, кг/м <sup>2</sup>	32,8±1,6	28,3±1,3*	29,6±1,1*
Минимальное снижение массы тела, в % от исходной	0,3	1,7	0,3
Максимальное снижение массы тела, в % от исходной	22,0	23,4	23,4
Среднее снижение массы тела, в % от исходной	6,9±2,8	11,4±1,2	10,1±1,2
Количество неудовлетворительных результатов курса	1 (11,1 %)	1 (4,6 %)	2 (6,7 %)

\*  $p < 0,05$  по сравнению с исходными показателями

У 8 пациентов группы «И», прошедших курс из 2-3 сеансов ИРТ, потеря массы тела составила **6,8±3,2 %** относительно исходного уровня. Достоверно большая потеря массы тела **14,0±2,2 %** ( $p < 0,01$ ) была отмечена нами в группе пациентов, посетивших в ходе исследования все 4 сеанса ИРТ (табл. 8). Следует отметить, что такая же тенденция наблюдалась нами и в группе «Д», однако, анализ зависимости потери массы тела от продолжительности курса лечебного питания провести не удалось вследствие малого количества пациентов в выборке.

Зависимость величины потери массы тела у пациентов группы «И» от количества сеансов ИРТ (n=21)

Количество сеансов ИРТ	Среднее значение потери массы тела в группе, в % от исходной массы
2-3 (n=8)	6,8±3,2*
4 (n=12)	14,0±2,2*

\* p<0,01

В ходе исследования наряду с систематическим контролем изменения

массы тела у всех пациентов проводилась корпометрия, включавшая в себя измерение объемов груди, талии, бедер, а также окружностей плеча и бедра. В качестве показателя, свидетельствующего о выраженности абдоминального (висцерального) ожирения, рассчитывался индекс ОТ/ОБ. Для оценки изменения показателей в ходе исследования проводилось индивидуальное сопоставление исходных объемов и объемов на момент окончания программы с вычислением процентной разницы. Данные изменения массы тела и корпометрии всех 30 пациентов с результатами курса представлены в сводной таблице 8. Динамика изменения основных показателей корпометрии у пациентов, а также изменения объемов тела в процентном отношении к исходным представлены в таблице 9.

Особую значимость в ходе исследования мы придавали наличию у пациентов висцерального (абдоминального) ожирения. Выраженность висцерального ожирения оценивали путем сопоставления значений индекса ОТ/ОБ пациентов с общепринятыми нормативами: для мужчин нормальные значения индекса ОТ/ОБ составляют менее 1,0; для женщин – менее 0,85<sup>129</sup>, при превышении данных показателей пациенты включаются в группу риска

<sup>129</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформинном (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.

по развитию сахарного диабета II типа и осложнений со стороны сердечнососудистой системы.

Таблица 9.

Динамика изменения основных показателей корпометрии у пациентов в ходе исследования (на момент последней явки для физикального обследования в поликлинику ФНКЭЦТМДЛ Росздрава) (n=30)

ФИО пациентов	Код программы	Кол-во сеансов ИРТ	Исходная масса тела	Окр. груди, см			Окр. талии, см			Окр. бедер, см			Индекс ОТ/ОБ		
				Начало исследования	Окончание исследования	Снижение объема, % от исходного	Начало исследования	Окончание исследования	Снижение объема, % от исходного	Начало исследования	Окончание исследования	Снижение объема, % от исходного	Начало исследования	Окончание исследования	Снижение показателя, % от исходного
Назарова Е.С.	И	2	Нормальная масса	88	89	-1,1*	69	70	-1,4	104	101	2,9	0,66	0,69	-4,5
Платонова Е.П.	И	2	Ожирение I ст.	123	118	4,1	105	99	5,7	121	115	5,0	0,87	0,86	0,8
Соболева Н.С.	И	2	Избыточная масса	101	97	4,0	85	80	5,9	105	121	-	0,81	0,66	18,3
Ануфриева Г.Ю.	И	4	Ожирение II ст.	118	113	4,2	111	104	6,3	131	120	8,4	0,85	0,87	-2,3
Соколецкая Л.И.	И	4	Ожирение I ст.	110	102	7,3	98	86	12,2	115	102	11,3	0,85	0,84	1,1
Недогонова Е.В.	И	3	Избыточная масса	103	96	6,8	86	75	12,8	105	99	5,7	0,82	0,76	7,5
Назарова Л.Г.	И	3	Избыточная масса	108	105	2,8	93	90	3,2	108	103	4,6	0,86	0,87	-1,5
Мухортова О.В.	И	4	Избыточная масса	99	89	10,1	81	72	11,1	109	96	11,9	0,74	0,75	-0,9
Шулика В.Ю.	И	4	Избыточная масса	101	93	7,9	90	77	14,4	114	101	11,4	0,79	0,76	3,4
Наумова Л.В.	И	3	Избыточная масса	103	98	4,9	89	82	7,9	107	101	5,6	0,83	0,81	2,4
Мякиш Л.А.	И	2	Ожирение III ст.	132	129	2,3	124	116	6,5	137	-**	-	0,91	-	-
Рябенко В.П.	И	4	Ожирение I ст.	117	108	7,7	111	99	10,8	-	-	-	-	-	-
Тюникова В.В.	И	3	Избыточная	89	-	-	101	92	8,9	111	105	5,4	0,91	0,88	3,7

			масса												
Дегтярева Л.В.	И	4	Ожирение III ст.	120	111	7,5	103	94	8,7	127	130	-2,4	0,81	0,72	10,8
Рябенко Л.Н.	И	4	Ожирение I ст.	113	108	4,4	103	95	7,8	104	98	5,8	0,99	0,97	2,1
Гостева Н.М.	И	3	Избыточная масса	103	98	4,9	88	79	10,2	110	99	10,0	0,80	0,80	0,3
Антонова О.П.	И	4	Ожирение I ст.	118	107	9,3	103	92	10,7	124	112	9,7	0,83	0,82	1,1
Кислова Ю.М.	И	4	Избыточная масса	105	95	9,5	90	74	17,8	107	92	14,0	0,84	0,80	4,4
Чежгалова Н.В.	И	4	Ожирение II ст.	121	116	4,1	107	101	5,6	128	119	7,0	0,84	0,85	-1,5
Панкратова Т.А.	И	4	Избыточная масса	109	101	7,3	96	85	11,5	110	99	10,0	0,87	0,86	1,6
Косова Н.А.	И	4	Избыточная масса	99	93	6,1	86	78	9,3	109	99	9,2	0,79	0,79	0,1
Маркина Л.Г.	Д	3	Ожирение I ст.	111	103	7,2	100	88	12,0	126	115	8,7	0,79	0,77	3,6
Кириллова Е.Д.	Д	2	Ожирение III ст.	134	133	0,7	119	-	-	125	-	-	0,95	-	-
Шейхи Л.В.	Д	4	Избыточная масса	115	113	1,7	106	104	1,9	119	112	5,9	0,89	0,93	-4,2
Сорокина Н.С.	Д	2	Ожирение II ст.	117	115	1,7	108	105	2,8	117	112	4,3	0,92	0,94	-1,6
Красильщикова И.Л.	Д	4	Ожирение I ст.	119	112	5,9	101	93	7,9	122	106	13,1	0,83	0,88	-6,0
Лазарева В.В.	Д	4	Ожирение I ст.	119	106	10,9	111	97	12,6	129	114	11,6	0,86	0,85	1,1
Никитина И.М.	Д	4	Ожирение II ст.	113	101	10,6	98	79	19,4	130	109	16,2	0,75	0,72	3,9
Рубцова Л.Н.	Д	3	Ожирение I ст.	107	106	0,9	90	94	-4,4	115	113	1,7	0,78	0,83	-6,3
Исакова А.Б.	Д	4	Ожирение II ст.	124	127	-2,4	109	125	-14,7	132	130	1,5	0,83	0,96	-16,4

\* отрицательное значение показателя свидетельствует об увеличении данного параметра в ходе исследования;

\*\* знак «-» означает отсутствие сведений (не были предоставлены заказчиком)

Таблица 10

Динамика индекса ОТ/ОБ как показателя для оценки висцерального ожирения у пациентов в ходе исследования (n=30)

Показатели	Диета (n=9)	ИРТ+ диета (n=21)	Все пациенты (n=30)
ОТ/ОБ на момент начала исследования	0,83±0,01	0,84±0,02	0,84±0,01
ОТ/ОБ на момент окончания исследования	0,86±0,03	0,81±0,02	0,82±0,02

Снижение ОТ/ОБ, в % от исходного значения	-3,2±1,3*	2,5±1,1*	0,38±1,1
---	-----------	----------	----------

\* p<0,05

На момент начала исследования значение индекса ОТ/ОБ в группе из 30 пациентов в целом составляло **0,84±0,01**, на момент окончания исследования отмечено снижение показателя до **0,82±0,02** (табл. 10). В то же время в группе «Д» имело место повышение данного индекса с **0,83±0,01** до **0,86±0,03**, вследствие чего средний процент снижения ОТ/ОБ в данной группе имел отрицательное значение и составил **-3,2±1,3 %** (табл. 10). У пациентов группы «И», наоборот, была отмечена тенденция к уменьшению висцерального ожирения и снижение индекса с **0,84±0,02** до **0,81±0,02**, при этом процент снижения составил **2,5±1,1 %** и оказался достоверно больше, чем в группе «Д» (p<0,05) (табл. 10). Данный факт свидетельствует о положительном влиянии исследуемой методики ИРТ на абдоминальное (висцеральное) ожирение. Таким образом, основными причинами набора лишнего веса, со слов пациентов, являлись беременность, роды и послеродовой период, погрешности в диете и переедание, операции под общей анестезией и послеоперационный период. В ряде случаев пациенты страдали лишним весом с детства, причем у 2 пациентов имело место эндокринное ожирение на фоне гипотиреоза. Следует отметить, что в ходе исследования масса тела и ИМТ объективно снизились у 28 пациентов из 30, увеличились у 2 пациентов. Среднее снижение массы тела в группе из 30 пациентов составило **10,1±1,2 %**. Отрицательные результаты в виде увеличения массы тела были зафиксированы у двух пациентов, сознательно не соблюдавших в ходе исследования диетические рекомендации. При этом нами было выявлено достоверное снижение средних значений массы тела (с **89,0±2,9 кг** до **80,1±3,1 кг** (p<0,05)) и ИМТ с (**32,9±1,1** до **29,6±1,1 кг/м<sup>2</sup>** (p<0,05)) у всех пациентов, включенных в настоящее исследование. При этом нами был проведен погрупповой анализ показателей снижения массы тела,

при котором удалось установить более интенсивные темпа снижения массы тела у пациентов группы «И» по сравнению с группой «Д». Так, в группе «И» средняя масса тела пациентов достоверно снизилась с  $85,1 \pm 3,6$  кг до  $75,3 \pm 3,3$  кг ( $p < 0,05$ ), снижение массы тела относительно исходной составило  $11,4 \pm 1,2$  %. В то время как среднее снижение массы тела в группе «Д» относительно исходных значений составило лишь  $6,9 \pm 2,8$  %. При этом средняя масса тела пациентов группы «Д» снизилась с  $98,0 \pm 3,9$  кг до  $91,3 \pm 5,3$  кг. При анализе же зависимости величины потери массы тела от продолжительности курса в группе «И» было установлено, что достоверно лучшие результаты (средняя потеря массы тела  $14,0 \pm 2,2$  % относительно исходных значений ( $p < 0,01$ )) были получены в группе пациентов, посетивших в ходе исследования все 4 сеанса ИРТ. В то время как у пациентов, прошедших курс из 2-3 сеансов ИРТ, потеря массы тела составила только  $6,8 \pm 3,2$  %. Следует также отметить, что такая же тенденция наблюдалась нами и в группе «Д». Однако анализ зависимости потери массы тела от продолжительности курса лечебного питания провести не удалось вследствие малого количества пациентов в выборке. Но при этом, не было выявлено отрицательного воздействия исследуемой методики на пациентов с исходно нормальной массой тела, наоборот, имело место уменьшение объемов проблемных участков. При оценке же влияния этой методики на изменение индекса ОТ/ОБ нами было отмечено снижение данного показателя в группе из 30 пациентов с  $0,84 \pm 0,01$  до  $0,82 \pm 0,02$ , что свидетельствовало об уменьшении выраженности висцерального ожирения у пациентов в ходе исследования. В то же время, при погрупповом анализе в группе «Д», было зафиксировано повышение данного индекса с  $0,83 \pm 0,01$  до  $0,86 \pm 0,03$ .

Процент снижения ОТ/ОБ вследствие этого имел в данной группе средне-отрицательное значение и составил  $-3,2 \pm 1,3$  %. У пациентов группы «И», наоборот, была отмечена тенденция к уменьшению висцерального ожирения и снижение индекса с  $0,84 \pm 0,02$  до  $0,81 \pm 0,02$ , при этом процент

снижения оказался достоверно больше, чем в группе «Д» и составил  $2,5 \pm 1,1$  % ( $p < 0,05$ ).

**Вывод:** данный факт свидетельствует о положительном влиянии исследуемой методики ИРТ на абдоминальное (висцеральное) ожирение и, следовательно, уменьшении риска возникновения сахарного диабета и осложнений со стороны сердечнососудистой системы<sup>130</sup>.

**5.3. Динамика состояния пациентов в соответствии с результатами обследования по методу ИРВД** первично на момент вступления в программу по снижению массы тела всего было обследовано 42 пациента по методу ИРВД. Из 30 оставшихся в исследовании пациентов 2 раза было обследовано 9 пациентов, 3 раза – 4 пациента, 4 раза – 17 пациентов. Для оценки динамики состояния пациентов нами оценивались показатели функционального состояния органов и систем с выявлением степени нарушений с сопоставлением исходных показателей с показателями на момент окончания исследования. Например, в таблице 11 представлены данные о динамике функционального состояния органов и систем у пациентов в ходе исследования (по результатам ИРВД).

---

<sup>130</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.

Динамика показателей функционального состояния органов  
и систем у пациентов по результатам ИРВД (n=30)

Исследуемые органы и системы	Количество пациентов								
	Диета (группа «Д») (n=9)			ИРТ+диета (группа «И») (n=21)			Все пациенты (n=30)		
	Улучш.	Ухудш.	Без изм.	Улучш.	Ухудш.	Без изм.	Улучш.	Ухудш.	Без изм.
Центральная нервная система	3 (33,3 %)	-	6 (66,7 %)	2 (9,5 %)	-	19 (90,5 %)	5 (16,7 %)	-	25 (83,3 %)
Симпатическая нервная система	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	5 (55,5 %)	3 (14,3 %)	2 (9,5 %)	16 (76,2 %)	6 (20,0 %)	3 (10,0 %)	21 (70,0 %)
Гипоталамус	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	7 (77,8 %)	6 (28,6 %)	2 (9,5 %)	13 (61,9 %)	7 (23,3 %)	3 (10,0 %)	20 (66,7 %)
Мозговые оболочки	1 (11,1 %)	3 (33,3 %)	5 (55,5 %)	2 (9,5 %)	4 (19,0 %)	15 (71,4 %)	3 (10,0 %)	7 (23,3 %)	20 (66,7 %)
Щитовидная железа	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)	6 (66,7 %)	6 (28,6 %)	5 (23,8 %)	10 (47,6 %)	8 (26,7 %)	6 (20,0 %)	16 (53,3 %)
Аденогипофиз	1 (11,1 %)	-	8 (88,9 %)	5 (23,8 %)	3 (14,3 %)	13 (61,9 %)	6 (20,0 %)	3 (10,0 %)	21 (70,0 %)
Миокард	1 (11,1 %)	-	8 (88,9 %)	4 (19,0 %)	2 (9,5 %)	15 (71,4 %)	5 (16,7 %)	2 (6,7 %)	23 (76,7 %)
Проводящая система сердца	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	7 (77,8 %)	4 (19,0 %)	1 (4,7 %)	16 (76,2 %)	5 (16,7 %)	2 (6,7 %)	23 (76,7 %)
Венечные артерии	-	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	4 (19,0 %)	2 (9,5 %)	15 (71,4 %)	4 (13,3 %)	4 (13,3 %)	22 (73,3 %)
Вегетативная нервная система	2 (22,2 %)	2 (22,2 %)	5 (55,5 %)	7 (33,3 %)	3 (14,3 %)	11 (52,4 %)	9 (30,0 %)	5 (16,7 %)	16 (53,3 %)
Аллергия	3 (33,3 %)	2 (22,2 %)	4 (44,5 %)	7 (33,3 %)	3 (14,3 %)	11 (52,4 %)	10 (33,3 %)	5 (16,7 %)	15 (50 %)
Бронхи	4 (44,5 %)	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	6 (28,6 %)	2 (9,5 %)	13 (61,9 %)	10 (33,3 %)	4 (13,3 %)	16 (53,3 %)

Легкие	3 (33,3 %)	6 (66,7 %)	-	5 (23,8 %)	5 (23,8 %)	11 (52,4 %)	8 (26,7 %)	11 (36,7 %)	11 (36,7 %)
Молочные железы *	6 (66,7 %)	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)	7 (33,3 %)	3 (14,3 %)	10 (47,6 %)	13 (44,8 %)	4 (13,8 %)	12 (41,4 %)
Двенадцатиперстная кишка	4 (44,5 %)	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	5 (23,8 %)	5 (23,8 %)	11 (52,4 %)	9 (30,0 %)	7 (23,3 %)	14 (46,7 %)
Тонкий кишечник	2 (22,2 %)	-	7 (77,8 %)	4 (19,0 %)	2 (9,5 %)	15 (71,4 %)	6 (20,0 %)	2 (6,7 %)	22 (73,3 %)
Толстый кишечник	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	7 (77,8 %)	3 (14,3 %)	4 (19,0 %)	14 (66,7 %)	4 (13,3 %)	5 (16,7 %)	21 (70,0 %)
Желудок	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)	6 (66,7 %)	8 (38,1 %)	7 (33,3 %)	6 (28,6 %)	10 (33,3 %)	8 (26,7 %)	12 (40,0 %)
Печень	5 (55,5 %)	2 (22,2 %)	2 (22,2 %)	9 (42,8 %)	4 (19,0 %)	8 (38,1 %)	14 (46,7 %)	6 (20,0 %)	13 (43,3 %)
Желчный пузырь	3 (33,3 %)	2 (22,2 %)	4 (44,5 %)	4 (19,0 %)	4 (19,0 %)	13 (61,9 %)	7 (23,3 %)	6 (20,0 %)	17 (56,7 %)
Поджелудочная железа	1 (11,1 %)	-	8 (88,9 %)	1 (9,7 %)	4 (19,0 %)	16 (76,2 %)	2 (6,7 %)	4 (13,3 %)	24 (80,0 %)
Почки	2 (22,2 %)	3 (33,3 %)	4 (44,5 %)	12 (57,1 %)	5 (23,8 %)	4 (19,0 %)	14 (46,7 %)	8 (26,7 %)	8 (26,7 %)
Предстательная железа**	-	-	-	-	-	1 (100 %)	-	-	1 (100 %)
Матка*	-	3 (33,3 %)	6 (66,7 %)	4 (20,0 %)	4 (20,0 %)	12 (60,0 %)	4 (13,8 %)	7 (24,1 %)	18 (62,1 %)
Яичники*	4 (44,5 %)	1 (11,1 %)	4 (44,5 %)	2 (10,0 %)	2 (10,0 %)	16 (80,0 %)	6 (20,7 %)	3 (10,3 %)	20 (69 %)
Позвоночник	-	-	9 (100 %)	2 (9,5 %)	3 (14,3 %)	16 (76,2 %)	2 (6,7 %)	3 (10,0 %)	25 (83,3 %)

\* в группе «ИРТ+диета» n=20, в группе

«Все» n=29; \*\* в группах «ИРТ+диета» и «Все» n=1

Здесь и далее все результаты в отчете приведены нами как в абсолютных числах, так и в процентах, поскольку при малом количестве пациентов представление данных с помощью относительных показателей (долей, процентов) снижает достоверность результатов, однако, дает представление об основных тенденциях и соотношении результатов курса. Поскольку, однако, метод ИРВД использовался в исследовании в качестве метода объективизации состояния пациентов, оценка результатов ИРВД диагностики проводилась нами параллельно с анализом жалоб и данных физикального обследования пациентов.

В то же время на этапе анализа результатов ИРВД обследования в группе из 30 пациентов нами были выявлены позитивные тенденции изменения функционального состояния ряда органов и систем. Например, в динамике нами было обнаружено объективное улучшение функции ЦНС у 5 пациентов (16,7 %), из них у 3 пациентов группы «Д» и 2 пациентов группы «И». Улучшение состояния вегетативной нервной системы было выявлено у 9 пациентов (30,0 %) – 2 пациентов группы «Д» и 7 пациентов группы «И».

В ходе исследования нами было зафиксировано улучшение функции щитовидной железы у 2 пациентов группы «Д» и 6 пациентов группы «И» - всего 8 пациентов из 30 (26,7 %), в том числе у пациентов с гипотиреозом. Данный факт свидетельствует о положительном воздействии исследуемой методики на функцию щитовидной железы в виде интенсификации процессов обмена веществ и липолиза. Было также констатировано уменьшение аллергической настроенности пациентов в ходе исследования, улучшение данного показателя определялось у 10 пациентов (3 пациента группы «Д» и 7 пациентов из группы «И»), что составляет 33,3 % из 30 пациентов. Вероятно, это связано с коррекцией пищевых пристрастий в ходе исследования и исключением из рациона распространенных аллергенов: шоколад, какао, цитрусовые, орехи, консервированные продукты и др.

Кроме этого при оценке функционального состояния органов пищеварения, нами было зафиксировано улучшение функции:

- желудка у 10 пациентов (2 пациента группы «Д» и 8 пациентов из группы «И») и печени у 14 пациентов (5 пациента группы «Д» и 9 пациентов из группы «И»), что составляет, соответственно 33,3 % и 46,7 % из 30 пациентов. Улучшение состояния тонкого кишечника было зафиксировано:

- у 6 пациентов из 30 (20,0 %), из них у 2 пациентов группы «Д» и 4 пациентов группы «И». Однако что на 2-3 обследовании по методу ИРВД у 6 пациентов было отмечено ухудшение «функции тонкой кишки», что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. К моменту завершения исследования данные показатели вернулись к норме у 3 пациентов из 6. Непосредственно в ходе исследования, у 14 пациентов из 30 (46,7 %) мы наблюдали улучшение функционального состояния почек, из них было 2 пациента группы «Д» и 12 пациентов группы «И».

По результатам ИРВД не было выявлено негативного влияния исследуемой методики на репродуктивную систему, у большинства пациенток показатели функционального состояния матки и яичников оставались без изменения. У 13 пациенток (44,8 % из 29 женщин), из которых было 6 из группы «Д» и 7 из групп «И», зафиксировано улучшение функционального состояния молочных желез. Учитывая неравноценную численность групп «Д» и «И» нам не удалось провести достоверное сопоставление результатов двух групп и выявить различия в изменении функционального состояния органов и систем в ходе исследования.

**Динамика состояния пациентов по результатам физикального обследования и диагностики по методу ИРВД:** первично было осмотрено 44 пациента, ни у одного из осмотренных пациентов не было выявлено

медицинских противопоказаний к участию в исследовании. Из них 14 пациентов покинули программу на первом этапе по собственному желанию. Из оставшихся в исследовании 30 пациентов 2 пациентов из группы «И» посетили прием терапевта только однократно, поэтому оценить динамику общего состояния этих пациентов удалось только на основании результатов ИРВД. Динамика состояния остальных 28 пациентов в ходе исследования оценивалась при сопоставлении клинических данных с данными ИРВД.

В ходе исследования 10 пациентов из 28 посетили прием терапевта 4 раза, 9 пациентов – 3 раза и 9 пациентов – 2 раза, 2 пациента – только однократно. Частота обследований пациентов терапевтом представлена в табл. 12. Изменения в состоянии пациентов оценивались при анализе данных индивидуальных карт путем сопоставления субъективных жалоб и результатов физикального обследования на момент начала и окончания исследования, т.е. на первом и заключительном приеме терапевта. Всем 28 пациентам, осмотренным терапевтом, было предложено оценить изменение своего общего состояния в ходе исследования. В целом по группе из 30 пациентов улучшение общего состояния в ходе исследования отметили 15 пациентов, не заметили динамики 7 пациентов, и 6 пациентов отмечали ухудшение самочувствия на фоне применения методики (табл.13). Например, в группе «Д» улучшение общего состояния в ходе исследования отметили 4 человека, не заметили динамики 4 пациента, и 1 пациент отмечал ухудшение самочувствия (табл. 13). В группе «И» улучшение общего состояния в ходе исследования отметили 11 человек, не заметили динамики 3 пациента, и 5 – отмечали ухудшение самочувствия (табл.13).

Таблица 13

Изменение общего состояния в ходе исследования  
на основании субъективной оценки пациентов (n=28)

Диета (группа «Д») (n=9)			ИРТ+диета (группа «И») (n=19)			Все пациенты (n=28)		
Улучш.	Без изм.	Ухудш.	Улучш.	Без изм.	Ухудш.	Улучш.	Без изм.	Ухудш.
4 (44,4 %)	4 (44,4 %)	1 (11,1 %)	11 (57,9 %)	3 (15,9 %)	5 (26,2 %)	15 (53,6 %)	7 (25,0 %)	6 (21,4 %)

## ШЕСТАЯ ГЛАВА

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

6.1. *Динамика состояния пациентов* в ходе исследования подтверждается результатами обследования каждого пациента. Оно начиналось с определения функционального состояния центральной и вегетативной нервной систем. В частности, из 9 пациентов группы «Д» на момент начала исследования жалобы на общую усталость, слабость и утомляемость предъявляли 3 пациента. На момент окончания исследования 2 пациента отметили некоторое улучшение своего состояния, 1 пациент не отмечал никакой динамики. По результатам ИРВД, у 1 пациента из 3 с жалобами на общую слабость, утомляемость было диагностировано «нарушение функции центральной нервной системы». К моменту окончания исследования у данного пациента отмечалась положительная динамика как клинически, так по данным ИРВД. Кроме того, 1 пациент из группы «Д» отметил ухудшение общего состояния в виде появления немотивированной слабости, нарушений сна и снижения работоспособности к моменту завершения исследования. Однако при обследовании по методу ИРВД у данного пациента не было выявлено нарушений со стороны центральной нервной системы.

В группе «И» на момент начала исследования жалобы на общую усталость, слабость и утомляемость предъявляли 4 пациента из 19. На момент окончания исследования все 4 пациентов отметили улучшение своего состояния и работоспособности. По результатам ИРВД, у 2 пациентов из 4 с жалобами на общую слабость, утомляемость было диагностировано «нарушение функции центральной нервной системы». К моменту окончания исследования у данных пациентов отмечалась положительная динамика как

клинически, так по данным ИРВД. Однако 2 пациента из группы «И» в ходе исследования начала предъявлять жалобы на выраженную слабость и сонливость после постановки иглы. При обследовании по методу ИРВД у данных пациентов объективно было определено появление «нарушений функций вегетативной нервной системы».

Жалобы на эмоциональную лабильность в начале исследования предъявляли 1 пациент из *группы «Д»* с гипотиреозом и 1 пациент из *группы «И»* с нарушением функции гипоталамуса, выявленного по результатам ИРВД. Оба пациента на момент окончания исследования отметили значительное улучшение психоэмоционального состояния. *В группе «Д»* жалобы на периодические головные боли различного характера на момент начала исследования предъявляли 4 пациента из 9. Учитывая разнообразную этиологию головных болей, из этой группы было выделено 2 пациента с головными болями напряжения, у которых не наблюдалось положительной динамики в ходе исследования и, наоборот, один пациент отметил учащение приступов головной боли. У оставшихся 2 пациентов головные боли были связаны эпизодами повышения артериального давления (АД), интенсивность и частота возникновения головных болей у этих пациентов значительно уменьшились к моменту окончания исследования на фоне нормализации показателей АД. По результатам ИРВД у 1 пациента с головными болями определялось «нарушение функции центральной нервной системы», что служило объективным подтверждением наличия функциональной патологии ЦНС. К моменту окончания исследования у этого пациента регистрировалась положительная динамика (как клинически, так и по результатам ИРВД).

Среди пациентов группы «И» головные боли отмечали 4 пациента из 19. Из этой группы нами было выделено 2 пациентов с мигреноподобными головными болями, у которых не отмечалось положительной динамики в ходе исследования. У оставшихся 2 пациентов частота и интенсивность головных болей несколько уменьшились к моменту окончания исследования.

В то же время 2 пациентов группы «И» отметили появление периодических головных болей после постановки иглы. По результатам ИРВД у всех пациентов с головными болями определялось «нарушение функции центральной нервной системы», что служило объективным подтверждением наличия функциональной патологии ЦНС. Кроме того, у 2 пациентов с мигреноподобными головными болями дополнительно регистрировались «нарушение функции гипоталамуса и симпатической нервной системы». К моменту окончания исследования положительная динамика (как клинически, так и по результатам ИРВД) отмечалась только у 2 пациентов.

Эпизоды головокружения на момент начала исследования отмечали 2 пациентов из группы «Д» и 2 пациентов из группы «И», в ходе исследования все пациенты отметили значительное сокращение приступов головокружения. По результатам ИРВД у пациентов с жалобами на головокружение также определялись «нарушение функции центральной нервной системы» в сочетании с «нарушением функции симпатической нервной системы» с отчетливой положительной динамикой.

У всех пациентов в обязательном порядке оценивалась функция опорно-двигательного аппарата. Жалобы на боли в крупных суставах с ограничением подвижности в группе «Д» предъявляли 4 пациента из 9, из них 1 женщина страдала артрозом коленных суставов. При исследовании функции суставов у больной с артрозом определялось двустороннее ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах. К моменту окончания исследования 1 пациент субъективно отметил некоторое уменьшение интенсивности болей, 3 пациента не отметили никакой динамики.

В группе «И» жалобы на боли в крупных суставах с ограничением подвижности предъявляли 3 пациента с артрозом коленных суставов. При исследовании функции суставов у пациентов с артрозом определялось

двустороннее ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах. К моменту окончания исследования 1 пациент из 3 субъективно отметил некоторое уменьшение интенсивности болей, 2 пациента не отметили никакой динамики.

В группе «Д» жалобы на боли в различных отделах позвоночника с ограничением подвижности предъявлял 1 пациент с остеохондрозом в анамнезе. При исследовании у пациента определялось ограничение объема активных и пассивных движений в поясничном отделе позвоночника. Наличие остеохондроза было подтверждено с помощью ИРВД. В ходе исследования пациент отметил субъективное улучшение при отсутствии динамики по результатам ИРВД.

Среди пациентов группы «И» жалобы на боли в различных отделах позвоночника с ограничением подвижности предъявляли 3 пациентов, из них 2 с остеохондрозом различных отделов позвоночника и 1 пациент с межпозвонковой грыжей поясничного отдела. Наличие патологии позвоночника было подтверждено с помощью ИРВД у 2 пациентов. В ходе исследования пациенты не отметили положительной динамики. 1 пациент группы «И» в ходе исследования отметил появление болей в спине, что подтверждалось появлением «нарушения функции позвоночника» при ИРВД.

На момент начала исследования пациенты группы «Д» не предъявляли жалоб со стороны системы органов дыхания, за исключением 1 пациента с препятствующим дыханию хроническим бронхитом (курит более 10 лет), который предъявлял жалобы на одышку при физической нагрузке, частые респираторные заболевания. При аускультации грудной клетки у пациента с хроническим бронхитом выслушивались единичные сухие хрипы на фоне жесткого оттенка дыхания. Объективно методом ИРВД у пациента определялось «нарушение функции бронхов и легких». В динамике у пациента зарегистрировано клиническое улучшение в виде уменьшения

выраженности одышки и исчезновения хрипов, показатели функционального состояния бронхов и легких по результатам ИРВД вернулись к нормальным значениям.

В группе «И» 1 пациент на момент начала исследования являлся реконвалесцентом острого бронхита, при объективном исследовании у него отмечались сухие рассеянные хрипы над легочными полями на фоне жесткого дыхания, по результатам ИРВД – «нарушение функции бронхов». В ходе исследования отмечена положительная динамика. Кроме того, непосредственно в ходе исследования 2 пациента перенесли ОРВИ. При назначении соответствующего лечения состояние пациентов оставалось удовлетворительным, не было выявлено противопоказаний к продолжению исследования.

В исследовании функции сердечнососудистой системы решающее значение имело систематическое измерение артериального давления (АД). Постоянный повышенный уровень АД (САД > 140, ДАД > 90 мм рт. ст.) регистрировался в группе «Д» у 1 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) I ст., регулярные повышения АД без четких провоцирующих факторов регистрировались у 1 пациента, на фоне эмоциональных факторов – у 3. На фоне снижения массы тела у пациента с ГБ исчезли эпизоды повышения АД при снижении постоянного уровня АД до нормальных цифр. У 4 пациентов с периодическими подъемами АД без ГБ на фоне исследования отмечалось значительное клиническое улучшение в виде исчезновения эпизодов повышения АД (табл. 14). По результатам ИРВД у 4 пациентов с повышенным уровнем АД определялось «нарушение функции вегетативной нервной системы», положительная динамика по результатам ИРВД отмечена у 3 пациентов. А в группе «И» например, регулярные повышения АД без четких провоцирующих факторов регистрировались у 7 пациентов, в том числе у 3 пациентов с ГБ.

На фоне снижения массы тела у 6 пациентов (в т.ч. 3 пациентов с ГБ) исчезли эпизоды повышения АД при сохранении постоянного нормального уровня АД. 1 пациент без ГБ не отметил никакой динамики. Эпизоды повышения АД под воздействием стрессовых факторов на фоне исходных нормальных показателей отмечались у 3 пациентов без ГБ на момент начала исследования. У всех 3 пациентов отмечалось значительное клиническое улучшение в виде исчезновения эпизодов повышения АД (табл. 14). По результатам ИРВД у всех пациентов с эпизодами повышения АД определялось «нарушение функции вегетативной нервной системы», положительная динамика по результатам ИРВД соответствовала клинической.

Таблица 14

Распределение пациентов в зависимости от исходных значений АД частоты эпизодов его повышения (n=28)

Уровень АД и частота эпизодов его повышения у пациентов	Диета (группа «Д») (n=9)				ИРТ+диета (группа «И») (n=19)			
	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Ухудшение	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Ухудшение
Постоянный повышенный уровень АД *	1	1	0	0	-	-	-	1
Регулярные повышения АД без четких провоцирующих факторов на фоне исходных нормальных показателей	1	1	0	0	7	6	1	0
Эпизоды повышения АД под воздействием стрессовых факторов на фоне исходных нормальных показателей	3	3	0	0	3	3	0	0

\* САД > 140, ДАД > 90 мм рт. ст.

У одного пациента группы «И» после постановки аурикулярной иглы появилось стойкое повышение уровня АД до 140/90, через 2 недели от постановки иглы показатели АД самостоятельно вернулись к нормальным значениям.

2 пациента группы «И» на момент начала исследования предъявляли жалобы на эпизоды падения АД во время менструации, сопровождающиеся резкой слабостью, головокружениями без положительной динамики в ходе исследования. По результатам ИРВД в обоих случаях выявлено «нарушение функции вегетативной нервной системы». Учитывая, что все пациенты получали специальные рекомендации по питанию, определение функционального состояния желудочно-кишечного тракта в ходе исследования являлось неотъемлемой его частью.

Жалобы на дискомфорт в эпигастральной области, тошноту после приема пищи на момент первого осмотра предъявляли 2 пациента из 9 пациентов группы «Д». Жалобы на нерезкие ноющие боли в эпигастральной области после приема пищи предъявлял 1 пациент из этой группы, у которого также была выявлена пальпаторная болезненность в эпигастральной области.

Все пациенты группы «Д», жаловавшиеся боли либо дискомфорт в эпигастральной области, тошноту после приема пищи отметили исчезновение этих симптомов к моменту окончания исследования. Кроме того, указанные жалобы появились еще у 2 пациентов уже в ходе исследования из этой группы.

По результатам ИРВД «нарушение функции желудка» определялось у 5 пациентов, в том числе и у пациентов с жалобами на дискомфорт и боли в эпигастральной области. На момент окончания исследования у 4 пациентов функциональное состояние желудка вернулось к норме, в том числе у 2 пациентов с наблюдаемым клиническим улучшением. У 1 пациента по

результатам ИРВД динамики не выявлено. У 2 пациентов с появившимися в ходе исследования жалобами на дискомфорт и боли в эпигастральной области ухудшение функционального состояния желудка объективно подтверждалось методом ИРВД. Кроме того, по результатам ИРВД у 2 пациентов группы «Д» на момент начала исследования определялось «нарушение функции тонкой кишки», к моменту завершения программы показатели вернулись к норме.

Следует отметить, что при втором обследовании по методу ИРВД у 2 пациентов из группы «Д» появились «нарушения функции двенадцатиперстной кишки», что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. Среди пациентов группы «И» например, жалобы на дискомфорт в эпигастральной области, тошноту после приема пищи на момент первого осмотра предъявляли также 2 пациента, жалобы на нерезкие ноющие боли в эпигастральной области после приема пищи предъявлял 1 пациент из этой группы.

Все пациенты, жаловавшиеся боли либо дискомфорт в эпигастральной области, тошноту после приема пищи отметили исчезновение этих симптомов к моменту окончания исследования. Кроме того, указанные жалобы появились еще у 2 пациентов уже в ходе исследования.

Пальпаторная болезненность в эпигастральной области определялась у 4 пациентов группы «И» и исчезла на заключительном приеме у 2 пациентов. По результатам ИРВД «нарушение функции желудка» определялось у 8 пациентов из группы «И», в том числе и у пациентов с соответствующими жалобами. На момент окончания исследования у 6 пациентов функциональное состояние желудка вернулось к норме, в том числе у пациентов с наблюдаемым клиническим улучшением. У 2 пациентов по результатам ИРВД динамики не выявлено. У 2 пациентов с появившимися в

ходе исследования жалобами на дискомфорт и боли в эпигастральной области ухудшение функционального состояния желудка объективно подтверждалось методом ИРВД. Кроме того, по результатам ИРВД у 9 пациентов на момент начала исследования определялось «нарушение функции тонкой кишки», к моменту завершения программы показатели вернулись к норме у 6 пациентов. Следует также отметить, что на 2-3 обследовании по методу ИРВД у 4 пациентов из группы «И» отмечено ухудшение «функции тонкой кишки», что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. К моменту завершения исследования данные показатели вернулись к норме у 3 пациентов из 4.

Жалобы на изжогу, отрыжку, чувство горечи во рту после приема жирной и жареной пищи предъявляли 2 пациента группы «Д», в том числе 1 пациент с хроническим гастродуоденитом. К моменту окончания исследования все пациенты отмечали положительную динамику, связанную, вероятно, с соблюдением рекомендованной диеты.

Среди пациентов группы «И» жалобы на изжогу, отрыжку, чувство горечи во рту после приема жирной и жареной пищи предъявляли 4 пациента, из которых к моменту окончания исследования 3 пациентов отмечали положительную динамику, связанную, вероятно, с соблюдением рекомендованной диеты. 1 пациент не отметил никакой динамики в ходе исследования и нуждался в постоянном приеме антацидных препаратов.

Жалобы на периодические боли и тяжесть в области правого подреберья предъявлял 1 пациент группы «Д», у которого определялась пальпаторная болезненность в области правого подреберья в сочетании с положительными пузырьными симптомами (Ортнера, Кера, Мерфи). На момент окончания исследования пациент отметил уменьшение интенсивности болей в правом подреберье, однако, по результатам ИРВД

имела место отрицательная динамика. В частности, В группе «И» жалобы на периодические боли и чувство тяжести в области правого подреберья предъявляли 4 пациентов из 19. Пальпаторная болезненность в области правого подреберья определялась у 5 пациентов, из них у 2 пациентов в сочетании с положительными пузырными симптомами (Ортнера, Кера, Мерфи).

На момент окончания исследования 3 пациента отметили уменьшение интенсивности болей в правом подреберье, пальпаторная болезненность исчезла также у 3 пациентов. По результатам ИРВД у данных пациентов имела место положительная динамика в виде улучшения «функции печени и желчного пузыря».

Положительные пузырные симптомы не исчезли в ходе исследования только у 1 женщины из группы «И» с подозрением на хронический холецистит. Объективно методом ИРВД определялось выраженное «нарушение функции печени и желчного пузыря». Данной пациентке было рекомендовано выполнить УЗИ печени и желчного пузыря по месту жительства, однако, пациентка завершила курс досрочно (после 2 сеансов ИРТ). Патология печени и желчевыводящих путей не всегда находила клиническое отражение и выявлялась лишь при обследовании по методу ИРВД. С помощью ИРВД «нарушение функции печени и желчного пузыря» объективно выявлялось у 5 пациентов группы «Д» и 7 пациентов группы «И». У всех пациентов группы «Д» и 5 пациентов группы «И» в ходе исследования было зафиксировано улучшение показателей. Кроме того, у 2 пациентов группы «Д» и 3 пациентов группы «И» «нарушение функции печени и желчного пузыря» появилось непосредственно в ходе исследования (в большинстве случаев при отсутствии клинических признаков).

Жалобы на постоянные хронические запоры в группе «Д» предъявляли 4 пациента из 9, из них 1 пациент отметил появление самостоятельного

регулярного стула в ходе исследования и отказался от приема слабительных препаратов. 3 пациента не отметили никаких изменений со стороны кишечника, в том числе женщина с хроническим спастическим колитом, долихосигмой.

Согласно результатам ИРВД «нарушение функции толстого кишечника» определялось у 1 пациента с запорами и у 1 пациента, не жаловавшегося на нарушения стула. У обоих пациентов в ходе исследования отмечалась положительная динамика по результатам ИРВД. Например, в группе «И» хроническими запорами изначально страдали 5 пациентов из 19, из них 3 пациента отметили появление самостоятельного регулярного стула в ходе исследования и отказались от приема слабительных препаратов. 2 пациента не отметили никаких изменений со стороны кишечника и продолжили прием слабительных средств. По результатам ИРВД «нарушение функции толстого кишечника» определялось у 4 пациентов с запорами и у 4 пациентов, не жаловавшихся на нарушения стула. Положительная динамика в ходе исследования по результатам ИРВД отмечалась только у 3 пациентов.

Дополнительно жалобы на запоры на фоне диеты начали предъявлять 2 пациента группы «Д». Жалобы на вздутие живота (метеоризм) в сочетании с периодическими запорами предъявляли 2 пациента. Для купирования явлений метеоризма данным пациентам в ходе исследования потребовалось назначение энтеросорбентов (Смекта, активированный уголь), симетикона (Эспумизана). На фоне приема данных препаратов отмечена некоторая положительная динамика. У 2-х пациентов с появившимся на фоне диеты запорами объективно по результатам ИРВД появилось «нарушение функции толстого кишечника».

В группе «И» запоры на фоне диеты появились у 6 пациентов, из них у 4 пациентов был получен положительный эффект от приема слабительных

средств, а у 2-х пациентов запоры не купировались даже на фоне приема слабительных. Жалобы на вздутие живота (метеоризм) в сочетании с периодическими запорами начали предъявлять 7 пациентов из группы «И».

На фоне симптоматической терапии некоторая положительная динамика наблюдалась у 3 пациентов. У всех пациентов с появившимся на фоне диеты запорами при ИРВД объективно появилось «нарушение функции толстого кишечника». У 1 пациентки в группе «И» в ходе исследования появились тупые ноющие боли в левой половине живота, при осмотре определялась пальпаторная болезненность в левой подвздошной области. Боли практически не купировались при приеме спазмолитиков (Но-шпа, Дюспаталин). По результатам ИРВД отмечено появление «нарушения функции толстого кишечника». Данной пациентке была рекомендована консультация гинеколога и УЗИ органов брюшной полости по месту жительства.

На момент начала исследования 5 пациентов группы «Д» жаловались на отеки в области голеней, возникавшие преимущественно к вечеру, пальпаторно отеки определялись у 4 пациентов. На заключительном приеме 3 пациентов отметили некоторое уменьшение отеков, у оставшихся 2 пациентов отеки продолжали появляться с той же частотой. Один пациент жаловался на отеки, возникающие в жаркое время на лице, верхних и нижних конечностях, в ходе исследования пациент отметил положительную динамику, но только с наступлением осени.

На момент начала исследования 8 пациентов группы «И» жаловались на отеки в области голеней, возникавшие преимущественно к вечеру, пальпаторно отеки определялись у 2 пациентов. На заключительном приеме только 1 пациент отметил некоторое уменьшение отеков, у оставшихся 7 пациентов отеки продолжали появляться с той же частотой. 5 пациентов

жаловались на отеки, возникающие в утреннее время на лице, кистях рук, в ходе исследования только 1 пациент отметил положительную динамику.

1 женщина из группы «И» страдала фолликулярным гиперкератозом, в ходе исследования на фоне наружной терапии отмечена положительная динамика состояния кожи, уменьшение выраженности сухости и шелушения.

1 женщина жаловалась на периодически возникающие аллергические высыпания на коже лица, в ходе исследования указанные высыпания не появлялись.

Динамика изменения субъективных жалоб всех 28 пациентов в ходе исследования и распределение пациентов в зависимости от данных объективного осмотра представлены в таблицах 15 и 18. Аналогичные показатели отдельно для групп «Д» и «И» - представлены нами в таблицах 16, 17, 19, 20.

Таблица 15

### Распределение пациентов

в зависимости от изменения основных клинических жалоб (n=28)

Основные жалобы пациентов	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Слабость, утомляемость	7			3
Эмоциональная лабильность	2			-
Периодические головные боли*	8			2
Эпизоды головокружения*	4			-
Боли в крупных суставах	7			-

Боли в различных отделах позвоночника	4			-
Дискомфорт в эпигастральной области, тошнота	4			4
Боли в эпигастральной области	2			4
Боли в области правого подреберья	5			-
Изжога, отрыжка после приема жирной, жареной пищи	6			-
Постоянные запоры	9			8
Вздутие живота (метеоризм)	1			9
Отеки на нижних конечностях, появляющиеся преимущественно к вечеру	13			-
Отеки на лице, кистях рук в утреннее время	6			-

\* в таблице приведено общее число пациентов, предъявлявших жалобы на головные боли и головокружения, без учета этиологии

Таблица 16

### Распределение пациентов группы «Д»

в зависимости от изменения основных клинических жалоб (n=9)

Основные жалобы пациентов	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Слабость, утомляемость	3	2	1	1
Эмоциональная лабильность	1	1	0	-
Периодические головные боли*	4	2	2	-
Эпизоды головокружения*	2	2	0	-
Боли в крупных суставах	4	1	3	-
Боли в различных отделах позвоночника	1	1	0	-
Дискомфорт в эпигастральной области, тошнота	2	2	0	2

Боли в эпигастральной области	1	1	0	2
Боли в области правого подреберья	1	1	0	-
Изжога, отрыжка после приема жирной, жареной пищи	2	2	0	-
Постоянные запоры	4	1	3	2
Вздутие живота (метеоризм)	-	-	-	2
Отеки на нижних конечностях, появляющиеся преимущественно к вечеру	5	3	2	-
Выраженные отеки по всему телу	1	1	0	-

\* в таблице приведено общее число пациентов, предъявлявших жалобы на головные боли и головокружения, без учета этиологии

Таблица 17

### Распределение пациентов группы «И»

в зависимости от изменения основных клинических жалоб (n=19)

Основные жалобы пациентов	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Слабость, утомляемость	4	4	0	2
Эмоциональная лабильность	1	1	0	-
Периодические головные боли*	4	2	2	2
Эпизоды головокружения*	2	2	0	-
Боли в крупных суставах	3	1	2	-
Боли в различных отделах позвоночника	3	0	3	-
Дискомфорт в эпигастральной области, тошнота	2	2	0	2
Боли в эпигастральной области	1	1	0	2
Боли в области правого подреберья	4	3	1	-

Изжога, отрыжка после приема жирной, жареной пищи	4	3	1	-
Постоянные запоры	5	3	2	6
Вздутие живота (метеоризм)	1	0	1	7
Отеки на нижних конечностях, появляющиеся преимущественно к вечеру	8	1	7	-
Отеки на лице, кистях рук в утреннее время	5	1	4	-

\* в таблице приведено общее число пациентов, предъявлявших жалобы на головные боли и головокружения, без учета этиологии

Таблица 18

### Распределение пациентов

в зависимости от изменения данных объективного осмотра (n=28)

Симптомы, признаки	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Кожный покров и ПЖК				
Стрии на коже живота	13		3	-
Отеки в области голеней	6			-
Сухость и шелушение кожи*	1			-
Опорно-двигательный аппарат				
Ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах	4			-
Ограничение объема активных и пассивных движений в различных отделах позвоночника	4			-
Система органов дыхания				
Сухие хрипы в легких	2			-
Жесткое дыхание	2			-

Система органов кровообращения				
Расширение границ относительной тупости сердца влево, акцент II тона над аортой**	3			-
Глухость сердечных тонов	8			-
Нарушения ритма сердца	4			-
ТОМК***	1			-
Система органов пищеварения				
Болезненность в эпигастральной области	5			2
Болезненность в области правого подреберья	6			-
Положительные пузырьные симптомы	3			-
Болезненность при глубокой пальпации в области сигмовидной кишки	9			4
Болезненность при глубокой пальпации в области слепой кишки	12			3

\* у пациентки с фолликулярным гиперкератозом; \*\* у пациентов с ГБ;

\*\*\* у пациентки с ПМК без нарушений гемодинамики.

Таблица 19

### Распределение пациентов группы «Д»

в зависимости от изменения данных объективного осмотра (n=9)

Симптомы, признаки	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Кожный покров и ПЖК				
Стрии на коже живота	5			
Отеки в области голеней	4			
Опорно-двигательный аппарат				
Ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах	1			

Ограничение объема активных и пассивных движений в различных отделах позвоночника	1			
Система органов дыхания				
Сухие хрипы в легких	1			
Жесткое дыхание	1			
Система органов кровообращения				
Расширение границ относительной тупости сердца влево, акцент II тона над аортой*	1			
Глухость сердечных тонов	4			
Нарушения ритма сердца	2			
Система органов пищеварения				
Болезненность в эпигастральной области	1			
Болезненность в области правого подреберья	1			
Положительные пузырьные симптомы	1			
Болезненность при глубокой пальпации в области сигмовидной кишки	4			
Болезненность при глубокой пальпации в области слепой кишки	6			

\* у пациента с ГБ

Таблица 20

### Распределение пациентов группы «И»

в зависимости от изменения данных объективного осмотра (n=19)

Симптомы, признаки	Всего пациентов до исследования	Улучшение	Без изменения	Появление
Кожный покров и ПЖК				
Стрии на коже живота	8			-
Отеки в области голеней	2			-
Сухость и шелушение кожи*	1			-

Опорно-двигательный аппарат				
Ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах	3			-
Ограничение объема активных и пассивных движений в различных отделах позвоночника	3			-
Система органов дыхания				
Сухие хрипы в легких	1			-
Жесткое дыхание	1			-
Система органов кровообращения				
Расширение границ относительной тупости сердца влево, акцент II тона над аортой**	2			-
Глухость сердечных тонов	4			-
Нарушения ритма сердца	2			-
ТОМК***	1			-
Система органов пищеварения				
Болезненность в эпигастральной области	4			2
Болезненность в области правого подреберья	5			-
Положительные пузырьные симптомы	2			-
Болезненность при глубокой пальпации в области сигмовидной кишки	5			4
Болезненность при глубокой пальпации в области слепой кишки	6			1

\* у пациентки с фолликулярным гиперкератозом; \*\* у пациентов с ГБ;

\*\*\* у пациентки с ПМК без нарушений гемодинамики.

Таким образом, данные, полученные при опросе и физикальном осмотре пациентов полностью согласовывались с результатами проведенной ИРВД. Клиническая динамика также соответствовала динамике показателей функционального состояния органов и систем при диагностике по методу ИРВД. Учитывая неравноценную численность групп «Д» и «И» нам не удалось провести достоверное сопоставление результатов изменения состояния здоровья пациентов этих двух групп. В связи с этим мы сочли

целесообразным проанализировать результаты по изменению состояния пациентов на группе из 28 пациентов в целом (табл.21, 22). Обсуждая полученные результаты в группе из 28 пациентов, необходимо отметить следующее:

1. В ходе исследования более 50 % пациентов субъективно отметили улучшение общего состояния. В то же время 6 пациентов из 28 (21,4 %) субъективно отметили ухудшение самочувствия.

2. У пациентов в ходе исследования с наибольшей частотой регистрировались жалобы, характерные для синдрома астении (слабость, утомляемость – у 7-х человек, эмоциональная лабильность – у 2-х), причем большинство пациентов субъективно отмечали улучшение состояния на момент окончания исследования, особенно в эмоциональной сфере. Вероятно, подобную динамику можно объяснить улучшением эмоционального состояния и повышением самооценки у пациентов при потере веса в ходе исследования.

3. Довольно часто пациенты жаловались на головные боли различного характера (8 человек), половина пациентов отметили уменьшение частоты и интенсивности приступов головной боли. Не отмечалось положительной динамики у пациентов с мигреноподобными и головными болями напряжения.

4. К моменту окончания исследования треть пациентов с артрозом коленных суставов субъективно отметили некоторое уменьшение интенсивности болей, что можно связать с уменьшением нагрузки на опорно-двигательный аппарат при потере веса.

Таблица 21

#### Распределение пациентов

в зависимости от изменения основных клинических жалоб (n=28)

Основные жалобы пациентов	Улучшение	Без изменения	Появление
Слабость, утомляемость (n=7)	6	1	3
Эмоциональная лабильность (n=2)	2	0	-
Периодические головные боли* (n=8)	4	4	2
Эпизоды головокружения* (n=4)	4	0	-
Боли в крупных суставах (n=7)	2	5	-
Боли в различных отделах позвоночника (n=4)	1	3	-
Дискомфорт в эпигастральной области, тошнота (n=4)	4	0	4
Боли в эпигастральной области (n=2)	2	0	4
Боли в области правого подреберья (n=5)	4	1	-
Изжога, отрыжка после приема жирной, жареной пищи (n=6)	5	1	-
Постоянные запоры (n=9)	4	5	8
Вздутие живота (метеоризм) (n=1)	0	1	9
Отеки на нижних конечностях, появляющиеся преимущественно к вечеру (n=13)	4	9	-
Отеки на лице, кистях рук в утреннее время (n=6)	2	4	-

\* в таблице приведено общее число пациентов, предъявлявших жалобы на головные боли и головокружения, без учета этиологии.

Таблица 22

### Распределение пациентов

в зависимости от изменения данных объективного осмотра (n=28)

Симптомы, признаки	Улучшение	Без изменения	Появление
Кожный покров и ПЖК			
Стрии на коже живота (n=13)		3	-
Отеки в области голеней (n=6)			-
Сухость и шелушение кожи* (n=1)			-
Опорно-двигательный аппарат			
Ограничение объема активных и пассивных движений в коленных суставах (n=4)			-
Ограничение объема активных и пассивных движений в различных отделах позвоночника (n=4)			-
Система органов дыхания			
Сухие хрипы в легких (n=2)			-
Жесткое дыхание (n=2)			-
Система органов кровообращения			
Расширение границ относительной тупости сердца влево, акцент II тона над аортой** (n=3)			-
Глухость сердечных тонов (n=8)			-
Нарушения ритма сердца (n=4)			-
ТОМК*** (n=1)			-
Система органов пищеварения			
Болезненность в эпигастральной области (n=5)			2
Болезненность в области правого подреберья (n=6)			-
Положительные пузырьные симптомы (n=3)			-
Болезненность при глубокой пальпации в области сигмовидной кишки (n=9)			4
Болезненность при глубокой пальпации в области слепой кишки (n=12)			3

5. В ходе исследования на фоне снижения массы тела нами было зафиксировано исчезновение эпизодов повышения АД у всех 4 пациентов ГБ, причем 3 пациентов смогли отказаться от приема антигипертензивных средств.

6. Среди 6 пациентов, жаловавшихся на подъем АД под воздействием стрессовых факторов, к моменту окончания исследования все пациенты отметили улучшение состояния.

7. Распространенными были жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, чувство дискомфорта в эпигастральной области – 4 пациента, боли в правом подреберье – 5 пациентов, изжога и отрыжка – 6 пациентов, хронические запоры – 9 пациентов), причем положительная динамика отмечалась только у половины пациентов с жалобами на дискомфорт в эпигастральной области и половины пациентов с запорами.

В то же время практически у всех пациентов с жалобами на боли в правом подреберье, изжогу и отрыжку отмечалась положительная динамика, связанная с соблюдением диетических рекомендаций.

8. У 1 пациентки с периодическими аллергическими высыпаниями на коже лица за время проведения исследования данные высыпания не появлялись, что можно объяснить снижением алиментарной антигенной нагрузки на фоне соблюдения рекомендаций по питанию.

9. У большинства пациентов с отеками не было отмечено положительной динамики.

10. Однако при анализе данных нами была установлена тенденция к ухудшению состояния у ряда пациентов в ходе исследования. Так, 3 пациента отметили появление выраженной слабости, утомляемости, 2 пациента начали предъявлять жалобы на периодические головные боли. У 1 пациента группы «И» после постановки иглы появилось стойкое повышение уровня АД до

140/90, в ходе исследования показатели АД самостоятельно вернулись к нормальным значениям через 2 недели от постановки иглы.

Особенно заметной оказалась тенденция к ухудшению функционального состояния ЖКТ у пациентов. Субъективно отмечалось появление запоров – у 8 человек, метеоризма – у 9 пациентов, появление тошноты, дискомфорта в эпигастральной области – у 4 человек, болей в эпигастральной области – у 4 человек. При объективном исследовании у 4 пациентов было отмечено появление пальпаторной болезненности в левой подвздошной области, у 3 – в правой подвздошной области и у 2 пациентов – в эпигастральной области.

Ухудшение функционального состояния ЖКТ объективно подтверждалось при анализе результатов обследования пациентов по методу ИРВД. Так, что при втором обследовании по методу ИРВД у 6 пациентов появились «нарушения функции двенадцатиперстной кишки», что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. К моменту завершения исследования данные показатели вернулись к норме у 3 пациентов из 6.

**Выводы:** при анализе совокупности жалоб и симптомов, возникающих у пациентов на фоне применения исследуемой методики, было таким образом, установлено, что среди жалоб доминировали слабость, утомляемость, головные боли, а также признаки функционального расстройства ЖКТ в виде тошноты, дискомфорта, болей в эпигастральной области.

Зафиксированное ухудшение состояния пациентов можно расценить как проявление *симптомокомплекса аутоинтоксикации*, связанного с изменением метаболизма и интенсивным липолизом в ходе снижения массы тела. Появления метеоризма и запоров можно связать как с функциональным

расстройством ЖКТ, обусловленным аутоинтоксикацией, так и с введением в рацион отрубей.

С целью купирования и предупреждения возникновения подобных симптомов в дальнейшем пациентам следует рекомендовать прием симетикона, энтеросорбентов и спазмолитиков (по показаниям), а также соблюдение питьевого режима.

Кроме того, для проведения эффективной детоксикации возможно предусмотреть назначение пациентам индивидуально подобранных схем фитотерапии. Повышение АД, зафиксированное в 1 случае после постановки аурикулярной иглы, можно расценить как индивидуальную реакцию на ИРТ.

**6.2. Динамика состояния пациентов с хроническими заболеваниями органов:** пищеварения, дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной систем в ходе объективизации эффективности и безопасности исследуемой методики. С целью контроля состояния здоровья пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, а также оценки влияния исследуемой методики на течение и возникновение обострений данных заболеваний нами проводилось детальное обследование пациентов с заболеваниями органов пищеварения, дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной систем. При первичном обследовании пациентов терапевтом была выделена группа пациентов с хроническими заболеваниями, из них:

- 11 пациентов с хроническим гастритом и гастродуоденитом, 2 пациента с хроническим панкреатитом, 2 пациента с хроническим колитом, 1 пациент с сахарным диабетом II типа, 2 пациента с хроническим обструктивным бронхитом, 1 пациент с хроническим синуситом, 1 пациент с хроническим тонзиллитом, 6 пациентов с гипертонической болезнью I-II стадии, 2 пациента с мочекаменной болезнью и вторичным хроническим пиелонефритом. По собственному желанию покинули исследование на начальном этапе:

- 4 пациента с хроническим гастритом и гастродуоденитом, 1 пациент с хроническим панкреатитом, 1 пациент с хроническим колитом, 1 пациент с сахарным диабетом II типа, 1 пациент с хроническим обструктивным бронхитом, 1 пациент с хроническим синуситом, 2 пациента с гипертонической болезнью I-II стадии.

В ходе исследования нам в результате удалось оценить динамику состояния и характер течения хронических соматических заболеваний у 7 пациентов с хроническим гастритом и гастродуоденитом, 1 пациента с хроническим панкреатитом, 1 пациента с хроническим колитом, 1 пациента с хроническим обструктивным бронхитом, 1 пациента с хроническим тонзиллитом, 4 пациентов с гипертонической болезнью I-II стадии, 2 пациентов с мочекаменной болезнью и вторичным хроническим пиелонефритом.

В связи с неравноценной численностью групп «Д» и «И» нам не удалось провести погрупповой анализ состояния пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, поэтому далее приводим результаты, полученные на группе пациентов в целом, которые необходимы для оценки эффективности исследуемой методики у пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В частности, из 28 пациентов было отобрано 7 пациентов, страдающих хроническим гастритом и гастродуоденитом, 1 пациент с хроническим панкреатитом и 1 пациент с хроническим колитом, долихосигмой.

У всех пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта данные анамнеза объективно подтверждались результатами ИРВД в виде наличия нарушения функций соответствующих отделов ЖКТ. Так, у всех больных с хроническим гастритом и гастродуоденитом на ИРВД было выявлено «нарушение функции двенадцатиперстной кишки и желудка», соответственно. Из 7 пациентов с

хроническим гастритом и гастродуоденитом значимое клиническое улучшение было отмечено нами у 2-х пациентов, интенсивность и частота возникновения болей в эпигастральной области после приема пищи, у которых уменьшилась, исчезли сопутствующие тошнота и дискомфорт. Однако, на ИРВД «улучшение функции желудка» было зафиксировано только у 1 пациента. 2-е пациентов с хроническим гастритом и гастродуоденитом из 7, за время исследования перенесли обострение данного заболевания в виде появления постоянного ощущения дискомфорта и голодных болей в эпигастральной области различной интенсивности, купировавшихся приемом антацидных препаратов. По результатам ИРВД у данных пациентов также отмечена отрицательная динамика. 3 оставшихся пациентов с хроническим гастритом не заметили изменений течения заболевания. На основании ИРВД у этих пациентов на момент окончания исследования не отмечалось изменений «функции желудка». У 1 пациента, страдающего хроническим панкреатитом, в ходе исследования обострений заболевания не отмечалось, по результатам ИРВД отмечена положительная динамика.

В ходе исследования не было выявлено обострений у 1 пациента, страдающего хроническим обструктивным бронхитом, и 1 пациента с хроническим тонзиллитом, при наличии положительной динамики на ИРВД. Все 4 пациента с гипертонической болезнью I-II стадии отмечали снижение уровня артериального давления и частоты эпизодов его повышения. В 3-х случаях нами была зафиксирована отчетливая положительная динамика состояния пациентов с ГБ, при которой пациенты могли отказаться от приема антигипертензивных средств либо значительно снизить их дозу. По результатам ИРВД у пациентов с ГБ определялись «нарушение функции миокарда и проводящей системы сердца» с положительной динамикой в 3-х случаях из 4-х. Не было зафиксировано обострений в частности, у 2 пациентов с мочекаменной болезнью и вторичным хроническим

пиелонефритом. Но по результатам ИРВД у данных пациентов определялось «нарушение функции почек» с положительной динамикой.

В таблицах 23 и 24 представлена динамика состояния пациентов с различными хроническими заболеваниями органов пищеварения, дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной систем.

Таким образом, наличие хронических соматических заболеваний у пациентов в ходе исследования подтверждалось с помощью ИРВД, которая наряду с клиническими данными служила для контроля течения заболевания. Установлено, что на фоне исследуемой методики у трети больных с хроническим гастритом было зафиксировано обострение процесса, не было отмечено отрицательной динамики в течение хронического панкреатита. Отмечена выраженная положительная динамика у больных с гипертонической болезнью.

Таблица 23

Течение хронических заболеваний органов пищеварения, дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной систем у пациентов в ходе исследования в обеих группах пациентов в целом

Основные заболевания	Кол-во пациентов	Течение заболевания	
		Без обострений	Обострение
Хронический гастрит	7	5	2
Хронический панкреатит	1	1	0
Хронический колит	1	0	1
Хронический бронхит	1	1	0
Хронический тонзиллит	1	1	0
Гипертоническая болезнь I-II стадии	4	4	0
Мочекаменная болезнь	2	2	0

Хронический пиелонефрит	2	2	0
-------------------------	---	---	---

Таблица 24

Функциональное состояние соответствующих органов и систем у пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения, дыхания, сердечнососудистой и мочевыделительной систем у пациентов в ходе исследования (по результатам ИРВД) в обеих группах пациентов в целом

Основные заболевания	Кол-во пациентов	Динамика показателей ИРВД		
		Улучш.	Ухудш.	Без измен.
Хронический гастрит	7	1	3	3
Хронический панкреатит	1	1	0	0
Хронический колит	1	0	0	1
Хронический бронхит	1	1	0	0
Гипертоническая болезнь I-II стадии	4	3	0	1
Мочекаменная болезнь	2	2	0	0
Хронический пиелонефрит	2	2	0	0

Кроме того, в ходе исследования не было выявлено влияния методики на течение хронического тонзиллита, хронического бронхита, заболеваний почек и мочевыводящих путей.

### **6.3. Динамика уровня глюкозы в капиллярной крови у пациентов.**

Первично уровень глюкозы капиллярной крови был определен у 39 пациентов, из них 9 пациентов по указанным ранее причинам досрочно выбыли из исследования. С целью контроля состояния углеводного обмена оставшимся 30 пациентам в ходе эксперимента проводили регулярное исследование уровня глюкозы в капиллярной крови:

- 4 раза были обследованы 18 пациентов, 3 раза – 3 пациентов, и 2 раза – 9 пациентов. Результаты определения уровня глюкозы в капиллярной крови у пациентов обеих групп представлены нами в таблице 25. Например, для оценки динамики изменений уровня глюкозы капиллярной крови нами проводилось индивидуальное сопоставление значений уровня глюкозы пациентов на моменты начала и окончания исследований с вычислением процентной разницы значений, а также расчет средних величин с определением достоверности разности между исходными и окончательными показателями, как в общей группе пациентов, так и в группах «Д» и «И» отдельно (табл.26).

Таблица 25

**Результаты определения уровня глюкозы в капиллярной крови у  
пациентов**

Глава I Ф.И.О. пациента	Уровень глюкозы в капиллярной крови натощак, ммоль/л			
	30.07. 06	17.09. 06	05.11. 06	17.12.06
Шулика В.Ю.	5,3	4,4	4,7	4,7
Соболева Н.С.	5,1	4,1	-	-
Старостина Е.Б.	4,4	-	-	-
Шевченко Е.Н.	6,1	-	-	-
Исакова А.Б.	6,0	5,1	4,9	4,9
Гришина М.А.	6,3	-	-	-
Красильщикова И.Л.	6,1	5,2	5,3	5,3
Никитина И.М.	4,4	4,4	4,7	4,8
Маркина Л.Г.	5,0	4,4	4,6	-
Косова Н.А.	4,8	4,4	4,8	4,5
Кислова Ю.М.	5,5	5,1	5,2	4,9
Чежгалова Н.В.	5,7	-	4,3	4,4
Дегтярева Л.В.	5,4	4,7	5,3	5,3
Орлова М.Ю.	5,5	-	-	-

Назарова Л.Г.	5,3	-	4,4	-
Назарова Е.С.	6,6	4,8	-	-
Панкратова Т.А.	4,7	4,5	4,7	4,7
Сорокина Н.С.	6,1	6,6	-	-
Лазарева В.В.	5,3	5,2	5,5	5,3
Шейхи Л.В.	5,3	5,4	4,9	4,9
Тургенева В.А.	4,6	-	-	-
Соколецкая Л.И.	4,9	4,6	5,2	4,9
Гостева Н.М.	4,8	4,7	4,8	4,8
Мухортова О.В.	5,8	4,8	4,8	-
Рябенко Л.Н.	5,8	5,1	5,7	5,5
Рябенко В.П.	5,3	5,2	5,7	5,3
Недогонова Е.В.	4,5	4,6	-	-
Рубцова Л.Н.	4,5	4,5	4,5	4,7
Платова Е.П.	4,5	5,0	-	-
Третьякова Л.В.	4,9	-	-	-
Ануфриева Г.Ю.	5,3	5,7	5,3	4,7
Наумова Л.В.	5,2	6,0	4,4	4,4
Антонова О.П.	5,3	6,2	5,9	5,2
Назарова И.С.	5,2	-	-	-
Кирилова Е.Д.	5,9	5,1	-	-
Авдеев В.Л.	11,6	-	-	-
Тюникова В.В.	4,6	5,2	-	-
Мякиш Л.Н.	4,6	5,5	-	-

Таблица 26

Динамика изменения уровня глюкозы капиллярной крови у пациентов  
на фоне применения исследуемой методики (n=30)

ФИО пациентов	Код программы	Кол-во сеансов ИРТ	Исходная масса тела	Уровень глюкозы в крови натощак, ммоль/л		Снижение, в % от исходного уровня
				Начало исследования	Окончание исследования	
Назарова Е.С.	И	2	Нормальная масса	6,6	4,8	27,3
Платова Е.П.	И	2	Ожирение I ст.	4,5	5,0	11,1
Соболева Н.С.	И	2	Избыточная масса	5,1	4,1	9,6
Ануфриева Г.Ю.	И	4	Ожирение II ст.	5,3	4,7	1,3
Соколецкая Л.И.	И	4	Ожирение I ст.	4,9	4,9	0
Недогонова Е.В.	И	3	Избыточная масса	4,5	4,6	2,2
Назарова Л.Г.	И	3	Избыточная масса	5,3	4,4	7,0
Мухортова О.В.	И	4	Избыточная масса	5,8	4,8	7,2
Шулика В.Ю.	И	4	Избыточная масса	5,3	4,7	1,3
Наумова Л.В.	И	3	Избыточная масса	5,2	4,4	5,4
Мякиш Л.А.	И	2	Ожирение III ст.	-	-	-
Рябенко В.П.	И	4	Ожирение I ст.	5,3	5,3	0
Тюникова В.В.	И	3	Избыточная масса	-	-	-
Дегтярева Л.В.	И	4	Ожирение III ст.	5,4	5,3	9

Рябенко Л.Н.	И	4	Ожирение I ст.	5 ,8	5 ,5	5 ,2
Гостева Н.М.	И	3	Избыточна я масса	4 ,8	4 ,8	0 ,0
Антонова О.П.	И	4	Ожирение I ст.	5 ,3	5 ,2	1 ,9
Кислова Ю.М.	И	4	Избыточна я масса	5 ,5	4 ,9	1 0,9
Чежгалова Н.В.	И	4	Ожирение II ст.	5 ,7	4 ,4	2 2,8
Панкратова Т.А.	И	4	Избыточна я масса	4 ,7	4 ,7	0 ,0
Косова Н.А.	И	4	Избыточна я масса	4 ,8	4 ,5	6 ,3
Среднее значение в группе				5 ,3±0,3	4 ,8±0,2	5 ,4±3,2
Маркина Л.Г.	Д	3	Ожирение I ст.	5 ,0	4 ,6	8 ,0
Кириллова Е.Д.	Д	2	Ожирение III ст.	5 ,9	5 ,1	1 3,6
Шейхи Л.В.	Д	4	Избыточна я масса	5 ,3	4 ,9	7 ,5
Сорокина Н.С.	Д	2	Ожирение II ст.	6 ,1	6 ,6	- 8,2
Красильщикова И.Л.	Д	4	Ожирение I ст.	6 ,1	5 ,3	1 3,1
Лазарева В.В.	Д	4	Ожирение I ст.	5 ,3	5 ,3	0 ,0
Никитина И.М.	Д	4	Ожирение II ст.	4 ,4	4 ,8	- 9,1
Рубцова Л.Н.	Д	3	Ожирение I ст.	4 ,5	4 ,7	- 4,4
Исакова А.Б.	Д	4	Ожирение II ст.	6 ,0	4 ,9	1 8,3
Среднее значение в группе				5 ,4±0,4	5 ,1±0,4	4 ,3±3,3

На момент начала исследования средний уровень глюкозы в капиллярной крови в целом в группе из 30 пациентов составил  $5,3 \pm 0,2$  ммоль/л, к моменту окончания исследования средний уровень достоверно снизился и составил  $4,9 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ) (табл. 27). Максимальное значение уровня глюкозы в целом в группе из 30 пациентов составило 6,6 ммоль/л, минимальное 4,7 ммоль/л.

Погрупповой анализ уровней глюкозы проводился нами в группе «Д» исходное значение которой, составило  $5,4 \pm 0,4$  ммоль/л; на момент окончания исследования уровень глюкозы достоверно снизился до  $5,1 \pm 0,4$  ммоль/л. Снижение уровня глюкозы составило  $4,3 \pm 3,3$  %. В группе «И» исходное значение уровня глюкозы практически не отличалось от группы «Д» и составило  $5,3 \pm 0,3$  ммоль/л, при этом на фоне применения исследуемой методики Мухиной М.М. уровень глюкозы достоверно снизился до  $4,8 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ); снижение относительно исходного уровня глюкозы составило  $5,4 \pm 3,2$  % (табл. 27). Таким образом, нами были получены статистически достоверные различия между окончательными значениями показателей в группах «Д» и «И», свидетельствующие о более эффективном снижении уровня глюкозы в группе «И».

Таблица 27

Снижение уровня глюкозы в капиллярной крови у пациентов в ходе исследования (n=30)

	Диета а «Д» (групп n=9)	ИРТ+д нета а «И» (групп n=21)	Все пациенты (n=30)
Глюкоза натощак на момент начала исследования, ммоль/л	$5,4 \pm 0,4$	$5,3 \pm 0,3$	$5,3 \pm 0,2$
Глюкоза натощак на момент окончания исследования, ммоль/л	*	$4,8 \pm 0,2$ */**	$4,9 \pm 0,2^*$
Снижение уровня глюкозы, в % от исходного	$4,3 \pm 3,3$	$5,4 \pm 3,2$	$5,1 \pm 3,3$

значения			
----------	--	--	--

\*  $p < 0,05$  по сравнению с исходными показателями; \*\*  $p < 0,05$  по сравнению со значениями в другой группе.

Таким образом, в ходе исследования нами было отмечено достоверное снижение уровня глюкозы капиллярной крови в обеих группах в целом: как под воздействием исследуемой методики, так и на фоне монотерапии с помощью диеты. Это можно объяснить нормализацией углеводного обмена при соблюдении рекомендаций по лечебному питанию. В то же время достоверно более интенсивное снижение уровня глюкозы капиллярной крови было зарегистрировано нами в группе «И», что наряду с более интенсивным снижением веса и уменьшением выраженности абдоминального ожирения в данной группе свидетельствует о положительном, стимулирующем как липолиз так и нормализацию углеводного обмена воздействии методики ИРТ на организм.

*Динамика функционального состояния миокарда по результатам обследования на приборе КардиоВизор-06с* показала, что первично было обследовано 44 пациента на приборе КардиоВизор-06с, из них 14 пациентов выбыли из исследования. В ходе исследования динамику изменения основных показателей функционального состояния миокарда и проводящей системы сердца удалось оценить у 30 пациентов, из них 13 пациентов были обследованы 4 раза, 10 – 3 раза и 7 пациентов – 2 раза. Для оценки динамики функционального состояния миокарда проводилось индивидуальное сопоставление исследуемых показателей на момент первого и последнего обследования.

Фактические данные обследований пациентов на приборе КардиоВизор-06с, касающиеся конкретных показателей для каждого пациента, были подвергнуты научному анализу. В частности, с целью контроля состояния миокарда в ходе исследования был проведен анализ

результатов обследований пациентов на приборе КардиоВизор-06с, в результате которого были получены интегральные показатели функции миокарда и ритма сердца. Для получения представления о динамике изменения состояния миокарда производилось индивидуальное сопоставление указанных интегральных показателей наряду с контролем функционального состояния различных отделов миокарда по «портрету сердца» на моменты начала и окончания исследования.

«Портрет сердца» использовался в качестве информативного способа отображения имеющихся отклонений от нормы. Выраженность изменений в миокарде определялась по изменению цвета (в норме миокард имеет ровный зеленый цвет). При различных отклонениях от нормы цвет в области изменений менялся до желтого или красного. При выявлении патологии со стороны сердечной мышцы или проводящей системы сердца у пациентов оценивалось течение патологического процесса на фоне исследования. Так, в динамике контролировались имевшие место признаки гипертрофии различных отделов сердца, нарушения процессов реполяризации миокарда желудочков, нарушения ритма сердца (тахикардия, брадикардия), нарушения атриовентрикулярной проводимости.

Благодаря высокой чувствительности прибора к любым изменениям в миокарде метаболического, нейрогенного и гуморального характера, в ходе исследования удалось выявить и оценить как начальные проявления гипоксии миокарда, так и выраженные признаки ишемического страдания различных отделов миокарда. На основании индивидуального сопоставления результатов обследования на приборе удалось оценить динамику гипоксии миокарда различного генеза у пациентов. Кроме того, высокая специфическая чувствительность прибора позволила определить наличие и выраженность напряжения механизмов адаптации миокарда, т.е. стресс-реакции. Интегральные показатели функции миокарда и ритма оценивались у всех 30 пациентов:

- 9 пациентов группы «Д» и 21 пациента группы «И». Улучшение показателей функции миокарда в ходе исследования выявлялось у 13 пациентов (6 пациентов группы «Д» и 7 пациентов группы «И»), показателей ритма – у 12 пациентов (6 пациентов группы «Д» и 6 пациентов группы «И»). У большинства пациентов не отмечалось никакой динамики интегральных показателей: показатели функции миокарда не изменились у 12 пациентов (3 пациентов группы «Д» и 9 пациентов группы «И»), ритма – также у 12 пациентов (3 пациентов группы «Д» и 9 пациентов группы «И»). Наряду с этим у пациентов группы «И» имела место отрицательная динамика:

- у 5 пациентов по показателям функции миокарда, и у 6 пациентов по показателям ритма. У всех пациентов в исследовании функциональное состояние миокарда оценивалось также с помощью анализа «портрета сердца» в динамике. Улучшение состояния миокарда по «портрету сердца» наблюдалось у 14 пациентов (6 пациентов группы «Д» и 8 пациентов группы «И»), отсутствие динамики – у 10 пациентов (3 пациентов группы «Д» и 7 пациентов группы «И»), и ухудшение – у 6 пациентов группы «И».

Одновременное ухудшение всех интегральных показателей было зафиксировано нами у пациентов, страдающих ИБС. В частности, у 1 пациента группы «И» 52 лет с ИБС, стенокардией Принцметала при отсутствии появления каких-либо клинических жалоб.

У одной пациентки группы «И» 71 года, длительно страдающей ИБС, в ходе исследования также было зафиксировано ухудшение по всем интегральным показателям миокарда с напряжением механизмов адаптации. Однако данная пациентка посетила прием терапевта только однократно, поэтому данные об изменении ее состояния оценены не были.

Оставшиеся 4 пациентов группы «И» с наблюдаемым ухудшением функции миокарда по интегральным показателям закончили исследование досрочно и были обследованы на приборе КардиоВизор только дважды. При

этом на 2 обследовании у этих пациентов было зафиксировано появление выраженного напряжения механизмов адаптации.

На момент начала исследования напряжение механизмов адаптации миокарда по данным прибора КардиоВизор определялось у 12 пациентов, из них 2 пациентов группы «Д» и 10 пациентов группы «И». В ходе исследования у 2 пациентов группы «Д» и 7 имела пациентов группы «И» имела место положительная динамика и исчезновение стресс-реакции миокарда. Вместе с тем на 2 обследовании у 14 пациентов группы «И» мы наблюдали появление ухудшения интегральных показателей миокарда, а также функционального состояния миокарда по «портрету сердца» наряду с активацией стрессорных механизмов с выраженным нарушением механизмов адаптации миокарда. Стресс как генерализованная неспецифическая адаптивная реакция организма, направленная на поддержание гомеостаза<sup>131</sup>, у пациентов, вероятно, был спровоцирован потерей массы тела в ходе исследования, и реализовывался посредством активации нейроэндокринной системы с запуском синтеза глюкокортикоидов и катехоламинов – основных стресс-гормонов. К моменту окончания исследования данные показатели возвращались к норме у всех пациентов. В этой связи наблюдаемое нами ухудшение состояния 6 пациентов группы «И» связано с досрочным прекращением ими курса.

На момент начала исследования признаки гипертрофии левого желудочка определялись у 1 пациента с ГБ из группы «И». Признаки гипертрофии правого желудочка определялись также у 1 пациента группы «И». Начальные проявления гипоксии миокарда выявлялись у 2 пациентов группы «И» на момент начала исследования, у которых отмечалось положительная динамика в связи с улучшением кровоснабжения миокарда.

---

<sup>131</sup> Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология. - М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с.

Признаки ишемии различных отделов миокарда регистрировались у 3 пациентов на момент начала исследования – у 1 пациента группы «Д» и 1 пациента группы «И». Из них положительная динамика с некоторым регрессом ишемии наблюдалась у 1 пациента группы «Д» и 1 пациента группы «И». Интересно отметить, что из 6 пациентов с тахикардией (1 пациент группы «Д» и 5 пациентов группы «И») у 4 пациентов группы «И» на момент окончания исследования частота сердечных сокращений вернулась в пределы нормы. Для пациентов с брадикардией было характерно отсутствие динамики. Кроме того, у 2 пациентов группы «И» появилось нарушение АВ-проводимости в ходе исследования. В частности, из 6 пациентов с нарушениями внутрижелудочковой проводимости (3 пациента группы «Д» и 3 пациента группы «И») данные изменения в ходе исследования исчезли у 2 пациентов группы «Д» и 1 пациента группы «И».

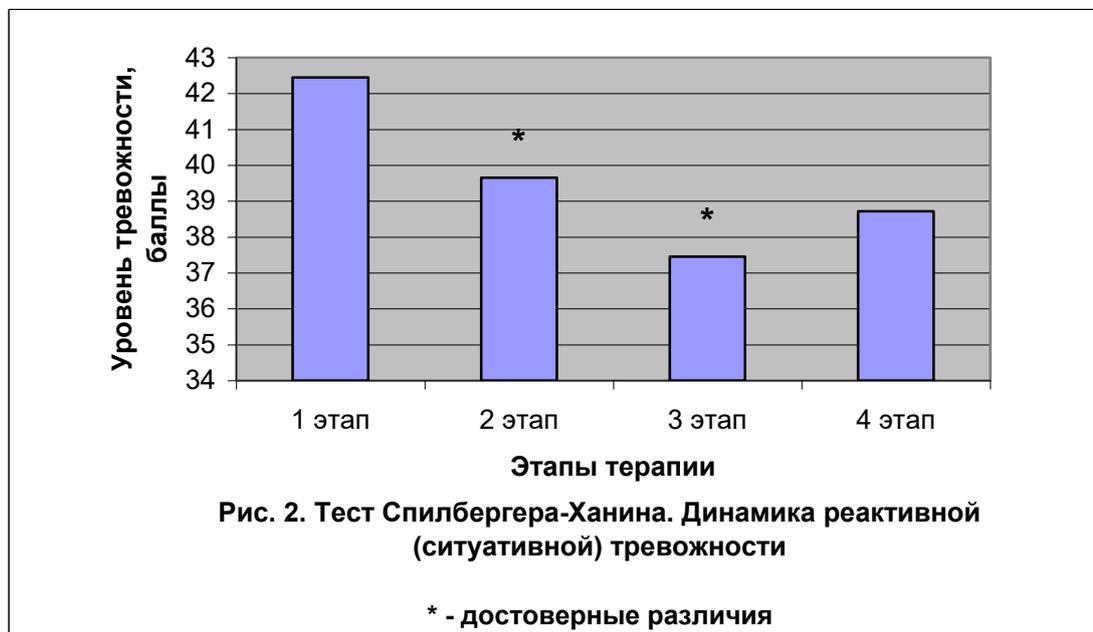
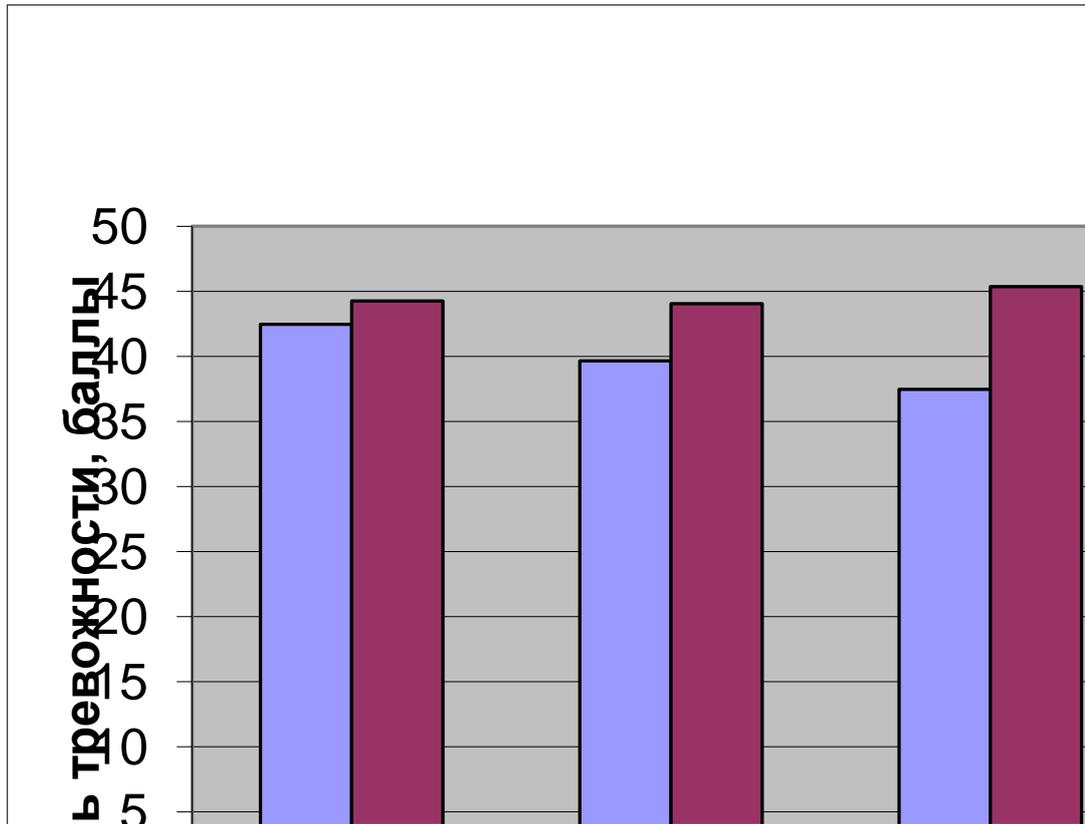
Динамика изменения основных показателей функционального состояния миокарда и проводящей системы сердца у пациентов в двух группах по результатам обследования на приборе КардиоВизор-06с™ представлена для научного анализа. В результате определения психоэмоционального статуса испытуемых до начала исследования нами было выявлено, что у испытуемых имеет место средний уровень актуального состояния тревоги и повышенный уровень личностной тревожности, связанные, вероятно, с пониженной самооценкой у пациентов с избыточным весом.

Исследованием установлено, что у испытуемых на момент начала испытания выявлены средний уровень актуального состояния тревоги и повышенный уровень личностной тревожности. По результатам теста САН все показатели пациентов изначально находились ниже нормативных показателей. Статистический анализ результатов теста Спилбергера-Ханина методами непараметрической статистики выявил достоверные различия между значениями среднего уровня тревожности 1 и 3 этапов (тест

Вилкоксона), позволяющие сделать вывод о достоверном уменьшении уровня тревоги у пациентов в ходе исследования. Все остальные сравнения оказались недостоверными по результатам оценки теста Вилкоксона (критерий сдвига различий).

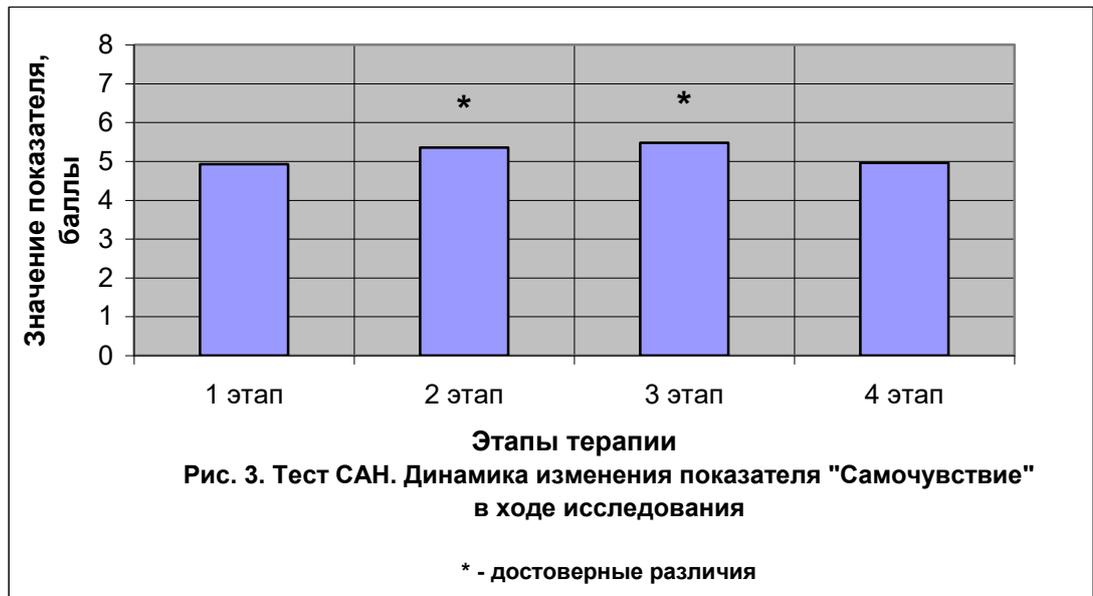
В целом уменьшение личностной и ситуационной тревожности носит характер положительной тенденции, графическое изменение уровня тревоги у пациентов в ходе исследования представлено на рис. 1 и 2. Результаты статистического анализа, проведенного с использованием критерия Биквадрат, позволяют сделать вывод о достоверном снижении ситуативной (реактивной) тревожности в группе пациентов по сравнению с 1 началом исследования (рис. 2). Следует отметить, что среднее значение ситуативной тревожности снижалось постепенно к третьему этапу терапии, тогда как на 4 этапе в среднем по группе уровень тревожности снова увеличился. Этот факт можно связать с возникающей у пациентов в ходе терапии боязнью потери поддержки, а также с появлением психологической зависимости от терапии и связи с группой.

Подобные психологические реакции являются закономерными и ожидаемыми в аналогичных ситуациях. Уровень личностной тревожности оставался практически неизменным в ходе исследования и не зависел от продолжительности исследования (рис. 1).



По результатам теста САН наблюдались изменения в психоэмоциональном статусе испытуемых, положительная динамика была выявлена нами по показателю «Самочувствие» (рис. 3). Использование статистического критерия Вилкоксона позволило установить достоверность

изменений данного показателя у пациентов ходе исследования. Причем в динамике показателя «Самочувствие» прослеживалась тенденция, сходная с изменениями реактивной тревожности, - максимальная положительная динамика отмечается на 2 и 3 этапах, для 4 этапа характерно снижение этого показателя.



При анализе остальных показателей теста САН («Активность», «Настроение» и «Работоспособность») нами также была выявлена отчетливая тенденция к улучшению перечисленных показателей у пациентов на 2-3 этапах исследования (рис. 4, 5, 6). Причем увеличение значения показателя «Работоспособность» отражает в целом положительную динамику психоэмоционального состояния пациентов в ходе исследования, поскольку данный критерий рассчитывается как среднее значение по трем основным показателям теста САН).

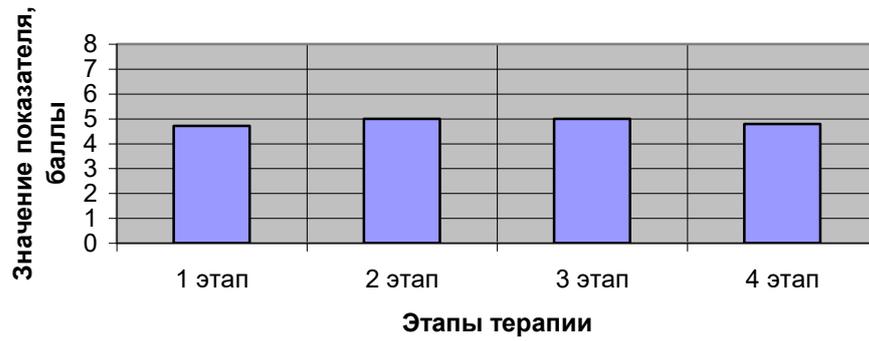


Рис. 4. Тест САН. Динамика изменения показателя "Активность" в ходе исследования



Рис. 5. Тест САН. Динамика изменения показателя "Настроение" в ходе исследования

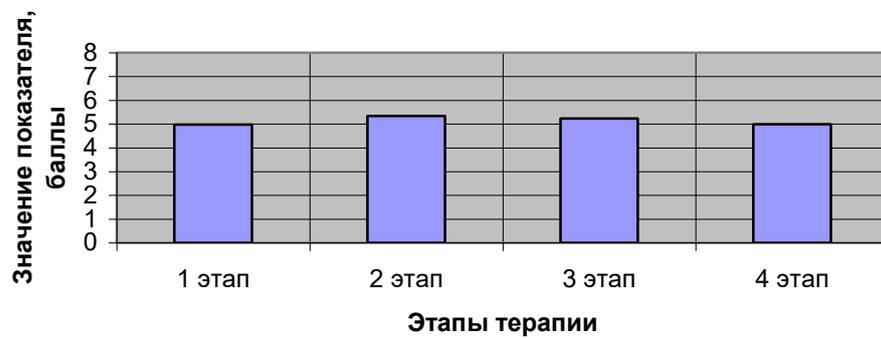


Рис. 6. Тест САН. Динамика изменения показателя "Работоспособность" в ходе исследования

Таким образом, уже в середине исследования мы наблюдали отчетливую положительную динамику психоэмоционального состояния испытуемых, выраженную в виде повышения самооценки, уменьшения уровней общей и реактивной (ситуативной) тревожности, улучшении самочувствия, активности, настроения и работоспособности пациентов. Причем по показателям «Ситуативная тревожность» теста Спилбергера-Ханина и «Самочувствие» теста САН положительные изменения оказались статистически достоверными.

**Вывод:** Результаты, полученные в научных экспериментах диссертационного исследования, отражают общее состояние пациентов о несомненном положительном влиянии исследуемой методики на психологические функции организма. К сожалению, малая выборка пациентов и их неравномерное распределение по группам «Д» и «И» не позволили нам провести погрупповой анализ результатов психологического тестирования.

## СЕДЬМАЯ ГЛАВА

### КОНЦЕПЦИЯ МЕТОДА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОГО СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА, И КОРРЕКЦИИ ФИГУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

#### 7.1. *Результаты информационно-аналитического исследования*

показали эффективность методики снижения массы тела и коррекции фигуры при лечении ожирения по методу автора диссертационного исследования. Констатация этого факта основана на результатах научного анализа опубликованных в открытой печати сведений о применении исследуемого метода у 850 человек с ожирением I-III степени. С нашим непосредственным участием был осуществлен анализ статистических данных о динамике ИМТ у лиц с разной степенью ожирения под воздействием ИРТ; динамику показателей ИМТ в зависимости от пола пациентов, степени и длительности ожирения; показатели ИМТ до и после лечения, а также абсолютная убыль ИМТ, темп прироста убыли в % и показатель наглядности убыли в % по половому признаку, возрастным группам и длительности заболевания. Динамика снижения массы тела составила в среднем за курс от 3-4 кг до 90 кг в зависимости от степени ожирения<sup>132</sup>. Наиболее интенсивно снижение веса у пациентов наблюдалось через 2,5 недели (20 дней) и через 1 месяц после начала ИРТ (темпы убыли 12,6 и 12,1% соответственно). Через 2,5 месяца (75 дней) ИМТ продолжает уменьшаться, но менее интенсивно (темпы убыли - 7,8 %). На протяжении последующих 6 месяцев - ИМТ снижается незначительно (темпы убыли 0,4 %). При этом через 20 дней лица с ожирением теряли 22,6 % ИМТ, а к 6-му месяцу потери составляли 29,5 %. В среднем по

---

<sup>132</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь Гос. Ун-т, 2002. - 110 с. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

всей группе ИМТ<sup>133</sup> достиг 24,7кг/м.<sup>2</sup> По нашим данным, опубликованным в открытой печати, не было выявлено отрицательной динамики состояния сердечнососудистой системы, центрального и церебрального кровообращения, липидного спектра крови и вегетативной регуляции у пациентов на фоне применения исследуемого метода<sup>134</sup>.

На следующем этапе настоящего информационно-аналитического исследования нами были проанализированы результаты пострегистрационного клинического исследования по оценке эффективности и безопасности упомянутого метода, проведенного на базе ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава в период с 14.04. по 17.10.2005 года, опубликованные в открытой печати<sup>135</sup>.

Цель данного исследования состояла в изучении динамики массы и объемов тела, а также констатации основных показателей здоровья пациентов при использовании метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры. Группа испытуемых состояла из 33 человек в возрасте от 19 до 60 лет, средний возраст пациентов 38,3±3,9 года. На основании алгоритма исследования для оценки эффективности и безопасности метода всем пациентам в динамике проводили:

---

<sup>133</sup> Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Тверь Гос. Ун-т, 2002. - 110 с. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.

<sup>134</sup> Там же.

<sup>135</sup> Дронова М.А., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Разработка критериев оценки эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // Традиционная медицина. – 2006. - № 2. – С. 20-24. // Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Оценка эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)». Публикация 1: Динамика массы и объемов тела // Традиционная медицина. – 2007. - № 1. – С. 32-35. // Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Оценка эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)». Публикация 2: Динамика состояния здоровья пациентов // Традиционная медицина. – 2007. - № 2. – С. 25-32. // Мухина М.М., Чадаев Н.В., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А. Эффективность «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // «Традиционная медицина – 2007»: Сборник научных трудов конгресса (г. Москва, 1-3 марта, 2007 г.) – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2007. – С. 322-330.

- физикальное обследование и систематически измеряли массу тела (с расчетом ИМТ) и основных объемов тела. Применяли:

- метод корпометрии, электропунктурную диагностику (ЭПД) по методу Р. Фолля; дисперсионное картирование с помощью прибора КардиоВизор-Обс<sup>TM</sup>; психологическое исследование (по шкалам Спилберга-Ханина и тесту САН<sup>136</sup>). В качестве основного критерия определения наличия и степени ожирения, а также динамики изменения массы тела использовали индекс массы тела (ИМТ), или индекс Кетле-2<sup>137</sup>.

Констатировали, что в ходе исследования масса тела и ИМТ тела объективно снизились у всех пациентов, прошедших более 2 сеансов ИРТ, среднее снижение массы тела составило  $13,3 \pm 1,8$  %. Достоверно лучшие результаты были получены у пациентов, посетивших максимальное количество сеансов ИРТ<sup>138</sup> (табл. 28).

Таблица 28

**Зависимость величины потери массы тела у пациентов от количества сеансов ИРТ (n=28)**

Количество сеансов ИРТ	Потеря массы в группе, % от исходной
Два (n=2)	7,0*
Три (n=7)	11,8±2,5
Четыре (n=7)	11,5±4,0
Пять (n=12)	16,2±2,3**

<sup>136</sup> Березин Ф.Б.; Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). - М., 1976. // Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 528 с. // Вассерман Л.И. и др. Личностный опросник института им. Бехтерева - Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1987. // Доскин В.А. и др. Тест дифференциальной оценки функционального состояния / Психол. журн. – 1973. – № 6.

<sup>137</sup> Obesity. Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. - Geneva, 3-5 June, 1997. - World Health Organization, 1998.

<sup>138</sup> Мухина М.М. Патент на изобретение № 2233149. Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, заявка № 2003117103 от 10 июля 2003 г., зарегистрирован 27 июля 2004 г.

\* Расчет доверительных границ в данном случае не проводился в связи с малым количеством пациентов в группе \*\*  $p < 0,05$

В ходе исследования у всех пациентов проводили корпометрию, включавшую в себя измерение объемов груди, талии, бедер. В результате применения объективизируемого метода исследуемые параметры объективно снизились у всех пациентов (табл. 29).

Таблица 29

Уменьшение основных показателей корпометрии у пациентов в зависимости от исходной массы тела (n=25\*)

Исходная масса тела у пациентов	Уменьшение объемов тела, в % от исходных		
	Окр. груди	Окр. талии	Окр. бедер
Нормальная масса (n=4)	7,4±2,1	13,3±3,9	9,0±2,1
Избыточная масса (n=8)	11,0±2,2	13,4±3,8	8,7±2,6
Ожирение 1 ст. (n=4)	14,1±1,9	15,3±5,1	8,2±4,1
Ожирение 2 ст. (n=7)	9,2±2,9	12,2±4,8	9,4±2,6
Ожирение 3 ст. (n=5)	10,2±1,6	12,3±1,3	9,2±2,7
Все пациенты (n=25)	10,3±1,3	13,1±1,8	8,9±1,2

\*При вычислении средних показателей были исключены данные корпометрии 3 мужчин, поскольку измеряемые объемы у мужчин оставались постоянными из-за преобладания абдоминального типа ожирения.

Динамику состояния здоровья пациентов в ходе исследования оценивали путем сопоставления клинических данных с данными ЭПД по методу Р. Фолля. В частности, на начальном этапе у пациентов наиболее часто регистрировались жалобы, характерные для синдрома астении (табл. 30). На фоне применения исследуемого метода у большинства пациентов выявляли субъективное улучшение состояния, особенно в эмоциональной сфере, связанное в т.ч. с повышением самооценки при потере веса.

Полученные данные, полностью согласуются с результатами психологического исследования. При статистической обработке результатов теста Спилберга-Ханина установили достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение уровней личностной и ситуативной тревожности у всех пациентов. Согласно результатам теста САН, у всех пациентов наблюдалась отчетливая тенденция к постепенному улучшению самочувствия, при этом достоверное улучшение самочувствия ( $p < 0,05$ ) было выявлено уже в середине курса. Распространенными были жалобы на головные боли различного характера, а также жалобы пациентов со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, чувство дискомфорта в эпигастральной области, хронические запоры). При этом в ходе исследования не зафиксировано положительной динамики у пациентов с мигреноподобными болями и головными болями напряжения. Но к моменту окончания исследования часть пациентов с артрозом субъективно отметили значительное уменьшение интенсивности болей, что можно объяснить в т.ч., с уменьшением нагрузки на опорно-двигательный аппарат при потере веса. Положительная динамика отмечалась только у половины пациентов с жалобами на дискомфорт в эпигастральной области и трети пациентов с запорами. В то же время у 4-х пациентов появились тошнота, ощущение дискомфорта в эпигастральной области, у 6-ти пациентов отмечалось усиление или появление запоров, у 4-х – появление метеоризма.

Таблица 30

Распределение пациентов в зависимости от изменения основных  
клинических жалоб (n=24)

Основные жалобы пациентов	Улучшение	Изменение	
		Без	Ухудшение
		Появление жалоб	

Слабость, утомляемость (n=12)	7			
Эмоциональная лабильность (n=9)	6			
Нарушения сна (n=4)	2			
Периодические головные боли* (n=10)	4			
Эпизоды головокружения* (n=6)	1			
Боли в крупных суставах (n=5)	2			
Боли в различных отделах позвоночника (n=3)	1			
Дискомфорт в эпигастральной области, тошнота (n=8)	4			
Боли в эпигастральной области (n=2)	1			
Боли в области правого подреберья (n=4)	2			
Изжога, отрыжка после приема жирной, жареной пищи (n=4)	4			
Запоры (n=12)	4			
Метеоризм (n=2)	0			

\* в таблице приведено общее число пациентов, предъявлявших жалобы на головные боли и головокружения, без учета их характера и этиологии.

При дальнейшем опросе пациентов, отметивших ухудшение состояния в ходе исследования (в т.ч. со стороны желудочно-кишечного тракта), было выявлено, что они пренебрегали рекомендациями по приему достаточного количества жидкости и энтеросорбентов. В результате у перечисленных пациентов констатируется выраженный симптомокомплекс аутоинтоксикации (тошнота, чувство дискомфорта в эпигастральной области, запоры и метеоризм), спровоцированный, по мнению разработчиков метода, интенсивным катаболизмом липидов. Для купирования указанных симптомов пациентам требовалось дополнительное назначение жидкости, энтеросорбентов и ветрогонных средств. Характер влияния липолиза на основные метаболические процессы требует дальнейшего клинко-лабораторного обоснования.

На фоне применения исследуемого метода наблюдалась положительная динамику цифр артериального давления (АД) и снижение частоты эпизодов

его повышения у пациентов с гипертонической болезнью, а также у пациентов с периодическими подъемами АД на фоне различных факторов (табл. 31).

Таблица 31.

Распределение пациентов в зависимости от исходных значений АД и частоты эпизодов его повышения

Уровень АД и частота эпизодов его повышения у пациентов	Улучшение	Без изменения
Постоянный повышенный уровень АД * (n=3)		
Регулярные повышения АД без четких провоцирующих факторов (n=4)		
Эпизоды повышения АД под воздействием стрессовых факторов на фоне исходных нормальных показателей (n=5)		

\*САД > 140, ДАД > 90 мм рт. ст.

Динамику изменения основных показателей функционального состояния миокарда и проводящей системы сердца оценивали с помощью прибора КардиоВизор-06с (табл. 32). У большинства пациентов не отмечалось динамики интегральных показателей функции миокарда и ритма, наряду с этим у трети пациентов имело место выраженное улучшение показателей функции миокарда. Аналогичная тенденция прослеживалась при сопоставлении данных состояния миокарда по «портрету сердца». У большинства пациентов с гипертонической болезнью, на основании данных прибора КардиоВизор-06с™, имело место уменьшение выраженности признаков гипертрофии левого желудочка наряду с зафиксированным клиническим улучшением. Ухудшение интегральных показателей функции миокарда, ритма и картины «портрета сердца» отмечалось у 8 пациентов. При изучении показателей адаптации миокарда у этих пациентов была выявлена активация стрессорных механизмов с выраженным нарушением

механизмов адаптации в сочетании с появлением признаков ишемии различных отделов миокарда у 3 человек.

Таблица 32.

Динамика изменения основных показателей функционального состояния миокарда и проводящей системы сердца у пациентов по результатам обследования на приборе КардиоВизор-06с™ (n=29)

основные показатели функционального состояния миокарда и проводящей системы сердца	Улучшение	Без изменений	Ухудшение	Появление признаков
Интегральные показатели функции миокарда (n=29)		3		
Интегральные показатели ритма сердца (n=29)		7		
Функциональное состояние миокарда по «портрету сердца» (n=29)		5		
Признаки гипертрофии ЛЖ (n=4)				
Напряжение механизмов адаптации (n=4)				
Начальные проявления гипоксии миокарда (n=3)				
Признаки ишемии различных отделов миокарда (n=6)				
Нарушения процессов реполяризации миокарда желудочков (n=4)				
Нарушения ритма сердца (n=13)				

На фоне применения исследуемой методики у половины больных с хроническим гастритом нами было достоверно зафиксировано обострение процесса, при этом пациенты предъявляли соответствующие жалобы. Обострений других хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта мы не наблюдали. В ходе исследования не было выявлено негативного влияния изучаемого метода на течение сахарного диабета, бронхиальной

астмы, хронического бронхита, хронического синусита, мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита и гломерулонефрита.

Таким образом, проведенное информационно-аналитическое исследование, в которое в качестве объектов исследования были включены научные публикации самих авторов метода, а также результаты пострегистрационных клинических исследований, проведенных на базе ФНКЭЦТМДЛ Росздрава в 2005 году, опубликованные в открытой печати, позволило установить следующее:

1) Метод Мухиной М.М. эффективен в отношении снижения массы тела и основных объемов тела (в т.ч. проблемных зон) независимо от исходной массы тела пациентов.

2) Метод рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры не вызывает осложнений, является эффективным и безопасным и может быть рекомендован к широкому использованию в практическом здравоохранении.

3) Для более объективной оценки эффективности и безопасности метода целесообразно продолжить клинические исследования на группе пациентов не менее 30 человек. В программу этих исследований включить дополнительно определение уровня глюкозы в крови, оценку выраженности абдоминального ожирения, а также нейрофизиологическое исследование – электроэнцефалографию.

4) С учетом того, что методика электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля является лишь одним из официально разрешенных методов традиционной диагностики, целесообразно включить в исследование какой-нибудь другой официально разрешенный метод, например, метод информационной радиоволновой скрининг-диагностики (ИРВД).

5) С учетом критических замечаний об отсутствии контрольной группы пациентов, предусмотреть в предстоящем исследовании группу, которая будет выполнять все предусмотренные Мухиной М.М. диетические рекомендации, но не будет получать сеансов ИРТ.

6) В предстоящем исследовании оценить влияние изучаемого метода на выраженность абдоминального ожирения и углеводный обмен при параллельном контроле состояния здоровья пациентов и эффективности снижения массы тела.

Результаты проведенного нами информационно-аналитического исследования были использованы для составления программы настоящего клинического исследования<sup>139</sup>. Так в ходе проведенного опроса пациентов нами было установлено, что основными причинами набора лишнего веса являлись:

- беременность, роды и послеродовой период, погрешности в диете и переедание, операции под общей анестезией и послеоперационный период. В ряде случаев пациенты страдали лишним весом с детства, причем у 2 пациентов имело место эндокринное ожирение на фоне гипотиреоза. На фоне применения исследуемой методики мы наблюдали объективное снижение массы тела и ИМТ у 28 пациентов из 30, посетивших 2 и более приема. Среднее снижение массы тела в группе из 30 пациентов составило  $10,1 \pm 1,2$  %. Нами было выявлено статистически достоверное снижение средних значений массы тела (с  $89,0 \pm 2,9$  кг до  $80,1 \pm 3,1$  кг ( $p < 0,05$ )) и ИМТ с ( $32,9 \pm 1,1$  до  $29,6 \pm 1,1$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ )) у пациентов в ходе исследования.

Отрицательные результаты в виде увеличения массы тела мы наблюдали у двух пациентов, **сознательно не соблюдавших** диетические рекомендации.

---

<sup>139</sup> «Объективизация эффективности метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Часть 2)» Оно было проведено на базе ФНКЭЦТМДЛ Росздрава с 17.07.2006 по 17.12.2006 года.

На фоне применения исследуемой методики мы наблюдали достоверно более интенсивные темпы снижения массы тела у пациентов группы «И» по сравнению с группой «Д». Так, в группе «И» снижение массы тела составило  $11,4 \pm 1,2$  % против  $6,9 \pm 2,8$  % в группе «Д». При анализе зависимости величины потери массы тела от продолжительности курса нами было установлено, что достоверно лучшие результаты (средняя потеря массы тела  $14,0 \pm 2,2$  % ( $p < 0,01$ )) были получены в группе пациентов, посетивших в ходе исследования все 4 сеанса ИРТ. В то время как у пациентов, прошедших курс из 2-3 сеансов ИРТ, потеря массы тела составила только  $6,8 \pm 3,2$  %. Кроме этого не было выявлено отрицательного воздействия методики на пациентов с исходно нормальной массой тела, наоборот, имело место уменьшение объемов проблемных участков. При оценке же влияния методики на изменение индекса ОТ/ОБ нами было отмечено снижение данного показателя в группе из 30 пациентов с  $0,84 \pm 0,01$  до  $0,82 \pm 0,02$ , что свидетельствовало об уменьшении выраженности висцерального ожирения у пациентов в ходе исследования. Причем достоверно наблюдалось более интенсивное уменьшение висцерального ожирения под воздействием ИРТ (у пациентов группы «И»). Так, в группе «И» индекс ОТ/ОБ снизился с  $0,84 \pm 0,02$  до  $0,81 \pm 0,02$ , при этом процент снижения оказался достоверно больше, чем в группе «Д» и составил  $2,5 \pm 1,1$  % ( $p < 0,05$ ). В то время как в группе «Д» было зафиксировано повышение данного индекса с  $0,83 \pm 0,01$  до  $0,86 \pm 0,03$ , вследствие чего средний процент снижения ОТ/ОБ в данной группе имел отрицательное значение и составил  $-3,2 \pm 1,3$  %.

**Выводы:** в ходе исследования, таким образом, было доказано положительное влияние исследуемой методики на снижение массы тела. Установлено также положительное влияние исследуемой методики ИРТ на абдоминальное (висцеральное) ожирение.

Следовательно, при использовании данной методики имеет место уменьшение риска возникновения сахарного диабета II типа и осложнений со

стороны сердечнососудистой системы у пациентов. Более интенсивные темпы потери массы тела и уменьшения выраженности абдоминального ожирения были зафиксированы нами при комплексном использовании ИРТ и диетических рекомендаций (группа «И»). Имевшие место единичные неудовлетворительные результаты программы были связаны с несоблюдением рекомендаций самими пациентами.

*7.2. Констатация закономерностей установленных в ходе научного исследования метода коррекции человеческого тела, подвергнутого ожирению.* В результате проведенного анализа обстоятельств многочисленных исследований по методу ИРВД нами были установлены определённые закономерности. Обследовалась группа пациентов из 30 человек. По нашему мнению эти показатели должны считаться предварительными, по причине незначительно малой группы обследуемых пациентов и их неравномерного распределения по группам «Д» и «И», которые не позволили нам провести погрупповой анализ результатов ИРВД-обследования, поэтому далее обсуждаем закономерности, выявленные в группе из 30 пациентов в целом. В упомянутой группе пациентов были выявлены позитивные тенденции изменения функционального состояния ряда органов и систем под воздействием исследуемой методики. В частности, обнаружено объективное улучшение функции ЦНС у 16,7 % пациентов и вегетативной нервной системы у 30,0 % пациентов. В ходе исследования было также зафиксировано улучшение функции щитовидной железы у 26,7 % пациентов, в том числе у пациентов с гипотиреозом. Данный факт отражает положительное влияние методики снижения массы тела на функцию щитовидной железы в виде интенсификации процессов обмена веществ и липолиза. В ходе исследования было также замечено уменьшение аллергической настроенности у 33,3 % пациентов. Вероятно, это обусловлено коррекцией пищевых предпочтений в ходе исследования и исключением из рациона распространенных аллергенов (шоколад, какао, цитрусовые, орехи,

консервированные продукты и др.). Например, при оценке функционального состояния органов пищеварения нами было зафиксировано улучшение функции желудка у 33,3 % пациентов и печени у 36,7 % пациентов. Улучшение состояния тонкого кишечника было зафиксировано у 30,0 % пациентов. Однако в середине курса у 20,0 % пациентов было отмечено ухудшение «функции тонкой кишки», что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. Характерно, что к моменту завершения исследования данные показатели вернулись к норме у половины пациентов.

Например, у 46,7 % пациентов мы наблюдали улучшение функционального состояния почек. По результатам ИРВД не было выявлено негативного влияния исследуемой методики на репродуктивную систему. В частности, у большинства пациенток показатели функционального состояния матки и яичников оставались без изменения. А у 44,8 % пациенток зафиксировано улучшение функционального состояния молочных желез. Для констатации научных фактов полученных в ходе исследования, мы вынуждены были предварительно обобщить результаты данных диагностики по методу ИРВД.

На этом фоне констатировалось ухудшение функционального состояния ЖКТ (особенно «функции тонкой кишки») у 20 % пациентов, что может быть связано с нарушением секреторной активности поджелудочной железы и других желез кишечника в результате изменения ритма и характера питания. К моменту завершения исследования в половине случаев наблюдалось возвращение показателей в границы нормы, что указывает на тенденцию к улучшению функции ЦНС и вегетативной нервной системы, щитовидной железы, желудка, печени, тонкого кишечника, почек, молочных желез у пациентов. Было также отмечено уменьшение аллергической

настроенности пациентов, а у 46,7 % пациентов фиксировалось улучшение функционального состояния почек.

Для получения достоверности сопоставления результатов в двух группах пациентов и оценки влияния методики ИРТ на функциональное состояние органов и систем (по сравнению с применением только диетических рекомендаций) необходимо включать в исследование две равноценные по составу и числу пациентов группы.

Результаты физикального обследования пациентов, также характеризуют некоторые закономерности. Учитывая в частности, неравноценную численность групп «Д» и «И», а также малое число пациентов в группах, нам не удалось провести достоверное сопоставление результатов двух групп и выявить различия в изменении состояния здоровья пациентов. Несмотря на это продолжаем наблюдения далее и фиксируем результаты, полученные на группе из 30 пациентов в целом.

В ходе исследования мы наблюдали исчезновение практически у всех пациентов большинства жалоб, характерных для астеновегетативного синдрома. Более, чем у половины пациентов мы выявили субъективное улучшение состояния, особенно в эмоциональной сфере. Вероятно, подобную динамику можно объяснить улучшением эмоционального состояния и повышением самооценки у пациентов при потере веса в ходе исследования. Полученные результаты полностью согласуются с результатами психологического исследования.

В ходе исследования наблюдалась положительная динамика у пациентов при жалобах на головные боли, за исключением пациентов с мигренеподобными и головными болями напряжения. Тем не менее, констатируется субъективное уменьшение интенсивности болей у трети пациентов с артрозом, что можно объяснить уменьшением нагрузки на опорно-двигательный аппарат при потере веса.

На фоне применения исследуемого метода наблюдалась положительная динамика цифр АД и снижение частоты эпизодов его повышения у пациентов с гипертонической болезнью, большинство из которых смогли отказаться от приема антигипертензивных средств. Кроме того, отмена положительная динамика у пациентов с периодическими повышениями АД без установленного диагноза ГБ.

Для достоверной оценки влияния исследуемого метода на уровень АД целесообразно провести расширенное статистическое исследование с большой выборкой больных, страдающих различными формами ГБ. Исходя из полученных нами результатов предыдущего и настоящего клинических исследований, такое наблюдение может быть весьма перспективным для обоснования расширения показаний к применению разрабатываемого метода у пациентов с гипертонической болезнью. Наблюдалась положительная динамика у половины больных с жалобами на боли и дискомфорт в эпигастральной области. Однако на фоне применения исследуемой методики у трети больных с хроническим гастритом было достоверно зафиксировано обострение процесса, при котором пациенты предъявляли соответствующие жалобы. Наблюдалась также положительная динамика у большинства пациентов с жалобами на боли в правом подреберье, изжогу и отрыжку, связанную с соблюдением диетических рекомендаций.

На фоне применения исследуемого метода констатируется положительная динамика только у половины пациентов с запорами. Напротив, чаще наблюдается появление или усиление запоров и метеоризма на фоне диетических рекомендаций. Констатируется улучшение состояния кожи у пациентов с аллергическими высыпаниями и фолликулярным гиперкератозом, что можно объяснить снижением алиментарной антигенной нагрузки на фоне соблюдения рекомендаций по питанию.

У большинства пациентов с отеками не было отмечено положительной динамики. Кроме того, в ходе исследования не было выявлено влияния методики на течение хронического тонзиллита, хронического бронхита, заболеваний почек и мочевыводящих путей. Однако на фоне применения исследуемой методики у ряда пациентов было обнаружено ухудшение состояния, проявлявшееся в появлении выраженной слабости, утомляемости, головных болей, а также признаков функционального расстройства ЖКТ в виде тошноты, дискомфорта, болей в эпигастральной области, пальпаторной болезненности по ходу толстого кишечника. Ухудшение функционального состояния ЖКТ у пациентов объективно подтверждалось при анализе результатов обследования по методу ИРВД.

Зафиксированное ухудшение состояния пациентов было расценено как проявление *симптомокомплекса аутоинтоксикации*, связанного с изменением метаболизма и интенсивным липолизом в ходе снижения массы тела. Появление метеоризма и запоров можно связать как с функциональным расстройством ЖКТ, обусловленным аутоинтоксикацией, так и с введением в рацион отрубей. Важно при этом на наш взгляд отметить, что данные, полученные при опросе и физикальном обследовании пациентов полностью согласуются с результатами проведенной ИРВД.

Клиническая динамика также соответствовала динамике показателей функционального состояния органов и систем при диагностике по методу ИРВД. Следовательно, метод ИРВД может служить как методом объективизации изменений состояния пациентов, так и маркером для выявления скрытой патологии на предварительном обобщении результатов по данным физикального обследования пациентов. Наличие хронических соматических заболеваний и скрытой патологии у пациентов в ходе исследования подтверждалось с помощью метода ИРВД, который наряду с клиническими данными служил для контроля течения заболеваний и контроля состояния пациентов.

На фоне исследуемой методики у трети больных с хроническим гастритом было зафиксировано обострение процесса; не было отмечено отрицательной динамики в течение хронического панкреатита. Отмечена выраженная положительная динамика у всех больных с гипертонической болезнью. Не было также выявлено влияния методики на течение хронического тонзиллита, хронического бронхита, заболеваний почек и мочевыводящих путей. Ухудшение состояния пациентов в ходе курса снижения массы тела закономерно, обратимо и связано изменением метаболизма и интенсивным липолизом (симптомокомплекс аутоинтоксикации). Появление метеоризма и запоров можно связано как с функциональным расстройством ЖКТ, обусловленным аутоинтоксикацией, так и с введением в рацион отрубей.

С целью купирования и предупреждения возникновения подобных симптомов в дальнейшем пациентам следует рекомендовать прием симетикона, энтеросорбентов и спазмолитиков (по показаниям), а также соблюдение питьевого режима. Кроме того, для проведения более эффективной детоксикации возможно предусмотреть назначение пациентам индивидуально подобранных схем фитотерапии. При необходимости достоверного сопоставления результатов в двух группах пациентов и оценки влияния методики ИРТ на состояние здоровья пациентов (по сравнению с применением только диетических рекомендаций) необходимо включать в исследование две равноценные по составу и числу пациентов группы.

Некоторые закономерности, по результатам определения уровня глюкозы в капиллярной крови выявлены на фоне применения исследуемой методики, где было зафиксировано достоверное снижение уровня глюкозы капиллярной крови у пациентов с  $5,3 \pm 0,2$  ммоль/л до  $4,9 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). При проведении погруппового анализа динамики снижения уровней глюкозы нами были получены статистически достоверные различия между окончательными значениями показателей в группах «Д» ( $5,1 \pm 0,4$  ммоль/л) и

«И» ( $4,8 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p < 0,05$ )). В группе «И» были отмечены более интенсивные темпы снижения уровня глюкозы ( $5,4 \pm 3,2$  %) по сравнению с группой «Д» ( $4,3 \pm 3,3$  %). Предварительное обобщение результатов по данным определения уровня глюкозы в капиллярной крови позволило на фоне применения исследуемой методики получить достоверное снижение уровня глюкозы капиллярной крови, что можно объяснить нормализацией углеводного обмена у пациентов при соблюдении рекомендаций по лечебному питанию. В то же время достоверно более интенсивное снижение уровня глюкозы капиллярной крови было зарегистрировано нами у пациентов, проходивших курс ИРТ, что наряду с более интенсивным снижением веса и уменьшением выраженности абдоминального ожирения в данной группе свидетельствует о положительном, стимулирующем как липолиз так и нормализацию углеводного обмена воздействии методики ИРТ на организм.

Некоторые закономерности в оценке динамики функционального состояния миокарда по результатам обследования на приборе кардиовизор-Обс выявлены при анализе результатов обследований пациентов, которые удалось установить, что у большинства пациентов отмечалась положительная динамика интегральных показателей функции миокарда и ритма, а также состояния миокарда по «портрету сердца». В то же время у пациентов группы «И» в ходе исследования было замечено ухудшение всех интегральных показателей функционального состояния миокарда, сопряженного с активацией стрессорных механизмов и выраженным напряжением механизмов адаптации.

Стресс как генерализованная неспецифическая адаптивная реакция организма, направленная на поддержание гомеостаза<sup>140</sup>, у пациентов, вероятно, был спровоцирован потерей массы тела в ходе исследования, и

---

<sup>140</sup> Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология. - М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с.

реализовывался посредством активации нейроэндокринной системы с запуском синтеза глюкокортикоидов и катехоламинов – основных стресс-гормонов. К моменту окончания исследования констатировано возвращение данных показателей к норме у всех пациентов, прошедших полный курс. Однако на фоне применения исследуемой методики отмечен регресс ишемических изменений миокарда у 2/3 пациентов, а также возвращении частоты сердечных сокращений в границы нормы у трети пациентов с тахикардией. Применение исследуемой методики зафиксировало у половины пациентов с нарушением внутрижелудочковой проводимости отмечено улучшение, которое к моменту завершения исследования проявило нарушения AV-проводимости у 2 пациентов группы «И».

Предварительное обобщение результатов по данным обследования на приборе кардиовизор-06с констатируется при анализе результатов обследований пациентов. В частности, на приборе КардиоВизор-06с, удалось установить, что у большинства пациентов к моменту окончания исследования отмечалась положительная динамика интегральных показателей функции миокарда и ритма, а также функционального состояния миокарда по «портрету сердца». Наряду с этим в ходе исследования нами было зафиксирован регресс гипоксических и ишемических изменений в миокарде, устранение напряжения механизмов адаптации, улучшение внутрижелудочковой проводимости. Таким образом, установлено позитивное влияние исследуемой методики на миокард, связанное, вероятно, с уменьшением нагрузки на сердечную мышцу при снижении массы тела.

В то же время в середине курса у пациентов группы «И» отмечено ухудшение состояния миокарда, выражающееся в ухудшении интегральных показателей миокарда, а также функционального состояния миокарда по «портрету сердца» наряду с активацией стрессорных механизмов с выраженным нарушением механизмов адаптации миокарда, появлении или усилении тахикардии. Можно также предположить, что данное

функционального состояния миокарда связано с аутоинтоксикацией продуктами катаболизма липидов и нивелируется к моменту завершения программы снижения массы тела.

С целью ускорения процесса детоксикации и улучшения адаптивных возможностей миокарда в данной ситуации можно предусмотреть назначение пациентам индивидуально подобранных схем фитотерапии. Учитывая частоту выявления стресс-реакций со стороны миокарда, целесообразно провести расширенное статистическое исследование по изучению возможных стресс-реакций на снижение веса с биохимическим определением уровней основных индикаторов стресса – АКТГ, кортикостероидов и катехоламинов.

Для проведения достоверного сопоставления результатов в двух группах пациентов и оценки влияния методики ИРТ на функциональное состояние миокарда (по сравнению с применением только диетических рекомендаций) необходимо включать в исследование две равноценные по составу и числу пациентов группы.

В ходе анализа усреднённых спектральных характеристик *всех ритмов ЭЭГ* до начала настоящего клинического исследования нам удалось выявить некоторую тенденцию к асимметрии мощности дельта- и бета-ритмов в нижнетеменных зонах коры головного мозга, характерную для лиц, страдающих ожирением. При анализе усреднённых спектральных характеристик *альфа-ритма* и его распределения по отдельным частотам мы выявили, что у пациентов преобладает телесный (кинестетической и кожной чувствительности) тип восприятия, который доминирует над другими видами восприятия, включая зрительный. В частности, на фоне применения исследуемой методики наблюдается достоверное изменение характера распределения усреднённых данных ЭЭГ в виде исчезновения асимметрии мощности дельта- и бета-ритмов в нижнетеменных зонах. В то же время при

анализе распределения мощности альфа-ритма по отдельным частотам нам удалось зафиксировать изменения, выражающиеся в балансируемом участии телесного (кинестетической и кожной чувствительности) и зрительного восприятия. При проведенном сравнении усреднённых данных ЭЭГ по критерию t-Student удалось констатировать наиболее достоверные изменения ( $p < 0,05$ ), которые наблюдаются в изменении мощности альфа-ритма преимущественно в переднецентральных отделах коры головного мозга (лобных, лобно-височных, сенсомоторных отделах коры и нижнетеменном отделе справа). В наибольшей степени выявленные изменения относились к низкочастотному альфа-ритму, который отвечает за телесное (кинестетическое и кожной чувствительности) восприятие, и в совокупности его мощность увеличивается в нижнетеменной области правого полушария. Это указывает на повышение сексуального тонуса в результате применения исследуемой методики. Например, при проведении погруппового анализа показателей ЭЭГ удалось установить, что для пациентов группы «Д» было характерно достоверное увеличение мощности альфа- и бета-ритмов в лобных и лобно-височных отделах коры мозга, больше в правом полушарии.

С одной стороны, это увеличение мощности альфа-ритма, как правило, отражает снижение потока восходящих активирующих влияний, в данном случае со стороны гипоталамуса, с другой стороны, тенденция к увеличению мощности бета-ритма в этих же областях не исключает влияния психоэмоциональных центров лимбических структур, расположенных в глубинных зонах передних областей мозга. Группа «И» отличалась реакцией передних областей мозга в виде увеличения или выраженной тенденции к увеличению мощности тета- и дельта-ритмов в лобных и лобно-височных областях мозга и альфа-ритма в нижнетеменных зонах. Увеличение мощности медленных (тета- и дельта-) ритмов может отражать развитие тормозных процессов в системах восходящих влияний переднего мозгового

пути. Поэтому не исключено, что столь эффективное влияние может оказывать на эти системы аурикулярная акупунктура.

Кроме того, изменения мощности ритмов в нижнетеменных зонах отражает состояние нейрогормонального контроля систем малого таза и увеличение мощности альфа-ритма обычно сопровождается повышением сексуальной активности. Удалось также установить, что для лиц, страдающих избыточной массой тела характерна тенденция к асимметрии мощности дельта- и бета-ритмов в нижнетеменных зонах коры головного мозга, которая может быть обусловлена напряжённостью в нейрогормональной системе, регуляторные центры находящиеся в этих областях.

В ходе исследования выявлено, что преобладающим типом восприятия у пациентов с избыточной массой тела и ожирением является телесный (кинестетической и кожной чувствительности), который доминирует над другими видами восприятия, включая зрительный. В частности, на фоне применения исследуемой методики было зафиксировано достоверное повышение мощности преимущественно низкочастотного альфа-ритма в передних отделах коры мозга (лобных, лобно-височных и сенсомоторных зонах).

Это свидетельствует о нормализации восходящих влияний, распространяемых по переднему мозговому пучку со стороны центров гипоталамуса, а также говорит об улучшении нейрогормональной сбалансированности, которое в конечном итоге, улучшает самочувствие и повышает качество жизни пациентов в ходе исследования.

**Выводы:** полученные данные подтверждают оздоровительную направленность исследуемой методики, которая заключается не только в эффективном снижении массы тела пациентов, но и в регуляции и повышении половых функций. В отличие от диеты, применяемой только в

сочетании с ИРТ сопровождаемой более обширными (передние отделы мозга и нижнетеменные области) и более выраженными (вплоть до тормозных) реакциями центральной нервной системы.

Отсюда следует, что необходимо учитывать эти особенности при назначении ИРТ пациентам склонным к тормозным реакциям со стороны нервной системы.

*7.3. Закономерности влияния психологического тестирования на выявленные результаты* начинают проявлять себя непосредственно на момент начала исследования. В частности, было установлено, что у пациентов средний уровень актуального состояния тревоги и повышенный уровень личностной тревожности, связанные, вероятно, с пониженной самооценкой у пациентов с избыточным весом. Показатели «Самочувствие», «Активность», «Настроение» и «Работоспособность» у пациентов также изначально находились ниже нормативных значений.

На фоне применения исследуемой методики было зафиксировано достоверное уменьшение уровня тревоги у пациентов в ходе исследования, снижение ситуативной (реактивной) тревожности. В то же время уровень личностной тревожности оставался практически неизменным в ходе исследования, что можно объяснить индивидуальностью и относительной стабильностью личностных особенностей пациентов. Таким образом, была выявлена достоверная положительная динамика по показателю теста САН «Самочувствие». При анализе остальных показателей теста САН («Активность», «Настроение» и «Работоспособность») также была отчетливая констатация тенденции к улучшению перечисленных показателей у пациентов в ходе этапов исследования. Установлено в частности, что уже в середине исследования проявляется отчетливая положительная динамика эмоционального состояния испытуемых, выраженная в виде повышения самооценки, уменьшения уровней общей и реактивной (ситуативной)

тревожности, улучшении самочувствия, активности, настроения и работоспособности пациентов. При этом показатели: «Ситуативная тревожность» теста Спилбергера-Ханина и «Самочувствие» теста САН положительные изменения оказались статистически достоверными. Выявленное в ходе исследования достоверное улучшение эмоционального статуса пациентов обусловлено улучшением настроения и повышением самооценки в связи с очевидной потерей массы тела и повышением осознания собственной привлекательности. Результаты, полученные в ходе эксперимента, несомненно, говорят о положительном влиянии исследуемой методики на психологические функции организма и позволяют сделать **вывод:** о профилактическом эффекте методики, заключающемся в очевидной коррекции психологических нарушений у пациентов.

Интенсивное снижение массы тела, зафиксированное в ходе исследования, по всей видимости, было связано с усиленным катаболизмом липидов (липолизом<sup>141</sup>), проявления которого на фоне применения исследуемой методики отмечается клинически – в виде симптомокомплекса аутоинтоксикации, - так и при помощи методов объективизации (ИРВД, Кардио-Визор) - в виде обратимых функциональных нарушений со стороны различных органов и систем. В частности, липолиз активируется катехоламинами, глюкагоном, гормоном роста, адренкортикотропным гормоном и многими другими, угнетается преимущественно инсулином<sup>142</sup>.

С точки зрения эндогенных биохимических процессов, интенсивный липолиз (особенно в условиях избыточного отложения висцерального (абдоминального) жира) приводит к повышенной мобилизации свободных

<sup>141</sup> *Липолиз*, или мобилизация жира, – это процесс гидролиза липидов с образованием неэстерифицированных жирных кислот (СЖК) и глицерина, который катализируется внутриклеточной гормонозависимой липазой (триацилглицериновая липаза) и моноглицериновой липазой. // Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология. - М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с.

<sup>142</sup> Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология. - М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.

жирных кислот (СЖК) из жировой ткани, концентрация которых в плазме может повышаться в 20–30 раз<sup>143</sup>. Поступая через систему воротной вены в печень, СЖК используются печенью как субстраты для образования триацилглицеридов, приводя к гипертриглицеридемии<sup>144</sup>.

Оценку состояния липидного обмена и уровня липолиза можно произвести при исследовании в крови пациентов количественного содержания общих липидов, триацилглицеридов, холестерина, а также спектра липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП<sup>145</sup>). При этом можно ожидать увеличения содержания СЖК и триглицеридов в крови, которые свидетельствуют об активации липолиза, увеличения холестерина, свидетельствующего об усилении экскреции и активизации транспорта холестерина из периферических тканей. Кроме того, у пациентов с ожирением и МС могут выявляться различные нарушения липидного спектра плазмы крови в виде повышения содержания холестерина, ЛПНП и снижением концентрации ЛПВП, повышения атерогенного индекса<sup>146</sup>. На фоне соблюдения диетических рекомендаций и снижения массы тела можно ожидать нормализации липидного спектра плазмы и снижения атерогенного индекса у пациентов.

**Выводы:** с целью контроля липидного спектра плазмы у пациентов на фоне снижения массы тела, а также интенсивности липолиза целесообразно таким образом, в алгоритм исследования в дальнейшем ввести дополнительное биохимическое исследование с определением, так

---

<sup>143</sup> Dagher Z., Ruderman N., Tornheim K., Ido Y.: Acute regulation of fatty acid oxidation and AMP-activated protein kinase in human umbilical vein endothelial cells. // *Circ Res.*–2001; 88 :1276 –1282. // Kahn BB, Flier JS: Obesity and insulin resistance. // *J Clin Invest* –2000;106:473–81.

<sup>144</sup> Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // *Русский медицинский журнал.* – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935. // Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформином (Багомет) // *Русский медицинский журнал.* – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // *Лечащий Врач.* – 1999. – № 7.

<sup>145</sup> Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили: Справочное пособие / Камышников В.С. – М.: МЕДпресс-информ. – 2005. – 320 с.

<sup>146</sup> Mamputu J.C., Wiernsperger N.F., Renier G. A. Antiatherogenic properties of metformin: the experimental evidence. // *Diabetes Metab.*–2003, 29/6S71–6.

называемого липидного профиля (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, индекс атерогенности).

Кроме того, массивный липолиз сопровождается ростом в крови уровня свободных жирных кислот (СЖК), из которых в печени под действием глюкагона в избытке синтезируются кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и бета-оксимасляная кислоты). Последние могут накапливаться в крови с развитием кетонемии метаболического ацидоза (кетоацидоза) и кетонурии<sup>147</sup>. Поэтому на фоне снижения массы и интенсивного липолиза тела возможно развитие транзиторной кетонурии. С целью проверки данной гипотезы в алгоритме исследования можно включить определение кетоновых тел в моче.

---

<sup>147</sup> Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология.- М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с. // Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7. // Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили: Справочное пособие / Камышников В.С. – М.: МЕД. Пресс-Информ. – 2005. – 320 с.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационное исследование, осуществлённое по результатам медицинской практики о внедрении разработанного автором метода снижения массы тела и коррекции фигуры, позволило установить, что упомянутый метод эффективен и воспроизводим. Его применение улучшает общесоматическое состояние пациентов с уменьшением стрессорной настроенности организма; приводит к частичному нивелированию дисрегуляторных воздействий со стороны вегетативной нервной системы, а также улучшению кровоснабжения миокарда.

В этой связи, метод снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры состоит в коррекции психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с использованием аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с редуциционной диетой (на фоне нивелировки мотивационных и поведенческих особенностей пищевого поведения личности).

Особенностью метода рефлексотерапевтического воздействия является создание психологически конкретизированных мотивов устойчивого пищевого поведения человека, страдающего повышенной массой тела.

Метод, предложенный автором может быть использован не только для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, но и в качестве системообразующего метода коррекционного влияния на психоэмоциональный статус больных с ожирением, а, следовательно, для повышения качества их жизни и социальных аспектов взаимоотношений в макро - и микросоциуме.

Высокая эффективность метода способствует значительному сокращению социально-экономических затрат на лечение каждого

конкретного человека, что в совокупности приводит к оздоровлению нации в целом, а, в частности, трудоспособного ее контингента, который определяет ресурсный, трудовой и оборонный потенциал страны.

Метод, разработанный и внедрённый в медицинскую практику автором настоящего диссертационного исследования с большой долей вероятности может быть также использован в качестве одного из методов в комплексной терапии атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета II типа, половых расстройств и других заболеваний. Широкое внедрение данного метода в практическое здравоохранение будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, уровня эффективности и безопасности терапии этих заболеваний и откроет новые возможности для их профилактики.

Включение метода снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры в комплекс лечебно-профилактических мероприятий при лечении и профилактике ожирения и связанных с ним соматических заболеваний, в частности, артериальной гипертензии, а также нарушений липидного и углеводного обмена, позволит существенно повысить эффективность общепринятой терапии целого ряда нозологических форм заболеваний.

### **ВЫВОДЫ:**

Для оценки эффективности и безопасности исследуемого метода был разработан алгоритм исследования и предложены следующие критерии оценки:

- метод информационной радиоволновой скрининг-диагностики (ИРВД) (для оценки функционального состояния органов и систем организма);
- физикальное обследование пациентов;

- регулярное определение уровня глюкозы в капиллярной крови натощак;
- метод дисперсионного картирования с помощью прибора Кардио-Визор-Обс;
- систематическое измерение массы тела и основных объемов тела (метод корпометрии);
- нейрофизиологическое исследование – электроэнцефалография (ЭЭГ);
- психологическое исследование (по шкалам реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, а также тесту САН – самочувствие, активность, настроение).

Разработанные критерии позволили автору объективно оценить эффективность и безопасность метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, а также влияние метода на выраженность абдоминального (висцерального) ожирения и состояние углеводного обмена. С помощью предложенных критериев проведена объективизация результатов применения метода на группе пациентов, состоящей из 33 человек (в соответствии с алгоритмом исследования).

Достоверно показана эффективность метода в снижении массы и объемов тела, уменьшении выраженности абдоминального (висцерального) ожирения, а также положительное влияние на состояние углеводного обмена и ряд функций организма. Выявлено появление обратимого симптомокомплекса аутоинтоксикации на фоне снижения массы тела, связанного с изменением метаболизма и интенсивным липолизом. Показано, что:

- эффективность метода в отношении снижения массы тела, уменьшения выраженности абдоминального ожирения и нормализации

углеводного обмена выше при комплексном использовании ИРТ и диетических рекомендаций по сравнению с применением только диетических рекомендаций;

- при наличии у пациентов противопоказаний к применению рефлексотерапии, перечисленных в приказе Минздравсоцразвития РФ №266 от 13.04.2007 г., возможно снижение массы тела при соблюдении специально разработанных автором диетических рекомендаций.

Установлена профилактическая роль метода ИРТ в отношении развития сахарного диабета II типа и сердечнососудистых заболеваний и показано положительное воздействие метода на психоэмоциональный статус пациентов, а также на функциональное состояние ЦНС.

Таким образом, в результате критического анализа библиографических источников и полученных нами результатов инструментальных исследований и клинических наблюдений подтверждена эффективность и безопасность метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ:**

В результате проведения настоящего исследования отмечена положительная динамика в состоянии пациентов с нарушениями обменных процессов в организме, страдающих гипертонической болезнью, заболеваниями ЖКТ и опорно-двигательного аппарата. Учитывая результаты, полученные в настоящем диссертационном исследовании, а также статистические данные об эффективности метода, который был разработан и внедрён<sup>148</sup> автором диссертационного исследования<sup>149</sup> методика

---

<sup>148</sup> Мухина М.М.: «Патент на изобретение № 2233149. Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, заявка № 2003117103 от 10 июля 2003 г., зарегистрирован 27 июля 2004 г. // Мухина М.М. Патент на полезную модель № 52330. Игла для иглорефлексотерапии, заявка № 2005123064, приоритет от 20 июля 2005 г., зарегистрирован 27 марта 2006 г. // Мухина М.М. Патент на полезную модель № 57597, заявка № 2006125776 от 18 июля 2006 г., зарегистрирован 27 октября 2006 г. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Патент на полезную модель № 58034. Игла для иглорефлексотерапии с антиадаптационным

его применения может быть рекомендована к широкому использованию в практическом здравоохранении. В частности:

- при необходимости проведения достоверного сопоставления результатов в двух группах пациентов и оценки преимуществ методики ИРТ в сравнении с применением только диетических рекомендаций необходимо включать в исследование две равноценные по составу и числу пациентов группы, состоящие из 30-50 человек каждая;

- для проведения достоверной оценки влияния исследуемой методики на уровень артериального давления считаем целесообразным разработать для пациентов специальные карты ежедневного мониторинга АД (самостоятельного) с последующей статистической обработкой результатов. Группа пациентов с артериальной гипертензией должна состоять не менее чем из 20-30 человек;

- с целью контроля липидного спектра плазмы у пациентов на фоне снижения массы тела, а также интенсивности липолиза в алгоритм исследования целесообразно ввести дополнительное биохимическое исследование с определением, так называемого липидного профиля

---

эффектом, заявка № 2006122387, приоритет от 23 июля 2006 г., зарегистрирован 10 ноября 2006 г.» // Новые направления в изучении факторов риска развития сердечнососудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с.

<sup>149</sup> Мухина М.М.: «Метод рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры» (методика Мухиной М.М.) // Дронова М.А., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Разработка критериев оценки эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // Традиционная медицина. – 2006. - № 2. – С. 20-24. // МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (методика Мухиной М.М.) // Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы: Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с. // Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурой рефлексотерапии. Тверь: Тверь. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52. // Мухина М.М., Чадаев Н.В. Психоэмоциональные аспекты методики снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2005. - № 1(4). – С. 17-20. // Мухина М.М., Чадаев Н.В., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А. Эффективность «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // «Традиционная медицина – 2007»: Сборник научных трудов конгресса (г. Москва, 1-3 марта, 2007 г.) – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2007. – С. 322-330.

(холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, индекс атерогенности). Кроме того, в алгоритм исследования можно включить определение кетоновых тел в моче как маркера интенсивного липолиза;

- учитывая выявленный в ходе исследования обратимый симптомокомплекс аутоинтоксикации, считаем целесообразным разработать программу детоксикации организма и повышения адаптационных возможностей методом фитотерапии в качестве дополнения к проводимой ИРТ и диетотерапии.

**БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Адашинская Г.А. Цветовой выбор как метод оценки боли у пациентов с различными формами болевого синдрома: Автореф. Дисс. канд. психол. наук. – М., 2003.- 24 с.
2. Александров А.А., Дедов И.И., Кухаренко С.С. Ожирение: кардиальные проблемы // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 13. – С. 930-935.
3. Алексенко А.С. Объективный приём оценки выраженности жировотложения по соотношению жирового и безжирового компонентов в составе массы тела у мужчин в поликлинических условиях и его значение в прогнозировании изменений гемодинамики: Сб. науч. тр. ММСИ им. Н.А. Семашко/ Под ред. В.С. Волкова, М.: ММСИ, 1989. - С. 128-132.
4. Алмазов В.А., Петрищев Н.Н., Шляхто Е.В., Леонтьева Н.В. Клиническая патофизиология.- М.: ВУНМЦ, 1999. – 464 с.
5. Аметов А.С., Демидова Т.Ю. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания// Тер. Архив. – 2001. - № 8. – с. 69-72.
6. Аронов Д.М. Профилактика атеросклероза у лиц с факторами риска и у больных ишемической болезнью сердца// Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. - № 8 (109). – С. 351-358.
7. Березин Ф.Б.; Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). - М., 1976.
8. Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Мкртумян А.М. Коррекция метаболических нарушений при висцеральном ожирении метформинотерапией (Багомет) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15. – № 6. – С. 496-500.

9. Богуш Н.Л. Патопфизиология артериальной гипертензии// Учебное пособие/ Под редакцией проф. Г.В. Порядина, проф. Ж.М. Салмаси.- М.: РГМУ, 2003. – 24 с.
10. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Изд-во «Питер», 2001. – 528 с.
11. Бутрова С. А. Синдром инсулинорезистентности при абдоминальном ожирении // Лечащий Врач. – 1999. – № 7.
12. Вассерман Л.И. и др. Личностный опросник института им. Бехтерева - Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1987.
13. Вогралик М.В., Вогралик В.Г. Пунктурная рефлексотерапия чжень-цзю. - Горький, 1988.
14. Воейков В.Л., Розенталь В.М. Методы подбора индивидуального питания// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – Т. XI. - № 4. - Приложение № 14: Материалы XVI сессии Академической школы-семинара им. А.М. Уголева "Современные проблемы физиологии и патологии пищеварения", 14-17 мая 2001 года, Пущино-на-Оке. - С. 155-162.
15. Воейков В.Л.// Успехи физиол. наук. - 1998 - Т. 29. - № 4. - С. 55-73.
16. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Аковбян В.А. Атопический дерматит// Русский Медицинский журнал. – 1999. - Т. 6. - № 20.
17. Готто А.М. развитие концепций дислипидемии, атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний//Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. - № 17 (269). – С. 1259-1263.

18. Григорьев П. Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Патогенетические основы алиментарного ожирения// Терапевтический архив. -1989. - № 9.-С. 120-125.
19. Делягин В.М., Румянцев А.Г. Атопический дерматит у детей: Современные концепции патогенеза и терапии/ Руководство для практических врачей. – М.: МАКС Пресс, 2004. – 68 с.
20. Доскин В.А. и др. Тест дифференциальной оценки функционального состояния / Психол. журн. – 1973. – № 6. – С.
21. Дронова М.А., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Разработка критериев оценки эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // Традиционная медицина. – 2006. - № 2. – С. 20-24.
22. Дуринян Р.А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. - Ереван, 1983.
23. Зайцев В.П. Методика СМОЛ// Психологический журнал. – 1982. - № 3. - С.72-77;
24. Информационная радиоволновая диагностика и терапия: Методические рекомендации / Бессонов А.Е. и др. – М.: издательство Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2003. – 24 с.
25. Информационная радиоволновая скрининг-диагностика и коррекция функционального состояния организма человека: Медицинская технология / Бессонов А.Е. и др. – М.: ЗАО «научный центр информационной медицины «ЛИДО». – 2007. – 28 С.

26. Камшилов М.М. Фенотип и генотип в эволюции// В кн.: Проблемы эволюции, Т.2 / Под ред. Н.Н. Воронцова. - Новосибирск: Изд-во «Наука», Сибирское отделение, 1972. – С. 28-44.
27. Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Оценка эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)». Публикация 1: Динамика массы и объемов тела // Традиционная медицина. – 2007. - № 1. – С. 32-35.
28. Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А., Мухина М.М., Чадаев Н.В. Оценка эффективности и безопасности «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)». Публикация 2: Динамика состояния здоровья пациентов // Традиционная медицина. – 2007. - № 2. – С. 25-32.
29. Кендыш И.Н. Регуляция углеводного обмена. - М.: Медицина, 1985. - 160 с.
30. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили: Справочное пособие / Камышников В.С. – М.: МЕДпресс-информ. – 2005. – 320 с.
31. Колодин В.А. Роль избыточной массы тела, инсулина, тестостерона, кортизола в развитии гиперлиппротеидемии и её лечение у мужчин с факторами риска ишемической болезни сердца в поликлинике: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1989. - 22 с.
32. Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. Распространенность избыточной массы тела и ее связь со смертностью от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний// Кардиология. – 2002. – № 10. – С. 45-49.

33. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.
34. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. - Л.: Медицина, 1983. - 288 с.
35. Либензон Р.Т., Синенко А.А., Ермакова Л.Н. и др. Пограничная артериальная гипертензия в организованной мужской популяции// Сов. здравоохранение. - 1999. - № 4. - С. 56 -59.
36. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. - М.: Медицина, 1986.
37. Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф// РМЖ. – 2003. – Т. 11. – № 6. – С. 331-337.
38. Мельниченко Г.А. Ожирение - эпидемия 21 века: Материалы сателлитного симпозиума «Ожирение: современные подходы к лечению». - М.: Roche, 2000. - С. 3-21.
39. МЗ РФ: Использование метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (методика Мухиной М.М.) // Пособие для врачей, утв. Секцией по традиционным методам лечения МЗ РФ 30.03.2004 г., протокол №1/ Авторы: Мухина М.М., Карпеев А.А., Чадаев Н.В. – М., 2004. – 40 с.
40. МЗРФ: Комбинированная терапия больных артериальной гипертонией// Методическое письмо, утв. зам. министра здравоохранения Р.А. Хальфиним 10.03.2004 г./ Авторы: Чазова И.Е., Бойцов С.А., Остроумова О.Д. – М., 2004. – 47 с.
41. Мкртумян А.М. Ожирение – проблема XXI века. Пути решения// Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 7 (231). – С. 448-450.

42. Мухина М.М. Коррекция психоэмоционального и физиологического состояния лиц, страдающих избыточной массой тела, с применением инновационных методов акупунктурной рефлексотерапии. Тверь: Твер. Гос. Ун-т, 2002. - 110 с.
43. Мухина М.М. Патент на изобретение № 2233149. Способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, заявка № 2003117103 от 10 июля 2003 г., зарегистрирован 27 июля 2004 г..
44. Мухина М.М. Патент на полезную модель № 52330. Игла для иглорефлексотерапии, заявка № 2005123064, приоритет от 20 июля 2005 г., зарегистрирован 27 марта 2006 г.
45. Мухина М.М. Патент на полезную модель № 57597, заявка № 2006125776 от 18 июля 2006 г., зарегистрирован 27 октября 2006 г.
46. Мухина М.М., Чадаев Н.В. Новая методика снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2004. - № 1(2). – С.47-52.
47. Мухина М.М., Чадаев Н.В. Патент на полезную модель № 58034. Игла для иглорефлексотерапии с антиадаптационным эффектом, заявка № 2006122387, приоритет от 23 июля 2006 г., зарегистрирован 10 ноября 2006 г.
48. Мухина М.М., Чадаев Н.В. Психоэмоциональные аспекты методики снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры// Традиционная медицина. – 2005. - № 1(4). – С. 17-20.
49. Мухина М.М., Чадаев Н.В., Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Дронова М.А. Эффективность «Метода рефлексотерапии для снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры (Мухиной М.М.)» // «Традиционная медицина – 2007»: Сборник научных трудов конгресса (г. Москва, 1-3 марта, 2007 г.) – М.: издательство Федерального научного клинико-

экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава. – 2007. – С. 322-330.

50. Новые направления в изучении факторов риска развития сердечно-сосудистых болезней. - Доклад экспертов ВОЗ. - Женева, 1994. - 72 с.

51. Панченко Е.П. Механизмы развития острого коронарного синдрома// Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. - № 8 (109). – С. 359-364.

52. Перова Н.В., Хадипаш Л.А., Константинов В.В. Избыточный вес и дислипидемия в популяции мужчин 30-49 лет// Ожирение и метаболизм. – 2005. –№ 1 (3). – С. 29-33.

53. Петеркова В.А., Ремизов О.В. Ожирение в детском возрасте// Ожирение и метаболизм. – 2004. –№ 1.

54. Платонов Д.О. Борьба с артериальной гипертензией в популяции: возможности участкового врача-терапевта// Клиническая и экспериментальная кардиология. - Тверь, 1996. - С. 79 - 82.

55. Потёмкин В.В. Эндокринология. - М.: Медицина, 1999. - 640 с.

56. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации: Первый доклад Экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии, Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1)// Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. - № 8 (109). – С. 318-346.

57. Ригер Р., Михаэлис А. Модификации длительные// Генетический и цитогенетический словарь. - М.: «Колос», 1967. - С. 237.

58. Розанов В.Б., Кошечкин В.А, Александров А.А. и др. Роль генетических и средовых факторов в детерминации массы тела и толщины

кожных складок у детей с разным уровнем артериального давления// Кардиология. -1990. - № 6. - С. 91-96.

59. Рунихин А.Ю. Современные подходы к лечению ожирения. // Лечащий врач. – 2006. –№ 2. – С. 20-23.

60. Рябыкина Г.В., Сула А.С. Использование прибора КардиоВизор-06с<sup>TM</sup> для скрининговых обследований. Метод дисперсионного картирования// Пособие для врачей. – М.: РКНПК МЗ РФ. - 2004. – 44 с.

61. Секачева М.И.// Клинические перспективы в гастроэнтерологии и гепатологии. - 2001. - № 2. – С. 22-26.

62. Сидоренко Е.Н. Клиническая аллергология. – Киев: Здоровья, 1991.

63. Халтаева Е.Д., Халтаев Н.Г. Избыточная масса тела и характер питания// Терапевтический архив. - 1982. - № 10. - С. 49-52.

64. Ханин Ю.Д. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личной тревожности Ч.Р. Спилбергера.- Л.: ЛНИИФК, 1976.- 18 с.

65. Чазов Е.И., Вихерт А.М., Оганов Р.Г. Эпидемиология основных сердечно-сосудистых заболеваний в СССР // Труды Академии мед. наук СССР. - М., 1985. - Т. 1. - С. 36-52.

66. Allergy: conventional and alternative concepts. Reports by Royal College of Physicians Committee on Clinical Immunology and Allergy. - London: RCP., April 1992.

67. Aronne L.J., 2. Bosello O., Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome// Obes. Rev.–2000, 1, 47–56

68. Bosello O., Zamboni M. Visceral obesity and metabolic syndrome// Obes. Rev.–2000, 1, 47–56.

69. Bradley J. D., Zhonglin X., Benoit V., and Ming-Hui Z. Activation of the AMP-Activated Kinase by Antidiabetes Drug Metformin Stimulates Nitric Oxide Synthesis In Vivo by Promoting the Association of Heat Shock Protein 90 and Endothelial Nitric Oxide Synthase.// *Diabetes.*—2005 55: 496–505
70. Burns J.L., Griffith A., Barry J.J., et al.// *Pediatr. Res.* – 2001, Jan. –Vol. 49. - № 1. P. 30-37.
71. Cardone M.H., Smith B.L, Mennitt P.A., et al.// *J. Cell Biol.* -1996. – Vol. 133.- P. - 997-1005.
72. Dagher Z., Ruderman N., Tornheim K., Ido Y.: Acute regulation of fatty acid oxidation and AMP-activated protein kinase in human umbilical vein endothelial cells.// *Circ Res.*—2001; 88 :1276 –1282
73. David T.J.// *Br. Med. Bull.* – 2000. - Vol. 56(1). – P. 34-50.
74. Diabetes Prevention Program Research Group/ Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. // *N Engl J Med.*—2002; 346, 393–403
75. Fasting Insulin.// *J. Clin. Endocrinol. Metab.*—2006; 91(6): 2074 – 2080.
76. Fisher R. S., Parkman H.P.// *N. Engl. J. Med.* – 1998 – Vol. 339(19). – P. 1376-1381.
77. Garrison R.J., Higgins M.V. Obesity and coronary heart disease// *Curr. Opin. Lipidol.* - 1996. - Vol. 7. - P. 199-202.
78. Hadjivassiliou M., Chattopadhyay A.K., Davies-Jones G.A.B., et al.// *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 63. – P. 770-775.
79. Health, United States, 2002, table 71. Overweight children and adolescents 6-19 years of age, according to sex, age, race, and Hispanic origin: United States, selected years 1963-65 through 1999-2000.

80. Hoggan R.// *Med. Hypotheses*. – 1997, Sep. – Vol. 49(3). – P. 285-288.
81. Horvath K., Mehta D.I.// *Indian J. Pediatr.* – 2000, Oct. – Vol. 67(10). – P. 757-763.
82. Hunter I., Greene S.A., MacDonald T.M., Morris A.D.// *Arch. Dis. Child.* – 2000. – V. 83. – P. 207-210.
83. Isomaa, B., Lahti, K., Almgren P. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome.// *Diabetes Care* 24 (2001), 683–689.
84. Jadhav S., Ferrell W., Greer I. A. et al. Effects of Metformin on Microvascular Function and Exercise Tolerance in Women With Angina and Normal Coronary Arteries: Randomized, Double-Blind, Placebo- Controlled Study// *J. Am. Coll. Cardiol.*– 2006; 48(5): 956 – 963.
85. Kahn BB, Flier JS: Obesity and insulin resistance.// *J Clin Invest* – 2000;106:473–81
86. Korponay-Szabo I.R., Sulkanen S., Halttunen T., et al.// *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2000, Nov. – Vol. 31(5). – P. 520-527.
87. Lafferty B. *Medicine, Health, and Society*// University of Washington (Seattle), School of Medicine// Lecture Course, Hubio 555. - February 1999. (<http://eduserv.hscer.washington.edu/hubio555/>).
88. Lissner L., Heitmann B. Dietary fat and obesity: evidence & epidemiology// *Eur. J. Clin. Nutr.* - 1995. - Vol. 49. - P. 79-90.
89. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe.// *Eur. J. Pediatr.* – 2000. – 159 (Suppl 1). – P. 14-34.
90. Mahler R.// In: *Biochemical Disorders in Human Disease* / Thompson R.H.S, Wooton ID.P., eds. - N.Y.- AP, 1970. - P. 95-127.

91. Maksymowych A.B., Simpson L.L.// J. Biol. Chem. - 1998 Aug. – 21. – Vol. 273(34). – P. 21950-21957.
92. Mamputu J.C., Wiernsperger N.F., Renier G. A. Antiatherogenic properties of metformin: the experimental evidence. // Diabetes Metab.–2003, 29/6S71–6
93. Martinez J.A., Kearney J.M., Kafatos A., et al.// Public Health Nutr. - 1999 Mar.- Vol. 2(1A). – P. 125-133.
94. Matthaei S., Stumvoll M., Kellerer M., Hering H.–U. Pathophysiology and pharmacological treatment of insulin resistance// Endocr. Rev.– 2000; 21(6): 585 – 618
95. McFarlane S.I., Banerij M., Sowers J.R. Insulin resistance and cardiovascular disease. //J Clin Endocrinol Metab. – 2001; 86: 713–8
96. Miller J, Rosenbloom A, Silverstein J: Childhood obesity.// J Clin Endocrinol Metabol –2004;89–9:4211–18
97. Mostov K.E., Altschuler Y., Chapin S.J., et al.// Cold Spring Harbor Symp. Quant. Biol. – 1995. – Vol. 60. – P. 775-781.
98. Obesity. Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. - Geneva, 3-5 June, 1997. - World Health Organization, 1998.
99. Oster G., Edelsberg J., O'Sullivan A.K., Thompson D.// Am. J. Manag. Care. - 2000 Jun. – Vol. 6(6). – P. 681-689.
100. Poulter NR, Wedel H, Dahlof B et al. Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rates noted in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA)// Lancet. – 2005. – № 366. – P. 907-913.

101. Quinones-Galvan A., Lifshitz-Guinzberg A., Ruiz-Arguelles G.J.// *Ann. Intern. Med.* – 1990, Nov 15. – Vol. 113(10). – P. 806-807.
102. Ribero A.B., Zanella M.T. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений// *Международные направления в исследовании артериальной гипертензии.* 1999. - № 9. – С. 7-9.
103. Rinkel H.F.//*Arch.Otolaryng.* – 1962. – Vol. 76. – P. 489-500.
104. Rnox W.E.// *In: Metabolic Basis of Inherited Diseases/ J.B. Stanbury, J.B. mwyngaarden, and D.S. Frdrickson, eds., 3-rd ed. - N.Y., McGraw-Hill, 1972. - P. 266-295.*
105. Sandberg D.H., Beck M.// *M. Proc. Ann. William Beaumont Gastrointestinal Symp., October, 1985.*
106. Scarfbns E.T., Lithell H.O., Selinus I. Rise factors for the development of hypertension: a 10-year longitudinal study in middle-aged men // *J. Hypertens.* - 1991.- Vol. 9. - P. 217-237.
107. Sharma A.M. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний// *Ожирение. Актуальные вопросы.* – 2001. - № 5. – С. 4-6.
108. Simister N.E., Jacobowitz I.E., et al.// *Biochem. Soc. Trans.* - 1997 May. – Vol. 25(2). – P. 481-486.
109. Solomon B.A.// *Environmental Med.* – 1996. – Vol. 9. - № 2.- P. 2-6.
110. Srinivasan S., Ambler G. R., Baur L. A. Randomized, Controlled Trial of Metformin for Obesity and Insulin Resistance in Children and Adolescents: Improvement in Body Composition and
111. Stazi A.V., Mantovani A. // *Gynecol. Endocrinol.* - 2000 Dec. – Vol. 14(6). – P. 454-463.

112. Stefaner I., Praetor A., Hunziker W. // J. Biol. Chem. – 1999. – Vol. 274. - No. 13. - P. 8998-9005.
113. Steinberg HO, Baron AD: Vascular function, insulin resistance and fatty acids. // Diabetologia–2002; 45:623–4
114. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Available from: [http:// www.idf.org](http://www.idf.org)
115. Tutar E., Kapadia S., Ziada K. M., et al. // American Heart Association meeting. – 1999. - November 9. - Abstract # 2760.
116. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. EURODIAB ACE Study Group. // Lancet. - 2000. – V. 355 (9207). – P. 873-876.
117. Weinsier R.L., Nnoms D.I., Birch R. et al. The relative contribution of body fat and fat pattern to blood pressure level Hypertension// Hypertens. - 1985. - Vol. 7. - № 4. - P. 578-585.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Alexandra', located in the bottom right corner of the page.