

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА

СООБЩЕНИЕ II. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

М.Ю. Готовский, Л.Б. Косарева

Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва)

Electropuncture diagnostics

Publication 2. The main characteristics and features of most commonly used methods of electropuncture diagnostics

M.Yu. Gotovskiy, L.B. Kosareva

Center of intellectual medical systems «IMEDIS» (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

В статье приведены основные сведения и диагностические возможности наиболее распространенных в настоящее время методов электропунктурной диагностики: электро(аку)пунктурная диагностика по R. Voll, метод «риодораку» по J. Nakatani, термпунктурная диагностика по K. Akabane, стандартный вегетативный тест А.И. Нечушкина, аурикулярная диагностика по P. Nogier, биоэлектронная функциональная диагностика по H. Pflaum и вегетативный резонансный тест по H. Schimmel.

Ключевые слова: электропунктурная диагностика, методы диагностики, диагностическая аппаратура.

RESUME

Basic information and main diagnostic capabilities of most widely used methods of electropuncture diagnostic are given: electropuncture diagnostic according to R. Voll, method ryodora-ku by J. Nakatani, termopuncture diagnostic by K. Akabane, standard vegetative test by A.I. Nechishkin, auricular diagnostic by P. Nogier, bioelectronic functional diagnostic by H. Pflaum and vegetative resonance test by H. Schimmel.

Keywords: electropuncture diagnostic, diagnostic methods, diagnostic equipment.

ЭЛЕКТРО(АКУ)ПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПО R. VOLL

В Российской Федерации, СНГ и в большинстве европейских стран наибольшее распространение и признание получил метод электро(аку)пунктурной диагностики, который был разработан немецким врачом Reinholdt Voll [1]. Сложившуюся ситуацию можно объяснить тем, что метод R. Voll открывает перед врачом значительно большие возможности в диагностике и позволяет подобрать оптимальное для конкретного пациента лечение.

В основе электро(аку)пунктурной диагностики по методу R. Voll лежит экспериментально доказанный постулат о том, что по электрическим параметрам (ЭП) определенных, или биологически активных точек (БАТ), кожи представляется возможным провести оценку состояния не только какой-либо функциональной системы организма человека, но

и отдельного органа. В методе R. Voll описано более 1193 используемых в диагностике БАТ кожи, поиск которых производится исключительно по анатомическим ориентирам [2]. По результатам анализа полученных в процессе измерений по ЭП БАТ кожи показателей представляется возможным сформулировать предварительный диагноз и определить, какие функциональные системы или органы вовлечены в патологический процесс.

Свои идеи и методы R. Voll реализовал в диагностическом аппарате, который первоначально назывался «Electropuncter», но впоследствии был, по ряду причин, переименован в «KuF-Universaldiaterapuncter», схема и технические характеристики которого были опубликованы в 1963 г. Оптимальным при измерениях является использование постоянного электрического тока при напряжении около 1,5–2 В и силой тока при замкнутых

электродах (активном и пассивном) до 12–15 мкА [3]. Выбранные оптимальные величины тестирующего тока позволили R. Voll разработать приемлемую в практическом отношении шкалу для диагностической интерпретации получаемых в процессе измерений величин электрического сопротивления точек кожи. Нормированная шкала для всех значений ЭП БАТ была также одинаковой и для всех пациентов и, кроме того, в нее укладывались все измеренные величины, что значительно облегчало диагностическую интерпретацию результатов измерений. При замкнутых электродах шкала величин электрического сопротивления имеет линейный характер и соответствует 100 условным единицам по R. Voll. Считается, что если величина ЭП точек по этой шкале R. Voll составляет 50–65 условных единиц без «падения стрелки», то это является нормальным показателем. Повышение этих величин более 65 свидетельствует о гиперфункциональных нарушениях, тогда как снижение ниже 50 указывает на наличие в органах дегенеративных (гипофункциональных) изменений.

В методе R. Voll для получения повторяемых и достоверных показателей сила надавливания активного (измерительного) электрода на кожу строго регламентируется, также как и угол его наклона во время регистрации показаний. Помимо этого, поскольку диагностика по методу R. Voll проводится не по относительным, а по абсолютным значениям показаний, конструктивное исполнение, размеры электродов, материал и технология проведения измерений должны строго соблюдаться и быть идентичными.

Открытие в 1954 г. R. Voll феномена электро(аку)пунктурного тестирования медикаментов дополнило этот метод еще более информативным и принципиально новым подходом к индивидуальному подбору лекарственных средств, определению их оптимальной дозировки и совместимости как между собой, так и с организмом пациента. В ходе совместных исследований R. Voll и M. Glaser-Türk было случайно замечено, что поднесение к БАТ медикамента или помещение его в руку пациента существенно изменяет измеряемые величины ЭП точек в ту или иную сторону [4]. Одновременно была отмечена и воспроизводимость этого явления, когда при повторных измерениях ЭП БАТ без присутствия медикамента величины возвращались к исходным значениям.

Впоследствии это явление получило название медикаментозного тестирования.

Открытие феномена медикаментозного тестирования существенно расширило функциональные возможности электро(аку)пунктуры путем использования R. Voll специальных диагностических средств – нозодов (от *nosos* – болезнь), что дало возможность осуществлять дифференциальную диагностику и определять этиологию заболевания [5]. Нозоды представляют собой стерилизованные и приготовленные по гомеопатическому принципу антигены и продукты жизнедеятельности бактерий, вирусов, вакцины, сыворотки, экстракты тканей пораженных органов, продукты обмена веществ, различные токсины химического и биологического происхождения и т.п.

Определение этиологии и патогенеза заболевания при медикаментозном тестировании строится на основании выбора нозода того патогенного агента, под влиянием тестирования которого происходит нормализация ЭП БАТ определенного органа или тканевой системы «мишени» (принцип изопатии). В последующем с помощью тестирования различных дозировок данного нозода индивидуально подбирается его оптимальная терапевтическая доза, определяется кратность введения в организм пациента и совместимость с другими лекарственными средствами. При этом динамическая оценка характера изменений ЭП БАТ под влиянием проводимого лечения позволяет осуществлять оперативный контроль за его эффективностью.

Вклад R. Voll в развитие и становление метода электропунктуры по сравнению с другими достижениями в этой области можно без преувеличения расценивать как огромный. Электро(аку)пунктурная диагностика по R. Voll при определении изменений в тканях, органах и функциональных системах организма является наиболее достоверной и информативной. Электро(аку)пунктурная диагностика по R. Voll позволяет с большей уверенностью подойти к постановке нозологического диагноза, но вместе с тем, она более сложна, чем другие электропунктурные диагностические методы, требует большее время на проведение обследования и более серьезной подготовки врача, организации его рабочего места, соответствующей аппаратуры.

Метод R. Voll является официально разрешенным Миндравом РФ для использования на территории Российской Федерации [6].

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА «РИОДОРАКУ» ПО И. НАКАТАНИ

Возникновение электропунктурной диагностики «риодораку» относится к 1956 г., когда японский врач J. Nakatani при обследовании больных с различной соматической патологией обнаружил на коже последовательность точек с более высокими величинами ЭП, чем окружающая поверхность [10, 11]. Все эти точки, как показали его дальнейшие исследования, лежали на линиях, расположение которых совпадало с классическими акупунктурными меридианами. В связи с этим, метод, предложенный J. Nakatani, получил название «риодораку» (ryodoraku, от ryo – хорошо, do – (электро) проводимость, raku – линия), или «хорошо проводящая линия». J. Nakatani на каждой «риодораку» выделил по одной точке, результаты измерений ЭП которых в наибольшей степени коррелировали с состоянием классических акупунктурных меридианов, связанных с соответствующими органами и функциональными системами организма. Эти точки J. Nakatani назвал «репрезентативными», или «показательными», и предложил проводить измерения ЭП кожи только в них.

В качестве репрезентативных по J. Nakatani используется группа дистальных точек, в основном состоящая из точек «пособников», значения ЭП которых, полученные в процессе измерений, позволяют судить о состоянии акупунктурного меридиана в целом. Для интерпретации показателей ЭП каждой «риодораку» J. Nakatani были разработаны шкалы и создана стандартная достаточно удобная и наглядная диагностическая R-карта, в которой каждой «риодораку» было присвоено буквенное обозначение «H» или «F» (от англ. Hand – рука и Foot – нога).

В измерениях J. Nakatani используются следующие «риодораку»: H1 – линия легких, H2 – линия перикарда, H3 – линия сердца, H4 – линия тонкой кишки, H5 – линия трех обогривателей, H6 – линия толстой кишки, F1 – линия селезенки, F2 – линия печени, F3 – линия почки, F4 – линия мочевого пузыря, F5 – линия желчного пузыря, F6 – линия желудка. Таким образом, предназначенная для измерений репрезентативная точка присутствует на каждом меридиане (слева и справа), причем большинство таких точек располагается в области лучезапястного сустава и стопы.

В классическом варианте метода J. Nakatani измеренные величины ЭП репрезентативных

точек заносятся в диагностическую R-карту с нелинейной шкалой, затем определяется среднее арифметическое значений для всех репрезентативных точек (24 значения, по 12 слева и справа) и строится так называемый «коридор нормы». В соответствии с идеологией метода «риодораку», меридианы, у которых значения ЭП соответствующей репрезентативной точки оказываются выше «коридора нормы», находятся в состоянии «энергетического избытка». Напротив, те меридианы, для которых значения ЭП соответствующей репрезентативной точки располагаются на R-карте ниже «коридора нормы», находятся в состоянии «энергетического недостатка».

В методе J. Nakatani измерения ЭП «риодораку» осуществляются на постоянном токе силой 200 мкА и напряжением 12 В. В проводимых по J. Nakatani измерениях весьма существенным является отсутствие зависимости полученных значений ЭП от величины давления электрода на измеряемую точку кожи. Это достигается благодаря применению электрода, контакт которого с кожей осуществляется через пропитанный электролитом (0,9 % раствор хлористого натрия) пористый материал. С метрологических позиций необходимо отметить, что при оценке состояния меридианов в методе J. Nakatani используются не абсолютные величины ЭП репрезентативных точек кожи, а их расположение относительно формируемого на диагностической R-карте «коридора нормы». Проблема обработки и интерпретации, полученных в результате измерений данных каждой «риодораку», за прошедшие годы успешно решена с помощью компьютерной техники. Диагностические комплексы, созданные на основе метода J. Nakatani, претерпели ряд существенных изменений и доработок с учетом накопленного в результате клинической апробации опыта.

Несомненной заслугой J. Nakatani следует признать разработку такого метода электропунктурной диагностики, который позволяет проводить оценку результатов измерений каждой «риодораку» друг относительно друга и с учетом индивидуальных особенностей. В настоящее время метод «риодораку» J. Nakatani является одним из самых быстрых, технологичных и удобных электропунктурных диагностических методов оценки состояния пациента, в терминах традиционной китайской медицины. Метод «риодораку» также разрешен к применению в РФ [12].

ТЕРМОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПО МЕТОДУ К. АКАБАНЕ

Современная термопунктурная диагностика, которая представляет собой диагностическую систему, основанную на измерении термической чувствительности определенных точек кожи, берет свое начало от теста, предложенного в 1952 г. японским врачом Kobei Akabane [7, 8, 9].

В основе метода К. Акабане лежит субъективная оценка пациентом температурно-болевого чувствительности кожи в конечных точках меридианов на пальцах кистей и стоп, что позволяет оценить функциональное состояние соответствующих органов и систем организма. Эта методика традиционной восточной медицины была известна в глубокой древности под названием «теста с жертвенной палочкой». Конец зажженной сандаловой палочки движениями вверх и вниз подносился к концевым точкам 12 классических акупунктурных меридианов рук и ног, расположенным в области угла ногтевого ложа на пальцах рук и ног. Во избежание возникновения у пациента привыкания к тепловому раздражителю частота таких движений была примерно два раза в секунду, и они выполнялись до возникновения первых болевых ощущений. Субъективные ощущения боли в виде сильного жжения появлялось через некоторое время, сменяя первоначальное чувство тепла, а сам момент перехода легко замечался самим пациентом. Затем число движений палочки от начала нагрева и до момента фиксации первых болевых ощущений, служившее мерой количественной оценки состояния меридиана, подсчитывалось, а результаты записывались в специальную таблицу.

В соответствии с принципами метода К. Акабане принято считать, что тепловая чувствительность симметричных точек правой и левой стороны примерно одинакова, или эти различия должны быть минимальными. Нарушения функции органов сказываются на состоянии соответствующих меридианов, что приводит к изменению термической чувствительности их концевых точек, причем преимущественно с той стороны, где имеется патология. Вследствие этого возникает асимметрия тепловой чувствительности симметричных точек меридианов с левой и правой сторон соответствующего меридиана, а также и между меридианами в целом, что, согласно взглядам К. Акабане, является, нарушением показателя

«энергетического равновесия» органов. Другим свидетельством патологии также является значительное отличие от среднего времени появления первых болевых ощущений в симметричных точках меридианов. Повышение времени достижения болевого порога термической чувствительности рассматривается как угнетение, тогда как его снижение является свидетельством возбуждения соответствующего меридиана.

Метод К. Акабане в классическом исполнении, несмотря на свою кажущуюся простоту, достаточно информативен, но требует хорошей подготовки и не обеспечивает получение объективных данных, а его выполнение занимает много времени. В последнее время были разработаны приборы, в которых реализуется метод К. Акабане, позволяющие значительно повысить объективность теста и технологичность обработки результатов диагностического обследования с помощью компьютерных программ [9].

Следует подчеркнуть, что хотя тест К. Акабане непосредственно и не является методом электропунктурной диагностики, однако он стал важным дополнением других инструментальных тестов, что способствовало повышению их объективности и информативности.

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНЫЙ СТАНДАРТНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТЕСТ ПО А.И. НЕЧУШКИНУ

В Центральном институте травматологии и ортопедии Минздрава СССР им. Н.Н. Приорова (ЦИТО) А.И. Нечушкиным в 1974 г. был разработан вариант электропунктурной диагностики, основанный на измерении электрического сопротивления кожи на постоянном токе в точках пособниках на акупунктурных меридианах. Впоследствии этот метод представляющий собой модификацию метода Y. Nakatani, был дополнен измерением температуры кожи в точках пособниках и получил название «Стандартный тест оценки функционального состояния вегетативной нервной системы» ЦИТО или тест СВТ-ЦИТО [13, 14]. Тест СВТ-ЦИТО был разрешен к медицинскому применению приказом Минздрава СССР №10 8/30 от 27 мая 1977 г.

Основой теста СВТ-ЦИТО является предположение, что электрическое сопротивление кожи отображает функциональное состояние симпатической, а температура кожи – парасимпатической нервной системы. Результаты

измерений вносятся в специальную регистрационную карту, которая отличалась от карты Y. Nakatani только тем, что все величины, в том числе и величины тестирующих напряжения и тока, были уменьшены в 10 раз, а на карте были нанесены одинаковые для всех меридианов температурные шкалы. Тест СВТ-ЦИТО достаточно прост в использовании, описан во многих руководствах и позволяет получать достаточно объективный «вегетативный портрет» пациента. Однако, несмотря на это, отсутствие компьютерной обработки результатов сводит на нет преимущества теста СВТ-ЦИТО, поскольку это является препятствием для его полноценного использования в скрининговых обследованиях и оперативной обработки полученной информации.

АУРИКУЛЯРНАЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПО Р. NOGIER

Метод аурикулярной диагностики заключается в выявлении патологии органов и функциональных систем организма по изменению свойств определенных зон кожи ушной раковины человека [15]. Современные аурикулодиагностика и аурикулотерапия своим происхождением обязаны Р. Nogier, который в 1952 г. сообщил об обнаружении им на ушной раковине человека зон проекций различных частей тела, в том числе внутренних органов. Гипотеза, предложенная Р. Nogier, заключалась в том, что тело человека проецируется на ушную раковину в виде эмбриона, голова которого соответствует мочке уха, внутренние органы – раковине, а конечности – верхней части уха, над дугой противозавитка. В соответствии с полученными Р. Nogier данными, на коже ушной раковины здорового человека отсутствуют зоны и точки с низкой ЭП, но при возникновении различных заболеваний они появляются. Справедливости ради следует отметить, что сам Р. Nogier воздерживался от каких-либо теоретических обоснований аурикулодиагностики, не придавая ей особого значения, основное влияние уделял лечению – аурикулотерапии.

В настоящее время существует множество систем пунктурной диагностики, использующих в этих целях ЭП различных зон и точек на коже ушной раковины [7, 8, 16, 17]. В пользу преимущественного использования в этих целях ушной раковины свидетельствуют ее расположение, малая концентрация потовых желез, четкие анатомические привязки для

поиска и идентификации точек, хотя аурикулярная электропунктурная диагностика не является в чем-то уникальной. Наряду с этим, определенная увлеченность электропунктурной аурикулодиагностикой и явилась причиной рассматривать этот вид диагностики как один из наиболее информативных. Так, например, высказывается мнение, что «в итоге углубленного изучения диагностически наиболее информативных зон оказалось, что в руках специалистов на первом месте, по-видимому, стоит радужная оболочка глаз, на втором – ушные раковины, на третьем – все остальные с разной степенью значимости в зависимости от распознаваемого патологического процесса и навыка исследующего врача» [17, с. 117].

Согласно данным Ф.Г. Портнова, эффективность электропунктурной аурикулодиагностики достаточно высока, но «...следует отметить, что диагноз «гипертония» или «гипотония» по данным электрометрии поставить невозможно, как, впрочем, и любой другой клинический диагноз! Во всех случаях, когда мы говорим о совпадении диагнозов, то имеем в виду, что клинический диагноз подтверждает наличие повышенной электропроводности в определенных точках (зонах) ушной раковины, коррелирующих данный орган или систему.» [8, с. 302].

Предпринятая в последнее время разработка новых подходов в виде аурикулярной компьютерной дермографии и аурикулярной компьютерной картографии, по всей видимости, может значительно облегчить клиническую интерпретацию полученной диагностической информации и выбор тактики лечения заболеваний [17].

БИОЭЛЕКТРОННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПО Н. PFLAUM

В 1960-е годы Н. Pflaum была разработана система диагностики, в которой присутствовали так называемые четырехквadrантные отведения типа «Рука-Рука» и «Нога-Нога» с использованием пластинчатых электродов и которая своим происхождением обязана методике R. Voll [2]. Четырехквadrантные измерения электрических свойств зон кожи использовались для проведения предварительной или топической диагностики, результаты которой могли быть или подтверждены, или опровергнуты последующей более точной диагностикой по методу R. Voll. Впоследствии это направление было существенно развито в ре-

зультате работ Н. Pflaum, который, увеличив число измеряемых зон кожи до шести, назвал свой метод биоэлектронная функциональная диагностика [18].

Биоэлектронная функциональная диагностика использует определенные взаимоотношения между состоянием внутренних органов и систем и кожей, в основе которого лежит анатомо-физиологический принцип метамерно-сегментарного строения организма человека. Метамерные реакции широко используются в неврологии для анализа патологических нарушений и проведения топической диагностики, поскольку каждый сегмент несет информацию о состоянии конкретного органа или функциональной системы, а также отражает функцию сегментарного аппарата спинного мозга и вегетативной нервной системы [18–20]. В биоэлектронной функциональной диагностике с учетом метамерно-сегментарного принципа измеряются электрические характеристики определенных участков кожи (дерматомов), которые отражают состояние (норму или патологию) соответствующих внутренних органов или систем (спланхнотомов).

В биоэлектронной функциональной диагностике используются три парных электрода: ручные, ножные и лобные, которые применяются в процессе трех измерительных циклов с 14 измерениями на парных отведениях [21]. В качестве тестирующего сигнала используются импульсы отрицательной и положительной полярности, следующие с определенной частотой, которая в зависимости от вариантов метода находится в пределах от 10 до 30 Гц. Амплитуда импульсов в зависимости от возраста и индивидуальной чувствительности пациента может варьировать и находится в пределах от 0,6 до 2 В при токе от 11 до 50 мкА. Наличие у пациента электрокардиостимулятора является первым и основным противопоказанием для проведения биоэлектронной функциональной диагностики.

В отличие от метода R. Voll в биоэлектронной функциональной диагностике используются не абсолютные значения, полученные в процессе измерений, а динамика их изменений после предъявленной нагрузки, которая представляет собой последовательность прямоугольных биполярных (меандр) импульсов. Непосредственно после окончания нагрузки цикл измерений по всем отведениям повторяется, затем снова повторяется цикл нагрузки, после которого снова проводится третий изме-

рительный цикл, завершающий процесс диагностики. В результате проведения измерений по всем циклам представляется интегральная диагностическая оценка состояния пациента, а именно: тип неспецифической реактивности, тонус вегетативной нервной системы, тип регуляции, потребление кислорода тканями, состояние иммунной реактивности, вегетативно-ирритационный синдром (зона локализации), системы с нарушенной функцией, специальные диагностические критерии. В терминах дифференциальной диагностики результаты измерений электрических свойств зон кожи при биоэлектронной функциональной диагностике могут быть выполнены также с помощью компьютерной обработки как анализ потенциальных органов мишеней, анализ сегментарной иннервации, анализ кожной иннервации, вертеброгенная диагностика, одонтогенная диагностика, состояние симпатической части вегетативной нервной системы [22].

Общее время проведения биоэлектронной функциональной диагностики составляет 4 минуты, что существенно меньше времени выполнения теста по J. Nakatani и значительно меньше, чем обследование по методу R. Voll. Весь процесс биоэлектронной функциональной диагностики полностью компьютеризирован и происходит в несколько циклов без непосредственного участия человека, что, с точки зрения объективности, выгодно его отличает от других методов электропунктурной диагностики. В последнее время появились различные авторские модификации метода биоэлектронной функциональной диагностики Н. Pflaum в виде «сегментарной нейрофункциональной диагностики статуса систем организма», основанной, по-существу, на том же самом сегментарном принципе оценки вегетативных реакций пациента [22].

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ РЕЗОНАНСНЫЙ ТЕСТ (ВРТ ИЛИ VEGA-TEST) ПО Н. SCHIMMEL

В 1978 г. немецким врачом Н. Schimmel был разработан и предложен электропунктурный диагностический тест, который первоначально получил название «автономный рефлекторный тест» или «вегетативный рефлекторный тест» [23]. Впоследствии этот тест стал также упоминаться как «VEGA-test», по названию фирмы «VEGA», которая изготовила и внедрила в клиническую практику первый аппарат для реализации данного метода диагностики

[24]. В Российской Федерации и странах СНГ этот тест известен как электропунктурный вегетативный резонансный тест (ВРТ) [25]. В основе этого метода лежат электро(аку)пунктурная диагностика по R. Voll, в частности, феномен медикаментозного тестирования, но в отличие от него в своем методе H. Schimmel при измерениях ЭП использовал всего одну точку кожи.

Принцип диагностики с помощью метода ВРТ заключается в регистрации изменений ЭП одной воспроизводимой точки кожи при внесении в измерительный контур тест-препарата [26].

Предварительно перед проведением ВРТ осуществляется подготовка к измерениям в виде функциональной нагрузки, которая ориентирована на выявление у пациента скрытых нарушений в регуляторных функциях у тех или иных органов или функциональных систем. Проведение нагрузки осуществляется одним из трех способов: воздействие переменным электрическим током частотой 13 Гц на концевые точки меридиана лимфатической системы справа и слева, или на зоны кожи по семи отведениям, или тонизирующим методом с помощью акупунктурных игл на точки переднего и заднего срединных меридианов.

Использование для тестирования одной воспроизводимой точки кожи требует специальной техники проведения измерения – метода «накачивания», который заключается в следующем. В процессе тестирования после достижения максимальной величины измеряемых параметров по измерительной шкале, давление активного электрода уменьшают без его отрыва от точки кожи, что сопровождается снижением показателей по шкале прибора. Затем давление активного электрода на эту же точку кожи снова постепенно повышают, что, собственно, и определяет сам процесс «накачивания». В том случае, если после такого «накачивания» снова достигается исходное значение по измерительной шкале, эта точка кожи считается воспроизводимой. В противном случае, когда исходное значение после «накачивания» не достигается, эта точка считается невозпроизводимой и не может быть использована в дальнейших измерениях по методу ВРТ. Весь процесс накачивания не должен превышать трех секунд, а само накачивание должно быть плавным и не сопровождаться рывками и скачкообразным изменением давления на точку кожи. В противном

случае, если на точку кожи осуществляется слишком сильное или длительное давление, то она может стать непригодной для проведения дальнейших измерений.

После нахождения воспроизводимой точки на коже в измерительный контур аппарата помещается тест-препарат (например, Eriphysis D26), который маркирует наличие или отсутствие у пациента тех или иных нарушений в различных органах или системах. Затем осуществляется повторное измерение с применением техники «накачивания». В том случае, если величина показателей по измерительной шкале была меньше исходного значения (например, 80 условных единиц), то тест считается положительным, а если происходит возвращение к исходному уровню – отрицательным.

Используемые в методе ВРТ тест-препараты по своему назначению делятся на несколько групп: а) для повышения чувствительности диагностики например, Eriphysis D26, б) указатели определенного заболевания – нозоды и в) тест-препараты, позволяющие определить локализацию той или иной патологии, ее форму и подобрать препараты, которые могут быть использованы при лечении конкретного заболевания.

Электропунктурный ВРТ официально разрешен Миндравом РФ к медицинскому применению для использования на территории Российской Федерации [26].

ЛИТЕРАТУРА

1. Voll R. Twenty years of electro-acupuncture diagnosis in Germany: A progress report // *Am. J. Acupuncture*. – 1975. – V.3, N.1. – P.7–17.
2. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля. – М.: Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС», 1995.
3. Калачев В.К. Приборы для электропунктуры по Фоллю // *Гомеопатия и электропунктура*. – 1992. – № 1. – С.48–59.
4. Voll R: The phenomenon of medicine testing in electroacupuncture according to Voll // *Am. J. Acupunct.* – 1980. – V.8, N.2. – P.97–104.
5. Voll R. Nosoden: Anwendung in Diagnostik und Therapie. – Uelzen: ML-Verlag, 1977.
6. Яновский О.Г., Карлыев К.М., Королева Н.А., Кузнецова Т.В., Готовский Ю.В. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии. Методические рекомендации М 98/232. – М., 1999.
7. Портнов Ф.Г. Электропунктурная диагностика. – Рига: «Зинатне», 1980.
8. Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотера-

пия. – 3-е изд. перераб. и доп. – Рига: «Зинатне», 1988.

9. Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лиманский Ю.П., Повжитков А.Н., Боучук Р.Р., Антонченко В.Я. Нетрадиционные методы диагностики и терапии. – Київ: Здоров'я, 1994.

10. Nakatani Y. A guide for application of Ryodoraku autonomous nerve regulatory therapy. – Alhambra, CA: Chan's Books & Products, 1972.

11. Бойцов И.В. Электропунктурная диагностика по «риодораку». Под ред. В.С. Улащика. – Витебск, 1996.

12. Гаврилова Н.А., Коновалов С.В., Резаев К.А., Гаврилов А.П., Фадеев А.А., Дубова М.Н., Мейзеров Е.Е. Электропунктурная диагностика по методу И. Накатани. Методические рекомендации № 2002/34. – М., 2002.

13. Нечушкин А.И., Гайдамакина А.М. Исследование температуры и электрической проводимости кожи // Врачебное дело. – 1981. – №12. – С.98–99.

14. Нечушкин А.И., Гайдамакина А.М. Стандартный метод определения тонуса вегетативной нервной системы в норме и патологии // Журнал exper. и клин. мед. АН Армян. ССР. – 1981. – Т.21, №2. – С.164–172.

15. Nogier P. From Auriculotherapy to Auriculo-medicine. – Moulins-les Metz, France: Maisonneuve, 1983.

16. Gori L., Firenzuoli F. Ear acupuncture in european traditional medicine // Evid. Based. Complement. Alternat. Med. – 2007. – V.4, Suppl.1. – P.13–16.

17. Пономарев Ю.В., Черняховская М.Ю. Клинические аспекты аурикулярной компьютерной дермографии и картографии. – Владивосток: ИАПУ ДВО РАН, 2000.

18. Pflaum H. Praktikum der Bioelektronischen Funktions- und Regulationsdiagnostik (BFD). 2. Aufl. – Haug Verlag, Heidelberg, 1986.

19. Судаков Ю.Н., Берсенев В.А., Торская И.В. Метамерно-рецепторная рефлексотерапия. – Киев: Здоров'я, 1986.

20. Вантов М. Клиническая нейровегетология. – София: Медицина и физкультура, 1982.

21. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Кемпе Н., Самохин А.В. Сегментарная биоэлектронная функциональная диагностика. Методическое пособие. – М.: ИМЕДИС, 2004.

22. Бойцов И.В. Динамическая сегментарная диагностика нейрофункционального статуса систем организма // Рефлексология. – 2005. – № 4. – С.15–18.

23. Jeremic G., Leung W. VEGA test: diagnostic champion or quack device? // Univ. Toronto Med. J. – 2004. – Vol.81, N.2. – P.144–146.

24. Fehrenbach J., Noll H., Nolte H.G., Schimmell H.: Short Manuel of the VEGATEST method. – Vega Grieshaber, 1981.

25. Паламарчук М.И., Егорова Т.Ю. Электропунктурный вегетативный резонансный тест – новые возможности диагностики // Журнал ГрГМУ. – 2006. – №1. – С. 94–98.

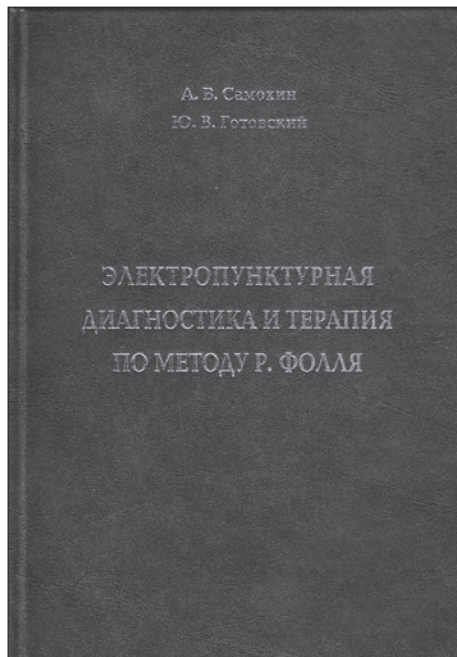
26. Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е., Королева М.В., Каторгин В.С. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации № 99/96. – М., 2000.

Адрес автора

К.т.н. Готовский М.Ю.

Генеральный директор ООО «ЦИМС «ИМЕДИС» (г. Москва)

info@imedis.ru



А.В. Самохин, Ю.В. Готовский ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПО МЕТОДУ Р.ФОЛЛЯ

6-е изд. – М.: ИМЕДИС, 2012. – 480 с.

Метод Р. Фолля широко используется во врачебной практике наряду с другими методами электропунктурной диагностики.

Интерес к вопросам диагностики и терапии с применением метода Р. Фолля неуклонно растет, как и количество специалистов, которые используют этот метод в своей медицинской деятельности. Несмотря на появление других методов электропунктурной диагностики, метод Р. Фолля не утратил своей актуальности.

В монографии представлен глубокий обзор и анализ теоретических и практических положений одного из самых перспективных направлений современной функциональной диагностики – электропунктурной диагностики по методу доктора Р. Фолля.

ISBN 978-5-87359-100-8