

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	4
Введение .....	5
<b>Глава 1.</b> Общие аспекты рефлексотерапии .....	13
<b>Глава 2.</b> Локальная стимуляция лекарственными средствами. ....	24
2.1. Технология процедуры .....	24
2.2. Точечное применение препаратов биорегуляционной медицины .....	30
2.3. Использование препарата Алфлутоп <sup>а</sup> .....	44
2.4. Глюкопунктура .....	53
2.5. Пример коррекции вертебросоматических дисфункций. ....	55
2.6. Заключение .....	60
<b>Глава 3.</b> Стимуляция точек рефлексотерапии эфирными маслами .....	63
3.1. Технология процедуры .....	63
3.2. Точечное применение мазей, содержащих пчелиный яд. ....	71
<b>Глава 4.</b> Гирудорефлексотерапия .....	75
<b>Глава 5.</b> Локальная озонотерапия .....	78
5.1. Технология процедуры .....	78
Заключение .....	83
Благодарности .....	84
Список рекомендованной литературы (собственные публикации и авторефераты к диссертациям сотрудников) .....	85
Список использованной литературы .....	89
Приложения .....	93
Приложение 1. Рефераты к патентам на изобретения по теме «Биопунктура при дорсопатиях» .....	93
Приложение 2. Список курируемых диссертаций по общей теме «Биопунктура» .....	99

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Предлагаемая книга является итогом переработки двух предыдущих изданий, выпущенных с незначительным интервалом в 2023 г. Настоящая версия вследствие дополнений и изменений отличается увеличенным объемом и, надеемся, возросшей информативностью. Само руководство посвящено дальнейшему развитию темы локальной, а если точнее, биопунктурной стимуляции при дорсопатиях. Не исключая в связи с этим реплику об однотипности поднимаемых вопросов, заметим: нами развиваются и другие направления, однако данное остается приоритетным. К тому же, согласно пословице, «старая любовь не ржавеет».

Под термином, вынесенным в название книги, подразумевается поверхностное или глубинное раздражение точек рефлексотерапии (иначе — акупунктуры) малыми дозами ряда активных агентов. В качестве таковых выбраны лекарственные средства, озон, эфирные масла и некоторые другие, расцениваемые, учитывая особенности применения, как факторы низкоэнергетического влияния. Целенаправленный интерес к перечисленным средствам обусловлен содержанием государственного научного задания, выполняемого под руководством автора в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2021–2023 гг.

Отличием книги от других собственных работ, детализирующих топографию и предназначение акупунктурных точек, является перенос внимания на способы коррекции. При этом общие сведения о них дополнены результатами исследований, выполненных на основе принципов доказательности, в целом спорных для рефлексотерапии, и рефератами к изобретениям. Исключением являются главы по глюкопунктуре и гирудотерапии, в которых отсутствие практического опыта вынудило ограничиться доступными ссылками по теме или обратиться к разработчикам этих тем. Кроме того, в ряде разделов фактические данные соседствуют с критическими замечаниями по обсуждаемым вопросам, рассчитанными на заинтересованного читателя.

Материал, отчасти справочный, предназначен специалистам, работающим в области рефлекторной терапии, вертебродологии и собственно медицинской реабилитации. Помимо этого, он может быть востребован представителями иных дисциплин, интересующимися техникой биопунктуры или уже использующими ее.

# Глава 1

## Общие аспекты рефлексотерапии

Как было указано ранее, отличием данного руководства от предыдущих книг, детализирующих топографию и предназначение акупунктурных точек, является акцент на самой технике биопунктуры.

Все же в качестве справки отметим, что в 1990-х годах Всемирной организацией здравоохранения было предложено понятие о традиционной медицине, включающей всего три направления:

- фитолечение;
- мануальную терапию;
- акупунктуру.

Базу данной системы в унисон названию составили многовековые традиции целительства тех или иных этносов, заимствованные в дальнейшем другими народами. Это и было учтено в 1991 г. при обозначении профильного учреждения Министерства здравоохранения как Научно-исследовательского института традиционных методов лечения. Соответственно, использование приставки «не-» придает формулировке иной смысл. В те же годы некая дама представлялась в ходе телевизионных передач как профессор нетрадиционной медицины из Института традиционной медицины, не имея отношения ни к нему, ни к научным регалиям.

Полагаю, что следующие строки отчасти отдадут критиканством, обусловленным не столько личностными чертами, сколько неплохим знанием ситуации с ее перегибами. К примеру, в основе сегодняшнего бойкота определения Всемирной организации здравоохранения лежит тезис, искажающий исходный посыл, о чуждости акупунктуры российскому врачеванию. Взамен предложено использование западных (что странно для избранной идеологии) терминов «комплементарная» или «альтернативная» — в виде придатка или, напротив, противовеса классической медицине. В Министерстве здравоохранения и Государственной Думе существуют структуры по этой проблематике, однако движения в сторону ее стабилизации не наблюдается.

При этом независимо от обозначения системы, где одно не лучше другого, гомеопатия и ряд иных методов, не говоря об экстрасенсорике, в ней не представлены. Содержание же бренда «традиционная китайская медицина», по многослойности напоминающего систему кукол-матрешек, прописано нечетко. Вообще-то непонятно, зачем в нашей стране при наличии акупунктуры дополнительно выделять эту позицию, тем более что аналогов (к примеру, традиционной корейской, русской и т.п.) в других культурах нет. И, несмотря на сходное отношение к проблеме доказательной медицины, заметим, что убедительных данных о механизмах и результативности сочетанного применения иглоукалывания и китайских травяных сборов нами не обнаружено. Тем не менее в Национальном медицинском исследовательском центре реабилитации и курортологии «на бумаге» существовал российско-китайский центр, возглавляемый мною. Тогда противоположная сторона выдвигала невыполнимые по сути требования аккредитации специалистов и регистрации препаратов традиционной китайской медицины. Анонсированное при этом в печати открытие соответствующей магистратуры уже в другом учреждении — Сеченовском Университете — не состоялось. В принципе, это дубль. В 1997 г. существовала вероятность введения вместо «рефлексотерапии» аморфной специальности «традиционная медицина», которая не была реализована.

Также отмечены попытки рассмотрения указанных методов в рамках превентивной медицины — давней идеологии, но оснащенной иной атрибутикой и в результате перекликающейся с сектантством или близко к этому. По крайней мере такое впечатление оставляют некоторые ее представители за счет налета фанатизма. В целом, невзирая на приведенные и другие факты, включая реплику основателя профильной ассоциации А.Т. Качана: «Хоть горшком назови...», определение «традиционная медицина» (без замаха на специальность) представляется наиболее взвешенным.

Что касается иглоукалывания, насчитывающего двухтысячелетнюю историю, то оно широко распространилось за пределы географического зарождения — Китая, хотя на первенство здесь претендуют и другие регионы, включая Египет. Тем не менее общепризнанным является его китайский символ «чжень-цзю» (в переводе «иглоукалывание и прижигание»), подтверждающий тем самым приоритет сочетанности воздействия.

В ходе последующей инвазии метода в европейские страны термин трансформировался в латинский слепок «акупунктура», а затем в «рефлексотерапию» — официальное обозначение технологии в России. Тогда иные трактовки в виде «иглотерапии» и тем более «иглорефлексотерапии» непригодны для документального использования. Эти термины и им подобные, нередко указанные на табличках процедурных кабин-

тов, предназначены скорее для разъяснения пациентам. Апеллируя уже к медикам — современный акупунктурный арсенал одними иглами не исчерпывается. В этой связи, не претендуя на сравнение нашей специальности с такой глыбой, как хирургия, последнюю все же не обозначают как «скальпель-хирургия».

При этом рефлексотерапия, активно развивающаяся в стране с середины прошлого века и включенная в 1997 г. в перечень медицинских дисциплин, сохраняет позиции и по сей день, хотя и более скромные. Обучение предмету, помимо клинической ординатуры, проходит в формате углубленной подготовки представителей более 30 базовых дисциплин — от анестезиологии до эндокринологии. Следует отметить непонятное удаление из списка дерматовенерологии согласно приказу Минздрава России № 707н от 08.10.15.

Назвать при этом реальное количество подготовленных и работающих кадров в связи с отсутствием контролирующего органа затруднительно. Если исходить из учебных архивов, то эта цифра за 70-летнюю историю направления может достигать 40 тыс. и более за вычетом естественных потерь. Кроме того, и сами подсчеты будут, скорее всего, неверны за счет применения рефлексотерапии врачами преимущественно в рамках основной специальности, то есть в виде метода.

Можно было бы ориентироваться на Профессиональную ассоциацию, насчитывающую без малого 3000 членов и около 1000 человек только в Москве. Однако и тут есть нюансы: в соответствии с уставом зарегистрированные лица не обязаны иметь медицинское образование, поддерживая направление по внутреннему позыву.

Именно в этой связи казалось, что дискредитация метода посредством экспресс-обучения всех и вся, свойственного 1990-м годам, осталась в прошлом. Однако это не так. В качестве подтверждения сошлемся на рекламу некоего образовательного центра с призывом стать «профспециалистом» в результате «краткосрочного 16-часового профессионального обучения иглоукалыванию с нуля» и «заработком от 100 000 рублей в месяц».

Правда, здесь возникает вопрос и о типологии лиц, желающих обучиться подобным образом. Может, проводимая параллель натянута, но странностями, мягко говоря, отличаются и возрастные слушатели, получающие второе образование по специальности «Психология». Подобное ощущение возникало на занятиях по основам неврологии, проводимых в Институте психоанализа: обучение протекало так плохо, как только возможно. Дополнительно в виде бытовой зарисовки — автомобиль с надписью «Психологическая помощь SvetlanaHelp», упорно идущий в крайнем левом ряду со скоростью 40 км/ч и дистанцией без малого 100 м. Резюмируя, в указанном пособии наверняка нуждается и сам водитель.

В этих случаях на память приходит высказывание выдающегося грузинского прозаика Ч. Амирэджиби о некоей категории граждан, чей «умственный диапазон втиснут в узкое пространство между наивностью и глупостью». И в шутку, другой грузинский, но уже политический деятель отнес бы их к зыбкой прослойке между «левыми уклонистами» и «правыми оппортунистами».

В отношении иного вопроса — определений — согласимся, что обозначение «рефлексотерапия» (лечение путем задействования рефлексов) вряд ли можно считать удачным, равно как и многие определения в этой области. Тем не менее критикам, связывающим его с наследием «ошибочного учения» И.П. Павлова, надо знать, что термин вообще-то предложен не отечественными, а французскими специалистами как символ развития и отрыва от архаичных воззрений.

Отсюда и собственная трактовка направления как оригинальной лечебно-профилактической системы, обеспечивающей поддержку гомеостаза и коррекцию патологических состояний путем стимуляции взаимосвязанных рефлексогенных локусов различными по природе факторами, что указано в «Руководстве по рефлексотерапии» (2001).

Понятно, указанная формулировка отличается упрощенностью в духе выдвинутого в 1980-е годы В.С. Улащиком термина «пунктурная физиотерапия», который мелькает в литературе до сих пор. Однако обычному врачу в силу подготовки и сложившегося менталитета сложно до конца проникнуться восточными постулатами, вбираемыми, образно говоря, с молоком матери. Причем нередко к этим знаниям тяготеют лица, не имеющие отношения к медицине или далекие по роду деятельности от практики.

Все же, согласно каноническим представлениям, поверхность тела человека, как и любого другого высокоорганизованного существа, покрыта строго ориентированными линиями — каналами, или меридианами. Ход некоторых из них, охватывающих фронтальную и сагиттальную плоскости, представлен на **рис. 1.1** (см. цв. вклейку).

При обсуждении этого вопроса не обойтись без ссылки на систему «инь-ян» — двух взаимосвязанных противоположных начал в любых природных явлениях. Их равновесие, отраженное в знаке монады, обеспечивается не только противоборством, но и взаимоперерождением, что шире близкого в целом закона единства и борьбы противоположностей. Причем здесь прослеживаются элементы полового шовинизма: ян расцениваются как активное, сильное, мужское и светлое начало, инь — пассивное, слабое, женское и темное начало.

Неотъемлемой частью теории считают представления о главных 10 органах инь и ян. Первая группа включает сердце, легкие, селезенку, почки

и печень, вторая — толстую кишку, желудок, тонкую кишку, желчный пузырь и мочевой пузырь. Остальные структуры, включая мозг, обозначают как добавочные.

Каналы как раз расценивают кожным представительство главных органов и также подразделяют на янские и иньские. Кроме того, в двух случаях они служат отражением некой обобщающей функции. Суммируя, всего насчитывают 12 парных каналов, расположенных по обеим сторонам тела, и 2 непарных — переднесрединный и заднесрединный (**табл. 1.1**), вместе образующих меридиональную систему.

**Таблица 1.1.** Перечень акупунктурных каналов

№	Канал (меридиан)	Обозначение, от фр.
1	Легких	P
2	Толстого кишечника	GI
3	Желудка	E
4	Селезенки–поджелудочной железы	RP
5	Сердца	C
6	Тонкого кишечника	IG
7	Мочевого пузыря	V
8	Почек	R
9	Перикарда	MC
10	Трех обогревателей	TR
11	Желчного пузыря	VB
12	Печени	F
13	Управляющий сосуд (заднесрединный)	T
14	Сосуд зачатия (переднесрединный)	J

В 2000-х годах Всемирная организация здравоохранения предложила кодирование каналов начальными буквами их английского названия. Подлаживаясь под этот рекомендательный по сути призыв, редакция уже неработающего профильного журнала настаивала на его неукоснительном соблюдении. Тем не менее на практике широко используют и французскую транскрипцию, бывшую к тому же в обиходе длительное время. К примеру, исходя из звучания слова «легкие» как «roignons», символом первого меридиана является заглавная латинская P, а двенадцатого, печени (от фр. Foie) — F.

В свою очередь, каждый из каналов отличается неизменным числом включенных в него микрозон — точек рефлексотерапии, топографически выверенных и соотносимых с анатомическими ориентирами. Наряду с ними выделяют и особые, расположенные вне меридианов локусы, а также выявляемые с известной частотой «новые» точки, не указанные ранее.

И как бы ни было интригующе, оставим за скобками публикации вьетнамских авторов (Нго Суан Бинь, 2016), сводящих, по сути, на нет все сказанное. Речь идет о «геометрическом» варианте акупунктуры, предполагающем видоизменение хода каналов в зависимости от развития патологии и перемещение содержащихся в них точек. Последнее, если на самом деле соответствует действительности (вопрос без ответа), могло бы стать объяснением бесконечного обнаружения «новых» точек.

Однако вернемся к каноническим представлениям и, в частности, пульсации внутри меридиональной системы жизнеопределяющей субстанции — энергии. Обозначаемую как «ци» или «чи» (с учетом разночтения в переводах), ее рассматривают как основу активности биологических систем, внешне проявляющуюся у человека в виде движения крови. Именно с нарушением циркуляции энергии и возникающим препятствием связывают развитие патологии. В таком случае воздействие на одну или несколько акупунктурных точек вблизи проблемного участка восстанавливает энергетический поток, снижая выраженность болезненных проявлений.

Длительно практикующие рефлексотерапевты принимают, как правило, на веру положение об энергии вплоть до ощущения переноса дискомфорта от нездорового человека. В этом плане кульминационным было заверение нашей сотрудницы, что ее собственный ребенок в ходе общения с ней воспроизводит жалобы пролеченных ею накануне пациентов.

При этом, несмотря на разнообразие применяемых в акупунктуре методов, основным инструментом все же выступают цельнометаллические иглы, изображение которых представлено на **рис. 1.2** (см. цв. вклейку).

Данный предмет состоит из рукоятки и пулевидным образом заточенного рабочего стержня, выполненных в идеале из различных металлов. В этом контексте ранее упомянутый термин «чжень» (часть китайского определения предмета) дословно означает «укол золотой иглой». Однако здесь подразумевается не столько качество используемого материала (стали, сплавов золота, серебра и др.), сколько филигранность самой техники. При этом длина игл варьирует от миллиметров до 10 см и более, обеспечивая в последнем случае прямую стимуляцию заинтересованного органа.

Манипуляции в виде внедрения в ткани, дополнительных приемов в ходе процедуры и, наконец, извлечения их подробно описаны в специальных пособиях. Процедура до известной степени безопасна, хотя и отличается болезненностью, степень которой во многом сопряжена с инди-

видуальным реагированием. В этом плане сведения об обмороках в ответ на иглоукалывание у отдельной категории лиц, причем преимущественно мужчин, подтверждаются крайне редко.

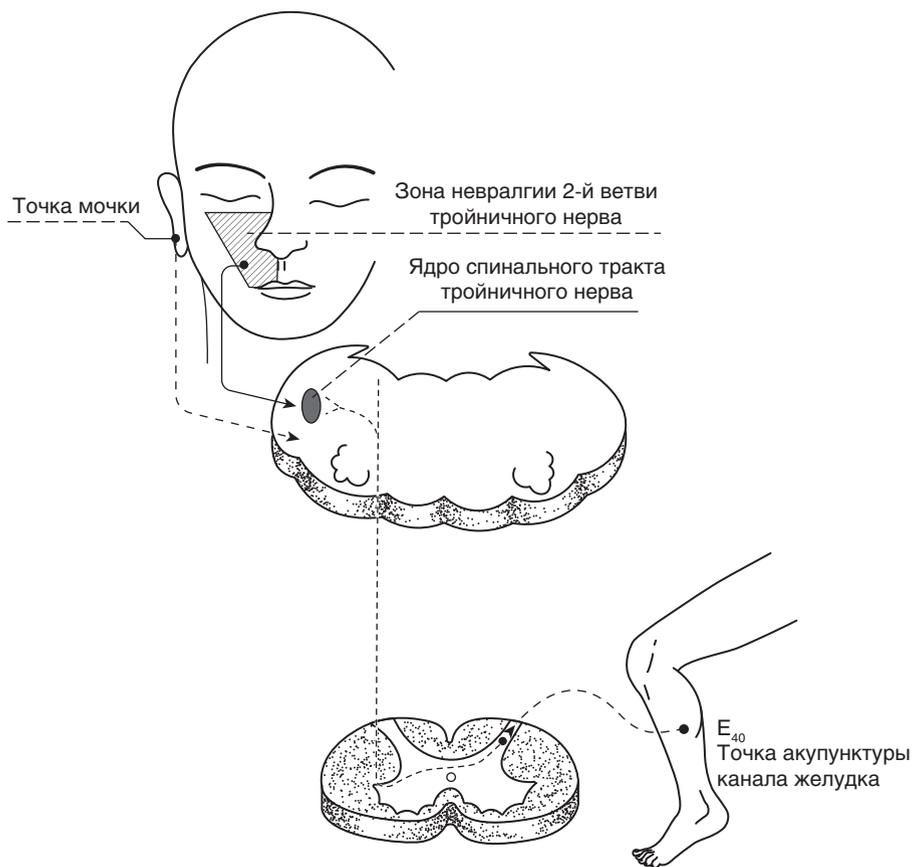
Тем не менее в ходе выполнения метода не исключены осложнения, вплоть до действительно редких случаев рефлекторно обусловленного пневмоторакса или сосудистой катастрофы. Также возможны некоторые проблемы технического характера. Одной из подобных является перелом иглы в месте сочленения рукоятки и рабочей части, сопровождающийся погружением обломка внутрь мышечного слоя (встречающиеся при этом литературные ссылки на купирование в подобных случаях стойкого болевого синдрома, равно как и восточную технику «вколачивания расширителей» между остистыми отростками позвонков, в расчет брать точно не стоит). Возможно, с переходом к использованию одноразовых игл этот вопрос теряет былую актуальность. И все же профилактика инцидента сводится к контролю над состоянием инструментария, а предлагаемый способ извлечения фрагмента с помощью магнита мало осуществим. В таком случае выход из ситуации — применение хирургического вмешательства.

Что касается трактовки места рефлексотерапии в системе медицинских мероприятий, то она противоречива, вплоть до рассмотрения ее вариантом психотерапии. Не спорим, технология окрашена подобным флером и, скорее всего, в большей степени, чем другие виды физического воздействия. Этому способствует также и театрализация действий в ходе процедуры, свойственная отдельным специалистам. Однако налицо и механическое влияние, к примеру, прямой контакт иглы со зрительным нервом или глубокое погружение ее в ягодицу. Соответственно, способ зарекомендовал себя в лечении и реабилитации пациентов не только с функциональными нарушениями, но и органическим субстратом заболевания.

В этом уже нейрофизиологическом аспекте указывается на функциональное сходство точек рефлексотерапии и зон Захарьина–Геда, объясняемое единством висцерокутанных и висцеросоматических связей. Необходимо отметить, что точки до настоящего времени гистологически не идентифицированы, а отличия их предполагаемого залегания сводятся к количественным, но не к качественным характеристикам. В частности, выявляют истончение эпидермиса, скопление тучных клеток, обилие и разветвленность вегетативных терминалей, а также снижение электрокожного потенциала в проекции точки. В свою очередь, меридианы с учетом общности эктодермального происхождения кожи и нервной системы трактуют как линии слияния зародышевых листков, отводя им роль проводников к нервным образованиям и внутренним органам (Вогралик В.Г., 1961).

Для объяснения наблюдаемых в ходе рефлексотерапии эффектов привлечена серия гипотез, включая вегетативно-рефлекторную теорию А.Е. Щербака. Данная система, разработанная еще в 30-е годы прошлого столетия применительно к физиотерапии, приложима к любому виду рефлекторной стимуляции. Исходя из этого, в ответ на действие акупунктурной иглы последовательно реализуются местный, сегментарный и общий (генерализованный) ответы.

Задействованные в этом процессе структуры на примере реакций, обеспечивающих купирование тригеминальной боли, отражены на **рис. 1.3.**



**Рис. 1.3.** Схематичное обозначение эффектов акупунктуры при невралгии тройничного нерва

Местное звено проявляется аксон-рефлексом, оформленным в том числе развернутой периваскулярной реакцией. Причем за счет более низкого порога возбудимости первыми на раздражение реагируют болевые, а затем вегетативные рецепторы с передачей сигнала к спинному мозгу. Вовлечение структур последнего определяет стимуляцию различных структур (мышечных волокон, сосудов, внутренних органов), объясняемую феноменом метамерии.

Дальнейшее распространение импульсов по восходящим нервным путям сопровождается активацией подкорковых образований и собственно коры головного мозга. Наблюдаемый в итоге запуск нейрогуморальных и иммунных реакций обеспечивает реализацию генерализованного защитно-приспособительного (компенсаторного) ответа.

В механизмах действия собственно биопунктуры выделяют несколько звеньев, в принципе характерных для любого вида медицинских блокад. В частности, учитывают пролонгирование рефлекторного ответа вследствие изменения объема тканей в зоне стимуляции. Примечательно, что этот фактор на начальном этапе может даже затушевывать влияние активного агента. Тем не менее формирование множественных депо последнего (в основном лекарственного средства) способствует усилению его действия. И, наконец, отдельные феномены, выходящие за рамки предполагаемой эффективности метода, могут указывать на взаимодействие стимула и акупунктурной точки.

В свою очередь, это открывает простор для разнообразных гипотез — от научных до откровенно спекулятивных. К последним, наверное, следует отнести сведения о полном восстановлении пораженных межпозвонковых дисков в результате нескольких курсов фармакопунктуры ампулированными гомеопатическими средствами.

Показания к применению способа, как и к рефлексотерапии в целом, охватывают практически весь перечень современной Международной классификации болезней с дополнительным указанием о возможности целенаправленного влияния на органы-мишени.

В качестве обратной стороны вопроса — противопоказания к биопунктуре — острые инфекционные и лихорадочные состояния, органная декомпенсация и тканевые новообразования любой природы. Причем в последнем случае возникает противоречие между множеством сообщений о регрессе доброкачественных опухолей в ответ на рефлексотерапию, с одной стороны, и действующими нормативами — с другой.

Похоже, что существующие положения должны быть пересмотрены, тем более что изменения, причем не столь значимые, были внесены в список более 15 лет назад. Речь идет о ранее упомянутом

приказе Минздравсоцразвития России № 266 от 13.04.2007, сопряженном с Методическими рекомендациями по применению метода<sup>1</sup>.

Кроме того, среди специфических причин, препятствующих биопунктуре, следует выделить кожные изменения в зонах предполагаемого раздражения или патологическое реагирование на отдельные лекарственные средства.

В методическом плане, несмотря на выполнение локальной стимуляции различными по природе факторами, придерживаются единообразия, включая подбор точек. При этом между схемами, опирающимися на традиционные или нейрометамерные представления, внешних противоречий нет. В частности, восточные рекомендации по воздействию на точки меридиана мочевого пузыря (**рис. 1.4**, см. цв. вклейку) с целью купирования поясничной боли совпадают с выбором этих же локусов, но уже в качестве проекции седалищного нерва.

В последнем случае «рецептура» (профессиональный сленг) представлена сегментарными точками по срединной и боковым линиям спины, дополненными пунктами в области конечностей. В этом контексте также приветствуется стимуляция отдаленных точек сосудистого влияния.

Детализируя, в случае пояснично-крестцового уровня процесса раздражают сегментарные точки  $T_{3-5}$ ,  $V_{23-28}$ ,  $V_{31-34}$  (здесь и далее — французская транскрипция). Дистальные точки, чаще совпадающие с алгическими или триггерными, выбирают преимущественно на стороне боли, до 2/3 от общего количества. Приоритет в этом случае отдается локусам по задней и заднебоковой поверхностям ног, то есть по ходу меридианов мочевого пузыря ( $V_{40}$ ,  $V_{54-62}$ ...) и желчного пузыря ( $VB_{30}$ ,  $VB_{34}$ ,  $VB_{39}$ ...). С целью купирования невровазкулярных реакций стимулируют точки, соответствующие проекции симпатической нервной цепочки по 1-й боковой линии спины, и «сосудистые» ( $F_{2,3}$ ) пункты.

Здесь, как и при классическом иглоукальвании, рекомендовано чередование точек в ходе процедур с целью предупреждения их «привыкания» — адаптации к подаваемым сигналам.

При этом подходы к коррекции рефлекторных и корешковых вертеброгенных синдромов кардинально не различаются. Правда, выбор точек при рефлекторных проявлениях в первую очередь определяется локализацией боли и дистрофических очагов, а также уровнем и выраженностью сосудистых реакций. В случае же радикулопатий целесообразна стимуляция

---

<sup>1</sup> Мейзеров Е.Е., Шаткина Г.В. Применение рефлексотерапии в медицинской практике: справочное пособие для врачей. М.: Фастинфосервис, 2008. 64 с. Код документа в Национальной электронной библиотеке: 000199\_000009\_003502419. Каталог: Универсальная коллекция. Язык: русский. Библиотека: Российская государственная библиотека.

пунктов, расположенных в зоне иннервации пораженного корешка спинномозгового нерва.

С другой стороны, количество рекомендуемых процедур все же разнится в зависимости от типа и, соответственно, интенсивности используемого фактора. В частности, в процессе лекарственной стимуляции, чему посвящена следующая глава, придерживаются стандарта дозирования лекарственных средств. Так, в случае фармакопунктуры гомеопатическими средствами (например, назначение препарата Дискус композитум<sup>а</sup> при дорсопатиях) лечебный курс состоит из 10 инъекций, выполняемых через день, с дробным использованием одной ампулы лекарственного средства на процедуру.

В данной главе, впрочем, как и в последующих, сведения об особенностях обсуждаемой технологии дополнены результатами собственных исследований, включая подконтрольные диссертационные работы, а также рефератами патентов к изобретениям.

В этой связи подчеркнем: сходство цели и основных задач, дизайна и методических приемов в представленных работах объяснимо и, на наш взгляд, оправданно. В первую очередь это определяется общей идеологией исследований, выполняемых к тому же в одном структурном подразделении и при едином научном руководстве.

Кроме того, подобный подход способен в перспективе облегчить сопоставление полученных в различных исследованиях результатов, чего в принципе и не проводилось.