

питающих. Дисс., 1955, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 28. Бурнашева Д. В. О микроморфологии периферической иннервации неба человека и некоторых млекопитающих животных. Дисс., 1955, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 29. Маслов А. П. Морфология рецепторной иннервации наружных мужских половых органов человека и некоторых млекопитающих. Докт. дисс., 1955, Казань; частично — Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 30. Швалев В. Н. Экспериментально-морфологическое исследование рецепторной иннервации почечной лоханки и некоторых отделов почки. Канд. дисс., 1956, Казань, частично — в Тр. КГМИ, 1958, вып. 5. — 31. Кондаратский В. С. Состояние периферического отдела иннервационного аппарата матки при раковом поражении шейки последней. Докт. дисс. (рукопись), 1956, Казань. — 32. Миславский А. Н. и Маслов А. П. К вопросу о функциональном значении некоторых видов чувствительных нервных окончаний. 1956, Казань. Тр. КГМИ, 1958, вып. 5.

Поступила 19 января 1959 г.

МЕТОД КИТАЙСКОГО ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Проф. И. И. Русецкий

(Казань)

Китайская народная медицина имеет многовековую историю. Древние истоки ее можно проследить в частности по чжень-цзю-терапии (чжень — иглоукалывание, цзю — прижигание).

В 221 году до нашего летоисчисления в книге Хуа-ди Ней-цзин описываются достижения китайской медицины за период в 2 тысячи лет до этого и указывается на результаты применения иглоукалывания. В 659 году нашего летоисчисления в медицинской школе Тайишу имелось несколько отделений: терапевтическое, хирургическое, детское, фармакологическое и отделение чжень-цзю-терапии.

Благодаря своей наблюдательности и трудолюбию китайские врачи добились хороших результатов от применения чжень-цзю-терапии. Эти китайские способы лечения в VI столетии н. э. распространились в Японию, затем в Корею, Индию, Вьетнам. В 17 столетии чжень-цзю-терапия проникла во Францию, Германию, потом в другие страны. По иглоукалыванию издаются французский и немецкий журналы¹.

Ряду советских врачей за время пребывания в КНР удалось ознакомиться с чжень-цзю-терапией, и в данное время лечение больных этими способами проводится в Москве, Ленинграде, Казани, Горьком, Киеве и др. В Казанском ГИДУВе и в Московском ЦИУ были проведены курсы по подготовке по чжень-цзю-терапии врачей из различных городов Советского Союза. В ряде мест ведутся работы по дальнейшему изучению китайских способов лечения (1).

Как известно, очень давним опытом китайской народной медицины установлены точки в покровах тела, обладающие свойствами лечебного действия при многих заболеваниях. Всего имеется 693 точки (4), расположенные на 12 парных и 2 непарных, срединных линиях.

При различных заболеваниях организма применяют уколы в точки, связанные с функциями больного органа, и в другие точки отдаленного, регулирующего действия. Можно предложить два примера: линии желудка и линии легких, используемые для выбора, составления «рецепта» точек для лечения заболеваний этих органов (рис. 1 и 2).

Результаты лечения иглоукалыванием и прижиганием могут быть объяснены рефлекторным механизмом действия, похожим на механизм других методов рефлекторной терапии. К методам рефлексотерапии

¹ В России впервые иглоукалывание и прижигание были применены в 1882 г. профессором С-Петербургской медико-хирургической Академии П. Чаруковским. — Вогралик В. Г. Тезисы докладов I Всероссийского съезда терапевтов. 1958, стр. 180. Прим. ред.



Рис. 1.
Линия желудка.

относятся не только современные электрические, световые и другие методы, но и издавна применявшиеся банки, прижигания, горчичники и другие средства.

Чжень-цзю-терапия, существовавшая в течение тысячелетий в Китае, отличается тем, что действующая точка находится не на кожной поверхности тела, а в глубоких его участках. Чжень-цзю-терапия может быть сопоставлена не с действием на органы с кожных зон Захарьина — Геда, как это обычно думают, а с действием с глубоких зон покровов тела, как указывал Мекензи (6), то есть с рецепторов скелетных мышц, сосудов, сухожилий и других глубоко расположенных аппаратов. И это является большой и давней заслугой китайской народной медицины.

Игла вводится в глубину с покровов тела по двум основным способам и по третьему добавочному способу. 1) Поверхностное, кратковременное введение иглы, производящее, по мнению ряда китайских авторов, раздражающее действие, глубина введения иглы 0,1—0,3—0,6—0,9 см, продолжительность пребывания иглы 30 сек —



Рис. 2.
Линия легких.

1 мин — 2 мин, 2) Глубокое и длительное введение иглы, оказывающее тормозящее действие; глубина 1,5—9 см, длительность — 30—60 мин — 24 часа до 72 часов. 3) «Вторые» варианты первого и второго способов иглоукалывания, промежуточные между ними по глубине и продолжительности иглоукалывания. Кроме того, имеет значение и объем придаваемого игле вращательного движения, по своей оси, или же производимые иглой более быстрые движения, в виде уколов, «птичьего клёва».

Важным условием иглоукалывания является безболезненное вкалывание иглы в покровы тела, а затем уже, после вкалывания иглы, вызывают определенные ощущения благодаря тому, что конец иглы находится в положенном месте — точке и благодаря производимым вращательным движениям иглой. Для получения лечебного эффекта у больного должны возникнуть ощущения онемения, распирания, тяжести, ломоты, иррадиации или же ощущения тепла. Нередко возникающие ощущения являются приятными, успокаивающими, и больной засыпает во время сеанса.

Многие вопросы техники, условий и других сторон чжень-цзю-терапии не могут быть изложены в данной статье, и с ними следует знакомиться по соответствующим монографиям. Здесь же целесообразно осветить лишь механизм действия этого лечебного метода. Китайские

авторы стремятся отнести лечебные точки к определенным анатомическим структурам, преимущественно к нервам и сосудам (5, 3).

Основы механизма действия чжень-цзю-терапии заключаются в реакциях как безусловнорефлекторных, так и условнорефлекторных. Начнем с безусловных рефлексов.

Введение и оставление иглы в тканях покровов тела производит, прежде всего, физическое (механическое) раздражение нервных рецепторов. То же — при вращении иглы, приеме «клёва» и др. Игла при движениях увлекает за собой окружающую ткань, вызывает перемещение ее, что усиливает механическое раздражение. Это заметно и врачу, когда тут же, после введения иглы, ощущается повышенная плотность окружающих иглу тканей, а к концу сеанса иглоукалывания окружающая ткань несколько расслабляется, что можно ощутить при легких боковых движениях иглой. Для усиления раздражения от движений иглы приходится надавливать двумя пальцами на кожу по сторонам от иглы.

Введение иглы в покровы тела прежде всего раздражает кожу. Возникающее раздражение экстерорецепторов кожи является сложным, дифференцированным раздражением. Чем глубже проникает игла в ткани, тем менее дифференцированные рецепторы включаются в общий комплекс раздражения. Глубокие ткани со своими структурными послойными особенностями дают, как это неоднократно установлено, более диффузные, менее очерченные и более инертные ощущения, по сравнению с ощущениями кожных слоев. Конечно, имеются характерные особенности для различных тканей, расположенных в глубине покровов тела, в частности в местах прохождения нервных стволиков, или в местах скопления большого числа рецепторов в сухожилиях, перисте и др. Большая, но не всегда ясная роль принадлежит propriорецепторам скелетных мышц. Эти рецепторы поперечно-полосатых мышц, «мышечные щупалы», по образному выражению И. М. Сеченова, являются не только корректорами производимых человеком активных движений, но и служат основой массы безусловных рефлексов, типа тонических мышечных рефлексов и других, более быстрых тонических реакций, индукционного типа.

Следовательно, при введении иглы речь идет, прежде всего, о роли возникающих соматических нервных импульсов. Эти первичные импульсы, более быстрые и дифференцированные, составляют первичную основу раздражения при чжень-цзю-терапии, к которой присоединяются другие раздражения. На это указывает и характер ощущений больных — они носят соматический нервный характер: больные отмечают локализованные парестезии, онемение, иррадиации. В угоду мнению о преобладающей роли вегетативных нервных ощущений при иглоукалывании (французские, японские авторы (7), совершенно незаслуженно и неправильно была преуменьшена роль соматических нервных ощущений. Это необходимо исправить. Раздражаются соматические нервные рецепторы и соматические нервные волокна, в результате чего возникают необычные импульсы в центростремительном направлении.

Введение иглы включает, кроме соматической иннервации, раздражение вегетативных нервных клеточек и волокон. Речь идет о раздражении околососудистых нервных сплетений и симпатических волокон. Роль вегетативных нервных раздражений увеличивается в связи с продолжительностью нахождения иглы в тканях.

При изложении вегетативных нервных реакций на введение иглы в ткани следует отметить роль так называемых аксон-рефлексов с местным замыканием рефлекса. Возникающие при этом в вегетативных волокнах афферентные импульсы не поднимаются до нервной клетки, а отражаются тут же, на периферии, на соседних нервных волокнах, проявляясь в эффекторных нервных импульсах. Эти аксон-рефлекторные реакции Соковнина — Лэнгли способствуют расширению местных периферических реакций.

Местные рефлекссы, околососудистые раздражения и другие рефлекторные изменения при чжень-цзю-терапии протекают с образованием веществ гистаминового ряда. В результате этого происходит расширение капилляров и артериол. Это, в свою очередь, ведет к возбуждению новых рецепторов и к созданию особенностей нейрогуморальных реакций при чжень-цзю-терапии, в частности со свойствами инертного течения реакций. Происходят также изменения ацетил-холинового ряда, а вслед за ними — адреналин-симпатиновые сдвиги.

Таким образом, при чжень-цзю-терапии возникают изменения нейрогуморальной регуляции. В пределах центральной нервной системы протекают реакции безусловнорефлекторного типа и замыкаются на различных уровнях: в пределах спинномозговой дуги, стволовой части, гипоталамической области, подкорковых узлов.

Помимо соматических и вегетативных рецепторов и нервных волокон, включаемых в комплекс раздражения на месте введения иглы, отдельные авторы учитывают и другие факторы: тепловые, электрические и др. Начальные, «пусковые» раздражения постепенно сглаживаются, а другие, более диффузные, инертные механизмы начинают приобретать большее значение.



Рис. 3.
Механизм действия чжень-цзю-терапии.

В связи с безусловнорефлекторными реакциями при чжень-цзю-терапии возникают и реакции условнорефлекторного типа как следствие сочетания процесса лечения с другими факторами.

Прежде всего, большое значение имеет влияние самого врача на больного. Умелое направление, «руководство» возникающими у больного ощущениями со стороны обладающего опытом врача импонирует больному и создает положительный эмоциональный фон для проведения чжень-цзю-терапии. Приближение лечебного эффекта к моменту исследования больного также является существенным фактом: больной исследуется врачом и тут же получает лечебную помощь, не идет для этого в какой-либо лечебный кабинет, аптеку и т. п. Образование этих условнорефлекторных связей облегчает лечебное действие. В том же направлении может действовать обстановка, в которой производится иглоукалывание, в частности удобный организованный кабинет.

Наконец, мнение больных, получивших облегчение от иглоукалывания, также производит влияние на больного. Учитывая, что чжень-цзю-терапия обычно дает благоприятный эффект у функциональных больных, а последние охотно делятся с окружающими своими ощущениями, изменениями болезненного состояния под влиянием лечения и, таким путем, способствуют распространению благоприятного мнения о чжень-цзю-терапии. А благоприятное восприятие лечебных процедур, доверие больного к врачу является важным фактором для лечения, тем более, что введение иглы не должно быть болезненным.

Для оценки получаемых результатов от чжень-цзю-терапии необходимо учитывать подготовку врачей по этому разделу лечения и длительность подготовки. Конечно, в КНР имеются наибольшее знание и наибольший опыт в применении чжень-цзю-терапии. Мне приходилось видеть очень искусных в производстве иглоукалывания китайских врачей, имеющих 50-летний и более опыт лечения. Вполне понятно, что и эффективность лечения в КНР является более значительной. Об этом можно судить по китайской литературе: Чжу-Лян, Вэй Жу-шу, Цзинь Синь-чжун и др.

В странах Азии иглоукалывание известно довольно широко. В Советском Союзе мы только начинаем осваивать технику, накапливаем первоначальный опыт лечения. Поэтому нужно быть особенно требовательным к освоению техники. Для ведения этого лечения следует выделять врача и медицинскую сестру, которые проводят лечение в специально отведенном кабинете. Понижение требований к проработке техники и изучению имеющихся теоретических сведений ведет только к подрыву китайских лечебных способов. Я видел врачей, применяющих иглоукалывание и, в то же время, мало знакомых с практикой и теорией чжень-цзю-терапии, однако, уже претендующих на дальнейшее улучшение и развитие иглоукалывания.

В Советском Союзе уже накоплен некоторый материал по лечению больных китайскими способами (Москва, Казань и др. города). В неврологической, оториноларингологической литературе появились статьи А. П. Касаткиной и З. М. Брянцевой (2), Сюй Ин-янь (3). Вышла монография Цзинь Синь-чжун «Китайская народная медицина» (4). Медгизом издается перевод книги Чжу-Лян «Новое руководство по иглоукалыванию и прижиганиям» (5). В Казани намечена к выпуску моя монография: «Метод китайского иглоукалывания». В настоящем изложении мы остановимся на некоторых показаниях и результатах иглоукалывания.

В отношении лечения нервных заболеваний можно констатировать вполне удовлетворяющий эффект от применения чжень-цзю-терапии. Начнем с периферических заболеваний.

Пояснично-крестцовые радикулиты дают положительный эффект в среднем около 60% числа этих больных. У больных с преобладающим болевым синдромом был получен особенно заметный результат. Во время сеанса иглоукалывания болевые ощущения, как правило, прекращались. В противоположность этому, отсутствие эффекта или мало эффекта было констатировано у больных с более тяжелой картиной болезни: атрофией, арефлексией, чувствительными выпадениями.

Шейно-грудные радикулиты так же дали хороший результат лечения, преимущественно в случаях, где главенствует болевой синдром. Различные комбинации шейно-грудного радикулита, в частности с плечевым периартритом, не дали заметного эффекта.

При невралгии тройничного нерва получен благоприятный лечебный эффект в половине случаев, где наступило ослабление и разрежение приступов. Во время нахождения иглы в тканях боли обычно исчезают. Получаемый результат может быть очень ободряющим. Но в ряде случаев лечебного эффекта не было.

Параличи лицевого нерва не дали заметного улучшения при иглоукалывании.

Лечение полиневритов с нарушениями чувствительности, рефлексов и движения принесло только уменьшение болей.

При сирингомиелии не было получено лечебного эффекта. Импотенции, спинального органического характера, не получали улучшения после чжень-цзю-терапии. Наоборот, при функциональной основе импотенции имелся положительный результат. Однако, иногда и при органической импотенции удавалось получить некоторое улучшение.

При лечении церебральной сосудистой гемиплегии заметных результатов не было. Некоторый эффект наблюдался при выраженной мышечной гипертонии в сторону уменьшения мышечного тонуса при условии длительного пребывания иглы в тканях.

Больные с постэнцефалитическим паркинсонизмом имели только преходящий эффект после чжень-цзю-терапии. При комбинировании основных внепирамидных признаков с болевыми признаками были получены более заметные результаты. Из гиперкинезов двусторонний лицевой гиперкинез заметно улучшился. У больного с двусторонней кривошеей сначала, после 2—3 сеансов, заметно улучшилось состояние, но потом возобновились тонические спазмы. У больного писчим спазмом был получен благоприятный результат.

Чжень-цзю-терапия принесла положительный эффект в среднем в 60% у больных, страдающих головными болями. Учитывая их различную этиологию и патогенез, можно сказать, что наилучший эффект имеется при головных болях вазопатического характера: вазодилаторного и ангиоспастического. А вазопатические расстройства составляют самую многочисленную группу головных болей. В случае получения эффекта он обычно удерживается длительно, о чем свидетельствуют больные с катamnестическими сведениями на протяжении года и даже более. Головные боли после травмы также дают эффект от иглоукалывания, но менее ободряющий и лишь в половине случаев. Лица с головными болями после церебральных арахноидитов не получали облегчения, или же были отмечены только временные результаты, для чего иногда требовалось повторное лечение.

Дальнейшая разработка вопросов чжень-цзю-терапии при головных болях имеет несомненное практическое значение. Для правильного учета результатов необходимо дифференцировать формы головных болей. Защитные и воспринимающие аппараты (resp.-рецепторы) головного мозга реагируют не только на непосредственно действующие на них вредности, но также и на раздражения и близких к головному мозгу,

и отдаленных органов, заболевания которых сопровождаются церебральными ощущениями; церебральные рецепторы реагируют и на раздражения, возникающие вследствие общих тяжелых заболеваний, инфекций, интоксикаций, и, наконец, при невротических срывах нервной деятельности. В связи с формой головной боли должна изменяться и чжень-цзю-терапия.

В отношении бессонницы положительные результаты исчисляются в половине случаев. Хотя больные нередко засыпают во время сеанса чжень-цзю-терапии, лечение бессонницы сложно и зависит от формы бессонницы. Лучшие результаты были получены при бессоннице подкоркового типа; а при «бегах мысли» (корковая бессонница) — результаты хуже. Бывает и так, что начальный положительный эффект затем исчезает. Противоположное состояние — сонливость — может улучшиться при лечении иглоукалыванием (применяется, конечно, другой способ раздражения иглой).

Функциональные заболевания нервной системы в большинстве случаев смягчаются. Улучшение функциональных нарушений после чжень-цзю-терапии особенно заметно у недавно заболевших больных. Обычно эти больные чувствуют себя лучше после двух — трех процедур.

Параллельно облегчаются имеющиеся у больных вегетативные, висцеральные синдромы. В частности, приходилось наблюдать нейродермиты, значительно улучшавшиеся после чжень-цзю-терапии. В одном случае улучшение произошло у больного, до этого длительно и безрезультатно лечившегося.

Таким образом, осваивая иглоукалывание, мы получаем новый для нас метод лечения больных, метод, приносящий ободряющие результаты. Он требует дальнейшего применения и изучения, в частности в отношении характера раздражения иглой, длительности пребывания иглы в покровах тела и др. Но, конечно, чжень-цзю не является панацеей, а должна входить в общий план комплексного лечения больного.

Применение и изучение чжень-цзю-терапии, а потом и возможное дальнейшее развитие этого китайского метода лечения — одно из проявлений той большой, нерушимой дружбы, которая объединяет наши народы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подшибякин А. К. Физиол. журн. СССР, 41, 3, 1955. — 2. Касаткина А. П. и Брянцева З. М. Журн. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, 1958, 10. — 3. Сюй Ин-янь. Вест. оториноларингологии, 1958, 6. — 4. Цзинь Синь-чжун. Китайская народная медицина. Издание «Знание», Москва, 1958. — 5. Чжун-лянь. Новое руководство по иглоукалыванию и прижиганиям. Пекин, 1955. На китайском языке. — 6. Maskensie. Symptoms and their interpretation. London, Shaw and Sons, 1922.

Поступила 14 декабря 1958 г.

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Проф. Р. Г. Межебовский

Из кафедры госпитальной терапии Оренбургского медицинского института

Патогенез легочно-сердечной недостаточности и по настоящее время не представляется достаточно ясным. Среди многих факторов существенное значение в патогенезе легочно-сердечной недостаточности следует придавать и нервным влияниям, вызывающим сужение сосудов системы легочной артерии и, вследствие этого, гипертонию малого круга (Б. П. Кушелевский, А. Г. Дембо). Последняя уже вторично