АКУПУНКТУРА 360 · ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Скальп-акупунктура 25 клинических разборов

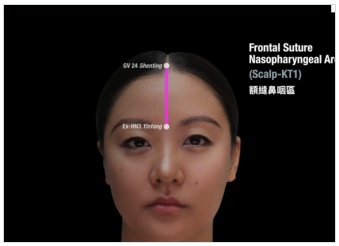
Зоны Scalp-КТ 1–25 · карманная версия для практики

По одной странице на разбор: схема зоны, точки телесного рецепта и ход лечения. Учебные модели — разборы собраны по литературным протоколам, это не отчёты о конкретных пациентах.

SCALP-KT 1

Разбор 1. КТ 1 — носоглоточная зона: хроническая назальная обструкция

Носоглоточная зона · лобный шов

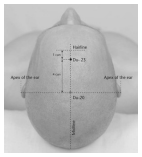


Зона 1 · лобный шов

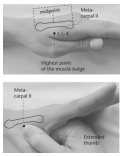
ТОЧКИ ТЕЛА



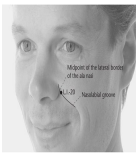
GV 24
Шэнь тин



GV 23
Шан син



LI 4
Хэ-гу



LI 20
Ин-сян

Жалобы: женщина 34 лет, заложенность носа 6 лет, хуже в первой половине дня и в сырую погоду. Сосудосуживающие капли — до 4 раз в сутки. Лобная головная боль давящего характера, снижение обоняния.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с тонким белым налётом; пульс поверхностный, слегка напряжённый в позиции лёгких.

Выбор зоны: КТ 1 (носоглоточная) — прямая проекция носоглотки и решётчатой области на лобный шов. Дополнительно КТ 2 как «лёгочная» зона: в ТКМ нос — наружное отверстие лёгких, и хроническое воспаление верхних дыхательных путей почти всегда сопровождается вялостью Ци лёгких.

Протокол: положение лежа на спине. Иглы 30G × 1,5 цуня, подкожно по средней линии от GV 24 к GV 23 — 2 иглы в КТ 1, 1 игла в КТ 2. Манипуляция «Тяга Ци» по 40–60 секунд на иглу до появления ощущения распирания в переносице или тепла в глубине носа. Ретенция 25 минут. Дополнительно телесные точки LI 4 и LI 20 двусторонне, без стимуляции.

Наблюдение: к 4-му сеансу (через день) заложенность уменьшилась, потребность в каплях — до 1 раза за 2 дня. К 10-му сеансу обоняние частично вернулось, головная боль эпизодическая. Стойкий результат оценивался через месяц: капли не использовались, но при ОРВИ заложенность возвращалась.

Разбор: эффект здесь даёт не «сосудосуживающее действие иглы», а восстановление носового дыхания через снижение отёка слизистой и нормализацию вегетативной регуляции. Поэтому в курс обязательно включают КТ 2 — без работы с лёгочной зоной результат держится недолго.

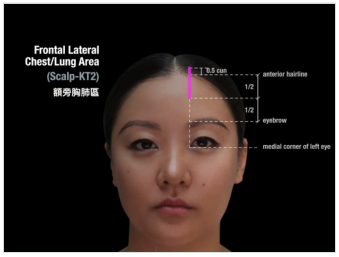
Что насторожило бы: односторонняя заложенность с кровянистыми выделениями, потеря обоняния без насморка, гнойные выделения с температурой — это не показание для скальп-акупунктуры, а повод к ЛОР-осмотру и КТ пазух.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 2

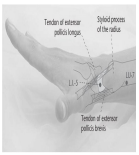
Разбор 2. КТ 2 — лёгочная зона: кашель курильщика

Лёгочная зона · лобный шов

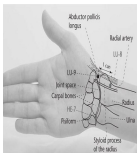


Зона 2 · лобный шов

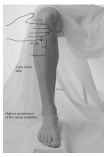
ТОЧКИ ТЕЛА



LU 7
Ле цюэ



LU 9
Тай-юань



ST 36
Цзу сань ли

Жалобы: мужчина 58 лет, стаж курения 35 лет, кашель с мокротой преимущественно утром, одышка при подъёме на 3-й этаж. ХОБЛ вне обострения, базисная ингаляционная терапия.

Осмотр по ТКМ: язык бледно-розовый, налёт белый, плотный в задней трети; пульс слабый, глубокий.

Выбор зоны: КТ 2 (лёгочная) — основная зона при бронхолёгочной патологии. КТ 3 добавляется при сопутствующей тахикардии или чувстве нехватки воздуха в покое.

Протокол: положение лежа на спине, голова по средней линии. 2 иглы в КТ 2 подкожно до периоста. Электростимуляция 2 Гц, непрерывный режим, 20 минут, сила тока — до появления лёгкого сокращения волосистой части (не до боли). Телесные точки LU 7, LU 9, ST 36. Курс 12 сеансов через день.

Наблюдение: к 6-му сеансу утренний кашель стал короче, мокрота легче отходит. Одышка субъективно уменьшилась, но по данным спирометрии прирост был минимальным — в пределах погрешности. Курс повторяли через 3 месяца.

Разбор: при ХОБЛ скальп-акупунктура не восстанавливает бронхиальную проходимость, но облегчает отхождение мокроты и уменьшает ощущение нехватки воздуха. Обещать пациенту прирост ОФВ1 нельзя — это подрывает доверие к методу. Объективный контроль (спирометрия до и после курса) обязателен именно потому, что субъективное улучшение здесь опережает функциональное.

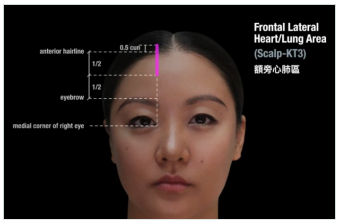
Что насторожило бы: кровохарканье, потеря веса, ночная потливость, кашель более 3 недель с нарастанием — до игл нужны флюорография и консультация пульмонолога.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 3

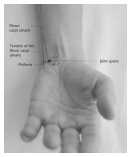
Разбор 3. КТ 3 — сердечно-лёгочная зона: панические атаки с сердцебиением

Сердечно-лёгочная зона · лобный шов

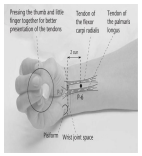


Зона 3 · лобный шов

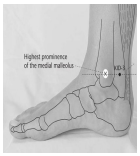
ТОЧКИ ТЕЛА



HT 7
Шэнь-мэнь



PC 6
Нэй гуань



KI 3
Тай си

Жалобы: женщина 27 лет, приступы внезапного сердцебиения с чувством нехватки воздуха, страхом смерти, 3–4 раза в неделю, длительность 10–20 минут. Кардиолог исключил органическую патологию (ЭКГ, ЭхоКГ, холтер — норма). Эпизоды усилились после смены работы.

Осмотр по ТКМ: язык красный, кончик ярче, тонкий налёт; пульс учащённый, «струна» в левой позиции.

Выбор зоны: КТ 3 (сердечно-лёгочная) — при вегетативных кризах и кардионеврозе. КТ 7 добавляется как почечно-эндокринная зона для «питания Инь» и снижения фоновой тревоги.

Протокол: положение лежа на спине. Иглы 30G × 1,5 цуня в КТ 3 и КТ 7, без электростимуляции — только «Тяга Ци» по 1 минуте на иглу. Ретенция 30 минут, в тихой комнате, с закрытыми глазами. Телесные точки HT 7, PC 6, KI 3. Курс 10 сеансов, первые 3 — ежедневно.

Наблюдение: после 3-го сеанса частота приступов снизилась до 1–2 в неделю, длительность сократилась. К концу курса приступы были, но пациентка могла их прервать дыханием. Через 2 месяца без поддерживающих сеансов частота вернулась к 2–3 в неделю — потребовался поддерживающий режим 1 раз в 10 дней.

Разбор: при паническом расстройстве скальп-акупунктура работает как регулятор вегетативного тонуса, а не как «лечение тревоги». Электростимуляцию в этой зоне сознательно не применяют: высокочастотный режим у тревожных пациентов может усилить симпатическую активацию и спровоцировать приступ прямо на сеансе.

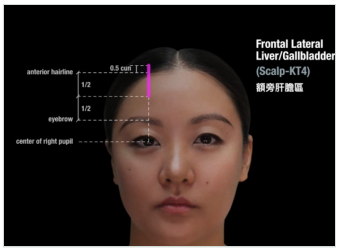
Что насторожило бы: боль за грудиной при нагрузке, обмороки, аритмия, зафиксированная на ЭКГ — сначала кардиолог. Пациентам с психиатрическим диагнозом скальп-акупунктура не заменяет терапию и наблюдение врача.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 4

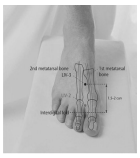
Разбор 4. KT 4 — печёночно-жёлчная зона: дискинезия и головная боль

Печёночно-желчная зона · лобный шов



Зона 4 · лобный шов

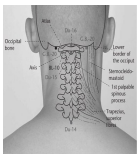
ТОЧКИ ТЕЛА



LR 3
Тай-чун



GB 34
Ян-лин-цюань



GB 20
Фэн-чи

Жалобы: мужчина 45 лет, тяжесть в правом подреберье после жирной еды, горечь во рту утром, головная боль в висках 2–3 раза в неделю. УЗИ: желчный пузырь с перегибом, камней нет, стенка не утолщена.

Осмотр по ТКМ: язык с желтоватым налётом по краям; пульс «струна», особенно справа.

Выбор зоны: KT 4 (печёночно-жёлчная) — при дискинезии желчевыводящих путей и «застое Ци печени». Головная боль в висках в ТКМ относится к каналу желчного пузыря, поэтому одна зона закрывает и диспепсию, и цефалгию.

Протокол: положение лежа на спине. 2 иглы в KT 4 подкожно до периоста, «Тяга Ци» до ощущения распирания. Электростимуляция не применялась. Ретенция 30 минут. Телесные точки LR 3, GB 34, GB 20. Курс 10 сеансов через день, с рекомендацией по питанию.

Наблюдение: к 5-му сеансу горечь утром исчезла, тяжесть уменьшилась. Частота головной боли снизилась с 3 до 1 раза в неделю. После курса пациент соблюдал диету примерно месяц, затем вернулся к прежнему питанию — симптомы частично вернулись, но были слабее исходных.

Разбор: при дискинезии эффект держится на двух опорах — игле и режиме питания. Если пациент не меняет рацион, зона KT 4 работает как «скорая помощь», а не как лечение. Это нужно проговаривать до курса, иначе результат спишут на метод.

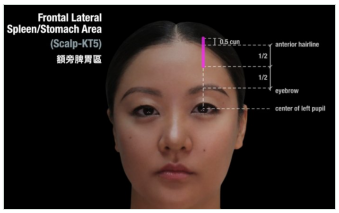
Что насторожило бы: приступы с температурой, желтуха, резкая боль в правом подреберье с иррадиацией в лопатку — острый холецистит, иглы не применяются.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 5

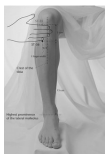
Разбор 5. КТ 5 — селезёночно-желудочная зона: функциональная диспепсия

Селезёночно-желудочная зона · лобный шов

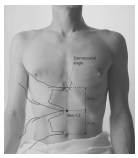


Зона 5 · лобный шов

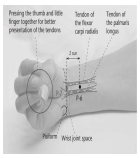
ТОЧКИ ТЕЛА



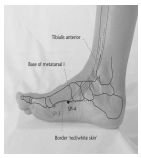
ST 36
Цзу сань ли



CV 12
Чжун вань



PC 6
Нэй гуань



SP 4
Гун сунь

Жалобы: женщина 51 лет, вздутие и тяжесть после еды, раннее насыщение, отрыжка. ФГДС: поверхностный гастрит, H. pylori отрицательный. Питание нерегулярное, много кофе, работа в стрессе.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, увеличен, с отпечатками зубов по краям; пульс слабый, мягкий.

Выбор зоны: КТ 5 (селезёночно-желудочная). В ТКМ картина — «пустота Ци селезёнки» с застоем пищи; зона КТ 5 работает на подъём Ци селезёнки и опускание Ци желудка.

Протокол: положение лежа на спине. 2 иглы в КТ 5, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 25 минут. Телесные точки ST 36, CV 12, PC 6, SP 4. Курс 12 сеансов через день. Отдельно — режим питания: 3 приёма, без кофе натощак.

Наблюдение: к 4-му сеансу вздутие уменьшилось, к 10-му — эпизодическое после погрешностей в еде. Отрыжка сохранялась, но реже. Пациентка отметила, что эффект появился раньше, чем она изменила питание, — это позволило удержать её в курсе.

Разбор: зона КТ 5 часто даёт быстрый субъективный ответ при функциональной диспепсии — быстрее, чем при бронхолёгочных и неврологических состояниях. Причины неясны: возможно, играет роль близость зоны к проекции переднего отдела мозга и вегетативным центрам. Практический вывод: при диспепсии стоит начинать с КТ 5, а не с телесных точек желудка.

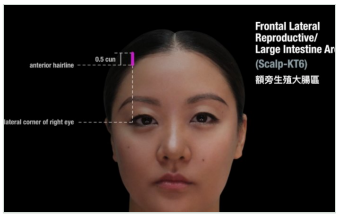
Что насторожило бы: дисфагия, потеря веса, анемия, кровь в стуле, ночная боль — онконастороженность, сначала ФГДС и гастроэнтеролог.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 6

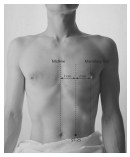
Разбор 6. KT 6 — репродуктивно-толстокишечная зона: хронический запор

Репродуктивная/толстокишечная зона · лобный шов

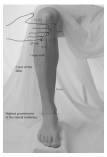


Зона 6 · лобный шов

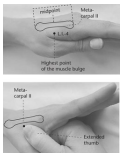
ТОЧКИ ТЕЛА



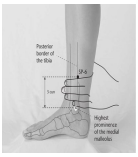
ST 25
Тянь шу



ST 36
Цзу сань ли



LI 4
Хэ-гу



SP 6
Сань инь цзяо

Жалобы: женщина 38 лет, стул 1 раз в 2–3 дня, плотный, с натуживанием, ощущение неполного опорожнения. Слабительные — эпизодически. Синдром раздражённого кишечника с преобладанием запоров, диагноз гастроэнтеролога.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, суховатый; пульс глубокий, слабый. Картина — недостаток жидкости и Ци, замедление проведения.

Выбор зоны: KT 6 (репродуктивно-толстокишечная) — проекция тазовых органов и толстого кишечника. KT 5 добавляется при вздутии, KT 7 — при сопутствующей тревоге, усиливающей симптомы.

Протокол: положение лежа на спине. 2 иглы в KT 6, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки ST 25, ST 36, LI 4, SP 6. Курс 10 сеансов через день.

Наблюдение: к 6-му сеансу стул стал через день, без натуживания. К концу курса — 5–6 раз в неделю. Через полтора месяца без сеансов частота снизилась до 3–4 раз в неделю, что пациентку устраивало.

Разбор: при СРК с запорами зона KT 6 работает не как слабительное, а как регулятор моторики. Поэтому эффект накопительный: первые 3–4 сеанса субъективно «ничего не происходит», и об этом надо предупредить, иначе пациент бросит курс.

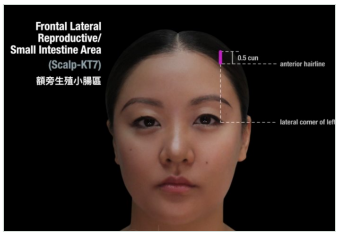
Что насторожило бы: запор с кровью, резкая потеря веса, анемия, начало после 50 лет, семейный анамнез колоректального рака — колоноскопия до начала лечения.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 7

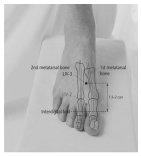
Разбор 7. КТ 7 — репродуктивно-тонкокишечная зона: СРК с диареей

Репродуктивная/тонкокишечная зона · лобный шов

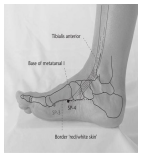


Зона 7 · лобный шов

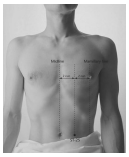
ТОЧКИ ТЕЛА



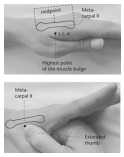
LR 3
Тай-чун



SP 4
Гун сунь



ST 25
Тянь шу



LI 4
Хэ-гу

Жалобы: мужчина 41 года, жидкий стул 3–4 раза в день в период стресса, ургентные позывы, вздутие. Обследован: кальпротектин в норме, колоноскопия без патологии. Симптомы усиливаются перед совещаниями.

Осмотр по ТКМ: язык красный по краям, налёт тонкий жёлтый; пульс «струна» на левой позиции. Картина — «печень атакует селезёнку», застой Ци печени с нарушением транспортировки.

Выбор зоны: КТ 7 (репродуктивно-тонкокишечная) в сочетании с КТ 3 — в ТКМ тонкий кишечник связан с сердцем, а при стресс-зависимых состояниях важна и сердечная зона. Дополнительно КТ 4 как печёночная (источник застоя).

Протокол: положение лежа на спине. Иглы в КТ 7, КТ 3, КТ 4. «Тяга Ци» по 40–60 секунд. Без электростимуляции. Ретенция 30 минут. Телесные точки LR 3, SP 4, ST 25, LI 4. Курс 10 сеансов, первые 4 — ежедневно.

Наблюдение: к 3-му сеансу частота стула снизилась до 2 раз в день. К 10-му — 1–2 раза, ургентность эпизодическая. Ключевым пациент назвал то, что перестал «бояться совещаний»: снизилась тревога ожидания.

Разбор: при стресс-зависимом СРК комбинация КТ 7 + КТ 3 + КТ 4 логичнее, чем изолированная КТ 7. Одна зона закрывает кишечник, вторая — вегетативную составляющую, третья — источник застоя. Именно поэтому в разделе 3.4 указана комбинация, а не монотерапия.

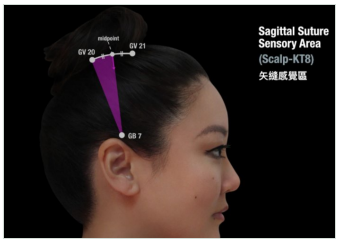
Что насторожило бы: ночная диарея, кровь, потеря веса, лихорадка, начало после антибиотиков (риск C. difficile) — сначала обследование.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 8

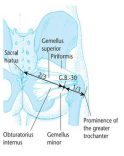
Разбор 8. КТ 8 — зона нижней половины тела: остаточное онемение после инсульта

Сенсорная зона · сагиттальный шов

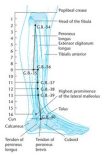


Зона 8 · сагиттальный шов

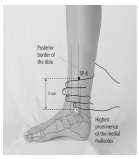
ТОЧКИ ТЕЛА



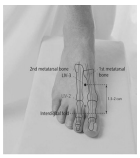
GB 30
Хуань-тяо



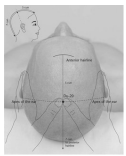
GB 34
Ян-лин-цюань



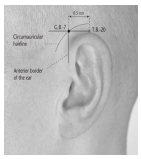
SP 6
Сань инь цзяо



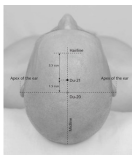
LR 3
Тай-чун



GV 20
Бай-хуэй



GB 7
Цюй бинь



GV 21
Цянь дин

Жалобы: женщина 67 лет, 8 месяцев после ишемического инсульта. Онемение левой ноги и стопы, чувствительность снижена по гемитипу, ходит с тростью. Продолжает реабилитацию.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с тёмными пятнами по краям; пульс напряжённый, слабый.

Выбор зоны: КТ 8 (треугольник GV 20 – GB 7 – GV 21) — представительство нижней половины тела, в первую очередь чувствительные нарушения. КТ 15 добавляется при болях в стопе.

Протокол: 2–3 иглы в КТ 8 подкожно до периоста. Электростимуляция 2 Гц, 20 минут. «Тяга Ци» до ощущения распирания. Ретенция 30 минут. Телесные точки GB 30, GB 34, SP 6, LR 3. Курс 15 сеансов через день.

Наблюдение: к 8-му сеансу площадь онемения уменьшилась — с голени осталось только в области стопы. К 15-му онемение эпизодическое, в виде покалывания. Сила в ноге не изменилась, ходьба с тростью сохранилась.

Разбор: КТ 8 работает по чувствительной составляющей, а не по силе. При постинсультном дефиците двигательный и чувствительный компоненты надо оценивать раздельно — иначе эффект легко переоценить и пообещать пациенту больше, чем происходит.

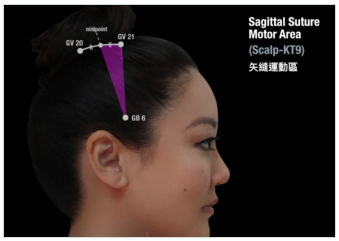
Что насторожило бы: нарастание слабости, асимметрия лица, свежие нарушения речи, эпиприступ — это не «ухудшение на фоне лечения», а новый сосудистый эпизод.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 9

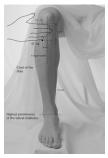
Разбор 9. KT 9 — двигательная зона нижних конечностей: парез ноги после полиомиелита

Моторная зона · сагиттальный шов



Зона 9 · сагиттальный шов

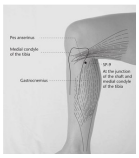
ТОЧКИ ТЕЛА



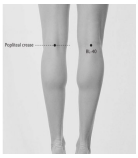
ST 36
Цзу сань ли



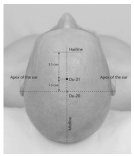
GB 34
Ян-лин-цюань



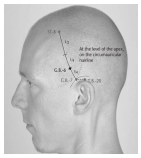
SP 9
Инь лин цюань



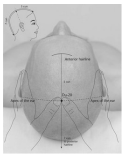
BL 40
Вэй-чжун



GV 21
Цянь дин



GB 6
Сюань ли



GV 20
Бай-хуэй

Жалобы: мужчина 52 лет, последствия полиомиелита, перенесённого в детстве. Слабость правой ноги, атрофия бедра, хромота, быстрая утомляемость при ходьбе.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с тонким налётом; пульс слабый, глубокий. Объективно — атрофия мышц бедра, сила 3 балла по шкале MRC.

Выбор зоны: KT 9 (треугольник GV 21 – GB 6 – середина GV 21–GV 20) — двигательные нарушения нижних конечностей и области ниже пояса. KT 21 добавляется при болях в ноге.

Протокол: 2 иглы в KT 9, электростимуляция 2 Гц, 20 минут, сила тока до лёгкого сокращения мышц. Ретенция 25 минут. Телесные точки ST 36, GB 34, SP 9, BL 40. Курс 12 сеансов.

Наблюдение: субъективно нога стала «легче», утомляемость при ходьбе уменьшилась, пациент увеличил дистанцию прогулки. Объективно сила осталась 3 балла — прироста по MRC не было.

Разбор: при атрофии после полиомиелита погибшие мотонейроны не восстанавливаются. Задача игл — не «нарастить силу», а улучшить управление сохранившимися двигательными единицами и снизить утомляемость. Это нужно проговорить до курса, иначе пациент ждёт невозможного.

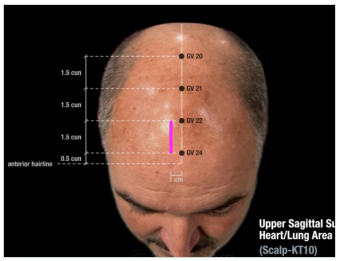
Что насторожило бы: быстрое нарастание пареза, боли по ходу седалищного нерва, отёк ноги — не «усталость», а компрессия или сосудистая патология.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 10

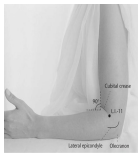
Разбор 10. КТ 10 — сердечно-сосудистая зона: гипертония первой степени

Верхняя сердечно-лёгочная зона · сагиттальный шов

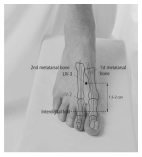


Зона 10 · сагиттальный шов

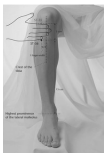
ТОЧКИ ТЕЛА



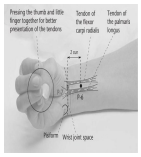
LI 11
Цюй-чи



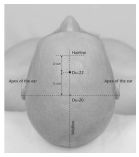
LR 3
Тай-чун



ST 36
Цзу сань ли



PC 6
Нэй гуань



GV 22
Синь хуэй



GV 24
Шэнь тин

Жалобы: женщина 49 лет, год назад АД 150–155/90–95, утренние головные боли в затылке, метеозависимость, тревога. Гипотензивную терапию не начинала — отказ.

Осмотр по ТКМ: язык красный по краям; пульс «струна», напряжённый. Картина — застой Ци печени с подъёмом Ян.

Выбор зоны: КТ 10 (на 1 см латеральнее линии GV 22 – GV 24 справа) — сердечно-сосудистая и грудная клетка. КТ 3 добавляется как сердечная зона.

Протокол: иглы в КТ 10 и КТ 3, «Тяга Ци» 40–60 секунд. Без электростимуляции. Ретенция 30 минут. Телесные точки LI 11, LR 3, ST 36, PC 6. Курс 10 сеансов.

Наблюдение: к 6-му сеансу утренние головные боли стали реже, АД в пределах 135–145/85. Пациентка параллельно начала ходить по 30 минут в день. Через два месяца после курса АД вернулось к 145/90.

Разбор: иглы не заменяют гипотензивную терапию. Реальный вклад метода здесь — вегетативная регуляция и снижение тревоги. При стойкой гипертонии первой степени нужен терапевт и, при необходимости, препараты; обещать «уход от таблеток» нельзя.

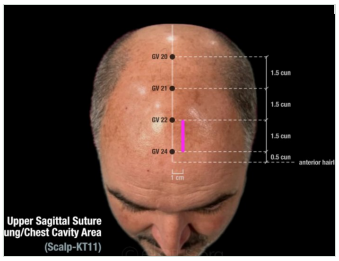
Что насторожило бы: АД выше 180/110, боль в груди, одышка, неврологическая симптоматика — не иглы, а неотложная помощь.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 11

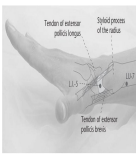
Разбор 11. КТ 11 — лёгочная зона: бронхиальная астма лёгкого течения

Верхняя лёгочная/грудная зона · сагиттальный шов

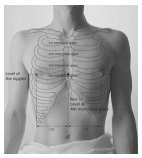


Зона 11 · сагиттальный шов

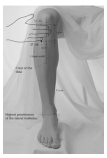
ТОЧКИ ТЕЛА



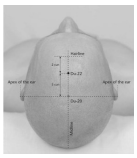
LU 7
Ле цюэ



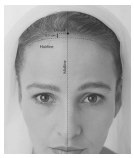
CV 17
Тань чжун



ST 36
Цзу сань ли



GV 22
Синь хуэй



GV 24
Шэнь тин

Жалобы: мужчина 34 лет, атопическая астма с 12 лет. Ночные эпизоды 1–2 раза в месяц, потребность в сальбутамоле 2–3 ингаляции в неделю. Базовая терапия — по требованию.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, налёт тонкий белый; пульс поверхностный.

Выбор зоны: КТ 11 (на 1 см латеральнее линии GV 22 – GV 24 слева) — лёгкие и грудная полость. КТ 2 как дополнительная лёгочная зона.

Протокол: 2 иглы в КТ 11, 1 игла в КТ 2. «Тяга Ци», затем электростимуляция 2 Гц, 15 минут по переносимости. Ретенция 25 минут. Телесные точки LU 7, CV 17, ST 36. Курс 12 сеансов.

Наблюдение: за курс потребность в сальбутамоле снизилась до одной ингаляции в неделю, ночные эпизоды прекратились на два месяца. Прирост ПСВ был минимальным.

Разбор: при астме цель — снизить частоту приступов и потребность в бронхолитике, а не «вылечить». Базовую терапию не отменяют: это решение пульмонолога, а не врача, ставящего иглы.

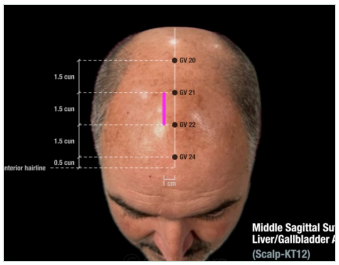
Что насторожило бы: приступ, не купируемый сальбутамолом, ПСВ ниже 60% от лучшего — неотложная помощь.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 12

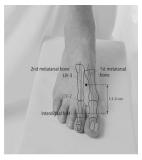
Разбор 12. KT 12 — печёночная зона: неалкогольная жировая болезнь печени

Средняя печёночно-желчная зона · сагиттальный шов



Зона 12 · сагиттальный шов

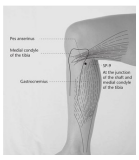
ТОЧКИ ТЕЛА



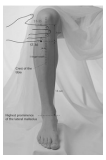
LR 3
Тай-чун



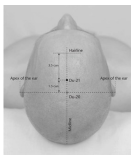
GB 34
Ян-лин-цюань



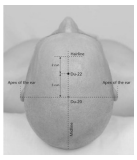
SP 9
Инь лин цюань



ST 36
Цзу сань ли



GV 21
Цянь дин



GV 22
Синь хуэй

Жалобы: мужчина 46 лет, ИМТ 31, тяжесть в правом подреберье, утомляемость. АЛТ 68, АСТ 45, по УЗИ — стеатоз. Алкоголь не употребляет.

Осмотр по ТКМ: язык с желтоватым налётом, тело языка отёчное; пульс «струна».

Выбор зоны: KT 12 (на 1 см латеральнее линии GV 21 – GV 22 справа) — печень и желчный пузырь. KT 4 как дополнительная печёночно-жёлчная.

Протокол: 2 иглы в KT 12, 1 в KT 4, «Тяга Ци» 1 минута на иглу. Ретенция 30 минут. Телесные точки LR 3, GB 34, SP 9, ST 36. Курс 12 сеансов через день, параллельно — питание и ходьба.

Наблюдение: к концу курса утомляемость субъективно меньше, тяжесть эпизодическая. АЛТ снизилась до 52, но пациент за это время потерял 3 кг веса.

Разбор: при стеатозе главный фактор — снижение массы тела. Иглы поддерживают, но приписывать им снижение ферментов нельзя, пока вклад образа жизни не отделён. Честная формулировка: «работает в связке».

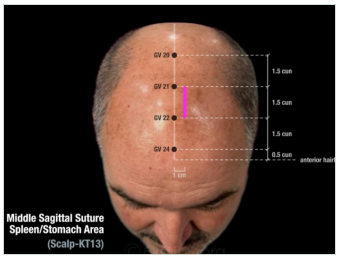
Что насторожило бы: желтуха, тёмная моча, резкий рост ферментов, признаки цирроза — гепатолог.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 13

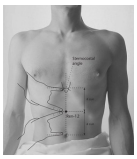
Разбор 13. КТ 13 — селезёночно-желудочная зона: гастрит с астенией

Средняя селезёночно-желудочная зона · сагиттальный шов

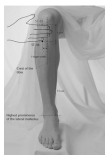


Зона 13 · сагиттальный шов

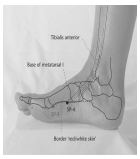
ТОЧКИ ТЕЛА



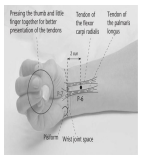
CV 12
Чжун вань



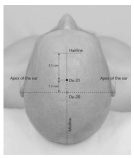
ST 36
Цзу сань ли



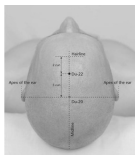
SP 4
Гун сунь



PC 6
Нэй гуань



GV 21
Цянь дин



GV 22
Синь хуэй

Жалобы: женщина 58 лет, хронический гастрит. Тяжесть после еды, снижение аппетита, утомляемость, плохой сон.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, увеличен, с отпечатками зубов; налёт белый; пульс слабый, мягкий. Картина — пустота Ци селезёнки.

Выбор зоны: КТ 13 (на 1 см латеральнее линии GV 21 – GV 22 слева) — селезёнка и желудок. КТ 5 как дополнительная.

Протокол: 2 иглы в КТ 13, 1 в КТ 5. «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 25 минут. Телесные точки CV 12, ST 36, SP 4, PC 6. Курс 12 сеансов.

Наблюдение: к 5-му сеансу аппетит улучшился, тяжесть после еды меньше. К 12-му утомляемость ниже, сон ровнее. Данные ФГДС не менялись — и не должны были.

Разбор: КТ 13 часто даёт быстрый ответ при «пустоте селезёнки» — сочетании диспепсии с астенией. Эффект накопительный и держится на режиме питания; без него возврат симптомов в течение месяца-двух.

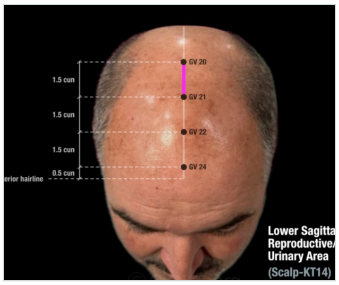
Что насторожило бы: потеря веса, дисфагия, анемия, кровь в стуле — онконастороженность, сначала ФГДС.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 14

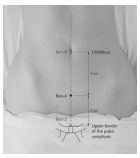
Разбор 14. КТ 14 — репродуктивно-мочевая зона: гиперактивный мочевой пузырь

Нижняя репродуктивно-мочевая зона · сагиттальный шов

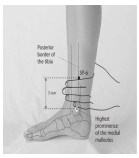


Зона 14 · сагиттальный шов

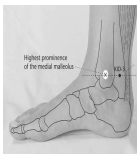
ТОЧКИ ТЕЛА



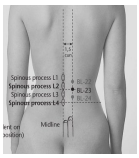
CV 4
Гуань-юань



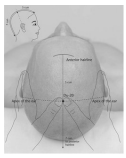
SP 6
Сань инь цзяо



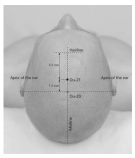
KI 3
Тай си



BL 23
Шэнь-шу



GV 20
Бай-хуэй



GV 21
Цянь дин

Жалобы: женщина 55 лет, мочеиспускание до 12 раз в день, ноктурия 2–3 раза, ургентные позывы. Уролог: гиперактивный мочевой пузырь, инфекция исключена.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, влажный; пульс глубокий, слабый. Картина — недостаток Ци почек, слабость нижнего обогревателя.

Выбор зоны: КТ 14 (по линии GV 20 – GV 21) — репродуктивная и мочевыделительная система, нижний обогреватель. КТ 6 как дополнительная.

Протокол: 2 иглы в КТ 14, 1 в КТ 6. «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки CV 4, SP 6, KI 3, BL 23. Курс 12 сеансов.

Наблюдение: к 8-му сеансу ноктурия 1–2 раза, дневные позывы реже. Через два месяца — частичный возврат, потребовались поддерживающие сеансы раз в две недели.

Разбор: при гиперактивном пузыре эффект умеренный и неполный. Пациента надо предупредить, что иглы не заменяют уролога и поведенческую терапию; параллельно нужны тренировка мочевого пузыря и упражнения для мышц таза.

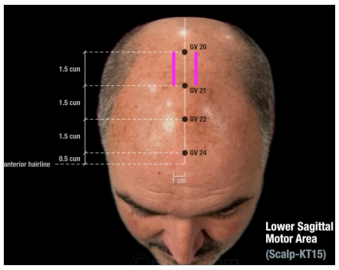
Что насторожило бы: кровь в моче, боль, лихорадка, острая задержка мочеиспускания — уролог срочно.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 15

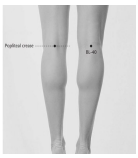
Разбор 15. КТ 15 — зона нижнего обогревателя: боль в пятке при плантарном фасциите

Нижняя моторная зона (билатеральная) · сагиттальный шов

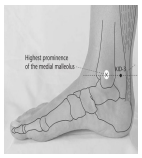


Зона 15 · сагиттальный шов

ТОЧКИ ТЕЛА



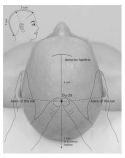
BL 40
Вэй-чжун



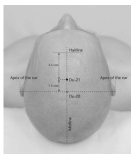
KI 3
Тай си



GB 34
Ян-лин-цюань



GV 20
Бай-хуэй



GV 21
Цянь дин

Жалобы: мужчина 44 лет, боль в пятке при первых шагах утром, 6 месяцев. Работает стоя по 10 часов. Ортопед: плантарный фасциит.

Осмотр по ТКМ: язык бледный; пульс глубокий. Локальная болезненность в области медиального бугра пяточной кости.

Выбор зоны: КТ 15 (билатерально, на 1 см латеральнее линии GV 20 – GV 21) — нижний обогреватель, боли в спине, пятки и стопы.

Протокол: 2 иглы в КТ 15, «Тяга Ци» 40–60 секунд. Ретенция 25 минут. Телесные точки BL 40, BL 57, KI 3, GB 34, плюс локальные аши у пятки. Курс 10 сеансов.

Наблюдение: к 4-му сеансу утренняя боль слабее, к 10-му — эпизодическая. Параллельно пациент начал носить стельки и растягивать фасцию.

Разбор: КТ 15 — редкий пример, когда скальп-зона заявлена для локальной боли дистальной локализации. Но без разгрузки стопы и растяжки результат нестойкий: скальп-игла снимает боль, причину убирает ортопедический режим.

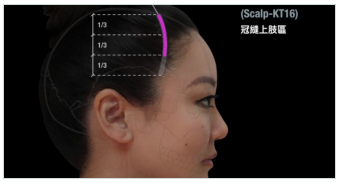
Что насторожило бы: онемение стопы, потеря чувствительности, деформация, травма — нейропатия или механическая причина, нужен ортопед.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 16

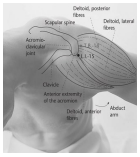
Разбор 16. KT 16 — зона верхней части тела: адгезивный капсулит плеча

Зона верхней конечности · венечный шов

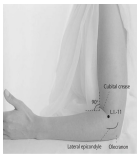


Зона 16 · венечный шов

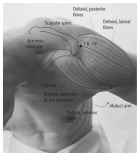
ТОЧКИ ТЕЛА



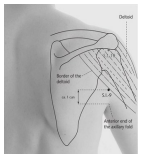
LI 15
Цзянь юй



LI 11
Цюй-чи



TE 14
Цзянь ляо



SI 9
Цзянь чжэнь

Жалобы: женщина 52 лет, боль и ограничение движений в правом плече 7 месяцев. Отведение до 70 градусов, ночная боль. Сахарный диабет 2 типа, компенсирован.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с белым налётом; пульс напряжённый, «струна». Ограничение подвижности по всем осям, болезненность в проекции надостной мышцы.

Выбор зоны: KT 16 (верхние две трети венечного шва) — двигательные и чувствительные нарушения верхней части тела, «замороженное плечо», теннисный локоть, парезы рук.

Протокол: 2 иглы в KT 16 на стороне поражения. Электростимуляция 2 Гц, 20 минут. Ретенция 30 минут. Телесные точки LI 15, LI 11, TE 14, SI 9, плюс аши в дельтовидной области. Курс 10 сеансов, параллельно — лечебная физкультура.

Наблюдение: через 10 сеансов отведение выросло до 110 градусов, ночная боль ушла. Объём движений восстанавливался в основном за счёт упражнений, которые пациентка начала делать ежедневно.

Разбор: при капсулите без движения эффект игл не удерживается. Зона KT 16 даёт обезболивание и «разрешение» на движение, а объём возвращает физкультура. У пациентов с диабетом капсулит течёт дольше, и курс обычно нужен повторный.

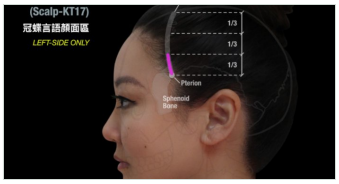
Что насторожило бы: травма, вывих, потеря силы в руке, онемение по ходу нерва — ортопед и невролог.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 17

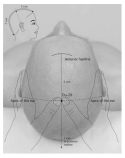
Разбор 17. КТ 17 — зона речи (левая): постинсультная моторная афазия

Рече-лицевая зона (слева) · венечный шов

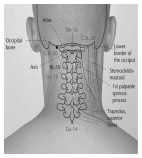


Зона 17 · венечный шов

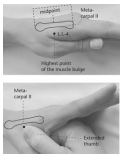
ТОЧКИ ТЕЛА



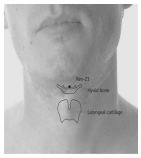
GV 20
Бай-хуэй



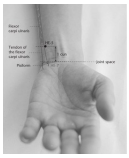
GB 20
Фэн-чи



LI 4
Хэ-гу



CV 23
Лянь цюань



HT 5
Тун ли

Жалобы: мужчина 63 лет, 5 месяцев после ишемического инсульта в левом полушарии. Моторная афазия: понимание сохранно, речь из 2–3 слов, занимается с логопедом дважды в неделю.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с застойными пятнами; пульс напряжённый. Картина — застой крови и Ци в каналах головы.

Выбор зоны: КТ 17 (нижняя треть венечного шва слева, область pterion) — паралич лица, нарушения речи, постинсультная афазия.

Протокол: 2 иглы в КТ 17 слева, «Тяга Ци» 40–60 секунд. Ретенция 30 минут. Телесные точки GV 20, GB 20, LI 4, CV 23, HT 5. Курс 15 сеансов через день, на фоне логопедических занятий.

Наблюдение: к 8-му сеансу расширился бытовой словарь, к 15-му появились фразы из 4–5 слов. Восстановление шло параллельно с логопедией, отделить вклад игл от занятий по этим данным нельзя.

Разбор: КТ 17 не «возвращает речь». Она создаёт условия и, по наблюдениям, ускоряет восстановление при обязательной логопедической работе. Если пациент не занимается с логопедом, оценивать эффект зоны бессмысленно.

Что насторожило бы: свежий неврологический дефицит, эпиприступ, внезапное ухудшение речи — срочно невролог.

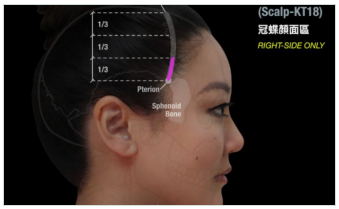
Отдельно: у детей зона КТ 17 используется при расстройствах аутистического спектра, но это другая методика, другие параметры и отдельная подготовка врача.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 18

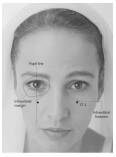
Разбор 18. KT 18 — зона лица (правая): невралгия тройничного нерва

Лицевая зона (справа) · венечный шов

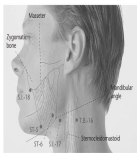


Зона 18 · венечный шов

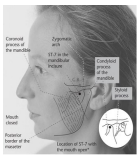
ТОЧКИ ТЕЛА



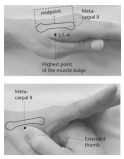
ST 2
Сы бай



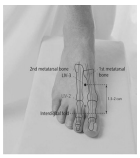
ST 6
Цзя чэ



ST 7
Ся гуань



LI 4
Хэ-гу



LR 3
Тай-чун

Жалобы: женщина 60 лет, приступы жгучей боли в правой половине лица (II–III ветви), длительностью 5–10 секунд, до 20 раз в день. Триггеры — жевание, холод, прикосновение. По МРТ — нейроваскулярный конфликт, наблюдается у нейрохирурга.

Осмотр по ТКМ: язык красный по краям; пульс «струна». Болевые точки в проекции подглазничного и подбородочного нервов.

Выбор зоны: KT 18 (нижняя треть венечного шва справа, pterion) — паралич лица, девиация рта и глаз, невралгия тройничного нерва.

Протокол: 2 иглы в KT 18, «Тяга Ци» 40 секунд, без электростимуляции. Ретенция 30 минут. Телесные точки ST 2, ST 6, ST 7 и LI 4 на здоровой стороне, LR 3. Курс 10 сеансов.

Наблюдение: частота приступов снизилась с 20 до 6–8 в день, интенсивность ниже. Карбамазепин не отменяли, дозу не меняли.

Разбор: при невралгии тройничного нерва иглы — вспомогательный метод. Препарат остаётся основой, отмена и снижение дозы — решение невролога. Электростимуляцию в этой зоне не применяют: она может спровоцировать приступ.

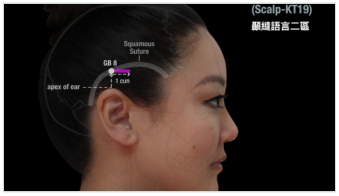
Что насторожило бы: потеря чувствительности роговицы, стойкая боль без светлых промежутков, онемение в зоне иннервации — исключать объёмный процесс и рассеянный склероз.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 19

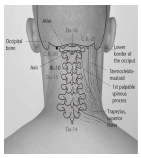
Разбор 19. KT 19 — височная зона: мигрень без ауры

Речевая зона 2 (слева) · чешуйчатый шов

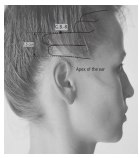


Зона 19 · чешуйчатый шов

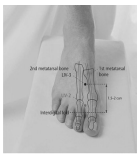
ТОЧКИ ТЕЛА



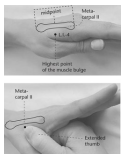
GB 20
Фэн-чи



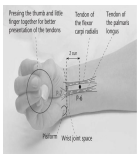
GB 8
Шуай гу



LR 3
Тай-чун



LI 4
Хэ-гу



PC 6
Нэй гуань

Жалобы: женщина 29 лет, мигрень 8 лет, 3–4 приступа в месяц. Пульсирующая боль в правой половине, тошнота, светобоязнь, длительность до 12 часов. Триггеры — недосып и стресс.

Осмотр по ТКМ: язык красноватый по краям; пульс «струна». Картина — подъём Ян печени.

Выбор зоны: KT 19 (горизонтальная зона на 1 цунь кпереди от GB 8 Shuaigu) — мигрень, головокружение, шум в ушах; слева также нарушения речи.

Протокол: 2 иглы в KT 19 на стороне боли, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки GB 20, GB 8, LR 3, LI 4, PC 6. Курс 10 сеансов, плюс отдельный сеанс в начале приступа.

Наблюдение: частота приступов снизилась до 1–2 в месяц, длительность — до 4–6 часов. В двух случаях приступ удалось прервать на ранней стадии.

Разбор: при мигрени нужны обе задачи — профилактика и купирование, и KT 19 работает в обе. Обязателен дневник приступов: без него эффект не отличить от естественных колебаний частоты.

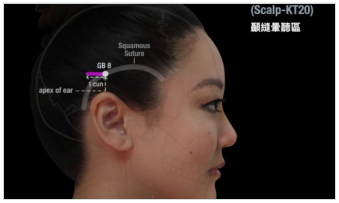
Что насторожило бы: внезапная «громоподобная» головная боль, лихорадка с ригидностью шеи, неврологический дефицит, впервые возникшая мигрень после 50 лет — исключать сосудистую катастрофу.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 20

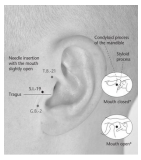
Разбор 20. KT 20 — височная зона: шум в ушах и снижение слуха

Зона головокружения и слуха · чешуйчатый шов

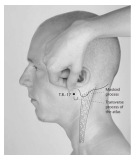


Зона 20 · чешуйчатый шов

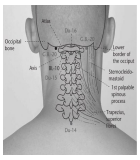
ТОЧКИ ТЕЛА



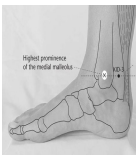
SI 19
Тин гун



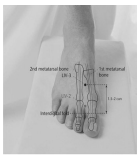
TE 17
И фэн



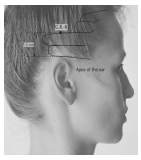
GB 20
Фэн-чи



KI 3
Тай си



LR 3
Тай-чун



GB 8
Шуай гу

Жалобы: мужчина 57 лет, высокочастотный шум в ушах 3 года, двусторонний, мешает засыпать. По аудиометрии — сенсоневральная тугоухость 1–2 степени. Работал в шумном цехе.

Осмотр по ТКМ: язык бледный; пульс глубокий, слабый. Картина — недостаток Ци почек, «пустота» уха.

Выбор зоны: KT 20 (горизонтальная зона на 1 цунь кзади от GB 8) — мигрень, вертиго, шум в ушах, тугоухость.

Протокол: 2 иглы в KT 20, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки SI 19, TE 17, GB 20, KI 3, LR 3. Курс 12 сеансов.

Наблюдение: шум субъективно стал тише, перестал мешать засыпанию. Аудиометрия после курса — без динамики. Через два месяца — небольшой возврат.

Разбор: при сенсоневральной тугоухости слух не восстанавливается. Цель — снизить восприятие шума и улучшить сон. Обещать «вернуть слух» нельзя: это подрывает доверие к методу в целом.

Что насторожило бы: односторонний шум с односторонним снижением слуха (исключать невриному), пульсирующий шум (сосудистая причина) — ЛОР и МРТ.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 21

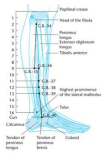
Разбор 21. КТ 21 — зона нижних конечностей: спастичность после инсульта

Зона нижней конечности · лямбдовидный шов

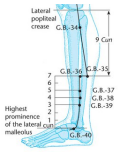


Зона 21 · лямбдовидный шов

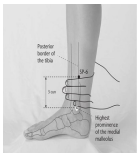
ТОЧКИ ТЕЛА



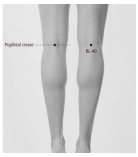
GB 34
Ян-лин-цюань



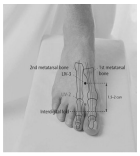
GB 39
Сюань чжун



SP 6
Сань инь цзяо



BL 40
Вэй-чжун



LR 3
Тай-чун

Жалобы: мужчина 70 лет, 1,5 года после ишемического инсульта. Спастичность левой ноги, ходьба «косой», болезненные спазмы по ночам, тонус 3 балла по шкале Ашворта.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с застойными пятнами; пульс напряжённый, слабый.

Выбор зоны: КТ 21 (лямбдовидный шов, область нижних конечностей) — постинсультные параличи, боли в нижних конечностях и спине.

Протокол: 2 иглы в КТ 21. Электростимуляция 2 Гц, 20 минут. Ретенция 30 минут. Телесные точки GB 34, GB 39, SP 6, BL 40, LR 3, плюс ежедневная растяжка и занятия с реабилитологом.

Наблюдение: ночные спазмы стали реже, через 15 сеансов тонус снизился с 3 до 2 баллов по Ашворту. По ходьбе пациент субъективного улучшения не отметил.

Разбор: при спастичности цель — снизить тонус и боль, чтобы заработала реабилитация. Сама по себе игла объём движений не возвращает; без растяжки и ЛФК тонус возвращается в течение нескольких недель.

Что насторожило бы: контрактура, пролежни, односторонний отёк ноги (исключать тромбоз) — не иглы, а врач-реабилитолог и сосудистый хирург.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 22

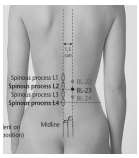
Разбор 22. KT 22 — пояснично-крестцовая зона: люмбоишалгия

Пояснично-крестцовая зона · лямбдовидный шов

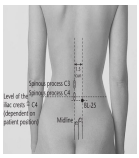


Зона 22 · лямбдовидный шов

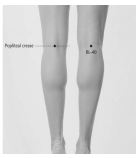
ТОЧКИ ТЕЛА



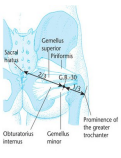
BL 23
Шэнь-шу



BL 25
Да-чан-шу



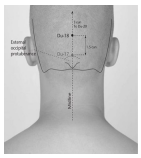
BL 40
Вэй-чжун



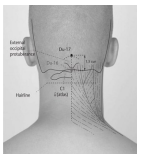
GB 30
Хуань-тяо



GB 34
Ян-лин-цюань



GV 18
Цян цзянь



GV 17
Нао ху

Жалобы: женщина 41 года, боль в пояснице с иррадиацией в левую ногу 2 месяца после подъёма тяжести. По МРТ — протрузия L4–L5 без компрессии корешка.

Осмотр по ТКМ: язык бледный с застойными участками; пульс напряжённый. Болезненность паравертебрально, симптом Ласега умеренно положителен.

Выбор зоны: KT 22 (затылочная пояснично-крестцовая, от GV 18 Qiangjian к GV 17 Naohu) — боли в спине и бедре.

Протокол: 2 иглы в KT 22, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки BL 23, BL 25, BL 40, GB 30, GB 34, плюс локальные аши. Курс 10 сеансов.

Наблюдение: к 5-му сеансу боль в ноге ушла, в пояснице осталась при нагрузке. К 10-му — эпизодическая, пациентка вернулась к работе.

Разбор: при протрузии без компрессии прогноз хороший, но компрессию надо исключить до начала лечения. Практическое удобство KT 22 — не требуется укладка на живот, что важно при выраженном болевом синдроме и у беременных.

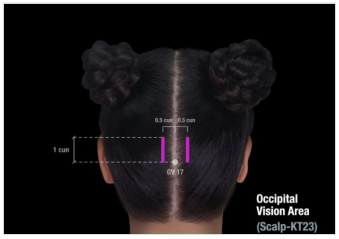
Что насторожило бы: парез стопы, онемение в области седалища, нарушение мочеиспускания или дефекации — синдром конского хвоста, срочная госпитализация.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 23

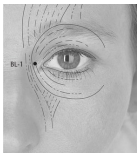
Разбор 23. KT 23 — зрительная зона: зрительное утомление

Зрительная зона · лямбдовидный шов



Зона 23 · лямбдовидный шов

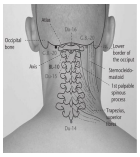
ТОЧКИ ТЕЛА



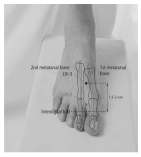
BL 1
Цзин мин



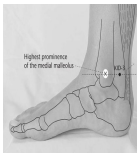
BL 2
Цуань чжу



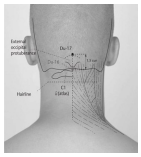
GB 20
Фэн-чи



LR 3
Тай-чун



KI 3
Тай си



GV 17
Нао ху

Жалобы: мужчина 36 лет, работает за экраном по 10 часов. К вечеру жжение и «плёнка» перед глазами, сухость, головная боль в лобной области.

Осмотр по ТКМ: язык слегка красный; пульс напряжённый. Картина — истощение крови печени и подъём Ян.

Выбор зоны: KT 23 (билатерально, примерно 0,5 цуня латеральнее GV 17 Naohu) — глазные заболевания.

Протокол: 2 иглы в KT 23 с обеих сторон, «Тяга Ци» 40–60 секунд. Ретенция 25 минут. Телесные точки BL 1, BL 2, GB 20, LR 3, KI 3. Курс 8 сеансов. Параллельно — увлажняющие капли и перерывы в работе.

Наблюдение: к 4-му сеансу жжение меньше, к 8-му работа за экраном переносится легче. Острота зрения не менялась — и не должна была.

Разбор: при астенопии главное — режим работы и увлажнение. KT 23 помогает субъективно и снижает головную боль напряжения; объективных изменений рефракции ждать нельзя.

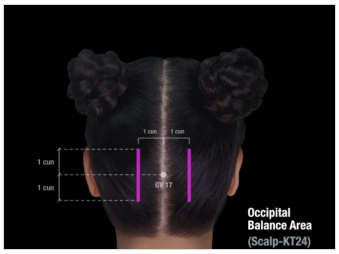
Что насторожило бы: внезапное снижение зрения, «мушки» и вспышки, боль в глазу, радужные круги вокруг источников света — офтальмолог срочно (отслойка сетчатки, острый приступ глаукомы).

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 24

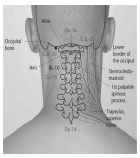
Разбор 24. KT 24 — зона равновесия: атаксия после черепно-мозговой травмы

Зона равновесия · лямбдовидный шов

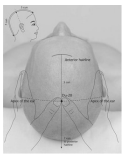


Зона 24 · лямбдовидный шов

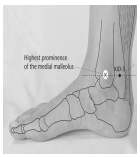
ТОЧКИ ТЕЛА



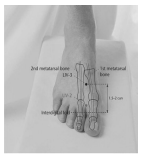
GB 20
Фэн-чи



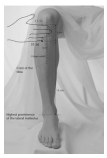
GV 20
Бай-хуэй



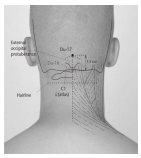
KI 3
Тай си



LR 3
Тай-чун



ST 36
Цзу сань ли



GV 17
Нао ху

Жалобы: мужчина 30 лет, 8 месяцев после черепно-мозговой травмы. Шаткость при ходьбе, усиление в темноте, головокружение при поворотах головы. По МРТ очаговой патологии нет.

Осмотр по ТКМ: язык бледный, слегка отёчный; пульс мягкий. Походка атактическая, проба Ромберга положительна.

Выбор зоны: KT 24 (билатерально, около 1 цуня латеральнее GV 17 Naohu) — поражения мозжечка, атаксическая походка.

Протокол: 2 иглы в KT 24, «Тяга Ци» 1 минута. Ретенция 30 минут. Телесные точки GB 20, GV 20, KI 3, LR 3, ST 36. Курс 15 сеансов, параллельно — вестибулярная реабилитация.

Наблюдение: к 10-му сеансу шаткость уменьшилась, к 15-му ходьба увереннее, в темноте неустойчивость сохраняется.

Разбор: при атаксии эффект медленный и неполный. Обязательны объективные пробы до и после курса — ходьба 10 метров, проба Ромберга, шкала равновесия Berg. Без них «стало легче» невозможно проверить.

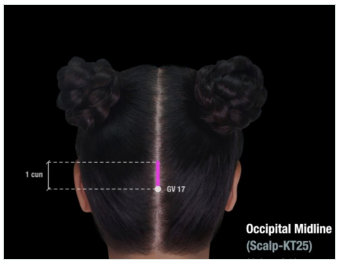
Что насторожило бы: нарастающая атаксия, двоение, дизартрия, головная боль — исключать патологию задней черепной ямки.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.

SCALP-KT 25

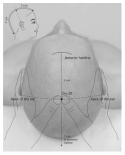
Разбор 25. KT 25 — срединная затылочная зона: неустойчивость у пожилого пациента

Затылочная срединная зона · лямбдовидный шов

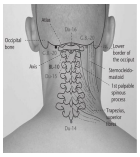


Зона 25 · лямбдовидный шов

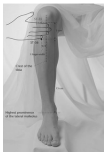
ТОЧКИ ТЕЛА



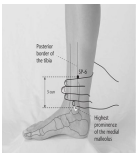
GV 20
Бай-хуэй



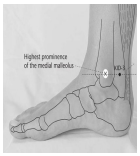
GB 20
Фэн-чи



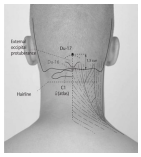
ST 36
Цзу сань ли



SP 6
Сань инь цзяо



KI 3
Тай си



GV 17
Нао ху

Жалобы: женщина 74 лет, эпизоды головокружения при вставании, общая неустойчивость, страх падения. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение исключено, выявлено умеренное снижение АД при ортостатической пробе.

Осмотр по ТКМ: язык бледный; пульс глубокий, слабый. Картина — пустота Ци и крови, недостаток питания мозга.

Выбор зоны: KT 25 (срединная линия от GV 17 Naohu вверх по каналу Du) — нарушения равновесия.

Протокол: 2 иглы в KT 25, «Тяга Ци» 40–60 секунд. Ретенция 25 минут. Телесные точки GV 20, GB 20, ST 36, SP 6, KI 3. Курс 10 сеансов.

Наблюдение: эпизоды стали реже, страх падения меньше. Оценка по шкале равновесия Berg выросла с 44 до 48 баллов. Пациентка начала заниматься тренировкой равновесия дома.

Разбор: у пожилых ключевая задача — профилактика падений, и здесь иглы дают умеренный вклад. Обязательны тренировка равновесия, пересмотр препаратов, влияющих на давление, и коррекция ортостатической гипотензии.

Что насторожило бы: обмороки, падения с травмой, аритмия, приём антикоагулянтов без контроля — кардиолог и невролог, до игл.

Учебная модель: разбор собран по литературным протоколам, это не отчёт о конкретном пациенте.