



1993

От истории болезни –
к Истории Здоровья!

АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ
Научный центр информационной медицины
«Лечение Информатика Диагностика Обучение»
(НЦИМ «ЛИДО»)

scimlido@mail.ru

www.lido.msk.ru

А.Е. Бессонов, Е.А. Калмыкова

ИНФОРМАЦИОННАЯ РАДИОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ

Методическое пособие к аппаратам
МИНИТАГ, КАМЕРТОН, КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ

2023 год

ПРЕДИСЛОВИЕ к редакции 2023 года

Уважаемый читатель! Книга, которую Вы держите в руках, посвящена самому дорогому, что есть у каждого человека, – его здоровью.

Быть здоровым лучше, чем больным, – это знает каждый. Чувствовать себя абсолютно здоровым – огромное счастье, которое в полной мере осознают те, кто хоть когда-то чем-то болел.

К сожалению, надо признать, что существующие на данный момент врачебные методики лечения хронических заболеваний часто бывают бессильны даже по отношению к самим врачам. Именно такое положение стало главным мотивом к пересмотру существующей медицинской парадигмы и созданию нового направления в медицине, которое получило название **информационная медицина**. Основным ее методом является информационно-волновая диагностика (ИВД) и информационно-волновая терапия (ИВТ). В силу специфики, особенностей и различий принципов действия, схем, и механизмов работы и воздействия на организм, с целью отличия аппаратуры и технологий информационной медицины, от аналогов и прототипов, имевшихся на момент их создания, их авторы вынуждены были официально наименовать созданные ими методы, соответственно: **информационная радиоволновая диагностика (ИРВД) и информационная радиоволновая терапия (ИРВТ)**¹. Несмотря на это, данные методы полностью соответствуют понятиям методов информационно-волновой диагностики (ИВД) и информационно-волновой терапии (ИВТ). Поэтому, несмотря на различие в официальном наименовании методов, в данной книге будет применяться наименования и аббревиатура, соответствующая информационно-волновой диагностике (ИВД) и информационно-волновой терапии (ИВТ).

Настоящая книга посвящена подробному описанию частных схем использования метода ИВТ для самостоятельного лечения и применения его врачами и другими медицинскими специалистами.

Разработанный еще в 1993 г., метод подтвердил смелую гипотезу о существовании межклеточных сигналов взаимного управления между органами и системами организма человека. Именно они несут информацию о состоянии нашего здоровья. Эти сигналы настолько слабы, что с позиции биофизики можно говорить о процессах, происходящих на атомарном и молекулярном уровнях.

Главным открытием стал тот факт, что сигнал от любого здорового органа человека всегда один и тот же, а у больных – сигналы разные и зависят от тяжести, продолжительности заболевания и еще от очень многих других условий. Однако до сих пор никому в мире не удалось систематизировать данные и выделить радиосигнал здоровой клетки.

Исследованиями российских ученых (А.Е. Бессонов, Б.А. Конягин, Е.А. Калмыкова) с помощью разработанного авторами анализатора спектров «АИС-ЛИДО» зарегистрировано электромагнитное излучение вегетативных центров, органов и систем человека в диапазоне крайне высоких частот (30-300 ГГц), или, как его иначе называют, в миллиметровом диапазоне длины волн (1-10 мм), содержащее **информационную компоненту** (информацион).

Тем самым подтверждено, что в клеточной протоплазме происходят биохимические и биофизические процессы с образованием свободной энергии и генерацией электромагнитного излучения (ЭМИ) в мм-диапазоне волн, которые представляют собой нормальное течение жизни, обеспечивая информационный гомеостаз и процессы саморегуляции в целостном организме.

Болезнь – это сумма многочисленных нарушений. Сегодня современные методы диагностики только фиксируют факт изменений и нарушений в органах человека. При более широком обследовании врачи обнаруживают целый ряд отклонений в работе систем, на первый взгляд не связанных между собой. При этом возникает проблема учета всей совокупности выявленных нарушений, их приоритета и пр. Возникает вопрос: в каких дозах и как долго нужно применять те или иные медикаменты с учетом их побочных воздействий? К сожалению, нет исчерпывающих

¹ В разных источниках методы **информационной радиоволновой диагностики (ИРВД) и информационной радиоволновой терапии (ИРВТ)** могут также называться методами информационно-волновой диагностики и информационно-волновой терапии, миллиметрового волновой диагностики и миллиметрового волновой терапии, КВЧ-диагностики и КВЧ-терапии, и обозначаться аббревиатурами: ИВД, ИВТ, ММВД, ММВТ, КВЧ-Д, КВЧ-Т, и другими. (прим. ред.)

ответов на поставленные вопросы. Медицина на современном этапе, можно сказать, видит лишь вершину айсберга, вся подводная часть которого – загадка.

В ходе исследовательских работ был выделен сигнал, с помощью которого происходит обмен информацией между органами и системами. За 12 лет клинических исследований удалось выявить определенные закономерности при различных диагнозах и зафиксировать не только первопричину конкретной болезни, но и остальные, характерные для нее отклонения в других органах и системах, что и позволило в дальнейшем разработать методику оздоровления, подтвержденную и усовершенствованную более чем 25 годами клинической практики применения ИВТ.

Следующим значительным шагом явилось создание нового средства терапии. Группе ученых (А.Е. Бессонов, М.В. Балакирев, Б.А. Конягин, В.Л. Викторов) удалось воспроизвести сигналы, полностью соответствующие здоровым клеткам. Результатом всех этих изысканий явилось создание аппарата МИНИТАГ, а в последствии - КАМЕРТОН и КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ. При воздействии аппаратами на информационные каналы уникальными по своей природе сигналами, происходит устранение нарушений в затронутых болезнью органах на информационном уровне. Клеткам возвращается физиологический, т.е. здоровый режим работы. Еще в 1998 г. можно было заявить о новых разработках. Но речь шла о здоровье миллионов людей и, прежде чем предложить новую технологию потребителю, мы посчитали необходимым провести многочисленные испытания и тщательно систематизировать полученные данные.

В ходе клинических испытаний выяснилось, что, если даже один человек в доме болеет, страдает вся семья. Без оздоровления всей семьи бесполезно рассчитывать на стойкий успех. Зная индивидуальные особенности заболевшего, нужно помогать ему и заботиться о состоянии здоровья тех, кто его окружает. Таким образом, можно решить многие медицинские проблемы, а самое главное – не вовлечь молодое поколение, наших детей в наследственный процесс. Поэтому желательно иметь аппарат в каждой семье.

В Методическом пособии на высоком уровне изложены вопросы профилактики и коррекции нарушений здоровья. Мы надеемся, что наш метод создаст предпосылки для улучшения качества жизни и продлит активное долголетие. Поскольку данное руководство ориентировано на широкого потребителя, а не только медиков, мы постарались выбрать наиболее удобную форму подачи информации. Представленная методика ИВТ особенно привлекательна с точки зрения решения задач сохранения здоровья всех групп населения. В отличие от других методов, ИВТ рекомендована беременным женщинам и новорожденным, может использоваться как монотерапия, так и в комплексе с другими методами лечения.

Методические рекомендации М 2001/119 «Информационная радиоволновая диагностика и терапия» утверждены к применению Министерством здравоохранения Российской Федерации 21.12.2001 г.

В рамках этой технологии нами было подготовлено более 700 врачей-специалистов и развернуто более 20 Центров информационной медицины, осуществлявших диагностику, терапию и консультативную помощь пациентам, а аппараты ИВТ, помимо России, поставлялись пользователям, более чем в 20 зарубежных стран.

Следует отметить, что с выходом 3-го издания Методического пособия (2008 год) была завершена разработка и внедрение в практическое здравоохранение России и зарубежья лечебно-диагностического комплекса «КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ» для оснащения:

- центров информационной медицины в первичном звене органов здравоохранения;
- центров восстановительной медицины;
- медицинских научных учреждений;
- санаториев и др.

Библиография научного направления «Информационная медицина» пополнилась значительным количеством печатных работ российских ученых.

В 4-ом издании Методического пособия (2010 год), выверенном временем в терминах и определениях, как Информационная радиоволновая терапия, было представлено научно-практическое руководство к применению, аппарата МИНИТАГ, и выпускаемого с 2007 г. аппарата КАМЕРТОН, а в последствии и КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ.

Для читателей, пользователей аппаратов МИНИТАГ, КАМЕРТОН и КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ существенным оказались вопросы истории становления Информационной радиоволновой терапии (ИРВТ) и отличия аппаратов - предшественников.

Предшествующие издания в соавторстве: первое, 1992 г. – Колбун Н.Д., Бессонов А.Е., Куценок В.А., Волянюк Р.Е., и второе, 1993 г. – Колбун Н.Д., Бессонов А.Е., Волянюк Р.Е., имели название «Информационно-волновая терапия», т.е. отображали способ, при котором использовалась третья часть полосы миллиметрового диапазона (30–118ГГц). Базовой основой способа был аппарат «Порог», разработанный в 1987 г. Н.Д. Колбуном в соавторстве украинских ученых и утвержденный МЗ СССР к применению в 1989 г.

Исследования Бессонова А.Е., и Калмыковой Е.А. в клиниках различных специализаций с помощью аппаратов «Порог», «Явь», «Электроника КВЧ» и «Шлем», позволили вначале предположить, а в последующем обнаружить механизм взаимодействия биообъектов с элеткромагнитными излучениями (ЭМИ) во всем миллиметровом диапазоне. В декабре 1993 г. испытан генератор ЭМИ, в спектре которого мм-излучения в полосе от 30 до 325 ГГц и выше, автором которого является радиоинженер-исследователь к.т.н. М.В. Балакирев. Именно этот генератор явился базовой основой аппарата МИНИТАГ, на его несущих миллиметровых волнах М.В. Балакиревым смодулирован информационный сигнал, идентичный сигналам, излучаемым клетками нашего организма. Изначально этот стабильный (устойчивый) сигнал с биообъектов (клеток, органов, систем) мы назвали биологически (физиологически) значимым, а позже – сигналом, обеспечивающим информационный гомеостаз, ибо при изменении его частотно-амплитудной характеристики регистрировались клинические отклонения от физиологической нормы, а воздействие аппаратом МИНИТАГ устраняло как нарушения частотно-амплитудных характеристик пораженного органа, так и патологические нарушения в нем. Таким образом аппарат МИНИТАГ положил основу новому направлению в медицине. В 1994 г. МЗ РФ утвердило медико-технические требования (МТТ) к аппарату МИНИТАГ, а в последующем в 1995 г. этот аппарат стал базовым в информационной медицине, так как только с его помощью можно наиболее эффективно восстановить нарушения информационного гомеостаза. Аппарат МИНИТАГ стал первым изделием медицинской техники, отличающимся от предшественников, изделий КВЧ излучений мм-диапазона тем, что в нем на несущих частотах миллиметрового, ИК и видимого диапазона волн промодулирован слабоинтенсивный сигнал на частоте 0,03 Гц. Именно этот радиосигнал предрешил не только терминологию: название книги «Информационная радиоволновая терапия» (ИВТ), научное направление Информационной медицины, и, как сегмент медицинской технологии – терапия.

В этом издании и настоящей редакции, по результатам клинического применения метода ИВТ авторами внесены дополнения и коррективы в программу лечения ряда заболеваний. Первая глава книги дополнена нозологией «Метаболический синдром», это заболевание детально изучено д.м.н., профессором Е.А. Калмыковой и к.м.н. О.В. Лебедевой. По материалам этих исследований опубликована статья: «Информационная медицина в клинике метаболического синдрома» в журнале Вестник восстановительной медицины № 02 (36) июнь 2010 г. Глава третья дополнена материалом исследований, результатом которого предлагается программа оздоровления при диабетической полинейропатии. В тринадцатой главе сделан акцент на оздоровление часто болеющих детей методом информационной радиоволновой терапии.

В целом издание не претерпело изменений в подаче и содержании методического материала, пользователями которого являются не только врачи, применяющие аппарат КАМЕРТОН, но и люди разных возрастных групп, не имеющие медицинского образования, и применяющие аппарат КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ в домашних условиях.

Библиография научного направления «Информационная медицина» пополнилась значительным количеством печатных работ в различных специализациях современной медицины.

Выражаем признательность и благодарность за высокую экспертную и научную оценку информатометрической технологии для целей диагностики, а также аппаратных устройств МИНИТАГ и КАМЕРТОН для информационной радиоволновой терапии (ИВТ) академику Э.В. Евреинову, академику РАМН В.Г. Зилу, академику РАМН Н.А. Агаджаняну, член-корр. РАМН А.Т. Быкову, профессору Н.К. Чемерису, профессору И.Н. Возовикову, профессору А.М. Василенко, профессору В.М. Подольскому, д.м.н. Е.Е. Мейзерову, коллективу НЦИМ «ЛИДО», коллективам

ЦИМ регионов России, а также многим сотням врачей и тысячам пользователей лечебных аппаратов для ИВТ.

Российские ученые-эксперты высоко оценили медицинскую технологию (д.м.н., профессор А.В. Шакула, д.м.н., профессор В.М. Подольский, д.м.н., профессор И.Н. Возовиков). Их отзывы мы приводим ниже.

Как авторы разработанной технологии и настоящего издания книги, выражаем признательность пользователям аппаратов МИНИТАГ, КАМЕРТОН и КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ за высокую оценку эффективности в оздоровлении, профилактике и лечении широкого круга заболеваний, и медицинской реабилитации.

Выражаем глубокую признательность всем, кто прислал нам свои отзывы, замечания и предложения, касающиеся работы наших аппаратов, а также - содержания и формы этого издания. Будем рады Всем читателя и пользователям технологии, приславших свои предложения по совершенствованию технологии и издания, как методического пособия.

С Уважением,

Алексей Ефимович Бессонов,

доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный врач России

Елена Алексеевна Калмыкова,
доктор медицинских наук, профессор

Александр Тимофеевич Семений
кандидат медицинских наук

Наливайко Леонид Владимирович,
Генеральный директор НЦИМ «ЛИДО»

ОТЗЫВЫ ЭКСПЕРТОВ

Медицинская технология является результатом многолетних исследований авторов д.м.н. проф. Бессонова А.Е. и д.м.н. проф. Калмыковой Е.А. по созданию модели функционирования организма в норме и патологии на основе информационного подхода, которая базируется на фундаментальных исследованиях в биологической и медицинской кибернетике, радиофизике, экспериментальной и клинической медицине. Работа выполнена на стыке указанных специальностей, что представляется чрезвычайно важным на современном уровне знаний и, безусловно, является прорывом внедрения новых информациологических технологий в медицинскую науку и практику.

Авторами отображена теоретическая значимость, которая заключается в создании модели информационного гомеостаза человека, принципов функционирования информационных каналов связи и раскрытия сущности информационных сигналов.

Раскрыта и предложена радиофизическая гипотеза механизма взаимодействия биоструктуры с сигналами электромагнитного излучения.

Научная новизна методов «Информационной радиоволновой диагностики и терапии» состоит в разработке научно обоснованных подходов к исследованию информационного гомеостаза в живом организме, принципов и методических подходов регистрации информационных сигналов в функционирующем организме, а также возможностей передачи физиологически значимых информационных сигналов для коррекции информационного гомеостаза в клетке организма; раскрытия механизмов формирования информационных сигналов на клеточном, органном и системообразующих уровнях; создании алгоритма обследования пациентов и разработке диагностических критериев информационных сигналов для использования в клинической практике.

Практические результаты методов ИРВД и ИВТ состоят в разработке, выполнении ОКР и внедрении в практику диагностического комплекса «АИС ЛИДО» для регистрации информационных сигналов, аппаратов Минитаг и Камертон для терапевтического воздействия ЭМИ в мм-диапазоне, ИК и части видимого диапазонов и модулированного информационными сигналами, а также разработке практических рекомендаций для проведения и оценки результатов диагностики, лечебных мероприятий и организационных аспектов использования информационной радиоволновой диагностики и терапии.

Многочисленные экспериментальные и клинические данные, полученные авторами на статистически достоверном материале, подтверждают теоретические знания о первостепенной роли информационной компоненты в функционировании клеток, органов и систем. Открытие роли информационных сигналов, содержащихся в ЭМИ мм-диапазона при функционировании живых организмов, исключило необходимость использования больших мощностей излучения, что может отнести метод воздействия аппаратов Минитаг и Камертон к «физиотерапевтической гомеопатии».

Этот факт является весьма важным, т.к. применяемые энергии в практической физиотерапии, в том числе с использованием ЭМИ в миллиметровом диапазоне (КВЧ-терапия, МРТ-терапия и т.д.) на несколько порядков выше. Дозы энергии, или плотность потока мощности в аппаратах Минитаг и Камертон составляет $5 \cdot 10^{-7}$ Вт/см², что значительно ниже ПДУ разных стран, включая Россию.

В связи с этим диагностическая и лечебная аппаратура, созданная авторами под научным руководством д.м.н. проф. А.Е. Бессонова отличается от используемой физиотерапевтической аппаратуры в силу энергетических характеристик безвредностью, а, кроме того, компактностью, хорошим дизайном и прочностью, удобством в использовании, отсутствием неприятных, болевых ощущений, как в процессе диагностики, так и лечении, неинвазивна, что значительно повышает качество лечения, которому придается большое значение, особенно в педиатрической практике, условиях стресса, в том числе болевого.

Возможность получения обратной биологической связи при лечении с использованием диагностики от прибора «АИС ЛИДО» с графической регистрацией информационных сигналов, делает терапию контролируемой, что позволяет проводить коррекцию лечения, как в плане подбора зон воздействия, так и количества процедур на курс или курсов лечения, целесообразности

сочетаний с другими методами лечения и т.д. Медицинская технология состоит из трех основных разделов:

– «Введение» – раскрыт алгоритм диагностических и терапевтических процессов на основе информациологических методов исследований;

– «Описание метода», в разделе раскрыта формула метода, показания и противопоказания к применению ИРВД и ИВТ, сущность методов, подробная методика диагностики и терапии. Приведены анализы результатов диагностики и терапии, а также эффективность в клинических условиях;

– «Выводы», в которых сделан акцент на значимость методов ИРВД и ИВТ в клинической медицине, даны четкие определения и трактовка новых терминов.

В заключение, следует отметить, что медицинская технология Лечебно-диагностический комплекс КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ выполнена на высоком научном и методическом уровнях, представляет значимый вклад в практическую медицину, поэтому рекомендуется к утверждению и включению в Реестр медицинских технологий Росздравнадзора.

Заместитель Генерального директора
Федерального научного клиникоэкспериментального
центра традиционных методов диагностики
и лечения Росздрава
д.м.н., профессор
В.М. Подольский
Октябрь 2006 г.

Медицинская технология ЛДК КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ представляет собой обобщение последовательно выполненных авторами (А.Е. Бессонов, Е.А. Калмыкова) ЗАО НЦИМ «ЛИДО» семи научно-исследовательских работ в период с 1993 года по 2005 год в соответствии с комплексной темой «Физические принципы диагностики и лечения заболеваний человека с помощью ЭМИ в широкой полосе мм-диапазона волн и выше (ИК и видимого)».

Признание авторами первичности информационных процессов обеспечения жизнедеятельности стало определяющим в поиске алгоритма управления, т.е. информационной компоненты функционирования клеток.

Результаты этих исследований в указанной медицинской технологии составляют ее научную и концептуальную основу информационной медицины и ее методов: информационной радиоволновой диагностики (ИРВД) и терапии (ИВТ).

Биологически значимая гармоника в норме авторами определена на частоте 0,03 Гц, функциональные нарушения зарегистрированы на частоте 0,06 Гц, выше – патология.

В медицинской технологии авторами раскрыта суть механизма взаимодействия ЭМИ, генерируемых лечебными аппаратами с организмом человека, который основан на признании способности живых клеток генерировать собственные электромагнитные волны в мм-диапазоне волн, а также реагировать на электромагнитное поле. Природа генерации определяется метаболизмом живых клеток, и ее уровень является обобщенным отражением нормального или измененного метаболизма этих клеток.

В больном организме, когда в отдельных органах метаболизм клеточных ансамблей нарушен, возможность коррекции этих нарушений в клетках определяются путем нормализации их амплитудно-частотной структуры информационного сигнала. По сути дела, речь идет о внешнем воздействии с целью коррекции информационных сигналов клеток, измененных патологическим процессом, коррекции, направленной на нормализацию систем управления, и через нее, на коррекцию нарушений метаболизма.

При воздействии ЭМИ терапевтических аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН на пораженные клетки органов, последние за счет процессов электромагнитного резонанса «откликаются» на воздействующий сигнал, «встраивают» его спектр сигналов в свою систему управления, тем самым, возвращаясь к своему исходному функциональному режиму, восстанавливая нарушенный гомеостаз.

В медицинской технологии раскрыт многолетний клинический опыт лечения различных нозологических форм заболеваний в способе ИВТ.

Особого внимания заслуживает медицинская технология в части ее широкого применения, как по возрасту, так и по классам заболеваний.

Радиофизические свойства аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН обеспечивают их безвредность и возможность применения медицинской технологии не только взрослыми, но и детьми любого возраста, а также беременными женщинами.

Медицинская технология за более чем 15 лет исследований авторами методологически разработана, по результатам ее применения изданы пособия для подготовки врачей, библиография опубликованных работ более сотни.

Программа по изучению технологии легко усваивается врачами всех специализаций, авторами подготовлено более 600 специалистов.

Применение лечебно-диагностического комплекса КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ разрешено Минздравом РФ, изделия медицинской техники («АИСЛИДО», МИНИТАГ и КАМЕРТОН) серийно выпускаются в ЗАО НЦИМ «ЛИДО».

СOLIDное научное обоснование и практический опыт применения медицинской технологии Лечебно-диагностический комплекс КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ дают основание рекомендовать к утверждению и включению в Реестр медицинских технологий Росздравнадзора.

Руководитель кардиологического Центра
Федерального Медикобиологического Агентства
д.м.н., профессор,
И.Н. Возовиков
Октябрь 2006 г.

Предлагаемая технология применения анализатора-индикатора миллиметровых сигналов с БАТ предназначена для диагностики функциональных нарушений путем исследования структуры сигналов, излучаемых органами и системами человека с целью определения отклонений от относительной нормы (информационного гомеостаза). Она позволяет уточнять характер нарушений, детализировать и корректировать способы диагностики и коррекции функциональных нарушений на донозологическом уровне. Технология базируется на достаточных по объему клинических и лабораторных методах исследования, научно доказывающих высокую эффективность применения данной оригинальной технологии в программах лечения и медицинской реабилитации больных.

Показаниями для применения предложенной технологии являются доклинические нарушения в состоянии здоровья, определение критериев физического здоровья, оценка результатов эффективности применения способов лечения.

Существенным фактом является то, что указанная технология включает аппараты «Минитаг» и «Камертон» для информационно-волновой терапии и может быть с успехом использована в комплексном восстановительном лечении у больных, страдающих различными хроническими заболеваниями. В результате неспецифического воздействия восстанавливается структура нарушенного информационного сигнала в органах и системах организма, снижается влияние патогенных факторов.

Анализ результатов по оценке эффективности применения технологии свидетельствует о том, что случаев обострения заболеваний и ухудшения самочувствия пациентов не было отмечено.

В качестве незначительного замечания следует отметить, что для большей объективизации клинической значимости технологии следовало оценить ее эффективность не только по данным радиоволновой экспресс-диагностики, но и по показателям традиционных инструментальных методов функциональной диагностики.

Внедрение новой технологии восстановительной медицины будет иметь и значительные социально-экономические результаты, так как диагностика и коррекция донозологических (функциональных) нарушений является одной из ведущих причин временной нетрудоспособности.

Все вышеизложенное позволяет рекомендовать предложенную технологию для регистрации в Росздравнадзоре.

Заместитель директора
ФГУ «РНЦ ВМ и К» Росздрава
по региональным программам
доктор медицинских наук, профессор,
А.В. Шакула
декабрь 2006 г.

ОСНОВЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ РАДИОВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ

Сегодня происходит значительное ухудшение состояния здоровья населения России. Над решением этой серьезной проблемы разрозненно работают сотни диагностических и оздоровительных методов, описано более тысячи диагнозов, в противоборстве на линии оздоровления десятки профессий: врачи, психологи, инженеры, биологи, знахари и прочие «примкнувшие», которые подчас, не понимая основ здоровья, только обостряют противоречие. Увы, на сегодняшнем этапе развития медицины и биологии отсутствует возможность создания полной модели организма человека и происходящих в нем нарушений, это и сдерживает применение специфической органной терапии.

Учеными Научного центра информационной медицины «ЛИДО» удалось выделить, измерить и расшифровать диагностическое информационное содержание сигналов, объективно излучаемых человеком и его органами. Выявлен ряд зон и точек на коже человека, излучающих наиболее информативные и устойчивые сигналы. Доказано, что сигналы здоровых людей практически идентичны, информационное содержание сигналов органов и систем, имеющих отклонения от физиологической нормы, существенно различаются. Эти отклонения и указывают на нарушение метаболизма в органе.

Мотивом для реализации предлагаемого метода явилась высокая эффективность действия электромагнитных излучений миллиметрового диапазона длин волн на живые организмы в период нарушения их нормального функционирования*. В основе данного метода лежит взаимодействие электромагнитных излучений миллиметрового, инфракрасного и видимого диапазонов длин волн низкой интенсивности, модулированных информационными сигналами инфранизких частот, полученных в свою очередь от заведомо здоровых структур организма человека и реализуемых генерирующими устройствами в аппаратах МИНИТАГ и КАМЕРТОН.

Исследованиями авторов установлено, что электромагнитное излучение лечебных аппаратов взаимодействует с биологическими информационными структурами организма на атомарном и молекулярном, клеточном и органном уровнях, что подтвердило наличие в организме информационных каналов взаимодействия электромагнитных излучений с биологическими системами.

Биологические эффекты, возникающие в результате такого взаимодействия, оказались физиологически направленными и позитивными в плане оздоровления любого органа или системы.

В основе лечения методом информационной радиоволновой терапии (ИВТ) лежит научно обоснованная гипотеза о том, что клетки, работающие в режиме с нормальными уровнями метаболизма, воздействию электромагнитных волн миллиметрового диапазона не поддаются. В большом организме, когда в отдельных органах метаболизм более или менее обширных клеточных ансамблей нарушен, возможность коррекции этих нарушений определяется путем нормализации их амплитудно-частотной структуры информационным сигналом, «заданным» в лечебных аппаратах МИНИТАГ и КАМЕРТОН**.

По сути дела, речь идет об автономной коррекции информационных сигналов, измененных патологическим процессом в клетках. Направлена такая коррекция на нормализацию систем управления, а через нее – и на коррекцию нарушений метаболизма.

Таким образом, вступает в действие известный в клеточной биологии механизм «обратной связи» электрофизиологических и метаболических процессов. При указанном режиме воздействия сигналом от аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН на измененные клетки, живые белки на основе свойственной им механизмам «молекулярной памяти», сами находят исходный функциональный режим. Используя возможности электромагнитного резонанса, они «встраивают» этот режим в свой микроволновый спектр, восстанавливая тем самым нарушенный **информационный гомеостаз и процессы саморегуляции.**

Термин «**информационный гомеостаз**»*, впервые предложенный и обоснованный А.Е. Бессоновым, весьма перспективен для дальнейшей разработки теоретических основ информационной медицины.

Каким же образом достигается передача нормализующих информационных радиоволновых сигналов на пораженный орган или систему организма? В методе ИВТ применяется традиционный

опыт, ставший ныне ведущим в классической рефлексотерапии. «Входными воротами» в информационные зоны пораженных органов служат известные в восточной медицине биологически активные точки и биологически активные зоны. При этом принимается во внимание не только органная адресация данной точки, но также используемая в рефлексотерапии ее функциональная характеристика как анальгезирующая, седативная или коммуникационная. Опыт клинического применения ИВТ при различных заболеваниях позволил достаточно методично разработать не только органную, но и нозологическую семиотику входных зон на коже человека с учетом как местных, так и общих механизмов их патогенеза. Эти данные по сути дела и составляют главный материал и существенное содержание нозологических «программ-рецептов» ИВТ, тщательно систематизированных по главным формам патологии. В методике обобщен накопленный за годы работы значительный опыт авторов и руководимых ими коллективов в стационарном, амбулаторном и домашнем лечении различных заболеваний.

В методе ИВТ применен новый информационный подход к коррекции общих клеточных механизмов патогенеза. Данная терапия обладает широким диапазоном действия и эффективна только тогда, когда коррекция клеточного метаболизма посредством воздействия на информационный гомеостаз клеточных мембран еще возможна. Поэтому метод ИВТ, как и другие методы лечения имеет свои возможности, а значит, и ограничения.

Существование информационных сигналов и каналов, информационного гомеостаза и процессов саморегуляции подтвердили результаты, полученные в клинике при использовании диагностического комплекса «АИС ЛИДО». Комплекс позволил впервые расшифровать и систематизировать сигналы как от биологически активных точек известных «выходных каналов» органов и систем, так и с зоны болевой иррадиации на коже человека. Таким образом, при диагностическом обследовании пациент получает достоверную «карту» своего информационного гомеостаза применительно ко всем главным органам и функциональным системам организма. Особенно перспективными являются при этом возможности **объективного** «слежения» за динамикой выздоровления больных при проведении лечебных курсов ИВТ.

Описание метода. Теоретическую основу метода ИВТ составляет биологически обратная связь, реализованная во взаимодействии электромагнитных излучений в миллиметровом, инфракрасном и видимом диапазонах, модулированных информационными сигналами инфранизких частот, идентичных сигналам здоровых органов с биологическими структурами организма человека, с их информационными сигналами на молекулярном, клеточном и органном уровнях.

Сущность метода. В основе метода ИВТ лежат результаты теоретических, клинико-экспериментальных исследований авторов по изучению:

- системы обеспечения информационного гомеостаза человека;
- информационного влияния электромагнитного излучения миллиметрового, инфракрасного и видимого диапазонов на функционирование живых организмов;
- механизмов взаимодействия электромагнитного излучения миллиметрового диапазона с живыми организмами;
- условий, обеспечивающих максимальную эффективность ИВТ.

С точки зрения химической биофизики информационный гомеостаз – это состояние, при котором все процессы, ответственные за энергетические превращения на клеточном уровне, находятся в динамическом равновесии.

С позиций радиофизики информационный гомеостаз рассматривается как состояние нормально функционирующей клетки, при котором влияние внешней силы минимально, т.е. **нормально функционирующая клетка** (иными словами, клетка – это одновременно и приемник, и передатчик) **практически не реагирует на действие небольшой внешней силы**. Это состояние наиболее устойчиво и соответствует физиологическому оптимуму. Те же энзиматические взрывы, но «неправильные» (усиленные, ослабленные, неритмичные), становятся первопричиной изменения амплитудно-частотной структуры поля и вырабатываемых клеткой сигналов и, как следствие, нарушения информационного гомеостаза.

Незначительная энергия электромагнитного излучения в аппарате для ИВТ всегда вызывает клинический эффект в нарушенных функциональных системах организма. Специфика этого влияния и высокая воспроизводимость результатов позволили предположить, что сигналы

электромагнитного излучения вырабатываются и используются в определенных целях самим организмом, а внешнее излучение лишь имитирует их.

Отмеченные закономерности воздействия на живые организмы электромагнитного излучения миллиметрового, инфракрасного и части видимого диапазонов волн нетепловой интенсивности объясняются тем, что эти излучения имеют в своем составе информационные сигналы, которые, проникая в организм, начинают управлять восстановительными или приспособительными процессами.

Действие электромагнитного излучения решающим образом зависит от исходного состояния организма. Если какая-то функция организма ослаблена и не соответствует норме, то при помощи радиосигналов (радиоизлучения) ее можно восстановить. При этом на другие функции здорового организма то же самое излучение практически не действует. Это объясняется тем, что информационные сигналы направлены только на поддержание информационного гомеостаза.

В основе клинического применения метода ИВТ лежит возможность нормализации разбалансированного информационного гомеостаза в организме человека с учетом стадии стресса через восстановление нарушенной структуры информационных сигналов, которые вырабатываются в клетках, органах и в организме в целом.

Принципиальным отличием метода ИВТ от других аналогичных является то, что на живой организм направлена не часть, а весь миллиметровый, инфракрасный и некоторая доля видимого диапазонов волн. Причем уровень излучаемой мощности используемых аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН в каждой частотной точке миллиметрового диапазона не превышает 1 мкВт, т.е. применяется электромагнитное излучение низкой мощности. В широком спектре излучения присутствуют все (или почти все) колебания с наложенной на них физиологически значимой информацией, необходимые для восстановления информационного гомеостаза в пораженных органах и системах, что и сыграло чрезвычайно важную роль в разработке системы лечения.

Показания к применению. Метод ИВТ в силу своего неспецифического действия рекомендуется к применению на всех уровнях нарушения гомеостаза:

- в качестве профилактики для устранения факторов риска;
- для лечения заболеваний органов и систем;
- на стадии реабилитации при хроническом течении болезни.

Клинические варианты течения болезни, стадия ее развития, многообразие причин патологии корректируются методиками ИВТ в виде монотерапии конкретных заболеваний, а также различными методами лечения в специализированных лечебно-профилактических учреждениях при сочетанных вариантах применения ИВТ.

Применение ИВТ сочетается со всеми существующими методами диагностики, лечения и реабилитации.

Результаты испытаний ИВТ показали высокую эффективность в клинике:

- болезней эндокринной системы, расстройств органов пищеварения и обмена веществ;
- психических расстройств и расстройств поведения;
- болезней нервной системы;
- болезней глаза и его придаточного аппарата;
- болезней уха;
- болезней органов кровообращения и крови;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- болезней кожи и подкожной клетчатки;
- болезней костно-мышечной системы и зубов;
- болезней мочеполовой системы;
- болезней, сопровождающих беременность;
- детских болезней.

Противопоказания к применению ИВТ как монотерапии:

- боли, указывающие на необходимость срочного оперативного вмешательства;
- злокачественные новообразования (до уточнения диагноза);

- острые нарушения мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, венозные тромбозы и эмболии в остром, реанимационном периоде;
- состояния психического возбуждения;
- наличие высокой температуры неясной этиологии;
- особо опасные инфекционные и грибковые заболевания (до уточнения диагноза).

Результаты неспецифического воздействия ИВТ:

- восстанавливается структура нарушенного информационного сигнала в органах и системах;
- снижаются или прекращаются действия патогенного фактора на всех уровнях протекания реакций;
- снижается риск развития болезни;
- устраняются вторичные факторы развития болезни;
- нормализуются физиологические функции в организме.

Условия проведения ИВТ. Лечебный процесс в методе ИВТ организуется следующим образом:

- определяется программа лечения и выбирается перечень зон воздействия для данной процедуры, делается запись в медицинскую карту (более достоверную программу лечения дает способ информационной радиоволновой диагностики в лечебно-диагностическом комплексе «КАМЕРТОН ЗДОРОВЬЯ» и Центрах информационной медицины;
- пациент располагается в кресле (на кушетке) в удобной для него позе;
- блок питания аппарата включается в сеть переменного тока напряжением 220 Вт (свечение индикатора и излучателя свидетельствуют о готовности аппарата к работе);
- конец излучателя аппарата подводится к выбранной зоне воздействия; излучатель располагается перпендикулярно открытому участку кожи (допускается воздействие через сухую гипсовую повязку и одежду);
- фиксация аппарата над зоной воздействия осуществляется пациентом, оператором или с помощью специального устройства;
- по истечении рекомендованного времени воздействия переходят к следующей зоне.

Проведение лечебных процедур (сеансов). Длительность сеанса регламентируется целями воздействия. При применении метода ИВТ с целью устранения симптомов острого заболевания воздействие на зону осуществляется в течение 3–5 минут (до снятия симптомов функционального расстройства: головная боль, усталость, боль в области сердца).

При применении ИВТ для лечения и реабилитации:

- задействуют 4–6 биологически активных точки, а также местные зоны иррадиации болей;
- длительность одной процедуры для взрослых пациентов составляет 20–35 минут, для детей до 3-х лет – 15–20 минут;
- воздействие на одну зону продолжается от 3 до 5 минут;
- продолжительность сеанса при воздействии только на одну зону составляет не более 20 минут.
- курс лечения и реабилитации состоит из 7–10 ежедневных сеансов;
- срок лечения хронических болезней продлевается до 4 недель (при необходимости и более) за счет увеличения перерыва (2–3 дня) между сеансами;
- курс противорецидивного лечения – 5–6 процедур (сеансов).

Основным критерием правильного подбора зон для терапии (при отсутствии возможности исследования информационного гомеостаза) является возникновение сенсорной реакции: ощущение приятного тепла, сонливости, состояние психоэмоционального комфорта, уменьшение болевого синдрома или полное его исчезновение.

Поскольку все пациенты хорошо переносят воздействие электромагнитного излучения, то пробу на переносимость не проводят.

После окончания процедуры пациенту рекомендован отдых в течение 15–20 минут.

Следует особо отметить, что вредного воздействия от аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН не выявлено.

Возможные осложнения в процессе применения ИВТ, способы их профилактики и купирования. Информационная радиоволновая терапия по характеру взаимодействия с органами и системами

относится к методам неспецифического воздействия. Клинический отклик «регистрируется» во всех органах и системах одновременно. Одним из ранних эффектов ИВТ является «отторжение» продуктов метаболизма из тканей органов, их консолидация на этапах эвакуации в соответствующих органах выведения. Это обстоятельство следует иметь в виду при появлении изменений в симптоматике в этих органах (кожа, слизистая кишечника, почки, легкие и др.).

Профилактика «осложнений» осуществляется с помощью методики проведения лечебных процедур.

В случае появления «новой» симптоматики необходимо увеличить количество процедур в первые 2–3 дня лечения, осуществить коррекцию зон для терапии; отмена процедур ИВТ не предусматривается (целесообразно получить консультацию специалиста).

Эффективность использования метода. Изучение клинической эффективности метода ИВТ по купированию вертеброгенных болевых синдромов с помощью аппарата **МИНИТАГ** проводилось в НИИ ТМЛ МЗ РФ в период с 1993 по 1999 гг.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях метод ИВТ применялся на 19 535 пациентах; 88% из них пролечено безмедикаментозно; в сочетанном варианте: 1039 – в стационарах и 106 – в санатории.

Результаты клинического применения ИВТ в поликлиниках прослежены у 19 535 пациентов, среди которых женщин – 66,22% (12 936), мужчин – 33,78% (6599).

Возрастной состав лечившихся: до 20 лет – 7,35% (1436), 21–30 лет – 12,34% (2411), 31–40 лет – 24,92% (4868), 41–50 лет – 37,12 (7251), 51–60 лет – 14,14% (2762), 61–70 лет – 3,46% (676), старше 70 лет – 0,67% (131).

Наибольший процент лечившихся: пациенты с болезнями органов кровообращения – 26,8% (5235), болезнями костно-мышечной системы – 26,2% (5118), болезнями органов пищеварения – 15,9% (3106), болезнями нервной системы – 6,71% (1311).

Результаты лечения изучены у всех 19 535 больных и оценивались по общепринятой схеме: выздоровление, значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение.

В целом позитивные (выздоровление, значительное улучшение, улучшение) результаты безмедикаментозного применения информационной радиоволновой терапии в поликлинических условиях составляют 96,94% и только в 3,06% случаев терапевтического эффекта не достигнуто, причем ухудшение состояния или течения заболевания не имело места ни разу.

Высокие показатели лечения прослеживаются и по классам заболеваний. Так, среди пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы положительный эффект получен у 98,4% лечившихся, органов пищеварения – у 97,55%, органов дыхания – у 91,1%, ЛОР-органов – у 100%, болезней нервной системы – у 99,6%, болезней органов кровообращения – у 97,31%, болезней кожи – у 96,97%.

Высокая эффективность информационной радиоволновой терапии отмечена и при отдельных ведущих нозологических единицах, хотя здесь выявлены определенные различия, связанные с этиопатогенезом, уровнем и стадией болезни, уровнем функциональных нарушений в органе, системе.

Среди заболеваний костно-мышечной системы наибольший успех наблюдался при лечении миозита и люмбаго (100%) и меньший – остеохондроза (98,86%) и деформирующего артроза (96,55%). Среди болезней органов пищеварения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки эффект оказался ниже (98,6%), чем при хроническом гастрите (99%) и остром гастрите (100%).

Среди заболеваний органов дыхания результаты лечения при хроническом бронхите выше (93,9%), чем при бронхиальной астме (90,76%).

Процесс лечения методом ИВТ сопровождается проявлением сенсорных реакций общего и местного характера. Первые отмечались эмоциональным подъемом, приливом сил, комфортным возбуждением или расслабленностью, всегда купировалась тревога, нормализовались сон, артериальное давление и частота пульса.

Вторые, как правило, проявлялись на коже в месте воздействия или в области проекции больного органа: возникали ощущения тепла, легкого покалывания, парестезии, исчезали боли.

При применении информационно-волновой терапии улучшение наступало в 1,5–2 раза быстрее, нежели при других методах лечения (так, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

кишки рубец образуется на 7–10 сутки, в то время как при медикаментозном лечении – на 14–21 день).

В период лечения любого заболевания отмечалась тенденция к нормализации количественных и качественных показателей функционирования системы иммунитета и усиление активности лейкоцитов. Восстанавливалось соотношение регуляторных субпопуляций лимфоцитов (нормализация Т-лимфоцитов не влияет на количество В-лимфоцитов). Уменьшалась или совсем исчезала боль, увеличивался кровоток в зоне поражения. С первых минут сеанса начинала восстанавливаться микроциркуляция, о чем свидетельствовало исчезновение отека, увеличение функциональных капилляров, нормализация калибра и соотношения диаметров микрогемососудов. Усиление клеточного дыхания и липидного обмена оказывали благоприятное действие на метаболизм миокарда. Стимулировались адаптационные реакции в организме пациента, что проявлялось в снижении частоты реакции «стресса» при одновременном увеличении у больных частоты реакции «повышенной активации» организма.

Дезинтоксикационный характер ИВТ позволил рекомендовать данный способ при химио- и радиотерапии онкобольных, а также в лечении алкоголизма, наркомании, острых и хронических отравлений химическими веществами и медикаментами.

Полученные клинические эффекты дают возможность применения ИВТ для подготовки организма человека к последующим неблагоприятным воздействиям стресса или экологического прессинга, в виде, например, токсических медикаментов, ионизирующей радиации и др.

Особо следует отметить эффективность применения метода ИВТ в клинике хирургических заболеваний. Клинические наблюдения были проведены в условиях стационара у трех групп больных:

- с гнойными ранами (после вскрытия флегмон, абсцессов, фурункулов, эпителиальных копчиковых ходов, после операций по поводу парапроктита) – 50 человек;
- после чистых хирургических операций – 30 человек;
- с трофическими язвами сосудистого генеза – 28 человек.

При применении метода ИВТ отмечалось следующее:

- снижение температуры тела после первой процедуры;
- уменьшение или исчезновение болевого синдрома в операционной ране после первой процедуры (обезболивающий период сохранялся 3–4 часа, в последующем этот период увеличивался);
- уменьшение или исчезновение отека тканей, что способствовало ускорению восстановительных процессов;
- очищение раны в более короткие, чем при других методах физиотерапии, сроки (отторжение гнойной корки в первые 3 дня);
- ускоренный рост грануляций и заживление раны изнутри, что исключало образование свищей;
- отсутствие (после 5–6 процедур) патологической аэробной флоры при контрольных посевах содержимого гнойной раны (при воздействии на открытую рану – эффект выше);
- отсутствие гнойных септических осложнений, перистальтика кишечника наступала через сутки после операции, т.е. раньше на двое суток;
- ускорение лечебного эффекта во всех фазах раневого процесса (в 1,5–2 раза) позволило применить информационную радиоволновую терапию на всех этапах хирургической помощи.

В результате снизился риск оперативного вмешательства, сократились сроки лечения повреждений кожи, мягких и костных тканей, в том числе осложненных гнойным процессом.

Метод информационной радиоволновой терапии применим на всех уровнях нарушений гомеостаза. Он устраняет причины, вызывающие то или иное заболевание, оказывает целевое воздействие на пораженный орган, а также позитивно влияет на весь организм в целом. Кроме того, восстанавливает нарушенные функции иммунной системы, снимает чувство тревоги, поднимает настроение пациентов, устраняет психоэмоциональную неустойчивость.

Во всех случаях клинических наблюдений отмечалась общая закономерность:

- нормализовалась первоначальная функция во всех системах и не зарегистрировано ни одного случая вредного воздействия;
- консолидация нежизнеспособных тканей, клеток, продуктов распада и обмена и удаление их из организма;

• полученные клинические эффекты находились в определенной зависимости от стадии развития синдрома, болезни и силы стресса. Поэтому при заболеваниях первой стадии отмечалась более высокая эффективность лечения и часто констатировалось выздоровление, во второй стадии отмечалось значительное улучшение, а в третьей стадии, характеризующейся процессами истощения и дегенерации, выраженного терапевтического эффекта не наступало. Поэтому информационно-волновая терапия в третьей стадии развития болезни рекомендуется в качестве сочетанного метода лечения.

Основные условия, обеспечивающие максимальную эффективность ИВТ. В период клинических испытаний метода ИВТ были изучены как отдаленные, так и более ранние результаты в условиях многопрофильной поликлиники и дневного стационара.

Отмечена высокая эффективность – 90% (+9,9%; –2,5%), не имеющая больших различий по нозологии и классам заболеваний.

Высокие результаты клинических показателей метода ИВТ обусловлены:

- свойствами генерируемых в аппаратах МИНИТАГ и КАМЕРТОН модуляционных сигналов;
- механизмом взаимодействия информационных сигналов низкой интенсивности с живыми объектами;

- доступностью метода широкому кругу пользователей;

- специфическими эффектами;

- комплексным подходом к организму, как к единому целому.

Метод ИВТ применим для лечения широко распространенных заболеваний.

По результатам эффективности ИВТ, следует выделить ее особенные свойства:

- обладает полилечебным эффектом: при лечении одного заболевания излечиваются и другие;
- предупреждает развитие заболеваний и переход острых в хронические, осложнения после оперативных вмешательств и медикаментозных средств;
- обеспечивает формирование молодого организма, сдерживает процесс старения, увеличивает продолжительность активной жизни человека;
- повышает неспецифическую резистентность (сопротивляемость) организма к различным заболеваниям, воздействию на организм человека неблагоприятных условий труда и внешней среды, в т.ч. радиоактивными веществами;
- снижает риск онкозаболеваний и развитие метастазов в послеоперационном периоде;
- повышает эффективность лечения онкологических больных, перенесших оперативное вмешательство, радио- и химиотерапию;
- повышает эффективность лекарственных средств, снижает их токсичность и расход;
- повышает умственную и физическую активность;
- нормализует метаболические процессы в организме, что улучшает показатели гомеостаза больных;
- стимулирует пролиферативную активность костного мозга, что улучшает все показатели состава и реологические параметры гемодинамики крови и повышает иммунитет организма;
- сокращает сроки и повышает качество лечения больных с церебральными нарушениями гемодинамики, в частности ишемическими и геморрагическими инсультами и инфарктами головного мозга;
- нормализует функции гипоталамо-гипофизарной системы, что устраняет эндокринные нарушения в организме и отклонения в функционировании внутренних органов;
- значительно ускоряет лечение больных, перенесших сложную хирургическую операцию с большой потерей крови;
- обеспечивает высокую эффективность лечения ожоговых больных с поражением кожной поверхности до 20%.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ МЕТОДИЧЕСКИМ ПОСОБИЕМ

ВАЖНО!

Для успешного лечения диагноз должен быть установлен врачом.

В случаях, когда у пациента определено несколько диагнозов, лечение проводить последовательно курсами для каждого.

Ознакомьтесь с инструкцией по применению аппарата.

Если в рецепте нет дополнительных указаний, то применять зону для терапии можно как на правой, так и, симметрично, на левой стороне тела человека.

В этом разделе мы научим Вас быстро и точно ориентироваться в рекомендациях по применению аппарата. Покажем, как найти нужный диагноз и выполнить рецепт лечения, а также как пользоваться иллюстрациями.

Алфавитный указатель содержит наименования более 350 диагнозов и синдромов с указанием номеров страниц Методического пособия. Например, диагноз «фарингит» находится на странице 180 (Глава 7. Болезни органов дыхания). На этой странице приведено краткое описание клиники болезни и рецепт лечения. Рецепт, в свою очередь, состоит из процедур с указанием соответствующих диагнозу зон для терапии и рекомендаций по воздействию на них.

• Процедура

Процедура – время, за которое Вы воздействуете на указанное в рецепте количество зон для терапии.

• Зона для терапии

С этим термином Вы будете встречаться каждый раз при обращении за помощью к аппарату. Для успешного лечения очень важно верно определить ее местонахождение. Поскольку сами зоны имеют при заболевании диаметр 10 мм и более – их точное расположение с помощью иллюстраций определить несложно.

• Как найти зоны для терапии

В Методическом пособии имеются цветные иллюстрации фрагментов тела человека. Зона для терапии обозначена двумя цифрами. Первая цифра указывает на номер листа иллюстрации, вторая цифра – на зону для терапии.

В примере с диагнозом «фарингит» зоны для терапии следующие:

2-4(VC-23) **16-1**(E-36) **11-4**(GI-4) **1-8**(GI-20)

11-5(IG-2) **8-1**(VG-14) **12-5**(P-7)

Итак, чтобы найти зону для терапии **2-4**(VC-23), откройте лист 2 и найдите на изображении слева зону 2-4; на правой стороне – описание ее местонахождения.

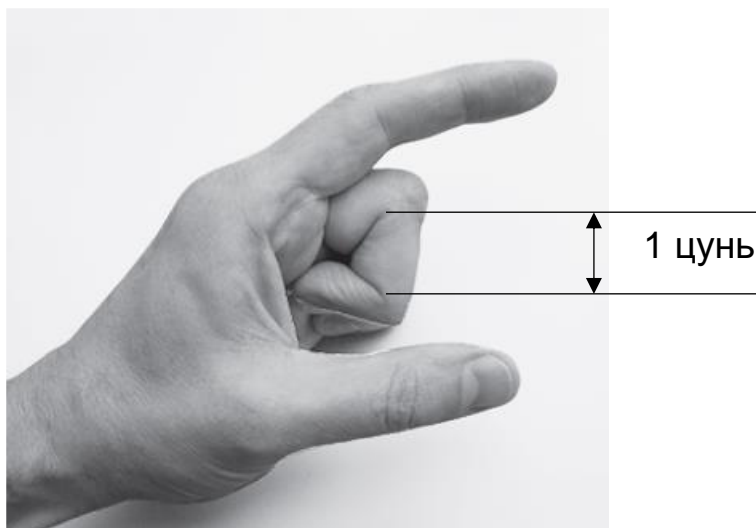
Чтобы найти зону для терапии **16-1**(E-36), откройте лист 16 и найдите на изображении слева зону 16-1; на правой стороне – описание ее местонахождения и так далее.

Таким же образом зоны для терапии определяются при других диагнозах, а также, дополнительно, для сопутствующих жалоб (синдромов и симптомов).

• Как пользоваться описанием местонахождения зон для терапии

Для удобства в иллюстрациях приведены описания расположения зон для терапии. Кроме привычных нам расстояний, указанных в миллиметрах, использована традиционная китайская единица измерения длины – цунь, иногда называемая «китайским дюймом». Люди индивидуальны, а значит – неповторимы, поэтому использовать будем только собственный (индивидуальный) цунь.

• **Цунь** – расстояние между углами кожных складок, соответствующими второй фаланге согнутого среднего пальца руки: правой – для женщин и левой – для мужчин. Необходимо подчеркнуть, что в любом случае речь может идти только о цуне, определяемом именно по Вашей руке, но никак не по руке другого человека.



В комплекте с аппаратом есть линейки. Напишите на них имена Ваших близких. Таким образом, каждый член семьи будет иметь индивидуальную линейку. Измерьте длину цуня. Например, его длина равна 22 мм. На обратной стороне индивидуальной линейки отмечаем расстояния с шагом в полцуня. Это значит, что в Вашем случае 0,5 цуня – 11 мм; 1 цунь – 22 мм; 1,5 цуня – 33 мм; 2 цуня – 44 мм; 2,5 цуня – 55 мм; 3 цуня – 66 мм и так далее. Вся процедура займет не более 5 минут.

Если индивидуальный цунь ребенка равен, например, 10 мм, то и расстояния на его индивидуальной линейке будут другими, но принцип расчета останется прежним. Следует помнить, что дети растут и длина цуня меняется. Поэтому периодически следует вносить коррективы.

Для определения расстояний пользуйтесь полученной линейкой. Ничего сложного здесь нет. Вы свободно овладеете методом определения зон для терапии уже на второй процедуре.

• Еще о способах определения зон для терапии

Для простоты определения расстояний на теле можно использовать сложенные вместе пальцы рук. Например, расстояние между внешней стороной мизинца и внешней стороной указательного пальца может совпасть и быть равным Вашим 3 цуням; расстояние между внешней стороной указательного и внешней стороной безымянного пальца может совпасть и быть равным Вашим 2 цуням. Проведите другие сравнения и пользуйтесь любым удобным для Вас способом определения зон для терапии.

Обратите внимание на изображения и рисунки на листах 20–22 цветных иллюстраций. В некоторых случаях они могут быть Вам очень полезны.

• Для справки

При определении зон для терапии по анатомическим ориентирам (см. листы 20, 21, 22) используют костные выступы, линии роста волос, ногтевые ложа, соски, пупок, складки, углубления на коже и др. При надавливании на зону для терапии почти всегда можно почувствовать уплотнение, пустоту, эффект «мыльной кожи», «электрический укол», также могут появиться специфические ощущения болезненности, онемения, ломоты и др.

• Как чередовать зоны для терапии в процессе курса лечения

Приведем пример, который в большинстве диагнозов показывает систему чередования зон воздействия в процессе курса лечения.

Мигрень

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева,
3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 12-7(C-5) 11-4(GI-4)
16-1(E-36) 12-4(MC-6) 15-1(RP-6) справа
и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе курса лечения. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения до полного выздоровления.

В первый день курса лечения выберите из рецепта подряд первые 5–6 зон воздействия. На второй день возьмите следующие 5–6 зон воздействия и так далее (в этом диагнозе Вы возьмете оставшиеся 3–4 зоны и вернетесь к первым по списку зонам для терапии уже на второй день).

Например

- первый день курса лечения: **3-1, 4-3** справа и слева, **3-6, 3-5, 12-7**
- второй день курса лечения: **11-4, 16-1, 12-4, 15-1** справа и слева, **3-1, 4-3** справа и слева
- третий день курса лечения: **3-6, 3-5, 12-7, 11-4, 16-1, 12-4**
и далее по такой же схеме чередования согласно курсу лечения.

ВАЖНО!

- Выпишите интересующие Вас диагнозы и зоны для терапии и пользуйтесь цветными иллюстрациями. Для удобства рекомендуем записывать схемы чередования зон для терапии.
- В Методическом пособии приведены таблицы соответствия используемых зон для терапии принятым в медицине обозначениям биологически активных точек (БАТ) на классических меридианах.
- Более подробную информацию можно получить на сайте www.lido.msk.ru, или www.lido.su или задать свои вопросы по электронной почте scimlido@mail.ru.

Глава 1

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Нормальное функционирование органов нашего тела основано на том, что они должны потреблять одни вещества для выработки других, необходимых организму. Для решения этой задачи существует система внутреннего контроля и регулирования – гормональная или эндокринная система.

Гормоны, выделяемые в кровь, исполняют роль химических агентов, несущих физиологически значимые сигналы, и тем самым обеспечивают третий (нейрогуморальный) уровень регулирования систем управления в целостном организме. Железы, вырабатывающие гормоны, называют железамы внутренней секреции, эндокринными железами: у них нет выводяных путей и они выделяют свой секрет в межклеточное пространство, где его подхватывает кровь и переносит в другие части организма. Самые главные из них – **гипоталамус, гипофиз, щитовидная железа, околощитовидные железы, поджелудочная железа, надпочечники и половые железы, хотя имеются и другие, такие как эпифиз и тимус**, действие которых до настоящего времени полностью не изучено.

Есть также железы другого вида (потовые, слюнные, слезные и др.), являющиеся экзокринными, т.е. внешней секреции, так как они не выделяют свои продукты в кровотоки.

Гипоталамус – это орган головного мозга, который, наподобие диспетчерской, дает распоряжения по выработке и распределению гормонов в нужном количестве и в нужное время. Если сравнить функции гипоталамуса с социальным устройством, то центральная нервная система является президентом, а гипоталамические структуры мозга – кабинетом министров, которые вершат всю внутреннюю политику, обеспечивая жизнедеятельность организма в режиме биоавтомата. От правильной функции гипоталамуса зависит не только деятельность всей подчиненной эндокринной цепочки, но и функция иммунной системы, а также эмоциональное поведение человека, его склонности и интересы. К сожалению, в классической медицине отсутствуют методы оценки функции гипоталамуса. И только информационная радиоволновая диагностика «АИС-ЛИДО» способна в течение одной минуты оценить способности клеточного ансамбля гипоталамических структур к гармоничной деятельности.

Гипофиз – железа, расположенная в основании черепа, выделяющая большое количество трофических гормонов – тех, которые стимулируют секрецию других эндокринных желез.

Щитовидная железа, околощитовидные железы – щитовидная железа, расположенная в передней части шеи, секретирует три гормона. К ней примыкают четыре небольшие околощитовидные железы, участвующие в обмене кальция.

Поджелудочная железа – этот орган является одновременно экзокринным и эндокринным. Как эндокринный, он вырабатывает два гормона – инсулин и глюкагон, регулирующие обмен углеводов.

Надпочечники – представляют собой две небольшие железы, расположенные по одной над каждой почкой и состоящие из двух самостоятельных частей – коры и мозгового вещества.

Половые железы – половые железы (яичники у женщин и яички у мужчин) вырабатывают половые клетки и другие основные гормоны, участвующие в репродуктивной функции.

Заболевания эндокринной системы в целом в настоящее время относятся к процессам, имеющим психосоматическую природу. Другими словами, психо-эмоциональные перегрузки, длительные стрессы приводят к нарушению информационного гомеостаза, а затем к истощению нервной системы, под управлением которой находится эндокринная система. В результате нарушенного управления эндокринная система переходит в режим автономного, а значит, не всегда адекватного состоянию, функционирования, что и приводит вначале к функциональным, т.е. обратимым изменениям деятельности эндокринной системы, а затем и к более грубым, органическим изменениям.

Во всех случаях любое заболевание эндокринной системы требует тщательного исследования причин его появления, т.е. не только консультации эндокринолога, как это чаще всего происходит, а консультации врача информационной медицины, который способен смотреть на всю ситуацию в

целом и обладает диагностической информацииметрической технологией «АИС-ЛИДО», позволяющей оценить состояние здоровья в целом и нервной, эндокринной систем в частности.

Наш опыт работы по применению метода информационной радиоволновой терапии с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН показывает, что заболевания эндокринной системы лечатся очень успешно в силу выявления первопричин этих расстройств и зачастую дают возможность снижения дозы и отмены гормональных препаратов. Эта ситуация кардинально меняет качество и длительность жизни пациентов в лучшую сторону.

1.1. Зоб диффузный токсический

Заболевание аутоиммунной природы, в основе которого лежит гиперфункция щитовидной железы, сопровождающаяся ее гиперплазией. К предрасполагающим факторам относятся:

- наследственность;
- очаги хронических инфекций;
- наличие других аутоиммунных заболеваний.

Многообразие клинических проявлений объясняется тем, что в патологический процесс вовлечены многие органы и системы. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, аритмия, увеличение пульсового давления.

Нарушения пищеварительной системы проявляются в виде диспептических расстройств, жировой дистрофии печени.

У многих больных имеются глазные симптомы: глаза широко раскрыты, блестят, наблюдается экзофтальм.

Поражение центральной нервной системы проявляется в эмоциональной лабильности, нарушении сна, головокружении.

Вовлечение в процесс других эндокринных желез сопровождается нарушением менструального цикла у женщин, снижением потенции у мужчин.

Лечение диффузного токсического зоба может быть консервативным (гормональная терапия, иммунокорректирующая терапии и др.) и хирургическим в случае неэффективности медикаментозной терапии.

Информационная радиоволновая терапия используется на всех стадиях болезни и при любом методе лечения.

При консервативном лечении в результате применения ИВТ может быть снижена доза гормональных препаратов и уменьшено их побочное действие.

При хирургическом методе лечения ИВТ может применяться в пред- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений (гипотиреоз, гипопаратиреоз, парез голосовых связок) и лечения в случае их возникновения.

В схему лечения необходимо включать зоны для терапии других органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Следует отметить более широкий спектр сенсорных ощущений у больных при лечении способом ИВТ. При появлении во время сеансов некомфортных ощущений прекращать лечение не следует. Они, как правило, быстро проходят. После лечения появляется расслабленность, сонливость, поэтому пациентам рекомендуются отдых и сон.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 4-7(TR-17) 4-3(TR-20)
2-6(E-10) справа и слева, 12-9(C-7)
12-2(MC-3) 5-1(VC-22) 16-5(F-2) 8-1(VG-14) 16-1(E-36) 6-9(E-12)**

Дополнительно

- при хриплом голосе **4-5(IG-19) 2-4(VC-23)**
- при сухом кашле **12-5(P-7) 5-5(VC-17)**
- при экзофтальме **1-4(V-1) 1-7(VB-1) 1-9(E-2) 1-6(E-1)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

1.2. Зоб простой нетоксический

Заболевание, сопровождающееся диффузным или узловым увеличением щитовидной железы у жителей местности, не относящейся к регионам зобной эндемии.

Факторы, способствующие развитию этого заболевания:

- генетические;
- средовые (дефицит белка в пищевом рационе; хронические отравления пестицидами; соединениями свинца, ртути и др.);
- эндогенные (беременность, климакс; хронические заболевания, стрессы).

В ранней стадии развития характерно отсутствие субъективных жалоб. При объективном осмотре отмечается диффузное увеличение щитовидной железы или наличие в ней узловых образований. В стадии развернутой клинической симптоматики при глотании возникает ощущение инородного тела, появляются зябкость, слабость, гипотермия, брадикардия, увеличивается масса тела.

Лечение консервативное (полноценная диета, синтетические гормоны щитовидной железы) и хирургическое (при прогрессирующем росте зоба, симптомах сдавления органов шеи и др.)

Информационная радиоволновая терапия рекомендована на всех стадиях проявления болезни и при любом методе лечения.

При консервативном лечении в результате применения ИВТ может быть снижена доза гормональных препаратов и уменьшено их побочное действие.

При хирургическом методе лечения ИВТ может применяться в пред- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений.

В схему лечения необходимо включать зоны для терапии на другие органы и системы, вовлеченные в патологический процесс.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) 10-5(GI-11) 4-3(TR-20) справа
и слева, **2-6(E-10) справа и слева, 16-5(F-2) 12-3(C-3) 5-1(VC-22) 3-1(VG-20) 12-9(C-7)**
12-8(C-6) 12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

1.3. Зоб эндемический

Увеличение щитовидной железы у значительного числа людей, проживающих в определенном географическом районе. Основной причиной заболевания является дефицит йода в почве, воде и пищевых продуктах. Также в развитии этого заболевания играют роль наследственные и иммунологические факторы, неполноценное питание.

По форме увеличения щитовидной железы различают зоб диффузный, узловой и диффузно-узловой.

По функциональному состоянию щитовидной железы принято выделять эутиреоидную и гипотиреоидную формы. Клиническая картина зависит от функционального состояния щитовидной железы.

В ранней стадии пациенты жалуются на слабость, утомляемость, головные боли, неприятные ощущения в области сердца. При развитии гипотиреоза – на апатию, заторможенность, прибавку в весе, брадикардию и другие симптомы гипотиреоза. Медикаментозная терапия зависит от степени увеличения зоба.

Лечение консервативное (препараты йода, синтетические тиреоидные гормоны) и хирургическое (при наличии узлов, быстрого роста зоба).

Информационно-волновая терапия используется на всех стадиях проявления болезни и при любом методе лечения.

При консервативном лечении в результате применения ИВТ может быть снижена доза гормональных препаратов и уменьшено их побочное действие.

При хирургическом методе лечения ИВТ может применяться в пред- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений.

В программу лечения необходимо включать зоны для терапии других органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Зоны для терапии 2-6(E-10) справа и слева, **5-1**(VC-22)

11-4(GI-4) **10-5**(GI-11) **12-9**(C-7) **3-1**(VG-20) **16-5**(F-2) **4-3**(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

1.4. Гипотиреозы

Группа заболеваний, которые обусловлены недостаточностью функции щитовидной железы. В зависимости от причины развития различают врожденные гипотиреозы (гипоплазия щитовидной железы, генетически обусловленное нарушение биосинтеза тиреоидных гормонов) и приобретенные гипотиреозы (рентгеноблучение щитовидной железы, эндемический зоб, прием некоторых лекарственных препаратов и др.)

В патологический процесс вовлечены все органы и системы, поэтому клинические проявления заболевания многообразны.

В начальной стадии немотивированное увеличение массы тела, сонливость в дневное время, сухость кожи, брадикардия, симптомы радикулита.

В стадии развернутой клинической симптоматики: ухудшение памяти, затруднение речи, одутловатость лица, холодная кожа, лимфостаз, поредение волос, офтальмопатия, артериальная гипотензия, анорексия, запоры.

Лечение консервативное (заместительная терапия тиреоидными гормонами, симптоматическая терапия).

ИВТ в начальной стадии болезни нормализует работу эндокринной системы, что позволяет не применять гормональные препараты.

В стадии развернутой клинической симптоматики в результате сочетания ИВТ с медикаментозной терапией можно добиться снижения доз гормональных препаратов и уменьшения их побочного действия.

Сенсорные реакции при гипотиреозе более слабо выражены, чем при других заболеваниях, у многих пациентов вообще могут отсутствовать.

После ИВТ дозы тиреоидных гормонов следует подбирать с учетом содержания их в крови и изменения функций щитовидной железы.

Зоны для терапии 11-7(TR-1) **4-3**(TR-20) **2-6**(E-10) справа

и слева, **16-1**(E-36) **11-4**(GI-4) **5-1**(VC-22)

7-3(VC-8) **11-2**(TR-5) **8-1**(VG-14)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно. Лечение длительное. В случаях осложненного течения болезни в программу лечения включать симптомы заболевания (например: брадикардия, радикулит, офтальмопатия и т.п.).

1.5. Аутоиммунный тиреоидит

Лимфоцитарный зоб Хасимото – аутоиммунное заболевание, являющееся наиболее частым из всех болезней щитовидной железы.

Иммунная система организма вырабатывает антитела к собственной щитовидной железе. Было установлено, что при этом заболевании выявляются антитела к тиреоглобулину и к пероксидазе щитовидной железы (микросомальному антигену). Аутоиммунный тиреоидит имеет тенденцию проявляться в виде семейных форм болезни.

В течение первых лет заболевания жалобы и симптомы, как правило, отсутствуют. В последующем характерна различная степень гипотиреоза, которая может сопровождаться признаками уменьшения размеров щитовидной железы. Тиреоидит с клинической картиной тиреотоксикоза, как правило, встречается в первые несколько лет развития заболевания, носит временный характер и в дальнейшем по мере разрушения и уменьшения функционирующей ткани щитовидной железы он сменяется на некоторое время эутиреозом, а затем – гипотиреозом.

Основные жалобы больных связаны с увеличением щитовидной железы: чувство затруднения при глотании, затруднение дыхания, нередко небольшая болезненность в области щитовидной железы. В зависимости от функционального состояния щитовидной железы аутоиммунный

тиреоидит разделяют на эутиреоидный, гипотиреоидный и гипертиреоидный. Увеличение ее симметричное; железа, как правило, плотной консистенции и при пальпации определяется «неровность» – поверхность неодинаковой плотности и эластичности, узловатость. При гипертрофической форме аутоиммунного тиреоидита щитовидная железа увеличена, при атрофической форме размеры ее в норме или даже уменьшены. Снижение ее функции характерно для обеих форм аутоиммунного тиреоидита. Гипертрофическая форма тиреоидита в первые годы заболевания может протекать с явлениями тиреотоксикоза, как правило, легкой или средней тяжести.

Лабораторная диагностика аутоиммунного тиреоидита включает, помимо определения общих и свободных Т3 и Т4, также определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови, когда еще отсутствуют его клинические симптомы и признаки.

Специфической терапии аутоиммунного тиреоидита не существует. Заболевание имеет тенденцию к медленному прогрессированию. В некоторых случаях удовлетворительное самочувствие и работоспособность больных сохраняются в течение 15–18 лет, несмотря на кратковременные обострения. В период обострения тиреоидита могут наблюдаться явления незначительного тиреотоксикоза или гипотиреоза; последний чаще встречается после родов. При явлениях гипотиреоза назначают препараты гормонов щитовидной железы, например, L-тироксин. У лиц пожилого возраста, которые, как правило, имеют ишемическую болезнь сердца, назначение тиреоидных препаратов необходимо проводить с особой осторожностью.

Зоны для терапии 2-6(E-10) справа и слева **11-7**(TR-1)

4-3(TR-20) **16-1**(E-36) **11-4**(GI-4) **5-5**(VC-17) **15-1**(RP-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 7–8 месяцев. Обязательный профилактический курс осенью.

1.6. Гиперпаратиреоз, гипопаратиреоз

Гиперпаратиреоз – заболевание, обусловленное относительным или абсолютным избытком паратиринина.

В зависимости от причин заболевания различают первичный гиперпаратиреоз (аденома щитовидной железы, рак паращитовидной железы); вторичный гиперпаратиреоз (адаптационный процесс на фоне длительной гипокальциемии, сопровождается увеличением размеров желез и усилением их функций).

Клиническая картина: мышечная слабость, рассеянные боли в костях, полиурия, деформация тел позвонков и костей, нарушение походки. Со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия, стенокардия, артериальная гипертензия.

Нарушения желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, метеоризм, запоры и др.

Неврологическая симптоматика: психическая утомляемость, депрессии, нарушение сна, парезы, радикулиты.

При первичном гиперпаратиреозе лечение сочетанное: ИВТ и хирургическое; при вторичном – ИВТ и консервативное (митрамицин, кальцитрин), а также симптоматическое.

Гипопаратиреоз – заболевание, обусловленное недостаточной продукцией паратиринина, или нарушение периферической чувствительности к паратиринину.

Причины заболевания: хирургическое вмешательство на щитовидной железе с повреждением паращитовидных желез; воспалительный процесс в паращитовидных железах; Д-гиповитаминоз; беременность; ионизирующее излучение и др.

Клиническая картина зависит от стадии заболевания.

Характерные симптомы: похолодание конечностей, ощущение «ползания мурашек», судороги мышц верхних и нижних конечностей, судороги мышц лица, развитие ларингоспазма, спазма сфинктеров мочевого пузыря, желудка. Изменения со стороны других органов и систем: головная боль, раздражительность, депрессии, вазомоторные нарушения; поражения глаз (конъюнктивит, блефарит и др.).

Консервативная терапия гипопаратиреоза осуществляется паратиреоидином, препаратами кальция, а также проводится симптоматическое лечение. В последние годы практикуется трансплантация паращитовидных желез.

Системное, нормализующее действие ИВТ при заболеваниях паращитовидных желез позволяет улучшить функцию всех органов и систем, вовлеченных в патологический процесс, что положительно сказывается на состоянии больных и повышает эффективность медикаментозного и хирургического лечения.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 2-6(E-10) справа и слева,
5-1(VC-22) 8-2(V-11) 12-9(C-7) 12-4(MC-6) 7-3(VC-8)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

1.7. Сахарный диабет

Заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и сопровождающееся поражением всех органов и систем.

Причины заболевания:

- генетические предрасполагающие факторы;
- средовые и биологические предрасполагающие факторы (ожирение, несбалансированное питание, гиподинамия, психо-эмоциональные перегрузки, хронический гастрит, холецистит и др.)

Сахарный диабет подразделяется на инсулинозависимый (I тип), инсулинонезависимый (II тип) и другие типы.

Клиническая картина характеризуется симптомокомплексом поражения всех органов и систем (энцефалопатия, радикулопатия, полинейропатия, сухость и шелушение кожи, фурункулез, экзема, остеоартропатия, остеопороз, стоматит, гингивит, атрофический гастрит, атонические запоры, жировая дистрофия печени, микро- и макроангиопатия).

Лечение сахарного диабета комплексное:

- диетотерапия, основанная на принципе физиологичности по составу белков, жиров и углеводов с исключением рафинированных легкоусвояемых углеводов;
- адекватные по физическому состоянию упражнения;
- сахаропонижающая терапия (инсулин, таблетированные сахаропонижающие средства);
- лечение сопутствующих заболеваний.

ИВТ применяется при всех формах сахарного диабета. Наиболее важным терапевтическим эффектом ИВТ при сахарном диабете является стабилизация уровня сахара в крови, что позволяет более точно подобрать дозу инсулина или других антидиабетических препаратов, компенсировать и поддерживать на одном, более стойком уровне показатели сахара в крови. ИВТ сахарного диабета по II классу легкой и средней тяжести приводит к нормализации сахара в крови и является профилактикой нарушений обмена веществ и осложнений этой патологии.

Программа оздоровления подбирается в процессе лечения в зависимости от синдромного проявления основного и сопутствующих заболеваний, их осложнений и динамики в процессе лечения.

**Зоны для терапии 7-3(VC-8) 11-3(TR-4) 15-8(R-1) 16-1(E-36)
15-6(RP-4) 4-3(TR-20) 12-10(MC-7) 15-1(RP-6) справа, 15-5(R-2) 2-3(VC-24) 16-5(F-2) 13-3(V-60)**

Дополнительно

- при ретинопатиях **1-4(V-1)** справа и слева, **4-8(VB-12)**
3-6(VB-20) 1-5(TR-23) 1-7(VB1) справа и слева
- при диабетической стопе **14-1(V-40) 15-7(RP-1)**, а также местно на область трофического поражения

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно. Лечение сахарного диабета способом ИВТ – продолжительное и требует от пациента терпения.

1.8. Метаболический синдром

Метаболический синдром – это хроническое нарушение обмена веществ, при котором ткани организма становятся невосприимчивы к инсулину (важному гормону, обеспечивающему усвоение

глюкозы – главного «энергетика» для всех процессов жизнедеятельности). Такое состояние называется инсулинорезистентностью. В итоге глюкозы в крови много, инсулина много, но они не поступают в клетки организма – идет энергетическое голодание. Высокий уровень инсулина и инсулинорезистентность – признаки сахарного диабета 2 типа, частого спутника метаболического синдрома.

При метаболическом синдроме глюкоза в основном перерабатывается в жир и откладывается на внутренних органах, в области живота, выше пояса. Возникает абдоминальный тип ожирения, «пивной» живот. Характерно для метаболического синдрома нарушение жирового (липидного) обмена, что проявляется изменением содержания липидов в крови, приводящим к быстрому развитию атеросклероза. Следствием атеросклероза является возникновение сердечнососудистых заболеваний. Одной из первых развивается артериальная гипертония. При метаболическом синдроме нарушается работа эндокринной системы, возможно развитие сахарного диабета.

Проявления метаболического синдрома таковы: инсулинорезистентность – при высоком уровне инсулина; абдоминальное ожирение (окружность талии более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин); артериальная гипертония (артериальное давление выше 130/85 мм рт. ст.); нарушение липидного состава крови. Возможные жалобы: на повышенную утомляемость, апатию, одышку, повышенный аппетит, жажду, учащенное мочеиспускание, головную боль, сухость кожи, потливость.

Лабораторные признаки метаболического синдрома: высокий уровень инсулина в крови; уровень глюкозы в плазме крови натощак больше 6,1 ммоль/л (110 мг/дл), через 2 ч после проведения орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ) больше 7,8 ммоль/л (140 мг/дл); повышение уровня мочевой кислоты (более 0,4 ммоль/л); повышение уровня мужских половых гормонов у женщин; высокий уровень триглицеридов (более 1,7 ммоль/л или 150 мг/дл); низкий уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (менее 1 ммоль/л – для мужчин и менее 1,3 ммоль/л – для женщин или в других единицах – менее 39/50 мг/дл соответственно).

Заболевания – спутники метаболического синдрома: сахарный диабет 2 типа; избыточный вес, особенно абдоминальный тип ожирения; артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических сосудов; подагра; синдром поликистозных яичников; эректильная дисфункция; жировой гепатоз печени.

Цель лечения метаболического синдрома – нормализовать метаболические нарушения: нормализация массы тела, восстановление нарушений метаболического и гормонального обменов, коррекция артериального давления, компенсация сахара крови, лечение сопутствующих заболеваний.

Обычно пациенты, имеющие метаболический синдром, лечатся у терапевтов с привлечением кардиологов, эндокринологов, психотерапевтов и других специалистов. Процесс лечения длительный, сложный. Пациент нуждается в постоянной поддержке и помощи. Необходимо ставить перед пациентом реальные задачи и помогать ему их выполнять.

Зоны для терапии 43_(TR20) 83_(VB21) 55_(VC17) 1210_(MC7) 161_(E36) 151_(RP6) справа, 165_(F2) 154_(R6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на зоны по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней ежемесячно. Лечение метаболического синдрома способом ИВТ – длительное и требует от пациента терпения и изменения образа жизни.

1.8. Ожирение

Состояние, сопровождающееся избыточным накоплением жировой ткани в организме и приводящее к увеличению нормальной массы тела на 20% и более. Ожирение – независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Масса тела – лучший прогностический фактор развития ишемической болезни сердца, чем артериальное давление, курение или повышение сахара в крови. Более того, ожирение увеличивает риск других форм патологии, в том числе некоторых видов рака, заболеваний пищеварительной системы, органов дыхания и суставов.

Ожирение значительно ухудшает качество жизни. Многие пациенты с ожирением страдают от болей, ограничения подвижности, имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс

и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующим по отношению к ним в обществе.

В клинической практике принято выделять следующие формы ожирения:

- алиментарная (переедание с детства, гиподинамия, предрасполагающая к ожирению наследственность, дисгормональные состояния);
- эндокринная (эндокринные заболевания, сопровождающиеся избыточным липогенезом);
- церебральная (травмы черепа, нейроинфекция, опухоли мозга).

Ожирение независимо от причин сопровождается вторичными изменениями во многих внутренних органах:

- заболевания кожи (фурункулез, микозы, экземы, полосы растяжения);
- изменения в суставах конечностей и позвоночнике, остеопороз;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (атонические запоры, геморрой, жировая дистрофия печени, панкреатит);
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, заболевания вен нижних конечностей, артериальная гипертензия).

Прежде чем приступать к лечению ожирения, первое, что вам нужно сделать, – это изменить образ жизни. Никакие рекламируемые препараты не дадут должного эффекта без постепенного повышения физической нагрузки и обучения правильному питанию.

ИВТ направлена на нормализацию функции нервной и эндокринной систем, повышение защитных сил организма, устранение симптомов поражения других органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Зоны для терапии 4-3(TR-20) **11-7**(TR-1) **2-6**(E-10) **8-3**(VB-21)
3-1(VG-20) **12-9**(C-7) **17-2**(E-32) **16-5**(F-2)
16-1(E-36) **7-6**(VC-4) **15-4**(R-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно. Лечение ожирения способом ИВТ – продолжительное и требует от пациента терпения. В схему необходимо также включать зоны для терапии соответственно другим диагнозам пациента.

Соблюдение нескольких простых правил помогут сохранить достигнутые результаты:

- продолжайте контролировать свой режим питания. Диета должна быть сбалансированной, низкожировой и содержать большое количество овощей, фруктов и злаковых;
- научитесь определять ситуации, в которых перестаете контролировать режим питания. Как только научитесь их определять – сможете избегать их;
- не бросайте физическую нагрузку. Еще никому, нигде и никогда не удавалось удержать достигнутый вес без достаточной физической активности;
- старайтесь осуществлять большинство мероприятий, советуясь с врачом;
- не старайтесь делать все в одиночку. Вовлеките в этот процесс друзей или родственников. Их поддержка поможет в решении проблем;
- небольшая прибавка в весе вполне допустима. Не следует ни переоценивать ее, ни использовать в качестве причины для того, чтобы опустить руки и сдаться.

1.9. Остеопороз

Остеопороз – это системное заболевание скелета, характеризующееся прогрессирующим снижением массы костной ткани, нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышенной хрупкости костей и увеличению риска переломов от минимальной травмы и даже без таковой.

У взрослых людей минеральный состав костной ткани определяется воздействием нескольких факторов: наследственности, двигательной активности, привычек питания, гормонального статуса.

Наиболее удобной и чаще используемой является классификация метаболических остеопатий по этиологическому и патогенетическому принципу.

Первичный остеопороз:

- постменопаузальный остеопороз;
- старческий остеопороз;
- идиопатический (остеопороз лиц среднего возраста);

- ювенильный остеопороз;
- Вторичный остеопороз:
 - остеопороз при эндокринных заболеваниях: синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, дефицит гормона роста и др.;
 - остеопороз при заболеваниях печени, почек, алкоголизме, системных заболеваниях крови, системных заболеваниях соединительной ткани, при нервной анорексии;
 - остеопороз при нарушениях питания;
 - остеопороз при химиотерапии и облучении;
 - врожденный остеопороз.

Проявления остеопороза разнообразны. Одним из наиболее постоянных его симптомов является боль в поясничной области, крестце, в тазобедренных суставах. Обычно отмечается чувство тяжести между лопаток, общая мышечная слабость и нарушение походки. При некоторых формах первым проявлением заболевания может быть боль и деформация голеностопных суставов или появление припухлости и боли в области стоп с постепенным распространением ее на крупные и мелкие суставы нижних и верхних конечностей. В последующем присоединяется боль в костях таза, ребрах, которая усиливается при физической нагрузке. Дальнейшее прогрессирование процесса сопровождается стойким болевым синдромом, который не исчезает в покое и нередко вынуждает длительно принимать анальгетики. Течение заболевания чаще медленное, но прогрессирующее. При прогрессировании заболевания нарушение минерализации кости с каждым годом увеличивается, что сопровождается снижением ее прочности. В результате отмечают патологические переломы, вторичные деформации, которые нередко приводят к инвалидности.

Для лечения остеопороза используются: препараты кальция, кальцитонин, бифосфанаты (блокируют процессы резорбции кости), витамин Д₃, препараты половых гормонов. Обязательными компонентами лечения остеопороза являются ЛФК, массаж. Индивидуально определяется лечебный двигательный режим, назначаются терренкур, ближний туризм или прогулки. По показаниям назначают ношение корсетов.

Зоны для терапии 4-3(TR-20) **2-6**(E-10) с двух сторон,
5-5(VC-17) **8-1**(VG-14) **16-5**(F-2)

Дополнительно

- постменопаузальный остеопороз **7-11**(RP-12)
9-6(V-25) с двух сторон, **8-3**(VB-21)
- старческий остеопороз **9-10**(VB-30) с двух сторон,
13-1(VB-34) с двух сторон

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно. Лечение остеопороза способом ИВТ – продолжительное. В программу необходимо также включать зоны для терапии соответственно другим сопутствующим заболеваниям.

Глава 2

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Согласно официальной статистике Всемирной организации здравоохранения, психическими заболеваниями страдают порядка 450 млн человек, при этом две трети из них даже не обращаются к врачу.

Среди основных причин роста заболеваемости душевными расстройствами специалисты называют постоянные стрессы, влияющие на психику человека: мозг просто не справляется с объемами поступающей информации. Впрочем, стоит говорить о целом ряде стрессовых факторов, связанных с общей нестабильной обстановкой в обществе и влияющих практически на все слои населения.

Психологические заболевания вызываются высоким уровнем тревоги у населения, связанным с отсутствием социальной защищенности и социальным одиночеством. Многие люди не верят ни в медицину, ни в правопорядок – ни во что, они фактически оказались беззащитными. Кроме того, на рост заболеваемости влияет и обострение общей ситуации: люди стали бояться за свою жизнь, не зная, в чем ее смысл. В результате у людей возникают различные фобии, депрессии и посттравматические синдромы.

При этом от психического расстройства не застрахован никто – ни богатые, ни бедные. Этим заболеваниям подвержены все слои населения. Более оптимистично настроенные люди могут справиться со стрессом. Но те, кто подвержен депрессиям, испытывает тревогу, которая может превысить все допустимые пределы. Например, бизнесмены испытывают постоянный страх за свое дело, поскольку боятся его потерять. Дети страдают от родительской агрессии, порожденной тревогой, и в результате могут вырасти с расстроенной психикой.

Минздрав РФ разработал новую программу по профилактике и лечению психических расстройств, которая подразумевает оказание первичной помощи в поликлиниках, однако уверенности в том, что ею захотят воспользоваться многие, нет. Дело в том, что в России, как считают специалисты, не принято обращаться к врачам по поводу «душевных расстройств». В особенности это касается старшего поколения россиян, которое по привычке старается решать свои проблемы с помощью проверенного средства – алкоголя. В силу прежних традиций, в которых воспитывалось старшее поколение, оно предвзято относится к психотерапии.

Впрочем, есть и более прозаическая причина, по которой старшее поколение россиян не ходит к этим специалистам. Цены на лечение у психоаналитиков доступны далеко не всем: в Москве, например, часовой сеанс стоит от 300 рублей до 200 долларов. По словам специалистов, молодежь, которая обращается за помощью к специалистам, испытывает те же проблемы, что и их родители: они боятся, что их уволят, страшатся бедного существования в будущем. Эксперты не строят радужных иллюзий: по их мнению, общая картина психических заболеваний может еще ухудшиться. В том случае, если люди не перестанут считать решение психологических и психических проблем чем-то постыдным.

Психические расстройства, по сути, относятся к проблемам чисто информационного характера. Как избыток, так и дефицит информации в равной степени могут инициировать дебют подобного рода нарушений, но это как бы количественная сторона информационного потока, а если принять во внимание его качественную сторону (различного рода неутешительные прогнозы, слухи, советы посторонних, личные наблюдения, критические замечания, игнорирование насущных потребностей личности и пр.), то становится вполне понятным, что личностей с неустойчивой психикой вокруг становится все больше.

Ученые Научного центра информационной медицины «ЛИДО», занимаясь изучением информационной системы человека, носителями информации, процессом передачи информации и межклеточными взаимодействиями с помощью разработанных и внедренных в клиническую практику высокочувствительных информатрических приборов «АИС-ЛИДО», пожалуй, ближе всех подошли к решению вопросов объективизации информационных процессов. Выявлена информационная компонента, соответствующая физиологическим критериям нормы, здоровья, присутствующая не только в здоровых клетках, тканях, органах и системах, но и в окружающей среде.

Качественная и своевременно переданная информация от клетки к клетке в виде радиосигналов, имеющих определенные амплитудно-частотные характеристики, обеспечивает налаженное и скоординированное взаимодействие миллиардов клеточных ансамблей между собой. Сбои в информационных каналах при передаче и приеме информации, а также нарушения качества носителя информации (белковые молекулы в клетках, например клетках коры мозга) приводят к сбоям в программах управления, дезорганизации сложнейшей иерархической системы управления и саморегуляции, а затем и к нарушениям жизнеобеспечения и функции различных органов и систем. Мозг как легкоранимая и уязвимая субстанция не зря защищен прочным костным панцирем (черепом) и гематоэнцефалическим барьером, однако потоки информации, поступающие непрерывно через органы чувств и внутренние рецепторы, ни на секунду не оставляют его в покое. Переработка информации происходит даже во сне. Поэтому клетки мозга, в силу постоянно высокой функциональной активности, так чувствительны к недостатку кислорода и питательных веществ, а главное позитивной информации. Комплексная диагностика, проводимая с помощью нашей аппаратуры в течение нескольких минут может оценить функцию и качество жизни различных структур мозга и определить не только слабое звено, но и склонности человека к той или иной деятельности, длительность и силу переносимого стресса и др.

Метод информационной радиоволновой терапии (ИВТ), реализуемый с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН, позволяет восстановить информационный гомеостаз, вернуть истощенным клеткам нервной системы физиологический ритм жизни и обеспечить их адекватным питанием. Клинически это ощущается пациентами как возвращение радости жизни, исчезновение депрессии, повышение жизненного тонуса, снятие синдрома хронической усталости, исчезновение фобий и других нарушений поведения. Естественно, что грамотная психотерапия, проводимая параллельно или последовательно с ИВТ, закрепляет достигнутые результаты.

2.1. Вегетативный невроз

Вегетативный невроз – это избирательное нарушение функций внутренних органов. Чаще наблюдаются такие нарушения, как тахикардия, повышенное АД, бледность, потливость, отсутствие аппетита, тошнота, спазмы кишечника, одышка, чувство сдавления, стеснения в груди, бессонница, усталость глаз.

Зоны для терапии 1-4(V-1) 1-7(VB-1) 3-1(VG-20) 15-1(RP-6) справа, 5-5(VC-17) 12-10(MC-7) 12-7(C-5) 16-4(F-3) 3-6(VB-20) 15-4(R-6) 14-1(V-40) 16-1(E-36) 4-3(TR-20) 8-1(VG-14)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно – до полного выздоровления.

2.2. Неврастенический невроз

Неврастенический невроз характеризуется нервным истощением, переутомлением. Это одна из основных форм неврозов. Основные симптомы: повышенная раздражительность, нервозность, головная боль, головокружение, нарушение сна, аппетита, снижение настроения, боли в сердце, сердцебиение.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 8-3(VB-21) 9-2(VG-4) 11-2(TR-5) 12-4(MC-6) 10-5(GI-11) 15-1(RP-6) справа, 12-9(C-7) 3-6(VB-20) 4-3(TR-20) 6-6(VC-12)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно до полного выздоровления.

2.3. Фобический невроз

Фобический невроз – это невротическое расстройство, характеризующееся необъяснимым или чрезмерно преувеличенным страхом.

Зоны для терапии 12-8(C-6) 12-9(C-7) 13-7(V-67) 3-1(VG-20)
5-5(VC-17) 16-4(F-3) 12-2(MC-3) 12-4(MC-6)
4-4 (TR-19) 1-1(VG-24)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно до полного выздоровления.

2.4. Истерический невроз

Истерический невроз – это невротическое расстройство, характеризующееся разнообразными соматическими и психическими симптомами, возникающими по механизму диссоциации. Чаще болеют женщины в возрасте 20–40 лет.

Зоны для терапии 12-8(C-6) 11-2(TR-5) 3-4(VG-17) 12-2(MC-3) 12-10(MC-7) 3-7(V-10) 8-7(V-15) 12-1(P-5)
15-1(RP-6) справа, 6-5(VB-24) 3-1(VG-20)
4-3(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно до полного выздоровления.

2.5. Депрессивный невроз

Основным симптомом является ухудшение настроения, аппетита, снижение работоспособности, нарушение сна, плаксивость. Симптомы нестойкие, хорошо поддаются психотерапевтическому воздействию. Рекомендовано сочетать лечение психотерапевта и процедуры ИВТ.

Зоны для терапии

- первый день 12-9(C-7) 10-5(GI-11) 16-1(E-36) 7-6(VC-4)
3-1(VG-20) 15-1(RP-6) справа, 4-3(TR-20) справа
- второй день 3-7(V-10) 14-1(V-40) 12-10(MC-7) 3-6(VB-20)
2-2(E-3) 11-4(GI-4) 4-3(TR-20) слева
- третий день 3-1(VG-20) 16-5(F-2) 15-4(R-6) 12-9(C-7)
6-2(VC-14) 12-14(MC-9) 5-5(VC-17)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии по дням в процессе лечения. Курс лечения – 12 дней – повторять ежемесячно в течение 4–6 месяцев.

2.6. Алкогольная зависимость и злоупотребление алкоголем (алкоголизм)

Алкоголизм является синдромом, состоящим из двух фаз: проблема запоя и алкогольная зависимость. Запой – это повторяющееся употребление алкоголя, часто для уменьшения чувства тревоги или для разрешения других эмоциональных проблем. Алкогольная зависимость является истинной зависимостью, которая также возникает при частом приеме снотворных средств.

К признакам алкогольной интоксикации относятся те же признаки, что возникают при передозировке любого другого вещества, угнетающего центральную нервную систему: сонливость, ошибки при выполнении чего-либо, психомоторные нарушения, растормаживание, дизартрия, атаксия и нистагм.

Принимаемые меры самим больным сводятся к похмельному приему алкоголя, крепкого чая или кофе, холодному душу, т.е. утреннее опохмеление сводится к дневному пьянству, которое длится тоже три-семь дней. Подобная практика самолечения усугубляет симптоматику бессонницей, раздражительностью, психическими проявлениями неопределенного страха, депрессией, бредовыми идеями и многим другим.

Целесообразность лечения больных алкоголизмом методом информационной радиоволновой терапии обусловлена высоким эффектом. Целью является дезинтоксикация, устранение чувства страха, психоэмоциональной неустойчивости, нормализация сна, аппетита.

Рекомендуется в первые сутки провести четыре процедуры через 2–3 часа.

Зоны для терапии

- первая процедура **3-1**(VG-20) **5-5**(VC-17) **11-4**(GI-4)
12-9(C-7) **12-10**(MC-7) **16-1**(E-36)
- вторая процедура **1-1**(VG-24) **3-6**(VB-20) **4-3**(TR-20)
12-4(MC-6) **15-1**(RP-6) справа, **15-2**(R-7)
- третья процедура **4-4**(TR-19) **7-3**(VC-8) **10-5**(GI-11)
11-2(TR-5) **15-8**(R-1) **16-5**(F-2)
- четвертая процедура **3-1**(VG-20) **7-6**(VC-4) **8-1**(VG-14)
11-4(GI-4) **12-10**(MC-7) **16-1**(E-36)

В последующие 4 дня проводить процедуры утром и вечером:

- утром **3-1**(VG-20) **3-6**(VB-20) **5-5**(VC-17) **12-8**(C-6) **12-10**(MC-7)
- вечером **4-3**(TR-20) справа и слева, **12-4**(MC-6) **15-1**(RP-6) справа **15-8**(R-1) **16-5**(F-2)

Воздействовать по 5 минут на каждую зону. Во время лечения рекомендуется обильное питье (молоко, соки), витамины, прогулки на свежем воздухе. Начиная со второго дня – лечебная физкультура. При необходимости курс лечения повторить по программе четвертого дня. Бывает целесообразно проводить 10-дневный курс лечения ежемесячно до полного выздоровления.

2.7. Маниакально-депрессивные состояния

Среди психических заболеваний маниакально-депрессивные состояния наиболее тяжело переносятся субъективно, часто приводят к суициду.

В этой связи возникает необходимость определения типа лечения, т.е. в психоневрологической клинике с надзором или амбулаторно.

Применение информационно-волновой терапии в сочетании с медикаментами значительно повышает эффективность лечения.

Зоны для терапии

- при маниакальных состояниях **16-8**(E-45) **1-3**(V-2)
13-6(V-65) **4-3**(TR-20) **15-8**(R-1) **12-4**(MC-6) **18-3**(F-8)
18-1(VG-1) **6-2**(VC-14)
- при депрессивных состояниях **12-3**(C-3) **12-9**(C-7)
11-6(C-9) **11-2**(TR-5) **15-8**(R-1) **12-6**(P-9) **11-7**(TR-1)
3-5(VG-16) **7-3**(VC-8) **3-1**(VG-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно до полного выздоровления.

2.8. Лекарственная зависимость и зависимость от других веществ (токсикомания)

Клиническими симптомами и признаками слабой наркотической интоксикации являются изменение настроения с чувством эйфории, сонливость, тошнота, иногда сопровождающаяся рвотой, следы от игл и миоз. Передозировка вызывает тяжелую симптоматику: угнетение дыхания, периферическую вазодилатацию, отек легкого, кому, смерть. Зависимость является самой главной проблемой при постоянном употреблении наркотиков, хотя отмена последних вызывает относительную клиническую картину заболеваемости (такую, которая возникает при вспышке гриппа). Часто зависимость только кажется тяжелой, и на самом деле не требуется специальной программы для освобождения от нее.

В лечении наркомании можно выделить 4 основных этапа.

Первый этап включает в себя купирование абстинентного синдрома, психозов, остро возникающего патологического компульсивного влечения к наркотику. Этот этап длится от 5 до 10 суток.

Второй этап – восстановление нарушенного гомеостаза, т.е. состояния неустойчивого равновесия, которое возникает после купирования абстинентного синдрома. Лечение депрессии, нарушения сна. Длительность лечения от 3 до 6 недель.

Третий этап – восстановительный, направлен на нормализацию психического и физического состояния. Лечение астении, вялости, апатии, аффективных колебаний. Это подострые состояния с продолжительностью от 1 недели до 4 месяцев.

Четвертый этап – реабилитационный и составляет от 6 месяцев и более.

Учитывая отчетливый дезинтоксикационный эффект информационно-волновой терапии, а также общее неспецифическое позитивное воздействие на весь организм в целом, устранение чувства тревоги, психо-эмоциональной неустойчивости, нормализации сна, целесообразно использовать ИВТ для купирования абстинентного синдрома и лечения наркомании.

Зоны для терапии

- утром **3-1**(VG-20) **4-3**(TR-20) справа и слева, **12-8**(C-6)
15-1(RP-6) справа, **15-8**(R-1) **5-5**(VC-17)
- вечером **3-6**(VB-20) **1-1**(VG-24) **12-4**(MC-6) **16-5**(F-2)
15-2(R-7) **16-1**(E-36)

Для купирования абстинентного синдрома наряду с другими средствами следует применять ИВТ на протяжении первого этапа. Процедуру проводить 2 раза в день, утром и вечером. Воздействовать по 5 минут на каждую зону до устранения патологического компульсивного (неосознанного) влечения к наркотику.

По завершении первого этапа приступить без перерыва ко второму – восстановлению функций органов и систем, нарушенных в результате тяжелой интоксикации.

Зоны для терапии

- первый день **7-6**(VC-4) **8-1**(VG-14) **12-8**(C-6) **12-14**(MC-9)
15-1(RP-6) справа, **16-1**(E-36) **16-5**(F-2)
- второй день **5-5**(VC-17) **7-3**(VC-8) **3-1**(VG-20) **11-4**(GI-4)
12-2(MC-3) **12-10**(MC-7) **12-9**(C-7)

Процедуру на втором этапе проводить 1 раз в день. Воздействовать по 5 минут на каждую зону. Курс лечения 3–6 недель. Основное усилие направлено на устранение психической подавленности, апатии, тревожного состояния, чувства страха и др.

Восстановительный период с применением ИВТ настолько эффективен, что может поглотить полностью мероприятия третьего этапа лечения наркомании, как по срокам, так и результатам лечения.

В случаях недостаточного эффекта, третий этап проводить по методике второго этапа. Применять те же зоны для терапии. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 4 месяцев.

Для достижения наибольшей эффективности лечения наркомании необходимо провести четвертый этап лечения, т.е. реабилитационный. В программу следует включить мероприятия социальной, профессионально-трудовой адаптации. Психологическое или психотерапевтическое сопровождение целесообразно подключить сразу после снятия интоксикации.

2.9. Нарушения сна (бессонница)

Больные бессонницей часто могут иметь следующие жалобы – трудность при засыпании и плохой сон, частое просыпание во время сна, раннее пробуждение или комбинацию этих симптомов. Кратковременные эпизоды нарушения сна не имеют большого значения. Частые стрессы, употребление кофеина, физический дискомфорт, дневной сон, ранний сон - являются предрасполагающими факторами бессонницы.

ИВТ и соответствующее лечение сопутствующих заболеваний способствуют уменьшению симптомов и снижению потребности в снотворных препаратах.

Зоны для терапии **12-1**(P-5) **12-9**(C-7) **12-10**(MC-7) **13-4**(V-62) **15-4**(R-6) **16-7**(E-44) **16-8**(E-45) **3-1**(VG-20)
4-3(TR-20)

Дополнительно

- при тревожном и неглубоком сне **3-6**(VB-20) **1-3**(V-2)
12-6 (P-9)

- при трудностях с засыпанием **11-6(C-9) 12-14(МС-9) 16-5(F-2)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 5 дней. В случае необходимости курс лечения продлить до 12 дней и более.

2.10. Стресс и нарушение адаптации

Стресс возникает при нарушении баланса между происходящими событиями и адаптационными способностями индивидуума.

Деятельность человека в современных условиях связана с высоким уровнем психического напряжения, приводящим к развитию патологии в эмоциональной сфере. Наиболее частыми заболеваниями являются неврозы. Применение ИВТ позволяет нормализовать процессы высшей нервной деятельности, оказывает общеукрепляющее действие. Рекомендуется комплексное лечение вместе с врачом психотерапевтом.

Зоны для терапии 1-4(V-1) 1-7(VB-1) 3-1(VG-20) 15-1(RP-6) справа, 5-5(VC-17) 12-10(МС-7) 12-7(C-5) 3-6(VB-20) 15-4(R-6) 14-1(V-40) 16-1(E-36) 4-3(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 8–10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения до полного выздоровления.

2.11. Хронический болевой синдром

Синдром хронической боли состоит из структурных анатомических изменений в тканях, хронического состояния тревоги, депрессии, гнева и изменения образа жизни. Обычно анатомические изменения носят необратимый характер, т.к. обычно синдром был диагностирован много лет назад, предпринимались попытки лечения, не принесшие удовлетворительного результата. Изменение образа жизни включает в себя так называемую игру «в боль», когда другие члены семьи начинают концентрировать свое внимание только на этой проблеме, которая становится главной в семье. Таким образом, ни больной человек, ни члены его семьи не хотят что-либо изменить в своем поведении. Главным моментом в лечении хронического болевого синдрома является правильная программа поведения, как больного, так и членов его семьи. Необходимо выявить и устранить факторы, провоцирующие боль, попытаться уменьшить прием медикаментов, переключить внимание больного на что-либо другое.

Места болевых ощущений являются **зонами для терапии**; время воздействия 3–5 минут (правильнее – до устранения боли) **3-1(VG-20) 4-3(TR-20)** с двух сторон, **5-5(VC-17) 11-4(GI-4) 12-10(МС-7) 16-4(F-3) 15-1(RP-6)** справа.

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение трех месяцев.

ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Любое живое существо, в том числе и человек, наделено способностью реагировать на внешние раздражители, и каждая группа клеток, из которых оно состоит, специализируется на определенной функции: размножении, пищеварении, дыхании...

Поэтому наш организм, ввиду его сложности, нуждается в механизме, который регулировал бы деятельность всех органов и систем, обеспечивая их функциональное единство и связь организма с внешней средой. Этим занимается информационная система органов человека с участием нервной системы, которая занимает пятый уровень в системе управления (саморегуляции) физиологическими процессами организма, а также регулирует значительный объем функций.

Строение нервной системы:

- центральная нервная система:
 - головной мозг;
 - спинной мозг;
- периферическая нервная система:
 - соматическая (произвольная) нервная система;
 - вегетативная (непроизвольная) нервная система;
 - симпатическая система (возбуждает тело и мобилизует его энергию);
 - парасимпатическая система (расслабляет тело и сохраняет его энергию).

Нервная система состоит из совокупности клеток – нейронов, которые контактируют друг с другом при помощи отростков – дендритов и аксонов. Так образуется разветвленный комплекс, наподобие компьютера, который передает команды головного мозга (центральная нервная система) мышцам скелета (периферическая нервная система) и автоматически регулирует работу непроизвольных мышц (вегетативная автономная нервная система).

Головной мозг – часть центральной нервной системы, находящаяся внутри черепа. Состоит из ряда органов: большого мозга, мозжечка, ствола и продолговатого мозга.

Спинной мозг – образует распределительную сеть центральной нервной системы. Лежит внутри позвоночного столба, от него отходят все нервы, образующие периферическую нервную систему.

Вегетативная нервная система – регулирует внутреннюю деятельность организма, ее работа не зависит от нашей воли. Выполняет свои функции через две системы, координирующие работу разных органов, – симпатическую и парасимпатическую.

Она непроизвольная, потому что ее деятельность не зависит от нашей воли, и действует координированно с периферической, или произвольной, нервной системой. Вегетативная нервная система начинается в узлах, или больших скоплениях нейронов, расположенных по обе стороны позвоночника, ее действие осуществляется с помощью двух отделов: симпатического и парасимпатического.

Симпатический отдел вегетативной нервной системы выполняет задачу по активизации деятельности органов тела и стимулированию различных реакций в чрезвычайных ситуациях или в случаях большого расхода энергии: усиливает обмен веществ, увеличивает кровоснабжение головного мозга, расширяет бронхи и зрачки, усиливает потоотделение и сердцебиение, поднимает кровяное давление путем сжатия артерий, стимулирует надпочечники.

Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы выполняет противоположную, тормозящую функцию: организм пользуется этой нервной системой в состоянии покоя и расслабления, поскольку она позволяет экономить энергию. Она принимает участие в пищеварении, поэтому после еды появляется ощущение сонливости.

Парасимпатическая нервная система замедляет сердцебиение, сокращает дыхательные пути, снижает кровяное давление, увеличивает секрецию носовых, слюнных и слезных желез, увеличивает перистальтические движения и кишечную секрецию.

Периферические нервы – представляют собой пучки, или группы, волокон, передающих нервные импульсы. Могут быть восходящими, если передают ощущения от всего тела в центральную нервную систему, и нисходящими, или двигательными, если доводят команды нервных центров до всех участков организма.

Каждое полушарие головного мозга управляет противоположной частью тела, потому что нервные пути перекрещиваются при прохождении через продолговатый мозг. Так, у левой «доминирует» правое полушарие, что позволяет им писать и более точно выполнять движения левой рукой. У взрослого человека общая длина нервов, расходящихся по всему телу, составляет 75 км. Электросигналы проходят через них со скоростью, превышающей 400 км/ч.

Всем известная поговорка «все болезни от нервов» в связи с появлением концепции информационной медицины претерпевает определенную трансформацию. Если выражаться техническим, компьютерным языком, центральная нервная система только перерабатывает информацию, поступающую к ней из внешней и внутренней среды организма. Значит, первичной является информационная система человека. Именно эти процессы изучает информационная медицина. И у нее для этого есть информацииметрическая аппаратура «АИС-ЛИДО», с помощью которой распознаются те или иные нарушения информационного гомеостаза, являющиеся первопричиной дальнейших нарушений, в том числе в нервной системе. Возможность проведения высокоточной и информативной диагностики позволяет сформировать индивидуальную стратегию восстановления здоровья с помощью метода информационной радиоволновой терапии, который реализуется с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН. В связи с этим эффективность лечения неизмеримо возросла и в ряде случаев позволяет отказаться от применения медикаментов или уменьшить до минимума их побочные эффекты. Раннее применение метода информационной радиоволновой терапии при таких грозных заболеваниях, как инсульт, позволяет врачу добиться полного восстановления поврежденных функций. А в случае уже сформированных постинсультных осложнений добиться существенного улучшения результатов по сравнению с общепринятыми стандартами здравоохранения.

Большой опыт лечения неврологических заболеваний с помощью ИВТ накопился в одном из наших центров, где более 10 лет на базе поликлиники № 1 ФМБА ЦМСЧ № 8 (г.Обнинск) функционирует кабинет информационно-волновой терапии. За это время в нем получили лечение более 9 тысяч пациентов с различной патологией центральной и периферической нервной системы с достаточно хорошим эффектом.

Эффект этого метода лечения при патологии нервной системы объясняется тем, что нарушения микроциркуляции претерпевают положительную динамику: увеличивается количество функционирующих капилляров, выравнивается соотношение калибра и диаметра мелких сосудов, что ведет к восстановлению их функции. Это имеет место при широком круге заболеваний нервной системы, как центральной, так и периферической.

ИВТ открыла значительные возможности в профилактике и лечении сосудистой патологии мозга, воспалительных токсических процессов периферических заболеваний нервной системы. Под воздействием аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН восстанавливается кровоснабжение нейронов, в результате организм освобождается от метаболитов, что ведет к снижению болевого синдрома, нормализации проводящей системы, снятию интоксикации,

На неврологическом приеме в поликлинике около 65% больных это больные с заболеванием периферической нервной системы и различными вертеброгенными неврологическими синдромами. Метод лечения ИВТ – очень эффективен в комплексном лечении этой патологии, особенно при лечении периферических заболеваний нервной системы.

3.1. Головная боль

Головная боль является частой жалобой. Существует множество причин ее возникновения. Интенсивность, качество, локализация и особенно продолжительность головной боли, а также присутствие связанных с ней неврологических симптомов – могут навести на предполагаемый диагноз. Причиной хронических головных болей часто является мигрень, перенапряжение, депрессия, состояния, приводящие к повышению внутричерепного давления, травмы головы, шейный спондилез, заболевания глаз или зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, синусит, гипертоническая болезнь, а также большое число других заболеваний.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 12-4(MC-6)
Воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 3–5 дней.

3.1.1. Головная боль напряжения

Такие больные часто жалуются на рассеянность и другие неопределенные, неспецифические жалобы. В добавление к самой головной боли, которая возникает ежедневно, имеет сжимающий характер, боль усиливается при эмоциональном стрессе, переутомлении, шуме, ярком свете. Головная боль обычно не локализована, но интенсивнее в области шеи или задней части головы, не имеет связи с местными неврологическими симптомами.

Для облегчения используются расслабляющие мероприятия – массаж, теплые ванны, аутотренинг.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 1-2(VB-14) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 14-1(V-40) 7-2(E-25) 15-1(RP-6) справа
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую.
Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 3–5 дней.

3.1.2. Депрессионная головная боль

При депрессии головная боль обычно усиливается утром, после пробуждения, может сопровождаться и другими симптомами депрессии.

Зоны для терапии 4-7(TR-17) справа и слева, **10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-5(P-7) 16-1(E-36) 12-4(MC-6) 15-1(RP-6)** справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую.
Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Повторять курсы лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.1.3. Мигрень

Классическая мигренозная головная боль характеризуется пульсирующей болью в боковой части головы, которая возникает эпизодически с юношеского или раннего взрослого периода и сопровождается анорексией, тошнотой, рвотой, фотобоязнью, фонофобией, ухудшением зрения. Симптомы обычно нарастают постепенно, могут продолжаться часами и даже сутками.

Приступы могут провоцироваться эмоциональным или физическим стрессом, недосыпанием или пересыпанием, недоеданием, приемом специфической пищи (шоколад), алкогольными напитками, менструацией, а также приемом оральных контрацептивов.

Применение ИВТ показало хорошие результаты. Терапия способствует быстрому купированию начинающегося приступа, предотвращает развитие новых.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева, **3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 12-7(C-5) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 12-4(MC-6) 15-1(RP-6)** справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую.
Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения до полного выздоровления.

3.1.4. Головная боль «скопления» (мигренозная невралгия)

Этим типом головных болей часто страдают мужчины среднего возраста. Причины точно неизвестны, но есть предположение, что головные боли связаны с сосудистыми расстройствами или серотонинэргическими механизмами. Больные отрицают семейную предрасположенность к головным болям или мигрени. Приступы острых односторонних периорбитальных головных болей могут возникать ежедневно и часто сопровождаются одним из следующих симптомов: заложенность носа, ринорея, слезотечение, покраснение глаза, синдром Горнера. Может возникнуть спонтанная ремиссия, больного ничто не беспокоит в течение нескольких недель или месяцев, пока не возникнет следующий период приступов головных болей. Во время приступов больной отмечает, что прием алкоголя усиливает приступы; другие отмечают усиление боли при стрессе, ярком свете, приеме специфической пищи.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-7(TR-17) справа и слева, **4-3(TR-20) 3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 12-4(MC-6) 15-1(RP-6)** справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую.
Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения до полного выздоровления.

3.1.5. Гигантоклеточный периартериит (височный или черепной)

В патологический процесс часто вовлекаются височная, позвоночная, глазная и задняя цилиарная артерии. Большинство больных это пожилые люди. Главным симптомом является головная боль, сопровождающаяся миалгией, болезненным состоянием, анорексией, потерей веса и другими неспецифическими симптомами.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-7(TR-17) 4-3(TR-20) справа и слева, 4-1(VB-9) 4-6(VB-2) 3-6(VB-20)
12-4(MC-6) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 15-1(RP-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую.

Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения до полного выздоровления.

3.1.6. Постравматическая головная боль

Многие неспецифические симптомы могут возникнуть после травмы головы, независимо от того, терял ли больной сознание или нет. Головная боль часто является доминирующим симптомом.

Головная боль обычно появляется по истечении какого-то периода времени (дня или около того), затем постепенно стихает. Обычно это постоянная тупая боль, на которую налагаются симптомы пульсирующей головной боли. Иногда сопровождаются тошнотой, рвотой, глазной мигренью.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева,
3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 12-4(MC-6)

Воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Проводить процедуры при появлении головных болей 2–3 раза в день до полного их исчезновения.

3.1.7. Кашлевая головная боль

Острая боль в голове, возникающая при кашле (напряжении, чихании или смехе), которая обычно продолжается несколько минут или меньше. Патологическая основа неизвестна.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева, 3-6(VB-20) 3-5(VG-16) 11-4(GI-4) 16-1(E-36)
12-4(MC-6) 12-1(P-5) 5-4(P-2)

Воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Проводить процедуры при появлении головных болей 2–3 раза в день до полного их исчезновения.

3.2. Лицевые боли

3.2.1. Неврит (невралгия V пары) тройничного нерва

Причиной возникновения невралгии чаще является сдавление периферического отрезка нерва расширенными извитыми сосудами в верхней и передней мозжечковой артерии.

В анамнезе – заболевание десен, придаточных пазух носа, переохлаждение лица, проводниковая анестезия, рассеянный склероз и пр.

Клиника: боли очень характерны, имеют локальный характер, затем захватывают всю зону иннервации ветви. Приступ кратковременный, провоцируется жеванием, разговором, мимическими движениями, чисткой зубов. Боли жесткие, сравниваются с прохождением тока, сопровождаются спазмами мышц лица и выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями.

Зоны для терапии

на стороне и соответственно пораженным ветвям

- первая ветвь 1-2(VB-14) 1-3(V-2) 4-7(TR-17) 4-9(E-6)
1-5(TR-23) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 10-6(GI-10) 12-5(P-7)
- вторая ветвь 1-9(E-2) 1-8(GI-20) 1-10(IG-18) 10-5(GI-11)
11-4(GI-4) 10-6(GI-10) 12-5(P-7)
- третья ветвь 4-6(VB-2) 4-10(E-5) 4-9(E-6) 2-3(VC-24)
10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 10-6(GI-10) 12-5(P-7)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения – 8–10 дней, через 2–3 недели курс повторить.

3.2.2. Неврит (VII пары) лицевого нерва

Заболевание многофакторное – неврит VII пары черепно-мозговых нервов; могут быть ишемические, инфекционные, отогенные, травматические, идиопатические.

Клиника складывается из симптомов нарушения функции мимических мышц, расстройства чувствительности, а также вегетативно-сосудистых расстройств.

ИВТ очень эффективна в начале заболевания, поэтому лечение следует проводить с первых дней.

Зоны для терапии

на стороне пораженных ветвей

- первый день **1-2**(VB-14) **1-3**(V-2) **2-2**(E-3) **1-5**(TR-23)
1-7(VB-1)
- второй день **1-9**(E-2) **3-1**(VG-20) **11-4**(GI-4) **1-8**(GI-20)
1-10(IG-18)
- третий день **4-9**(E-6) **10-5**(GI-11) **4-7**(TR-17) **4-10**(E-5)
4-6 (VB-2) **2-3**(VC-24)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Повторять курсы лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.2.3. Периферические вегетативные синдромы

Лицевые симпаталгии локализуются в области одной половины лица, носят жгучий, распирающий, давящий характер. Сопровождаются односторонними вегетативными расстройствами (отечность лица, слезотечение, покраснение глаза, ринорея).

Лицевые симпаталгии включают ряд синдромов:

- невралгия носоресничного узла (синдром Шарлена) – боль в области глаза с иррадиацией в нос, кератит или ирит, герпес на коже лба, носа;
- невралгия крылонебного узла (синдром Сладера) – боли в области глаза, челюсти, зубов, с иррадиацией в язык, мягкое небо, ухо, шейно-лопаточную зону.

Лечение: ИВТ и медикаментозная терапия.

Зоны для терапии **4-7**(TR-17) **1-10**(IG-18) **3-5**(VG-16) **11-4**(GI-4) **10-5**(GI-11) **12-4**(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

3.2.4. Атипичные лицевые боли

Лицевые боли без типичной симптоматики невралгии тройничного нерва являются постоянными, часто со жжением, имеют ограниченную локализацию в начале заболевания, вскоре распространяются на остальную часть лица, иногда в процесс вовлекается шея, задняя часть головы. Заболевание широко распространено среди женщин среднего возраста, которые часто находятся в депрессии.

Зоны для терапии

- верхняя треть головы **1-2**(VB-14) **1-3**(V-2) **4-7**(TR-17) **4-9**(E-6) **1-5**(TR-23) **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4) **10-6**(GI-10) **12-5**(P-7)
- средняя треть головы **1-9**(E-2) **1-8**(GI-20) **1-10**(IG-18) **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4) **10-6**(GI-10) **12-5**(P-7)
- нижняя треть головы **4-6**(VB-2) **4-10**(E-5) **4-9**(E-6) **2-3**(VC-24) **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4) **10-6**(GI-10) **12-5**(P-7)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.2.5. Глоссофарингеальная невралгия

Глоссофарингеальная невралгия является несчастным заболеванием, боль очень схожа с той, что возникает в горле, тонзиллярной ямке, глубоко в ухе или задней части языка при невралгии тройничного нерва. Боль может провоцироваться глотанием, жеванием, разговором, зеванием, иногда сопровождается потерей сознания.

Зоны для терапии 3-6(VB-20) 4-7(TR-17) 2-5(GI-18) 4-9(E-6)
3-1(VG-20) 1-5(TR-23) 2-4(VC-23)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2–4 месяцев.

3.2.6. Постгерпетическая невралгия

Герпес зостер является инфекционным заболеванием нервной системы. У около 10% больных герпесом зостер развивается постгерпетическая невралгия. Это осложнение часто развивается у пожилых людей, особенно при поражении первой ветви тройничного нерва.

Зоны для терапии 1-3(V-2) 2-2(E-3) 1-5(TR-23) 1-7(VB-1)
3-1(VG-20) 4-7(TR-17)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Через 2–3 недели курс лечения повторить.

3.2.7. Лицевые боли вследствие других причин

Лицевые боли, возникающие вследствие поражения височного нижнечелюстного сустава при аномалии прикуса, патологическом прикусе или некачественно изготовленных зубных протезах. Может сопровождаться болезненностью жевательных мышц, существует четкая взаимосвязь между началом боли и движением челюсти. Лечение включает коррекцию причины, вызвавшей данное состояние.

Зоны для терапии 4-7(TR-17) 1-7(VB-1) 1-8(GI-20) 4-9(E-6)
1-3(V-2) 2-2(E-3) 1-5(TR-23)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Через 2–3 недели курс лечения повторить.

3.3. Писчий спазм

Писчая судорога, своеобразное расстройство моторики, при котором становится невозможным письмо, в то время как другие движения совершаются рукой свободно и безукоризненно. Во всех случаях его развитию предшествует перенапряжение пишущей руки (длительная, напряженная, нервная работа). Писчий спазм – функциональное расстройство нервной системы, как правило, возникает у невротичных субъектов.

Показаны седативные средства и лечение у психотерапевта. Рекомендуются запрещение письма на некоторое время, затем можно разрешить писать лишь мягким карандашом и только потом – ручкой. Назначают также лечебную гимнастику, упражнения на расслабление руки.

Зоны для терапии на пораженной руке 12-6(P-9) 10-3(TR-10) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-12(MC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.4. Неврит лучевого нерва

Этиология – как следствие при переломе, ишемизации при придавливании к кости во время сна при сильном опьянении.

Клиника – нарушение разгибания кисти и пальцев («висячая кисть»): пальцы полусогнуты, невозможно отведение I пальца, нарушена чувствительность на тыльной поверхности плеча, предплечья, кисти, пальцев.

Зоны для терапии на пораженной руке 3-7(V-10) 10-3(TR-10) 10-4(IG-8) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.5. Неврит локтевого нерва

Причина – инфекция, чаще травмы в области локтевого сустава.

Клиника: слабость сгибателей V–IV пальцев, отчасти III пальца, сгибательная контрактура пальцев («когтистая лапа»), частичная атрофия мышц предплечья, нарушение чувствительности в V, IV и половине III пальцев кисти.

Зоны для терапии 12-3(C-3) 8-4(IG-14) 10-4(IG-8) 11-5(IG-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.6. Неврит срединного нерва

Причина поражения: воздействие факторов вредных производств, острая и хроническая травма, инфекция.

Клиника – жгучие, иногда каузалгические боли в пальцах кистей. Нарушение сгибания кисти, I, II, III пальцев кисти.

Возникает «обезьянья кисть», нарушается чувствительность на ладонной и тыльной стороне концевых фаланг I–III и частично IV пальца кисти, появляются вегетативно-трофические нарушения, атрофия кожи, ломкость ногтей.

Зоны для терапии 3-7(V-10) 8-2(V-11) 8-4(IG-14) 11-2(TR-5)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.7. Плексит

Поражение сплетений спинномозговых нервов. Этиология– травмы, сдавление сплетения головкой плечевой кости при вывихе, опухоль, инфекция, переохлаждение.

Все плекситы разделяют на первичные и вторичные. По локализации поражения на верхний, нижний, тотальный. Начало заболевания всегда острое, боли усиливаются при движениях и давлении на область пораженного сплетения, появляется резкое ограничение подвижности руки в плечевом и локтевом суставах.

Зоны для терапии

- при лечении верхнего плексита **3-6(VB-20) 8-2(V-11) 8-1(VG-14) 8-4(IG-14) 10-5(GI-11) 11-2(TR-5)**
- при лечении нижнего плексита: **3-7(V-10) 3-6(VB-20) 12-3(C-3) 12-9(C-7) 12-4(MC-6) 12-7(C-5) 11-4(GI-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.8. Ишиас

Воспаление седалищного нерва. Причиной поражения нерва является: осложненный остеохондроз, травма, межпозвонковая грыжа.

Зоны для терапии 9-10(VB-30) 14-1(V-40) 13-1(VB-34) 13-3(V-60) 13-4(V-62)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. В остром периоде проводить по 2 процедуры в день. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.9. Неврит малоберцового нерва

Неврит малоберцового нерва – наиболее частое поражение из всех заболеваний нервов нижней конечности, даже тогда, когда травма действует на общий ствол седалищного нерва. Причина поражения – травма, интоксикация мышьяком, свинцом, алкоголем, инфекция.

Клиника заболевания – невозможно стояние на пятках и разгибание стопы, она свисает, поэтому больной при ходьбе высоко поднимает ногу («петушиная походка»). Чувствительность нарушена по передней поверхности голени и на тыле стопы.

Зоны для терапии 9-1(V-21) 16-7(E-44) 16-1(E-36) 16-6(F-1) 13-1(VB-34)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

3.10. Неврит большеберцового нерва

Причина поражения – инфекция, травма, интоксикация мышьяком, свинцом, алкоголем. Клиника: стопа разогнута и согнуть ее в голеностопном суставе больной не может. Чувствительность нарушена по задней поверхности голени и на подошве.

Зоны для терапии 9-1(V-21) 14-1(V-40) 13-3(V-60) 15-8(R-1) 16-7(E-44)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.11. Неврит наружного кожного нерва

Причина – травма нерва о край подвздошной кости, похудание, длительное ношение бандажа или пояса, воспалительные процессы. Клиника – неприятные ощущения в области наружной поверхности бедра в виде покалывания, онемения, жжения, которые усиливаются при прикосновении к бедру или движениях.

Зоны для терапии 16-5(F-2) 17-2(E-32) 9-10(VB-30) 18-5(RP-10) 9-1(V-21) 16-7(E-44)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

3.12. Радикулит

Воспаление корешка нерва. Причинами поражения нерва являются осложненный остеохондроз, межпозвонковая грыжа, травма.

Клиника: проявляется болевым синдромом в позвоночнике и сопровождается иррадиацией боли по ходу нерва.

По локализации чаще встречаются: шейно-грудной и пояснично-крестцовый радикулиты.

Зоны для терапии 16-1(E-36) 16-3(E-41) 11-4(GI-4) 13-5(VB-40) 14-1(V-40) 13-3(V-60) 13-4(V-62) 13-7(V-67) 12-5(P-7) 10-5(GI-11) 12-4(MC-6) 11-2 (TR-5)

Дополнительно

- при шейно-грудном радикулите **11-1(TR-6) 10-5(GI-11) 10-4(IG-8) 8-3(VB-21) 3-6(VB-20)**
- при местной болезненности на спине **8-1(VG-14) 8-6(V-43) 3-7(V-10) 8-2(V-11)**
- при пояснично-крестцовом радикулите **9-6(V-25) 9-7(V-31) 9-11(V-36) 9-9(VG-2) 9-5(VG-3) 9-2(VG-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10–12 дней. Учитывая хроническое течение заболевания, повторять курсы лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев. Рекомендуется сочетание ИВТ с лечебной физкультурой и массажем.

3.13. Бактериальный менингит

Бактериальный менингит – инфекционное заболевание с преимущественным поражением оболочек головного мозга.

Клиника: заболевание развивается остро, температура повышается до 38–39°C, возникает резкая головная боль, рвота.

В острой стадии менингита проводится комплексное лечение в стационарных условиях. ИВТ эффективна для реабилитации и предотвращения осложнений.

Зоны для терапии 3-5(VG-16) 3-6(VB-20) 4-4(TR-19) 8-1(VG-14) 10-5(GI-11) 1-6(E-1) 1-2(VB-14) 4-1(VB-9)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10–12 дней. В остром периоде проводить по 2 процедуры в день, далее по одной. Аналогичный курс лечения провести через 2 недели.

3.14. Энцефалит

Под термином «энцефалит» подразумеваются инфекционно-аллергические, инфекционные, аллергические и токсические поражения головного мозга.

Клиника: сильнейшие головные боли, нарушение поведения, развитие судорожных припадков.

ИВТ эффективна для уменьшения отека мозга, для профилактики осложнений (дефектов памяти и др.).

Зоны для терапии 3-5(VG-16) 3-6(VB-20) 3-1(VG-20) 12-10(MC-7) 2-2(E-3) 11-4(GI-4)

При осложнениях необходима консультация специалистов. Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев.

3.15. Эпилепсия

Термин «эпилепсия» используется для обозначения любого состояния, которое сопровождается повторяющимися судорогами. Судороги являются кратковременным нарушением функций головного мозга, которые сопровождаются потерей сознания. Клинические проявления варьируются от сложных нарушений поведения с генерализованными или местными судорогами до кратковременного нарушения речи с потерей сознания. Такие клинические состояния классифицируют по различным признакам разными авторами по-разному, принцип которых основан:

- на клинических проявлениях судорог (двигательные, чувствительные, рефлекторные, психические или вегетативные);
- на патологической основе (наследственная, воспалительная, дегенеративная, неопластическая, травматическая или криптогенная);
- на локализации эпилептогенного очага (роландическая, височная, диэнцефалическая области);
- на времени, когда наступают приступы (ночное, дневное, во время менструации).

Лечение: антиконвульсанты + ИВТ.

ИВТ восстанавливает капиллярную сеть клеток мозга, снижает повышенную возбудимость нервной системы, оказывает антиспазматическое воздействие, нормализует обмен веществ, снижает токсическое воздействие медикаментозных препаратов.

Лечение методом ИВТ применять только вне приступов.

Зоны для терапии 9-2(VG-4) 3-5(VG-16) 8-3(VB-21) 10-4(IG-8) 3-1(VG-20) 12-2(MC-3) 15-8(R-1) 3-6(VB-20) 12-9(C-7) 16-1(E-36) 12-4(MC-6) 10-6(GI-10) 4-3(TR-20) 4-4(TR-19)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Повторять курсы лечения с перерывами в 4 недели. Лечение длительное.

3.16. Транзиторная ишемия мозга

Транзиторные ишемические приступы характеризуются местной ишемической неврологической недостаточностью головного мозга, которая продолжается менее чем 24 часа (обычно 1–2 часа). Около 30% больных, перенесших инсульт, имели в анамнезе транзиторные ишемические приступы, лечение которых является профилактикой возможного инсульта. Возникновение инсульта не связано ни с количеством, ни с продолжительностью приступов, но риск увеличивается у больных

гипертонией или сахарным диабетом. Начало транзиторной ишемии мозга внезапное, без каких-либо «предвестников», также и восстановление наступает часто в течение нескольких минут.

При ишемии области кровоснабжения сонной артерии частыми симптомами являются мышечная слабость, тяжесть в противоположной руке, ноге или противоположной части лица, которые могут возникнуть как в одиночку, так и в комбинации. Онемение или парестезия возникают как проявления приступов или в сочетании с другими двигательными расстройствами. Также могут возникнуть замедленность движения, нарушение речи, односторонняя потеря зрения со стороны, противоположной пораженной.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 1-9(E-2) 16-1(E-36) 15-1(RP-6) справа, 10-5(GI-11) 12-2(MC-3) 9-10(VB-30) 14-1(V-40) 13-1(VB-34) 13-3(V-60) 4-3(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6 месяцев. Лечение длительное в сочетании с лечебной гимнастикой и массажем.

3.17. Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт)

Инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения) – нарушение мозгового кровообращения, в результате которого происходит гибель или временное снижение активности клеток головного мозга. Различают ишемический и геморрагический инсульт.

Причиной ишемического инсульта является либо тромбозомболия, либо спазм мозговых сосудов, что приводит к резкому снижению снабжения кровью отдельных участков мозга.

Причиной геморрагического инсульта является разрыв сосудистой стенки при повышении артериального давления. Независимо от причины возникновения инсульта, его клиническая картина обусловлена распространенностью и локализацией поражения и проявляется очаговой и общемозговой неврологической симптоматикой.

Своевременная и адекватная терапия является решающим фактором для ограничения поражения ткани головного мозга и достижения лучшего исхода заболевания.

Лечение желательно проводить в неврологическом стационаре. ИВТ применяется на различных этапах реабилитации. Так, использование ИВТ на раннем этапе лечения приводит к более быстрому регрессу пареза, предотвращает развитие осложнений (пролежней, контрактур). В остром периоде:

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 1-2(VB-14) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 3-5(VG-16) 2-3(VC-24) 14-1(V-40) 7-2(E-25) 15-1(RP-6) справа, 18-4(RP-9) 7-6(VC-4) 9-6(V-25)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 2 недели. Повторять курс лечения в течении 6–12 месяцев. ИВТ целесообразно сочетать с ЛФК, массажем, психотерапией, логопедическими занятиями.

При остаточных явлениях острого нарушения мозгового кровообращения ИВТ применяется для устранения трофических изменений (отеки на парализованной стороне, пролежни), некоторого уменьшения мышечных контрактур.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 2-3(VC-24) 1-9(E-2) 16-1(E-36) 15-1(RP-6) справа, 10-5(GI-11) 12-2(MC-3) 9-10(VB-30) 14-1(V-40) 13-1(VB-34) 13-3(V-60) 13-4(V-62)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6 месяцев. Лечение длительное в сочетании с лечебной гимнастикой, массажем.

3.18. Псевдотуморозные заболевания головного мозга (повышенное внутричерепное давление, доброкачественное повышение внутричерепного давления)

К симптомам псевдотуморозных заболеваний головного мозга относятся головная боль, диплопия и другие расстройства зрения, возникающие в результате папиллемы, дисфункции отводящего нерва.

Существует множество причин псевдотуморозных заболеваний головного мозга. К ним относятся тромбоз поперечного венозного синуса, возникший как осложнение воспаления среднего уха или хронического мастоидита, тромбоз сагиттального венозного синуса. К другим причинам относятся хронические заболевания легких, эндокринные расстройства (болезнь Аддисона), интоксикация витамином А, прием тетрациклина или оральных контрацептивов.

При длительном течении псевдотуморозных заболеваний головного мозга может возникнуть атрофия зрительного нерва, а также постоянная потеря зрения. Повторные пункции спинного мозга приводят к снижению внутричерепного давления за счет уменьшения объема цереброспинальной жидкости, в сочетании с ИВТ и специфической лекарственной терапией являются эффективными методами лечения. Необходим постоянный контроль остроты и полей зрения, дна зрительного нерва, давления цереброспинальной жидкости.

Зоны для терапии 3-5(VG-16) 3-6(VB-20) 3-1(VG-20) 8-2(V-11) 12-10(MC-7) 2-2(E-3) 11-4(GI-4)

При осложнениях необходима консультация специалистов. Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев.

3.19. Доброкачественный эссенциальный тремор (семейный)

Причины эссенциального тремора неизвестны, иногда заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу. Тремор может начаться в любом возрасте, часто усиливается при эмоциональном стрессе. Тремор обычно охватывает одну или обе руки, голову, руки и голову, ноги часто не вовлекаются в процесс. При осмотре не выявляется каких-либо других нарушений. При приеме небольшого количества алкоголя возникает уменьшение тремора, механизм улучшения состояния неизвестен. Речь может быть также нарушена в случае поражения мышц гортани.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-5(VG-16) 3-6(VB-20) 12-10(MC-7) 10-5(GI-11) 12-2(MC-3), 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Лечение длительное.

3.20. Болезнь Эрба–Шарко–Штрюмпелля

Наследственно-семейная спастическая параплегия Штрюмпелля.

Клиника: раньше всего появляется тугоподвижность, скованность мышц ног, «спастическая» походка, позднее присоединяется слабость в ногах при сохранении чувствительности и функции тазовых органов.

Медикаментозного лечения практически не существует. Очень эффективна ИВТ.

Зоны для терапии 9-5(VG-3) 15-3(R-3) 14-3(V-57) 16-1(E-36) 15-1(RP-6) справа, 12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Лечение длительное.

3.21. Атрофия Шерко–Мари

Эта семейная мозжечковая атаксия наследуется по аутосомно-доминантному типу.

Клиника: основной симптом – похудание мышц. Вначале идет дистрофия мышц, разгибающих стопу и пальцы. В связи с этим довольно рано наступает отвисание стопы и расстройство походки (как при параличе малоберцового нерва). Мышцы бедер не худеют, нога имеет вид «опрокинутой бутылки». Позже атрофируются мышцы стоп и пальцев, а еще позднее – кистей.

Зоны для терапии 15-1(RP-6) справа, 3-5(VG-16) 8-2(V-11) 16-1(E-36) 16-9(VB-43) 13-4(V-62) 11-2(TR-5)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10 дней ежемесячно. Лечение длительное.

3.22. Паркинсонизм (болезнь Паркинсона)

Дрожательный паралич, хроническое прогрессирующее заболевание, развивающиеся, как правило, в пожилом возрасте, основные проявления которого – дрожание, акинезия и ригидность.

В клинике самыми характерными признаками являются: раннее повышение тонуса мышц туловища и конечностей, общая скованность сопровождается замедлением движений и бедностью моторики. Очень характерно дрожание пальцев рук, семенящая походка.

Лечение симптоматическое. Сочетание ИВТ и лекарственных препаратов понижает экстрапирамидный тонус, уменьшает ригидность мышц, оказывает общеукрепляющее действие.

**Зоны для терапии 1-2(VB-14) 4-3(TR-20) 3-4(VG-17) 11-2(TR-5)
3-1(VG-20) 13-1(VB-34) 4-8(VB-12) 8-7(V-15) 10-2(GI-15) 12-4(MC-6) 15-3(R-3) 16-1(E-36) 10-5(GI-11)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 7–10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев. Далее – один курс лечения в 3 месяца. Лечение длительное.

3.23. Наследственная хорея Гентингтона

Заболевание характеризуется возникновением хореоформных гиперкинезов и постепенно нарастающим слабоумием.

Эффективной медикаментозной терапии нет. При назначении ИВТ наступает значительное уменьшение гиперкинезов, снижается возбудимость больного.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 3-3(V-8) 12-14(MC-9) 4-4(TR-19) 8-4(IG-14) 10-6(GI-10) 16-1(E-36) 11-4(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 6–8 месяцев.

3.24. Болезнь Вильсона–Коновалова

Это гепатолентикулярная дегенерация. При этом заболевании поражается печень и полосатое тело головного мозга.

Клиника: напряжение мышц, бедность произвольных движений, крупное размашистое дрожание, атетоз в пальцах рук, снижение интеллекта, насильственный смех и плач.

Клинически печеночных симптомов почти не бывает. Лечение комплексное: антиконвульсанты, эффективна ИВТ.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 16-5(F-2) 4-3(TR-20) 10-5(GI-11) 16-1(E-36) 10-4(IG-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев. Далее – 1 курс лечения в 3 месяца. Лечение длительное.

3.25. Рассеянный склероз

Рассеянный склероз – демиелинизирующее заболевание, поражающее лиц молодого возраста, характеризующееся признаками многоочагового поражения нервной системы, волнообразным течением.

Могут встречаться семейные случаи заболевания. Существует строгая связь между рассеянным склерозом и специфическим HLA-антигеном (HLA-DR2), что подтверждает теорию о генетической природе заболевания. Большинство специалистов считают, что заболевание имеет иммунологическую природу.

Частыми проявлениями являются мышечная слабость, онемение, покалывание в конечностях; спастический парапарез, ретробульбарный неврит, диплопия, дизэквилибриум, или расстройство сфинктера: частое мочеиспускание, сопровождаемое жжением.

Лечение – сочетание ИВТ с лекарственными препаратами.

При применении ИВТ снижается мышечный тонус, нарастает сила в конечностях, регрессируют черепно-мозговая симптоматика и изменения в психоэмоциональной сфере.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 12-4(MC-6)

Дополнительно

- при поражении верхних конечностей **10-3(TR-10)**
3-7(V-10) 8-2(V-11) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)
- при параличе нижних конечностей **16-1(E-36)**
15-1(RP-6) справа, 14-1(V-40) 13-3(V-60) 9-10(VB-30)
9-5(VG-3)
- при нарушении речи **4-10(E-5) 9-6(V-25) 12-7(C-5)**
12-2(MC-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 4 месяцев. Необходима постоянная поддерживающая ИВТ.

3.26. Сосудистые миелопатии

Выделяется 3 основные группы причин миелопатии:

- поражение собственно сердечно-сосудистой системы;
- процессы, приводящие к сдавливанию сосудов извне (наиболее частый вид сдавливания – грыжей межпозвонкового диска);
- осложнения хирургических вмешательств.

Расстройства спинального кровообращения делятся на преходящие, острые, хронические.

Синдром Унтерхерншнитца – внезапно появляются параличи верхних и нижних конечностей с выключением сознания на короткое время. В межприступном периоде – отмечается тяжесть и тупая боль в шейном отделе позвоночника.

Миелогенная перемежающаяся хромота – развивается при появлении ишемии в нижнем артериальном бассейне спинного мозга. Клинически проявляется в слабости и онемении ног. Иногда эти явления сопровождаются императивным недержанием мочи и кала. Через 5–10 минут эти явления проходят.

Каудогенная перемежающаяся хромота – при преходящей ишемии корешков конского хвоста.

Клинически у больного при ходьбе появляются парестезии, онемение в дистальных отделах ног, которое поднимается до паховых складок, промежности и гениталий.

Хроническая недостаточность спинального кровообращения протекает в виде преходящих расстройств, затем симптомы прогрессируют. В клинике – смешанный пара- или тетрапарез в сочетании с «пятнистой» гиперестезией и нарушением функции тазовых органов.

Лечение: сосудистая терапия, ноотропные препараты, витамины группы В, ИВТ.

Зоны для терапии

в зависимости от уровня поражения:

- шейный уровень **8-1(VG-14) 8-2(V-11) 10-5(GI-11)**
12-4(MC-6) 11-2(TR-5)
- поясничный уровень **9-5(VG-3) 9-4(V-52) 16-1(E-36)**
14-3(V-57)

Дополнительно

- при наличии тазовых нарушений **12-4(MC-6) 12-12(MC-8) 7-9(VC-2) 7-8(VC-3) 9-9(VG-2)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую в зависимости от локализации. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев.

3.27. Семейная атаксия Фридрейха (дефицит витамина Е)

Дефицит витамина Е может вызвать расстройство, схожее с атаксией Фрейдриха. Проявляется спиноцеребеллярной дегенерацией с поражением задних столбов спинного мозга, приводящей к атаксии конечности, потере чувствительности, отсутствию сухожильных рефлексов, замедлению речи, и в некоторых случаях дегенерации сетчатки. Заболевание может возникнуть вследствие мальабсорбции или наследственных причин. Лечение включает прием альфа-токоферола ацетата.

ИВТ эффективна как укрепляющая, стимулирующая, улучшающая двигательные функции терапия.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 9-11(V-36) 14-1(V-40) 9-5(VG-3) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Лечение длительное.

3.28. Воспалительная и токсическая невропатия

Поражение периферических нервов. При воспалительном характере процесса в нервах носит название полиневрита; при токсическом поражении нерва – полинейропатии.

Клиника: боли, нарушение чувствительности, а потом снижение всех видов чувствительности по типу «носков» и «перчаток». Развитие вялых парезов или параличей. Выражены вегетативные нарушения: потливость, изменение окраски, изменения температуры, трофические нарушения кожи, ногтей.

ИВТ применяется для оказания обезболивающего, общеукрепляющего действия, для восстановления двигательной функции.

Зоны для терапии

- при поражении верхних конечностей **8-1(VG-14) 8-2(V-11) 11-4(GI-4) 10-5(GI-11) 12-7(C-5) 12-4(МС-6) 12-5(P-7) 11-3(TR-4) 10-4(IG-8)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

- при поражении нижних конечностей **16-1(E-36) 14-1(V-40) 15-1(RP-6) справа, 13-2(VB-39) 16-9(VB-43) 16-3(E-41) 13-4(V-62) 13-3(V-60)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

3.29. Диабетическая полинейропатия

Развивается у лиц, страдающих сахарным диабетом. Полинейропатия может быть первым проявлением сахарного диабета или возникает через много лет после начала заболевания. Наиболее существенными механизмами развития нейропатии являются ишемия и метаболические нарушения в нерве вследствие гипергликемии.

Выделяют несколько клинических вариантов полинейропатии. Ранним проявлением полинейропатии нередко может быть ослабление вибрационной чувствительности и ахилловых рефлексов. Эти явления могут существовать многие годы. Второй вариант проявляется острым и подострым поражением отдельных нервов: чаще бедренного, седалищного, локтевого или срединного, а также глазодвигательного, тройничного и отводящего. При этом у больных отмечаются боли, нарушения чувствительности и парезы мышц, иннервируемых соответствующими нервами. Третьим вариантом является значительное поражение многих нервов конечностей с чувствительными нарушениями и парезами, преимущественно в ногах. Боли часто обостряются под давлением тела и в покое. Нередко нарушается вегетативная иннервация. Если процесс прогрессирует, боли нарастают, становятся невыносимыми, появляются участки кожи, окрашенные в фиолетовый и черный цвет, мумификация гангренизированной ткани. Часто в таких случаях возникают зуд, трофические язвы и явления остеоартропатии, сопровождающиеся деформацией стоп.

Течение диабетической полинейропатии обычно имеет прогрессирующий характер. Иногда ей сопутствуют признаки так называемой висцеральной полинейропатии, которая может нарушить иннервацию внутренних органов. Особенно часто при этом развиваются ортостатическая гипотония, «нейрогенный» мочевой пузырь, импотенция.

Тяжелым осложнением является (чаще у больных старше 50 лет) поражение глазодвигательных нервов (III, IV и VI), что приводит к косоглазию, анизокории, нарушению зрачковых рефлексов на свет, аккомодации и конвергенции.

Эффективная ИВТ сахарного диабета важна для предупреждения начальных проявлений диабетической полинейропатии. Самым важным является компенсация сахарного диабета (снижение уровня гликированного гемоглобина до нормы 6,2%), нормализация артериального давления, снижение свертываемости крови и нормализация уровня холестерина, триглицеридов и липопротеидов крови.

Зоны для терапии 4-3(TR-20) **8-3**(VB-21) **3-5**(VG-16)
11-3(TR-4) **12-10**(MC-7) **12-7**(C-5)
16-1(E-36) **15-1**(RP-6) справа, **13-4**(V-62)
14-1(V-40) **16-5**(F-2) **15-4**(R-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10–12 дней ежемесячно. Лечение диабетической полинейропатии способом ИВТ – длительное.

3.30. Вегетативно-сосудистая дистония

Вазомоторные нарушения функционального характера могут возникать на различном уровне в пределах ЦНС и в периферических нервных структурах. Вегетативно-сосудистые дистонии развиваются и протекают:

- по гипертоническому типу (характеризуется небольшими и преходящими подъемами АД, эмоциональной лабильностью: тревожным сном, быстрой утомляемостью, учащением пульса, потливостью, усилением дермографизма);
- по гипотензивному типу (характеризуется понижением АД, слабостью, головокружением, головной болью, повышенной утомляемостью, сонливостью, вялостью, склонностью к обморокам, укачиванию).

Регионарные вегетативно-сосудистые дистонии относятся к местным спазмам или расширениям мышечных артерий, асимметриям артериального давления, кожной температуры и потоотделения, синдрому Рейно.

Лечение направлено на устранение нарушений в информационном гомеостазе вегетативной нервной системы, восстановление функции капиллярной системы в сосудах с учетом типа дистонии, стадии нарушений и симптомов, проявившихся к периоду лечения.

Зоны для терапии 3-6(VB-20) **3-1**(VG-20) **16-5**(F-2) **15-3**(R-3)
7-6(VC-4), **12-9**(C-7) **12-10**(MC-7) **16-1**(E-36) **4-3**(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 4 месяцев. В ходе лечения практикуется посимптомная коррекция (см. Артериальные гипертензии и Артериальная гипотензия).

3.31. Ангиотроfoneвросы

Сборная группа патологических феноменов, проявляющихся в дистальных отделах рук и ног. Ведущими симптомами являются вегетативно-сосудисто-трофические нарушения, что дало право называть их еще вегетативные полиневриты. Чаще других в группе ангиотроfoneвросов встречается симптомокомплекс Рейно.

Медикаментозное лечение хорошего эффекта не дает. Информационно-волновая терапия устраняет первопричину заболевания, нормализует нарушения в сосудистой и капиллярной системах конечностей, оказывает противовоспалительное действие.

Зоны для терапии 3-6(VB-20) **3-7**(V-10) **8-2**(V-11) **8-7**(V-15) **12-10**(MC-7) **12-14**(MC-9) **12-4**(MC-6) **12-6**(P-9)
10-5(GI-11) **16-1**(E-36) **15-1**(RP-6) справа, **8-6**(V-43)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с

перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев. В дальнейшем – профилактические курсы в осенне-весенние периоды.

3.32. Миопатия

Миопатия – прогрессирующая мышечная дистрофия. Патогенез до сих пор не ясен. Клинически при всех формах миопатии (ювенильная Эрба, псевдогипертрофическая Дюшенна, плече-лицевая Ландузи–Дежерина, миосклеротическая форма) имеется общая симптоматика. Это атрофия, которая начинается в детском возрасте и развивается постепенно, медленно и незаметно. Очень рано появляется «утиная» походка, затрудняется подъем по лестнице, ходьба, бег. Лопатки крыловидные, плечи свисают, характерны выраженный поясничный лордоз и «осиная» талия.

Лечение: эффективной медикаментозной терапии нет. ИВТ благотворно действует на патогенетические факторы, вызывающие изменения в мышцах. В результате улучшается вегетативная иннервация мышц, нормализуется функция клеток спинного мозга.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 12-4(MC-6) 3-6(VB-20) 8-3(VB-21) 4-3(TR-20) справа и слева

Дополнительно

- при поражении скелетных мышц плеча и предплечья
11-2(TR-5) 8-2(V-11) 8-4(IG-14) 10-2(GI-15) 10-1(TR-14)
- при поражении скелетных мышц нижних конечностей
14-1(V-40) 18-5(RP-10) 9-10(VB-30) 13-1(VB-34) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев. Необходима постоянная поддерживающая ИВТ.

3.32.1. Миотоническая дистрофия

Миотоническая дистрофия – медленно прогрессирующее наследственное заболевание, обычно проявляющееся в третьей или четвертой декаде жизни, редко в детском возрасте. Генетический дефект локализуется в длинном рукаве 19-й хромосомы. Миотония приводит к затвердению мышц, особенно очевидной при задержке расслабления после очередного сокращения. Клинически это проявляется задержкой расслабления руки после ее сжатия. Кроме перечисленных симптомов наблюдается слабость и дистрофия мышц лица, грудино-ключично-сосцевидной и дистальных мышц конечностей. Сопутствующими симптомами являются катаракта, облысение лобной части головы, атрофия мышц, сахарный диабет, сердечные нарушения и умственные изменения.

Лечение: сосудистая терапия, ноотропные препараты, витамины группы В, ИВТ.

Зоны для терапии

в зависимости от уровня поражения:

- шейный уровень **8-1(VG-14) 8-2(V-11) 10-5(GI-11) 16-1(E-36)**
- поясничный уровень **9-5(VG-3) 9-4(V-52) 16-1(E-36) 14-3(V-57)**

Дополнительно

- при наличии тазовых нарушений **12-4(MC-6) 12-12(MC-8) 7-9(VC-2) 7-8(VC-3) 9-9(VG-2)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую в зависимости от локализации. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев.

3.32.2. Врожденная миотония

Врожденная миотония является частой наследственной патологией. Генетический дефект располагается в длинном рукаве 7-й хромосомы. Генерализованная миотония без слабости обычно присутствует при рождении, но симптомы заболевания не появляются до раннего детского возраста. Больные жалуются на затвердение мышц, симптомы увеличиваются на холоде и при неподвижности, облегчаются при физических упражнениях. Мышечная гипертрофия также является характерной чертой. Рецессивная форма наследования с поздним началом сопровождается слабостью и атрофией дистальных мышц.

Лечение: эффективной медикаментозной терапии нет. ИВТ благотворно действует на патогенетические факторы, вызывающие изменения в мышцах: улучшается иннервация мышц и трофика, нормализуется функция клеток спинного мозга.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 12-4(MC-6) 3-6(VB-20) 8-2(V-11) 8-4(IG-14) 18-5(RP-10) 9-10(VB-30)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 4–6 месяцев. Необходима постоянная поддерживающая ИВТ.

Глава 4

БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА

Органы чувств (глаза, уши, нос, язык, кожа) связывают нас с внешней средой, благодаря им мы познаем физические свойства тел и условия окружающей среды. Кроме того, они предупреждают об опасностях, которые нам угрожают. Впечатления, воздействующие на рецепторы органов чувств, передаются через чувствительные нервы в головной мозг, который воспринимает получаемую информацию и идентифицирует ее (возникают ощущения). В этом случае нервные центры вырабатывают ответный сигнал, который поступает по двигательным нервам в различные органы для его исполнения.

Рецепторы группируются в определенных зонах и образуют различные органы чувств: зрение, слух (включая чувство равновесия), обоняние, вкус и осязание.

Глаз работает как фотоаппарат. С помощью мышц, расположенных в радужке, зрачок может расширяться или сужаться, регулируя количество света, поступающего в глаз. Хрусталик меняет свою кривизну в зависимости от расстояния, на котором находится рассматриваемый предмет. Это автоматическое фокусирующее приспособление, именуемое **аккомодацией**, позволяет получить на сетчатке четкое изображение предмета. Нормальный глаз прибегает к аккомодации только для рассмотрения предметов, находящихся на расстоянии не более 60 м и не менее 10 см; при расстоянии меньше 10 см изображение получается нечетким. Сетчатка состоит из нейронов, иннервирующих слой палочек и колбочек. Лучи света, проходящие через хрусталик, создают на сетчатке изображение, состоящее из ряда точек, каждая из которых соответствует одной колбочке или палочке. Импульсы, возникающие в этих точках, через зрительный нерв передаются в зрительные зоны полушарий головного мозга, дающие единый зрительный образ.

Мы видим благодаря глазам – органам зрения, расположенным в глазницах – впадинах лицевой части черепа. Они располагают светочувствительными рецепторами, которые, реагируя на свет, посылают импульсы в головной мозг для анализа. Каждый глаз состоит из двух частей: глазного яблока и вспомогательного аппарата.

Глазное яблоко – это орган почти сферической формы, диаметром около 24 мм, состоящий из внутреннего ядра и трех оболочек – склеры, сосудистой оболочки и сетчатки. **Склера** является волокнистой, наружной оболочкой глазного яблока. Центральная зона ее передней части прозрачная, выпуклая и образует **роговицу**, пропускающую световые лучи, а в задней ее части имеется отверстие для прохождения зрительного нерва.

Сосудистая оболочка – это средняя оболочка, богатая пигментными клетками и кровеносными сосудами. Она принимает участие в питании глаза и в образовании водянистой влаги и стекловидного тела. В ее передней части находится радужка, кольцо, которое может иметь разнообразную окраску, с отверстием в центре – зрачком.

Сетчатка – внутренняя оболочка – принимает световые образы и передает их в головной мозг. Она состоит из колбочек – клеток, воспринимающих белое, черное и различные оттенки серого.

В сетчатке выделяется **желтое пятно** – зона богатая колбочками – и **сосочек зрительного нерва**, где находится **слепое пятно** – место соединения зрительного нерва с сетчаткой, не имеющее фоторецепторов и не принимающее участия в зрении.

Глазное яблоко содержит также ряд прозрачных сред, через которые проходит свет, таких как **водянистая влага** и **стекловидное тело**. Между ними находится **хрусталик** – своего рода двояковыпуклая линза (более толстая в центре, чем по краям), фокусирующая световые лучи таким образом, что они создают идеальное изображение на сетчатке.

Глаз – очень нежный орган, поэтому он нуждается в защитных и двигательных приспособлениях. **Веки** представляют собой две складки, одну верхнюю и одну нижнюю, расположенные спереди глазниц, и на их краях находятся **ресницы**.

Конъюнктива – оболочка, покрывающая тыльную сторону век и переднюю поверхность глазного яблока, снабжена большой лимфатической сетью, защищающей глаз от инфекций.

Слезная железа и слезовыводящие пути образуют **слезный аппарат**. Функция слез состоит в облегчении движения век и увлажнении части глазного яблока, находящейся в контакте с воздухом.

Брови представляют собой два покрытых волосками дугообразных выступа, которые предохраняют глаза от пота, стекающего со лба. Движение глаз, регулируемое головным мозгом, синхронное и осуществляется действием семи **мышц глазного яблока**: прямой верхней, прямой нижней, прямой внутренней, прямой наружной, большой косой, малой косой и мышцей, поднимающей верхнее веко.

Мышцы века напрягаются около 20 000 раз за день, чтобы увлажнять и очищать глаза. Это значит, что мы не видим в течение получаса в день, т.к. столько времени затрачено на моргание.

По меткому выражению одного из ученых, «глаз – это мозг, вынесенный на периферию». Действительно, 80% информации, поступающей из внешней среды, мы воспринимаем через органы зрения. Но науке известны случаи, когда люди, лишенные физического зрения, прекрасно ориентировались в пространстве и даже обладали способностью к так называемому сверхчувственному восприятию (Ванга и др.). Это говорит о том, что мозг и другие структуры тела обладают способностью воспринимать информацию не только по оптическим каналам.

Практически все, что мы видим, – это то, что мы научились видеть. Ведь мы приходим в жизнь, не имея представления о том, как добывать информацию из света, падающего на сетчатку. В младенчестве то, что мы видим, для нас не означает ничего или почти ничего. Стимулированные светом импульсы от сетчатки попадают в мозг, но они для малыша – только ощущения, лишенные смысла. По мере взросления и обучения человек начинает интерпретировать эти ощущения, пытается в них разобраться, понять, что они означают.

Глаза – это зеркало души. Характер душевного состояния и даже мысли познаются по цвету и выражению глаз. В глазах выражаются страсть, гнев, радость, удивление, испуг и печаль. По выражению глаз определяются также здоровье и немощь физическая. Через глаза мы получаем массу информации из внешнего мира и через глаза мы выдаем состояние своей души, эмоциональное состояние. То есть происходит информационный обмен сигналами. Это как раз является предметом изучения информационной медицины. Вся окружающая нас среда, также как и внутренняя среда организма насыщена разного рода сигналами, несущими информацию. Принципиально существуют 2 рода или класса этих сигналов – одни несут позитивную информацию и способствуют улучшению здоровья, другие же действуют разрушительно. Здоровые клетки различных органов вырабатывают физиологические сигналы, если же их интенсивность снижается ниже определенной критической величины либо они принимают искаженную форму, то нарушаются слаженные и скоординированные взаимодействия между различными органами и системами, что и приводит к зарождению болезни. И только много позже, когда этот процесс приобретает выраженный и длительный характер, человек начинает чувствовать определенное недомогание. Что касается работы органа зрения, то это может проявиться в виде повышенной утомляемости глаз, ощущения «песка», ухудшение зрения и пр. Наша информационная радиоволновая диагностика способна на ранних стадиях зафиксировать начинающуюся патологию на уровне деформации сигналов и предупредить будущее заболевание, своевременно применив соответствующий метод информационной радиоволновой терапии. Он реализуется с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН, предназначением которых является воспроизведение физиологических сигналов здоровых клеток, органов и тканей. При взаимодействии сигналов наших аппаратов с искаженными сигналами поврежденных клеточных структур, вначале происходит нормализация информационного гомеостаза, а затем и функции соответствующих органов. Это общая концепция. А в частных случаях, исходя из большого накопленного нами практического опыта при конкретных диагнозах, – мы рекомендуем использовать соответствующие зоны для терапии.

4.1. Блефарит

Одно из наиболее частых глазных заболеваний, которое проявляется воспалением краев век. Причиной заболевания могут быть местное воздействие на веко глаза химических, физических и механических факторов, а также бактериальных возбудителей. Причины общего характера: авитаминозы, заболевания печени, желудка, кишечника, сахарный диабет и др. Наиболее тяжелой формой является язвенный блефарит.

ИВТ блефарита эффективна в виде монотерапии при соблюдении гигиенических условий в быту.

Зоны для терапии 1-2(VB-14) 1-4(V-1) справа и слева,
1-5(TR-23) 1-7(VB-1) справа и слева,
3-6(VB-20) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 7–10 дней. В острой стадии процедуры в первые 2 дня проводить 2–3 раза в день, в последующие дни – 1 раз в день.

4.2. Близорукость, дальнозоркость, астигматизм

Близорукость (миопия) – аномалия рефракции глаза, при которой главный фокус оптической системы глаза находится между сетчаткой и хрусталиком. Различают близорукость врожденную (в результате аномалии развития), ночную (при снижении освещенности), профессиональную (вследствие длительного напряжения зрения), школьную и др.

Дальнозоркость (гиперметропия) – состояние также характеризуется аномальной рефракцией глаза, при которой главный фокус оптической системы глаза находится позади сетчатки.

Астигматизм – аномалия рефракции, при которой нарушено фокусное изображение в различных меридианах.

ИВТ эффективна при всех формах нарушения рефракции, особенно у детей и взрослых в начальной стадии.

Зоны для терапии 1-1(VG-24) 3-7(V-10) 11-2(TR-5) 15-8(R-1) 16-4(F-3) 1-4(V-1) справа и слева,
1-5(TR-23) 1-6(E-1) справа и слева,
1-7(VB-1) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев.

4.3. Заболевания сетчатки: отслойка сетчатки и дистрофия сетчатки

4.3.1. Отслойка сетчатки – отделение сетчатой оболочки глаза от сосудистой. При разрыве сетчатки внутриглазная жидкость проникает под нее и отслаивается от сосудистой оболочки. Если произошла отслойка сетчатки, нужно сразу обратиться к врачу, т.к. промедление может грозить слепотой. Лечение включает в себя хирургическое пособие и ИВТ.

В первые 3 дня заболевания необходимо проводить по 2–3 процедуры в день по указанной в п. 4.3.6 схеме.

4.3.2. Дистрофия сетчатки обычно вызывается нарушениями в сосудистой системе глаза. Страдают от нее в основном пожилые люди, зрение которых постепенно ухудшается.

4.3.3. Диабетическая ретинопатия. При диабете происходит изменение мелких кровеносных сосудов сетчатки, которое приводит к нарушению обеспечения сосудов сетчатки кислородом и развитию заболевания «диабетическая ретинопатия». Существуют две формы этого заболевания:

- **фоновая ретинопатия сетчатки**, при которой патологические изменения происходят только в сетчатке глаза. Вследствие нарушения в области капиллярных сосудов сетчатки происходят небольшие кровоизлияния, отложения продуктов обмена веществ, а также отеки сетчатки. Эта форма заболевания поражает, прежде всего, пожилых диабетиков и в перспективе ведет к вялотекущему ухудшению зрения;

- **пролиферативная форма диабетической ретинопатии** развивается из фоновой ретинопатии вследствие все возрастающего дефицита обеспечения сетчатки кислородом. Эта форма заболевания характеризуется образованием новых сосудов, которые прорастают из сетчатки в стекловидное тело и обуславливают кровоизлияния в нем и возрастающее ухудшение зрения. Этот переход при юношеском диабете может произойти в течение нескольких месяцев. Развитие заболевания приводит к вытяжениям на сетчатке и последующему отслоению сетчатки. В нашей стране эта форма диабетической ретинопатии является наиболее частой причиной слепоты у трудоспособного населения.

4.3.4. Макулярная дегенерация – это одна из серьезных причин ограничения зрения у пожилых пациентов. Дегенерация макулы – прогрессирующее ухудшение состояния макулы – критической области в центре сетчатки, отвечающей за центральное зрение. Нарушения в макуле ведут к

невосстановимой потере центрального зрения, при этом сохраняется только периферическое зрение больного. На ранних стадиях заболевания зрение больного становится туманным, искаженным и неясным. Лечение дегенерации макулы проводится при помощи лазеркоагуляции, которую рекомендуется проводить как можно раньше с курсом ИВТ.

4.3.5. Разрывы сетчатки. Отверстия в сетчатке возникают чаще всего у близоруких людей вследствие механического натяжения патологически измененного стекловидного тела. Пациенты отмечают при этом черные нити перед пораженным глазом, а также световые вспышки. Прежде всего начинает отслаиваться край отверстия в сетчатке, позднее это приводит к отслойке сетчатки. На стадии отверстий или разрывов участки здоровой сетчатки закрепляются с помощью лазеркоагуляции. В точках коагуляции сетчатки происходит рубцевание. Вследствие этого возникает прочная связь сетчатки с роговицей. ИВТ проводится сразу после лазерной операции по схеме лечения, приведенной ниже (п. 4.3.6).

4.3.6. Пигментная дегенерация сетчатки – хроническая прогрессирующая дистрофия сетчатки с наследственной предрасположенностью. В основе заболевания лежит врожденный дефект развития сетчатки. То есть человек уже при рождении имеет повреждение сетчатки, которое в дальнейшем приведет к развитию заболевания. Повреждение заключается в нарушениях биохимических реакций, которые происходят при распаде зрительных пигментов в палочках и колбочках под влиянием света. Генетические исследования позволили ученым выявить много генов, ответственных за возникновение различных форм пигментной дистрофии сетчатки. Лечение медикаментозное, поддерживающее. Назначают сосудорасширяющие и тканевые препараты, витаминотерапию. ИВТ эффективна на ранних стадиях заболевания.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, 1-6(E-1) справа и слева, 1-7(VB-1) справа и слева, 3-4(VG-17) 5-5(VC-17) 12-10(MC-7) 3-6(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 6–9 месяцев. В случае диабетической ретинопатии и старческой макулярной дегенерации лечение длительное.

4.4. Гемералопатия

Заболевание обусловлено нарушением функции палочкового светочувствительного аппарата сетчатки. Клинические проявления болезни выражены в резком ухудшении зрения в условиях пониженной освещенности. Поэтому заболевание называют «куриная слепота», «слепота ночная».

По этиопатогенезу различают:

- врожденную (проявляющуюся в детском или юношеском возрасте) и обусловленную врожденными патологическими изменениями глаз;
- симптоматическую, которая наблюдается при некоторых органических заболеваниях сосудистой оболочки глаза, сетчатки и зрительного нерва;
- алиментарную, обусловленную недостаточным содержанием в пище ретинола или нарушением его обмена в организме (при поражениях печени).

ИВТ в двух последних формах гемералопатии достаточно эффективна, т.к. обеспечивает устранение причин, вызвавших заболевание.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, 1-7(VB-1) справа и слева, 3-4(VG-17) 12-10(MC-7) 15-8(R-1) 16-5(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. В целях профилактики рецидива курс лечения повторить через 3 месяца.

4.5. Глаукома

Хроническое заболевание глаз, сопровождающееся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления. Лечение – ИВТ в сочетании с лекарственными средствами.

Зоны для терапии 1-5(TR-23), 3-6(VB-20) 4-2(VB-8) 11-5(IG-2) 16-1(E-36), 16-4(F-3), 1-4(V-1) справа и слева, 1-6(E-1) справа и слева, 1-7(VB-1) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 6 месяцев.

4.6. Дакриоцистит

Дакриоцистит – воспаление слезного мешочка, возникающее вследствие обструкции носослезной системы. Может быть острым или хроническим процессом, болеют чаще дети или люди старше 40 лет. Часто односторонний процесс. При остром дакриоцистите возбудителями обычно являются золотистые стафилококки, гемолитические стрептококки и др.

Зоны для терапии 1-4(V-1) на проблемной стороне, 1-7(VB-1) на проблемной стороне, 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны. Воздействовать по 5 минут на каждую зону, а также местно на очаг воспаления по 5 минут. Процедуры проводить в первый день 2–3 раза, далее по одной процедуре в день до выздоровления.

4.7. Катаракта

Катаракта – помутнение хрусталика. Обычно двусторонняя. Может быть врожденная (возникающая вследствие инфекционных заболеваний, таких как краснуха, цитомегаловирус, врожденных дефектов метаболизма, таких как галактоземия, и других неопределенных наследственных нарушениях; или вторичной при системных заболеваниях (диабет, миотоническая дистрофия, атопический дерматит), системном лечении кортикостероидами или увеите.

Старческая катаракта является самым частым видом; большинство людей старше 60 лет имеют ту или иную степень помутнения хрусталика. Курение и чрезмерное употребление алкоголя увеличивает риск возникновения заболевания. В большинстве случаев ИВТ приостанавливает развитие катаракты.

Зоны для терапии 1-7(VB-1) справа и слева, 1-4(V-1) справа и слева, 1-6(E-1) справа и слева, 1-5(TR-23) 3-6(VB-20) 4-2(VB-8) 11-5(IG-2) 16-1(E-36) 16-4(F-3) 1-11(E-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 3 недели в течение 6 месяцев.

4.8. Кератит

Воспаление роговицы глаза, сопровождающееся ее помутнением и снижением зрения. Многообразие факторов и причин, вызывающих кератит, ставят это заболевание в ранг тяжелых и опасных для органа зрения.

В клиническом течении болезни доминируют симптомы раздражения роговицы – слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, боль; помутнение роговицы, сопровождающееся нарушением прозрачности, блеска, гладкости и чувствительности. Воспалительные инфильтраты могут иметь различную форму, величину и глубину поражения. Границы инфильтрата расплывчатые за счет выраженного отека роговицы и ее васкуляризации.

Воспалительный процесс роговицы может перейти на другие оболочки глаза – на радужку, цилиарное тело и склеру с развитием кератоирита, кератоиридоциклита и кератосклерита.

Лечение остро протекающего и гнойного кератита следует проводить в условиях стационара глазной клиники в сочетании с ИВТ. Раннее применение ИВТ значительно ускоряет процесс и сокращает сроки лечения, предотвращает осложнения (рубцы, помутнение роговицы), нормализует психоэмоциональную сферу пациента.

Зоны для терапии

- первый день **1-5(TR-23) 1-7(VB-1) справа и слева, 1-9(E-2) справа и слева, 7-5(R-14) 16-1(E-36)**
- второй день **1-4(V-1) справа и слева, 1-5(TR-23) 3-7(V-10) 11-4(GI-4) 16-5(F-2) 16-9(VB-43)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. В первые 2–3 дня проводить по 2 процедуры в день. Курс лечения 8–10 дней.

4.9. Конъюнктивит

Конъюнктивит – воспаление конъюнктивы глаза; является самым частым заболеванием глаз. Может быть острым или хроническим. В большинстве случаев возбудителем является бактериальная (включая гонококки и хламидии) или вирусная инфекция. Другими этиологическими факторами являются аллергия и химические раздражители. Путь заражения обычно прямой через загрязненные руки, полотенца, носовые платки и т.д., от больного глаза к здоровому, от больного человека к здоровому.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, 1-9(E-2) справа и слева, 7-5(R-14) 16-1(E-36) 16-9(VB-43)
Дополнительно

- при остром конъюнктивите 1-2(VB-14) 10-6(GI-10)
- при хроническом 4-5(IG-19) 16-5(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 7–10 дней. В остром периоде проводить 2–3 процедуры в день. При хроническом конъюнктивите ежемесячно повторять курс лечения в течение 2 месяцев.

4.10. Косоглазие

Косоглазие (гетеротропия) характеризуется отклонением зрительной оси одного из глаз от совместной точки фиксации при нарушении бинокулярного зрения. Частота распространения косоглазия – 1,5–2%.

Причинами могут быть заболевания и повреждения центральной нервной системы, врожденные различия в анатомо-оптическом строении обоих глаз и многие другие.

Различают паралитическое косоглазие, вызванное поражением нервов, иннервирующих наружные мышцы глаза, и содружественное косоглазие, когда расстраивается механизм бинокулярной фиксации объекта, а глазодвигательные мышцы почти не страдают.

ИВТ в виде монотерапии эффективна в раннем детском и юношеском возрасте.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, 1-6(E-1) справа
и слева, 1-7(VB-1) справа и слева, 3-6(VB-20) 8-1(VG-14) 12-4(MC-6) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев. Обязательно наблюдение окулиста и гимнастика для глаз.

4.11. Птоз верхнего века

Опущение верхнего века (блефароплегия) может быть как врожденным, так и приобретенным. Врожденный птоз обусловлен недоразвитием мышцы, поднимающей верхнее веко, или аплазией (аномалией развития) ствола глазодвигательного нерва. Врожденный птоз может быть проявлением феномена Гунна, в основе которого лежат связи между центрами, иннервирующими жевательные мышцы и мышцу, поднимающую верхнее веко. При этом опущенное верхнее веко (чаще левое) поднимается при открывании рта.

ИВТ блефароплегии должна проводиться при начальном ее выявлении, на первом году жизни. В этих случаях достигается высокий клинический эффект в сроки до 2–3 месяцев клинического применения ИВТ.

Приобретенный птоз развивается в результате поражения центров глазодвигательного нерва, иннервирующей мышцу, поднимающую верхнее веко, при кровоизлияниях, опухолях, воспалительных процессах в головном мозге, при поражении шейных узлов симпатического ствола и его ветвей. Лечение приобретенного птоза преимущественно оперативное. Применение ИВТ перед операцией целесообразно в целях профилактики осложнений в период операции, а также в послеоперационном периоде используются те же зоны для терапии и местно на рану. В результате

достигается эффект обезболивания, исчезновение отека в операционной ране. Репаративный процесс протекает в 1,5–2 раза быстрее, а заживление раны происходит без рубца.

**Зоны для терапии 1-6(E-1) 1-10(IG-18) 1-4(V-1) 1-7(VB-1)
2-1(VG-26) 2-2(E-3) 3-2(V-7) 4-7(TR-17)
4-9(E-6) 11-4(GI-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 3 месяцев.

4.12. Слезотечение

Истечение слезной жидкости из конъюнктивального мешка на кожу лица. Внешне простой синдром, а за ним маскируются сложные нарушения в организме человека. Это пороки развития: закрытие устья носослезного протока, сужение или облитерация слезной точки, фистула слезного мешка. В этих случаях показано оперативное лечение, в сопровождении которого рекомендуется ИВТ.

Повреждения слезного мешка и носослезного протока чаще встречаются при травмах глаза с повреждением тканей медиального угла глаза и при переломах медиальной (внутренней) стенки глазницы, носовых костей и лобного отростка верхней челюсти. Если лечение методом ИВТ начать после оказания первой помощи, то синдрома слезотечения можно избежать. Патологические изменения слезных точек в виде смещения, выворота, сужения возникают в результате воспалительных заболеваний конъюнктивы век. Воспаление слезного канальца (дакриоканаккулит) возникает вторично на фоне воспалительных процессов конъюнктивы. Поэтому раннее применение ИВТ в лечении конъюнктивита позволит предупредить дакриоканаккулит и слезотечение.

В клинике синдрома имеет место гиперсекреторное (лакримация) слезотечение, причиной которого является избыточное слезоотделение в результате повышенной функции слезной железы, добавочных слезных желез и желез хряща век, патологии вегетативной нервной системы и психо-эмоциональной сферы. Поэтому лечение синдрома должно быть комплексным, этапным с участием специалистов в области заболеваний глаз и информационной медицины. Применение ИВТ рекомендовано на всех этапах.

**Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, 1-6(E-1) справа
и слева, 1-2(VB-14), 1-7(VB-1) справа и слева,
3-6(VB-20) 10-5(GI-11)**

Дополнительно

- при нарушении психо-эмоциональной сферы **3-1(VG-20)
5-5(VC-17) 12-9(C-7)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии процессе лечения. Курс лечения 7–10 дней. В первый и второй день процедуры проводить 2 раза в день.

4.13. Увеит

Увеит – воспаление увеального тракта (сосудистой оболочки глаза), который состоит из радужной оболочки (ирит – воспаление радужки), ресничного тела (циклит – воспаление ресничного тела) и сосудистой оболочки (хорчочдит – воспаление сосудистой оболочки).

Воспалительный процесс может также начаться с сетчатки или сосудов сетчатки.

К системным заболеваниям, сопровождающимся острым негрануломатозным передним увеитом, относятся HLA-B27-связанный сакроилеит, анкилозирующий спондилит, синдром Рейтера, псориаз, **я з в е н н ы й к о л и т и б о л е з н ь К р о н а .**

Лечение должно быть комплексным, необходимо лечить основное заболевание.

**Зоны для терапии 1-7(VB-1) на стороне поврежденного глаза, 1-4(V-1) на стороне поврежденного
глаза, 16-5(F-2) 16-1(E-36) 16-9(VB-43)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на закрытое веко пораженного глаза в течение 5 минут. Процедуры проводить в первый день 2–3 раза, далее по одной процедуре в день до выздоровления.

4.15. Халазион

Халазион является распространенным гранулематозным воспалением мейбомиевой железы, который часто сопровождается внутренним ячменем. Он характеризуется твердым, безболезненным образованием на верхнем или нижнем веке. Конъюнктура в месте образования халазиона красная и приподнятая.

При применении ИВТ халазион исчезает через 2–4 недели.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, **1-6**(E-1) справа и слева, **1-7**(VB-1) справа и слева, **16-1**(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на закрытое веко в течение 10 минут. Курс лечения 12 дней. После прекращения курса лечения процесс рассасывания халазиона продолжается в течение 2–3 недель.

4.16. Ячмень

Острое гнойное воспаление желез хряща века (мейбомиевой железы) или сальной железы века (железы Цейса).

Лечение методом ИВТ в начальной стадии приостанавливает развитие болезни и выздоровление наступает через 1–2 дня.

В случае, когда образовался гнойник, лечение ИВТ уменьшает сроки лечения, выздоровление наступает через 5–7 дней без осложнений.

Зоны для терапии 1-4(V-1) справа и слева, **1-7**(VB-1) справа и слева, **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на очаг поражения при закрытом веке в течение 5 минут. Процедуры проводить в первый день 2–3 раза, далее по одной процедуре в день до выздоровления.

Глава 5

БОЛЕЗНИ УХА И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА

Ухо – это орган слуха и равновесия. Его составные части обеспечивают прием звуков и сохранение равновесия. Орган слуха делится на 3 части: наружное ухо, среднее ухо и внутреннее ухо.

Функция **наружного уха** – улавливание звуков и их проведение к барабанной перепонке. Оно состоит из **ушной раковины**, образованной хрящом со многими завитками, и **наружного слухового прохода**, идущего до среднего уха и богатого железами, выделяющими ушную серу, которая скапливается в наружном ухе и с которой выводится наружу пыль и грязь.

Среднее ухо представляет собой полость, расположенную внутри височной кости. Оно сообщается с носоглоткой с помощью **слуховой (евстахиевой) трубы** и имеет цепь сочлененных маленьких костей – **молоточек, наковальню и стремечко**, передающих точно и в усиленном виде колебания **барабанной перепонки** до тонкой овальной пластинки диаметром 1 см во внутреннем ухе.

Во **внутреннем ухе** имеется полость в виде спирали – улитка, отграниченная от среднего уха овальным отверстием. Улитка делится на две мембраны – вестибулярную мембрану и основную мембрану, разделенную, в свою очередь, на три отдела, заполненных жидкостью.

На волокнах слухового нерва, идущих вдоль основной мембраны, расположены волосковые клетки, являющиеся настоящими слуховыми рецепторами. Звуковое ощущение вызывается колебанием. Когда ушная раковина собирает звуковые волны, они отражаются в ее складках, затем проникают в наружное слуховое отверстие и ударяются о барабанную перепонку. Эта перепонка начинает колебаться с определенной частотой и высотой. Цепь из косточек среднего уха усиливает это колебательное движение и передает его в овальное отверстие, уже во внутреннее ухо. Здесь механическая энергия звуковых волн превращается в электрическую энергию благодаря тому, что волокна слухового нерва возбуждают спиральный орган, расположенный в улитке, и передают слуховое ощущение в головной мозг.

Самая низкая нота, которую может слышать человек, это звук с 20 колебаниями в минуту; самая высокая – тонкий свист с 20 000 колебаний в секунду.

Практика центров информационной медицины, использующих нашу технологию, в частности диагностическую, показывает, что причины заболеваний уха имеют не только воспалительный и посттравматический, но зачастую и более сложный генез. Так, по мнению восточной медицины, слух как функция контролируется почками, а зрение – печенью и т.д. Часто приходится наблюдать, когда при исследовании информационного гомеостаза с помощью прибора «АИС-ЛИДО» у пациентов обнаруживается искажения структуры сигналов со стороны той или иной почки, что свидетельствует о нарушении ее функционирования и с этой же стороны пациент отмечает ухудшение слуха. Или, например, известно, что вблизи уха проходят меридианы желчного пузыря и тройного обогревателя, который физиологически идентифицируется с функцией эндокринной системы, в частности гипоталамуса. Изменение режима деятельности данных органов и систем также могут способствовать возникновению проблем со слухом, болевого синдрома в области уха. Состояние шейного отдела позвоночного столба прямо влияет на мозговое кровообращение и в частности на работу слухового анализатора. Бывает в практике и такое, что пациент буквально не хочет слышать громких разговоров (скандалов, ругани), критики в свой адрес и его подсознание услужливо отключает соответствующую функцию.

Таким образом, становится понятно, что только проведение комплексной диагностики с оценкой информационного гомеостаза целостного организма способно раскрыть врачу информационной медицины полную картину и причину происходящих событий на клеточном уровне. Как правило, в своей практике мы имеем дело с пациентами, которым не помогла классическая медицина и консультация, а часто и длительное лечение у ЛОР-врача. Ни один узкий специалист не может видеть патологические процессы, протекающие в смежных органах в силу ограниченности своего инструментария и менталитета. А это чревато ошибками в диагностике и лечебном процессе. Во избежание этого мы приняли за основу, что независимо от предъявляемых жалоб, любой пациент должен пройти системную оценку состояния своего здоровья, после чего вырабатывается

индивидуальная и оптимизированная лечебная стратегия восстановления здоровья. В лечебной программе всегда присутствует метод информационной радиоволновой терапии, реализуемый аппаратами МИНИТАГ и КАМЕРТОН. Кроме того, пациенту всегда даются рекомендации по здоровому образу жизни, характеру питания, если необходимо используются и медикаменты, фитокомплексы, витаминно-минеральные добавки, психотерапевтическая коррекция.

5.1. Шум (звон) в ушах

Шум в ушах – это восприятие звуков и шумов, которые не должны улавливаться человеческим ухом в нормальных условиях. Постоянный шум в ушах обычно является признаком сенсорного нарушения слуха.

При постоянно присутствующем шуме в ушах, при котором нарушается сон и способность сконцентрироваться, возникают определенные психологические расстройства.

Для определения точного диагноза необходимы КТ и исследование сосудов головного мозга.

Зоны для терапии 4-6(VB-2) 4-8(VB-12) 4-5(IG 19) 3-1(VG-20) 4-4(TR-19) 3-3(V-8) 12-7(C-5) 16-9(VB-43)
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней.

5.2. Боль в ушах

Рекомендуется уточнить диагноз и лечить соответственно диагнозу.

При этом симптоме ИВТ выступает как скорпомощная процедура для снятия боли.

Зоны для терапии 4-6(VB-2) 4-4(TR-19) 4-7(TR-17) 11-4(GI-4) 3-1(VG-20)
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. При необходимости процедуру повторить через 3–4 часа.

5.3. Травма барабанной перепонки

Разрыв барабанной перепонки может привести к смещению слуховых косточек, перелому основания стремени, проникновению фрагментов косточек или инородного тела во внутреннее ухо, истечению перилимфы из овального или круглого окна и параличу лицевого нерва.

Травматическая перфорация барабанной перепонки вызывает внезапную сильную боль с последующим кровотечением из уха. Появляется тугоухость и шум в ухе.

Оперативное лечение в специализированном учреждении. Применение метода ИВТ показано как в предоперационном периоде, так и после операции.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) 4-7(TR-17) 4-5(IG-19) 3-6(VB-20)
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Лечение ИВТ необходимо начать как можно раньше после обследования у ЛОР-врача. Курс лечения – 10 дней. В первые двое суток процедуры проводить 2 раза в день.

5.4. Наружный отит

При наружном отите наблюдается боль в ухе, сопровождающаяся зудом и гнойными выделениями. В анамнезе часты водные процедуры или механическая травма (например, расчески, травма ватными тампонами). Возбудителями наружного отита часто бывают грам-негативные штаммы или грибки.

При осмотре можно выявить эритему, отек кожного покрова наружного слухового прохода, очень часто с гнойным экссудатом. В основу лечения наружного отита входит защита от дальнейшего попадания влаги и механической травматизации путем расчесывания. По необходимости рекомендуется применять ушные капли. А при грибковой инфекции обязательное сочетание ИВТ с антимикотическими препаратами.

Зоны для терапии 4-7(TR-17) 4-5(IG-19) 3-6(VB-20) 11-4(GI-4) 15-2(R-7)
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Лечение ИВТ необходимо начать как можно раньше. Курс лечения 5–6 дней. В первые сутки процедуры проводить 2 раза в день.

5.5. Острый средний отит

Острый средний отит является бактериальным воспалением воздушного пространства, покрытого слизистой, в височной кости. Гнойный экссудат формируется не только в среднем ухе, в полости ячеек сосцевидного отростка, но и в других близлежащих костных пневматизированных образованиях. Острый средний отит обычно вызывается вирусной инфекцией верхних дыхательных путей, которая вызывает отек наружного слухового прохода.

Острым средним отитом часто болеют дети любого возраста, чаще грудного и дошкольного. Болезнь проявляется болью в ухе, чувством давления в ухе, снижением зрения и часто лихорадкой. При осмотре типичная картина – покраснение и снижение подвижности барабанной перепонки.

Предвестниками осложнений могут быть головная боль, внезапная глухота, головокружение, озноб и повышенная температура. К серьезным осложнениям относится острый мастоидит, паралич лицевого нерва, нейросенсорная тугоухость, менингит.

Зоны для терапии 11-4^(GI-4) 4-3^(TR-20) 15-3^(R-3) 11-2^(TR-5) 4-7^(TR-17) 4-11^(TR-18) 3-6^(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. В первые сутки процедуры проводить 2 раза в день. В тяжелых случаях необходимо комбинировать ИВТ с антибиотиками под наблюдением специалиста.

5.6. Острый мастоидит

Бактериальное поражение сосцевидного отростка, приводящее к сливанию его воздушных ячеек. При остром гнойном среднем отите инфекция всегда распространяется на пещеру и ячейки сосцевидного отростка, но развитие процесса и деструкция костных частей отростка могут купироваться с помощью антибиотиков. Причиной поражения бывают те же бактерии, что вызывают острый средний отит.

Зоны для терапии 2-5^(GI-18) 3-6^(VB-20) 4-7^(TR-17) 11-4^(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10 дней. В первые трое суток процедуры проводить 2 раза в день. Необходимо комбинировать ИВТ с антибиотиками. Поднадкостничный абсцесс служит показанием к хирургическому вмешательству.

5.7. Тугоухость

Тугоухость, стойкое понижение слуха, затрудняющее восприятие речи. У детей часто возникает при остром или хроническом отите, заболеваниях носа и носоглотки (в частности при аденоидах). Наиболее резкое нарушение слуха развивается в результате патологических процессов во внутреннем ухе и слуховом нерве. Иногда наблюдается врожденная тугоухость, которая как и тугоухость, возникшая в раннем детстве, может привести к нарушению развития речи. В возникновении тугоухости у взрослых играют роль отосклероз, нарушение кровоснабжения внутреннего уха, возрастные изменения слухового нерва (так называемая старческая тугоухость), а также длительное воздействие сильного шума и хроническая интоксикация (алкоголь, никотин, ртуть, свинец и др.).

Выделяют 3 степени тугоухости. К легкой тугоухости относят понижение слуха, при котором шепот воспринимается на расстоянии 1–3 м, а обычная разговорная речь – на расстоянии более 4 м; при средней тугоухости шепот различается на расстоянии менее 1 м, а разговорная речь – на расстоянии 2–4 м; при тяжелой тугоухости шепот не различается даже около уха, а разговорная речь воспринимается на расстоянии менее 2 м.

Нейросенсорная тугоухость, появляющаяся в связи с возрастными изменениями. Это состояние начинает развиваться после 20 лет, причем сначала затрагиваются самые высокие частоты (18–20 кГц) с постоянным смещением в сторону более низких частот; обычно поражение диапазона 4–8 кГц начинается к возрасту 55–65 лет, хотя бывают некоторые вариации.

При тугоухости в слуховом органе, как правило, имеются стойкие изменения; несмотря на это, в некоторых случаях удается улучшить слух консервативными или хирургическими методами лечения. Существенную пользу при тугоухости оказывают слуховые аппараты и обучение зрительному восприятию речи (чтению с губ).

Зоны для терапии 3-6(VB-20) 2-5(GI-18) 3-1(VG-20) 8-1(VG-14)
4-4(TR-19) 4-7(TR-17) справа и слева,
12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 12 дней. Повторять курс лечения один раз в 2 месяца. Лечение ИВТ длительное, направленное на улучшение трофики.

Глава 6

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ И КРОВИ

Организм нуждается в хорошо отлаженной сети каналов для доставки питательных веществ и энергии ко всем клеткам человеческого тела. Кроме того, необходимо, чтобы продукты обмена веществ – метаболиты*, как вещества бесполезные и вредные, были доставлены в органы, которые выведут их из организма. Система кровообращения решает эту задачу, выполняя две функции: разносит питательные вещества и гормоны, забирая отходы клеточного обмена, и доставляет кислород во все части организма, от легких до межклеточных пространств, унося с собой образовавшийся углекислый газ.

Говоря о системе кровообращения, необходимо помнить о лимфатической системе, которая берет плазму, перешедшую от капилляров к тканям, и возвращает ее в кровь, препятствуя затоплению тканей, т.к. оказывает дренажное действие.

Система кровообращения основана на работе сердца, перекачивающего кровь, и на сложном переплетении сосудов – артерий, доставляющих обогащенную кислородом кровь от сердца к различным органам; вен, несущих небогащенную кровь в обратном направлении; капилляров, маленьких сосудов, через которые проходят питательные вещества, плазма крови и продукты метаболизма.

Сонные артерии и яремные вены снабжают кровью головной мозг.

Аорта – наиболее крупная артерия организма. Разветвляясь, снабжает кровью все органы и ткани.

Подключичные артерии – две артерии с многочисленными ответвлениями, снабжают кровью верхние конечности.

Полые вены делятся на верхнюю и нижнюю, несут кровь непосредственно в сердце.

Воротная вена – вена, переносящая кровь от кишок и селезенки к печени.

Легочные артерии и вены сообщают сердце с легкими, участвуют в процессе обогащения крови кислородом.

Сердце – орган, обеспечивающий необходимую силу для перекачивания крови через весь организм.

Брыжеечные вены – верхняя и нижняя, несут кровь от кишечника и впадают в воротную вену.

Селезенка – орган – «кладбище эритроцитов». Функционирует как депо крови.

Подвздошные артерии являются продолжением аорты при ее раздвоении. Каждая снабжает кровью одну нижнюю конечность.

Почечные артерии и вены снабжают кровью почки.

Брыжеечные артерии делятся на верхнюю и нижнюю. Начинаются у аорты и снабжают кровью желудочно-кишечный тракт.

Что такое «измерить давление»? Наверное, не однажды вам приходилось измерять давление, или **кровеное давление**, – это давление, которое оказывает кровь на стенки кровеносных сосудов и которое зависит от силы, с которой сердце качает кровь, а также от степени эластичности сосудов. Берутся два показателя: максимальное давление, соответствующее моменту систолы сердца, и минимальное, соответствующее диастоле.

Говорят, что человек – гипертоник, если у него систолическое давление превышает 160 мм ртутного столба, а диастолическое – 95 мм. Тогда человек может быть подвержен большому риску коронарных заболеваний.

Наша многотысячная статистика успешного лечения сердечно-сосудистых заболеваний методом информационной радиоволновой терапии с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН свидетельствует о том, что в их происхождении большое значение имеет психогенный фактор. Это подтверждается почти в 100% случаев во время проведения информационной радиоволновой диагностики с помощью прибора «АИС-ЛИДО» и полностью соответствует мнению большинства психологов и психотерапевтов, являющихся сторонниками психосоматической теории происхождения заболеваний. Характерологические особенности личности пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеют сходные черты и заключаются в следующем.

Как правило, это люди имеющие склонность к лидирующему положению в обществе, коллективе, агрессивные, но пытающиеся сдерживать свое поведение, скрытные или не умеющие открыто выражать свои чувства, имеющие страх зависимости, страх смерти, трудоголики, не умеющие отдыхать и расслабляться. В медицинской литературе такой стиль поведения называется тип А. Очень часто причиной срыва и «сосудистой катастрофы» являются конфликтные ситуации в семье или на работе, утрата близкого человека или похороны умершего от аналогичного заболевания (инфаркт миокарда), различные сексуальные, производственные или общественно-правовые трудно разрешимые проблемы, затрагивающие наиболее ранимые черты личности или значимые идеи. Очень важно в данном случае тщательно разобраться в имеющейся ситуации и особенностях реагирования конкретного пациента на нее с тем, чтобы не только назначить адекватную программу восстановления здоровья, но и научить пациента приемам снятия стресса и саногенному мышлению, которое поможет в дальнейшем не испытывать избыточных переживаний.

6.1. Аритмии сердца

Нарушения ритма сердца являются спутником многих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто они наблюдаются при коронарной недостаточности.

6.1.1. Синусовая аритмия

Синусовая аритмия – циклическое учащение нормального сердечного ритма на вдохе и уменьшение его на выдохе. Такие нарушения возникают в результате изменения нормальной рефлекторной реакции блуждающего нерва. Это состояние не имеет клинического значения. Встречается часто как у молодых людей, так и у пожилых.

Различают дыхательную синусовую аритмию, которая зависит от фаз дыхания; чаще наблюдается у подростков, пожилых людей, а также в период выздоровления после инфекционных заболеваний. Недыхательная синусовая аритмия в большинстве случаев наблюдается у больных с заболеванием сердца.

Лечение: дыхательная синусовая аритмия чаще всего не требует лечения; при недыхательной синусовой аритмии необходимо лечить основное заболевание.

Зоны для терапии 12-9(C-7) 12-3(C-3) 12-7(C-5) 12-4(MC-6)
8-4(IG-14) 2-6(E-10) 3-1(VG20)
5-6(E-16) слева, 3-6(VB-20) 16-1(E-36)
15-4(R-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 3 недели в течение 3–4 месяцев.

6.1.2. Синусовая брадикардия

Синусовая брадикардия появляется при замедлении сердечного ритма до меньше, чем 50 ударов в одну минуту, возникает вследствие увеличения влияния блуждающего нерва или органическом заболевании синусного узла. Сердечный ритм обычно увеличивается во время физических упражнений или приеме атропина. У здоровых людей и особенно, у людей с хорошей физической подготовкой ЧСС* 50 или меньше является нормальной.

Тем не менее, тяжелая синусовая брадикардия может служить признаком синусной патологии, особенно у пожилых людей. Это может быть также причиной слабости, расстройства ориентации и обмороков. Предсердные и желудочковые эктопические очаги чаще возникают при замедленном синусном ритме. В подобных случаях при сочетании симптомов с брадикардией рекомендуется применение искусственных водителей ритма.

Лечение должно быть направлено на устранение фактора, вызывающего брадикардию; при необходимости назначают препараты атропина, белладонны.

Зоны для терапии 12-9(C-7) 16-1(E-36) 5-6(E-16) слева,
8-6(V-43) 3-6(VB-20) 6-2(VC-14) 12-10(MC-7) 3-5(VG-16)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4 месяцев.

Примечание: Применение метода ИВТ пациентами с наличием искусственного ритмоводителя нами не изучено, поэтому применение аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН не показано.

6.1.3. Синусовая тахикардия

Синусовая тахикардия определяется при ЧСС более 100 ударов в минуту, возникает в результате быстрого образования импульса с нормальных водителей ритма; возникает вместе с лихорадкой, физической нагрузкой, эмоциями, болью, анемией, сердечной недостаточностью, шоком, тиреотоксикозом или как ответная реакция на применение многих лекарственных средств. Начало и окончание приступов являются постепенными в отличие от предсердной тахикардии. Пульс нечасто превышает 160 ударов в минуту, но может достигать и 180 ударов в минуту у молодых людей. Ритм в основном является регулярным.

В большинстве случаев рекомендовано лечение основного заболевания, т.к. синусовая тахикардия является только симптомом.

**Зоны для терапии 12-9(C-7) 11-6(C-9) 12-4(MC-6) 15-6(RP-4) 5-6(E-16) слева, 12-7(C-5) 5-5(VC-17)
16-1(E-36) 2-6(E-10)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4 месяцев.

6.1.4. Предсердные преждевременные сокращения (предсердные экстрасистолы)

Предсердные преждевременные сокращения возникают при появлении эктопического очага в волокнах предсердий до следующего импульса с синусового узла. Форма зубца Р отличается от нормального комплекса. Последующий интервал R–R обычно не изменяется или только слегка удлинен. Подобные преждевременные сокращения часто возникают в здоровом сердце, но никогда не являются основой для установления диагноза сердечных заболеваний. Ускорение ритма сердечных сокращений каким-то образом устраняет возникновение преждевременных сокращений.

Зоны для терапии 12-7(C-5) 12-4(MC-6) 8-4(IG-14) 12-9(C-7) 16-1(E-36) 5-6(E-16) слева, 3-6(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 2 месяцев.

6.1.5. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия

Является самой частой формой пароксизмальной тахикардии и часто возникает при отсутствии структурных заболеваний сердца. Приступы начинаются и заканчиваются внезапно и могут продолжаться от несколько секунд до нескольких часов, а иногда дольше. Частота сердечных сокращений может быть 140–240 ударов в минуту (обычно 160–220 ударов в минуту) и абсолютно регулярным (несмотря на физическую нагрузку или изменение положения тела). Больные могут не иметь никаких симптомов, кроме беспокойства от учащенного сердцебиения, лишь у некоторых больных приступ сопровождается незначительной болью в груди, одышкой. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия может возникнуть в результате завышенных доз мочегонных препаратов, в этом случае она часто связана с атриовентрикулярной блокадой.

**Зоны для терапии 5-6(E-16) слева, 5-5(VC-17) 12-10(MC-7)
3-6(VB-20) 2-6(E-10) 6-6(VC-12) 16-4(F-3)
15-3(R-3)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4–5 месяцев.

6.1.6. Желудочковые преждевременные сокращения (желудочковые экстрасистолы)

Преждевременные сокращения желудочков имеют большое сходство с предсердными преждевременными сокращениями, но их симптоматика более выраженная. Они характеризуются широким QRS-комплексом, который отличается от нормальных сокращений. Зубец Р обычно не предшествует комплексу несмотря на то, что может возникнуть ретроградная венстрикулоатриальная проводимость. До тех пор, пока существует ретроградная проводимость, наступает полная компенсаторная пауза. Бигеминия и тригеминия – аритмии, при которых каждое второе или третье сокращение является преждевременным. Физические или ритмичные дыхательные упражнения обычно способствуют устранению аритмии, ритм становится регулярным. Больные, как правило, не чувствуют аритмию, т.е. выпадение сердечных сокращений.

Зоны для терапии 12-9(C-7) 16-1(E-36) 12-5(P-7) 5-6(E-16) слева 12-4(MC-6) 3-6(VB-20) 11-6(C-9) 6-6(VC-12)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4 месяцев.

6.1.7. Желудочковая тахикардия

Желудочковая тахикардия определяется при трех и более последующих желудочковых преждевременных сокращениях. Обычный ритм составляет 160–240 ударов в минуту и в среднем является регулярным, но менее по сравнению с предсердной тахикардией. Она может быть бессимптомной или сопровождаться обмороками или незначительными симптомами при повреждении церебрального кровоснабжения.

Желудочковая тахикардия является частым осложнением острого инфаркта миокарда и дилатационной кардиомиопатии, но может возникнуть и при гипертрофической кардиомиопатии, пролапсе митрального клапана и других заболеваниях миокарда.

Зоны для терапии 12-9(C-7) 12-4(MC-6), 15-6(RP-4) 12-8(C-6) 12-7(C-5) 5-5(VC-17) 16-1(E-36) 2-6(E-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев.

6.1.8. Атриовентрикулярная блокада

Атриовентрикулярную блокаду классифицируют как первой степени (при PR интервале больше 0,21 сек с полным проведением всех импульсов), второй степени (преходящие заблокированные сокращения) или третьей степени (полная блокада, при которой ни один импульс, возникающий суправентрикулярно, не проводится к желудочкам).

Зоны для терапии 12-4(MC-6) 16-1(E-36) 8-1(VG-14) 11-6(C-9) 15-3(R-3) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 5-6(E-16) слева, 12-6(P-9) 5-5(VC-17) 3-1(VG-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4–5 месяцев.

6.2. Артериальная гипертония

Различают два вида гипертонии:

- первичная (эссенциальная) гипертония. Примерно в 95% случаев причина не выяснена. Заболевают обычно в возрасте между 25 и 55 годами; встречается очень редко до 20 лет.
- вторичная гипертония. У молодых людей вторичная гипертония бывает результатом почечной недостаточности, стеноза почечных артерий и коарктации аорты.

Гипертоническая болезнь имеет ряд особенностей:

- нарастание АД происходит при отсутствии какой-либо из известных болезней;
- большое значение наследственного фактора в развитии болезни.

Причины гипертонической болезни до настоящего времени не раскрыты.

Всем больным с давлением выше нормы, больным с отягощенным семейным анамнезом сердечно-сосудистыми осложнениями от гипертонической болезни, больным, имеющим несколько факторов риска коронарных заболеваний, должно быть рекомендовано начать немедикаментозное лечение для снижения кровяного давления. Такое как снижение веса, уменьшение употребление алкоголя, прекращение курения, ограничение употребления соли и полноценная физическая нагрузка.

Целью фармакологического лечения должно быть снижение кровяного давления до нормального уровня (например, 140/90 мм рт ст) с минимальными побочными эффектами.

Лечение гипертонической болезни – симптоматическое, т.е. прием гипотензивных препаратов. ИВТ направлена на восстановление информационной системы управления в целостном организме. Она обеспечивает снижение артериального давления, улучшение сна, устраняет тревожное состояние.

В I и II стадиях лечение ИВТ можно проводить на дому, контролируя артериальное давление; возможно прекращение систематического приема гипотензивных препаратов или снижение их дозы. В III стадии рекомендуется применение ИВТ в стационаре, т.е. сочетанное комплексное с медикаментами лечение.

Зоны для терапии 3-6(VB-20) 4-3(TR-20) 3-1(VG-20) 12-4(MC-6) 10-2(GI-15) 15-1(RP-6) справа, 15-8(R-1) 12-9(C-7) 13-3(V-60)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 4 месяцев. Лечение длительное, необходимо измерять артериальное давление до и после процедуры.

6.2.1. Почечные артериальные гипертензии

Вызваны заболеваниями почек (острый и хронический гломерулонефрит, поликистоз почек, гидронефроз, аномалии развития почек и др.)

Лечение консервативное, направлено на восстановление функции почек. Применяемая ИВТ направлена на оздоровление сосудов и паренхимы почек. Это приостанавливает развитие болезни, удлиняет сроки ремиссии.

Зоны для терапии 15-8(R-1) 15-3(R-3) 15-1(RP-6) справа, 12-2(MC-3) 16-1(E-36) 11-7(TR-1) 4-3(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев. Лечение длительное, необходимо проводить контроль артериального давления до и после процедуры.

6.2.2. Эндокринные артериальные гипертензии

Вызваны заболеваниями надпочечников (опухоль коры надпочечников, синдром Иценко-Кушинга), гипоталамуса, гипофиза.

ИВТ указанных альтернативных гипертензий направлена на нормализацию функций эндокринной системы.

Зоны для терапии 4-3(TR-20) справа и слева, 4-7(TR-17) 15-2(R-7) 3-7(V-10) 3-3(V-8) 11-7(TR-1) 8-4(IG-14) 15-6(RP-4) 3-6(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 8–10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев. Лечение необходимо проводить под контролем артериального давления до и после процедуры.

6.2.3. Гемодинамические артериальные гипертензии

Возникают в результате увеличения объема периферической крови, ее вязкости, а также повышенного содержания эритроцитов в единице объема крови.

ИВТ неспецифическим взаимодействием с системой саморегуляции обеспечивает более легкое течение заболевания, постепенно восстанавливает нарушенный баланс в крови.

Зоны для терапии 12-4(MC-6) 12-10(MC-7) 12-2(MC-3) 16-4(F-3) 15-5(R-2) 10-5(GI-11) 5-5(VC-17)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 3 месяцев. Лечение необходимо проводить под контролем артериального давления до и после процедуры.

6.2.4. Нейрогенные артериальные гипертензии

Возникают в результате функциональных нарушений высшей деятельности или органических поражений структур мозга, регулирующих системную гемодинамику. Развитие артериальной гипертензии, обусловленной нарушением высшей нервной деятельности, происходит в результате повторных, затяжных стрессорных ситуаций с негативной эмоциональной окраской. Наступает усиление влияния симпатической нервной системы на органы и ткани, что влечет за собой повышение тонуса артериальных сосудов, стимуляцию работы сердца и увеличение минутного выброса.

ИВТ направлена на устранение патологического механизма нейрогенной артериальной гипертензии.

Зоны для терапии 4-3(TR-20) справа и слева, **3-6**(VB-20)

3-1 (VG-20) **3-7**(V-10) **3-3**(V-8) **16-1**(E-36) **12-4**(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4–5 месяцев. Лечение необходимо проводить под контролем артериального давления до и после процедуры.

6.3. Артериальная гипотензия

Характеризуется пониженным артериальным давлением.

Различают первичную и вторичную артериальные гипотензии.

Первичная гипотензия проявляется в двух вариантах:

- как конституционально-наследственная установка регуляции сосудистого тонуса и АД, не выходящая за физиологические пределы («физиологическая гипотензия»);
- как хроническое заболевание с типичной симптоматикой: слабость, повышенная утомляемость, головная боль, сонливость, вялость, склонность к ортостатическим реакциям, обморокам, учащению, повышенная термо- и барочувствительность («нейроциркуляторная астения»).

Вторичная артериальная гипотензия наблюдается при некоторых инфекционных заболеваниях, язвенной болезни, микседеме, анемии, циррозе печени, при действии лекарственных препаратов и т.д.

Лечение гипотензивных состояний направлено на устранение причины и основного патогенетического фактора.

Зоны для терапии 2-5(GI-18) **8-4**(IG-14) **11-2**(TR-5) **12-6**(P-9) **12-7**(C-5) **15-4**(R-6) **16-1**(E-36) **15-1**(RP-6) справа, **11-4**(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 2 месяцев.

6.4. Миокардиопатия

Невоспалительное поражение сердечной мышцы.

Причины миокардиопатии: острая и хроническая экзогенная интоксикация, в том числе и алкогольная, эндокринные и обменные нарушения (тиреотоксикоз, микседема, синдром Кушинга, ожирение, сахарный диабет, авитаминозы, голодание), патологический климакс.

Симптоматика нередко маскируется признаками основного заболевания. Отмечается повышенная утомляемость, небольшая одышка при физических напряжениях, приглушение первого тона на верхушке сердца, умеренная тахикардия. При прогрессировании заболевания развивается сердечная недостаточность. ИВТ назначается в целях повышения сопротивляемости организма, дезинтоксикации, улучшения кровоснабжения миокарда.

Зоны для терапии 12-4(МС-6) 16-1(Е-36) 8-1(VG-14) 11-6(С-9) 15-3(R-3) 12-9(С-7) 12-10(МС-7) 5-6(Е-16) слева, 12-6(Р-9) 5-5(VC-17) 3-1(VG-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 4 недели в течение 4–5 месяцев.

6.5. Острый миокардит

Острый миокардит – ограниченное или диффузное воспаление миокарда. В большинстве случаев имеет инфекционную природу – это могут быть бактерии, вирусы, риккетсии, спирохеты, грибки или паразиты; также причиной могут быть токсины, лекарственные препараты, а также иммунологические реакции.

Вирусный миокардит является самой частой формой, возбудителем часто являются коксакивирусы, но могут иметь значение и другие возбудители.

Дифтерический миокардит возникает вследствие воздействия токсинов и проявляется нарушением проводимости и сердечной недостаточностью. Заболевание начинается после нескольких дней или недель после перенесенного острого лихорадочного заболевания или респираторной инфекции, может осложниться сердечной недостаточностью без предварительных симптомов. Частым симптомом является плеврально-перикардальная боль. При осмотре выявляется тахикардия, ритм галопа и другие признаки сердечной недостаточности и нарушения проводимости.

При выявлении возбудителя показана специфическая антимикробная терапия.

6.5.1. Лекарственный и токсический миокардит

Большое количество лекарственных препаратов и токсических веществ могут вызвать острое или хроническое повреждение миокарда; клиническая картина широко варьируема. Доксорубин и другие цитотоксические средства, эметин и катехоламины (особенно при феохромоцитоме) вызывают патологические изменения воспаления, некроза вместе с клинической картиной сердечной недостаточности и аритмии; токсичность напрямую связана с дозой принятых веществ. Радиационное излучение также может явиться причиной острой воспалительной реакции, хронического фиброза, часто в сочетании с перикардитом.

Лечение комплексное, ИВТ и медикаментозное, начинать следует в стационаре.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 5-6(Е-16) слева, 12-4(МС-6) 8-7(V-15) 5-5(VC-17) 12-2(МС-3) 12-10(МС-7) 12-9(С-7) 12-13(С-8) 11-6(С-9) 13-3(V-60) 16-4(F-3) 16-1(Е-36) 5-7(R-23)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 3 месяцев.

6.6. Острый перикардит

Острое воспаление перикарда (наружной оболочки сердца) может быть инфекционного генеза или быть результатом заболеваний: аутоиммунные синдромы, уремия, неоплазма, радиация, токсичность лекарственных веществ, гемоперикард или контагиозные воспалительные процессы в миокарде или легком. Во многих из этих состояний в патологический процесс вовлекается как перикард, так и миокард.

Проявление и течение инфекционного перикардита зависит от причины, вызвавшей ее, но все синдромы часто (не всегда) связаны с болью в груди, которая обычно является плевритической или постуральной (уменьшается в положении сидя). Боль обычно загрудинная, может иррадиировать в шею, плечи, спину или эпигастральную область. Может также сопровождаться одышкой.

Лечение сочетанное – ИВТ с медикаментами в условиях стационара.

Зоны для терапии 12-10(МС-7) 5-6(Е-16) слева, 12-4(МС-6) 16-1(Е-36) 8-1(VG-14) 11-6(С-9) 12-9(С-7) 5-5(VC-17) 3-1(VG-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 4–5 месяцев.

6.7. Ишемическая болезнь сердца

Ишемическая болезнь сердца (коронарная недостаточность) – патология сердца, характеризующаяся снижением кровоснабжения сердечной мышцы.

Условно все разновидности коронарной недостаточности можно разделить на две группы: обратимые и необратимые.

Обратимые нарушения коронарного кровотока клинически проявляются различными вариантами стенокардии стабильного или нестабильного клинического течения.

Необратимое нарушение или значительное длительное уменьшение притока крови по коронарной артерии завершается гибелью сектора (региона) сердца – инфарктом.

Расстройства коронарного кровообращения могут возникнуть в следствие:

- атеросклеротического поражения стенок коронарных артерий;
- образования тромбов в венечных артериях сердца;
- спазма коронарных артерий.

Основными клиническими проявлениями коронарной недостаточности являются стенокардия и инфаркт миокарда, которые относятся к острым формам, коронарный кардиосклероз – хроническая форма болезни.

ИВТ оказывает неспецифическое действие на весь организм: улучшает капиллярный кровоток во всех органах, в т.ч. в сердечной мышце, стимулирует развитие коллатерального кровоснабжения, повышает эффективность лекарственных средств, снижая их токсичность и расход.

При острых формах ИБС (стенокардии и инфаркте миокарда) лечение ИВТ проводится в стационаре, а в период реабилитации в центрах восстановительного лечения и на дому.

При хронической форме ИБС ИВТ может использоваться как основной метод лечения, необходимость применения медикаментов определяет врач.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 5-6(E-16) слева,
12-4(MC-6) 8-7(V-15), 5-5(VC-17) 12-2(MC-3) 12-10(MC-7) 12-9(C-7) 12-13(C-8) 11-6(C-9) 13-3(V-60) 16-4(F-3) 16-1(E-36) 5-7(R-23)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4–5 месяцев. В случае нестабильного течения болезни применять ИВТ постоянно, с перерывами в 2–3 недели.

6.8. Стенокардия

Характеризуется внезапно наступающими приступами сильной боли в области сердца, отдающими в левое плечо, руку, спину и нижнюю челюсть – зона Захарьина–Геда. В результате рефлекторного сокращения межреберных мышц развивается чувство стеснения в груди (стенокардия). Активизируются вегетативные процессы в виде учащенного сердцебиения, повышенного кровяного давления, потливости, слюнотечения и изменения чувствительности кожи в области сердца. У больного появляется страх.

Стенокардия является следствием нарушения функций многих органов и систем и расстройства организма в целом. Существующие методы медикаментозной терапии не вполне удовлетворяют клиническую практику лечения больных стенокардией. Особенностью способа ИВТ является неспецифическое воздействие на весь организм, начиная с молекулярного и клеточного уровней, отсутствие негативных побочных эффектов, хорошая переносимость лечения, отсутствие противопоказаний. Высокая эффективность позволила рекомендовать информационную радиоволновую терапию к применению, как при купировании приступов стенокардии, так и в периоды лечения и реабилитации. Применение ИВТ при стенокардии является профилактикой инфаркта миокарда.

Для купирования приступа стенокардии:

**Зоны для терапии 12-4(МС-6) 5-6(Е-16) слева, 12-9(С-7)
12-8(С-6) 15-6(РР-4) 16-1(Е-36)**

Воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. ИВТ при этом сочетается с медикаментозными средствами. В случаях невозможности устранения боли в сердце, необходимо в срочном порядке прибегнуть к помощи специалистов неотложной помощи.

Лечение стенокардии, а также постинфарктных состояний, следует проводить после детального обследования в клинических условиях. Оно может быть сочетанным с медикаментами или в виде монотерапии методом ИВТ.

Зоны для терапии:

- утром **12-8(С-6) 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 5-6(Е-16) слева,
12-10(МС-7) 15-6(РР-4) 16-5(F-2)**
- вечером **12-9(С-7) 3-6(VB-20) 5-6(Е-16) слева, 8-1(VG-14)
16-1(Е-36) 8-7(V-15) 10-5(GI-11)**

В первые 5–6 дней воздействовать на зоны не менее 2 раз ежедневно – утром и вечером. В последующие дни по одной процедуре в день. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения, т.е. «утренние» – первый день, «вечерние» – второй день и т.д. Воздействовать по 5 минут на каждую зону. Курс лечения – 10–12 дней. Необходимо повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 6–12 месяцев. Полный период реабилитации может составить от 6 месяцев до 2 лет.

6.9. Инфаркт миокарда

Заболевание сердца, обусловленное острой недостаточностью его кровоснабжения, с возникновением очага некроза в сердечной мышце.

Причины инфаркта миокарда:

- коронаротромбоз (острая закупорка просвета артерии);
- коронаростеноз (острое сужение просвета артерии набухшей атеросклеротической бляшкой, пристеночным тромбом);
- стенозирующий распространенный коронарокардиосклероз (резкое снижение просвета 2–3 коронарных артерий).

Началом инфаркта миокарда считают появление приступа интенсивной и продолжительной (более 30 минут, нередко многочасовой) загрудинной боли, не купирующейся повторными приемами нитроглицерина. Реже в картине приступа преобладает удушье или боль сосредотачивается в подложечной области (астматическая и гастралгическая формы) инфаркта миокарда.

На этапах профилактики и реабилитации инфаркта миокарда ИВТ по эффективности воздействия на патогенетический процесс заболевания претендует на ведущую роль применения в клинике коронарной недостаточности.

Информационная радиоволновая терапия инфаркта миокарда применяется в сочетанном комплексном лечении в условиях стационара, лучше, если ИВТ начата на 6–7 сутки от начала заболевания, т.е. на этапе, когда завершены реанимационные программы лечения.

Зоны для терапии

- утром **12-8(С-6) 12-2(МС-3) 5-5(VC-17) 5-6(Е-16) слева,
12-10(МС-7) 15-6(РР-4) 16-5(F-2) 3-1(VG-20)**
- вечером **12-9(С-7) 3-6(VB-20) 6-2(VC-14) 5-6(Е-16) слева,
16-1(Е-36) 8-7(V-15) 10-5(GI-11) 4-3(TR-20)**

Дополнительно

- при отеке легких **13-2(VB-39) 6-1(VC-15) 5-5(VC-17)**
- при коллапсе **2-1(VG-26) 2-3(VC-24)**

В первые 14 дней производить процедуры 2 раза в день – утром и вечером. В последующие дни по одной процедуре в день. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения, т.е. «утренние» – первый день, «вечерние» – второй день и т.д. Воздействовать по 5 минут на каждую зону. Курс лечения 45 дней без перерыва. Далее повторять курс лечения по 10 дней с перерывами в 4 недели в течение 6–12 месяцев. Полный период реабилитации может составить от 6 месяцев до 2 лет.

6.10. Атеросклероз

Хроническая болезнь артерий, постепенно приводящая к сужению просвета стенок сосудов и нарушению их функций.

Атеросклероз поражает средние и крупные артерии, для него характерно образование атеросклеротических бляшек. Важная роль в возникновении и дальнейшем развитии атеросклероза принадлежит изменениям клеток тканей артериальной стенки, отклонениями в совершающихся в ней биохимических процессах. Патологический процесс при атеросклерозе имеет две тенденции:

- усугубление изменений сосудистой стенки под действием холестерина;
- выход холестерина из стенки артерий, рассасывание его отложений и заживление участков повреждений в сосудистой стенке, а в ранних фазах – полное восстановление ее структуры.

Поскольку атеросклероз развивается медленно (десятки лет) и течет волнообразно, профилактика его должна начинаться в юношеском возрасте и продолжаться непрерывно на протяжении всей жизни человека.

Для атеросклероза характерно бессимптомное течение до тех пор, пока сужение сосуда не достигает критической степени или не разовьется тромбоз, аневризма или эмболия. Общее поражение атеросклерозом всех артерий наблюдается очень редко. Обычно происходит преимущественное поражение сосудов головного мозга, сердца, почек, ног. Клиническая картина зависит от поражения того или иного органа, в котором преимущественно развиваются атеросклеротические изменения, приводящие к таким заболеваниям как стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии; сердечная или почечная недостаточности, инсульт; окклюзия периферических сосудов.

ИВТ на ранних этапах заболевания в сочетании с правильным образом жизни позволяет предотвратить развитие осложнений, т.к. способствует улучшению тканевого обмена. На позднем этапе способствует более легкому течению заболевания, угасанию симптоматики.

Зоны для терапии 12-2(МС-3) 13-2(VB-39) 16-1(Е-36) 8-3(VB-21) 6-2(VC-14) 15-1(RP-6) справа, 15-2(R-7) 4-4(TR-19) 15-8(R-1) 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева, 12-4(МС-6) 14-1(V-40) справа и слева, 8-1(VG-14) 16-5(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней ежемесячно в течение 6 месяцев. Лечение может быть более длительным.

6.11. Облитерирующий эндартериит

Нейротрофическое заболевание с преимущественным поражением сосудистой системы и последующей гангреной конечностей; чаще этой патологии подвержены мужчины в возрасте 30–45 лет.

Предрасполагающими факторами заболевания являются длительное охлаждение конечностей, курение и хронические инфекции, ведущие к нарушению симпатической иннервации сосудов, сосудистому спазму с последующим тромбозом и облитерацией.

Различают три стадии заболевания:

- спастическая – функциональная фаза с наличием спазма артерий;
- ишемическая – с наличием органических изменений в сосудах;
- гангренозная форма – цианоз пальцев и стопы с наличием сухой гангрены.

Ведущими симптомами являются перемежающаяся хромота, утомление, онемение ног при ходьбе, боль в икроножных мышцах, ослабление или отсутствие пульсации на артериях тыльной поверхности стопы, задней большеберцовой и даже бедренной.

Информационная радиоволновая терапия направлена на нормализацию функции нервной и эндокринной систем, повышение защитных функций организма, расширение периферических сосудов и нормализации циркуляции в них, улучшение трофики тканей.

Зоны для терапии 16-1(Е-36) 16-3(Е-41) 13-3(V-60) 15-1(RP-6) справа, 12-2(МС-3) 15-3(R-3) 15-8(R-1) 13-6(V-65) 14-1(V-40) справа и слева, 10-5(GI-11) 12-10(МС-7) 9-7(V-31) 12-14(МС-9) 14-3(V-57) 3-1(VG-20) 3-6(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 20–25 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2–3 недели в течение 4 месяцев.

При трофических изменениях кожи воздействовать местно на очаги поражения. Лечение длительное. Исключить факторы риска: курение, употребление алкоголя, переохлаждение.

6.12. Болезнь Рейно

Спазм артериол, чаще всего в пальцах рук, сопровождающийся приступами побледнения или цианоза кожи, который может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов.

Спазм сосудов провоцируется местным охлаждением, психоэмоциональным напряжением.

Прогрессирование болезни ведет к трофическим изменениям кожи пальцев рук.

ИВТ направлена на нормализацию функций сосудистой и нервной систем, повышение защитных сил организма, циркуляции крови в капиллярном русле, что улучшает трофику тканей и способствует профилактике прогрессирования болезни.

**Зоны для терапии 3-6(VB-20) 11-7(TR-1) 10-2(GI-15) 12-2(MC-3) справа и слева, 12-5(P-7) 12-9(C-7)
3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 11-2(TR-5) 11-5(IG-2) 16-1(E-36) 12-4(MC-6) 12-14(MC-9)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2–3 недели в течение 6 месяцев. При наличии трофических нарушений пальцев рук воздействовать местно на каждый очаг поражения в течение 3 минут.

6.12.1. Идиопатический артериит Такаясу

Идиопатический артериит Такаясу – болезнь «отсутствия пульса», часто страдают молодые женщины. Оклюзионный полиартериит неизвестной этиологии с преимущественным поражением ветвей дуги аорты. Симптомы заболевания зависят от того, какие сосуды поражены. Могут появиться признаки недостаточности мозговых сосудов с преходящими ишемическими приступами и нарушениями зрения; отсутствием пульса в руках с увеличением коллатерального кровообращения в артериях плеча, груди и области шеи. Тем не менее, самым частым признаком является шум при аускультации пораженных сосудов. Протяженность поражения может быть выявлена на ангиографии.

Зоны для терапии

- первый день **3-1(VG-20) 12-10(MC-7) 5-4(P-2) справа и слева, 5-5(VC-17) 16-1(E-36) 12-10(MC-7)**
- второй день **3-6(VB-20) 10-5(GI-11) 2-5(GI-18) справа и слева, 5-6(E-16) слева, 16-4(F-3) 12-12(MC-8)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, чередуя их по дням. Курс лечения 15–20 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 6 месяцев.

6.12.2. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера)

Болезнь Бюргера – эпизодический и сегментарный воспалительный тромботический процесс в артериях и венах, преимущественно конечностей. Причины заболевания неизвестны. Часто страдают мужчины до 40 лет, особенно курильщики. Воспалительный процесс носит преходящий характер с периодами ремиссий, которые могут длиться от нескольких недель до месяцев и даже лет. Наиболее часто поражаются артерии стопы и нижней конечности. В патологический процесс могут быть вовлечены артерии верхней конечности и кисти.

Принципы лечения те же, что и при атеросклерозе периферических сосудов, но прогноз благоприятнее. Поэтому при возможности в лечении больше внимания необходимо уделять консервативным методам, в том числе ИВТ.

Зоны для терапии

- первый день **3-6**(VB-20) **5-6**(E-16) слева, **7-11**(RP-12) справа и слева, **16-3**(E-41) справа и слева, **12-14**(MC-9)
- второй день **5-5**(VC-17) **15-1**(RP-6) справа, **14-1**(V-40) справа и слева, **14-3**(V-57) справа и слева, **16-3**(E-41)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, чередуя их по дням. Курс лечения 10–12 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 5–6 месяцев.

6.13. Лимфангит и лимфаденит

Возбудителями лимфангита или лимфаденита часто является бактериальная инфекция, обычно гемолитический стрептококк или стафилококк. Инфекция напрямую может перейти в лимфатическое русло из раны или абсцесса. При вовлечении в процесс лимфатических сосудов – часто это проявляется красными полосками на коже по ходу регионарных лимфатических узлов, которые в свою очередь болезненны и увеличены. К системным проявлениям относятся лихорадка, озноб и общее недомогание. Инфекционный процесс может быстро прогрессировать. Эффективна комплексная терапия – антибиотики и ИВТ для снятия болевого синдрома, уменьшения отека.

Зоны для терапии

- при поражении нижних конечностей **3-1**(VG-20) **14-3**(V-57) со стороны поражения, **15-8**(R-1) **16-3**(E-41) со стороны поражения и местно на область раневого процесса
- при поражении верхних конечностей **3-6**(VB-20) **5-5**(VC-17) **12-2**(MC-3) со стороны поражения, **5-4**(P-2) со стороны поражения, **15-1**(RP-6) справа, и местно на область раневого процесса

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны и местно на область раневого процесса, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10–12 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 5–6 месяцев.

6.14. Варикозное расширение вен

Состояние, при котором периферические вены (особенно на ногах) удлинены, расширены и извиты; их клапаны становятся функционально несостоятельны.

Заболевание нередко носит семейный характер.

Прогрессированию заболевания способствуют следующие факторы: беременность, длительное пребывание в вертикальном положении, некоторые болезни (асцит, опухоли живота и др.). В ранней стадии болезни пациенты не имеют жалоб и прибегают к косметическим мерам.

В дальнейшем больных беспокоит тупая боль и утомляемость мышц ног.

Прогрессирование варикозного расширения вен приводит к осложнениям – пигментации кожи ног, экземе, тромбофлебиту.

Лечение консервативное и хирургическое, зависит от стадии болезни.

Применение ИВТ эффективно на любой стадии болезни, т.к. в результате лечения происходит улучшение микроциркуляции в тканях, что является профилактикой развития осложнений.

Зоны для терапии **9-6**(V-25) **9-10**(VB-30) **9-7**(V-31) **13-3**(V-60) **13-6**(V-65) **14-1**(V-40) справа и слева, **16-1**(E-36) **16-3**(E-41) **15-1**(RP-6) справа, **14-3**(V-57) **16-5**(F-2) **12-12**(MC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 3 месяцев. При пигментации кожи и экземе воздействовать местно по 10 минут.

6.14.1. Тромбофлебит

Тромбофлебит – заболевание, проявляющееся частичной или полной окклюзией вены с воспалительными изменениями на стенке вены. Тромбоз может возникнуть вследствие травмы эндотелия, которая приводит к доступу тромбоцитов на субэндотелиальные ткани, особенно если

это происходит в условиях венозного застоя. Тромбоциты скапливаются на стенке вен, затем фибрин, лейкоциты и, наконец, эритроциты оседают на них. Образуется тромб, который может свободно мигрировать по вене. Через 7–10 дней тромб прилипает к стенке вены, и начинают развиваться вторичные воспалительные изменения. Различают тромбофлебит глубоких и поверхностных вен. Больной может жаловаться на тупую сжимающую боль, выраженную боль в икре или по всей ноге, особенно во время ходьбы.

Лечение консервативное и включает в себя мероприятия под наблюдением специалистов: постельный режим не менее чем на 7–14 дней, прием антикоагулянтов в сочетании с ИВТ.

Применение ИВТ эффективно на любой стадии болезни, т.к. в результате лечения происходит улучшение микроциркуляции в тканях, что является профилактикой развития осложнений.

**Зоны для терапии 9-6(V-25) 9-10(VB-30) 9-7(V-31) 13-3(V-60) 13-6(V-65) 14-3(V-57) справа и слева
16-5(F-2) 14-1(V-40) справа и слева
16-1(E-36) 16-3(E-41)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон и местно на пораженную область, по 5 минут на каждую зону. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 12–15 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 3 недели в течение 3 месяцев.

6.15. Геморрой и его осложнения

Заболевание в своей основе имеет варикозное расширение вен геморроидального сплетения, в течение которого имеет место воспаление, тромбоз, изъязвление и кровотечение. Нередки осложнения, приводящие к выпадению слизистой прямой кишки, образованию трещин заднего прохода и других заболеваний анального отверстия и прямой кишки.

Зоны для терапии 12-12(MC-8) 13-3(V-60) 14-1(V-40) 7-3(VC-8) 18-1(VG-1) 18-2(VC-1) 16-5(F-2)
Дополнительно

- при кровоточащем геморрое **15-2(R-7) 15-1(RP-6) справа, 18-3(F-8)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно вокруг анального отверстия по 10 минут. Курс лечения – 10–12 дней ежемесячно в течение 2–3 месяцев.

6.16. Анемия

Анемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина (менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) и гематокрита (менее 39% у мужчин и 36% у женщин). Обычно при этом также происходит и снижение количества красных кровяных телец (эритроцитов).

Различные виды анемий выявляются у 10–20% населения, в большинстве случаев у женщин. Наиболее часто встречаются анемии, связанные с дефицитом железа (около 90% всех анемий), реже анемии при хронических заболеваниях, еще реже анемии, связанные с дефицитом витамина В₁₂ или фолиевой кислоты (мегалобластные), гемолитические и апластические. Необходимо помнить, что анемия может иметь сложное происхождение. Возможно сочетание железодефицитной и В₁₂-дефицитной анемий.

В клинической практике наиболее распространена следующая классификация анемий:

- анемии, обусловленные острой кровопотерей;
- анемии вследствие нарушения продукции эритроцитов;
- апластические;
- железодефицитные;
- мегалобластные;
- сидеробластные;
- хронических заболеваний;
- анемии вследствие повышенного разрушения эритроцитов;
- гемолитические.

В зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина выделяют три степени тяжести анемии:

- легкая – уровень гемоглобина выше 90 г/л;
- средняя – уровень гемоглобина в пределах 90–70 г/л;
- тяжелая – уровень гемоглобина менее 70 г/л.

Общие симптомы анемии характеризуются слабостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, раздражительностью, сонливостью, головокружением, головными болями, шумом в ушах, мельканием «мушек» перед глазами, сердцебиением при небольшой физической нагрузке или в покое, одышкой.

Нередко первой жалобой у пожилых пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, является учащение приступов стенокардии, даже после небольшой физической нагрузки. Характер и выраженность жалоб при анемии разнообразны и зависят от вида, степени тяжести анемии, скорости ее развития и индивидуальных особенностей больного.

ИВТ применяется в комплексной терапии анемии для улучшения общего самочувствия пациента и улучшения кроветворения, для снижения общей интоксикации при специфической медикаментозной терапии.

Зоны для терапии 6-6(VC-12) 6-5(VB-24) слева, 12-10(MC-7) 15-8(R-1) 14-1(V-40) 7-3(VC-8)

Дополнительно

- при апластической анемии **5-5(VC-17), 15-1(RP-6) справа, 16-4(F-3)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней ежемесячно в течение 3–9 месяцев.

Глава 7

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Организм человека функционирует как обычная свеча: для того чтобы свеча горела, необходимо зажечь ее, а горение возможно только при наличии кислорода. Система органов дыхания – это совокупность структур, позволяющих улавливать кислород и выводить углекислый газ, образованный внутренним дыханием. Центральный орган – это легкие, расположенные по обе стороны сердца. К ним через легочные артерии поступает венозная кровь, а через дыхательные пути – атмосферный воздух. Таким образом, клетки располагают нужным горючим – кислородом, позволяющим выполнять их функции: преобразовывать в энергию питательные вещества пищи, переносимые кровью, образовывать различные виды тканей и постоянно регенерировать.

Глотка – трубка, отходящая вниз от носовой полости. Пересечение дыхательных и пищеварительных путей.

Полость носа нагревает, увлажняет и очищает воздух, поскольку является начальным отделом дыхательных путей.

Полость рта – второстепенный путь поступления воздуха, но важный, т.к. участвует в производстве голоса.

Гортань – хрящевая полость, расположенная между горлом и трахеей, является голосообразующим органом.

Бронхи – трубки, образующиеся при раздвоении трахеи, продолжают ветвиться на более тонкие – долевые и сегментарные бронхи.

Трахея – хрящевая трубка длиной 10–15 см, расположенная между гортанью и началом бронхов.

Легкие – основные органы дыхательной системы, находящиеся в грудной полости. Обеспечивают правильный газообмен крови через альвеолы.

Клиническая практика в сфере диагностики и лечения заболеваний органов дыхания, особенно у детей, показывает, что достижение хороших результатов возможно лишь в случае комплексной информационной радиоволновой диагностики «АИС-ЛИДО», которая вскрывает невидимые причины и вовлеченность в патологический процесс других органов и систем. Так, в частности, любые заболевания толстой кишки прямо приводят к отеку слизистой бронхолегочного дерева и безуспешное многолетнее лечение заболеваний органов дыхания, например таких как бронхиальная астма, говорит о том, что этот фактор неучтен. Использование метода информационной радиоволновой терапии с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН позволяет не только купировать воспалительный процесс, часто не прибегая к антибиотикам, но и оказать противоаллергическое и противоотечное действие, восстановить защитные силы, нормализовать психоэмоциональный фон, расслабить гладкую мускулатуру бронхов, нейтрализовать побочный эффект медикаментов, а в ряде случаев и полностью отказаться от их помощи, в том числе гормонов.

7.1. Острые респираторные вирусные инфекции

Группа вирусных болезней, характеризующихся преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей. К числу респираторных вирусных болезней (РВБ) относятся грипп, парагрипп-инфекция и др. Заболевания характеризуются острым началом с повышением температуры, головными и мышечными болями, насморком, кашлем, которые обычно быстро проходят. Возможны осложнения – отит, пневмония, бронхит, менингит и др.

Информационная радиоволновая терапия способна приостановить развитие болезни в первые-вторые сутки заболевания или значительно снизить агрессивность вируса, предупредить осложнения. Поэтому лечение способом ИВТ следует начинать немедленно при появлении первых признаков болезни (головная боль, озноб, боль в горле и насморк).

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 12-5(P-7) 11-2(TR-5) 16-1(E-36)

Дополнительно

- при насморке **1-3(V-2) 1-8(GI-20)**
- при болях в горле **12-1(P-5) 4-7(TR-17) 5-1(VC-22) 11-4(GI-4) 2-4(VC-23)**
- при кашле **5-2(R-27) 12-1(P-5) 2-5(GI-18) 5-6(E-16)**
16-2(E-40) 11-5(IG-2) 8-2(V-11) 8-5(V-13) 8-9(VG-10)

- при головных болях **3-6**(VB-20), **3-7**(V-10) **3-5**(VG-16)
- при высокой температуре **10-5**(GI-11)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7 дней. В первый и второй день процедуры проводить по 2–3 раза.

7.2. Острый ринит

Острый насморк представляет собой неспецифическое воспаление слизистой оболочки полости носа. Для него характерны внезапное начало и поражение сразу обеих половин носа, сухость в носу, жжение, боль в горле, чихание, недомогание, дыхание через нос нарушается, а затем совсем прекращается. Причины заболевания – переохлаждение, снижение общей сопротивляемости организма. Лечение рекомендовано начинать при первых признаках болезни.

Зоны для терапии **1-1**(VG-24) **1-8**(GI-20) справа и слева,
8-1(VG-14) **1-3**(V-2) справа и слева,
11-4(GI-4) **6-2**(VC-14) **8-2**(V-11) **16-5**(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. В первый и второй день процедуры проводить 2–3 раза в день. Курс лечения – 5 дней.

7.3. Хронический ринит

Представляет собой неспецифический дистрофический процесс слизистой оболочки и в ряде случаев костных стенок полости носа. Причины заболевания – частые переохлаждения, инфекции, общие заболевания – сердечно-сосудистые, почек, токсическое поражение слизистой носа. Симптомы: затруднение носового дыхания, умеренные выделения из носа.

Зоны для терапии **16-1**(E-36) **10-5**(GI-11) **4-9**(E-6) **15-3**(R-3)
5-1(VC-22) **2-2**(E-3) **11-2**(TR-5)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 2 недели.

7.4. Аллергический ринит

Причиной аллергического (вазомоторного) ринита является аллерген – вещество, к которому имеется повышенная чувствительность организма (цветочная пыльца, трава, деревья, перо, бумажная пыль). Носит сезонный характер.

Зоны для терапии **1-8**(GI-20) справа и слева, **10-5**(GI-11)
2-2(E-3) справа и слева, **6-2**(VC-14)
11-4(GI-4) **8-1**(VG-14) **3-1**(VG-20) **4-3**(TR-20) **16-1**(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 2 недели.

7.5. Фарингит

Воспаление носоглотки относится к частым заболеваниям. Преимущественно болеют люди среднего и пожилого возраста, у детей он встречается редко. Причиной болезни могут быть хронические заболевания носа, кариес, длительное выключение носового дыхания. Проявляется саднением, першением в горле, покашливанием. Лечение направлено на устранение местных и общих причин. ИВТ сокращает сроки заболевания.

Зоны для терапии **2-4**(VC-23) **16-1**(E-36) **11-4**(GI-4) **1-8**(GI-20) **11-5**(IG-2) **8-1**(VG-14) **12-5**(P-7)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней.

7.6. Этмоидит

Воспаление решетчатого лабиринта. Начинается после острого заболевания гайморовых, лобных и клиновидных пазух. В связи с этим хронический этмоидит редко встречается изолированно, обычно – в сочетании с воспалением других придаточных пазух, чаще с гайморовой. Симптоматика зависит от активности процесса. Беспокоит головная боль, боль в области переносицы, выделения из носа имеют запах. Лечение консервативное; в редких случаях сочетают с внутриносowymi операциями. ИВТ начинать в ранние сроки болезни.

Зоны для терапии 1-3(V-2) 16-1(E-36) 11-4(GI-4) 1-8(GI-20) 11-5(IG-2), 3-1(VG-20), 4-3(TR-20), 1-1(VG-24)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3–5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней.

7.7. Гайморит

Воспаление верхнечелюстной пазухи. Бывает острое и хроническое. Жалобы на повышение температуры, плохое самочувствие, заложенность носа, дыхание через рот, боль в области пазухи, корня носа, скуловой кости. Выделения из носа жидкие, затем становятся вязкими и гнойными. Лечение сочетанное с антибиотиками, в тяжелых случаях проводится хирургическое вмешательство. ИВТ позволяет остановить процесс воспаления и максимально уменьшить антибактериальную терапию.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) 1-3(V-2) справа и слева, 1-9(E-2) справа и слева, 1-8(GI-20) справа и слева, 4-9(E-6) 11-2(TR-5) 10-6(GI-10) 3-6(VB-20) 8-1(VG-14) 12-1(P-5)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней.

7.8. Ангина

Острое воспаление глотки (чаще небных миндалин) обычно в результате стрептококковой или, реже, вирусной инфекции.

Для ангины характерна боль, особенно выраженная при глотании и часто иррадиирующая в уши. Очень маленькие дети не жалуются на боль, но отказываются есть. Обычны высокая температура, недомогание, головная боль и рвота.

Зоны для терапии 2-4(VC-23) 2-5(GI-18) 5-2(R-27) 16-1(E-36) 16-5(F-2) 12-10(MC-7) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 10-5(GI-11)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. В первые трое суток проводить процедуры 2 раза в день. Курс лечения – 8–10 дней.

7.9. Тонзиллит

Хроническое воспаление небных миндалин. Наиболее частым признаком хронического тонзиллита являются частые ангины в анамнезе. Наряду с традиционной терапией с целью уменьшения интоксикации применяют ИВТ.

Зоны для терапии 1-10(IG-18) справа и слева, 11-4(GI-4) 12-11(P-11) 10-5(GI-11) 4-9(E-6) 16-7(E-44) 2-4(VC-23) 15-3(R-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3–5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней. Для профилактики обострений тонзиллита воздействовать на зону **10-6(GI-10)** 1–2 раза в месяц.

7.10. Ларингит

Острое воспаление слизистой оболочки гортани. Редко наблюдается как самостоятельное заболевание. Является продолжением воспаления носа, глотки, чаще при кори, коклюше, гриппе.

Характеризуется осиплостью голоса, першением, саднением, сухостью во рту, в начале болезни – сухой кашель, затем с мокротой. При лечении соблюдать голосовой режим; ИВТ направлена на устранение симптомов болезни и предупреждение осложнений.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 2-4(VC-23) 11-4(GI-4) 10-5(GI-11) 12-1(P-5) 16-2(E-40) 15-8(R-1) 2-6(E-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3–5 минут на каждую. Курс лечения – 8–10 дней.

7.11. Трахеит

Воспаление слизистой оболочки трахеи. Различают острый и хронический трахеит. Острый трахеит редко бывает изолированным; обычно он протекает в сочетании с острым ринитом, фарингитом и ларингитом. Наиболее частой причиной острого трахеита является вирусная инфекция. Заболеванию способствует вдыхание сухого, переохлажденного или запыленного воздуха, токсических паров и газов.

**Зоны для терапии 12-5(P-7) 12-6(P-9) 2-4(VC-23) 16-1(E-36) 15-4(R-6) 11-4(GI-4) 8-2(V-11) 8-5(V-13)
16-2(E-40) 5-5(VC-17) 5-1(VC-22)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. В острой стадии проводить процедуры 2–3 раза день.

7.12. Острый бронхит

Клиническая картина острых бронхитов складывается из симптомов общей интоксикации и симптомов поражения бронхов. Главное в лечении острого бронхита «захватить» самое начало болезни. ИВТ способствует укреплению защитных свойств организма, резко снижает токсичность вирусов, бактерий, токсинов, улучшает кровоснабжение бронхов, купирует бронхообструктивный процесс и развитие болезни. ИВТ при остром бронхите следует проводить первые 2–3 дня по 2–3 процедуры в день.

В тяжелых случаях лечение острого бронхита ИВТ может применяться в сочетании с различными антибиотиками, сульфаниламидами.

**Зоны для терапии 8-2(V-11) 12-1(P-5) 11-4(GI-4) 15-5(R-2)
5-4(P-2) 16-1(E-36) 8-8(V-17) 16-2(E-40)
5-5(VC-17) 8-1(VG-14)**

Дополнительно

- при раздражении трахеи и гортани **5-1(VC-22) 2-4(VC-23) 15-1(RP-6)** справа

Ежедневно на одну процедуру применять 5–6 зон. Воздействовать по 5 минут на каждую зону. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней.

7.13. Хронический бронхит

Диффузное воспалительное заболевание бронхов с избыточной секрецией слизи в бронхиальном дереве, протекающее с обострениями и ремиссиями.

Лечение способом ИВТ следует начинать как можно раньше, оно должно быть индивидуальным, в соответствии с клиническими формами и непрерывным. Больные хроническим бронхитом нуждаются в реабилитации, которая заключается в проведении ИВТ (осень, весна) и, при необходимости, в периоды сезонных вирусных респираторных заболеваний.

**Зоны для терапии 5-1(VC-22) 8-2(V-11) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 5-5(VC-17) 12-1(P-5) 16-1(E-36) 15-1(RP-6)
справа, 12-5(P-7) 5-3(VC-20)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. Повторять профилактические курсы лечения 2 раза в год (весна, осень).

7.14. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма относится к обструктивным процессам в легких и характеризуется:

- обратимой обструкцией дыхательных путей;

- воспалением дыхательных путей;
- повышенной реактивностью дыхательных путей в ответ на различные воздействия (аллергены, дым, пыль, микроорганизмы, аспирин, индометацин и др.).

Информационная радиоволновая терапия (ИВТ) как способ неспецифического воздействия на целостный организм, весьма эффективна в клинике острых и хронических неспецифических заболеваний легких с бронхообструктивным синдромом, коими являются бронхиальная астма, хронический астматический бронхит. Высокая результативность ИВТ отмечена как при купировании приступа бронхиальной астмы, так и при ее лечении. При острых и хронических воспалительных процессах в легких и бронхах ИВТ применяется в сочетании с антибиотиками и сульфаниламидами. Комплексное лечение значительно эффективнее.

**Зоны для терапии во время приступа 10-5(GI-11) 5-4(P-2)
2-6(E-10) 5-1(VC-22) 12-4(MC-6) 12-6(P-9)
5-5(VC-17)**

Применять все зоны. Воздействовать по 5 минут на каждую.

При лечении бронхиальной астмы на этапах вторичной профилактики и реабилитации применять:

**Зоны для терапии 3-6(VB-20) 5-2(R-27) 10-5(GI-11) 8-6(V-43) 15-3(R-3) 6-1(VC-15) 5-3(VC-20) 12-5(P-7)
6-4(F-14) 12-6(P-9) 6-3(E-19) 3-1(VG-20)
4-3(TR-20) 11-4(GI-4) 16-5(F-2) 11-2(TR-5)
16-1(E-36)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 15–20 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6 месяцев. Возможно сочетание с массажем, ЛФК, дыхательными упражнениями, горячими обтираниями грудной клетки. В период лечения необходимо исключить переохлаждение, избегать простудных заболеваний.

7.15. Пневмония

Острое и хроническое заболевания, характеризующиеся воспалением тканей легких.

При этой болезни возможны частые осложнения: плевриты, переход в хроническую форму, заболевания почек и сердца.

Лечение пневмонии должно быть комплексным с обязательным применением антибактериальной терапии. ИВТ повышает эффективность лекарственных препаратов, снижает их токсичность, повышает защитные свойства организма, предотвращает развитие осложнений и рецидивы.

В острой стадии заболевания ИВТ применять по 2–3 процедуры в день, в хронической – одну процедуру в день.

**Зоны для терапии 11-4(GI-4) 8-2(V-11) 5-5(VC-17) 12-5(P-7)
15-1(RP-6) справа, 8-4(IG-14) 8-5(V-13) 8-6(V-43) 8-1(VG-14) 5-4(P-2) справа и слева,
12-6(P-9) 2-5(GI-18) 5-8(MC-1) 11-1(TR-6) 6-1(VC-15) 16-1(E-36)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии по дням в течение лечения. Курс лечения – 15 дней. Противорецидивное лечение проводить в весенний и осенне-зимний периоды по полного излечения.

7.16. Легочное кровотечение

Отхаркивание крови. Наблюдается при раке легких и бронхов, туберкулезе легких, инородных телах в бронхах, аневризме аорты.

Клиническая картина: отхаркивание крови «полным ртом» или появление прожилок крови в мокроте. Прогноз обусловлен причиной кровохарканья.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) **16-1**(E-36) **15-2**(R-7) **15-1**(RP-6) справа, **12-1**(P-5) **12-6**(P-9) **16-5**(F-2) **5-5**(VC-17)

Лечение проводить под наблюдением врача специалиста. Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

7.17. Эмфизема легких

Характеризуется патологическим расширением воздушных пространств, которое сопровождается изменениями альвеолярных стенок. Различают: первичную, развивающуюся без предшествующего бронхолегочного заболевания, и вторичную, являющуюся осложнением бронхолегочных болезней. Причины заболевания – табачный дым, пылевые частицы во вдыхаемом воздухе, хронический обструктивный бронхит. Клиническая картина: характерна одышка, уменьшение дыхательной экскурсии легких, ослабление дыхания, синдром «пыхтения». Лечение первичной эмфиземы симптоматическое – ЛФК, кислородотерапия; при вторичной – проводят лечение основного заболевания. ИВТ направлена на купирование дыхательной и сердечной недостаточности.

Зоны для терапии 6-2(VC-14) **12-6**(P-9) **5-4**(P-2) **8-5**(V-13)
10-6(GI-10) **5-3**(VC-20) **6-1**(VC-15) **15-1**(RP-6) справа, **11-2**(TR-5) **5-5**(VC-17) **8-1**(VG-14)
6-8(F-13)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 14 дней. Повторять курс лечения 2 раза в год. В стадии субкомпенсации целесообразно проводить процедуры ежедневно.

7.18. Пневмокониозы (силикоз, асбестоз)

Пневмокониозы – хронические фиброзирующие заболевания легких, вызванные вдыханием угольной или силикатной пыли. В клинике различают пневмокониозы рабочих угольной промышленности, силикозы и асбестоз. Лечение во всех случаях является симптоматическим.

Пневмокониоз рабочих угольной промышленности характеризуется заглатыванием угольной пыли альвеолярными макрофагами, ведущие к формированию угольных пятен, обычно 2–5 мм в диаметре, которые можно увидеть на рентгенограмме в виде маленьких диффузных затемнений, часто располагающиеся в верхних отделах легких. Курение не увеличивает риск развития угольного пневмокониоза, но способствует развитию нарушений вентиляционной функции.

При **силикозе** длительное и значительное вдыхание свободных силикатных частиц (размер вдыхаемых частиц 0,3–5мм) приводит к образованию маленьких круглых теней (силикатных узелков) на всем легочном пространстве. Кальцификация периферических отделов лимфатических узлов (кальцификация по типу «яичной скорлупы») является патогномоничным признаком силикоза, несмотря на то, что встречается не часто. Больные хронической формой силикоза более подвержены развитию туберкулеза.

Асбестоз – узелковый интерстициальный фиброз, возникающий у рабочих, работающих с асбестом и рабочих угольной промышленности, характеризующийся развитием одышки, дыхательными хрипами, а в некоторых случаях развитием цианоза и утолщением концевых фаланг пальцев. Курение при асбестозе является фактором риска карциномы легких.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) **16-1**(E-36) **5-4**(P-2) справа и слева, **10-5**(GI-11) **15-2**(R-7) **12-5**(P-7)

12-4(MC-6)**12-6**(P-9) **16-5**(F-2) **5-5**(VC-17) **5-11**(RP-17)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 14 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6–8 месяцев.

Глава 8

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Человеческий организм нуждается в информационном и материальном ресурсе для своей жизнедеятельности, поэтому он должен принимать пищу. Пища не может усваиваться без переработки, она должна пройти ряд физических, химических и биологических изменений. Этот процесс, называемый пищеварением, способствует превращению углеводов, жиров и белков пищевых продуктов в вещества, используемые организмом. Система органов пищеварения начинается полостью рта и заканчивается задним проходом, имеет длину 12 м, работает в двух фазах. Механическая фаза происходит в полости рта и состоит из размельчения съедаемой пищи на частицы, достаточно маленькие, чтобы их можно было легко проглотить. Химическая фаза представляет собой превращение пищи в вещества, усваиваемые организмом, что достигается воздействием разных соков, ферментов, выделяемых пищеварительными железами.

Слюнные железы – эти три пары желез выделяют слюну, которая смачивает и начинает химическую обработку пищи.

Полость рта – полость, в которой происходит пережевывание и смачивание пищи слюной. В ней расположены зубы, пережевывающие пищу, и язык, который сминает и распределяет пищу среди зубов.

Печень – жизненно важный орган для организма. Накапливает гликоген, являющийся резервом энергии, и выделяет желчь, необходимую для переваривания жиров.

Желчный пузырь – орган, расположенный в нижней части печени, который накапливает желчь и подает ее в кишечник.

Поджелудочная железа – железа смешанной секреции, расположенная под желудком, которая выделяет поджелудочный сок и инсулин – гормон, регулирующий обмен глюкозы.

Аппендикс – маленький червеобразный отросток, назначение которого недостаточно изучено, но по последним данным он играет существенную роль в иммунном ответе.

Надгортанник – хрящ, расположенный между гортанью и глоткой, который препятствует попаданию пищи в дыхательные пути.

Пищевод – трубка, соединяющая глотку с желудком. Мышцы, которые образуют внутренние стенки пищевода и сфинктеры*, осуществляют сокращения для проталкивания пищи в желудок.

Желудок – орган, расположенный в брюшной полости. Получает пищу, уже смоченную слюной и пережеванную, смешивает ее с желудочным соком и проталкивает через привратник в 12-перстную кишку.

Тонкая кишка – часть пищеварительного тракта длиной от 4 до 7 метров, куда поступают поджелудочный и желудочный соки, желчь и где расщепляются до мелких частиц и всасываются питательные вещества.

Толстая кишка – последняя часть пищеварительного тракта, состоящая из слепой кишки, ободочной кишки и прямой кишки, где абсорбируется вода из пищи и образуется кал из непереваренных продуктов.

Прямая кишка – последняя часть толстой кишки и пищеварительного тракта, которая связывает ободочную кишку с внешней средой через сфинктер.

Диагностика заболеваний органов пищеварения часто доставляет определенные трудности для пациентов, когда возникает необходимость провести эндоскопические исследования. Да и для врачей это не всегда простая задача определить источник болевого синдрома в области живота. Использование метода информационной радиоволновой диагностики с помощью прибора «АИС-ЛИДО» позволяет с высокой достоверностью, быстро и безболезненно установить причину дискомфорта, даже в тех случаях, когда ни анализы крови, ни другие инструментальные исследования не показывают патологию. Это относится к так называемым функциональным расстройствам.

Второй стороной технологии здоровья «ЛИДО» является метод информационной радиоволновой терапии, реализуемый с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН.

Взаимодействие сигналов, генерируемых этими аппаратами, с искаженными и ослабленными сигналами поврежденных клеток приводит к улучшению и нормализации информационного

гомеостаза, а затем и функциональной способности клеточных ансамблей органов и тканей желудочно-кишечного тракта и восстановлению здоровья.

8.1. Стоматит

Воспаление слизистой оболочки полости рта; стоматит часто бывает признаком системного заболевания (острые инфекции, болезни кожи, крови, авитаминоз). Язвенные поражения слизистой оболочки могут сопровождаться дурным запахом изо рта и кровянистого цвета слюной.

Зоны для терапии 4-10(Е-5) 2-2(Е-3) 2-1(VG-26) 2-3(VC-24)
2-4(VC-23) 4-9(Е-6) 11-4(GI-4) 10-5(GI-11) 12-2(MC-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. При необходимости курс лечения повторить через 2 недели.

8.2. Глоссит

Острое или хроническое воспаление языка. Глоссит может возникать как первичное поражение или как симптом другого заболевания. Причины заболевания разнообразны: микроорганизмы, обитающие в полости рта, механическое, термическое и химическое воздействие, аллергическая реакция (на зубную пасту, красители, пластмассу зубных протезов, пломбирочный материал и т.д.), авитаминоз (недостаток витаминов группы В), анемия, некоторые кожные заболевания.

Специфические заболевания, вызвавшие глоссит, подлежат соответствующей терапии. Следует избегать действия раздражающих веществ и аллергенов. Рекомендуются легкая, преимущественно холодная пища. Важно тщательно соблюдать гигиену полости рта.

Зоны для терапии 2-4(VC-23) 10-5(GI-11) 16-1(Е-36) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 4-8(VB-12) 2-5(GI-18)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости курс лечения повторить через 2 недели.

8.3. Гингивит

Воспаление края десны.

Различают катаральный, гипертрофический, язвенный гингивиты. Причины – механическая травма десны (зубной камень, зубные протезы), курение, химическое раздражение, снижение иммунитета.

Лечение ИВТ в сочетании с местной медикаментозной терапией способствует устранению симптомов заболевания и сокращает сроки лечения.

Зоны для терапии 2-2(Е-3) 2-1(VG-26) 10-5(GI-11) 4-9(Е-6)
2-3(VC-24) 16-1(Е-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 5–10 дней. При необходимости курс лечения повторить через 2 недели.

8.4. Пародонтит, пародонтоз

Системное поражение всего комплекса тканей пародонта, приводящее к разрушению опорного аппарата зуба. Причины общие: авитаминоз, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и пр. Местные причины: плохая гигиена полости рта, неадекватное протезирование, травма, отложение зубного камня.

Рекомендовано комплексное лечение, включающее ИВТ и специализированную стоматологическую помощь.

Зоны для терапии 16-1(Е-36) 10-5(GI-11) 16-5(F-2)
• поражение верхней челюсти 2-1(VG-26) 2-7(VG-28) 2-2(Е-3)
• поражение нижней челюсти 4-9(Е-6) 4-10(Е-5) 2-3(VC-24)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. А также местно на коже в проекции проблемного участка по 3–5 минут. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

8.5. Мукоцеле

Мукоцеле – слизистая киста, чаще располагается на нижней губе и является следствием травматического повреждения протоков малых слюнных желез с попаданием слюны, содержащей муцин, в окружающие ткани. В результате образуется мягкий узелок. Если киста расположена поверхностно, покрывающий ее эпителий истончается и принимает голубоватый оттенок.

Консервативное лечение аппаратом МИНИТАГ возможно в течение 5–6 месяцев после возникновения кисты, при более длительном сроке заболевания возможно только хирургическое иссечение кисты.

Аппарат ставить над кистой в 2–3 мм от поверхности слизистой оболочки. Процедуру проводить по 10–15 мин. Курс лечения – 10–12 дней.

8.6. Зубная боль. Состояние после удаления зуба или установки имплантата

Рекомендуется применение аппарата для облегчения боли при глубоком кариесе, пульпите, периодонтите, после пломбировки корневого канала.

**Зоны для терапии 4-7(TR-17) 4-6(VB-2) 2-2(E-3) 10-5(GI-11)
12-12(MC-8) 11-4(GI-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на коже в проекции проблемного зуба по 3–5 минут.

8.7. Дискинезии пищевода

Проявляются в виде недостаточности глоточно-пищеводного и кардиального сфинктеров.

Атония и паралич пищевода проявляются дисфагией, возникающей при употреблении сухой и плохо прожеванной пищи. При поражении глоточно-пищеводного сфинктера во время проглатывания пищи возникает поперхивание и попадание пищи в дыхательные пути.

При недостаточности кардиального сфинктера характерны отрыжка, срыгивание содержимым желудка, которое часто попадает в пищевод, в результате чего развиваются рефлюкс – эзофагит, пептическая язва.

Лечение неспецифическое, отличается выраженностью терапевтического эффекта и проводится полностью без каких-либо медикаментозных средств. Начиная с первых дней курса лечения, симптоматика значительно уменьшается (во время процедуры болевой синдром купируется), боли полностью исчезают после 3–5 дней лечения, реже после 6–7.

**Зоны для терапии 8-7(V-15) 8-8(V-17) 5-5(VC-17) 12-6(P-9)
5-3(VC-20) 6-2(VC-14) 8-1(VG-14)**

Дополнительно

- при спазме глоточной мускулатуры **3-6(VB-20) 5-1(VC-22)
10-5(GI-11)**
- при сужении пищевода **12-11(P-11) 6-7(R-19)**
- при спастическом сужении (спазме) пищевода **8-6(V-43)
5-6(E-16) 9-1(V-21) 5-2(R-27) 5-1(VC-22)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–7 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. Рекомендуется повторять курс через 2 недели. Основным критерием определения количества курсов лечения является наступление стойкой клинической ремиссии.

- при остром спазме пищевода с застоем пищевых масс и рвоте: **12-1(P-5) 16-1(E-36) 15-1(RP-6)
справа, 8-5(V-13) 6-5(VB-24) 6-1(VC-15)**

Воздействовать по 5 минут на каждую зону. При необходимости процедуру повторять 2–3 раза в день.

8.8. Эзофагит

Воспалительные заболевания пищевода чаще всего возникают в результате повреждений (механических, химических, лучевых), ожогов и присоединившейся инфекции. Симптоматика, клиническое течение и исход эзофагита зависят от уровня и степени поражения стенки пищевода. Характерными симптомами являются: боль за грудиной, усиливающаяся при глотании, чувство жжения, срыгивание пищей, жидкостью, кровью, тошнота, рвота.

ИВТ начинается незамедлительно в целях обезболивания, дезинтоксикации, устранения отека и другой симптоматики.

**Зоны для терапии 6-6(VC-12) 16-1(E-36) 12-5(P-7) 8-7(V-15)
5-2(R-27) 15-1(RP-6) справа, 5-1(VC-22) 8-1(VG-14)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3–5 минут на каждую. Курс лечения – 7–10 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 4 недели.

8.9. Варикозное расширение вен пищевода

Заболевание является следствием портальной гипертензии у больных циррозами или опухолями печени, тромбозом печеночных вен, сдавления воротной вены. До возникновения кровотечения заболевание проходит бессимптомно или с нерезко выраженной дисфагией* и изжогой, больной страдает от основного заболевания (цирроз или рак печени). Лечение направлено на устранение угрозы кровотечения. В редких случаях это удается консервативным способом, поэтому чаще прибегают к хирургическому лечению – наложению портокавального или спленокавального анастомоза.

ИВТ проводится в целях профилактики пищевода кровотечения на фоне лечения цирроза печени (см. цирроз печени) циклами по 7–10 сеансов каждый с перерывом 4–6 недель. При наличии клиники перерывы между циклами сокращают.

**Зоны для терапии 16-4(F-3) 6-4(F-14) 6-5(VB-24) 15-4(R-6)
13-1(VB-34) 12-4(MC-6) 5-1(VC-22) 15-1(RP-6) справа**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 7–10 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 4 недели. В целях профилактики курс лечения повторять 2 раза в год.

8.10. Пептическая язва пищевода

Заболевание регистрируется в 25–30 раз реже, чем пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Отмечено сочетание пептической язвы пищевода с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях характерна высокая секреция соляной кислоты желудочного сока. Язвы располагаются в нижних сегментах пищевода, округлой или вытянутой формы, диаметр их редко превышает 1 см. Симптомы в виде болей за грудиной или в эпигастриальной области, которые усиливаются во время еды при глотании, иногда в положении лежа, вследствие заброса желудочного сока в пищевод. Нередки: дисфагия, возникающая вследствие сопутствующего эзофагоспазма, воспалительного отека или рубцового сужения пищевода, упорная изжога, отрыжка, срыгивание кислым желудочным содержимым. Течение болезни длительное, прогрессирующее, однако отмечены периоды ремиссии и обострения.

Осложнением пептических язв могут быть пищеводные кровотечения, перфорация, резкое сужение просвета пищевода.

После первого сеанса ИВТ снижаются, а затем нормализуется секреция соляной кислоты и пепсина. Рубцовая деформация при ИВТ незначительна, а в 27% случаев язва закрывается без образования рубца.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 6-2(VC-14) 3-6(VB-20) 16-1(E-36) 6-8(F-13) 12-9(C-7) 12-6(P-9)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Противорецидивное лечение в первый год заболевания проводить 2 раза в год, в последующие 2 года – 1 раз в год.

8.11. Тошнота, рвота

Тошнота и рвота являются основными симптомами заболеваний пищеварительной системы. Рвота без предшествовавшей тошноты свидетельствует о патологии в ЦНС. Появление рвоты по утрам перед завтраком свидетельствует о токсическом действии внешних или внутренних факторов или о наличии токсикоза беременности. Рвота во время еды или сразу после нее чаще всего обусловлена функциональными или органическими причинами, заболеванием желудка или двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, поджелудочной железы. Поэтому тошноту и рвоту следует рассматривать как симптом заболевания органов пищеварения. ИВТ весьма эффективна как при симптоматическом, так и при специфическом лечении. В том и другом случае происходит воздействие на организм в целом. В этой связи ИВТ направлена воздействием на активные зоны центральной нервной системы и узлы вегетативной нервной системы.

Зоны для терапии

- при тошноте **1-1**(VG-24) **3-6**(VB-20) **16-3**(E-41) **6-6**(VC-12) **15-6**(RP-4) **5-2**(R-27) **12-2**(MC-3) **11-7**(TR-1) **11-4**(GI-4)

Дополнительно

- при сильной тошноте **12-9**(C-7)
- при тошноте утром натошак **10-1**(TR-14)
- при тошноте печеночного происхождения **6-5**(VB-24) справа
- при тошноте с горечью во рту и головокружением **9-10**(VB-30)
- при тошноте с отвращением к кислому **5-6**(E-16)
- при тошноте с отрыжкой **5-4**(P-2)

Зоны для терапии

- при рвоте **7-2**(E-25) **13-5**(VB-40) **7-10**(E-30) **11-2**(TR-5) **2-3**(VC-24)

Дополнительно

- при неврогенной **6-6**(VC-12)
- при сильной **11-2**(TR-5) **7-1**(VB-26) **15-1**(RP-6) справа
- при головокружении **2-6**(E-10) **11-4**(GI-4)
- при тенденциях к обморокам **12-5**(P-7)
- при плохом пищеварении **18-4**(RP-9)
- при сильной жажде **8-6**(V-43) **6-1**(VC-15) **9-1**(V-21)
- при диарее **12-1**(P-5) **6-6**(VC-12) **6-2**(VC-14)
- с пищевыми веществами и желчью **5-5**(VC-17)
- с желчью **12-7**(C-5) **8-2**(V-11) **8-8**(V-17) **12-4**(MC6) **7-2**(E-25)
- при кровянистой со слизистыми выделениями **6-8**(F-13) **6-7**(R-19)
- при интоксикации **10-2**(GI-15) **7-1**(VB-26)
- при диспепсии **6-6**(VC-12) **15-1**(RP-6) справа, **14-1**(V-40)
- при морской болезни **16-4**(F-3) **6-7**(R-19) **12-9**(C-7)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – до прекращения тошноты и рвоты.

8.12. Боли желудка

Боли возникают в результате заболеваний органического и функционального характера, которые могут быть легко купированы применением ИВТ на доклиническом этапе. ИВТ следует применять при болях как симптоматическое (обезболивающее) лечение до уточнения диагноза. В последующем ИВТ применять для лечения основного заболевания.

- Зоны для терапии **16-7**(E-44) **15-8**(R-1) **5-3**(VC-20) **6-2**(VC-14) **16-5**(F-2) **16-1**(E-36)

Дополнительно

- при непрерывных болях в желудке **11-6**(C-9), **3-1**(VG-20) **6-6**(VC-12)

- при жгучих болях и сильной жажде **9-4**(V-52) **4-3**(TR-20)
- при болях в желудке во время еды **6-6**(VC-12) **6-3**(E-19) **16-7**(E-44)
- при хронической гастралгии **6-2**(VC-14) **3-1**(VG-20) **16-5**(F-2) **3-6**(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

8.13. Спазм желудка

Спазм желудка, как функциональное нарушение, развивается у лиц с эмоциональной лабильностью после психоэмоционального стресса. Спазмические сокращения желудка возникают после приема пищи. При клинических исследованиях морфологические изменения в желудке не обнаруживаются. Спазм желудка чаще наблюдается у женщин при нарушениях менструального цикла. Спазм желудка регистрируется и в результате рефлекторного воздействия на слизистую горячей пищей, крепкими напитками и другими веществами.

Сильные боли в желудке, иррадиирующие в грудь и спину, с тошнотой, отрыжкой, обмороком легко купируются применением способа ИВТ, который применим как симптоматическое лечение и как оздоровление затянувшихся состояний.

Зоны для терапии **6-6**(VC-12) **16-1**(E-36) **8-1**(VG-14) **16-7**(E-44)

3-6(VB-20) **5-11**(RP-17) **5-5**(VC-17) **3-1**(VG-20) **12-9**(C-7) **4-3**(TR-20) **12-4**(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней.

8.14. Гастрит

Заболевание обусловлено воспалением слизистой оболочки желудка. Различают острое и хроническое течение болезни. Острый гастрит характеризуется как многофакторное заболевание, обусловленное химическими, механическими, термическими и бактериальными причинами. Патогенез сводится к дистрофически-некробиотическому повреждению поверхностного эпителия и железистого аппарата слизистой оболочки желудка и развитию в ней воспалительных изменений. Острый гастрит протекает как острый гастроэнтерит или гастроэнтероколит.

Причинами экзогенного гастрита являются погрешности в питании, пищевые токсикоинфекции, раздражающее действие некоторых лекарств (салицилаты, бромиды, антибиотики, сульфаниламиды), пищевая аллергия на некоторые продукты.

Эндогенный гастрит возникает при острых инфекциях, нарушениях обмена веществ и активном распаде белков при ожогах, радиационных поражениях.

Хронический гастрит является результатом дальнейшего развития острого гастрита, как следствие некачественного этиопатогенетического лечения, а также продолжающихся вредоносных факторов воздействия на желудок. В клиническом течении характерны наличие болей, чувства тяжести и полноты в эпигастральной области, тошноты, слабости, головокружения, рвоты, поноса.

Высокая эффективность лечения гастритов способом ИВТ обусловлена выраженностью неспецифических эффектов: обезболивание, нормализация нервной системы, секреторной и двигательной функции желудка, противовоспалительным и противоаллергическим действием.

Зоны для терапии **9-1**(V-21) **6-6**(VC-12) **16-1**(E-36) **6-3**(E-19)

15-1(RP-6) справа, **7-2**(E-25)

Дополнительно

- при общем недомогании, невротических проявлениях (раздражительность), нарушениях секреторной и моторной функций желудка **3-6**(VB-20) **12-10**(MC-7) **3-1**(VG-20) **12-9**(C-7)
- при повышенной и пониженной кислотности **5-11**(RP-17) **15-6**(RP-4)
- при резко выраженной изжоге и кислой отрыжке **5-7**(R-23) **6-4**(F-14) **7-3**(VC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на зоны иррадиирующих болей. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. При остром гастрите процедуру проводить 2 раза в день. При хроническом гастрите повторить курс лечения через 4 недели.

8.15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся образованием язвы в желудке или в двенадцатиперстной кишке вследствие расстройства общих и местных механизмов нервной и гормональной регуляции основных функций гастроуденальной системы с последующим нарушением трофики и развитием протеолиза слизистой оболочки.

Симптоматика язвы желудка в типичных случаях проявляется в виде приступообразной боли в эпигастральной (под ложечкой) области, фиксируется ритмичность, периодичность и связь с приемом пищи. Боль может иррадиировать в межлопаточное пространство и поясницу. Частыми симптомами являются изжога, отрыжка и рвота кислым желудочным содержимым вскоре после еды. Боли в период обострения наблюдаются ежедневно, возникают натощак, после приема пищи временно уменьшаются или исчезают и появляются вновь через 0,5–1 час в зависимости от качества пищи. При обострении часто наблюдается желтоватый, толстый налет на слизистой языка, горький и кислый вкус во рту.

Характерными симптомами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются более поздние боли (через 1,5–2 часа после еды), часто не связанные с качеством пищи, локализуются в подложечной области и правом верхнем квадрате живота, иррадиируют в спину, шею и под правую лопатку. Ярко выражена сезонность обострений.

Сравнительные данные лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки способами лекарственной и информационной радиоволновой терапии свидетельствуют о значительных преимуществах последней.

Следует отметить, что купирование болевого синдрома при ИВТ наступает в первые 3–6 дней лечения. С помощью данной методики можно ожидать позитивных результатов оздоровления: восстановление нарушенных функций центральной нервной системы, изменение общей реактивности организма, обезболивающий и антиспастический эффекты, устранение двигательных и секреторных расстройств, стимулирование трофики тканей, рубцевание язвы и др.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 12-9(C-7) 6-6(VC-12) 16-1(E-36) 8-6(V-43) 9-1(V-21)
4-3(TR-20) справа и слева, 3-6(VB-20)**

Дополнительно

- при кровавом стуле **5-12(RP-16)**
- при гипер-гипосекреции, гастроудените, хроническом гастрите, спастических болях в желудке, раке желудка **15-6(RP-4) 6-6(VC-12) 6-5(VB-24) 12-1(P-5) 12-4(MC-6)**
- при повышенной перистальтике кишечника, поносе с кровью, рвоте **6-7(R-19) 7-2(E-25) 7-6(VC-4)**
- при общей слабости, снижении аппетита, спазмах желудка **11-2(TR-5)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. При наличии болевого синдрома и других симптомах, отягощающих клинику, рекомендовано проводить процедуру 2 раза в день, далее по одной процедуре в день. Провести фиброгастроуденоскопию через 2 недели после последней процедуры. Проводить противорецидивные курсы лечения 2–3 раза в год.

В связи с благоприятным влиянием ИВТ на основные патогенетические звенья заболевания и организм в целом рецидивы язвенной болезни встречаются в 5–7 раз реже, чем при традиционных методах лечения. Для купирования рецидивов достаточно 3–4 сеансов ИВТ в первые дни обострения язвенной болезни.

8.16. Энтероколит, колит

Различают острое и хроническое воспаление слизистой тонкой и толстой кишок.

При остром энтероколите в патологический процесс вовлекается желудок и толстая кишка (гастроэнтероколит).

В этиопатогенезе острых энтероколитов выделяют факторы:

- инфекционно-вирусного происхождения (холера, брюшной тиф, сальмонеллез, иногда грипп и др.);
- алиментарные обусловлены приемом недоброкачественной пищи и раздражением слизистой тонкой и толстой кишок;
- токсические в результате отравления грибами, косточковыми плодами, соединениями мышьяка и др.;

- аллергические при идиосинкразии к некоторым пищевым продуктам и медикаментозным средствам.

Заболевание развивается остро и начинается с местных симптомов – тошнота, рвота, диарея, урчание в животе, спастические боли; в последующем слабость, недомогание и лихорадка (температура может достигать 38–39°C и выше), симптомы общей интоксикации. При пальпации определяется болезненность в эпигастральной области.

Дифференциальный диагноз неинфекционных энтеритов с острыми кишечными инфекциями весьма важен для выбора способа лечения.

Патогенез обусловлен непосредственным действием патологического начала на слизистую оболочку кишок или гематогенным заносом (микробы, токсины) в кишечные сосуды с последующим повреждающим действием на слизистую оболочку кишечника. Предрасполагающими моментами к возникновению заболевания являются холодное питье, общее охлаждение организма, полигиповитаминозы, т.е. факторы, деформирующие информационно-полевую структуру клеток слизистой оболочки тонкой и толстой кишок.

Хронический энтероколит развивается как следствие повторных заболеваний острым энтероколитом, как осложнение перенесенной дизентерии, заболеваний желудка, поджелудочной железы, щитовидной железы, вегетативной нервной системы, сопровождающихся расстройством секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта.

Острый энтероколит инфекционного генеза требует сочетанного с ИВТ медикаментозного лечения, хронический энтероколит и острый энтероколит неинфекционного генеза рекомендовано оздоравливать способом ИВТ в виде монотерапии.

ИВТ оказывает обезболивающее, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее действие на кишечник и организм в целом; снимает спазм кишечника, нормализует перистальтику, ускоряет репаративные процессы слизистой оболочки.

Зоны для терапии 7-2(Е-25) **9-1**(V-21) **9-6**(V-25) **3-1**(VG-20)
7-3(VC-8) **8-8**(V-17) **16-1**(E-36) **7-5**(R-14)
10-6(GI-10) **15-6**(RP-4) **11-4**(GI-4) **10-5**(GI-11) **7-6**(VC-4) **5-12**(RP-16) справа и слева

Дополнительно

- при обезвоживании организма и ацидозе **12-2**(MC-3) **14-1**(V-40)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. В острой стадии процедуры проводить 2–3 раза в день, далее по одной процедуре в день или через день по мере исчезновения симптомов (болей, спазмов, поноса и т.п.). Курс лечения целесообразно повторять не менее одного раза в три месяца, а при появлении симптоматики – чаще, т.е. до полного выздоровления.

8.17. Синдром раздраженной толстой кишки

Является функциональным желудочно-кишечным заболеванием, характеризующимся различным сочетанием хронических или преходящих симптомов со стороны ЖКТ, не имеющих каких-либо структурных или биохимических нарушений. Диагноз «синдром раздраженной кишки» ставится в некоторых случаях при появлении комбинации хронических симптомов, таких как:

- боль в животе;
- измененная или меняющаяся частота стула и его консистенция;
- расширение живота или вздутие;
- различная степень тревожности или депрессии.

У больных могут также появляться другие функциональные жалобы, такие как диспепсия, изжога, боль в груди, усталость, урологическая дисфункция.

Зоны для терапии 7-3(VC-8) **7-6**(VC-4) **16-5**(F-2) **7-2**(Е-25) слева, **15-7**(RP-1) **5-12**(RP-16)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 5–10 дней или однократная процедура.

8.18. Диспепсия

Диспепсия является собирательным термином, который определяет боли, чувство дискомфорта, распирания, вздутие, быстрое насыщение, отрыжку, изжогу.

Встречается у четверти населения несмотря на то, что многие никогда не обращаются к врачу.

Так как диспепсические явления возникают в результате заболеваний органического и функционального характера, которые могут быть легко купированы применением ИВТ на доклиническом этапе. ИВТ следует применять при болях как симптоматическое (обезболивающее) лечение до уточнения диагноза. В последующем ИВТ применять для лечения основного заболевания.

Зоны для терапии 16-7(E-44), 15-8(R-1), 5-3(VC-20), 6-2(VC-14)

Дополнительно

- при непрерывных болях в области эпигастрия **11-6(C-9)**
- при жгучих болях и сильной жажде **9-4(V-52)**
- при болях в желудке во время еды **6-6(VC-12) 6-3(E-19)**
- при хронической гастралгии **6-2(VC-14)**

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

8.19. Запоры

Синдром характеризуется длительной (более 48 часов) задержкой дефекации.

Больные с запором могут жаловаться на болевые ощущения и чувство распирания в животе. Нередко боли в животе не имеют постоянной локализации, т.к. связаны с задержкой кишечного содержимого в различных его отделах. Наблюдаются снижение аппетита, отрыжка воздухом, дурной вкус во рту, вздутие живота, урчание и т.д.

Длительное существование запоров вызывает различные осложнения, среди которых чаще всего наблюдается вторичный колит, проктосигмоидит, геморрой, трещины, парапроктит со свищами в промежности, каловые камни. Клизмы могут применяться в первые 2–3 дня.

До начала лечения больные хроническими запорами с осложнениями подлежат обследованию для исключения онкозаболевания.

Зоны для терапии 9-6(V-25) 16-1(E-36) 9-7(V-31) 11-4(GI4)

7-2(E-25) слева, 15-4(R-6) 7-6(VC-4) 14-1(V-40) 10-5(GI-11) 7-3(VC-8)

Дополнительно

- при осложнениях (геморрой, трещины в прямой кишке) **18-1(VG-1) 14-3(V-57) 15-4(R-6) 18-2(VC-1) 15-1(RP-6) справа**
- при наличии психо-эмоционального фона в клинике запоров и выраженной вегетативной симптоматике
3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 12-9(C-7) 4-3(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. Рекомендуется повторять противорецидивные курсы лечения два раза в год.

8.20. Диарея

Диарея является частым симптомом, который может варьироваться от острого, саморазрешающегося до тяжелого, угрожающего жизни больного, состояния. Учащение дефекации (более чем два раза в сутки), а также неоформленный жидкий стул. Существует много причин, вызывающих диарею. Различают острую и хроническую диарею. Острая диарея часто носит инфекционный характер (бактериальная, протозойная, вирусная). Причины хронической диареи можно сгруппировать в шесть больших патофизиологических групп (осмотическая диарея, секреторная диарея, воспалительные состояния, синдром мальабсорбции*, расстройство перистальтики, хронические инфекционные заболевания).

Лечение должно быть направлено на лечение причин, вызвавших диарею. ИВТ применяется для облегчения симптоматики и лечения основных заболеваний.

Зоны для терапии 5-12(RP-16) справа и слева, 6-6(VC-12)

7-2(E-25) 9-6(V-25) 11-4(GI-4) 15-1(RP-6) справа, 16-1(E-36)

Дополнительно

- при тошноте, рвоте **12-4**(MC-6)
- при непрекращающемся поносе **7-3**(VC-8) **7-6**(VC-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 2–3 дня. В последующем лечить основное заболевание.

8.21. Выпадение прямой кишки

Заболевание, сопровождающееся выпадением всех слоев стенки прямой кишки через заднепроходное отверстие. В клинике различают выпадение слизистой оболочки прямой кишки и выпадение всех слоев. Величина выпадающего отрезка кишки колеблется от небольшой складки слизистой, выходящей за пределы анального кольца при натуживании, до отрезка кишки, достигающего 10–15 см.

ИВТ при выпадении прямой кишки показана во всех острых случаях независимо от величины анатомического нарушения и при выпадении слизистой толстой кишки, осложненном язвами, геморроем и парапроктитом.

В случаях хирургического лечения выпадения прямой кишки ИВТ показана в период подготовки к операции и в послеоперационном периоде.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) **9-6**(V-25) **15-6**(RP-4) **18-1**(VG-1)
7-4(VC-6), **15-4**(R-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно вокруг анального отверстия в течение 10 минут. Курс лечения – 10 дней.

8.22. Гепатит

Воспалительное заболевание печени. Наиболее частая причина острого поражения печени – вирусный гепатит. Острый гепатит может быть вызван также энтеровирусами, возбудителями кишечных инфекций, некоторыми тропическими паразитами. Имеют место острые токсические гепатиты, которые вызваны лекарственными препаратами (ПАСК, экстрактом мужского папоротника), промышленными ядами (фосфор, инсектициды, тринитротолуол), грибными ядами, лучевыми поражениями, интоксикацией при ожогах тела, токсикозами у беременных. Употребление алкоголя нередко предрасполагает к развитию острого гепатита. Патогенез острого гепатита заключается либо в непосредственном действии повреждающего фактора на печеночную паренхиму, либо в иммунологических нарушениях, возникающих в ответ на первичное поражение печени, с последующим цитолизом пораженных гепатоцитов.

Различают три наиболее распространенные формы вирусного гепатита (А, В и С) по всему миру. Острый вирусный гепатит характеризуется лихорадкой различной степени, недомоганием, слабостью, отсутствием аппетита, тошнотой и болью в животе. Повреждение клеток печени вызывает застой билирубина, часто сопровождающейся желтухой, увеличением в сыворотке определенных энзимов (особенно трансаминаз).

Клиника в остром периоде, как правило, носит яркий характер. В разгар болезни иктеричность склер, желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек, беловато-глинистого цвета стул, насыщенно-темного цвета моча. В последующем – кожный зуд, брадикардия, угнетенное психоэмоциональное состояние, повышенная раздражительность, бессонница и другие признаки интоксикации и угнетения центральной нервной системы. Печень и селезенка несколько увеличены и слегка болезненны.

Применение информационно-волновой терапии в комплексе мер по устранению факторов интоксикации купирует развитие болезни и приводит к полному выздоровлению.

Дезинтоксикационные, иммунокорректирующие и другие неспецифические эффекты ИВТ обеспечивают позитивный исход заболевания.

Зоны воздействия:

- первый день **16-1**(E-36) **15-6**(RP-4) **15-3**(R-3) **16-5**(F-2)
3-1(VG-20) **4-3**(TR-20) **6-5**(VB-24)

- второй день **6-6**(VC-12) **12-2**(MC-3) **12-9**(C-7) **5-10**(VB-23)
7-2(E-25) **6-8**(F-13) справа, **7-3**(VC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. Курс лечения – 18–20 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 7 дней в течение 3–12 месяцев.

8.23. Цирроз печени

Хроническое прогрессирующее заболевание печени со значительным нарушением ее дольчатой структуры, гиперплазией ретикулоэндотелиальных элементов печени и селезенки, нарушением ее функции.

Развитию цирроза печени предшествуют инфекционные или токсические факторы при длительном воздействии. В основе первичного (перихолангиолитического) билиарного цирроза лежит длительный внутрипеченочный холестаз, возникающий часто после инфекционного гепатита или в результате токсико-аллергического действия некоторых лекарств.

Вторичный билиарный цирроз печени характеризуется нарушением оттока желчи по внепеченочным желчным протокам, сопровождается холангитом.

При всех видах цирроза имеет место дистрофия и некробиоз гепатоцитов, выраженная мезенхимальная реакция, разрастание соединительной ткани и как следствие – нарушение дольчатой структуры печени, внутрипеченочного кровотока, лимфотока, оттока желчи.

Весьма важным в определении прогноза на лечение и реабилитацию больных циррозом печени является достоверность диагноза и степень нарушения функции печени. По морфологическим и клиническим признакам выделяют:

- **постнекротический цирроз** – развивается в результате обширного некроза гепатоцитов в связи с воздействием вирусной инфекции. В этих случаях печень умеренно увеличена в размерах или уменьшена, выражена слабость, снижена трудоспособность, в крови определяется гипопроотеинемия, гипофибриногенемия, гипопротромбинемия и признаки геморрагического диатеза;
- **портальный цирроз** – возникает в связи с длительным воздействием на организм алкогольной интоксикации и недостаточного питания. В печени отмечается массивное разрастание соединительно-тканых перегородок, затрудняется кровоток по внутрипеченочным разветвлениям воротной вены. Ведущие клинические симптомы обусловлены портальной гипертензией: асцит, варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, пищеводно-желудочные и геморроидальные кровотечения;
- **билиарный цирроз** – возникает на фоне длительного холестаза и проявляется желтухой, гипербилирубинемией, кожным зудом, лихорадкой или ознобом. В крови повышенное содержание щелочной фосфатазы, холестерина и бета-гамма-глобулинов;
- **смешанный цирроз** – наиболее часто встречающийся и имеет проявления общие в клинике трех перечисленных выше форм.

Лечение компенсированного цирроза печени способом ИВТ бывает достаточным в виде монотерапии (самостоятельного метода), в активном декомпенсированном состоянии необходимо применять сочетание ИВТ с медикаментозными средствами и обязательным постельным режимом в стационаре.

ИВТ способствует решению проблем по нормализации нарушений метаболических процессов в гепатоцитах и билиарной системе, возникающих в результате их поражения по указанным выше причинам.

Зоны для терапии **16-5**(F-2) **16-4**(F-3) **6-8**(F-13) **6-5**(VB-24) справа, **16-1**(E-36) **8-8**(V-17) **3-1**(VG-20)
4-3(TR-20) справа и слева, **7-3**(VC-8)
12-4(MC-6) **15-8**(R-1) **15-1**(RP-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев. При побочных симптомах в клиническом течении (см. рвота, жидкий стул, зуд кожи и др.) применять соответствующие программы лечения.

8.24. Лекарственные и токсические заболевания печени

Продолжающееся производство, апробация и введение новых лекарств в клиническую практику приводит ко все возрастающему увеличению токсических реакций различных типов. Множество широко распространенных терапевтических препаратов могут вызвать повреждение печени. Поставить диагноз лекарственного заболевания печени не всегда легко. Лекарственное заболевание печени может проходить под маской вирусного гепатита или обструкции билиарного тракта.

Токсическое действие лекарственных веществ на печень определяется на основе патогенеза и гистологической картины.

**Зоны для терапии 8-8 (V-17) 12-2(MC-3) 12-9(C-7) 16-5(F-2)
6-5(VB-24) справа, 16-1(E-36)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев.

8.25. Холецистит

Воспаление желчного пузыря. Причиной холецистита является патогенная микрофлора, проникающая в желчный пузырь из двенадцатиперстной кишки (восходящий путь), а также гематогенным или лимфогенным путем из очагов хронической инфекции (при хроническом пиелите, аднексите, тонзиллите, гайморите, кариесе зубов и др.) Фактором, способствующим развитию холецистита, является застой желчи. Причинами нарушения оттока желчи могут быть врожденные деформации шейки желчного пузыря и пузырного протока, гипотоническая дискинезия желчных путей, наличие конкрементов, гиподинамия, беременность. Заболевание может развиваться и на фоне нерегулярного питания, пищевой аллергии, острого панкреатита, паразитарных заболеваний, таких как описторхоз, аскаридоз, амебиаз.

Острый холецистит – обычно начинается с сильных болей в правом подреберье, иррадиирующих в правую поясничную область, правое плечо и лопатку. Приступы сопровождаются тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, иногда повышается температура тела, могут длиться несколько дней.

Хронический холецистит – может возникнуть самостоятельно или является исходом острого.

Симптоматика в начале заболевания определяется, главным образом, сопутствующими функциональными нарушениями – дискинезией желчных путей того или иного типа. Так, при гипотонической дискинезии больной жалуется на постоянную тяжесть в правом подреберье, несколько уменьшающуюся после приема пищи или рвоты (связано со снижением внутрипузырного давления), и ощущение горечи во рту. Иная клиническая картина при гипертонической дискинезии, когда кратковременные спазмы мышц желчного пузыря являются причиной сильного болевого приступа.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 16-9(VB-43) справа и слева,
6-8(F-13) справа и слева, 12-10(MC-7)
6-6(VC-12) 7-6(VC-4) 6-5(VB-24) 16-5(F-2)
10-5(GI-11) 13-1(VB-34) 7-2(E-25)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней. При хроническом холецистите рекомендуется повторять 6-дневные курсы лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

8.26. Панкреатит

Острое или хроническое воспалительное заболевание поджелудочной железы. Острый панкреатит обнаруживается у 1–2% больных, поступающих в больницы с синдромом острого живота. Хронический панкреатит чаще встречается у людей среднего и пожилого возраста, несколько чаще у женщин, чем у мужчин. Различают первичный и вторичный панкреатит, который развивается вследствие нарушений регуляции информационного гомеостаза на фоне других заболеваний пищеварительного тракта (холецистита, желчекаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического гастрита, энтерита). Нередкой причиной закупорки панкреатического протока, который, как известно, перед впадением в

двенадцатиперстную кишку в 70% случаев объединяется с общим желчным протоком, является желче-каменная болезнь.

В большинстве случаев встречаются следующие симптомы заболевания:

- боль в эпигастральной области и (или) в левом подреберье, нередко с иррадиацией в спину или опоясывающего характера;
- многообразные диспептические явления (потеря аппетита, отвращение к жирной пище, тошнота, отрыжка, метеоризм, урчание в животе);
- склонность к поносам или чередование запоров и поносов;
- похудание, присоединение сахарного диабета.

Применение способа ИВТ в терапии панкреатита чрезвычайно эффективно, позволяет достигнуть ремиссии после 8–10 процедур, избежать тяжелых осложнений (сахарного диабета, тромбоза селезеночной вены, рубцового стеноза протока поджелудочной железы).

**Зоны для терапии 3-6(VB-20) 4-3(TR-20) 15-1(RP-6) справа,
16-9(VB-43) справа, 6-6(VC-12) 7-8(VC-3)
7-6(VC-4) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 16-1(E-36) 16-5(F-2) 15-6(RP-4) справа и слева,
15-8(R-1) 7-2(E-25)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. При хроническом панкреатите рекомендуется повторять 7-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 3 месяцев.

Глава 9

БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Кожа является самым большим органом нашего тела, занимает около 2 м² площади и весит у среднего взрослого человека около 2,8 кг, т.е. в два раза больше головного мозга или печени. Она защищает организм от бактерий, от повреждения, от солнечных лучей и потери влаги. Это орган чувств (восприятия) нервной системы. Кожа помогает регулировать температуру тела. А самое главное – на коже в определенной последовательности по так называемым меридианам (12 парных, т.е. справа и слева, и 2 непарным, т.е. через середину человеческого тела спереди и сзади) расположены биологически активные точки, так называемые БАТ. В свою очередь БАТ являются антеннами для обмена информацией внешней среды с органами и системами человеческого организма, таким образом в организме поддерживается информационный гомеостаз. Эта физиологическая функция кожи используется нами для восстановления нарушенных в результате самых различных причин связей между органами и системами целостного организма. Через зоны (БАТ) мы взаимодействуем с органами физиологически значимым информационным радиосигналом, тем самым восстанавливаем нормальную жизнедеятельность в клетках (тканях) органов и систем.

Один квадратный сантиметр кожи содержит в среднем около 91 см кровеносных сосудов, сто потовых желез, 3 тысячи рецепторов (сенсорных клеток) на концах нервных волокон, почти 366 см нервов, 25 барорецепторов для восприятия прикосновения, 200 нервных окончаний для ощущения холода, 12 для ощущения тепла, 10 волосинок и 15 сальных желез.

Кожа – важный орган человеческого тела. Во время жары сосуды кожи расширяются, а из потовых желез выделяется пот, который, испаряясь, снижает температуру кожи и содержащихся в ней сосудов. Во время холода сосуды сжимаются, потоотделение прекращается и кожа не выделяет тепла и не охлаждается. Кожа играет большую роль в обмене веществ. Многие об этом и не знают, а между тем кожа по меньшей мере наполовину выполняет функцию почек. Кожные потовые железы выводят наружу в течение суток около 1,5 литра жидкости, в которой кроме воды содержится 2 г соли, 1 г мочевины (которая придает поту неприятный запах) и около 15г других вредных веществ. В коже располагаются железы, выделяющие кожный жир, который помогает поддерживать эластичность кожи, предохраняет ее от высыхания и растрескивания. Жир пропитывает верхний слой кожи, делая его водонепроницаемым; с его помощью захватываются различные вредные вещества и болезнетворные бактерии. Кожа выполняет функцию органов чувств, т. к. в ней располагаются рецепторы, которыми заканчиваются нервы. Благодаря им воспринимаются прикосновение, холод, тепло, боль... Чистая кожа хорошо выполняет все эти функции, поэтому за ней нужно постоянно ухаживать. Утром и вечером принимайте душ (утром – прохладный, вечером – теплый). Мыть тело нужно щеткой или жесткой мочалкой: при этом улучшается кровообращение кожи, сохраняется ее эластичность. Известная американская актриса Джейн Фонда, с успехом сопротивляющаяся натиску лет, рекомендует для очистки кожи тела ежедневно растираться губкой, смоченной в следующем растворе: на 1 л воды 1 ст. ложка соли и 1 ст. ложка уксуса.

Особенно важен уход за кожей рук. Руки делают все: стирают белье, моют и убирают посуду, жилье, готовят пищу, ласкают детей. Кожа рук стареет раньше всего: после 30 лет у некоторых мужчин и женщин выступают набухшие вены, кожа становится морщинистой и шершавой. Смазывайте руки питательным кремом на ночь и спите в старых перчатках (кожаных или шерстяных). Трещин на коже рук можно избежать, если не давать ей (особенно вокруг ногтей) затвердевать. После мытья рук в теплой воде с мылом затвердевшую кожу надо осторожно удалить чистыми ножницами, после этого нанести жирный крем.

Как ухаживать за кожей лица? Врачи-дерматологи делят кожу лица на четыре группы: нормальную, сухую, жирную и смешанную.

Нормальная кожа – упругая, хорошо снабжается кровью, без крупных пор и не лоснится. Эта кожа хорошо переносит большинство косметических средств. Для ее очистки достаточно теплой воды.

Сухая кожа – нежная, имеет бледную окраску, хуже снабжается кровью, из-за чего на ней раньше образуются складки и морщины.

При **жирной коже** поры расширены. Она грубая и шершавая. Для очистки жирной кожи утром и вечером ее надо мыть холодной водой с добавлением чайной ложки уксуса или лимонного сока (7 капель) на 300 г воды.

Смешанная кожа встречается очень часто. На лбу, вокруг носа и на подбородке она жирная, а на щеках – сухая. За такой кожей ухаживают по-разному. Например, жирные участки освобождаются от жира туалетной водой, а сухие обрабатываются оливковым маслом или косметическим молочком. В зависимости от цели и жирности кожи применяются различные жидкости для смывания (ватным тампоном) масок и наложенных кремов.

Предлагаем самим изготовить несколько растворов для ухода за кожей.

1. 1–2 ч. ложки любого растительного масла чуть подогревают. Ватным тампоном протирается вся кожа. Затем масло наносится более обильно. Через 2–3 минуты снимается ваткой, смоченной чаем или подсоленной водой (0,5 л кипяченой воды + 1 ч. ложки соли). Лучше пользоваться этим способом зимой и осенью.

2. Круглый год можно очищать кожу кислым молоком, кефиром или сметаной. Хорошо промыть лицо сывороткой. Снять излишки сухой ватой и сразу же нанести питательный крем. Можно оставить тонкий слой кислого молока до утра, смазав кремом только кожу под глазами.

3. Жирную кожу время от времени можно очищать желтком. 1 желток + 1–2 ч. ложки раст. масла + 1–2 ч. ложки сока лимона, грейпфрута перемешать. Оставить на 2–3 минуты и смыть тампоном. Порция рассчитана на 2–3 раза.

4. 1 стакан овсяных хлопьев смолоть, кожу смочить водой, хлопьями протереть все лицо. Аналогично употребляется мякиш черного хлеба. Смывать теплой водой, затем ополаскивать холодной подсоленной водой. Тонизирующий раствор для любой кожи: 2 ст. теплой кипяченой воды + 1 ч. ложки меда, охладить и добавить сок половины лимона. Вечером ежедневно обмывать лицо перед нанесением крема.

5. Для снятия отечности под глазами: картофель натереть на мелкой терке. Взять 2 ст. ложки и сразу приложить на кусочках марли к нижней части глаз (марля – поверх картофеля!). Держать 10–15 минут, затем нанести увлажняющий крем или крем с витаминами А и Е на 20 минут. Затем смыть чаем (все в направлении к вискам).

В организме человека существуют три линии защиты от неблагоприятного воздействия:

1 линия – кожа, кровь и лимфа, легкие и слизистые дыхательных путей, желудочно-кишечный тракт;

2 линия – печень и иммунная система;

3 линия – экскреторная система (почки, желчные пути, желудок, кишечник, кожа, лимфоток).

Кожа – важнейший орган, принимающий участие в защите человека от неблагоприятного воздействия окружающей среды – и в первой, и в третьей линии защиты.

Являясь внешним покровом, кожа защищает организм от вредных воздействий окружающей среды – механических, химических, температурных, биологических. Способность кожи к самоочищению и особенности строения рогового и блестящего слоев препятствуют проникновению инфекционных агентов. Кожа участвует во всех видах обмена: информационном, белковом, жировом, углеводном, водно-солевом и в газовом обмене. В течение жизни кожа человека изменяется, при этом слабеет ее барьерная функция, ухудшаются процессы восстановления кожи. Естественно, кожа вовлекается в процесс экологически обусловленных нарушений здоровья населения на территориях, подвергающихся промышленным загрязнениям. Увеличение числа случаев различных заболеваний кожи регистрируется среди населения городов и поселков, подвергающихся влиянию токсических выбросов промышленных предприятий и транспорта. Состав и свойства природных биологически активных веществ в кедровых продуктах функционального питания, свидетельствует о возможности поддержки функции кожи при использовании этих продуктов. Полноценный аминокислотный состав улучшает метаболические (обменные) процессы в клетках кожи и препятствует возрастным изменениям кожи. Высокое содержание незаменимой аминокислоты – аргинина, – участвующей в синтезе матрикса соединительной ткани, способствует поддержке прочности тканей кожи, восстанавливает тургор (упругость), сохраняет эластичность и молодость кожи.

Кожа как орган выполняет множество функций и участвует в обмене веществ и является, кроме того, мощным антенным полем, которое воспринимает информацию от окружающей среды через выходящие на поверхность кожи биологически активные точки, чакры, меридианы. Кожа участвует в процессах дыхания, терморегуляции, потовыделения и др. В этих очистительных механизмах она взаимодействует с системой органов пищеварения, мочеполовой системой, органами дыхания. Если в вышеперечисленных органах и системах развиваются функциональные нарушения и тем более хронические патологические процессы, то коже приходится брать на себя дополнительные, не свойственные ей функции, в целях поддержания постоянства внутренней среды. Она начинает выделять через свои поры токсические вещества, накапливающиеся в организме из-за недостаточно четкой и скоординированной работы очистительных систем. Тогда на коже могут появляться аллергическая сыпь, прыщи, угри, фурункулы и другие воспалительные явления. Это происходит в результате снижения местного иммунитета, pH и микробы, живущие на ее поверхности, начинают активно размножаться. В связи с вышесказанным становится понятным, что лечение заболеваний кожи является всегда комплексной проблемой, которую надо решать не только дерматологу, а, прежде всего, глубоко разбираясь в причинах, приведших к проблемной коже. Выяснить вовлеченность в патологический процесс других органов и систем может проведение комплексной компьютерной диагностики с помощью программно-аппаратного комплекса «АИС-ЛИДО», имеющегося на «вооружении» в наших центрах информационной медицины. Многолетняя практика успешного использования метода информационной радиоволновой терапии, который реализуется с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН, свидетельствует о целесообразности системного подхода в лечении заболеваний кожи.

Когда выясняются скрытые причины возникновения кожных заболеваний, лечение является не только более успешным и кратковременным, но и попутно укрепляются защитные силы и устраняются сопутствующие заболевания.

9.1. Атопический дерматит

Хроническое поверхностное воспаление кожи, сопровождающееся зудом. Часто связано с наследственной предрасположенностью.

Нейродермит является вариантом атопического дерматита. Для него характерны зуд и сухие, шелушащиеся бляшки. Заболевание может быть спровоцировано психогенным фактором.

Лечение комплексное. ИВТ воздействует на все органы и системы, охваченные этим заболеванием. В результате улучшается психоэмоциональное состояние, ослабляется зуд кожи, менее заметными становятся кожные высыпания.

Зоны для терапии

- первый день **3-1**(VG-20) **3-6**(VB-20) **6-8**(F-13) **7-3**(VC-8)
7-6(VC-4) **14-1**(V-40) **8-1**(VG-14) **15-8**(R-1)
- второй день **10-5**(GI-11) **12-5**(P-7) **12-10**(MC-7) **12-11**(P-11) **16-5**(F-2) **15-1**(RP-6) справа, **15-3**(R-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно, на область высыпаний в течение 10 минут. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

9.2. Герпес

Герпес представляет общее название группы болезней, вызываемых вирусами одноименной группы и характеризующихся высыпанием на коже и слизистых оболочках в виде сгруппированных пузырьков на эритематозно-отечном основании.

Различают несколько видов герпеса:

- герпес опоясывающий. Наряду с сыпью по ходу нерва появляются отдельные пузырьки на различных участках тела. В последующем проявляются симптомы поражения центральной нервной и периферической нервной системы. Клиническое течение может быть тяжелым, с выраженным болевым синдромом;

- герпес рецидивирующий (простой). Характеризуется регулярным высыпанием в одной и той же области, связанной с каким-либо экзо- и эндогенным фактором (время года, фаза менструального периода и т.п.). Зоны воздействия те же, что и при герпесе опоясывающем.

Лечение герпеса предусматривает неотложное применение ИВТ, т.к. на ранних этапах часто приостанавливает развитие болезни в первые сутки, после чего наступает выздоровление.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

12-10(MC-7) 15-2(R-7) 16-1(E-36) 16-5(F-2) 15-1(RP-6) справа, 14-1(V-40)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, местно на пораженные участки кожи и слизистые по 5 минут, а также по ходу нерва до снятия боли. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 5–7 дней.

9.3. Псориаз

Распространенное хроническое незаразное заболевание с поражением кожи, ногтей, суставов.

Причинами являются иммунологические, ферментативные, биохимические нарушения в организме.

Лечение ИВТ необходимо сочетать с лекарственными средствами.

Зоны для терапии

- первый день **7-4(VC-6) 10-5(GI-11) 12-5(P-7) 12-7(C-5)**

12-11(P-11) 15-1(RP-6) справа, 3-1(VG-20)

- второй день **5-1(VC-22) 15-4(R-6) 16-1(E-36) 16-3(E-41)**

16-4(F-3) 18-3(F-8) 4-3(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

9.4. Крапивница

Аллергическое заболевание, характеризующееся образованием волдырей на коже и слизистых оболочках.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 9-10(VB-30) 10-5(GI-11)

15-8(R-1) 16-1(E-36) 16-4(F-3) 17-2(E-32) 18-3(F-8) 18-5(RP-10) 3-1(VG-20) 4-3(TR-20)

12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7 дней.

9.5. Угри (акне)

Лечение способом ИВТ особенно эффективно при юношеских и себорейных угрях.

Зоны для терапии 5-2(R-27) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 15-1(RP-6) справа, 13-2(VB-39) 16-4(F-3) 12-5(P-7)

12-9(C-7) 7-3(VC-8) 7-2(E-25) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область высыпаний в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

9.6. Кожный зуд

Заболевание, имеющее нервно-аллергическую природу.

Различают зуд как отдельный симптом различных болезней и зуд как самостоятельное кожное заболевание.

Кожный зуд может быть распространенным (непереносимость пищи, медикаментов, как следствие сахарного диабета, гепатита и других болезней) и ограниченным (анальный зуд, зуд вульвы, мошонки, волосистой части головы).

Больные кожным зудом подлежат тщательному обследованию в поисках причин заболевания.

Лечение комплексное. Применение ИВТ улучшает психоэмоциональное состояние пациента и уменьшает кожный зуд.

Зоны для терапии

- первый день **3-1**(VG-20) **6-4**(F-14) **8-1**(VG-14) **9-10**(VB-30)
10-5(GI-11) **11-5**(IG-2)
- второй день **12-5**(P-7) **12-11**(P-11) **13-2**(VB-39) **16-4**(F-3)
18-1(VG-1) **14-1**(V-40) **18-3**(F-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения – 8–10 дней. В острой стадии проводить процедуры 2 раза в день. Повторить курс лечения через 2–3 недели.

9.7. Витилиго

Отсутствие пигментных клеток (меланоцитов), обуславливающее гипопигментацию на четко ограниченных и часто симметрично расположенных участках кожи, от 1–2 пятен до почти полной поверхности тела.

Причина заболевания неизвестна. Обычно оно является приобретенным, но иногда носит семейный характер или же возникает после какой-либо необычной травмы, особенно головы.

Лечение преследует в основном косметические цели.

Зоны для терапии **2-6**(E-10) **8-3**(VB-21) **9-4**(V-52) **3-1**(VG-20)

4-3(TR-20) **10-5**(GI-11) **11-7**(TR-1) **15-2**(R-7) **15-4**(R-6) **16-5**(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область депигментации в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Повторять курс лечения в весенне-летний период.

9.8. Экзема

Считается, что в патогенезе экземы имеет значение комплекс расстройств, с которыми связано нарушение нервной регуляции трофической функции кожи: неврогенные, эндокринные, обменные расстройства, аллергия организма.

В клинике заболевания имеют место высыпания кожных элементов, свойственных всем формам экземы: идиопатической, пруригенозной, дисгидротической и себорейной.

Ведущим симптомом является кожный зуд, который предшествует высыпанию кожных элементов. В последующем присоединяются невротические расстройства: повышенная возбудимость, бессонница, истощение.

Исходя из этиопатогенеза и клиники зудящих дерматозов, к которым относится экзема, применение ИВТ как метода лечения является абсолютно показанным. Поскольку диагностика заболевания сложна в обычных клинических условиях, целесообразно обследование провести в Центре информационной медицины с помощью метода информационной радиоволновой диагностики. Целесообразно, чтобы лечение проводилось под контролем специалиста.

Зоны для терапии **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4) **15-1**(RP-6) справа, **16-1**(E-36) **16-5**(F-2) **18-3**(F-8) **14-1**(V-40) **4-3**(TR-20) **3-6**(VB-20) **12-4**(MC-6)

Дополнительно

- на внутренней поверхности рук и передне-боковых сторонах туловища **15-2**(R-7) **18-4**(RP-9)
- на внешней поверхности рук и задне-боковых сторонах туловища **11-5**(IG-2), **12-5**(P-7)
- на лице **1-8**(GI-20), **3-1**(VG-20)
- на кистях **12-8**(C-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область поражения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 4 недели.

9.9. Отек кожи

Заболевание связано с избыточным накоплением жидкости в коже. По клиническим проявлениям и локализации отеки бывают:

- аллергический отек кожи – возникает как компонент аллергической реакции;
- буллезный отек кожи – сопровождается скоплением жидкости под эпидермисом с образованием пузырей. Такая клиническая картина наблюдается при ожоге и отморожении 2-й степени, рожистом воспалении кожи;
- воспалительный отек кожи развивается в очаге воспаления независимо от причины и обусловлен повышением проницаемости сосудов;
- застойный отек кожи – вследствие затрудненного оттока лимфы и венозной крови. Обусловлен застоем лимфы в результате сдавления лимфатических сосудов, их спазма (при истерии, например) или резким усилением образования лимфы, а также закупорки капилляров;
- плотный отек кожи – характеризуется ее уплотнением, блеском и бледностью. Проявляется в начальной стадии системной склеродермии и представляет ранний синдром тяжелого поражения кожи;
- травматический отек кожи – возникает в области механического повреждения тканей. Обусловлен застоем крови и лимфы, повышенной проницаемостью сосудов и нарушением оттока жидкости;
- отек Квинке имеет несколько синонимов – болезнь Квинке, крапивница Милтона, отек ангионевротический, отек ограниченный острый.

Все они характеризуются четкими клиническими проявлениями в виде внезапно возникших отечных уплотнений кожи и подкожной клетчатки. Располагаются преимущественно на лице, губах, веках, а также на половых органах, слизистых оболочках. Заболевание рассматривается как особая форма крапивницы.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 9-10(VB-30) 10-5(GI-11) 12-11(P-11) 15-8(R-1) 16-1(E-36) 16-4(F-3) 16-5(F-2) 17-2(E-32) 18-3(F-8) 18-5(RP-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область поражения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. В первый и во второй день процедуры проводить 2–3 раза в день.

9.10. Пиодермия

Заболевание характеризуется гнойным воспалением кожи, вызвано стрептококками, реже другими возбудителями, является наиболее распространенным дерматозом.

В возникновении пиодермии играет большую роль состояние реактивности организма. Безвредно проживающие (сапрофитирующие) на коже пиококки при определенных условиях становятся патогенными. Физическое ослабление организма, заболевание внутренних органов и даже малое повреждение кожи могут стать причиной заболевания.

Пиодермии различают по клиническим проявлениям и повреждающим факторам, характеризующим тяжесть заболевания. Пиодермия поверхностная, при которой воспалительный процесс ограничен эпидермисом и сосочковым слоем дермы.

Пиодермии глубокой свойственно более глубокое поражение кожи. Воспалительный процесс захватывает дерму и гиподерму.

Более тяжелой формой пиодермии является гангренозная, которая характеризуется появлением глубоких фурункулоподобных инфильтратов, некротизирующихся в центре с образованием язв с подрытыми краями и гнойным абсцедирующим дном.

Лечение пиодермии должно быть дифференцированным с учетом тяжести заболевания. Во всех случаях целесообразно провести обследование органов и систем в Центре информационной медицины и назначить лечение по программе, устраняющей причины заболевания. ИВТ эффективна как в монотерапии, так и в сочетании с другими методами при лечении тяжелых форм.

Зоны для терапии 7-6(VC-4) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 12-11(P-11) 14-1(V-40) 15-2(R-7) 16-5(F-2) 18-3(F-8) 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 7-3(VC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно, на область поражения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. В первый и во второй день процедуры проводить 2–3 раза в день.

9.11. Пузырчатка

Это дерматоз, характеризующийся высыпанием пузырей на внешне неизмененной коже и (или) **с л и з и с т ы х о б о л о ч к а х .**

Патогенетическое значение имеют нейроэндокринные изменения и нарушения минерального, водного и белкового обмена. Заболевание развивается чаще у лиц старше 40–50 лет. Причины заболевания неизвестны.

Течение всех форм – хроническое. Только вульгарная пузырчатка иногда имеет острое злокачественное течение и может закончиться летально.

- **Пузырчатка обыкновенная** (пузырчатка вульгарная) – проявляется генерализованным высыпанием пузырей и образованием обширных эрозированных поверхностей. Высыпание пузырей сопровождается зудом, жжением, болезненностью.
- **Пузырчатка истинная** (пузырчатка акантолитическая) – характеризуется признаками разрушения межклеточных мостиков, потерей клетками большей части цитоплазмы (протоплазмы клетки, не входящей в состав ядра) и морфологическими изменениями ядер; приводит к образованию пузырей.

Лечение пузырчатки затруднено, применение кортикостероидов резко изменило к лучшему течение и исход заболевания, но чревато осложнениями.

В этой связи ИВТ профилактирует побочные действия гормонов, снижает количество их в применении, оказывает позитивное действие на этиопатогенез этого тяжелого заболевания. Поэтому применение ИВТ в сочетанном виде показано как в стационаре, так и на дому до устранения клинических проявлений.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 10-5(GI-11) 11-7(TR-1) 12-10(MC-7) 14-1(V-40) 15-2(R-7) 16-5(F-2) 18-3(F-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область поражения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–14 дней.

9.12. Рожа

Это острое инфекционное заболевание развивается в результате проникновения через поврежденную кожу и распространения по лимфатическим капиллярам стрептококка или стафилококка. Рожа может осложнять течение других заболеваний (диабет, тромбофлебит нижних конечностей, перелом костей голени и стопы).

Наиболее частая локализация – лицо и голени. В клинике заболевания отмечается озноб, недомогание, головная боль, повышение температуры, на коже отечное пятно, ощущение жжения, болезненность. Часто в очаге поражения формируются пузыри, может развиваться флегмона и некроз тканей.

В остром периоде необходима госпитализация. В условиях стационара ИВТ проводится в сочетании с антибиотиками и сульфаниламидами.

Зоны для терапии 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 14-1(V-40) 15-1(RP-6) справа, 16-1(E-36) 16-5(F-2) 18-3(F-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую и местно на очаг поражения по 10 минут, включая пограничные участки на уровне здоровой кожи. Курс лечения – 8–10 дней. В остром периоде процедуры проводить 2 раза в день, далее – 1 раз в день.

9.13. Фурункул, фурункулез

Заболевание характеризуется острым гнойно-некротическим воспалением волосяного мешочка и окружающих тканей кожи. Возбудитель – стафилококк. Мужчины болеют чаще женщин и детей.

Сначала появляется маленькая пустула, вокруг которой формируется краснота, отечность и инфильтрация кожи. В центре образуется некротический стержень, который вскрывается с выделением гноя.

При фурункулезе появляется несколько фурункулов одновременно. Фурункулез может быть местным или рассеянным по коже.

Лечение должно быть комплексным, сочетанным с ИВТ. При хроническом течении болезни необходимо предусмотреть профилактическое лечение в диспансерные сроки с обязательным оздоровлением органов и систем целостного организма.

**Зоны для терапии 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 15-2(R-7) 16-1(E-36) 18-3(F-8) 3-1(VG-20) 4-3(TR-20)
7-3(VC-8) 14-1(V-40)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую и местно на очаг поражения по 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 7–10 дней. В остром периоде процедуры проводить 2 раза в день, далее 1 раз в день. При фурункулезе курс лечения повторить через 2 недели.

9.14. Водяница, дисгидроз, дисгидротическая экзема

При данной патологии боковые поверхности ладоней и подошв усеяны небольшого размера прозрачными пузырьками, которые сопровождаются интенсивным зудом. В последующем пузырьки подсыхают, оставляя маленькие трещинки и чешуйчатую поверхность. Как правило, больные имеют в анамнезе повышенную эмоциональную раздражительность и признаки атопии (аллергические болезни, в развитии которых большую роль играет наследственное предрасположение, крапивница и др.).

Зоны для терапии 12-2(MC-3) 10-5(GI-11) 12-11(P-11) 16-5(F-2) 15-2(R-7) 5-5(VC-17)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на область поражения в течение 10–15 минут. Курс лечения – 7–14 дней.

9.15. Импетиго

Импетиго (поверхностная пиодермия) является контагиозным (заразным) заболеванием кожи, возбудителем которого являются стафилококки или стрептококки.

Патологические элементы составляют пятна, пузырьки, буллы, пустулы, местный отек, на котором определяются струпья цвета меда, после очищения от которых остается красная оголенная кожа. Лицо и другие открытые участки являются излюбленными местами локализации.

Лечение должно быть дифференцированным с учетом тяжести заболевания. Во всех случаях оправдано комплексное лечение: ИВТ с применением антибактериальной терапии.

**Зоны для терапии 7-6(VC-4) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 12-11(P-11) 14-1(V-40) 15-2(R-7) 16-5(F-2)
18-3(F-8)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область поражения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. В первые два-три дня процедуры проводить 2–3 раза в день.

9.16. Пролежни («лежачая» язва)

Пролежни являются специфическим типом язв, в основе которых лежит нарушение кровоснабжения и питания тканей, в результате длительного сдавления над костями и хрящами. Часто возникают у пожилых, парализованных, у больных с замедлением физического развития и в бессознательном состоянии. Могут осложняться инфекционными процессами. Необходимо пользоваться специальными подкладками из мягких пористых материалов.

Глубокие воспалительные процессы, сопровождающие пролежни, требуют системного, сочетанного с ИВТ лечения.

Зоны для терапии 12-14(МС-9) 18-3(F-8) 16-1(Е-36) 13-3(V-60) 12-12(МС-8) 15-1(RP-6) справа, 10-6(GI-10)

Перед процедурой следует обработать место поражения антисептиком. Медленными круговыми движениями водить излучателем аппарата над язвенным дефектом, захватывая здоровые участки кожи в течение 15–20 минут. Аппарат держать на расстоянии 2–5 мм от поверхности кожи. Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны. Курс лечения 5–14 дней (лечение проводить до полной эпителизации). В первые 2–3 суток необходимо проводить процедуру 2 раза в день.

9.17. Медикаментозный дерматит

Кожные высыпания относятся к наиболее частым побочным действиям от лекарств. Заболевание обычно начинается внезапно с появления ярко-красной эритемы и интенсивного зуда, в некоторых случаях начало заболевания затяжное. Кожные высыпания, как правило, симметричны. Необходима скорейшая отмена медикаментозного препарата или замена его на другой, а также применение сорбентов («Энтеросгель», «Полифепан», др.).

Зоны для терапии 3-6(VB-20) 16-5(F-2) 15-1(RP-6) справа, 10-5(GI-11) 5-5(VC-17) 14-1(V-40)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на область высыпаний в течение 10 минут. Курс лечения – 10–15 дней.

9.18. Облысение (алопеция)

Различают несколько типов алопеции, при лечении которых наиболее эффективна ИВТ:

- нерубцовая алопеция может возникнуть при различных системных заболеваниях, таких как системная красная волчанка (СКВ), вторичный сифилис, гипер- или гипотиреозидизм, железодефицитная анемия, недостаточность гипофиза;
- увеличение количества волос в фазе покоя, характеризуется наличием большого числа белых маленьких лукович с пушковыми волосами. Это может случиться внезапно, в конце беременности, быть следствием «строгой» диеты, высокой лихорадки, нервного стресса или шока или может быть спровоцировано гормональными контрацептивами;
- причины гнездовой алопеции неизвестны, но есть данные за иммунологическую природу процесса;
- медикаментозная алопеция в настоящее время приобретает все большее значение. Алопецию могут вызвать такие лекарственные препараты, как таллий, чрезмерное и длительное применение витамина А, ретиноиды, антимикотические препараты, антикоагулянты, анти тиреоидные препараты, оральные контрацептивы, триметадион, аллопуринол, пропранолол, индометацин, амфетамин, салицилаты, гентамицин, леводоба и др.

Зоны для терапии 16-5(F-2) 15-4(R-6) 11-7(TR-1) 10-5(GI-11) 8-3(VB-21) 12-2(МС-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на область облысения в течение 10–15 минут. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3-х месяцев.

9.19. Розовый дерматоз (пیتیриаз)

Часто встречающееся воспалительное заболевание кожи. Как правило, страдают люди в молодом возрасте, наиболее часто осенью и весной. Имеются семейные случаи возникновения заболевания. Причины заболевания неизвестны, есть данные о вирусной природе заболевания. Морфологические элементы состоят из овальных пятен до 1 см в диаметре, бляшки с неровной поверхностью в центре в виде «сигаретной бумаги».

Для большей эффективности лечение необходимо начать в первые дни от начала заболевания. Зуд прекратится после нескольких процедур ИВТ.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 8-3(VB-21) 10-5(GI-11) 5-5(VC-17) 3-6(VB-20) 15-1(RP-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область высыпаний в течение 10 минут. Курс лечения 8–10 дней.

9.20. Фотодерматиты

Фотодерматит является острым или хроническим воспалительным процессом на коже, сопровождающимся гиперчувствительностью к солнцу или другим фотохимическим активным веществам. Фотодерматиты проявляются как повышенная чувствительность – склонность индивидуума к солнечному излучению более чем обычно, реже как фотоаллергия – истинная иммунологическая реакция.

Острая воспалительная кожная реакция, в тяжелых случаях сопровождается болью, лихорадкой, желудочно-кишечными расстройствами, слабостью и даже протрацией.

Зоны для терапии 10-5^(GI-11) 15-8^(R-1) 2-6^(E-10) 11-2^(TR-5) 12-2^(MC-3) 3-1^(VG-20) 4-3^(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на наиболее болезненные и пораженные участки кожи в течение 10 минут. Курс лечения – 7–10 дней при острой форме. При хронической форме фотодерматита необходимо повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Организм человека представлен совокупностью органов и систем, которые функционируют слаженно, выполняя жизненно важные функции. Движение является необходимой частью функции связи и взаимодействия, и тело может осуществлять это движение благодаря опорно-двигательному аппарату. Опорно-двигательная система включает кости, мышцы и соединения костей. Кости – это твердые и прочные части, служащие опорой телу, мышцы – мягкие части, покрывающие кости, а соединения костей – это структуры, при помощи которых кости соединяются. Все кости, а их примерно 206, составляют систему костей, или скелет, который придает телу внешнюю конфигурацию, вид и обеспечивает ему жесткое и прочное устройство, защищает внутренние органы, накапливает минеральные соли и вырабатывает клетки крови.

Кости состоят, в основном, из воды и минеральных веществ, образованных на основе кальция и фосфора, и из вещества, именуемого остеоином. Кость не является застывшим органом: она находится в динамическом процессе развития и разрушения. Для этого у нее имеются остеобласты, костеобразующие клетки, и остеокласты, клетки, разрушающие ее, чтобы не давать ей чрезмерно утолщаться. В случае перелома остеокласты разрушают осколки кости, а остеобласты вырабатывают новую костную ткань.

Развитие и прочность кости зависят от витаминов группы D (кальциферола), регулирующего обмен кальция, необходимого для работы мышц. Кальциферолом особенно богаты рыбий жир, мясо тунца, молоко и яйца. Ультрафиолетовые лучи солнца способствуют всасыванию витамина D.

Кости лицевого черепа – их главная функция – участие в пережевывании пищи.

Кости мозгового черепа – мозговой череп состоит из восьми плоских костей, защищающих головной мозг, соединенных неподвижно.

Ребра – это кости, которые вместе с грудиной образуют грудную клетку, необходимый элемент защиты внутренних органов, размещенных в ней.

Позвоночный столб – ось или опора нашего тела, состоящая из 33 или 34 позвонков, в нем размещен спинной мозг.

Бедренная кость – самая длинная кость тела человека. Позволяет делать разнообразные движения ногой благодаря своему соединению с коленной чашечкой.

Кости стопы – группа из 26 костей, среди которых выделяется самая большая, пяточная кость, образующая пятку.

Самым высоким человеком в мире был американец, рост которого составлял 2,72 м. Ко времени своей смерти в 1940 году, когда ему было 22 года, он еще продолжал расти. Самым низким человеком была 19-летняя голландка: ее рост составлял всего 59 см, она умерла в 1895 году.

Мышцы, которых более 400, покрывают скелет и совместно с костями и их соединениями делают возможным движение, однако некоторые из них, например мышцы вен и артерий, обеспечивающих ток крови, нагнетаемой сердцем, выполняют функции, не связанные с двигательным аппаратом.

Мышцы лица позволяют придавать различные выражения нашему лицу: смеха, гнева и т.д.

Двуглавая мышца плеча совместно со своим антагонистом – трехглавой мышцей плеча – обеспечивает сгибание и разгибание предплечья.

Наружные косые мышцы живота – позволяют при сокращении выталкивать воздух из легких. Выполняют работу, противоположную работе диафрагмы, которую здесь не видно, т.к. она находится внутри брюшной полости.

Четырехглавая мышца бедра – как и в случае с верхними конечностями, четырехглавая мышца бедра также имеет мышцу-антагониста – двуглавую мышцу бедра. Обе сгибают и разгибают бедро.

Соединительная ткань состоит из клеток, волокон и большого количества межклеточного вещества и осуществляет трофическую, пластическую, защитную и механическую (опорную и соединительную, скрепляет разнородные ткани) функции. Она бывает плотная и рыхлая и распространена в организме повсеместно – кожа, кости, хрящевая ткань, стенка сосудов, строма органов и даже кровь – в основе всего лежат элементы соединительной ткани. Строение соединительной ткани хорошо изучено, и все биохимические структуры идентифицированы. Успехи молекулярной генетики позволили определить типы, структуру и локализацию генов, отвечающих за синтез различных элементов. В первую очередь нас будут интересовать волокна соединительной

ткани – коллаген, основной функцией которого является поддержание формы, и эластин, обеспечивающий способность к сокращению и расслаблению.

Клиническая картина будет определяться количеством и качеством мутаций. Вполне вероятно, что наличие функционально неполноценных волокон вначале никак не проявится. Но патологический генный материал накапливается в поколениях, и у членов семьи появляется то один, то другой характерный признак дисплазии* соединительной ткани (ДСТ). Пока этих признаков немного, они воспринимаются как индивидуальная особенность, не привлекая внимания врачей и пациентов. К сожалению, к проявлениям ДСТ относятся не только специфический внешний вид и косметические дефекты, но и тяжелые патологические изменения внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Итак, к клинико-морфологическим проявлениям ДСТ относятся:

- скелетные изменения: астеническое телосложение, долихостеномелия (непропорционально длинные конечности), арахнодактилия (длинные тонкие пальцы), различные виды деформации грудной клетки, сколиозы, кифозы и лордозы позвоночника, синдром «прямой спины», плоскостопие и др. Эти изменения связаны с нарушением строения хряща и задержкой созревания эпифизарной зоны роста, что проявляется удлинением трубчатых костей. В основе деформаций грудной клетки лежит неполноценность реберных хрящей;

- изменения со стороны кожи: гиперэластичность, истончение, склонность к травматизации и образованию келоидных рубцов или шрамов в виде «папиросной бумаги»;

- изменения со стороны мышечной системы: уменьшение мышечной массы, в том числе сердечной и глазодвигательной мускулатуры, что приводит к снижению сократительной способности миокарда и миопии;

- патология суставов: чрезмерная подвижность (гипермобильность), склонность к вывихам и подвывихам, обусловленная слабостью связочного аппарата;

- патология органов зрения: одно из самых частых проявлений ДСТ, представлено миопией различной степени, дислокацией хрусталика, увеличением длины глазного яблока, плоской роговицей, синдромом голубых склер;

- поражения сердечно-сосудистой системы весьма разнообразны и нередко определяют прогноз. Обычно диагностируются анатомические изменения клапанов сердца: дилатация фиброзных колец и пролапсы, аномальные хорды, расширение восходящего отдела аорты и легочной артерии с последующим формированием мешотчатой аневризмы. Кроме того, деформации грудной клетки и позвоночника приводят к развитию различных типов торакодиафрагмального сердца;

- поражение сосудов проявляется аневризматическими расширениями артерий среднего и мелкого калибра и – очень часто – варикозным расширением вен нижних конечностей;

- бронхолегочные поражения касаются как бронхиального дерева, так и альвеол. Чаще всего диагностируются бронхоэктазы, простая и кистозная гипоплазия, буллезная эмфизема и спонтанный пневмоторакс;

- к патологии почек относят нефроптоз и реноваскулярные изменения.

Список можно продолжить и дальше. Например, ранний кариес и генерализованный пародонтоз стоматологи также стали объяснять с позиций нарушения фибриллогенеза. Трудно сказать, какая система окажется наиболее заинтересованной. Ситуация крайне отягощается патологическим функционированием вегетативной нервной системы, развитием функциональных нарушений и присоединением вторичной, но ассоциированной с ДСТ, патологии.

Теперь представим себе типичного пациента-диспластика. Это человек астенического телосложения, худой, очень сутулый, с длинными руками и ногами, с деформированной, несимметричной грудной клеткой, обычно с плоскостопием, плохими зубами и в очках. Большинство малых аномалий развития (они же стигмы дисэмбриогенеза) у него будут представлены. Если вам встретился такой пациент, смело спрашивайте, когда у него выявили пролапс митрального клапана, какую степень нефроптоза поставили на УЗИ и сильный ли варикоз был у его мамы. Эффект от такого «шаманства» просто потрясающий!

Как вы уже поняли, таких пациентов очень и очень много. Они болеют сразу всем и наблюдаются сразу у всех специалистов поликлиники. Специалисты, как и положено, диагностируют разнообразные изолированные нозологические формы и ставят пациента на свой диспансерный учет. Как правило, замученный пациент перестает слушать врачей или впадает в ипохондрию.

С появлением информационной медицины появилась надежда, что таким пациентом хоть кто-то займется, и не по частям, а целиком. Именно метод информационной радиоволновой диагностики, реализуемый с помощью прибора «АИС-ЛИДО», позволяет произвести комплексную оценку состояния здоровья всех органов и систем. Такой электронный паспорт здоровья в совокупности с тщательным сбором анамнеза и жалоб больного, его тщательным осмотром и соответствующей подготовкой врача информационной медицины позволяет ему увязать казалось бы разрозненные симптомы в единую картину. А дальше вступает в действие метод информационной радиоволновой терапии, реализуемый с помощью аппаратов **МИНИТАГ** и **КАМЕРТОН**. Их применение по индивидуальным лечебным программам позволяет так настроить системы управления в организме, что болезни отступают. При систематическом и комплексном лечении практически навсегда.

10.1. Болезни суставов (артрит, артроз)

Различают заболевания суставов самостоятельные и вторичные суставные синдромы, когда поражение суставов является лишь симптомом другого патологического процесса. Самостоятельные заболевания суставов разделяются на артриты, артрозы. В основе артритов лежит воспалительный процесс в синовиальной оболочке с последующим разрушением хряща. Клиническая картина характеризуется лихорадкой, сильной болью, отеком околосуставных тканей. В основе артроза лежит дегенеративный процесс, начинающийся с повреждения суставного хряща и деформации суставных поверхностей костей. Клиническая картина: лихорадки нет, боли менее интенсивные, слабо выражен воспалительный процесс.

Дегенеративные поражения суставов по распространенности занимают первое место. Поражаются главным образом тазобедренные, коленные суставы, а также межфаланговые суставы кистей.

Свойства ИВТ: оказывать обезболивающее действие, улучшать микроциркуляцию, устранять различные нейродистрофические процессы, вызывать определенные метаболические перестройки, положительно влиять на реологические свойства крови, коррегировать иммунный, гормональный, ферментативный статусы больных, повышать специфические и неспецифические защитные силы организма, активизировать процессы регенерации тканей – позволяют применять способ при лечении асептического некроза головки бедренной кости, деформирующих артрозов, артритов, в том числе ревматоидных заболеваний и повреждений позвоночника, остеомиелита, для обезболивания и стимуляции регенерации костей и мягких тканей при переломах, а также после операций на костях и др.

Зоны для терапии

- боли в лучезапястном суставе, кисти **11-3**(TR-4)
11-4(GI-4) **12-10**(MC-7) **12-6**(P-9) **12-9**(C-7) **11-2**(TR-5)
- боли в локтевом суставе **10-5**(GI-11) **12-3**(C-3) **12-1**(P-5)
11-1(TR-6) **12-2**(MC-3) **10-4**(IG-8) **10-3**(TR-10)
- боли в плечевом суставе **8-4**(IG-14) **10-2**(GI-15) **8-3**(VB-21) **10-1**(TR-14) **11-1**(TR-6) **11-4**(GI-4) **12-7**(C-5)
5-4(P-2) **6-9**(E-12)
- боли в коленном суставе **18-3**(F-8) **14-1**(V-40) **13-1**(VB-34) **18-5**(RP-10) **9-10**(VB-30) **16-1**(E-36) **18-4**(RP-9)
14-2(R-10)
- боли в тазобедренном суставе **16-1**(E-36) **9-11**(V-36)
9-10(VB-30) **9-5**(VG-3) **14-1**(V-40)
- боли в голеностопном суставе **13-5**(VB-40) **16-4**(F-3)
15-3(R-3) **13-3**(V-60) **13-4**(V-62) **16-3**(E-41)
- боли в плече и предплечье **10-6**(GI-10) **10-5**(GI-11) **11-1**(TR-6)
- боли в голени и стопе **13-1**(VB-34) **16-1**(E-36) **15-8**(R-1)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Учитывая хроническое течение заболевания, больные нуждаются в длительном лечении.

10.2. Подагрический артрит

Главное проявление подагры – симптомы, связанные с нарушением мочекишечного обмена. Откладываясь в суставных тканях, соли мочевой кислоты вызывают развитие острого асептического воспаления сустава.

Клинические наблюдения свидетельствуют о положительном влиянии ИВТ при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: обезболивающий эффект, улучшение микроциркуляции, повышение защитных сил организма.

Противоболевой эффект наиболее выражен при сильных острых болях. С уменьшением болей увеличивается объем движений в суставах конечностей, в позвоночнике.

Зоны для терапии

- боли в локтевом суставе **10-5**(GI-11) **12-3**(C-3) **12-1**(P-5) **11-1**(TR-6) **12-2**(MC-3) **10-4**(IG-8) **10-3**(TR-10)
- боли в коленных суставах **18-3**(F-8) **14-1**(V-40) **13-1**(VB-34) **18-5**(RP-10) **9-10**(VB-30) **16-1**(E-36) **18-4**(RP-9) **14-2**(R-10)
- боли в голеностопном суставе **13-5**(VB-40) **16-4**(F-3) **15-3**(R-3) **13-3**(V-60) **13-4**(V-62) **15-4**(R-6)
- боли в голени и стопе **13-1**(VB-34) **16-1**(E-36) **15-7**(RP-1) **15-6**(RP-4) **15-8**(R-1)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны и местно, по 5 минут на каждую зону. Курс лечения – 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Учитывая хроническое течение заболевания, больные нуждаются в длительном лечении и строгом соблюдении диеты.

10.3. Синдром Рейтера (реактивный артрит)

Синдром Рейтера или реактивный артрит, характеризуется клинической триадой симптомов – уретрит, конъюнктивит, поражение кожи и слизистых оболочек, артрит. Большинство случаев синдрома Рейтера появляются вследствие венерической инфекции – хламидиоза, уреаплазмоза, реже после перенесенной дизентерийной инфекции, вызванной шигеллой, сальмонеллой, иерсинией, кампилобактером.

Артрит чаще всего односторонний, поражаются суставы, на которые приходится большая нагрузка (коленки и лодыжки). К кожно-слизистым поражениям относятся баланит, стоматит, кератодермия. Может появиться кардит с аортальной регургитацией. Большинство проявлений заболевания проходят сравнительно быстро в течение нескольких недель или дней, в то время как артрит может продолжаться годами.

Основой лечения являются антибиотикотерапия, ИВТ – как симптоматический метод.

Зоны для терапии

- при поражении верхних конечностей **8-1**(VG-14) **8-2**(V-11) **11-4**(GI-4) **10-5**(GI-11) **12-7**(C-5) **12-4**(MC-6) **12-5**(P-7) **11-3**(TR-4) **10-4**(IG-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3–6 месяцев.

- при поражении нижних конечностей: **16-1**(E-36) **15-1**(RP-6)справа, **13-2**(VB-39) **16-9**(VB-43) **16-3**(E-41) **13-4**(V-62)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3–6 месяцев.

10.4. Артроз тазобедренного сустава (коксартроз)

Артроз тазобедренного сустава (коксартроз) – наиболее тяжелая форма артроза, протекающая с болями при опоре на ногу, хромотой, ограничением всех движений в суставе.

Зоны для терапии **16-1**(E-36) **9-11**(V-36) **9-10**(VB-30) **14-1**(V-40) **9-5**(VG-3) **13-3**(V-60)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 мин. на каждую, и местно на болевые точки по 10 мин. Курс лечения – 20 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

10.5. Артроз коленного сустава (гонартроз)

Деформирующий артроз коленного сустава (гонартроз) характеризуется тупыми болями, главным образом при спускании с лестницы; деформация за счет изменения кости.

Зоны для терапии 18-3(F-8) 14-1(V-40) 18-5(RP-10) 16-1(E-36) 13-1(VB-34) 18-4(RP-9) 14-2(R-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 мин. на каждую, и местно на болевые точки по 10 мин. Курс лечения – 12 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

10.6. Деформирующий артроз межфаланговых суставов кисти

Возникает, главным образом, у женщин в климактерическом периоде. Развиваются стойкие симметричные утолщения дистальных межфаланговых суставов, иногда болезненные.

Зоны для терапии 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 11-3(TR-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, и местно на каждый измененный сустав по 3 минуты. Курс лечения – 12 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

10.7. Синдром пяточной шпоры

Шпора представляет собой нарост (экзостоз, хорошо видимый на рентгенограмме), возникающий из-за слишком большого натяжения подошвенной фасции. Причиной такой патологии является плоскостопие, реже контрактура ахиллова сухожилия.

Зоны для терапии 14-1(V-40) 15-8(R-1) 15-3(R-3) 13-3(V-60)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, и местно на проекцию пяточной шпоры в течение 10 минут. Курс лечения – 12 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 2 недели.

10.8. Остеохондроз

Различают остеохондроз шейного, шейно-грудного и поясничного отделов позвоночника. ИВТ при остеохондрозе применяется для восстановления нарушенного информационного гомеостаза, снятия болевых синдромов, восстановления функции конечностей.

Зоны для терапии 16-1(E-36) 16-3(E-41) 11-4(GI-4) 13-5(VB-40) 14-1(V-40) 13-3(V-60) 13-4(V-62) 13-7(V-67) 12-5(P-7) 10-5(GI-11) 12-4(MC-6) 11-2(TR-5) 8-1(VG-14) 9-2(VG-4)

Дополнительно

- при шейно-грудном остеохондрозе **11-1(TR-6) 8-3(VB-21) 3-6(VB-20) 8-1(VG-14) 8-2(V-11)**
- при боли в спине **8-1(VG-14) 8-6(V-43) 3-7(V-10) 8-2(V-11)**
- при поясничном остеохондрозе с корешковым синдромом **9-6(V-25) 9-7(V-31) 9-11(V-36) 9-9(VG-2) 9-5(VG-3) 9-2(VG-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 4 месяцев. Рекомендуется лечебная физкультура, массаж, плавание.

10.9. Болевые синдромы

10.9.1. Шейно-плечевой болевой синдром

Большая группа характеризуется болью в суставах и внесуставными расстройствами, в которую могут быть вовлечены шея, плечевой пояс и руки. Основной жалобой является ограничение движения головы в шейном отделе. Боль усиливается при чрезмерном выгибании шеи и поворотах головы в пораженную сторону.

Зоны для терапии **8-1**(VG-14) **8-5**(V-13) с больной стороны, **10-1**(TR-14) с больной стороны, **10-2**(GI-15) с больной стороны, **8-4**(IG-14) с больной стороны, **12-3**(C-3) с больной стороны
Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется сочетание ИВТ с лечебной физкультурой и массажем.

10.9.2. Болевой синдром грудного отдела

Симптомы и проявления заболевания зависят от того, какая анатомическая структура вызвала компрессию сосудисто-нервного пучка и как длительно. В анамнезе у таких больных очень часто была травма головы или шейной области. Сосудисто-нервный пучок может быть сдавлен между передней и средней лестничной мышцей и первым грудным ребром или шейным позвонком. Неправильная осанка, хронические заболевания, профессиональные особенности могут быть предрасполагающими факторами.

Зоны для терапии **8-1**(VG-14) **8-5**(V-13) с больной стороны, **10-1**(TR-14) с больной стороны, **10-2**(GI-15) с больной стороны, **8-4**(IG-14) с больной стороны, **12-3**(C-3) с больной стороны

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется сочетание ИВТ с лечебной физкультурой и массажем.

10.10. Плечелопаточный периартрит (слипчивый капсулит, «замороженная лопатка»)

Периартрит плечевого сустава является воспалением преимущественно мягких тканей. Заболевание может быть первичным, при котором нет очевидных причин для его развития, и вторичным, т.е. связанным с каким-то органическим нарушением (ревматоидный артрит, остеоартрит, перелом или смещение сустава).

Первичным типом чаще всего болеют женщины после 40 лет. Оно проявляется воспалением синовиальной оболочки сустава, сухожилий вокруг сустава или сухожилий двуглавой мышцы плеча.

Заболевание начинается с остро возникшей или постепенно нарастающей боли, усиливающейся при движении в плечевом суставе. Боль часто усиливается ночью, при давлении тела на больной сустав.

Зоны для терапии **3-6**(VB-20) **8-2**(V-11) **8-1**(VG-14) **10-2**(GI-15) **8-4**(IG-14) **10-5**(GI-11) **11-2**(TR-5) **5-4**(P-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели. Рекомендуется сочетание ИВТ с лечебной физкультурой и массажем.

10.11. Бурсит

Острое или хроническое воспаление синовиальной сумки. Чаще всего бурситы возникают в области плечевого сустава, однако известны и другие локализации: в области локтевого отростка («локоть шахтера»), над и под надколенником («колено горничной»), позади пятки (ахиллобурсит). Причиной бурсита являются травмы, длительные перегрузки или воспалительные заболевания суставов.

Зоны для терапии

- при боли в плече **10-1**(TR-14) **10-2**(GI-15) **8-4**(IG-14) **5-4**(P-2)
- при боли в области локтя **10-4**(IG-8) **12-2**(MC-3) **10-3**(TR-10) **12-1**(P-5) **10-5**(GI-11)
- при боли в голеностопном суставе **13-3**(V-60) **13-4**(V-62) **13-5**(VB-40) **15-4**(R-6) **15-6**(RP-4) **16-4**(F-3)
- при боли в колене **18-3**(F-8) **14-1**(V-40) **18-5**(RP-10) **16-1**(E-36) **18-4**(RP-9) **14-2**(R-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую и местно на проекцию боли. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторить курс лечения через 2 недели.

10.12. Эпикондилит («локоть теннисиста»)

Эпикондилит – болевой синдром, поражающий среднюю часть руки; без явных органических повреждений. Существует мнение, что заболевание вызывается хроническим напряжением мышц предплечья вследствие постоянных хватающих или вращательных движений предплечья, приводящих к микроскопическим разрывам и последующему хроническому воспалению надмышцелка.

Эпикондилит часто возникает в доминирующей конечности у людей среднего возраста. Проявляется болью в медиальной или латеральной части локтя, усиливается при хватательных движениях, которая может иррадиировать проксимально в руку или дистально в кисть. Локтевой сустав не ограничен в движении, без припухлостей и имеет нормальную рентгенологическую картину.

**Зоны для терапии 3-7(V-10) 8-2(V-11) 8-4(IG-14) 12-3(C-3)
12-1(P-5) 11-2(TR-5)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Можно воздействовать на болевые зоны, для этого перед процедурой пропальпировать область болезненных суставов или мышц и воздействовать на каждую болезненную зону по 3–5 минут. Курс лечения 10–12 дней. При необходимости повторить курс лечения через 2 недели.

10.13. Травмы при беге трусцой

Осознание полезности физических упражнений привели к широкому распространению занятий оздоровительным бегом. Это привело к большому числу преходящих скелетно-мышечных нарушений, которые возникают приблизительно у 75% бегунов. Большинство повреждений можно предотвратить такими мероприятиями, как упражнение на растяжение, удобная обувь, избегание перегрузок, уменьшение дистанции. После восстановления нарушений необходимо постепенное возвращение к прежним нагрузкам.

Зоны для терапии

- при поражении тазобедренных суставов **16-1(E-36)
9-11(V-36) 9-10(VB-30) 14-1(V-40) 9-5(VG-3)**
- при поражении коленного сустава **18-3(F-8) 14-1(V-40) 18-5(RP-10) 16-1(E-36)**
- при поражении голеностопного сустава **14-1(V-40)
15-8(R-1) 15-3(R-3) 13-3(V-60)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, и местно на болевые точки по 10 минут. Курс лечения 10–20 дней.

10.14. Системная красная волчанка

Системная красная волчанка (СКВ) – воспалительное аутоиммунное нарушение, поражающее различные органы и системы (явления системного васкулита). Многие клинические проявления являются результатом взаимодействия антиген-антитело во внутренних органах.

Клиническое течение характеризуется периодами ремиссий и обострений. К системным расстройствам относятся лихорадка, отсутствие аппетита, недомогание и потеря веса. У большинства больных имеются кожные проявления заболевания.

Суставные расстройства встречаются в 90% случаев и часто являются самыми ранними проявлениями заболевания.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 12-10(MC-7) 5-5(VC-17)
7-3(VC-8) 7-4(VC-6) 15-1(RP-6) справа,
16-5(F-2) 10-5(GI-11)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 8–10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6–12 месяцев. Лечение длительное.

10.15. Прогрессирующий системный склероз (склеродермия)

Прогрессирующий системный склероз – хроническое заболевание, характеризующее диффузным склерозом кожи и внутренних органов. Причины склеродермии неизвестны, но значение имеют аутоиммунные факторы, нарушение регуляции фибробластообразования и профпатология при воздействии кварца (кремнезема).

Заболевают часто в 30–40 лет, женщины болеют в три раза чаще мужчин.

Склеродермия может быть локализованной или системной. Локализованная склеродермия – кольцевидная и линейная – не сопровождается повреждением внутренних органов и поэтому является доброкачественной.

Лечение прогрессирующего системного склероза симптоматическое и поддерживающее.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 2-3(VC-24) 1-9(Е-2) 16-1(Е-36) 15-1(RP-6) справа, 10-5(GI-11) 12-2(МС-3)
14-1(V-40) 13-1(VB-34)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 6–12 месяцев. Лечение длительное.

10.16. Полимиозит-дерматомиозит

Полимиозит – системное нарушение неизвестной этиологии, главным проявлением которого является мышечная слабость. Является самой частой формой миопатии взрослых. Если заболевание сопровождается поражением кожных покровов, тогда его определяют как дерматомиозит. Болеют люди в любом возрасте, часто в 50–60 лет, женщины – в два раза чаще.

Характерные кожные высыпания ярко-красного цвета на лице, в области шеи, плечах, верхней части груди и спины. Типичным проявлением являются периорбитальные отеки и фиолетовая гиперемия на верхних веках. Заболевание сопровождается двусторонней проксимальной мышечной слабостью, а в некоторых случаях болью.

Лечение: эффективной медикаментозной терапии нет. ИВТ благотворно действует на патогенетические факторы, вызывающие изменения в мышцах: улучшается вегетативная иннервация мышц, нормализуется функция клеток спинного мозга.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 12-4(МС-6) 3-6(VB-20)

Дополнительно

при поражении скелетных мышц плеча и предплечья

8-2(V-11) 8-4(IG-14) 10-2(GI-15) 10-1(TR-14)

при поражении скелетных мышц нижних конечностей

18-5(RP-10) 9-10(VB-30) 13-1(VB-34) 16-1(Е-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10–12 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели, в течение 3 месяцев. Необходима постоянная поддерживающая ИВТ.

10.17. Болезнь Бехтерева

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – хроническое прогрессирующее заболевание позвоночника и суставов. Этиология не выяснена. Проявления болезни зависят от локализации поражения, стадии, степени активности и течения патологического процесса.

ИВТ применяется для снятия болевых синдромов, восстановления функции позвоночника.

Зоны для терапии

• первый день **8-1(VG-14) 8-2(V-11) 9-9(VG-2) 9-2(VG-4) 5-5(VC-17) 6-4(F-14) 8-6(V-43)**

• второй день **10-5(GI-11) 8-3(VB-21) 12-10(МС-7) 10-1(TR-14) 14-1(V-40) 16-1(Е-36)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 6 месяцев.

10.18. Асептический некроз головки бедра

Асептический некроз головки бедра (болезнь Пертеса) – подхрящевой некроз губчатого вещества эпифиза с последующей секвестрацией этого участка и развитием (у взрослых) вторичного деформирующего артроза; причины болезни не выяснены, болезнь течет незаметно. Провоцирующим моментом считают травмы и ушибы, грипп и т.д.

Зоны для терапии 16-1^(E-36) **16-5**^(F-2) **9-2**^(VG-4) **9-3**^(V-23)

9-6^(V-25) **9-10**^(VB-30) **11-4**^(GI-4) **13-3**^(V-60) **13-4**^(V-62) **14-1**^(V-40)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, и местно на проекцию боли. Чередовать зоны для терапии в процессе курса лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторять курсы лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев. Лечение длительное.

10.19. Миозиты

Воспалительные заболевания мышц различной этиологии, характеризующиеся болевым синдромом, мышечной слабостью, иногда атрофией пораженных мышечных групп.

Воздействовать местно на болевые зоны по 15 минут. Курс лечения – до устранения болевого синдрома.

Глава 11

БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В результате жизнедеятельности любых клеток образуются «продукты» обмена веществ, по своему биологическому составу частично непригодные как для воспроизводства клеток, так и для поддержания информационно-энергетического равновесия. Необходима «сортировка» продуктов обмена, непригодных – для удаления из организма, а условно пригодных – для последующей переработки и использования. Выведение вредных продуктов осуществляется четырьмя путями: при дыхании, с потом, с калом и с помощью мочевыделительной системы. Последняя и является собственно выделительной системой, состоящей из сложного органа – почек, а также мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Мочевыделительная (эксреторная) система фильтрует кровь и продукты метаболизма (обмена веществ), в том числе продукты, появившиеся в результате преобразований, которые претерпевает съеденная пища до ее превращения в усвояемые вещества. Таким образом, клетки получают возможность поддерживать информационный гомеостаз (процесс саморегуляции) и энергию для выполнения своих функций.

Почки фильтруют кровь и из воды и вредных веществ образуют мочу, которая выводится из организма через мочевыделительную систему.

Мочеточники – каналы, соединяющие почки с мочевым пузырем.

Мочеиспускательный канал – канал, через который из организма выводится моча, накопленная в мочевом пузыре. Эти органы у мужчины и женщины имеют анатомические различия по длине и ширине, в связи с чем воспалительные заболевания мочевого пузыря и почек значительно чаще встречаются у женщин.

Мочевой пузырь – эластичный мышечный орган, в котором скапливается моча, поступающая из почек.

В клинической практике довольно часто приходится сталкиваться со случаями латентного протекания хронических воспалительных процессов в органах мочеполовой системы (например, почек). Использование метода информационной радиоволновой диагностики с помощью прибора «АИС-ЛИДО» позволяет в течении 30–40 минут определить включенность в патологический процесс этих важных органов и тогда становится ясна причина артериальной гипертензии, болевого синдрома в пояснице, субфебрилитета, повышенного СОЭ или других симптомов, беспокоящих пациентов и их лечащих врачей.

Когда же причина недомогания установлена, то корремирование ситуации становится, как говорят, «делом техники». Но все не так просто, как кажется на первый взгляд. Наши наблюдения над большим количеством пациентов, обращающихся к нам за помощью, свидетельствуют, что нормализация анализов крови и мочи, а также благоприятная картина на УЗИ не гарантирует полного излечения. Остающиеся изменения информационного гомеостаза (спектрограммы сигналов от органов мочеполовой системы не соответствуют критериям физиологической нормы) говорят врачам информационной медицины, что полного излечения не наступило и эти органы являются «слабым звеном» и при стечении неблагоприятных обстоятельств (переохлаждение, вирусная инфекция, интоксикация, физические перегрузки и пр.) будут способствовать рецидиву и обострению хронического процесса. По сути дела, именно незнание этих тонких и невидимых процессов, лежит в основе хронизации воспалительных процессов в любых органах. Обычные стандарты лечения, принятые в здравоохранении на сегодняшний день, не дают восстановления информационного гомеостаза.

Включение в комплексную терапию заболеваний органов мочеполовой системы метода информационной радиоволновой терапии с помощью аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН восполняет недостающее звено, нормализует информационный гомеостаз и дает высокую вероятность избавления от болезней навсегда.

11.1. Уретрит

Воспаление уретры (мочеиспускательного канала). Это заболевание у женщин бывает в два раза чаще, чем у мужчин. Причина уретрита – инфекция, нередко передаваемая половым путем (гонококк, трихомонады). У мужчин уретрит может сочетаться с инфекцией органов мошонки, у женщин – с

воспалительными заболеваниями наружных половых органов. Основными проявлениями уретрита являются рези, боли при мочеиспускании и выделения из мочеиспускательного канала. Лечение уретрита ИВТ в сочетании с лекарственными препаратами (антибиотиками) способствует быстрому устранению симптомов заболевания и сокращает сроки лечения.

Зоны для терапии 14-1(V-40) **9-4**(V-52) **13-7**(V-67) **15-8**(R-1) **15-2**(R-7) **7-6**(VC-4) **7-8**(VC-3) **16-1**(E-36)
16-5(F-2) **15-1**(RP-6) справа, **18-2**(VC-1)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней. В острой стадии процедуры проводить 2 раза в день. При хронической форме болезни, рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

11.2. Цистит

Воспаление мочевого пузыря. Как правило, причина цистита кроется в инфекции. Циститы не инфекционного происхождения возникают при раздражении слизистой оболочки мочевого пузыря выделяющимися с мочой химическими веществами. Возбудители инфекции могут проникать в мочевой пузырь восходящим путем (при уретрите, простатите), нисходящим путем (воспалительные заболевания почек), гематогенным путем – при инфекционных болезнях или наличии гнойного очага в организме.

Предрасполагающие факторы:

- снижение иммунитета;
- переохлаждение;
- застой мочи при аденоме простаты и др.

Основные симптомы: частое болезненное мочеиспускание, боли внизу живота, помутнение мочи. По клиническому течению различают острый и хронический цистит.

Применение ИВТ (в острой стадии в сочетании с лекарственными препаратами и диетой) уменьшает боль, нормализует мочеиспускание, сокращает сроки лечения и предупреждает развитие хронического цистита.

Зоны для терапии 7-8(VC-3) **9-8**(V-28) **9-3**(V-23) **14-1**(V-40)
15-4(R-6) **15-1**(RP-6) справа, **16-5**(F-2) **16-1**(E-36) **13-7**(V-67) **7-9**(VC-2) **7-10**(E-30)
7-11(RP-12)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 8–10 дней. При хронической форме болезни, рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

11.3. Пиелонефрит

Неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани почки и ее чашечно-лоханочной системы. В этиопатогенезе пиелонефрита существенное значение имеют возбудители инфекций и наличие изменений в почке и мочевых путях.

По клиническому течению различают острый и хронический пиелонефрит. Острый пиелонефрит у женщин чаще носит уриногенный (восходящий) характер, являясь осложнением острого цистита; у мужчин – чаще возникает гематогенным путем (через кровь). У больных повышается температура тела, появляются боли ноющего характера в поясничной области. Обильное потоотделение сопровождается повышением температуры, приступы лихорадки повторяются часто в одно и то же время суток. Переход острого пиелонефрита в хронический устанавливается при наличии у больного симптомов заболевания на протяжении 3 месяцев и более. Симптоматика хронического пиелонефрита варьирует в зависимости от формы течения болезни, активности и локализации патологического процесса. Ведущими признаками заболевания являются изменения в анализах мочи.

Лечение пиелонефрита в острой форме проводится в стационаре в сочетании ИВТ с лекарственными препаратами и диетой. Благодаря применению ИВТ удастся избежать или снизить уровень осложнений заболевания, перехода в хроническое течение, перехода на инвалидность.

При хроническом пиелонефрите, вне обострения, ИВТ может проводиться как монотерапия.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 16-1(E-36) 15-8(R-1)

15-3(R-3) 9-3(V-23) 7-7(E-28) 7-4(VC-6)

15-1(RP-6) справа, 6-8(F-13)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. При хронической форме болезни рекомендуется повторять 7-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 2 месяцев.

11.4. Острый гломерулонефрит

Иммунноаллергическое заболевание с преимущественным поражением сосудов клубочков: протекает в виде острого или хронического заболевания с повторными обострениями и ремиссиями.

Возникновению гломерулонефрита предшествуют заболевания, вызванные стрептококком, стафилококком, дифтерийной палочкой и др. К числу этиологических факторов относят охлаждение организма во влажной среде.

Симптоматика острого гломерулонефрита характеризуется триадой: отеки, повышенное артериальное давление и гематурия, а также слабость, жажда, одышка.

В острой стадии заболевания рекомендована госпитализация и медикаментозное лечение, сочетанное с ИВТ, управляемым питанием (ограничение поваренной соли, назначение «сахарных» дней до 400–500 г в сутки, 500–600 г фруктовых соков, рекомендован творог, ограничение жидкости в суточном рационе).

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 10-5(GI-11) 16-1(E-36) 15-3(R-3)

15-2(R-7) 4-3(TR-20) 11-7(TR-1) 3-6(VB-20)

12-4(MC-6) 7-4(VC-6) 7-8(VC-3) 15-1(RP-6) справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. В острой стадии болезни процедуры проводить 2 раза в день, далее 1 раз в день. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

11.5. Хронический гломерулонефрит

По причинам возникновения и течению неоднороден, т.к. переход острого в хронический не всегда находит свое подтверждение. Становится очевидным, что существует и неинфекционно-аллергическая группа гломерулонефритов (сывороточный, медикаментозный, токсический и др.).

Клиническое проявление хронического гломерулонефрита характеризуется отеками, повышением артериального давления, протеинурией (белок в моче), гиперхолестеринемией и другими признаками почечной недостаточности.

При хроническом гломерулонефрите мочевого синдром может задолго предшествовать артериальной гипертензии или возникать одновременно с ней.

Лечение включает устранение очагов инфекции, интоксикации, переохлаждений и простуды. Постельный режим рекомендован в период появления значительных отеков.

Применение ИВТ при хроническом гломерулонефрите в период обострения сочетается с лекарственными препаратами, вне обострения может проводиться как монотерапия.

Зоны для терапии

• первый день **16-1(E-36) 15-2(R-7) 15-1(RP-6) справа, 7-8(VC-3) 16-5(F-2) 11-7(TR-1) 15-8(R-1)**

• второй день **3-6(VB-20) 12-4(MC-6) 15-3(R-3) 10-5(GI-11) 9-4(V-52) 7-4(VC-6) 9-3(V-23)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев.

11.6. Мочекаменная болезнь

Заболевание, выражающееся в образовании мочевых камней в почках и мочевыводящих путях.

Основной причиной заболевания является нарушение обмена веществ, а особенно водно-солевого обмена в организме.

В развитии мочекаменной болезни имеют значение особенности географического и климатического порядка, питьевой режим, пищевой фактор.

Наиболее частыми симптомами болезни являются боли в поясничной области, отдающие в пах и половые органы, а также самопроизвольное отхождение мелких камней. Боли иногда бывают очень интенсивными и сопровождаются тошнотой, рвотой, т.е. присутствует приступ «почечной колики». Почечная колика также сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием.

Длительность приступа, как правило, не превышает суток и может закончиться отхождением камней.

Лечение мочекаменной болезни консервативное (диета, питьевой режим, мочегонные препараты, обезболивающие препараты во время приступа), при отсутствии эффекта – хирургическое.

Применение ИВТ показано при любом виде лечения, т.к. кроме обезболивающего эффекта, достигается неспецифическое противовоспалительное, дезинтоксикационное, спазмолитическое воздействие.

Зоны для терапии 9-3(V-23) 9-8(V-28) 14-1(V-40) 15-5(R-2)

18-2(VC-1) 7-8(VC-3) 15-1(RP-6) справа, 16-4(F-3) 6-8(F-13) 16-1(E-36) 3-1(VG-20)

4-3(TR-20) 3-6(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. В острой стадии болезни во время приступа «почечной колики» процедуры проводить 2 раза в день, далее 1 раз в день. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

11.7. Энурез

Непроизвольное истечение мочи. Причинами энуреза являются болезни мочевого пузыря (недостаточность сфинктера мочевого пузыря, ослабление тонуса детрузора, инфекционное заболевание и др.) и нервной системы.

Лечение направлено на устранение основной причины недержания мочи.

При ложном недержании мочи (незаращение урахуса, эктопия устья мочеточника во влагалище и др.) необходимо хирургическое лечение, в остальных случаях проводится консервативная терапия. Во всех случаях необходима психоэмоциональная реабилитация.

Подготовка программы оздоровления учитывает факторы этиопатогенеза и психоэмоциональную реабилитацию.

Зоны для терапии

• первый день **3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 12-9(C-7) 9-3(V-23) 9-7(V-31) 9-2(VG-4) 12-4(MC-6)**

• второй день **3-6(VB-20) 7-8(VC-3) 18-1(VG-1) 9-2(VG-4) 16-5(F-2) 15-3(R-3) 16-1(E-36) 15-1(RP-6)**
справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 3 месяцев.

11.8. Простатит

Воспаление предстательной железы.

Простатиты подразделяют на бактериальные (кокковая флора, гонококки, трихомонады и др.) и небактериальные (застойные).

Развитию простатита способствуют переохлаждение, повреждения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря при лечебных и диагностических манипуляциях, гормональные нарушения.

По клинической форме различают острые и хронические простатиты.

В клинике наиболее типичны боль и парестезии в надлобковой и паховой областях, в промежности. Нарушение половой функции проявляется снижением эрекции и болезненным оргазмом.

Расстройства мочеиспускания могут быть в форме учащенных позывов, болезненности в конце мочеиспускания, длительного (по каплям) истечения мочи после мочеиспускания. При длительном течении болезни доминируют усталость, повышенная раздражительность, нарушение сна и снижение работоспособности.

Лечение во всех стадиях заболевания имеет целью ликвидацию инфекционного начала и нормализацию функции предстательной железы.

Применение ИВТ в сочетании с антибактериальной терапией и массажем значительно повышают эффективность лечения за счет улучшения микроциркуляции в тканях простаты и повышения иммунного статуса.

Зоны для терапии 18-2(VC-1) 18-1(VG-1) 16-4(F-3) 16-1(E-36)
15-5(R-2) 15-2(R-7) 13-7(V-67) 9-9(VG-2)
7-8(VC-3) 7-11(RP-12) 15-1(RP-6) справа, 13-3(V-60) 13-6(V-65)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. В острой стадии болезни процедуры проводить 2 раза в день, далее 1 раз в день. Ежемесячно повторять курс лечения, в течение 4 месяцев. Рекомендуются активные регулярные физические упражнения (ходьба, бег, велосипед, лыжи, коньки).

11.9. Аденома предстательной железы

Заболевание, при котором происходит гипертрофия простаты (аденомиоматоз периуретральных желез), вызывающая сужение (стеноз) выходного отдела мочевого пузыря.

Важную роль в развитии болезни играет нарушение гормонального обмена в пожилом возрасте, а также сидячий образ жизни. Разрастание ткани парауретральных желез препятствует опорожнению мочевого пузыря, вызывает застой мочи, способствуют инфицированию мочи и камнеобразованию в мочевом пузыре.

Клиника представлена следующими симптомами: задержка начала мочеиспускания, его прерывистый характер; учащенное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурия (мочеиспускание по ночам).

В течение заболевания выделяют четыре стадии.

Применение ИВТ показано во всех стадиях заболевания. В I-II стадиях ИВТ применяется в комплексе консервативной терапии. В III-IV стадиях ИВТ применяется в пред- и послеоперационный периоды для уменьшения срока реабилитации, профилактики осложнений.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 18-1(VG-1) 18-2(VC-1)
7-11(RP-12) 7-7(E-28) 13-3(V-60) 15-8(R-1) 16-1(E-36) 13-6(V-65) 15-1(RP-6) справа,
12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Повторять курсы лечения с перерывами в 4 недели в течение 6 месяцев. Лечение длительное.

11.10. Импотенция

Состояние, при котором мужчина не может выполнить половой акт или обеспечить достижение сексуального удовлетворения.

Импотенция – многофакторное заболевание, при котором сочетается поражение уrogenитального аппарата, эндокринной системы, элементарных иннервационных механизмов и высших регуляторных механизмов головного мозга.

Клинические проявления импотенции чаще всего выражены расстройствами эрекции, эякуляции и половых влечений в пропорции соответственно – 5:3:2.

Лечение импотенции предусматривает учет всей сложнейшей структуры заболевания.

ИВТ обеспечивает комплексное, нормализующее воздействие на организм пациента.

Способ ИВТ показан в сочетанном варианте с другими методами, в том числе хирургическим. Программа ИВТ определяется врачом в каждом конкретном случае.

Зоны для терапии

- первый день **3-1**(VG-20) **18-2**(VC-1) **12-10**(MC-7) **15-1**(RP-6)справа, **15-3**(R-3) **18-3**(F-8) **3-6**(VB-20)
- второй день **4-3**(TR-20) справа и слева, **18-1**(VG-1) **18-4**(RP-9) **13-7**(V-67) **7-6**(VC-4) **16-1**(E-36) **9-5**(VG-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 4 месяцев.

11.11. Орхоэпидидимит

Воспаление яичка и его придатка, чаще развивается одностороннее поражение.

Заболеванию яичка и придатков предшествуют воспаление мочевых путей, длительная катетеризация мочевого пузыря и др.

В клинике отмечено быстрое развитие воспалительного процесса: в течение нескольких часов возникает болезненное одностороннее увеличение яичка с гиперемией кожи, отеком мошонки, повышением температуры до 40°C.

ИВТ проводится в сочетании с лекарственными препаратами.

Зоны для терапии **8-1**(VG-14) **7-7**(E-28) **7-11**(RP-12) **10-5**(GI-11) **15-1**(RP-6) справа, **16-4**(F-3) **18-1**(VG-1) **18-2**(VC-1) **14-2**(R-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область травмы в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней.

11.12. Варикоцеле

Варикоцеле представляет собой конгломерат расширенных вен (обычно в левой половине мошонки), которые пальпируются как «мешок червей». Это состояние появляется в положении стоя и должно исчезать (в связи с опорожнением вен) в положении лежа на спине. Хирургическая коррекция может быть показана при лечении бесплодия или при наличии симптомов (например, боли или чувства «переполнения» в мошонке).

Лечение ИВТ будет эффективно на ранних стадиях и у детей; при длительном сроке заболевания значительно смягчается симптоматика, хотя полного излечения не наступает. По показаниям хирургическое лечение в сочетании с ИВТ.

Зоны для терапии **7-1**(VB-26) **7-9**(VC-2) **7-10**(E-30) **7-11**(RP-12) **9-9**(VG-2) **15-1**(RP-6) справа, **13-6**(V-65) **16-4**(F-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на мошонку в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 2 месяцев.

11.13. Гидроцеле (водянка яичка)

Опухолеподобное образование мошонки. Оно возникает в результате чрезмерного накопления стерильной жидкости внутри влагиалищной оболочки яичка. Причиной накопления жидкости служит воспалительный процесс яичка и его придатков или нарушение дренажной функции (варикозное расширение вен малого таза, лимфаденит).

Лечение ИВТ будет эффективно на ранних стадиях и у детей; при длительном сроке заболевания значительно смягчится симптоматика, хотя полного излечения не наступит. По клиническим показаниям хирургическое лечение в сочетании с ИВТ.

Зоны для терапии **7-1**(VB-26) **7-9**(VC-2) **7-10**(E-30) **7-11**(RP-12) **9-9**(VG-2) **15-1**(RP-6) справа, **13-6**(V-65) **16-4**(F-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на мошонку в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс

лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 2 месяцев.

11.14. Вульвовагинит

Воспаление наружных половых органов и влагалища. Причинами возникновения вульвовагинита являются возбудители воспалительного процесса (кишечная палочка, дрожжеподобные грибы, стафилококки, стрептококки, трихомонады, реже – диплококки и дифтерийная палочка, синегнойная палочка и др.); нерациональное применение антибиотиков (дисбактериоз влагалища), нарушение правил личной гигиены.

Клиника представлена следующими симптомами: отек, гиперемия, жжение, зуд наружных половых органов, выделения из влагалища.

**Зоны для терапии 9-5(VG-3) 18-2(VC-1) 15-5(R-2) 15-1(RP-6) справа, 9-7(V-31) 7-10(E-30) 7-11(RP-12)
10-5(GI-11) 14-1(V-40)**

Дополнительно

- при зуде половых органов **7-4(VC-6)**
- при отеке наружных половых органов **9-8(V-28) 16-4(F-3)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. В острой стадии болезни процедуры проводить 2 раза в день, далее 1 раз в день. При необходимости курс лечения повторить через 2–4 недели.

11.15. Эрозия слизистой оболочки шейки матки

Заболевание представляет собой дефект слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, часто сопутствует другим гинекологическим заболеваниям. Истинная эрозия возникает в результате воспалительных процессов, вызываемых стафилококками, стрептококками, гонококками, хламидиями, трихомонадами, дрожжевыми грибами и др. Проникновение микробов в эрозированные железы, базальный слой эпителия и подлежащие ткани способствует хроническому воспалительному процессу. Специалистами и исследователями возникновение истинной эрозии увязывается с повреждением шейки матки в родах, во время прерывания беременности с последующим инфицированием, не исключается роль дисбаланса половых гормонов.

Истинные эрозии шейки матки наблюдаются у женщин в репродуктивном периоде, часто протекают бессимптомно и выявляются во время осмотра у врача-гинеколога.

ИВТ при данном заболевании применяется в сочетании с консервативным или хирургическим лечением и направлена на восстановление или улучшение функции иммунной, эндокринной и репродуктивной систем.

**Зоны для терапии 7-9(VC-2) 7-8(VC-3) 15-1(RP-6) справа, 9-8(V-28) 18-3(F-8) 16-1(E-36) 10-5(GI-11)
4-3(TR-20) справа и слева**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней.

11.16. Эндометрит

Воспаление внутренней поверхности матки. Причинами возникновения являются возбудители воспалительного процесса (стафилококки, стрептококки, а также инфекция, передающаяся половым путем); предшествующие медицинские аборт, диагностические выскабливания, переохлаждение, внутриматочные контрацептивы. Различают острую и хроническую формы. Для острой стадии характерны: высокая температура, боли внизу живота, обильные выделения из влагалища. При отсутствии адекватного лечения острый эндометрит переходит в хронический. Большинство хронических эндометритов протекает скрыто и выявляется во время гинекологического осмотра.

В острой форме и при обострении хронической формы эндометрита процедуры проводятся два раза в день в стационаре, затем по одной процедуре в день. В хронической форме возможна монотерапия, по одной процедуре в день.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 16-1(E-36) 16-4(F-3) 7-8(VC-3)
7-7(E-28) 7-2(E-25) 7-1(VB-26) 9-2(VG-4)
7-11(RP-12) 4-3(TR-20) справа и слева,
12-4(MC-6) 7-12(E-31)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

11.17. Сальпингоофорит

Воспаление яичников и маточных труб (придатков матки).

Причинами возникновения являются возбудители воспалительного процесса (стафилококки, стрептококки, а также инфекция, передающаяся половым путем); предшествующие медицинские аборт, диагностические выскабливания, переохлаждение.

По клинике различают острый и хронический сальпингоофорит.

В клинической картине острого сальпингоофорита: повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, отдающая в поясницу, в ноги.

Хронический сальпингоофорит чаще всего – результат недолеченного острого сальпингоофорита. Основными жалобами являются: тупая, ноющая боль внизу живота и паховых областях, в области крестца, нарушение менструального цикла.

В острой форме и при обострении хронической формы сальпингоофорита процедуры проводятся в стационаре два раза в день, затем по одной процедуре в день. Необходимо сочетание ИВТ с медикаментозной терапией.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 16-1(E-36) 10-5(GI-11) 16-4(F-3) 7-8(VC-3) 7-11(RP-12) 9-7(V-31) 7-5(R-14)
9-2(VG-4) 13-3(V-60) 15-1(RP-6) справа, 4-3(TR-20) справа и слева, 12-4(MC-6) 7-12(E-31)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев.

11.18. Мастопатия

Дисгормональный гиперпластический процесс в молочной железе.

Различают две формы мастопатии – диффузную и узловатую. Диагноз ставится на основании жалоб, осмотра, рентгена, УЗИ молочных желез.

Лечение больных мастопатией должно быть комплексным, длительным, с учетом гормональных особенностей возраста больной, сопутствующих заболеваний.

Диспансерное наблюдение данных пациенток проводится в маммологических центрах или онкологом по месту жительства.

ИВТ позволяет устранить нарушение в информационной структуре гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, работающей по принципу обратной связи, и может быть использована для профилактики и лечения мастопатии.

При заболевании молочных желез, требующих оперативного лечения, также рекомендовано применение ИВТ. В этих случаях ИВТ проводится в предоперационном и послеоперационном периодах. Практика показала, что благодаря ИВТ сокращаются сроки реабилитации больных, перенесших сложную хирургическую операцию.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 8-3(VB-21) 2-6(E-10) 5-9(E-17) 11-4(GI-4) 8-1(VG-14) 5-5(VC-17)
15-1(RP-6) справа, 6-8(F-13) 5-7(R-23) 4-3(TR-20) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую, а также местно на область уплотнения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 4 месяцев.

11.19. Миома матки

Доброкачественная опухоль, развивающаяся в мышечной оболочке матки. Это гормональнозависимая опухоль, причиной развития которой являются нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе женщины.

Заболевание проявляется нарушением менструального цикла, при больших размерах опухоли – симптомами сдавления мочевого пузыря или прямой кишки.

ИВТ воздействует на все факторы, являющиеся причиной развития миомы матки и позволяет затормозить дальнейший рост опухоли.

ИВТ применяется в комплексе консервативной терапии или как монотерапия; а также в пре- и послеоперационный периоды для профилактики и лечения возникших осложнений.

Пациентки с миомой матки должны находиться на диспансерном наблюдении у гинеколога.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 8-1(VG-14) 4-3(TR-20) справа и слева, 7-8(VC-3) 9-9(VG-2)
15-1(RP-6) справа, 7-10(E-30) 18-3(F-8) 15-8(R-1)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 6 месяцев.

11.20. Эндометриоз

Наличие очагов эндометрия в миометрии и других органах половой системы и вне ее. Эндометриоз может локализоваться в матке, яичниках, кишечнике, на брюшине и др. Основным симптом – боль внизу живота, в пояснице различной интенсивности, усиливающаяся перед и во время менструации.

Причины развития эндометриоза многофакторны, в том числе нарушения в эндокринной системе.

ИВТ применяется в комплексе консервативной терапии или как монотерапия (в зависимости от выраженности заболевания) и позволяет затормозить развитие процесса, а также дает обезболивающий эффект.

**Зоны для терапии 3-1(VG-20) 8-1(VG-14) 4-3(TR-20) справа
и слева, 18-1(VG-1) 9-9(VG-2) 15-1(RP-6)
7-10(E-30) 17-1(F-11) 7-1(VB-26) 15-4(R-6)
13-6(V-65) 7-6(VC-4)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 4–6 месяцев.

11.21. Бесплодие

Неспособность лиц детородного возраста к воспроизводству потомства вследствие нарушения оплодотворения или имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Причиной бесплодного брака могут быть нарушения в репродуктивной системе одного или обоих супругов.

Бесплодие женщин бывает первичным и вторичным, относительным и абсолютным. По классификации выделяют три группы причин бесплодия у женщин:

- нарушения овуляции – 40%;
- трубные факторы (патология маточных труб) – 30%;
- различные гинекологические заболевания – 25%;
- необъяснимое бесплодие – 5%, при котором видимые причины не выявлены.

Лечение комплексное, определяется локализацией и характером патологического процесса.

Благодаря неспецифическому действию, метод ИВТ позволяет нормализовать или улучшить функции органов и систем, вовлеченных в патологический процесс. Применение ИВТ эффективно при своевременном лечении обоих партнеров.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 16-1(E-36) 15-1(RP-6) справа, 7-8(VC-3) 15-5(R-2) 15-4(R-6) 9-7(V-31) 17-1(F-11) 7-6(VC-4) 7-7(E-28) 7-10(E-30) 3-6(VB-20) 8-3(VB-21) 9-2(VG-4) 7-12(E-31) 12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней ежемесячно в течение 4–6 месяцев.

11.22. Климактерический невроз

Климактерический невроз представляет собой клинический симптомокомплекс, развивающийся в период угасания функции репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма.

Применение ИВТ позволяет восстановить функциональные расстройства высших отделов центральной нервной системы, восстановить нарушения в вегетативной нервной системе.

ИВТ применима во всех стадиях климактерического невроза и весьма эффективна.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева, 3-6(VB-20) 15-1(RP-6) справа, 12-4(MC-6) 16-1(E-36) 8-3(VB-21)

Дополнительно

- при головокружении **8-2(V-11) 13-6(V-65) 16-4(F-3) 5-8(R-1)**
- при бессоннице и общей слабости **8-6(V-43) 13-2(VB-39) 7-8(VC-3) 11-4(GI-4) 12-8(C-6)**
- при рвоте **6-6(VC-12) 6-8(F-13) 11-4(GI-4)**
- при болях в пояснице и крестце **9-3(V-23) 9-7(V-31) 9-9(VG-2) 13-3(V-60) 9-2(VG-4)**
- при болях в груди **5-8(MC-1) 5-2(R-27) 5-5(VC-17) 5-9(E-17)**
- при чувстве прилива крови к матке, половым губам **16-6(F-1) 13-6(V-65) 14-2(R-10)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10–12 дней. Рекомендуется повторить 7-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

11.23. Предменструальный синдром

Симптомокомплекс, возникающий за 2–10 дней до менструации и исчезающий сразу после начала менструации или в первые ее дни.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 4-3(TR-20) 11-7(TR-1) 8-1(VG-14) 15-1(RP-6) справа, 12-4(MC-6) 7-6(VC-4)

Дополнительно

- при психоэмоциональных нарушениях **12-6(P-9) 11-6(C-9) 7-6(VC-4)**
- при головной боли, боли в глазах **3-4(VG-17) 4-4(TR-19) 11-4(GI-4) 1-4(V-1) 1-1(VG-24) 1-5(TR-23) 3-7(V-10) 18-3(F-8)**
- при нагрубании молочных желез **5-9(E-17) 5-5(VC-17)**
- при вздутии живота **7-2(E-25) 7-3(VC-8)**
- при болях в пояснице, внизу живота **9-2(VG-4) 7-10(E-30) 9-7(V-31)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Начинать лечение с 18-го дня менструального цикла. Курс лечения – 7 дней. Рекомендуется провести 3 курса лечения.

11.24. Фригидность

Фригидность относится к специфическим женским сексуальным расстройствам. Развитию фригидности сопутствует сочетание нескольких факторов: соматических, психических и микросоциальных. Нередко фригидность сопутствует психопатиям, эндогенным психозам, акцентуациям характера (женщины с чрезмерной мнительностью, стыдливостью, склонностью к фиксации на отрицательных эмоциях).

Моментами, провоцирующими возникновение фригидности, служат психические травмы (попытки изнасилования, страх беременности, огласка отношений, физическое отращивание к партнеру), астенизация любой этиологии, депрессивные состояния.

Фригидности способствуют нарушения функции яичников, поражения глубоких структур мозга и сегментарные поражения нервной системы. Детородная функция при фригидности не нарушена. Применение ИВТ эффективно при своевременном лечении обоих партнеров.

Зоны для терапии 7-4(VC-6) **9-11**(V-36) **7-10**(E-30) **9-2**(VG-4) **15-1**(RP-6) справа, **3-1**(VG-20) **4-3**(TR-20) **12-9**(C-7) **17-1**(F-11) **3-6**(VB-20) **9-2**(VG-4) **7-8**(VC-3) **7-12**(E-31)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 7-дневный курс лечения с перерывами в 3 недели в течение 4 месяцев.

11.25. Дисфункция яичников

Заболевание характеризуется нарушением гормональной функции яичников. Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) возникают в период полового созревания (инфекционные болезни, психические травмы, перегрузки, гиповитаминоз); в репродуктивном возрасте (аборты, болезни эндокринной системы, стрессы, инфекции); в пременопаузальном периоде в связи с возрастными изменениями в репродуктивной системе.

Учитывая, что в основе ДМК лежат нарушения функций гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, подход ИВТ к лечению этой болезни общий: оздоровление нервной системы, эндокринной системы и лечение сопутствующих заболеваний.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) **4-3**(TR-20) **9-3**(V-23) **9-7**(V-31) справа и слева, **13-3**(V-60) **15-1**(RP-6) справа, **3-6**(VB-20) **16-4**(F-3) **17-1**(F-11) **9-9**(VG-2) **18-2**(VC-1) **15-5**(R-2) **15-4**(R-6) **10-5**(GI-11) **7-2**(E-25) **7-12**(E-31) **7-8**(VC-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения ежемесячно в течение 4 месяцев.

Глава 12

БЕРЕМЕННОСТЬ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Одну треть жизни женский организм готовится к материнству. Это основная функция «слабой половины» человечества, заложенная самой природой. Женская половая система – самая важная и одновременно самая хрупкая по сравнению с другими системами организма. Она расцветает последней (с началом менструаций) и первой увядает с наступлением климакса. Именно поэтому половая система быстрее и острее всех других реагирует на изменения внешней среды, экологии и нервные стрессы. Ответственность за половые отношения зачастую ложится на плечи женщины. Она должна определить для себя, нужен ли ей ребенок. Беременность – это Божий дар, поэтому относиться к ней нужно с полной серьезностью. Может быть, женщина, соглашающаяся сделать аборт, рискует быть наказанной за этот грех бездетностью. А это огромная психологическая травма, накладывающая отпечаток на всю жизнь. Помимо религиозного аспекта, существует научное обоснование вредности аборта. С медицинской точки зрения любая операция – это колоссальная нагрузка на организм. Аборт представляет собой хирургическую процедуру выскабливания, которое выполняется «вслепую». Ни один самый опытный врач не может дать гарантии, что последствий не будет. Кроме того, аборт прерывает серьезную биологическую настройку организма, которая начинается с первых дней беременности. Беременная женщина должна как можно быстрее обратиться за консультацией к специалисту.

Далее, науке известно следующее: в 6-недельном возрасте зародыша его электроэнцефалограмма уже фиксирует работу мозга, записывая мозговые импульсы. В 7 недель он уже начинает делать точные движения, реагирует на внешние раздражители, прослушивается биение его сердца. В 9-недельном возрасте зародыш уже может хватать что-либо рукой, с помощью УЗИ можно увидеть, как он иногда сосет палец. В 10 недель он уже может поглощать околоплодную жидкость, в которой плавает, т.е., начинают работать органы пищеварения, хотя, конечно, большую часть питательных веществ он по-прежнему получает через пуповину. В 11 недель начинают функционировать все системы органов. В 18 недель он уже полностью сформирован. Зафиксирован случай преждевременного рождения на 19 неделе, когда плод родился, выжил и стал совершенно нормальным человеком.

Демографические проблемы довольно остро встали перед нашей страной, особенно за последние 15 лет проводящихся реформ. Убыль населения составляет по различным подсчетам до 800 000 человек в год. Существуют данные, что это не спонтанные колебания социальных процессов, а хорошо спланированная кампания.

В 1939 году, сразу после оккупации Польши, нацисты опубликовали декрет: «Все меры, имеющие тенденцию к ограничению рождаемости, следует допускать и поддерживать. Аборты на остающейся площади (Польши) должны быть свободны от запрета. Средства к абортам и контрацепции следует предлагать публично без политических ограничений. Гомосексуализм всегда надо объявлять легальным. Учреждениям и лицам, профессионально занимающимся абортами... не мешать». В 1941 году конференция Министерства внутренних дел в Берлине одобрила эту политику, которая декретом Гитлера была распространена и на другие части Восточной Европы. Один историк определил этот декрет как «...самый реакционный политический документ, когда-либо вышедший из штаба Гитлера». Немецкие эксперты предложили свои планы для обеспечения сотрудничества с медиками на оккупированных территориях. Приведем выдержки из одного такого меморандума: «Любое средство пропаганды, особенно прессу, радио и кино, а также фельетоны, брошюры и лекции надо использовать для внушения русскому населению идеи, что вредно иметь несколько детей. Мы должны подчеркивать затраты, которые они вызывают, говорить о хороших вещах, которые можно приобрести на деньги, затраченные на детей. Надо также намекать на опасное влияние деторождения на здоровье женщины... Необходимо будет открыть специализированные учреждения для проведения абортот и подготовить персонал для этой цели. Население будет тогда прибегать к абортот более охотно... Добровольная стерилизация должна быть рекомендована...»

В то же время Гиммлер специально оговаривает в своем декрете: «Русские врачи... не должны знать об этом приказе. Им надо дать инструкции о том, что беременность следует прерывать по

социальным показаниям». Немецкие власти упорно подчеркивали и такой аспект: предотвращение деторождения не несет никаких ограничений в сексуальном поведении. В меморандуме 1944 года говорится: «С целью практического ведения пропаганды надо спокойно распределять контрацептивы (причем цены поддерживает государство). Лучше держать открытым клапан для выхода естественных желаний населения с чуждой кровью, пока это не мешает сдерживанию репродукции среди народов чуждых рас».

Таким образом, становится понятным, что определенным образом поданная информация начинает влиять не только на отдельных личностей, но и на целые народы.

Понимая силу и значение информационных явлений, потоков информации в нашей жизни в Научном центре информационной медицины «ЛИДО» разработана концепция информационной медицины, технология и методика, с помощью которой можно на очень ранних этапах определить нарушение информационного гомеостаза и своевременно и адекватно скорректировать выявленные нарушения. В процессе проверки гипотезы о наличии межклеточных взаимосвязей удалось установить, что клетки, образующие органы и системы, общаются между собой путем мгновенной передачи информации всему клеточному сообществу посредством радиосигналов. У здоровых клеток эти сигналы имеют вполне определенные радиофизические характеристики (амплитуда, частота). Ослабление и искажение этих сигналов ведет к нарушению жизнедеятельности и функции клеточных структур, тканей, органов, систем. Этими сигналами обмениваются не только клетки между собой, но и целостный организм с себе подобными в процессе жизни, совместного проживания, трудовой деятельности и пр. Мы считаем, что этот путь передачи информации является не менее важным, чем генетический, а может и определяющим.

Нездоровая мама влияет своими искаженными сигналами на клетки формирующегося плода и передает ему соответствующую «слабину», которая впоследствии, при сочетании неблагоприятных обстоятельств реализуется в болезнь.

Создание аппаратов, реализующих метод информационно-волновой терапии, типа МИНИТАГ и КАМЕРТОН, открывают новую эру в рождении здорового поколения. Эти аппараты, имитируя физиологические радиосигналы здоровой клеточной структуры, при применении их беременными женщинами будут способствовать не только физиологическому течению беременности и родов, но и рождению зрелого, крепкого, здорового потомства. Эти аппараты являются единственными в своем роде разрешенными МЗ РФ для применения в период беременности и новорожденным, а метод «Информационная радиоволновая терапия (ИВТ)» становится флагом репродуктивного* здоровья.

12.1. Рвота беременных (токсикоз)

Ведущая роль в патогенезе этого осложнения отводится нарушению функции центральной нервной системы.

Тяжесть заболевания зависит от степени нарушения водно-солевого, углеводного и жирового обменов, кислотно-основного и витаминного баланса, функции желез внутренней секреции.

Легкая рвота – повторяется несколько раз в день, в основном после приема пищи и по утрам. Общее состояние почти не страдает, артериальное давление устойчивое, пульс слегка учащен, масса тела женщин почти не снижается.

При умеренной и чрезмерной рвоте, протекающей с интоксикацией, необходима квалифицированная врачебная помощь. Женщине необходимо внимательное отношение, длительный сон, тишина, правильный режим питания (калорийная, витаминизированная пища, лучше в охлажденном виде, принимать небольшими порциями каждые 2–3 часа в положении лежа).

Зоны для терапии 4-3(TR-20) справа и слева, **3-6**(VB-20) **5-5**(VC-17) **6-6**(VC-12) **3-1**(VG-20)
15-1(RP-6) справа, **16-3**(E-41)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 7–10 дней.

12.2. Слюнотечение беременных

Нередко сопровождается рвоту беременных, иногда бывает самостоятельным проявлением токсикоза. Субъективное облегчение достигается частыми полосканиями рта 1% раствором ментола, настоем шалфея, ромашки и другими вяжущими средствами.

**Зоны для терапии 4-5(IG-19) 12-6(P-9) 2-5(GI-18) 2-4(VC-23)
4-9(E-6)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 7–8 дней.

12.3. Дерматозы беременных

Крапивница, экзантемы, эритемы возникают в ранние сроки и проявляются упорным зудом, вызывающим бессонницу, утомление и раздражение. ИВТ весьма эффективна и может быть применена как монотерапия без антигистаминных препаратов (диазолин, супрастин, кларитин и т.д.)

**Зоны для терапии 10-5(GI-11) 16-5(F-2) 15-8(R-1) 5-5(VC-17) 3-1(VG-20) 4-3(TR-20) справа и слева,
14-1(V-40) 12-5(P-7)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения – 10 дней.

12.4. Желтуха беременных

Желтуха может проявляться в любое время беременности, характеризуется нарушением функции печени, выраженной желтушной окраской кожи и склер, кожным зудом. В тяжелых случаях может наступить острая дистрофия печени, которая требует срочного стационарного лечения.

Зоны для терапии 16-5(F-2) 6-8(F-13) 13-5(VB-40) 12-10(MC-7) 15-1(RP-6) справа, 6-6(VC-12) 15-2(R-7)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Лечение длительное. Курс лечения – до полного исчезновения симптомов. В первые 2 недели проводить процедуры ежедневно, далее через день.

12.5. Водянка беременных

Проявляется стойкими отеками. Различают четыре степени их распространения:

- первая степень – отеки нижних конечностей;
- вторая степень – отеки нижних конечностей и живота;
- третья степень – отеки нижних конечностей, живота и лица;
- четвертая степень – анасарка*.

Вследствие задержки жидкости быстро нарастает масса тела (свыше 300–350 г в неделю), снижается диурез, артериальное давление не повышается, функция почек не нарушена.

**Зоны для терапии 15-8(R-1) 14-1(V-40) 12-3(C-3) 5-5(VC-17) 15-1(RP-6) справа, 4-3(TR-20) справа и
слева, 15-3(R-3) 12-14(MC-9) 9-3(V-23)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Рекомендуется 6-дневный курс лечения с перерывами в 1 неделю до родов.

12.6. Нефропатия

Это общее название болезней почек, характеризуется триадой симптомов – отеки, повышение артериального давления, появление белка в моче. Нефропатия легкой степени успешно лечится с помощью ИВТ, тяжелая форма нефропатии требует стационарного лечения и серьезной комплексной терапии.

Зоны для терапии 15-8(R-1) 14-1(V-40) 12-10(MC-7) 8-3(VB-21) 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 15-5(R-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Рекомендуется 6-дневный курс лечения с перерывами в 1 неделю или по одной процедуре через день, до родов.

12.7. Боли в спине у беременных

Во время вынашивания малыша и в первый год после рождения молодых мам часто беспокоят боли в спине. Эти боли чаще вызываются изменением осанки, произошедшим за короткий период.

Зоны для терапии

- при боли в области поясницы **18-1(VG-1) 9-9(VG-2) 9-2(VG-4)**
- при боли в грудном отделе позвоночника **3-5(VG-16) 8-2(V-11) 8-7(V-15) 3-4(VG-17) 8-1(VG-14)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны и местно, по 5 минут на каждую зону. Длительность курса лечения определяется достижением эффекта.

12.8. Герпес беременных

Дерматоз неизвестной этиологии, возникающий во второй половине беременности, характеризующийся зудом, наличием множественных пузырьков на коже туловища и конечностей, признаками общей интоксикации.

Зоны для терапии 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 15-2(R-7) 16-1(E-36) 16-5(F-2) 11-2(TR-5) 15-1(RP-6)
справа

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, и местно на пораженные участки кожи и слизистые по 5 минут. Курс лечения – 5–7 дней.

12.9. Послеродовый период

Благодаря предложенной методике Вы легко сможете восстановиться после родов.

Зоны для терапии

- для усиления сокращения матки **7-8(VC-3) 7-3(VC-8)**
9-2(VG-4) 5-5(VC-17) 15-1(RP-6) справа **13-6(V-65) 4-3(TR-20)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 7 минут на каждую. В первые 3 дня после родов проводить процедуру 2 раза в день. Курс лечения – 7 дней.

- для уменьшения кровотечения в послеродовом периоде
15-4(R-6) 14-1(V-40) 15-8(R-1) 15-2(R-7) 7-6(VC-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 7 минут на каждую. В первые 3 дня после родов проводить процедуру 2 раза в день. Курс лечения 7 дней.

- для быстрого восстановления сил **11-4(GI-4) 16-1(E-36) 15-1(RP-6)** справа, **12-9(C-7) 3-6(VB-20)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 7 минут на каждую. В первые 3 дня после родов проводить процедуру 2 раза в день. Курс лечения – 7 дней.

- для улучшения лактации **5-9(E-17)** справа и слева,
5-4(P-2) справа и слева, **5-8(MC-1)** справа и слева, **4-3(TR-20) 16-4(F-3)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 7 минут на каждую. В первые 5 дней после родов проводить процедуру 2 раза в день. Курс лечения 10 дней.

Ежедневно после кесарева сечения и других хирургических вмешательств необходимо применять местное лечение на область операционного шва по 10–15 минут в течение одной недели.

12.10. Трещины сосков

Наиболее частая патология послеродового периода. Причинами могут стать неправильное прикладывание ребенка к груди, использование молокоотсоса в первые дни после родов, длительное кормление более 40 минут и т.д. Кормление становится очень болезненным. Сосок сильно отекает, и на нем видны одна или две трещины.

Лечение потребует терпения, не стоит отлучать ребенка от груди. Продолжайте кормить этой грудью, несколько капель крови в молоке ребенку не навредят. Остатки молока сцеделите только руками. После кормления грудь не обмывайте (в слюне ребенка и в молоке много дезинфицирующих веществ). Подержите аппарат в 0,5 см над соском в течение 7–10 минут и смажьте сосок 100% ланолином («Пурилан-100»). В первые сутки проводить процедуры после каждого кормления ребенка, далее 2–3 раза в сутки. Курс лечения – до полного выздоровления.

12.11. Грудное вскармливание

В наши дни более 50% женщин кормят своих детей грудью. Сейчас многие педиатры поддерживают произвольный график кормления и такой стиль называют свободным. Частота кормлений определяется реальными потребностями вашего малыша. Определить, что кроха голоден, можно по сосательным движениям его ротика, по тому, как он крутит головой или начинает жалобно плакать. В первые месяцы жизни прикладывайте малыша к груди как можно чаще, предоставляя ему возможность сосать, когда и сколько ему хочется. Это очень важно и для его психоэмоционального комфорта. При таком стиле кормления отпадает необходимость сцеживания молока после каждого кормления.

Зоны для терапии

- при недостатке молока **3-1**(VG-20) **4-3**(TR-20) справа и слева, **5-4**(P-2) справа и слева, **10-6**(GI-10) **5-5**(VC-17) **16-5**(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней. При застое молока необходимо аккуратно сцедить молоко. Проведите 2 процедуры в течение дня по 10 минут. Аппарат держать над местом болезненного уплотнения.

12.12. Мастит лактационный

Развивается в результате повреждений соска трещинами, нарушений в гигиеническом уходе.

Заболевание быстро прогрессирует, появляются боли в молочной железе, озноб, повышается температура до 38°C и выше.

Пораженная молочная железа увеличивается в размере, становятся заметными и болезненными подмышечные лимфоузлы. На 3–4 день заболевания определяется инфильтрат с четкими границами и в дальнейшем происходит его нагноение.

Методику лечения мастита следует выбирать с учетом стадии развития болезни.

Применение сеансов ИВТ каждые 3–4 часа на ранних стадиях заболевания дает возможность избежать развития инфильтрата без помощи антибиотиков.

В стадии инфильтрата ИВТ применяется в сочетании с антибиотиками и в редких случаях оперативное лечение с дренированием полости инфильтрата.

Профилактикой лактационного мастита является свободное кормление – до 20 раз в сутки и без сцеживания молока.

Зоны для терапии **5-3**(VC-20) **5-5**(VC-17) **5-6**(E-16) **5-7**(R-23)
5-8(MC-1) **5-9**(E-17) **8-3**(VB-21) **10-6**(GI-10) **11-5**(IG-2) **15-7**(RP-1) **16-4**(F-3) **11-4**(GI-4)
12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую, а также местно на область уплотнения в течение 10 минут. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения – 10 дней. В первый и во второй день процедуры проводить 2–3 раза в день.

12.13. Послеродовые растяжки кожи (на животе и бедрах)

Зоны для терапии **4-3**(TR-20) справа и слева, **8-3**(VB-21)
по 5 минут на каждую зону.

Медленными круговыми движениями водить излучателем аппарата над дефектом кожи, захватывая здоровые участки в течение 10–15 минут. Курс лечения – 10–15 дней. Рекомендуется повторять 6 дневные курсы лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

Глава 13

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Каждый 4–5 ребенок Российской Федерации может быть отнесен к группе ЧБД (часто болеющие дети), при этом на них приходится более 60% всех заболеваний детского возраста. Наиболее часто выражающимися у ЧБД (до 80%) являются болезни органов дыхания, среди которых преобладают ОРВЗ и грипп. За ними следуют инфекционные и ЛОР-заболевания. Часто болеющего ребенка характеризует заболеваемость в течение всего года независимо от сезона, ее частота, длительность, тяжесть, тенденция к хроническому или рецидивирующему течению. Наибольшую группу среди ЧБД составляют дети первых трех лет жизни, при этом одни часто болеют, как правило, в период посещения детского дошкольного учреждения, заболеваемость снижается в следующие 2–3 года. Другие болеют уже на первом году жизни даже в условиях собственной семьи, а при вхождении в детский коллектив болеют часто, тяжело и длительно, дают осложнения, как правило, со стороны ЛОР-органов или бронхиальной системы.

ЧБД – это не нозологическая форма и не диагноз, а только группа диспансерного наблюдения. В нее не включают детей с первичными иммунодефицитами, с наследственными обменными нарушениями, ферментопатиями, пороками развития органов дыхания и другими патологическими состояниями.

Не следует забывать о том, что частые психо-эмоциональные стрессы у детей раннего возраста, особенно в семье, отрицательно сказываются на резистентности* организма ребенка. И, конечно же, назначение необоснованной антибактериальной терапии также способствует ослаблению защитных сил организма ребенка, поскольку эти препараты являются иммуносупрессорами, поэтому у детей часто развивается дисбактериоз слизистых оболочек дыхательных путей, что определяет их склонность к частым ОРЗ.

Рассматривая основные принципы оздоровления ЧБД, необходимо отметить, что у каждого ребенка, часто болеющего ОРЗ, прежде всего, нужно уточнить причины повышенной заболеваемости и выявить провоцирующие факторы.

В Научном центре информационной медицины «ЛИДО» разработан и применяется метод информационной радиоволновой диагностики. Всем пациентам, независимо от жалоб, проводится комплексное компьютерное исследование на уровне всех органов и систем. Поскольку около 30% пациентов – дети, мы провели специальную статистическую обработку более 200 карт с диагнозом «ЧБД», хронический ринит, хронический фарингит, хронический тонзиллит, аденоиды 1–3 степени, гайморит, отит – и вот что выяснилось. Если взять всех пациентов за 100%, то функциональные расстройства центральной нервной системы были выявлены у 65,8%, гипоталамической области головного мозга – у 68,4%, щитовидной железы – у 65,8%, шейного отдела позвоночника – у 71%, бронхо-легочной системы – 65%, почек – 65%, желудочно-кишечного тракта – 55,3%, сердечно-сосудистой системы – 65%. Явления аллергии – 65,8%. После этого исследования стало понятно, что ребенок часто и подолгу болеет именно потому, что у него разлажена система управления, по-научному – информационный гомеостаз (процессы саморегуляции), а по-простому – разбалансирован организм. Разве может ЛОР-врач, будь он хоть семи пядей во лбу, справиться в одиночку с комплексом таких проблем? Ответ очевиден.

Что же делать? Как вернуть здоровье ребенку? Решение этой проблемы лежит в комплексном подходе, который реализуется методами информационной медицины. Прежде всего, это применение метода ИВТ (информационная радиоволновая терапия) аппаратами МИНИТАГ и КАМЕРТОН. Они воспроизводят радиосигналы здоровых клеток и их использование по определенной программе, особенно после диагностического исследования, дает прекрасные результаты по всему обнаруженному перечню проблем в нарушении системы управления организмом. После 10-дневного курса лечения у ребенка не только восстанавливается иммунитет, исчезает или значительно уменьшается межполушарная асимметрия, что ведет к гармонизации нервной системы, улучшаются способности ребенка к обучению, память, внимание, координация движений. Дети становятся более устойчивыми к вирусным интервенциям и практически перестают простужаться, а если все же это происходит, то болезнь длится не более 2–3 дней в легкой форме. Конечно, применением метода ИВТ не исчерпывается наша помощь. Мы даем рекомендации по питанию, закаливанию и другим аспектам здорового образа жизни. Кроме того,

оказалось, что в большинстве семей, где есть ЧБД, имеются напряженные отношения между родителями, что для ребенка является более сильным стрессом, чем для взрослых, а это однозначно ведет к угнетению иммунной системы. Эти вопросы следует решать с помощью психологов.

Оздоровление таких детей требует длительного, планомерного и систематического проведения комплекса медико-социальных мероприятий. Медицинская реабилитация ЧБД включает рациональный режим дня и питания, закаливание, общеукрепляющую и лечебную физкультуру, медикаментозную терапию, важной составляющей которой является иммунокоррекция. Следует подчеркнуть, что медикаментозная иммунокоррекция – это только одна из составляющих программы оздоровления часто болеющих детей, она эффективна лишь в комплексе с другими реабилитационными мероприятиями.

Следует особо отметить, что оздоровление детей методом ИВТ является наиболее благодарной задачей. Поскольку детский организм обладает достаточно большими энергетическими и пластическими ресурсами, стаж заболеваний еще не очень большой и потому эффекты оздоровления при применении метода ИВТ наступают быстро и сохраняются надолго. Кроме того, наличие аппарата в семье (при условии его приобретения) дает возможность ранней профилактики при первых признаках ОРЗ, что избавляет в большинстве случаев от необходимости применять антибактериальные, жаропонижающие и другие препараты. Использование метода ИВТ по соответствующим лечебным программам другими членами семьи способствует прерыванию того процесса, который подразумевается под наследственностью. Дело в том, что сигналы, обнаруженные нами при проведении диагностического исследования, независимо от нашего желания, постоянно излучаются во внешнюю среду и за счет этого осуществляется постоянный информационный обмен между всеми объектами (элементами системы). И если эти сигналы искажены, т.е. имеют патологическую структуру, то взаимодействуя с сигналами окружающих нас детей, способны оказывать повреждающий эффект на информационный гомеостаз ребенка. В народе это давно подмечено, и поговорки вроде «С кем поведешься, от того и наберешься» точно отражают суть происходящего.

Использование метода ИВТ в семье улучшает качество жизни и повышает уровень не только индивидуального, но и семейного здоровья.

Применение аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН в ИВТ маленьких пациентов дало прекрасные результаты.

В данном разделе приведен перечень детских болезней, не требующих стационарного и специализированного лечения.

13.1. Часто болеющие дети

В отечественной медицине часто болеющими считаются: дети до 1 года, если случаи острых респираторных заболеваний (ОРЗ) – 4 и более в год; дети от 1 до 3 лет – 6 и более ОРЗ в год; дети от 3 до 5 лет – 5 и более ОРЗ в год; дети старше 5 лет – 4 и более ОРЗ в год. Нередко ребенок болеет не только часто, но и длительно (более 10–14 дней одно ОРЗ). Длительно болеющие дети также могут быть отнесены к категории часто болеющих. Внешне ОРЗ могут проявляться насморком, кашлем, покраснением горла, общей слабостью, подъемом температуры. У часто болеющих детей может быть какой-то один, но длительно существующий симптом, например, постоянный кашель или подкашливание, постоянные выделения из носа, при этом температура может быть нормальной. Если же у ребенка постоянно повышена температура, но при этом нет симптомов ОРЗ, это часто является признаком хронических инфекций, и требует детального медицинского обследования.

Профилактический курс ИВТ необходимо начать за месяц до поступления ребенка в детское учреждение или наступления осенне-зимнего периода, а также в период пика заболеваемости гриппом и ОРВИ. Курс состоит из 10 процедур проведенных через день.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 5-5(VC-17) 16-5 (F-2)

Через день в течение одной процедуры воздействовать на все зоны по 5 минут. Курс 10 процедур.

Для каждого ребенка необходим поиск индивидуальных методов оздоровления с учетом этиологических и патогенетических механизмов заболевания, а также факторов внешнего окружения, формирующих предрасположенность организма ребенка к частым респираторным заболеваниям.

13.2. Острая респираторно-вирусная инфекция у новорожденных

Эта патология составляет большую долю респираторных проблем у новорожденных, что определяется не только постоянной циркуляцией вирусов в окружающей среде, но и особенностями специфического иммунитета у детей этого возраста. Противовирусные антитела, пассивно полученные от матери, сохраняются в периферической крови ребенка лишь в первые дни жизни. Активно синтезируемые специфические антитела циркулируют всего 1–2 недели. Местный иммунитет, который обеспечивается «секреторными» антителами, у новорожденных низкий.

Грипп А – новорожденным свойственно тяжелое течение гриппа. Начало заболевания острое. Резко ухудшается общее состояние, возникает возбуждение, нарушается сон, уменьшается активность сосания. Катаральные явления в верхних дыхательных путях возникают обычно не сразу (на 2–3-й день от начала заболевания) и проявляются слизистыми, а затем слизисто-гнойными выделениями. Часто наблюдаются гиперемия зева, кратковременный кашель. Длительность гриппа А колеблется от 6 до 23 дней в зависимости от тяжести заболевания.

Грипп В у новорожденных встречается редко. Течение болезни, как правило, тяжелое. Начало внезапное: выраженный токсикоз, резкое беспокойство, возможно возникновение судорог, высокая температура, увеличение размеров печени. Катаральные явления в верхних дыхательных путях возникают на 2–3-й день от начала болезни и иногда сопровождаются астматическим синдромом. Длительность гриппа В – 7–21 день в зависимости от тяжести течения заболевания.

Парагрипп – эта инфекция у новорожденных, в отличие от гриппозной, характеризуется выраженным катаральным синдромом в органах дыхания и слабыми симптомами интоксикации. Температурная реакция обычно отсутствует, заболевание начинается со слизистых, а затем гнойных выделений из носа. Характерно наличие влажного кашля. Кашель и обильные выделения из носа способствуют возникновению срыгиваний и рвоты.

Аденовирусная инфекция – для нее характерно малосимптомное течение. Также возможно и внезапное начало, резкое ухудшение общего состояния, выраженные катаральные явления в верхних дыхательных путях и кишечный синдром.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 3-1(VG-20) 16-5(F-2) 15-8(R-1)

1-8(GI-20) 11-4(GI-4) 1-9(E-2) справа и слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 7–10 дней. В первые двое суток процедуры проводить 2 раза в день. Применять отвлекающую терапию: горчичники на область грудной клетки и на ступни. Хорошо закапывать нос грудным молоком (в нем содержится интерферон).

13.3. Диспепсические расстройства у новорожденных

Функциональная незрелость желудочно-кишечного тракта, несовершенство центральной регуляции его деятельности и высокая частота дисбактериоза у новорожденных делают их наиболее уязвимым для данной патологии. Диспепсические и дискинетические нарушения чаще всего сопутствуют основному заболеванию (пневмония, отит, ОРЗ и т.д.) – так называемая парентеральная диспепсия либо бывают ведущим синдромом при декомпенсированном дисбактериозе, синдромах ферментативной недостаточности или нарушенного всасывания (мальабсорбция), врожденных дефектах метаболизма (непереносимость дисахаридов и глюкозы).

Заболевание начинается с отказа от еды, с появления вялости, жидкого стула. Понос сопровождается вздутием живота, выделением газов и коликами. Стул зеленоватого цвета, водянистый, иногда пенистый, с прожилками крови и гнилостным запахом. В зависимости от тяжести заболевания у ребенка могут развиваться экзикоз, токсикоз.

Прежде необходимо устранить причинный фактор, уменьшить количество молока на 30–50% на каждое кормление, добавить питье, отменить докорм. В более тяжелых случаях обязательно стационарное лечение.

Зона для терапии 16-1(E-36) 7-3(VC-8) 11-1(TR-6) 15-8(R-1)

7-2(E-25) слева

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 3–5 дней. В первый и во второй день процедуры проводить 2 раза в день.

13.4. Кишечные колики у новорожденных

Кишечные колики у новорожденных – самый частый симптом, который беспокоит малыша в первые месяцы его жизни. Он характеризуется скоплением газов в кишечнике. Ребенок при этом пронзительно кричит, ведет себя беспокойно, подгибает ножки к животу. Основные причины этого расстройства – дисбактериоз кишечника и несовершенство ферментативной системы.

Зоны для терапии 7-3(VC-8), **7-6**(VC-4), **16-5**(F-2)
7-2(E-25) слева, **15-7**(RP-1)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 4–5 дней или однократная процедура.

13.5. Грыжи новорожденных

Паховые грыжи чаще всего встречаются у новорожденных мальчиков, в особенности у недоношенных. Перед лечением необходимо проконсультироваться с хирургом и исключить ущемление.

Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота ущемляются редко, имеют тенденцию к самостоятельному закрытию через несколько лет.

ИВТ ускоряет процесс закрытия грыжи.

Проводить процедуры местно на грыжевое кольцо с захватом околопупочной области в течение 10 минут. Курс лечения 7–12 процедур через день.

13.6. Дисплазия тазобедренного сустава (врожденный вывих бедра)

Чаще встречается у девочек и детей, родившихся в ягодичном предлежании. Подозрение на врожденный вывих должно возникнуть при наличии аналогичных случаев в семейном анамнезе, а также при симптоме «щелчка»; причина дефекта не ясна.

Вывих может быть одно- или двухсторонним. При одностороннем вывихе пораженная конечность короче, а на бедре могут наблюдаться асимметричные кожные складки.

Основным диагностическим признаком подвывиха или вывиха тазобедренного сустава является невозможность полностью развести ноги до поверхности пеленального стола при согнутых бедрах и коленях.

В установлении раннего и точного диагноза помогает УЗИ тазобедренного сустава. Лечение сводится к использованию ортопедических приспособлений (шины, повязки, стремена или просто широкое пеленание), которые фиксируют бедра в положении разведения и наружной ротации, что способствует формированию соответствия головки бедра и вертлужной впадины по мере роста ребенка. ИВТ значительно сокращает срок вынужденной иммобилизации.

Зоны для терапии 9-10(VB-30) справа и слева, **17-1**(F-11) справа и слева, **14-1**(V-40) **9-11**(V-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 10 дней. Повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

13.7. Дисбактериоз кишечника

Нарушение симбиотического равновесия микрофлоры кишечника, полости рта, слизистых оболочек и кожи. Наибольшую опасность для новорожденных представляет дисбактериоз желудочно-кишечного тракта. С первых минут жизни организм новорожденного заселяется

разнообразными микроорганизмами – происходит так называемая колонизация, формирование микробиологической системы. Изначально здоровый ребенок обсеменяется флорой матери, в первые 5–8 дней происходит становление его биоценоза. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то, начиная с 8-го дня жизни ребенка, в микрофлоре его кишечника преобладает защитная флора: бифидобактерии, лактобациллы. При смешанном и искусственном вскармливании удельный вес бифидобактерий снижается, чаще выделяются кишечные палочки, энтерококки, грибы.

Причины, приводящие к дисбактериозу, различны. Это неблагоприятное течение беременности и родов, преждевременное смешанное и искусственное вскармливание, позднее прикладывание к груди; антибактериальная терапия, пищевая аллергия, перинатальная патология ЦНС.

Согласно рабочей классификации дисбактериозов, существует 4 стадии дисбактериоза.

Первая стадия – без клинических проявлений. Диспепсические явления возможны как кратковременные реакции здорового ребенка на неправильное кормление.

Зоны для терапии 7-2(Е-25) 7-3(VC-8) 16-4(F-3) 11-4(GI-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 3 дня.

Вторая стадия – выраженный дефицит бифидобактерий, нарастание уровня неполноценных кишечных палочек, появление условно-патогенных микробов и грибов.

Зоны для терапии 7-2(Е-25) 7-3(VC-8) 9-6(V-25) 7-6(VC-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 7 дней. Необходимо использовать препараты-пробиотики («Лактобактерин», «Бифилиз», «Бифидум», «Бификол», а также бактериальные препараты, аттестованные в качестве препаратов-парафармацевтиков, – «Наринэ», «Наринэ-виталь», «Витафлор») и другие молочнокислые продукты.

Третья стадия характеризуется значительным увеличением аэробной флоры, ее токсическим воздействием на организм ребенка.

Как правило, эта стадия дисбактериоза отмечается при тяжелых инфекционно-воспалительных заболеваниях и массивной антибактериальной терапии.

Зоны для терапии 6-5(VB-24) 7-3(VC-8) 10-6(GI-10) 15-7(RP-1) 16-5(F-2) 18-4(RP-9)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев. Необходимо использовать препараты-пробиотики («Лактобактерин», «Бифилиз», «Бифидум», «Бификол», а также бактериальные препараты, аттестованные в качестве препаратов-парафармацевтиков, – «Наринэ», «Наринэ-виталь», «Витафлор») и другие молочнокислые продукты.

Четвертая стадия – отличается накоплением эндотоксинов. Диарея носит упорный характер, значительно нарушено общее состояние организма ребенка, отмечается снижение массы тела. Эта стадия характерна для тяжелого сепсиса, осложненного энтероколитом на фоне длительной антибактериальной терапии, или для врожденных ферментопатий, и требует длительного лечения в условиях стационара.

При декомпенсированном дисбактериозе проводят селективную деконтаминацию фагами направленного действия, витаминами-метаболитами (В₆, В₅, В₁₅, В₁, В₂).

Лечение комплексно с ИВТ, длительное, по схеме третьей стадии.

13.8. Рахит

Заболевание проявляется нарушением минерализации растущих костей, ведущим к нарушению формирования скелета в раннем детстве. Различают витамин-D-дефицитный рахит и витамин-D-резистентный рахит.

К дефициту витамина D могут приводить следующие причины: неадекватная инсоляция, недостаточное поступление витамина D с пищей, синдром мальабсорбции (нарушения

всасываемости в кишечнике). При естественном вскармливании (грудным молоком) у доношенных детей и детей родившихся со слабой степенью недоношенности, рахит встречается реже или протекает в более легкой форме.

При рахите ребенок раздражителен, нарушается сон, появляется чрезмерная потливость в области волосистой части головы, обычно развивается мышечная гипотония (слабость).

Лечение сводится к приему витамина D₃ (дозировки витаминов назначает лечащий педиатр!).

Зоны для терапии

- первый день **3-6**(VB-20) **7-6**(VC-4) **18-3**(F-8) справа и слева, **3-1**(VG-20)
- второй день **13-1**(VB-34) справа и слева, **5-5**(VC-17) **16-4**(F-3) **16-1**(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Чередовать процедуры по дням в процессе лечения. Курс лечения 7 дней. Ежемесячно повторять курс лечения в течение 3 месяцев.

13.9. Омфалит

Воспаление тканей в области пупочной ямки. Чаще возникает в период заживления пупочной ранки в результате ее инфицирования любыми гноеродными микроорганизмами.

В области пупочной ямки появляется покраснение кожи и припухлость тестоватой консистенции, которые распространяются на окружающие ткани. Из пупка выделяется гной.

Лечение осуществляется совместно с хирургом. Помимо повязок и разрезов (при необходимости), большое значение имеет общеукрепляющая терапия: рациональное питание, витаминотерапия.

Зоны для терапии 3-6(VB-20) **16-4**(F-3) **16-1**(E-36) **7-4**(VC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую, и местно на область пупка в течение 7 минут. Курс лечения 7–10 дней.

13.10. Трещина заднего прохода

Заболевание, являющееся следствием травмы слизистой оболочки заднепроходного канала при запорах, неосторожном введении наконечника клизмы и т.п.

Основной симптом – боль при дефекации. Ребенок от страха избегает испражняться, длительно сидит на горшке. Возникает болевой спазм сфинктера, в связи с чем запоры становятся особенно упорными. После дефекации боли сохраняются длительное время. На поверхности испражнений видны прожилки алой крови.

Трещину диагностируют при наружном осмотре заднего прохода в виде продолговатой эрозии или ранки с воспаленными краями. Самопроизвольно трещина излечивается крайне редко.

Лечение сводится к мероприятиям, регулирующим стул (питание и физические нагрузки на брюшной пресс).

Зоны для терапии 18-1(VG-1) **18-2**(VC-1) **7-3**(VC-8)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую, и местно на область анального отверстия в течение 7 минут. Курс лечения 7 дней.

13.11. Детский церебральный паралич

Не прогрессирующее нарушение статики и моторики, психики, речи, обусловленное поражением головного мозга на ранних этапах жизни.

Причинами заболевания являются нарушения внутриутробного развития, гипоксия, родовая травма, желтуха, травмы и инфекционные заболевания в первые месяцы жизни.

Различают следующие клинические формы церебрального паралича:

- спастическая диплегия – тетрапарез с преимущественным поражением ног;
- двойная гемиплегия – тетрапарез с преимущественным поражением рук;
- гемиплегия – преимущественно одностороннее поражение конечностей;
- гиперкинетическая форма – чаще всего в виде синдрома двойного атетоза;

- атонически-астатическая – гипотония с гиперрефлексией и нарушением координации движений.

Разнообразие клинических синдромов при ДЦП требует комплексного подхода к лечению этой тяжелой патологии. Среди существующих методов борьбы с заболеванием предпочтение следует отдать информационной радиоволновой терапии, массажу, лечебной физкультуре, психологическому и логопедическому лечению как наиболее патогенетически обоснованному комплексу.

Наибольший клинический эффект наблюдается у детей с легкой и средней формами заболевания. ИВТ положительно влияет на общее состояние больных ДЦП, их психическую сферу и ортопедо-неврологический статус. Дети становятся более активными, повышается работоспособность, нормализуются сон, аппетит, активизируется их познавательная деятельность, внимание, реакция на внешние раздражители.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 8-1(VG-14) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 16-1(E-36)

Дополнительно

- при диплегических формах с преимущественным поражением нижних конечностей **9-10(VB-30) 9-11(V-36) 13-2(VB-39) 13-3(V-60) 15-1(RP-6) справа, 15-6(RP-4) 16-3(E-41) 16-9(VB-43) 14-1(V-40) 14-3(V-57)**
- при гемиплегической форме **11-5(IG-2) 11-6(C-9) 12-6(P-9) 12-14(MC-9) 13-7(V-67) 16-4(F-3) 16-9(VB-43) 10-6(GI-10) 15-1(RP-6) справа**
- при гиперкинетической форме **10-3(TR-10) 10-4(IG-8) 12-1(P-5) 12-5(P-7) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 15-8(R-1) 16-5(F-2) 3-6(VB-20)**
- при пронации предплечья **11-2(TR-5) 12-4(MC-6) 12-5(P-7)**
- при повышенном тоне мышц плеча **10-3(TR-10) 12-4(MC-6) 12-10(MC-7) 10-2(GI-15) 8-3(VB-21)**
- при поражении мышц кисти и пальцев **10-4(IG-8) 11-3(TR-4) 12-2(MC-3) 12-3(C-3) 12-12(MC-8)**
- при психических нарушениях **3-5(VG-16) 12-2(MC-3) 12-7(C-5) 1-1(VG-24)**
- при нарушениях речи **2-1(VG-26) 4-9(E-6) 4-10(E-5) 2-4(VC-23)**
- при гиперсаливации **2-4(VC-23) 5-2(R-27) 13-3(V-60) 14-2(R-10) 4-9(E-6)**
- при гиперкинезах мимической мускулатуры **1-7(VB-1) 2-1(VG-26) 3-2(V-7) 4-6(VB-2) 2-2(E-3) 1-8(GI-20)**
- при поражении мышц шейно-затылочной области **3-7(V-10) 4-1(VB-9) 4-7(TR-17) 3-6(VB-20) 8-2(V-11) 8-3(VB-21) 10-2(GI-15) 11-5(IG-2) 13-6(V-65)**
- при гемипаретических формах **10-3(TR-10) 11-2(TR-5) 11-6(C-9) 12-1(P-5) 12-2(MC-3) 12-3(C-3) 12-6(P-9) 12-14(MC-9) 15-2(R-7) 14-1(V-40) 14-3(V-57)**
- при нарушении подвижности в плечевых и локтевых суставах **4-3(TR-20) 8-3(VB-21) 8-6(V-43) 10-3(TR-10)**
- при нарушении подвижности в коленных суставах **9-11(V-36) 14-3(V-57) 18-3(F-8) 14-1(V-40) 18-4(RP-9)**
- при нарушении подвижности в голеностопном суставе **13-1(VB-34) 13-4(V-62) 13-5(VB-40) 15-1(RP-6) справа, 15-8(R-1) 16-3(E-41), 16-4(F-3)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Ежемесячно повторять курс лечения. Лечение длительное.

13.12. Вакцинация

Проводится в целях создания активной защиты организма против инфекционных болезней. Сейчас дети получают прививки против дифтерии, столбняка, коклюша, кори, эпидемического паротита («свинки»), полиомиелита. Вводится вакцинация против краснухи, гепатита В и некоторых других инфекций.

В течение 3–4 недель после прививки иммунитет у ребенка снижен. Поэтому необходимо поддерживать ребенка в этот период.

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 16-5(F-2) 4-3(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Начать проводить процедуры за 2 дня до планируемой вакцинации и продолжать в течение 1 недели.

13.13. Лихорадочное состояние

Зоны для терапии 8-1(VG-14) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

Дополнительно

- при кашле с насморком, мокротой **12-5(P-7) 16-2(E-40) 16-3(E-41)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 5 дней.

13.14. Острый бронхит (на фоне ОРВИ)

Зоны для терапии 11-4(GI-4) 12-1(P-5) 12-6(P-9) 15-1(RP-6) справа, 16-7(E-44) 16-5(F-2)

Дополнительно

- при бронхите с аллергическим компонентом (спастический кашель) **8-1(VG-14) 10-5(GI-11) 12-9(C-7) 16-1(E-36) 2-4(VC-23) 3-6(VB-20)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 7–10 дней.

13.15. Коклюш

Заболевание начинается с сухого кашля и умеренной температуры. Инфекция передается воздушно-капельным путем. Инкубационный период составляет 3–15 дней, в среднем 5–8 дней. Через 10–12 дней постепенно наступает стадия спазматического кашля, которая длится от 2 до 8 недель. Осложнения наблюдаются чаще у детей раннего возраста. Часто встречаются ателектазы, нередко осложняющиеся пневмонией. Основа профилактики – активная иммунизация (АКДС-вакцинация).

Зоны для терапии 5-3(VC-20) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 12-1(P-5)

12-6(P-9) 16-2(E-40) 6-9(E-12)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 3 недели.

13.16. Бронхиальная астма

Лечение методом ИВТ следует проводить в сочетании с лекарственными препаратами и дыхательной гимнастикой (см. глава 7).

Зоны для терапии 5-4(P-2) 8-2(V-11) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4)

3-1(VG-20) 4-3(TR-20) 12-6(P-9) 16-1(E-36) 12-4(MC-6)

Дополнительно

- при наличии аллергического компонента **5-5(VC-17) 6-2(VC-14) 8-5(V-13) 11-7(TR-1) 16-2(E-40)**

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

13.17. Круп ложный

Недифтерийный ложный круп может сопровождать инфекционные и прочие болезни (ОРВИ, корь, ветряную оспу, стоматит, молочницу и др.). Отмечается затрудненное дыхание, хриплый голос, лающий кашель, что может быть проявлением острого ларингита с отеком слизистой оболочки гортани.

Зоны для терапии 2-4(VC-23) 5-1(VC-22) 10-5(GI-11) 11-4(GI-4) 15-3(R-3) 16-1(E-36) 16-7(E-44) 8-1(VG-14)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 4–5 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторить два 5-дневных курса лечения с перерывом в 2 недели.

13.18. Заикание

Один из неврозов детского возраста, возникающий в период быстрого роста ребенка (1–3 года, 7–8 лет). Основным симптомом – судорожное нарушение речи. Чаще причиной заикания является испуг, при котором эмоция страха вызывает нервный срыв с локальными функциональными речевыми и двигательными нарушениями. Заикание может возникнуть при травме, инфекциях, эндокринных нарушениях и дефектах воспитания. Лечение комплексное, включая занятия с логопедом. Задача состоит в выработке замедленной и плавной речи.

Зоны для терапии

- первый день **2-3**(VC-24) **2-4**(VC-23) **3-1**(VG-20) **3-6**(VB-20)
4-7(TR-17) **4-9**(E-6)
- второй день **5-1**(VC-22) **8-1**(VG-14) **11-4**(GI-4) **12-7**(C-5)
16-1(E-36) **16-4**(F-3)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4–6 недель в течение 12 месяцев.

13.19. Головная боль

Процедуры ИВТ назначаются после установления причины головной боли и необходимости применения лекарственных средств.

Зоны для терапии

- при головной боли в области лба **1-2**(VB-14) **4-2**(VB-8)
11-4(GI-4) **16-3**(E-41)
- при головной боли в теменно-височной области
4-3(TR-20) **11-2**(TR-5) **4-4**(TR-19) справа и слева
- при болях в затылке **3-1**(VG-20) **3-7**(V-10) **12-4**(MC-6)
12-5(P-7) **13-3**(V-60) **16-4**(F-3) **3-6**(VB-20)

В процессе оздоровления необходимо провести обследование для уточнения диагноза и лечить основное заболевание. В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3–5 минут на каждую.

13.20. Неврогенная рвота

Зоны для терапии **1-1**(VG-24) **4-4**(TR-19) **6-6**(VC-12) **8-3**(VB-21) **12-4**(MC-6) **16-1**(E-36) **16-8**(E-45)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Процедуры повторять до устранения клинических проявлений.

13.21. Анорексия (отсутствие аппетита)

Зоны для терапии **12-4**(MC-6) **12-9**(C-7) **15-1**(RP-6) справа, **16-1**(E-36) **16-4**(F-3) **6-2**(VC-14)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 10 дней.

13.22. Запор

Зоны для терапии **11-1**(TR-6) **11-4**(GI-4) **15-1**(RP-6) справа, **16-1**(E-36) **7-2**(E-25) **3-6**(VB-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минуты на каждую. Курс лечения 5 дней (см. главу 8).

13.23. Аллергический ринит (поллиноз)

Зоны для терапии **1-3**(V-2) **8-1**(VG-14) **10-5**(GI-11) **11-4**(GI-4) **12-1**(P-5) **1-8**(GI-20) **4-3**(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. Курс лечения 8 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 2 месяцев. Проводить профилактические курсы лечения за 2 недели до начала цветения.

13.24. Крапивница

Зоны для терапии 10-5(GI-11) 15-1(RP-6) справа, 16-1(E-36) 18-4(RP-9) 18-5(RP-10)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Курс лечения 7 дней.

13.25. Ночное недержание мочи (энурез)

Для лечения энуреза у детей с неустойчивой психикой, глубоким сном или тревожными сновидениями.

Зоны для терапии

- первый день 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 12-9(C-7) 9-3(V-23)
9-7(V-31) 9-2(VG-4) 4-3(TR-20)
- второй день 3-6(VB-20) 7-8(VC-3) 18-1(VG-1) 9-2(VG-4)
16-5(F-2) 15-3(R-3) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 3 месяцев.

13.26. Невротические тики

Зоны для терапии 1-8(GI-20), 2-2(E-3), 6-1(VC-15), 6-6(VC-12) 10-3(TR-10), 11-4(GI-4), 13-2(VB-39)
13-4(V-62) 16-1(E-36) 16-4(F-3)

Дополнительно

- при лицевых спазмах 1-10(IG-18)
- для мышц лба и глаз 1-2(VB-14) 1-3(V-2) 1-9(E-2) 1-10(IG-18)
- для мышц носогубного треугольника и верхней губы
2-1(VG-26)
- для мышц нижней губы 2-3(VC-24) 4-7(TR-17) 4-9(E-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 8 дней. Рекомендуется повторять курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 3–4 месяцев.

13.27. Расстройства сна (бессонница)

Обусловлена тревожным состоянием, ночными страхами, кошмарами.

Зоны для терапии 12-1(P-5) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 13-4(V-62) 15-4(R-6) 16-7(E-44) 16-8(E-45) 4-3(TR-20)
15-1(RP-6) справа

Дополнительно

- если ребенок просыпается ночью 3-6(VB-20) 1-3(V-2) 12-6(P-9)
- если ребенок долго не засыпает из-за страха 11-6(C-9) 12-14(MC-9) 16-5(F-2)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 5 дней.

13.28. Расстройства пищеварения

Затяжная диарея: поносы, понижение аппетита, вздутие живота и другие проявления.

Зоны для терапии 6-6(VC-12) 7-2(E-25) 9-6(V-25) 11-4(GI-4) 15-1(RP-6) справа, 16-1(E-36) 16-5(F-2) 6-5(VB-24)

Дополнительно

- при тошноте, рвоте 12-4(MC-6)
- при непрекращающемся поносе 7-3(VC-8) 7-6(VC-4)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 3 минуты на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 2–3 дня. Необходима консультация педиатра.

13.29. Невротический энкопрез (непроизвольное выделение кала)

Зоны для терапии

- первый день 13-3(V-60) 7-6(VC-4) 15-6(RP-4) 16-7(E-44) 11-1(TR-6) 18-1(VG-1)
- второй день 3-1(VG-20) 15-1(RP-6) справа, 9-6(V-25) 9-9(VG-2) 16-1(E-36) 12-4(MC-6)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 3 минуты на каждую. Чередовать процедуры по дням в течение лечения. Курс лечения 10 дней. Рекомендуется повторять 5-дневный курс лечения с перерывами в 4 недели в течение 3 месяцев.

13.30. Отдельные симптомы детских заболеваний

Зоны для терапии

- при невыносимом характере, неповиновении 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 12-9(C-7) 15-1(RP-6) справа, 4-3(TR-20) 3-6(VB-20)
- при ночном пробуждении и вздрагивании 11-6(C-9)
12-7(C-5) 12-10(MC-7) 14-1(V-40)
- при ночных страхах 12-14(MC-9) 16-5(F-2) 11-6(C-9)
1-3(V-2) 3-6(VB-20) 5-5(VC-17)
- при кошмарах 12-1(P-5) 11-6(C-9) 12-14(MC-9) 16-5(F-2) 16-7(E-44) 3-1(VG-20)
- при вымышленных образах (чрезмерное фантазирование) 8-1(VG-14) 16-1(E-36) 1-4(V-1) 4-3(TR-20)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минуты на каждую. Курс лечения 5–7 дней.

Глава 14

ТРАВМЫ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к началу нового тысячелетия ежегодно в дорожных авариях во всем мире погибало более 1 млн 200 тыс. человек. В 2000 году дорожные аварии были девятой по счету причиной заболеваемости и смертности жителей планеты Земля, при этом на их долю приходилось около 3% общего числа инвалидности в мире. По прогнозам ВОЗ, если не предпринимать никаких мер, то к 2020 году травматизм в результате дорожных аварий может стать третьей основной причиной гибели или увечий и превратиться в более серьезную проблему для здоровья людей, чем малярия, туберкулез и ВИЧ/СПИД вместе взятые.

Радует то, что многие высокоразвитые страны сумели сократить последствия дорожно-транспортных происшествий (автотравмы и инвалидность в результате автомобильных аварий) почти на 50%. Это стало возможным как благодаря мероприятиям, повышающим безопасность движения, так и благодаря своевременной адекватной медицинской помощи. Если ранее многие случаи травм приводили к инвалидности, то теперь современная травматология способна восстановить здоровье человека даже в случае тяжелых автомобильных, спортивных и иных травм.

Отдельного внимания заслуживает ситуация с травматизмом вокруг спортивных видов отдыха. Несчастные случаи у любителей спортивного отдыха, увы, обычное явление. Но к счастью, тяжелые травмы встречаются здесь довольно редко. Например, повреждения позвоночника и спинного мозга – менее 1 случая на 1000 взрослых, причем мужчин среди таких пациентов – около 75%. Пик спортивного травматизма среди любителей и профессионалов приходится на молодых людей в возрасте 30 лет, а 90% пациентов – в возрасте 20–40 лет. Некоторые виды травм являются преимущественно спортивными. Так, около 80% случаев повреждения мениска произошли во время занятий спортом и спортивным отдыхом.

Существует также понятие «типичная спортивная травма», наблюдаемая в определенных видах спорта и спортивного отдыха, например:

- переломы ключицы при падении с велосипеда или лошади;
- переломы ладьевидной кости у любителей гандбола;
- растяжения и травмы коленного сустава в результате падения с поворотом при катании на горных лыжах или игре в футбол;
- разрывы ахиллова сухожилия при скоростном спуске на лыжах;
- растяжения и травмы в голеностопном суставе во многих видах спорта.

Выделяют и случайные спортивные травмы, которые встречаются довольно редко и характерны для многих видов спорта. Многообразие движений и вытекающие механизмы формирования травм позволяют наблюдать примеры редких или нехарактерных для данного вида спорта травм. Их перечисление заняло бы много времени, однако основных механизмов их формирования всего два:

- повторные микротравмы от неправильной нагрузки;
- перегрузка опорно-двигательного аппарата.

Частота спортивных травм составляет примерно 5%. Это довольно много. Но если учесть, что данный показатель относится лишь к тем, кто обратился в клинику или к врачу, то цифра реального травматизма становится значительно большей: примерно каждый пятый спортсмен получает травмы. Если учесть ушибы, характерные для многих видов спорта, то этот показатель может превышать отметку в 50%. Все зависит от вида спорта.

Что же изменилось в медицине в целом и в травматологии в частности? С одной стороны, медицина стала органосохраняющей, т.е. при малейшей возможности сохранить травмированный орган он сохраняется и делается все возможное для его полного восстановления и, действительно, кто в прошедшие века задумывался о возможности пришить отрезанный палец? С другой стороны, научный прогресс сегодня наиболее активно работает именно на медицину: издания пестрят новостями о новейших технологиях протезирования, новых микрохирургических методах восстановления утраченной функции. Например, искусственный сустав сегодня при осмотре, а главное в обычной жизни неотличим от естественного, т.к. вживляемые протезы делают из биосовместимых материалов и с учетом огромного числа научных знаний о биомеханике, не говоря

уже о новейших разработках в области хирургии. Если речь идет о микрохирургических операциях на суставах, то после оперативного вмешательства можно и вовсе не заметить его следов, т.к. вся операция проводится через небольшой прокол на коже. Благодаря малой травматичности и высочайшей эффективности операций пациент способен уже на следующий день покинуть клинику и вернуться к обычной жизни.

Сложные переломы, которые ранее приводили к инвалидности или надолго приковывали к постели, также довольно успешно лечат с помощью современных методов и материалов. Например, если ранее сложный оскольчатый перелом в лучшем случае приводил к полугодовому ношению гипса, то сегодня эти сроки уменьшены в 3–4 раза за счет установки временных или постоянных имплантатов и других современных методов лечения.

Гипс теперь не основной, а дополнительный метод иммобилизации и лечения при повреждениях и травмах. Обычный скальпель сегодня не основной, а дополнительный инструмент хирурга. Основная техника – эндоскопическая, основные материалы – биологически инертные имплантаты, основные методы – микрохирургические с использованием компьютерных технологий, как в диагностике, так и в лечении. Современная медицина движется вперед крайне стремительно, и многие методы лечения переломов и травм за несколько лет претерпевают существенные изменения.

Так, с появлением концепции информационной медицины и инструмента для ее реализации (диагностический прибор «АИС-ЛИДО» и лечебные аппараты МИНИТАГ и КАМЕРТОН) стало возможным существенно изменить сроки восстановления здоровья после травм. Диагностическая часть технологии здоровья позволяет, например, увидеть мельчайшие изменения жизнеспособности и функции клеточных структур мозга после черепно-мозговых травм, даже, казалось бы, несущественных на первый взгляд, определить вовлеченность в патологический процесс других органов и систем, которые нуждаются в коррекции. Применение аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН позволяют в 2,5–3 раза сократить время консолидации кости после перелома, снять отек, боль в считанные минуты, особенно, если применить метод сразу после травмы (ушиб, ожог, растяжение). Небольшой кровоподтек (синяк) вовсе не развивается, если излучатель лечебного аппарата приложить к месту травмы и начать его лечение. Генерация лечебными аппаратами сигналов, соответствующих физиологическим значениям является основным механизмом, восстанавливающим в поврежденной ткани должный уровень метаболизма.

Микротравматизм, невидимый нашему глазу и даже неосязаемый, идет постоянно при взаимодействии с окружающей средой. Вирусные атаки, плохая экология, некомфортная психо-эмоциональная атмосфера, складывающаяся дома или на рабочем месте, является настолько привычным травмирующим фактором, что только тогда, когда ресурсы клеток, тканей и органов истощаются и пределы их выносливости становятся критично низкими, наступает очевидная травма (физическая либо психическая). Стоит ли дожидаться таких событий? Целесообразно своевременно поддерживать должный уровень сопротивляемости, устойчивости (профилактика) и как можно быстрее устранять микротравмы, применяя метод ИВТ при помощи аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН.

14.1. Местное лечение

Информационно-волновая терапия предполагает безмедикаментозную коррекцию многих нарушений физиологического состояния. Она эффективна также и при местном лечении переломов, ушибов, ран, кровоизлияний, иррадирующей боли в позвоночнике и суставах, трофической язвы, фурункулезов, рубцов, растяжек и т.д.

Методика применения аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН очень проста. Аппарат ставить на пораженный участок кожи или в проекцию болевого ощущения в течение 10–15 минут. В случаях повреждения кожи излучатель аппарата необходимо держать на расстоянии 2–5 мм.

14.1.1. Переломы костей

Лечение желательнее начать как можно раньше. Быстро снимается болевой синдром и отек. ИВТ ускоряет заживление в тканях и препятствует образованию ложного сустава и свищей. Лечение проводить через сухую гипсовую повязку. Аппарат ставить над местом перелома на 15–20 минут. Курс лечения 14 дней.

14.1.2. Раны (порезы, послеоперационные раны, ожоги)

Сначала необходимо остановить кровотечение и наложить асептическую повязку. Процедуру ИВТ начать сразу после оказания первой помощи. Лечение проводить через повязку.

Медленными круговыми движениями в течение 10–15 минут водить излучателем аппарата по ране, захватывая здоровые участки кожи. Курс лечения 5–7 дней. Воздействие на открытую (свободную от повязки) рану более эффективно.

14.1.3. Ушибы, кровоподтеки

Лечение необходимо начать как можно раньше. Быстро снимется отек и боль. ИВТ обладает хорошим рассасывающим эффектом.

Излучатель аппарата установить над местом ушиба или кровоподтека. Передвигать его через каждые 2 минуты по поверхности, захватывая здоровые участки кожи. Процедуры проводить по 10–15 минут. Курс лечения 3–4 дня.

14.1.4. Трофические язвы

Перед процедурой следует обработать место поражения антисептиком.

Медленными круговыми движениями в течение 10–15 минут водить излучателем аппарата над язвенным дефектом, захватывая здоровые участки кожи. Аппарат держать на расстоянии 2–5 мм. Курс лечения 3–14 дней.

14.1.5. Фурункул (карбункул, «вульгарные» угри, подростковые угри)

Лечение можно проводить на любой стадии развития гнойника, но желательно начать в стадии инфильтрации (покраснения).

Воздействовать на каждый пораженный участок кожи по 10 минут. В первые 2 дня процедуру проводить 3 раза в день, далее по одной процедуре. Курс лечения 5 дней.

14.1.6. Рубцы, растяжки кожи

Медленными круговыми движениями в течение 10–15 минут водить наконечником аппарата над дефектом кожи, захватывая здоровые участки. Курс лечения 10–15 дней. Рекомендуется повторять 6-дневный курс лечения с перерывами в 2 недели в течение 3 месяцев.

14.2. Обморожение, переохлаждение

Обморожение представляет собой местное повреждение какой-либо части тела, вплоть до омертвения, в результате воздействия низких температур. В большинстве случаев обморожение возникает в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже $-10-20^{\circ}\text{C}$.

Лечебные мероприятия при оказании первой медицинской помощи различаются в зависимости от периода обморожений, условий, в которых находился пострадавший, от глубины поражения, наличия общего охлаждения организма, возраста и сопутствующих заболеваний.

В начальном периоде первая помощь заключается в прекращении охлаждения, согревании конечности, восстановления кровообращения в пораженных холодом тканях и предупреждения развития инфекции.

При первых признаках обморожения пострадавшего необходимо ввести в ближайшее теплое помещение, снять промерзшую обувь, носки, перчатки. Охлажденные участки следует согреть до покраснения теплыми руками, легким массажем, растираниями шерстяной тканью, дыханием, а затем наложить ватно-марлевую повязку. При признаках глубокого обморожения быстрое согревание, массаж или растирание делать не следует. Следует ограничиться наложением на пораженную поверхность теплоизолирующей повязки (слой марли, толстый слой ваты, вновь слой марли, а сверху клеенку или прорезиненную ткань). Пораженным конечностям придают состояние покоя путем применения подручных средств (дощечка, кусок фанеры, плотный картон), накладывая и прибинтовывая их поверх повязки. В качестве теплоизолирующего материала можно использовать ватники, фуфайки, шерстяную ткань и пр. Пострадавшим дают горячее питье, горячую пищу, небольшое количество алкоголя. Одновременно с проведением мероприятий первой помощи необходимо срочно вызвать врача, скорую помощь для оказания врачебной помощи и решения вопроса о госпитализации в специализированное лечебное учреждение. Не рекомендуется растирать больных снегом, т.к. кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их

повреждение, а возникающие микрорасдины на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать быстрое отогревание обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи – втирание масел, жира, растирание спиртом тканей при глубоком обморожении.

При общем охлаждении легкой степени достаточно эффективным методом является согревание пострадавшего в теплой ванне при начальной температуре воды 24°C, которую повышают до нормальной температуры тела. При средней и тяжелой степени общего охлаждения с нарушением дыхания и кровообращения лечение проводится в условиях реанимационного отделения.

Перед процедурой следует обработать обмороженное место антисептиком.

Медленными круговыми движениями в течение 10–25 минут водить излучателем аппарата над пораженным участком кожи, захватывая здоровые участки кожи. Аппарат держать на расстоянии 2 мм от поверхности кожи. Курс лечения 3–14 дней.

Зоны для терапии

• при общем переохлаждении **3-1(VG-20) 8-1(VG-14)**

11-4(GI-4) 5-5(VC-17) 14-1(V-40) 15-8(R-1) 16-1(E-36)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Курс лечения 3–7 дней. В первый день провести процедуру 2 раза.

14.3. Солнечный удар (тепловой удар)

Солнечный удар (гелиоз), вызванный интенсивным или длительным воздействием на организм прямого солнечного излучения.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 12-2(MC-3) 12-4(MC-6) 14-1(V-40) 15-8(R-1) 16-1(E-36) 4-4(TR-19)

Ежедневно в течение одной процедуры воздействовать на 5–6 зон, по 5 минут на каждую. Чередовать зоны для терапии в процессе лечения. Курс лечения 3–5 дней. В первый день провести процедуру 2 раза.

14.4. Укачивание

Патологическое состояние, возникающее у некоторых людей при полетах или при плавании на судах. Вызывается длительным раздражением вестибулярного аппарата и проявляется слабостью, головокружением, усиленным слюноотделением, потливостью, тошнотой, рвотой.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 3-6(VB-20) 5-5(VC-17) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 16-1(E-36) 16-5(F-2)

Перед поездкой в течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

В случае появления признаков укачивания (обморочное состояние, признаки морской болезни, слюнотечение, тошнота, рвота) оказать первую помощь.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 6-6(VC-12) 11-4(GI-4) 13-3(V-60) 15-2(R-7) 16-1(E-36)

В течение процедуры воздействовать на все зоны по 3–5 минут на каждую. При необходимости повторять процедуру каждые 3–4 часа.

14.5. Утомление

Характеризуется временным снижением функциональных возможностей организма, наступающих вследствие интенсивной и длительной деятельности. Проявляется ухудшением количественных и качественных показателей этой деятельности (снижение работоспособности), дискоординацией физиологических функций и сопровождается чувством усталости. Следует иметь в виду, что применение метода ИВТ по устранению утомления носит разовый характер, но это также означает, что процедуры можно применять ежедневно, если присутствуют указанные признаки.

Утомление мышечное проявляется преимущественно в определенной группе мышц, подвергавшихся наибольшему напряжению при работе.

Зоны для терапии 11-2(TR-5) 11-4(GI-4) 12-10(MC-7) 14-1(V-40) 16-1(E-36) 8-1(VG-14)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую. В случае мышечных судорог воздействовать местно 5–10 минут до достижения эффекта.

Утомление умственное характеризуется снижением показателей умственной работоспособности, понижением эмоционального тонуса, внимания, интереса к работе. Это состояние сопровождается изменениями в сердечно-сосудистой системе и психоэмоциональной сфере.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 8-1(VG-14) 11-4(GI-4) 12-9(C-7) 4-3(TR-20)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

Утомление физическое характеризуется снижением показателей работоспособности и изменениями функционального состояния преимущественно сердечно-сосудистой, дыхательной и мышечной систем.

Зоны для терапии 5-4(P-2) 12-9(C-7) 12-10(MC-7) 15-2(R-7) 16-1(E-36) 16-5(F-2)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

Утомление цветное (астенопия цветовая) – физиологическое явление восприятия двух разных цветовых тонов как одинаковых при их пристальном рассматривании в течение некоторого времени. Обусловлено нарушением цветовой адаптации, проявляющейся снижением цветовой чувствительности глаза и нарушением различия цветовых тонов.

Зоны для терапии 1-4(V-1) 1-6(E-1) 1-7(VB-1) 3-7(V-10)

11-2(TR-5) 16-4(F-3)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

Утомление эмоциональное проявляется снижением эмоциональных реакций и эмоционального тонуса. Возникает в результате воздействия на организм сверхсильных или монотонных раздражителей.

Зоны для терапии 3-1(VG-20) 5-5(VC-17) 11-4(GI-4) 12-9(C-7)

12-10(MC-7), 16-1(E-36)

В течение одной процедуры воздействовать на все зоны, по 5 минут на каждую.

Глава 15

КОСМЕТОЛОГИЯ

Индустрия красоты с каждым годом набирает обороты. Количество салонов красоты и объем услуг в них постоянно растет. Сориентироваться в этом обилии методов, препаратов и аппаратов весьма не просто. Здесь мы попытаемся очень кратко дать описание наиболее распространенных процедур, их эффекты и дополнительные возможности метода информационной радиоволновой терапии.

Среди **физиотерапевтических процедур** наиболее часто используются следующие:

- лечение холодом, вапоризация* и озонирование кожи, пилинг, броссаж, вакуумное воздействие на лицо и тело, вибрационно+е воздействие на организм, ультразвуковое воздействие на лицо и тело;
- электротерапия: постоянный электрический ток, гальванизация, чистка с дезинкрустацией или дезинкрустация, ионизация (ионофорез), электропилиция, лимфодренаж, физиостимуляция, интерференцтерапия, микротоковая терапия, дарсонвализация, электрополиз, ридолиз, электрокоагуляция;
- шлифовка кожи: дермабразия, микродермабразия;
- лазерная косметология;
- светолечение: инфракрасное излучение, ультрафиолетовые лучи;
- инъекционные методы лечения: ботокс (диспорт), коллагенотерапия, терапия гиалуроновой кислотой (рестилайн и дермалайф).

Каждый физический фактор, воздействующий на организм, оказывает строго специфичное действие. Так, например, электрический ток, проникающий в кожу через выводные протоки потовых и сальных желез, вызывает диссоциацию белковых молекул и органических веществ на положительно и отрицательно заряженные ионы, а ультразвук повышает проницаемость мембран и позволяет вводить питательные вещества в межклеточные пространства и в клетку.

Эфферентные импульсы, идущие на периферию, «отдают приказ» органам, стимулируя работу нервной системы, кровообращение, выработку новых гормонов, определяют активность иммунной системы. Отсюда следует, что с помощью физических факторов можно управлять различными системами организма, в том числе и иммунной системой, которая стоит на страже синтеза и проникновения в организм чужеродных белков и инфекционных агентов.

Физические факторы определяют новый уровень функционирования обмена веществ за счет формирования новых нервных связей в организме.

Физическая энергия (электрическая, механическая и другие виды) усваивается организмом не полностью, а преобразуется в новые биоэнергетические процессы. Преобразование энергии физического фактора в тепло возникает за счет усиления броуновского движения молекул. Кроме того, тепло меняет скорость обменных процессов. Воспринимают физический фактор, как правило, самые простые белковые молекулы, которые меняют под влиянием внешней энергии свою пространственную структуру. Биологически активные вещества, гормоны, ферменты, находящиеся в связанном состоянии, под влиянием энергии внешнего фактора освобождаются.

Активизируются ана- и катаболические процессы, репарация и регенерация органов и тканей. Меняется ионный потенциал тканей, ускоряются диффузия и осмос веществ в межклеточной жидкости и в клетках.

Белковые молекулы, имеющие на своей внешней орбите не спаренные электроны, называются свободными радикалами. Они высокоактивны в химическом отношении и быстро реагируют с другими веществами и молекулами кожи, индуцируя свой собственный потенциал.

Физические факторы связывают и выводят из организма или, наоборот, провоцируют образование свободных радикалов в дерме. Трехмерное строение макромолекул и слабые типы связи приводят к тому, что последние разрушаются под влиянием физических факторов. Если частота воздействия физического фактора совпадает с частотой движения макромолекул организма, возникают резонанс и благоприятные условия для поглощения внешней энергии биологическим субстратом.

Одним из главных положений в области физиотерапии является положение о комплексном применении физических факторов, т.к. в любой патологический процесс вовлекаются разные органы

и системы. Переход энергии физического фактора в организм человека осуществляется различными путями. Так, электрический ток применяется контактным способом, электромагнитные поля – дистанционным методом.

Инъекционные методы лечения действуют иным способом, например, ботулинический токсин типа А, получаемый за счет экстрагирования из возбудителя ботулизма, ослабленный и очищенный, применяется для инъекций в мимическую мускулатуру лба и глаз.

Препараты «Ботокс» и «Диспорт» блокируют высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном синапсе указанных выше мышечных групп, и мышцы не сокращаются, делая верхнюю часть лица амимичной (паралич мускулатуры), а глаза большими и «распахнутыми».

Эффект после проведенных инъекций сохраняется в течение 3–6 месяцев. Затем процедуру необходимо повторить. Однако каждый новый курс инъекций требует все меньшего количества применяемого препарата, что, по-видимому, связано с одной стороны, с исчезновением старых нервных связей и возникновением новых, а с другой стороны, отражает адаптацию мимической мускулатуры к новым изменившимся условиям.

Можно ли назвать такие методы физиологическими. Вряд ли. Наш подход отличается иной идеологией и результатами. На протяжении 3 лет нами проводится большая научно-исследовательская и практическая работа по применению методов информационно-волновой терапии, психологических и косметологических в едином комплексе. Аппараты МИНИТАГ и КАМЕРТОН генерируют сигналы, соответствующие физиологическому, здоровому состоянию клеточных структур, тканей, органов и эта особенность является существенным отличием и достоинством в ряду другой аппаратуры. Психологические приемы базируются на представлении о том, что доминирующие эмоции и активность одного из полушарий мозга приводят в соответствующий тонус мимическую мускулатуру лица, с формированием конкретного выражения, которое является отражением внутреннего настроения, мировоззрения и т.д. Приводя человека в состояние глубокой мышечной и ментальной релаксации, с последующим проведением косметической процедуры и сеанса информационной радиоволновой терапии, можно добиться реального омоложения. Масса свидетельств с фотографиями «до и после» хранятся в наших архивах и являются неопровержимыми аргументами в защиту этого нового подхода.

Красивая кожа в любом возрасте – не пустые мечты.

С тех пор, как в лабораториях фармацевтической промышленности изучаются сложные микропроцессы, происходящие в коже, появилась возможность сдерживать старение кожи и уменьшать глубину морщин.

Мы познакомим Вас с новейшим открытием в этой области – информационной радиоволновой терапией.

Как возникают морщины? Наступает день, когда Вы замечаете в зеркале первую мимическую морщину возле рта. «Да, – огорчаетесь Вы, – с годами я не становлюсь моложе». Отчего же появилась морщина? Это, прежде всего, признак нормального процесса старения, которому подвержены, увы, все. Уже в 30 лет клетки обновляются не через 28, а через 40 дней. Почти у 60% женщин первые морщинки образуются на лбу.

За образование морщин ответственны также токсины из окружающей среды. На состояние кожи плохо влияют стресс, дефицит сна и недостаток кислорода. Наша методика прекрасно нивелирует эти проблемы. Проводя процедуры по улучшению состояния кожи лица, Вы можете их скомбинировать с лечением бессонницы, вегетососудистой дистонии, болезней органов пищеварения и т.д.

Наряду с правильным косметическим уходом процесс старения могут замедлить аппараты МИНИТАГ и КАМЕРТОН. Они и улучшают и омолаживают структуру кожи, защищают ее от вредного воздействия внешней среды, уменьшают и предотвращают видимые проявления старения.

ИВТ комплексно воздействует на любые участки кожи, улучшая ее структуру и регулируя влагообменные процессы, защищая при этом от сухости и старения.

Методика применения очень проста. Вам представлены зоны для терапии на иллюстрации № 19. Перед процедурой надо очистить кожу любым подходящим для Вас косметическим средством.

Начните с «красных» зон и воздействуйте по 2 минуты на каждую зону. Затем перейдите на «синие» линии и медленно проводите по коже, уделив каждой зоне (лоб, нос, щеки, подбородок) по 2 минуты. Процедуру проводите легкими движениями, старайтесь не натягивать кожу. После

процедуры нанесите питательный крем. Проводите процедуры ежедневно. Курс 8–10 дней. Курс повторите через 1–2 месяца.

Результат превзойдет Ваши ожидания!

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Вопрос: Что будет, если я не попаду в точку?

Ответ: При нормальном, физиологическом функционировании органов площадь точки не превышает 1 мм², при возникновении патологии площадь точки существенно увеличивается в диаметре, иногда в 10 раз и более. Поэтому точная локализация точки становится не существенной, а с учетом механизма лечебного действия, Вы всегда принесете пользу в данном месте.

Вопрос: Не наврежу ли я себе?

Ответ: Применение аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН лишено побочных действий и осложнений, поэтому ими можно пользоваться длительно (месяцами и годами при необходимости). Кроме того, отсутствуют ограничения по возрасту, полу и диагнозу. Также аппараты разрешены для применения беременными женщинами.

Вопрос: Каков механизм лечебного действия?

Ответ: Аппараты МИНИТАГ и КАМЕРТОН воспроизводят сигналы, идентичные сигналам здоровых клеток. Таким образом они настраивают поврежденные клетки на правильный режим работы. Именно от качества функционирования наших клеток зависит состояние здоровья.

Вопрос: Какова должна быть длительность лечения?

Ответ: Длительность курса лечения в 10–12 сеансов является психологически приемлемой для большинства населения. На самом деле, как показывают наши исследования за это время трудно добиться полного выздоровления, особенно при хроническом течении заболеваний. Поэтому более целесообразно продолжать лечение до полного исчезновения субъективных признаков заболевания и достижения хорошего физического самочувствия и психологического комфорта. Объективным критерием прекращения курса лечения является нормализация показателей информационного гомеостаза при проведении информационной радиоволновой диагностики на приборе «АИС-ЛИДО».

Вопрос: Можно ли использовать больше чем 5–6 точек за один сеанс?

Ответ: Длительными клиническими испытаниями и в процессе отработки методики показано, что использование 5–6 точек за 1 сеанс является оптимальным количеством для настройки механизмов саморегуляции. Увеличение количества точек приводит системы адаптации к «растерянности» и замедлению процесса выздоровления. Используя аппарат в качестве «домашнего доктора», надо иметь в виду, что наилучшим способом его применения является не увеличение количества точек за сеанс, а увеличение длительности применяемой лечебной программы. При этом время воздействия на 1 точку остается тем же самым – 5 минут для взрослых, 2–3 минуты для детей.

Вопрос: Каков приоритет при необходимости лечения сочетания нескольких болезней?

Ответ: Этот вопрос должен решать врач при назначении лечебного комплекса. При отсутствии возможности консультации врача информационной медицины следует начинать с наиболее беспокоящей острой проблемы, затем, отработав одну схему, переходите без перерыва к следующей лечебной программе.

Вопрос: Сколько раз в день можно проводить лечение?

Ответ: Лечебные программы предусматривают ежедневные однократные сеансы при хроническом течении заболеваний. При наличии острых заболеваний, травм целесообразно проводить лечебные сеансы 2–3 раза в день.

Вопрос: Надо ли держать аппарат на коже?

Ответ: Методика предусматривает контакт с кожей, но при зазоре с кожей до 10 мм (1 см) эффект не снижается, также можно использовать аппараты МИНИТАГ и КАМЕРТОН для лечения ран, язв, переломов через повязку, гипс, лонгету.

Вопрос: Можно ли совмещать ИВТ с приемом медикаментов?

Ответ: Применение аппаратов МИНИТАГ и КАМЕРТОН совместимо с приемом любых медикаментов, БАД к пище. При этом отмечается снижение побочных эффектов и осложнений, характерных для некоторых видов лечения, например, химиотерапии при онкологии, гормональной терапии и полное сохранение терапевтических эффектов. Надо отметить, что сочетание ИВТ с медикаментами может способствовать существенному снижению дозировки медикаментов, вплоть до полной их отмены. Однако этот вопрос надо всегда согласовывать с лечащим врачом.

Вопрос: Может ли быть обострение заболевания при ИВТ?

Ответ: Как правило, этого не бывает. Однако, в некоторых случаях, возможно усиление некоторых симптомов или появление новых. Например, при инсульте в парализованной и онемевшей конечности начинают появляться болевые ощущения. Данный факт необходимо расценивать как позитивный, свидетельствующий о восстановлении нервной проводимости и т.д. Усиление диуреза и послабляющий эффект свидетельствует об активизации очистительных систем организма. Сонливость, появляющаяся после сеанса, говорит об имеющемся перенапряжении нервной системы и наступающем антистрессовом эффекте. В любом случае, в процессе применения любой лечебной программы ИВТ механизмы саморегуляции организма настраиваются на оптимальный режим функционирования, что ведет не только к оздоровлению какого-то конкретного органа или системы, но и всего организма в целом.

Вопрос: В случае внезапного заболевания надо ли отменять ранее назначенную схему лечения?

Ответ: При возникновении незапланированного, острого заболевания (простуда, травма) следует подобрать соответствующую лечебную схему и 2–3 раза в день применять ее вместо прежде назначенной или выбранной самостоятельно. Затем по мере решения этой проблемы следует вернуться к первоначальной лечебной программе.

Вопрос: На иллюстрации в Методическом пособии зона воздействия расположена на левой ноге, а у меня болят суставы на правой ноге. Можно ли ставить аппарат на правую ногу?

Ответ: Все зоны воздействия расположены симметрично как на правой, так и на левой половине головы, туловища; так же симметрично на руках и ногах. Поэтому при заболевании суставов необходимо ставить аппарат именно на больные суставы.

Вопрос: В Методическом пособии на стр. 47 указано, что измерение цуня нужно проводить на правой руке у женщин; на левой у мужчин. Как быть, если в следствии каких-либо причин(отсутствие пальца, палец не сгибается) цунь измерить невозможно?

Ответ: В случае невозможности измерить цунь в соответствии с рекомендацией в Методическом пособии, измеряйте цунь на той руке, на которой возможно.

Вопрос: На стр. 343 – 5м листе иллюстрации Методического пособия изображены мужской и женский торсы. На мужском торсе указаны зоны: 5-1; 5-2; 5-3; 5-4 и другие, а на женском торсе они не указаны. Можно ли их использовать при лечении женщин?

Ответ: Все указанные зоны: 5-1; 5-2; 5-3; 5-4 есть как на мужском, так и на женском торсе. Все зоны воздействия можно использовать при лечении мужчин и женщин.

Вопрос: Можно ли сочетать применение аппарата КАМЕРТОН с другими аппаратами?

Ответ: Если Вы предполагаете применять для лечения разные медицинские аппараты, в том числе и КАМЕРТОН, то лучше лечиться ими не одновременно, а последовательно, т.е. чередуя курсы лечения этими аппаратами.

Вопрос: Можно ли использовать аппарат КАМЕРТОН для местного воздействия на раны, ушибы, ожоги?

Ответ: Местное применение аппарата эффективно при лечении: переломов, ушибов, ран, гематом, болях в позвоночнике и суставах, трофических язв на коже и т.д. Методика применения аппарата проста. Аппарат ставить местно на кожу или, в случае повреждения кожи на расстоянии 2–5 мм от поверхности кожи, на 10–15 минут. Более подробный ответ, с рекомендациями, для конкретных заболеваний, Вы найдете в Методическом пособии в главе № 14.

Вопрос: Как поступить, если зона воздействия попадает на родинку?

Ответ: Эту зону воздействия можно исключить из программы лечения или заменить на другую зону после консультации с врачом.

Вопрос: Как купить аппарат КАМЕРТОН иностранным гражданам? Я проживаю не в России, как можно приобрести аппарат?

Ответ: Если Вы проживаете не в России, то для приобретения аппарата КАМЕРТОН Вам необходимо написать письмо на нашу электронную почту scimlido@mail.ru или заполнить заявку на нашем сайте: www.lido.msk.ru или www.lido.su

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ ТОЧЕК КЛАССИЧЕСКИХ
МЕРИДИАНОВ ЗОНАМ ЛИСТОВ

МЕРИДИАН ЛЕГКИХ P-2* □ 5-4** P-5 □ 12-1 P-7 □ 12-5 P-9 □ 12-6 P-11 □ 12-11	МЕРИДИАН ТОЛСТОЙ КИШКИ GI-1 □ 11-8 GI-4 □ 11-4 GI-10 □ 10-6 GI-11 □ 10-5 GI-15 □ 10-2 GI-18 □ 2-5 GI-20 □ 1-8	МЕРИДИАН ЖЕЛУДКА E-1 □ 1-6 E-2 □ 1-9 E-3 □ 2-2 E-4 □ 1-11 E-5 □ 4-10 E-6 □ 4-9 E-10 □ 2-6 E-12 □ 6-9 E-16 □ 5-6 E-17 □ 5-9 E-19 □ 6-3 E-25 □ 7-2 E-28 □ 7-7 E-30 □ 7-10 E-31 □ 7-12 E-32 □ 17-2 E-36 □ 16-1 E-40 □ 16-2 E-41 □ 16-3 E-44 □ 16-7 E-45 □ 16-8	МЕРИДИАН СЕЛЕЗЕНКИ-ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ RP-1 □ 15-7 RP-4 □ 15-6 RP-6 □ 15-1 RP-9 □ 18-4 RP-10 □ 18-5 RP-12 □ 7-11 RP-16 □ 5-12 RP-17 □ 5-11	МЕРИДИАН СЕРДЦА C-3 □ 12-3 C-5 □ 12-7 C-6 □ 12-8 C-7 □ 12-9 C-8 □ 12-13 C-9 □ 11-6
МЕРИДИАН ТОНКОЙ КИШКИ IG-2 □ 11-5 IG-8 □ 10-4 IG-14 □ 8-4 IG-18 □ 1-10 IG-19 □ 4-5	МЕРИДИАН МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ V-1 □ 1-4 V-2 □ 1-3 V-7 □ 3-2 V-8 □ 3-3 V-10 □ 3-7 V-11 □ 8-2 V-13 □ 8-5 V-15 □ 8-7 V-17 □ 8-8 V-21 □ 9-1 V-23 □ 9-3 V-25 □ 9-6 V-28 □ 9-8 V-31 □ 9-7 V-36 □ 9-11 V-40 □ 14-1 V-43 □ 8-6 V-52 □ 9-4 V-57 □ 14-3 V-60 □ 13-3 V-62 □ 13-4 V-65 □ 13-6 V-67 □ 13-7	МЕРИДИАН ПОЧЕК R-1 □ 15-8 R-2 □ 15-5 R-3 □ 15-3 R-6 □ 15-4 R-7 □ 15-2 R-10 □ 14-2 R-14 □ 7-5 R-19 □ 6-7 R-23 □ 5-7 R-27 □ 5-2	МЕРИДИАН ПЕРИКАРДА MC-1 □ 5-8 MC-3 □ 12-2 MC-6 □ 12-4 MC-7 □ 12-10 MC-8 □ 12-12 MC-9 □ 12-14	МЕРИДИАН ТРЕХ ОБОГРЕВАТЕЛЕЙ TR-1 □ 11-7 TR-4 □ 11-3 TR-5 □ 11-2 TR-6 □ 11-1 TR-10 □ 10-3 TR-14 □ 10-1 TR-17 □ 4-7 TR-18 □ 4-11 TR-19 □ 4-4 TR-20 □ 4-3 TR-23 □ 1-5

МЕРИДИАН ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	МЕРИДИАН ПЕЧЕНИ	ЗАДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН	ПЕРЕДНЕСРЕДИННЫЙ МЕРИДИАН
VB-1 <input type="checkbox"/> 1-7	F-1 <input type="checkbox"/> 16-6	VG-1 <input type="checkbox"/> 18-1	VC-1 <input type="checkbox"/> 18-2
VB-2 <input type="checkbox"/> 4-6	F-2 <input type="checkbox"/> 16-5	VG-2 <input type="checkbox"/> 9-9	VC-2 <input type="checkbox"/> 7-9
VB-8 <input type="checkbox"/> 4-2	F-3 <input type="checkbox"/> 16-4	VG-3 <input type="checkbox"/> 9-5	VC-3 <input type="checkbox"/> 7-8
VB-9 <input type="checkbox"/> 4-1	F-8 <input type="checkbox"/> 18-3	VG-4 <input type="checkbox"/> 9-2	VC-4 <input type="checkbox"/> 7-6
VB-12 <input type="checkbox"/> 4-8	F-11 <input type="checkbox"/> 17-1	VG-10 <input type="checkbox"/> 8-9	VC-6 <input type="checkbox"/> 7-4
VB-14 <input type="checkbox"/> 1-2	F-13 <input type="checkbox"/> 6-8	VG-14 <input type="checkbox"/> 8-1	VC-8 <input type="checkbox"/> 7-3
VB-20 <input type="checkbox"/> 3-6	F-14 <input type="checkbox"/> 6-4	VG-16 <input type="checkbox"/> 3-5	VC-12 <input type="checkbox"/> 6-6
VB-21 <input type="checkbox"/> 8-3		VG-17 <input type="checkbox"/> 3-4	VC-14 <input type="checkbox"/> 6-2
VB-23 <input type="checkbox"/> 5-10		VG-20 <input type="checkbox"/> 3-1	VC-15 <input type="checkbox"/> 6-1
VB-24 <input type="checkbox"/> 6-5		VG-24 <input type="checkbox"/> 1-1	VC-17 <input type="checkbox"/> 5-5
VB-26 <input type="checkbox"/> 7-1		VG-26 <input type="checkbox"/> 2-1	VC-20 <input type="checkbox"/> 5-3
VB-30 <input type="checkbox"/> 9-10		VG-28 <input type="checkbox"/> 2-7	VC-22 <input type="checkbox"/> 5-1
VB-34 <input type="checkbox"/> 13-1			VC-23 <input type="checkbox"/> 2-4
VB-39 <input type="checkbox"/> 13-2			VC-24 <input type="checkbox"/> 2-3
VB-40 <input type="checkbox"/> 13-5			
VB-43 <input type="checkbox"/> 16-9			

ТАБЛИЦА СООТВЕТСТВИЯ ЗОН ЛИСТОВ ТОЧКАМ
КЛАССИЧЕСКИХ МЕРИДИАНОВ

1-1* <input type="checkbox"/> VG-24** 1-2 <input type="checkbox"/> VB-14 1-3 <input type="checkbox"/> V-2 1-4 <input type="checkbox"/> V-1 1-5 <input type="checkbox"/> TR-23 1-6 <input type="checkbox"/> E-1 1-7 <input type="checkbox"/> VB-1 1-8 <input type="checkbox"/> GI-20 1-9 <input type="checkbox"/> E-2 1-10 <input type="checkbox"/> IG-18 1-11 <input type="checkbox"/> E-4	2-1 <input type="checkbox"/> VG-26 2-2 <input type="checkbox"/> E-3 2-3 <input type="checkbox"/> VC-24 2-4 <input type="checkbox"/> VC-23 2-5 <input type="checkbox"/> GI-18 2-6 <input type="checkbox"/> E-10 2-7 <input type="checkbox"/> VG-28	3-1 <input type="checkbox"/> VG-20 3-2 <input type="checkbox"/> V-7 3-3 <input type="checkbox"/> V-8 3-4 <input type="checkbox"/> VG-17 3-5 <input type="checkbox"/> VG-16 3-6 <input type="checkbox"/> VB-20 3-7 <input type="checkbox"/> V-10	4-1 <input type="checkbox"/> VB-9 4-2 <input type="checkbox"/> VB-8 4-3 <input type="checkbox"/> TR-20 4-4 <input type="checkbox"/> TR-19 4-5 <input type="checkbox"/> IG-19 4-6 <input type="checkbox"/> VB-2 4-7 <input type="checkbox"/> TR-17 4-8 <input type="checkbox"/> VB-12 4-9 <input type="checkbox"/> E-6 4-10 <input type="checkbox"/> E-5 4-11 <input type="checkbox"/> TR-18	5-1 <input type="checkbox"/> VC-22 5-2 <input type="checkbox"/> R-27 5-3 <input type="checkbox"/> VC-20 5-4 <input type="checkbox"/> P-2 5-5 <input type="checkbox"/> VC-17 5-6 <input type="checkbox"/> E-16 5-7 <input type="checkbox"/> R-23 5-8 <input type="checkbox"/> MC-1 5-9 <input type="checkbox"/> E-17 5-10 <input type="checkbox"/> VB-23 5-11 <input type="checkbox"/> RP-17 5-12 <input type="checkbox"/> RP-16
6-1 <input type="checkbox"/> VC-15 6-2 <input type="checkbox"/> VC-14 6-3 <input type="checkbox"/> E-19 6-4 <input type="checkbox"/> F-14 6-5 <input type="checkbox"/> VB-24 6-6 <input type="checkbox"/> VC-12 6-7 <input type="checkbox"/> R-19 6-8 <input type="checkbox"/> F-13 6-9 <input type="checkbox"/> E-12	7-1 <input type="checkbox"/> VB-26 7-2 <input type="checkbox"/> E-25 7-3 <input type="checkbox"/> VC-8 7-4 <input type="checkbox"/> VC-6 7-5 <input type="checkbox"/> R-14 7-6 <input type="checkbox"/> VC-4 7-7 <input type="checkbox"/> E-28 7-8 <input type="checkbox"/> VC-3 7-9 <input type="checkbox"/> VC-2 7-10 <input type="checkbox"/> E-30 7-11 <input type="checkbox"/> RP-12 7-12 <input type="checkbox"/> E-31	8-1 <input type="checkbox"/> VG-14 8-2 <input type="checkbox"/> V-11 8-3 <input type="checkbox"/> VB-21 8-4 <input type="checkbox"/> IG-14 8-5 <input type="checkbox"/> V-13 8-6 <input type="checkbox"/> V-43 8-7 <input type="checkbox"/> V-15 8-8 <input type="checkbox"/> V-17 8-9 <input type="checkbox"/> VG-10	9-1 <input type="checkbox"/> V-21 9-2 <input type="checkbox"/> VG-4 9-3 <input type="checkbox"/> V-23 9-4 <input type="checkbox"/> V-52 9-5 <input type="checkbox"/> VG-3 9-6 <input type="checkbox"/> V-25 9-7 <input type="checkbox"/> V-31 9-8 <input type="checkbox"/> V-28 9-9 <input type="checkbox"/> VG-2 9-10 <input type="checkbox"/> VB-30 9-11 <input type="checkbox"/> V-36	10-1 <input type="checkbox"/> TR-14 10-2 <input type="checkbox"/> GI-15 10-3 <input type="checkbox"/> TR-10 10-4 <input type="checkbox"/> IG-8 10-5 <input type="checkbox"/> GI-11 10-6 <input type="checkbox"/> GI-10
11-1 <input type="checkbox"/> TR-6 11-2 <input type="checkbox"/> TR-5 11-3 <input type="checkbox"/> TR-4 11-4 <input type="checkbox"/> GI-4 11-5 <input type="checkbox"/> IG-2 11-6 <input type="checkbox"/> C-9 11-7 <input type="checkbox"/> TR-1 11-8 <input type="checkbox"/> GI-1	12-1 <input type="checkbox"/> P-5 12-2 <input type="checkbox"/> MC-3 12-3 <input type="checkbox"/> C-3 12-4 <input type="checkbox"/> MC-6 12-5 <input type="checkbox"/> P-7 12-6 <input type="checkbox"/> P-9 12-7 <input type="checkbox"/> C-5 12-8 <input type="checkbox"/> C-6 12-9 <input type="checkbox"/> C-7 12-10 <input type="checkbox"/> MC-7 12-11 <input type="checkbox"/> P-11 12-12 <input type="checkbox"/> MC-8 12-13 <input type="checkbox"/> C-8 12-14 <input type="checkbox"/> MC-9	13-1 <input type="checkbox"/> VB-34 13-2 <input type="checkbox"/> VB-39 13-3 <input type="checkbox"/> V-60 13-4 <input type="checkbox"/> V-62 13-5 <input type="checkbox"/> VB-40 13-6 <input type="checkbox"/> V-65 13-7 <input type="checkbox"/> V-67	14-1 <input type="checkbox"/> V-40 14-2 <input type="checkbox"/> R-10 14-3 <input type="checkbox"/> V-57	15-1 <input type="checkbox"/> RP-6 15-2 <input type="checkbox"/> R-7 15-3 <input type="checkbox"/> R-3 15-4 <input type="checkbox"/> R-6 15-5 <input type="checkbox"/> R-2 15-6 <input type="checkbox"/> RP-4 15-7 <input type="checkbox"/> RP-1 15-8 <input type="checkbox"/> R-1
16-1 <input type="checkbox"/> E-36 16-2 <input type="checkbox"/> E-40 16-3 <input type="checkbox"/> E-41 16-4 <input type="checkbox"/> F-3 16-5 <input type="checkbox"/> F-2 16-6 <input type="checkbox"/> F-1 16-7 <input type="checkbox"/> E-44 16-8 <input type="checkbox"/> E-45 16-9 <input type="checkbox"/> VB-43	17-1 <input type="checkbox"/> F-11 17-2 <input type="checkbox"/> E-32	18-1 <input type="checkbox"/> VG-1 18-2 <input type="checkbox"/> VC-1 18-3 <input type="checkbox"/> F-8 18-4 <input type="checkbox"/> RP-9 18-5 <input type="checkbox"/> RP-10		

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Альбертс Б., Брей Д., Льюис Дж., Рэфф М., Робертс К., Уотсон Дж. Молекулярная биология клетки: В 3 т. / Пер. с англ. 2е изд., перераб. и доп. М.: Мир, 1994.
- Ананин В.Ф. Рефлексология (теория и методы). М.: изд-во РУНД и Биомединформ, 1992. 168 с.
- Андреев Е.А., Белый М.У., Ситько С.П. Реакция организма человека на электромагнитное излучение миллиметрового диапазона // Вестник Академии наук СССР. 1985. №1.
- Аппарат информационной радиоволновой терапии «Камертон Здоровья». Патент №69345 от 23 августа 2007 г.; Патентообладатель ЗАО НЦИМ «ЛИДО» (RU).
- Анохин А.П. Избранные труды. Философские аспекты функциональных систем. М., 1978. 241 с.
- А. с. № 1107196. Фазовый манипулятор СВЧ / Я.И. Васильев, В.И. Гвоздев, Б.А. Конягин и др.
- А. с. № 1391466. Смеситель КВЧ / Б.А. Конягин, М.Ю. Егоров.
- А. с. № 1394828. Ретранслятор / А.А. Андреев, Б.А. Конягин, В.П. Соколов.
- А. с. № 587520. Устройство выдержки времени / Б.А. Конягин.
- Астафьев В.И. Организация информационных потоков в биологических системах и фундаментальный принцип распределенной обработки информации Э.В. Евреинова // Сб. науч. трудов МАИ. М., 1998. С. 49–54.
- Афромеев В.И., Субботина Т.И., Яшин А.А. О возможном корреляционном механизме активации собственных электромагнитных полей клеток организма при внешнем облучении // Миллиметровые волны в биологии и медицине. 1997. №9–10. С. 28–34.
- Балакирев М.В., Бессонов А.Е. Аппарат миллиметрово-волновой терапии «Минитаг» // Сб. докладов X Российского симпозиума с международным участием «Миллиметровые волны в медицине и биологии». М., 1995. С. 197–199.
- Белоцерковский Г.Б. Миллиметровые волны. М.; Л.: Госэнергоиздат, 1959. 80 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Способ миллиметрово-волновой терапии // Вестник новых медицинских технологий. Тула, 1998. Т. V. № 2. С. 105–108.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Способ информационно-волновой диагностики и терапии в клинической медицине // Сб. докладов Международной научной конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы информатики». Сочи, 1998.
- Бессонов А.Е. Миллиметровые волны в клинической медицине. М., 1997. 338 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Устройство для миллиметрово-волновой терапии «Минитаг» // I международный симпозиум «Фундаментальные науки и альтернативная медицина»: Тезисы докладов. Пущино, 1997. 230 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Медикотехнические требования на разработку аппарата миллиметрово-волновой терапии «Минитаг». М., 1994. 11 с.
- Бессонов А.Е., Куценко В.А., Колбун Н.Д., Воленюк Р.Е. Информационно-волновая терапия: Уч. пособие для врачей. М.: Экос, 1992. 273 с.
- Бессонов А.Е., Струсов В.А., Бессонова Е.А. Информационно-волновая терапия в клинической практике // Клиническая медицина. 1994. № 2. С. 45–48.
- Бессонов А.Е., Шклянюк В.А., Бессонова Е.А. Разработка принципов построения интеллектуального АРМ информационно-волновой КВЧ-терапии и медицинских методик его применения. М., 1992. 157 с.
- Бессонов А.Е. Информационно-волновая терапия в клинической практике // Миллиметровые волны в биологии и медицине. 1995. № 5. С. 28–34.
- Бессонов А.Е. Теоретические и экспериментальные основы информационной терапии // Международный конгресс «Фундаментальные основы экологии и духовного здоровья человека»: Тезисы докладов. Алушта, 1995. С. 28–30.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Медико-технические характеристики аппаратных устройств информационной терапии // Международный конгресс «Фундаментальные основы экологии и духовного здоровья человека»: Тезисы докладов. Алушта, 1995. С. 30–31.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. «Принципиальные отличия информационной медицины от современной». Международный конгресс // Фундаментальные основы экологии и духовного здоровья человека // 27.09–4.10.1995 г., г. Алушта, Украина, с. 47–48.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Миллиметровые волны в диагностике, профилактике заболеваний, лечении и реабилитации больных // II Международная научно-практическая конференция по использованию достижений науки и техники в развитии городов: Сб. тезисов. М., 1996. 587 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Миллиметровые волны в информационной медицине. М.: НЦИМ «ЛИДО», 1996. 62 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Способ миллиметрово-волновой терапии // Материалы II Российской конференции «Высокие технологии в промышленности России». М., 1997. 344 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В. Разработка миллиметрово-волнового прибора для исследований информационного гомеостаза в организме человека // I международный симпозиум «Фундаментальные науки и альтернативная медицина»: Тезисы докладов. Пущино, 1997. 230 с.
- Бессонов А.Е., Балакирев М.В., Калмыкова Е.А. Миллиметровые волны в диагностике, профилактике заболеваний, лечении и реабилитации больных // XI Российский симпозиум с международным участием «Миллиметровые волны в медицине и биологии»: Сб. трудов. М., 1997. 102 с.
- Бессонов, А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Разработка научно-обоснованных подходов к исследованию информационного гомеостаза (ИИГ) и применению в практику работы учреждений здравоохранения способа информационно-волновой терапии (ИВТ) с использованием аппарата «Минитаг». М.: НЦИМ «ЛИДО», 1997. 119 с.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Информационно-волновая диагностика и терапия в клинической медицине // I съезд лечебно-диагностических и оздоровительных центров г. Москвы: Тезисы докладов. М., 1999.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Информационная медицина. М.: Парус, 1999. 596 с.

- Бессонов А.Е. Информационная медицина // Терминологические аспекты медицинской и фармацевтической деятельности в области традиционной медицины и гомеопатии: Сб. статей. М., 2000. Т. 1. С. 60–66.
- Бессонов А.Е. Сознание и информационная медицина // Материалы Международного конгресса «Образование граждан мира». М., 1999. 72 с.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Лечебно-диагностический комплекс «Центр информационной медицины» // Материалы научно-практической конференции «Системный подход к вопросам анализа и управления биологическими объектами». М.; СПб, 2000. 57 с.
- Бессонов А.Е. Терминологические аспекты информационной медицины // Сб. докладов III Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2000. С. 47–57.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Лечебно-диагностический комплекс «Центр информационной медицины» // Сб. докладов III Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2000. С. 82–84.
- Бессонов А.Е., Семенин А.Т. Информационная медицина в клинике наркомании // Сб. докладов III Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2000. С. 64–66.
- Бессонов А.Е., Пенкнович А.А. и др. Практическое значение исследований информационного гомеостаза в клинике вибрационной болезни // Сб. докладов III Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2000. С. 58–63.
- Бессонов А.Е., Василенко А.М. Факторы малой интенсивности в медицинской косметологии // Материалы I Международного конгресса «Красота – наука». Рига, 2000. С. 17–18.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. и др. Инструкция по применению аппарата бесконтактного воздействия электромагнитными волнами миллиметрового, инфракрасного и видимого диапазонов на БАТ «Минитаг». М., 2001. 5 с.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. и др. Инструкция по применению анализатора-индикатора миллиметровых сигналов с БАТ компьютеризированного «АИСЛИДО». М., 2000. 8 с.
- Бессонов А.Е., Чемерис Н.И. и др. Репаративная регенерация тканей под воздействием электромагнитных волн миллиметрового, инфракрасного и части видимого диапазонов, генерируемых терапевтическим аппаратом «Минитаг» // Физикохимические основы информационной медицины. Пушино, 2000. 18 с.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А. Информационно-волновая диагностика и терапия в клинической медицине // Сб. докладов II Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 1999. С. 102–105.
- Бессонов А.Е., Дудина Н.Ю., Крысанова Е.А. Информационная медицина в клинике псориаза // Сб. докладов IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 85–87.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационно-волновая диагностика и терапия // Сб. докладов IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 87–90.
- Бессонов А.Е., Семенин А.Т. Информационно-волновая диагностика и терапия в реабилитации часто болеющих детей // Сб. докладов IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 91.
- Бессонов А.Е., Дудина Н.Ю., Крысанова Е.А. Информационная медицина в клинике аллергодерматоза // Сб. докладов IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 92–93.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Башкирова С.А. и др. Информационная медицина в экспертной оценке лекарственных препаратов // Сб. докладов IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 94–95.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Семенин А.Т., Китаева М.А. Инструкция по применению аппарата для информационной радиоволновой терапии (ИВТ) «Камертон». М., 2006. 7 с.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная медицина в экологии человека // Труды IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 504–506.
- Бессонов А.Е., Викторов В.Л. Аппарат для информационной радиоволновой терапии (ИВТ) «Камертон». М., 2006. 15 с.
- Бессонов А.Е. Энергоинформационные методы диагностики и лечения. Состояние и перспективы // SinoRussia Symposium on Traditional Medicine: Материалы симпозиума. Пекин, 2001. С. 22–26.
- Бессонов А.Е., Дереча В.А., Хромушин О.Н. Информационная радиоволновая диагностика и терапия в постабстинентном периоде у больных героиновой наркоманией // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 128–130.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная медицина – фрагмент глобального образования // Сб. материалов III Международного конгресса «Экология и дети». Анапа, 2006. С. 20–22.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная медицина и сознание // Сб. докладов V Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2002. С. 99–102.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Клинические эффекты информационной радиоволновой терапии (ИВТ) // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 125–127.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Концептуальные основы информационной медицины // Сб. докладов VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 120–134.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Методы информационной медицины на службе центров восстановительной медицины // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 127–128.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Эффективность информационной радиоволновой терапии (ИВТ) // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 122–125.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная радиоволновая диагностика и терапия // Вестник восстановительной медицины. 2004. №3(9). С. 38.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Концептуальные основы информационной медицины // Вестник восстановительной медицины. 2005. №1(11). С. 10.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Подольская Е.В., Подольский В.М. Охрана и укрепление здоровья на основе принципов системной медицины и новых информационных технологий // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006. №3. С. 23.

- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Подольская Е.В. Охрана и укрепление здоровья на основе принципов системной медицины и новых информационных технологий // Сб. докладов IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 128–135.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т. Возможности информационно-радиоволновой диагностики (ИРВД) в оценке эффективности санаторно-курортного лечения // Сб. докладов VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 135–137.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика как метод дифференциальной диагностики // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 116–117.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика как метод оценки влияния элементов внешней среды на здоровье человека // Сб. докладов VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 119–122.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т., Калмыкова Е.А. Смена парадигмы мышления – введение в сознательную медицину // Сб. докладов IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 135–139.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т., Николаева В.Г., Яковлева Н.А. Информационно-волновая диагностика и терапия при семейной герпесвирусной инфекции // Сб. докладов V Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2002. С. 107–109.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Рогожин К.Л., Данилова Н.И. Программа охраны и укрепления здоровья на основе принципов системной медицины и новых информационных технологий // Россия: тенденции и перспективы развития. Вып. 2. М., 2007. С. 157–163.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Высокие радиоэлектронные технологии в восстановительной медицине // Материалы I Всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. М., 2007. С. 34–35.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационные технологии в восстановительной медицине // Материалы X международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2008. С. 58.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационная медицина как предмет клинической медицины // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 405.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика как метод дифференциальной диагностики // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 406.
- Бессонов А.Е., Семений А.Т. Информационно-радиоволновая диагностика как метод оценки влияния элементов внешней среды на здоровье человека // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 406–407.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Эффективность информационной радиоволновой терапии // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 407–408.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Клинические эффекты информационной радиоволновой терапии // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 408.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Методы информационной медицины на службе центров восстановительной медицины // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 409–410.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Подольский В.М. Радиоэлектроника в восстановительной медицине // Экологический вестник России. 2007. №11. С. 33–39.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Лебедева О.В. Информационная медицина в клинике метаболического синдрома // Вестник восстановительной медицины. 2010. №2(36). С. 74–77.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Захарова Г.Е. Информационная радиоволновая диагностика и терапия: Методические рекомендации. М., 2003. С. 24.
- Бессонов А.Е. Лечебно-диагностический комплекс «Камертон Здоровья» // Диагностические и оздоровительные технологии восстановительной медицины: Каталог-справочник. М., 2003. Т. 1. С. 94.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Концептуальные основы информационной медицины // Наука. Образование. Культура. 2005. №1. С. 26–33.
- Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационные радиоволновая диагностика и терапия // Вестник восстановительной медицины. 2004. №3(9). С. 38–41.
- Биоуправление: Теория и практика. Сб. трудов. Новосибирск: Наука, 1988. С. 162.
- Братко А.А., Кочергин А.Н. Информация и психика. Новосибирск: Наука, 1977. С. 189.
- Бугров Я.С., Никольский С.М. Высшая математика. Дифференциальные уравнения. Кратные интегралы. Ряды. Функции комплексного переменного: Уч. для вузов. 2е изд. М.: Наука, 1985. С. 464.
- Бульков Н.А. О возможной роли гидратации как ведущего фактора интеграционного фактора в организации биологических систем на разных уровнях иерархий // Биофизика. 1991. Т. 36. Вып. 2. С. 181–243.
- Быков А.Т., Диженина И.И. Информационная диагностика и терапия в санаторно-курортных условиях // Материалы IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 123–124.
- Bessonov, E.A. Kalmykova, V.A. Konyagin. Informational Medicin: State, tendencies, problems. First international forum for informational medicine, V–1998, Sofia.
- Вестерхофф Х., ван Дам К. Термодинамика и регуляция превращений свободной энергии в биосистемах / Пер. с англ. М.: Мир, 1992. 686 с.
- Взаимодействия физических полей с живым веществом / Е.И. Нефедов, А.А. Протопопов, А.Н. Семенов, А.А. Яшин; Под общ. ред. А.А. Хадарцева. Тула: издво ТулГУ, 1995.
- Волченко В.Н., Колбун Н.Д., Лобарев В.Е. Информационные электромагнитные взаимодействия оператора и биообъектов в мддиапазоне длин волн // Миллиметровые волны в медицине и биологии. М.: ИПЭ АН СССР, 1989. С. 115–120.

- Галеев А.Б. Особенности действия модулированного электромагнитного излучения крайне высоких частот на клетки животных: Автореф. дисс. ... канд. физ.мат. наук. Пушино: Инт теорет. и эксперимент. биофизики РАН, 1997. 21 с.
- Гассанов Л.Г., Песецкий В.И., Писанко О.И. Роль экологического фактора во взаимодействии низко интенсивных электромагнитных полей крайне высокочастотного диапазона с организмами человека // Вестник АН УССР 1986. Вып. 10. С. 33–38.
- Гербер Р. Вибрационная медицина / Пер. с англ. М., 1997. 320 с.
- Гойденко В.С., Котельникова В.М. Практическое руководство по рефлексотерапии. М., 1982.
- Голант М.Б. О проблеме резонансного действия когерентных ЭМИ мм-диапазона волн на живые организмы // Биофизика. 1989. Т. XXXIV. № 2.
- Голант М.Б., Реброва Т.Б. Экспериментальное определение мощности сверхслабых когерентных сигналов, генерируемых живыми клетками // Электронная техника. Серия 1 «Электроника СВЧ». 1988. Вып. 4. С. 51–54.
- Горьев П.П. Волевой геном. М.: Общественная польза, 1994. 280 с.
- Гуцо Ю.П. Введение в энциклопедию здоровья и долголетия. М.: Международная ассоциация «Личность, экология, мир»: ЕМП «Кольцо», 1993. 304 с.
- Девятков Н.Д., Голант М.Б., Бецкий О.В. Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности. М.: Радио и связь, 1991.
- Девятков Н.Д., Голант М.Б. О выявлении когерентных КВЧ-колебаний, излучаемых живыми организмами // Медико-биологические аспекты миллиметрового излучения. М.: ИРЭ АН СССР, 1987, С. 126–130.
- Девятков Н.Д., Бецкий О.В., Голант М.Б. Научные обоснования возможности использования электромагнитных излучений миллиметрового диапазона малой мощности в медицине и биологии // Биологические эффекты электромагнитных полей. Вопросы их использования и нормирования. Пушино: Науч. центр биолог. исследований АН СССР, 1986. С.75–94.
- Ениг Е. Вегетативная нервная система // Физиология человека: В 3 т. / Под ред. Р. Шмидта и Г. Тевса. М.: МИР, 1996. Т. 2. С. 343–383.
- Заличев Н.Н. Энтропия информации и сущность жизни. М.: Радиоэлектроника, 1995. 192 с.
- Залманов А.С. Тайная мудрость человеческого организма. Минск: ИПФ «ИНФОРАД», 1993. 272 с.
- Захарова Г.Е., Бессонов А.Е. Информационная медицина в клинике гипертонической болезни // Материалы III Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2000. С. 162–164.
- Захарова Г.Е., Китаева М.А. Информационная медицина в клинике синдрома хронической усталости // Материалы V Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2002. С. 196–200.
- Иванов-Муромский К.А., Колбун Н.Д. В мире невидимого и неслышимого. Харьков: Харьковский унт, 1992. 129с.
- Иванов Ю.М. Частотное пространство. М.: Новый Центр, 1998. 32 с.
- Избранные вопросы КВЧ-терапии в клинической практике: Инф. сб. 1991. №4. Вып. 61.
- Илларионов В.Е. Медицинские информационно-волновые технологии. М.: ВЦМК «ЗАЩИТА», 1998. 52 с.
- Илларионов В.Е. Современные естественнонаучные основы медицины. М.: Центр, 2001. 192 с.
- Иванюшкин А.Я. Альтернативная медицина в свете методологии науки и профессиональной медицинской этики // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. №3. С. 48–56.
- Казначеев В.П., Михайлова Л.П. Сверхслабые межклеточные взаимодействия. М.: Наука, 1981. 144 с.
- Калмыкова Е.А., Викторова В.Л., Китаева М.А. Методика клинических испытаний аппарата «Камертон». М., 2005. 8 с.
- Калмыкова Е.А., Захарова Г.А., Китаева М.А. Информационно-волновая терапия: Атлас пользователя аппарата «МИНИТАГ». М., 2003. 272 с., илл.
- Калмыкова Е.А., Исаев А.И., Башилова С.А., Жижин Л.Е. Оценка взаимодействия БАД «Гемопилс» с биосистемой человека // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 31–314.
- Калмыкова Е.А., Йонгарнукул А. Изменение характера иммунологических нарушений в процессе комплексной терапии хронического вирусного гепатита С // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. 298–301 с.
- Калмыкова Е.А., Медведченко В.А., Нилова М.В. Оценка взаимодействия энзимных моющих средств «Экофренд» с биосистемой человека // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. 310–311 с.
- Калмыкова Е.А., Нилова М.В., Хайрулова А.В. Информационная медицина в комплексном лечении табачной зависимости // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 306–310.
- Калмыкова Е.А., Алексеева Е.М. Информационная медицина в аспекте психического реагирования при различных травмах // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 301–304.
- Калмыкова Е.А. Разработка информационной радиоволновой диагностики и терапии как клинических методов информационной медицины: Автореф. дис. ... д. мед. наук. М., 2002. 51 с.
- Караева Д.Р. Информационно-волновая терапия в комплексном санаторно-курортном лечении пациентов с хроническими воспалительными болезнями женских тазовых органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Сочи, 2003. 21 с.
- Китаева М.А. Методы информационной медицины в доклинической диагностике и профилактике мастопатии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 73 с.
- Китаева М.А., Калмыкова Е.А. Информационная медицина в клинике заболеваний молочных желез // Материалы V Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2002. С. 224–227.
- Китаева М.А., Калмыкова Е.А. Технологии информационной медицины в лечении бронхиальной астмы // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 326–328.
- Колбун Н.Д., Бессонов А.Е., Куценко В.А., Воленюк Р.Е. Информационно-волновая терапия: Уч. пособие для врачей. М.: Экос, 1992. 273 с.
- Казначеев В.П., Михайлова Л.П. Биоинформационная функция естественных электромагнитных полей. М.: Наука, 1985. 182 с.

- Китаева М.А., Калмыкова Е.А. Информационная медицина в клинике климактерического синдрома у мужчин // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий. М., 2004. С. 410–411.
- Колбун Н.Д., Бессонов А.Е., Волянюк Р.Е. Информационно-волновая терапия. Киев: Украинская энциклопедия, 1993. 304 с.
- Колбун Н.Д. Бионическое моделирование воздействия оператора в мм-диапазоне волн: устройство и метод информационно-волновой терапии // Электронная промышленность. 1991. №5.
- Колбун Н.Д., Куценко В.А., Дехтярук В.Ф. Бионическое моделирование воздействия оператора в мм-диапазоне волн. Устройство и метод информационно-волновой терапии // Доклады Международного симпозиума «Миллиметровые волны нетепловой интенсивности в медицине». М., 1991. Ч. 3. С. 625–629.
- Колбун Н.Д., Лобарев В.Е. Проблема биоинформационных взаимодействий: миллиметровый диапазон длин волн // Кибернетика и вычислительная техника. 1988. Вып. 78. С. 94–99.
- Конягин Б.А. Исследование смесителей мм-диапазона волн для систем связи // Тезисы докладов IV Всесоюзного симпозиума по миллиметровым и субмиллиметровым волнам. Харьков, 1984. Т. 3. С. 25–26.
- Конягин Б.А., Рожков В.М. Фазовый манипулятор на двухзатворных полевых транзисторах. М.: ЦНТИ «Поиск», 1984. С. 3–6.
- Конягин Б.А. Двухпозиционный фазовый манипулятор с низким уровнем коммуникационных помех. М.: ЦНТИ «Поиск», 1986. С. 38–42.
- Конягин Б.А., Рожков В.М. Повышающий преобразователь СВЧ на двухзатворном полевом транзисторе // Твердотельная электроника СВЧ: Межведомственный сб. Таганрог: ТРТИ, 1986. Вып. 2. С. 20–23.
- Конягин Б.А., Куркан К.И., Божков В.К. Смеситель сдвига мм-диапазона волн // Тезисы докладов XV научно-технической конференции по радиоприемным устройствам бортовых РЛС СВЧ-диапазона. Л., 1985. С. 87–88.
- Красногорская Н.В. Современные проблемы изучения и сохранения биосферы: В 2 т. СПб: Гидрометеоиздат, 1992. 728 с.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Куликов А.В. Функциональные элементы интегральных схем ммдиапазона: фильтры, малощумящие смесители. М.: ЦНИИ «Электроника», 1985. 23 с. (Обзоры по электронной технике. Серия. 2. Лазерная техника и оптоэлектроника. Вып. 7).
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Куликов А.В. и др. Направления развития гибридноинтегральных устройств мм-диапазона // Тезисы докладов на НТК НИИ «Салют». Горький, 1986. С. 51–53.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Потуренко В.А. и др. Малошумящие балансные смесители КВЧ-диапазона // Тезисы 16й НТК в НПО «Ленинец». Л., 1988. Т. 2. 10 с.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Гусельников Н.А. Гибридноинтегральный смеситель мм-диапазона // Тезисы докладов на КНТС по выходным малошумящим приемным устройствам. Горький, 1988.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Потуренко В.А. и др. Малошумящие гибридноинтегральные балансные смесители КВЧдиапазона // Тезисы докладов на XXI Всесоюзной конференции «Радиоастрономическая аппаратура». Ереван, 1989. 7 с.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Потуренко В.А. и др. Параметрический ряд малошумящих балансных смесителей диапазона 26–120 ГГц в гибридноинтегральном исполнении // Тезисы докладов на XIX НТК НПО «Альтаир». М., 1991. С. 45–46.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Куприянов П.В. и др. Комплексированные малошумящие радиометрические приемные модули КВЧ-диапазона в гибридноинтегральном исполнении // Тезисы докладов на НТК. Львов, 1990. С. 103–104.
- Криворучко В.И., Амирян Р.А., Потуренко В.А. и др. Параметры малошумящих балансных смесителей диапазона 26–120 ГГц в гибридноинтегральном исполнении // Электронная техника. Серия 1 «Электроника СВЧ». 1990. Вып.10(434). С.58–59.
- Криворучко В.И., Куликов А.В. Разработка когерентной многоэлементной радиометрической приемной матрицы миллиметрового диапазона // Сб. отчетов по научным проектам МНТП России «Физика микроволн». Н. Новгород, 1999. Т. 2. С. 299–306.
- Лебедева О.В. Новые технологии в реабилитации часто болеющих детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 20 с.
- Лочмель О.И., Шклянюк В.А., Бессонов А.Е. Исследование и разработка программнотехнического комплекса КВЧ-терапии. М., 1994. 43 с.
- Лоцилов В.И. Информационно-волновая медицина и биология. М.: Аллегропресс, 1998. 256 с., илл.
- Мельниченко Л.В. Методы информационной медицины в клинике климактерического синдрома: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Калининград, 2004. 82 с.
- Меграбян А.А. Личность и сознание. М.: Медицина, 1978. 176 с.
- Миллиметровые волны в медицине и биологии / Под ред. Н.Д. Девяткова. М., 1989.
- Нгуен Ван Нги. Патогенез заболеваний. Диагностика и лечение методами традиционной китайской медицины: иглокальвание, массаж и прижигание. М.: фирма «Эврика», 1992. 582 с.
- Нефедов Е.И., Субботина Т.И., Яшин А.А. Современная биоинформатика. М: Горячая линиятелеком, 2005. 272 с., илл.
- Николаева В.Г., Семений А.Т., Калмыкова Е.А. Информационно-волновая диагностика и терапия в клинической педиатрии // Материалы V Конгресса педиатров России. М.: 1999.
- Николаева В.Г., Семений А.Т., Калмыкова Е.А. Информационно-волновая диагностика и терапия в клинической педиатрии // Материалы V Конгресса педиатров России. М., 1999. С. 320–321.
- Нилова М.В. Применение метода информационно-волновой терапии в комплексном лечении табачной зависимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2005. 30 с.
- Пальцев М.А., Иванов А.А. Межклеточные взаимодействия. М.: Медицина, 1995. 224 с.
- Персиков М.В. Электромагнитные поля живых организмов // Миллиметровые волны в биологии и медицине. 1998. №1(11). С. 15–19.
- Пожарицкая М.М., Путь В.А., Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационно-волновая диагностика в стоматологической практике // Материалы IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 257–260.
- Пат. №2127616 Российская Федерация. Устройство для миллиметрово-волновой терапии / Бессонов А.Е., Конягин Б.А.; заявитель и патентообладатель ЗАО НЦИМ «ЛИДО». №98101313/14; заявл. 03.02.98; опубл. 20.03.99.
- Пат. №2141785 Российская Федерация. Способ информационно-волновой диагностики и терапии / Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Конягин Б.А.; заявитель и патентообладатель ЗАО НЦИМ «ЛИДО». №98113570/14; заявл. 24.10.98; опубл. 27.11.99.

- Пат. №2156106 Российская Федерация. Устройство для исследования спектров сигналов информационного гомеостаза биообъектов / Бессонов А.Е., Криворучко В.И., Конягин Б.А., Куликов А.П., Тычко А.П.; заявитель и патентообладатель ЗАО НЦИМ «ЛИДО». №2000100203/14; заявл. 10.01.00; опубл. 20.09.00.
- Пат. №2246262 Российская Федерация. Способ информационной радиоволновой диагностики и лечения заболеваний в области стоматологии / Бессонов А.Е., Путь В.А., Калмыкова Е.А.; заявитель и патентообладатель ЗАО НЦИМ «ЛИДО»; заявл. 29.07.03; опубл. 20.02.2005.
- Пашенко Г.В., Семений А.Т. Информационная радиоволновая терапия (ИВТ) у детей с задержкой психического развития // Материалы VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 505–509.
- Пашенко Г.В., Семений А.Т. Опыт применения аппарата «МИНИТАГ» в лечении детей со смешанными расстройствами учебных навыков // Материалы VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004.
- Пожарицкая М.М. Путь В.А., Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. Информационно-волновая диагностика в стоматологической практике // Материалы IV Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2001. С. 257–260.
- Путь В.А., Путь С.А. Применение метода информационной радиоволновой диагностики для оценки состояния тканей в области временных имплантатов // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 519–521.
- Путь В.А. Оценка состояния пульпы опорных зубов под искусственными коронками методом радиоволновой диагностики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 24 с.
- Путь В.А., Зидра С.Н., Бессонов А.Е., Соколов И.В. Информационная радиоволновая диагностика и терапия в клинике ортопедической стоматологии // Материалы VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 561–564.
- Путь В.А., Макеева И.М. Эффективность применения технологий информационной медицины при лечении кариеса зубов // Материалы VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 575–577.
- Путь В.А., Путь С.А., Бессонов А.Е., Калинин Н.В. Применение метода информационной радиоволновой диагностики для оценки состояния тканей в области временных имплантатов // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 467–469.
- Путь В.А., Путь С.А., Чудинов К.В., Аверьянов И.А., Калмыкова Е.А. Оценка влияния метода информационно-волновой терапии на качество остеоинтеграции внутрикостных зубных имплантатов // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 462–465.
- Путь В.А., Чудинов К.В., Путь С.А., Аверьянов И.А. Опыт применения информационной радиоволновой диагностики и терапии при проведении костнопластических операций с помощью аутокостных блоков и операциях дентальной имплантации // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 459–462.
- Путь В.А., Путь С.А., Чудинов К.В., Аверьянов И.А., Калмыкова Е.А. Перспективы применения технологии «Центр информационной медицины» в челюстнолицевой хирургии и хирургической стоматологии // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 465–467.
- Путь В.А., Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А., Калинин М.В. Отдаленные результаты лечения пациентов с использованием технологий восстановительной медицины // Материалы X Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2008. 223 с.
- Путь В.А., Кадосов Д.Б., Скухторов В.В. Информационная радиоволновая диагностика как метод контроля качества остеоинтеграции внутрикостных зубных имплантатов // Материалы X Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2008. 225 с.
- Путь В.А., Тищенко И.А. Применение метода информационно-волновой терапии в комплексном лечении и профилактике хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести у спасателей Министерства чрезвычайных происшествий с начальной артериальной гипертензией // Материалы IV Международного научно-практического конгресса «Медикоэкологические проблемы лиц экстремальных профессий». М., 2004. С. 411–412.
- Путь В.А. Оценка состояния пульпы опорных зубов под искусственными коронками методом радиоволновой диагностики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2003. 132 с.
- Самохин А.В., Готовский Ю.В. Практическая электропунктура по методу Р. Фолля. М.: ИМЕДИС, 1994. 304 с.
- Семений А.Т. Информационно-метрические параметры депрессивного синдрома // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 563–565.
- Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика в оценке уровня семейного здоровья // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 504–506.
- Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика в экзэкологии человека // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 506–509.
- Семений А.Т. Информационная радиоволновая терапия (ИВТ) заболеваний ЦНС // Материалы VIII Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 561–563.
- Семений А.Т. Информационная радиоволновая терапия в лечении постинсультного синдрома // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 565–567.
- Семений А.Т. Информационная радиоволновая диагностика как инструмент уточнения клинического диагноза // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 559–561.
- Семений А.Т. Опыт применения информационно-волновой терапии (ИВТ) при тяжелой нейротравме // Материалы VIII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2005. С. 567–570.

- Семеней А.Т., Бессонов А.Е. Информационная радиоволновая диагностика и терапия при герпесвирусной инфекции у детей // Материалы VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». Сочи, 2004. С. 610–613.
- Семеней А.Т. Информационная радиоволновая диагностика в оценке уровня семейного здоровья // Материалы IX Международной конференции «Высокие технологии восстановительной медицины: профессиональное долголетие и качество жизни». Сочи, 2006. С. 504–506.
- Соколов И.В. Клинико-функциональное обследование метода информационно-волновой терапии в комплексном лечении хронического пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 25 с.
- Соколов В.П., Алимов М.В., Конягин Б.А. и др. Ретрансляторы сигналов мм-диапазона волн. М.: ЦНТИ «Поиск», 1985. С. 32–45.
- Соколов В.П., Алимов М.В., Конягин Б.А. и др. Элементная база широкополосных систем связи // Тезисы докладов IV Всесоюзного симпозиума по миллиметровым и субмиллиметровым волнам. Харьков, 1984. Т. 3. С. 19–20.
- Судаков К.В. Общая теория функционирования систем. М.: Медицина, 1984.
- Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., 1980.
- Тринчер К.С. Биология и информация: элементы биологической термодинамики. М.: Наука, 1969.
- Тищенко И.А. Применение метода информационно-волновой терапии при комплексном лечении и профилактике хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 19 с.
- Тищенко И.А. Применение метода информационно-волновой терапии при комплексном лечении и профилактике хронического генерализованного пародонтита легкой и средней тяжести: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
- Фофанов С.И. Преобразование энергии и энергетическая самоорганизация клетки // Старение и долголетие. 1996. №1. С. 29–30.
- Хадарцев А.А. Теоретические основы взаимодействия физических полей с биологическими объектами. Ч. 1. // Вестник новых медицинских технологий. 1996. №1. С. 6–9.
- Хазен А.М. Происхождение и эволюция жизни и разума с точки зрения синтеза информации // Биофизика. 1992. Т. 37. Вып. 1. С. 105–122.
- Хазен А.М. Особенности синтеза информации при действии электромагнитного излучения на биосистемы и их практические следствия // Теор. биология. 1994. Вып.6.
- Хазен А.М. Электромагнитное излучение в роли нейромедиатора // Теоретическая биология. 1994. Вып. 10.
- Шеннон К. Работы по теории информации и кибернетике. М., 1963.
- Шклянюк В.А., Бессонов А.Е., Калмыкова Е.А. и др. Отчет о научно-исследовательской работе «Разработка принципов построения интеллектуального АРМ ИВТ и медицинских методик ее применения». М.: ВАСИЗ, 1992.
- Шмидт Р., Тевс Г. Физиология человека: В 3 т. / Пер. с англ.; Под редакцией П.Г. Костюка. М.: МИР, 1996.
- Шульговский В.В. Физиология центральной нервной системы: Учебник. М.: МГУ, 1997. 397 с.
- Чиркова Э.Н. Иммуноспецифичность волновой информации в живом организме. М.: Новый Центр, 1999. 304 с.
- Чухраев Н.В., Писанко О.И. Генераторы шума в практике КВЧ-терапии // Миллиметровые волны в биологии и медицине. 2003. №4(32). С. 50–59.
- Электромагнитные поля в биосфере: В 2 т. / Под ред. Н.В. Красногорской. М.: Наука, 1984.
- Юзвизин И.И. Информациология или закономерности информационных процессов и технологий в микро и макромирах Вселенной. М.: Радио и связь, 1996. 215 с.
- Юзвизин И.И., Харитон А.Г. Информациология распределенной обработки информации // Сб. науч. трудов МАИ. М., 1998.
- Юзвизин И.И. Основы информациологии. М.: Междунар. издво «Информациология»: Высшая школа, 2000. 516 с.
- Яковлев Н.Н. Живая среда: Молекулярные и функциональные основы приспособления организма к условиям среды. М.: Наука, 1986.
- Ян Мусил. Гигиенические стандарты для электромагнитных полей: современное состояние и перспективы // Гигиена труда. 1985. Вып. 6. С. 12–16.

Предметный указатель (номера страниц соответствуют номерам страниц печатного издания Методического пособия)

- Абстинентный синдром 75, 77
Аденовирусная инфекция 299
Аденома предстательной железы 268
Акне 224
Алопеция (облысение) 234
Аллергический ринит 180
Алкогольная зависимость (алкоголизм) 75
Ангина 182
Ангиотрофневрозы 114
Анкилозирующий спондилоартрит 254
Анемия 174
Анорексия 312
Аритмии сердца 149
 атриовентрикулярная блокада 154
 желудочковые преждевременные сокращения 153
 желудочковая
 тахикардия 154
 пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия 152
 предсердные преждевременные сокращения 152
 синусовая брадикардия 150
 синусовая тахикардия 151
Артериальная гипотензия 158
Артериальная гипертония 155
 гемодинамическая 157
 нейрогенная 157
 почечная 156
 эндокринная 156
Артериит Такаясу 169
Артрит 245
 подагрический 245
 Рейтера (реактивный) 245
 ревматоидный 244
Артроз 243
 коленного сустава 247
 суставов кисти 247
 тазобедренного сустава 246
Асбестоз 187
Асептический некроз
 головки бедра 255
Астигматизм 124
Астма бронхиальная 185, 309
Атипичные лицевые
 боли 93
Атаксия Фридрейха 110
Атеросклероз 166
Атопический дерматит 222
Атриовентрикулярная
 блокада 154
Атрофия Шерко-Мари 105
Аутоиммунный тиреоидит 58
- Бактериальный менингит 99**
Барабанная перепонка,
 травма 140
Бег трусцой, травма 252

Беременность, патология 282
боль в спине 288
водянка 287
герпес 289
дерматозы 287
желтуха 287
нефропатия 288
рвота 285
токсикоз 285
слюнотечение 286
Бесплодие 277
Бессонница 79, 313
Блефарит 123
Блефароплегия 131
Близорукость 124
Болезнь (болезни)
Бехтерева 254
Бюргера 170
Вильсона–Коновалова 107
гипертоническая 155
глаза 119
детские 293
кожи 216
костномышечной
системы 237
мочекаменная 265
мочеполовой системы 256
органов дыхания 176
органов кровообращения 144
органов пищеварения 189
Паркинсона 106
Пертеса 255
Рейно 168
суставов 243
уха 136
эндокринной системы 50
Эрба–Шарко–Штрюмелля 105
Болевой синдром 81, 249
грудного отдела 249
шейноплечевой 249
Боли
в голени и стопе 244
в голове 87, 311
в желудке 199
в плече и предплечье 244
в спине у беременных 288
в суставах
лучезапястном 244
локтевом 244
плечевом 244
коленном 244
тазобедренном 244
голеностопном 244
в ушах 140
внизу живота 279
зубные 194
Большеберцовый нерв,
неврит 98
Брадикардия синусовая 150
Бронхиальная астма 185, 309

Бронхит 183
острый 183
хронический 184
Бурсит 250

Вакцинация 308

Варикозное расширение
вен 171
нижних конечностей 171
пищевода 196
Варикоцеле 270
Вздутие живота 279
Вегетативный невроз 73
Веgeto-сосудистая
дистония 113
Вильсона–Коновалова
болезнь 107
Витилиго 226
Витамин Е, дефицит 110
Водянка яичка 271
Водянка беременных 287
Водяница 232
Воспаление
легких 186
мочевого пузыря 261
мочеиспускательного
канала 261
предстательной железы 267
пупочной ямки 305
слезного канальца 132
яичка и его придатка 270
яичников и маточных
труб 274
Воспалительный отек
кожи 227
Воспалительная и токсическая невропатия 110
Внутричерепное давление, повышение 104
Врожденный вывих бедра 301
Врожденная миотония 116
Вульвовагинит 272
Выпадение прямой кишки 209
Вульгарные угри 321
Вульгарная пузырчатка 230

Гайморит 181

Гастрит 201
Гемералопатия 127
Гемодинамическая артериальная
гипертензия 157
Геморрагический инсульт 102
Геморрой и его
осложнения 173
Герпес 223
беременных 289
Гепатит 209
Гетеротропия 131
Гигантоклеточный периартериит 89
Гидроцеле 271
Гингивит 193
Гиперметропия 124

Гиперпаратиреоз 60
Гипертоническая болезнь 155
Гиполактация (недостаток молока) 291
Гипотензия артериальная 158
Гипотиреозы 57
Гипопаратиреоз 60
Глаукома 127
Гломерулонефрит 263
 острый 263
 хронический 264
Глоссит 192
Глоссофарингеальная невралгия 93
Головная боль 87, 311
 депрессивная 88
 гигантоклеточный периартериит 89
 кашлевая 90
 мигрень 88
 напряжения 87
 посттравматическая
 «скопления» (мигренозная невралгия) 89
Гонартроз 247
Грипп
 у новорожденных 298
Грудное вскармливание 291
Грыжи новорожденных 300

Дакриоканаккулит 133
Дакриоцистит 128
Дальнозоркость 124
Дегенерация макулярная 125
Дегенерация сетчатки пигментная 126
Депрессивная головная
 боль 88
Депрессивный невроз 75
Дерматомиозит 254
Дерматит атопический 222
Дерматит
 медикаментозный 234
Дерматоз
 беременных 287
 розовый 235
Детский церебральный паралич 306
Деформирующий артроз 247
 коленного сустава 247
 суставов кисти 247
Дефицит витамина Е 110
Диабет сахарный 62
Диабетическая полинейропатия 111
Диабетическая
 ретинопатия 125
Диарея 208
Дисгидроз 232
Дисбактериоз кишечника 302
Дискинезия пищевода 195
Диспепсия 206
Диспепсические расстройства у новорожденных 299
Дисплазия тазобедренного сустава 301
Дистония
 вегето-сосудистая 113
Дистрофия миотоническая 115

Дистрофия сетчатки 124
Дисфункция яичников 280
Доброкачественный эссенциальный тремор 104

Желудочковая

тахикардия 154
экстрасистола 153
Желтуха беременных 287
Желудка боли 199
Желудка спазм 200
Желудка язвенная болезнь 202

Заболевания

нервной системы 82–117
печени 213
сетчатки 124
Заикание 310
«Замороженная лопатка» 250
Запоры 207
у детей 312
Застой молока (лактостаз) 291
Застойный отек кожи 227
Звон (шум) в ушах 139
Зоб
диффузный токсический 53
лимфоцитарный зоб Хасимото 58
простой нетоксический 55
эндемический 56
Зубная боль 194
Зуд кожи 225

Идиопатический артериит Такаясу 169

Импетиго 233
Импотенция 269
Инсульт 102
геморрагический 102
ишемический 102
Инфаркт миокарда 164
Информационный
гомеостаз 31
Истерический невроз 74
Истинная пузырчатка 229
Ишемическая болезнь
сердца 162
Ишемия мозга
транзиторная 101
Ишиас 97

Карбункул 321

Катаракта 128
Кашлевая головная боль 90
Квинке отек 228
Кератит 129
Кишечные колики
у новорожденных 300
Климактерический невроз 278
Кожный зуд 225
Коклюш 309
Коксартроз 246
Колит 204

Конъюнктивит 130
Косметология 327
Косоглазие 131
Крапивница 224, 312
Кровоподтеки 321
Кровотечение
 легочное 186
 послеродовое 289
Круп ложный 310
Куриная слепота 127

Лактостаз (застой молока) 291
Лактационный мастит 291
Ларингит 183
Легочное кровотечение 186
Лекарственная зависимость (токсикомания) 77
Лекарственные и токсические заболевания печени 213
Лежачая язва (пролежни) 233
Лекарственный миокардит 160
Лечение местное 320
Лимфангит 170
Лимфаденит 170
Лицевые боли 91
 атипичные 93
 глоссофарингеальная невралгия 93
 неврит лицевого нерва 91
 неврит тройничного нерва 91
 периферические вегетативные синдромы 92
 постгерпетическая
 невралгия 94
Лицевые боли в следствии других причин 94
Лицевой нерв, неврит 91
Лихорадочные состояния 308
Ложный круп 310
Локтевой нерв, неврит 95
«Локоть теннисиста», эпикондилит 251
Лучевой нерв, неврит 95

Малоберцовый нерв,
 неврит 97
Макулярная дегенерация 125
Маниакально-депрессивное состояние 77
Мастит лактационный 291
Мастоидит острый 142
Мастопатия 275
Маточное кровотечение 289
Медикаментозный
 дерматит 234
Менингит бактериальный 99
Метаболический синдром 63
Местное лечение 320
Мигрень 88
Мигренозная невралгия 89
Миелопатии сосудистые 109
Миозиты 255
Миокарда инфаркт 164
Миокардиопатия 159
Миокардит острый 160
Миома матки 276
Миопатия 114

Миотония врожденная 116
Миотоническая дистрофия 115
Миопия 114
Морская болезнь 324
Мочекаменная болезнь 265
Мышечное утомление 325
Мукоцеле 194

Наркомания

(токсикомания) 77
Нарушение сна
(бессонница) 79
Нарушение адаптации
(стресс) 80
Нарушение мозгового кровообращения 102
Наружный отит 141
Наследственная хорея Гентингтона 107
Насморк 179
Невроз 73
 вегетативный 73
 депрессивный 75
 истерический 74
 климактерический 278
 неврастенический 73
 фобический 74
Неврогенная рвота 311
Невропатия
 воспалительная 110
 токсическая 110
Невротический
 тик 313
 энкопрез 314
Неврит
 большеберцового нерва 98
 крылонебного узла 92
 лицевого нерва 91
 локтевого нерва 95
 лучевого нерва 95
 малоберцового нерва 97
 наружного кожного нерва 98
 срединного нерва 96
 тройничного нерва 91
Недостаток молока (гиполактация) 291
Нейрогенная артериальная гипертензия 157
Нейродерматит,
 нейродермит 222
Нейросенсорная
 тугоухость 143
Некроз головки бедренной кости асептический 255
Непроизвольное истечение мочи 266, 312
Непроизвольное выделение кала 314
Нефропатия беременных 288
Новорожденных заболевания
 дисбактериоз 302
 диспепсические
 расстройства 299
 дисплазия тазобедренного сустава 301
 грипп 298
 грыжи 300
 кишечные колики 300

ОРВИ 298
Невыносимый характер
у детей 315
Ночное недержание
мочи 312
Ночное пробуждение
у детей 315
Ночные страхи у детей 315

Облитерирующий
эндартериит 167
Облитерирующий тромбангиит 170
Облысение 234
Обморожение 322
Ожирение 65
Ожоги 320
Омфалит 305
Основы информационной радиоволновой терапии 29
Острое нарушение
мозгового кровообращения (инсульт) 102
Опущение верхнего века 131
Орхоэпидидимит 270
Остеопороз 67
Остеохондроз 248
Острые стадии заболеваний
бронхит 183
гепатит 209
гломерулонефрит 263
мастоидит 142
миокардит 160
нарушение мозгового кровообращения 102
перикардит 161
респираторные вирусные инфекции 178
у новорожденных 298
ринит 179
средний отит 141
Отдельные симптомы детских заболеваний 315
Отек
Квинке 228
кожи 227
Отит 141
наружный 141
средний острый 141
Отсутствие аппетита
у детей 312
Отслойка сетчатки 124

Панкреатит 214
Парагрипп новорожденных 298
Паркинсонизм (болезнь Паркинсона) 106
Пародонтит, пародонтоз 193
Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия 152
Пептическая язва
пищевода 197
Периартрит
плечелопаточный 250
Переломы костей 320
Переохлаждение 322
Перикардит острый 161
Периферические вегетативные синдромы 92

синдром Сладера 92
синдром Шарлена 92
Перинатальная патология нервной системы 306
Пиелонефрит 262
Пигментная дегенерация сетчатки 126
Пиодермия 228
Питириаз 235
Пищевода дискинезия 195
Писчий спазм 94
Плексит 96
Плотный отек кожи 227
Плечелопаточный
 периартрит 250
Пневмония 186
Пневмокониозы 187
Повышение внутричерепного давления 104
Подростковые угри 224
Подагрический артрит 245
Полиммиозит 254
Полинейропатия диабетическая 111
Поллиноз (аллергический ринит) 180
Порезы 320
Послеродовой период 289
Послеродовые растяжки
 кожи 292
Послеоперационные раны 320
Посттравматическая
 головная боль 90
Постгерпетическая
 невралгия 94
Подростковые угри 321
Почечная артериальная гипертензия 156
Похмельный синдром 75
Предменструальный
 синдром 279
Предсердные преждевременные сокращения 152
Прогрессирующий системный склероз (склеродермия) 253
Пролежни 233
Пролиферативная
 форма диабетической ретинопатии 125
Простатит 267
Простая мигрень 88
Психические
 расстройства 70–79
Псориаз 224
Псевдотуморозные заболевания головного
 мозга 104
Птоз верхнего века 131
Пузырчатка 229
Пяточная шпора 247

Радикулит 98
Разрыв сетчатки 126
Раны 320
Рассеянный склероз 108
Расстройства
 пищеварения 299, 314
 поведения 70
 сна 313
Растяжки кожи 321

послеродовые 292
Расширение вен мошонки 270
Рахит 304
Рвота 198
 беременных 285
 неврогенная 311
Рейтера артрит 245
Ревматоидный артрит
 голеностопного сустава 244
 коленного сустава 244
 локтевого сустава 244
 лучезапястных суставов 244
 плечевого сустава 244
 тазобедренного сустава 244
Респираторно-вирусные инфекции 178
 у новорожденных 298
Ретинопатия
 диабетическая 125
Рейно болезнь 168
Ринит 179
 аллергический 180
 острый 179
 хронический 180
Рожа 231
Розовый дерматоз
 (пityриаз) 235
Рубцы 321

Сальпингоофорит 274
Сахарный диабет 62
Семейная атаксия
 Фридрейха 110
Сетчатка
 дистрофия 125
 пигментная
 дегенерация 126
 разрыв 126
Силикоз 187
Синдром
 метаболический 63
 предменструальный 279
 пяточной шпоры 247
 раздраженной толстой кишки 206
 Рейтера (реактивный артрит) 245
 Сладера 92
 Шарлена 92
Синусовая
 аритмия 149
 брадикардия 150
 тахикардия 151
Системная красная
 волчанка 252
Склероз рассеянный 108
Склеродермия 253
Слезотечение 132
Слипчивый капсулит 250
Слюнотечение
 у беременных 286
Солнечный удар 323

Сосотояние
 после удаления зуба 194
 после установки
 импланта 194
Сосудистые миелопатии 109
Спазм
 глоточной мускулатуры 195
 желудка 200
 пищевода 195
 писчий 94
Срединный нерв, неврит 96
Средний отит 141
Стенокардия 163
Стоматит 192
Стресс (нарушение
 адаптации) 80
Сужение пищевода 195
Слюнотечение 286

Т
Тахикардия
 пароксизмальная 152
 синусовая 151
Тепловой удар 323
Тремор эссенциальный (доброкачественный) 104
Тик невротический 313
Тиреодит аутоиммунный 58
Токсикомания (наркомания) 77
Токсические заболевания печени 213
Тонзиллит 182
Тошнота 198
Травма
 барабанной перепонки 140
 при беге трусцой 252
Травматический отек кожи 228
Транзиторная ишемия
 мозга 101
Трахит 183
Тромбангиит
 облитерирующий 170
Тромбофлебит 172
Трещины
 заднего прохода 305
 сосков 290
Тройничный нерв, неврит 91
Трофические язвы 321
Тугоухость 142

У
Увеит 134
Угри подростковые, вульгарные 224, 321
Удаление зуба 194
Удар солнечный, тепловой 323
Укачивание 324
Умственное утомление 325
Упадок сил послеродовой 290
Уретрит 261
Утомление 324
 мышечное 325
 умственное 325
 физическое 325
 цветовое 325

эмоциональное 326
Ушибы 321

Фарингит 180
Физическое утомление 325
Фобический невроз 74
Фоновая ретинопатия
сетчатки 125
Фотодерматит 236
Фригидность 280
Фурункул,
фурункулез 231, 321

Халазион 134
Холецистит 213
Хорея Гентингтона 107
Хасимото зоб 58
Хронический болевой
синдром 81
Хронические заболевания
бронхит 184
гломерулонефрит 264
ринит 180

Цветовое утомление 325
Цирроз печени 211
Цистит 261

Шпора пяточная 247
Шерко–Мари атрофия 105
Шум (звон) в ушах 139

Эзофагит 196
Экзема 226
дисгидротическая 232
Энкопрез 314
Эмфизема легких 187
Эмоциональное
утомление 326
Эндартериит
облитерирующий 167
Эндокринная артериальная гипертония 156
Эндомиоз 276
Эндометриит 273
Энкопрез невротический 314
Энтероколит 204
Энурез 266, 312
Энцефалит 100
Эпикондилит, «локоть теннисиста» 251
Эпилепсия 100
Эрба–Шарко–Штрюмпелля болезнь 105
Эрозия шейки матки 272
Эссенциальный тремор (доброкачественный) 104
Этмоидит 181

Язва пищевода
пептическая 197

Язвенная болезнь желудка
и двенадцатиперстной
кишки 202
Язвы трофические 321
Яичников дисфункция 280
Ячмень 135