

—◆—

программа
“ПЕРЕСВЕТ АУРИ”

версия 2.5 (Windows 11 / 10 / 8 / 7 / XP)

**РУКОВОДСТВО
ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ**

Москва

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
1. ИНСТАЛЛЯЦИЯ.....	5
2. ЗАПУСК ПРОГРАММЫ.....	5
3. РЕГИСТРАТУРА.....	5
4. ПАЦИЕНТ	5
5. ДИАГНОСТИКА	5
5.1. ПОДГОТОВКА РАБОЧЕГО МЕСТА К ПРИЕМУ ПАЦИЕНТА	5
5.2. СХЕМА ПОДСОЕДИНЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ	5
5.3. ВЫБОР ВАРИАНТА ДИАГНОСТИКИ	6
5.4. ВИЗУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ	7
5.5. ИЗМЕРЕНИЯ	8
Выбор маршрута измерений	8
Проведение измерений	9
Сортировка точек маршрута	10
Ввод данных с клавиатуры.....	10
5.6. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ.....	10
6. ОТЧЕТЫ	11
6.1. ТОЧКИ	11
6.2. СИСТЕМЫ	12
6.3. ОРГАНЫ.....	13
6.4. КАРТА АНОМАЛЬНОСТИ.....	14
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	15
8. РЕЦЕПТ	16
9. СОХРАНЕНИЕ ВИЗИТА	16
10. ПРОСМОТР И СРАВНЕНИЕ ВИЗИТОВ.....	16
11. НАСТРОЙКИ	16
12. ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ	16
13. ПЕЧАТЬ.....	16
14. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ С ПРОГРАММОЙ	16
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	17
ОСНОВЫ МЕТОДА МФАД.....	17
1. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА	18
2. УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АУРИКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ	18
3. ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ	18
3.1. Визуальные изменения	18
3.2. Оценка электроаномальности	20
3.3. Оценка болевой чувствительности	20
4. АЛГОРИТМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МФАД.....	21
5. ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ	21
6. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ ПРИ АУРИКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ	21
ЛИТЕРАТУРА.....	22

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МФАД – многофакторная аурикулярная диагностика

АТ – аурикулярная точка

САТ – сигнальная аурикулярная точка

ДСМУ – диагональная складка мочки уха

АсУР – асимметрия ушных раковин

РЛЯ – редукция ладьевидной ямки

РВНП – редукция верхней ножки противозавитка

ЗА – зона агрессии

ЭА – электроаномальность

ВИ – визуальные изменения

БЧ – болевая чувствительность

ОА – общая аномальность точки

ЭКС – электрокожное сопротивление

ИУ – измерительный уровень

ПС – эффект “падения” стрелки

ед. – условные единицы измерения (= цена деления эмпирической шкалы)

ВВЕДЕНИЕ

Многолетняя клиническая практика использования аурикулярной рефлексодиагностики при различных заболеваниях и особых физиологических состояниях доказала ее высокую эффективность и надежность. Предлагаемый метод многофакторной аурикулярной диагностики (МФАД) отличается комплексным анализом электропроводности, болевой чувствительности и морфологических трансформаций в аурикулярных сигнальных точках. Этот подход разработан представителями научной школы профессора Р.А. Дуриняна на основе результатов фундаментальных и прикладных исследований, а также оригинальных работ ведущих специалистов - В.И. Квирчишвили, 1966; Д.М. Табеева, Л.М. Клименко, 1976; В.Г. Богралик, М.В. Богралик, 1978; Ф.Г. Портнов, 1980; Е.С. Вельховер, В.Г. Никифоров, 1984; Я.С. Песиков, С.Я. Рыбалко, 1990; А.А. Михайлова, 1992; Ю.А. Ткаченко, 2000; Е.Е. Мейзеров и М.В. Королева, 2000; Р. Nogier, 1956; Н.С. Lu, 1975; Н. Kropelj, 1976.

Метод МФАД позволяет обнаруживать патологию, в том числе на раннем доклиническом этапе, устанавливать локализацию очага поражения, осуществлять оценку характера и выраженности нарушений, регистрировать реакции организма на применяемые лечебные воздействия.

Компьютерные технологии сделали возможной автоматическую регистрацию показателей измерений, хранение и оперативный анализ полученных данных, поддержание в консультативном режиме обширного справочного материала по топографии аурикулярных точек, анатомо-физиологическим и клиническим сведениям о них.

Компьютерные технологии позволяют представлять в максимально наглядном виде результаты обследования в виде шкал измерения, таблиц, графиков. Модуль сравнения нескольких посещений пациента представляет возможность осуществлять динамическую оценку состояния основных функциональных систем организма. В компьютере формируются обширные базы данных, содержащие информацию о пациентах, всех результатов обследования, других дополнительных сведениях, используя которые можно провести различные статистические расчеты, вести необходимый учет, подготовить и распечатать любую отчетную документацию. В связи с этим информативность компьютерной МФАД существенно возросла и приобрела новое качество в виде современного модульного аппаратно-программного комплекса АРМ-ПЕРЕСВЕТ®.

Программа “Пересвет Аури” реализует в полном объеме метод многофакторной аурикулярной диагностики и терапии. Методической основой при разработке модуля явились исследования, которые проводились на протяжении более десяти лет.

“Пересвет Аури” - это:

- **СПРАВОЧНАЯ И ОБУЧАЮЩАЯ СИСТЕМА** по аурикулярной рефлексодиагностике.
- **АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ** состояния организма человека. Дифференциальная диагностика по различным маршрутам обследования (по 10 основным системам организма).
- **АВТОРСКАЯ СИСТЕМА МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА.** Комплексная оценка главных факторов: параметра электроаномальности в точке измерения, субъективных ощущений пациента (болезненность при нажатии) и цветовых и морфологических патологических изменений в точке.
- **ВЫВОДЫ** о наличии, выраженности, а также о характере течения патологического процесса (острое, хроническое, обострение, ремиссия и т.д.).
- **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТ АКУПУНКТУРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**, составленный по дням лечения.

Использование автоматизированного компьютерного комплекса АРМ-ПЕРЕСВЕТ® обеспечивает высокую клиническую эффективность диагностических и терапевтических возможностей метода МФАД.

1. ИНСТАЛЛЯЦИЯ

См. ПАСПОРТ, "УСТАНОВКА ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОМПЛЕКСА (ИНСТАЛЛЯЦИЯ)".

2. ЗАПУСК ПРОГРАММЫ

См. "ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ЗАПУСК ПРОГРАММЫ"

3. РЕГИСТРАТУРА

См. "ОБЩИЕ ГЛАВЫ. РЕГИСТРАТУРА"

4. ПАЦИЕНТ

См. "ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ПАЦИЕНТ"

5. ДИАГНОСТИКА

5.1. ПОДГОТОВКА РАБОЧЕГО МЕСТА К ПРИЕМУ ПАЦИЕНТА

Основные требования к рабочему месту и условиям проведения диагностики освещены в "ПРИЛОЖЕНИЕ", п. 2.

Согласно гигиеническим требованиям перед сеансом работы с пациентом рекомендуется обработать электроды тампоном, смоченным 3% раствором перекиси водорода или 70% раствором этанола.

5.2. СХЕМА ПОДСОЕДИНЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ

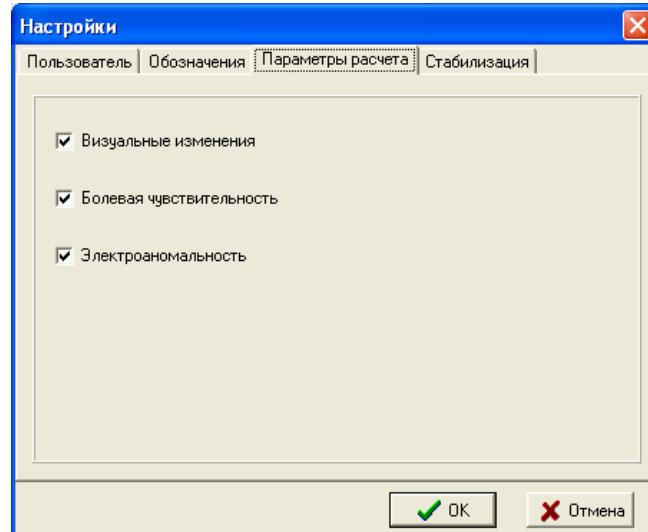
 <p>КУН</p>	<p>Подсоедините кабель "КУН" к гнездам ПРИБОРА:</p> <p>красный провод кабеля (или красная метка на разъеме кабеля) соедините с гнездом "АЭ+" (15),</p> <p>а черный провод (или черная метка на разъеме кабеля) - с гнездом "ПЭ-" (14).</p>
 <p>ПЭ - черный</p> <p>КУН</p> <p>АЭ+ красный</p>	<p>Пассивный электрод "ЭЦ" подсоединяется к свободному концу черного кабеля "КУН" (-).</p> <p>Активный электрод-щуп "ЩД" подсоединяется к свободному концу красного кабеля "КУН" (+).</p>

5.3. ВЫБОР ВАРИАНТА ДИАГНОСТИКИ

Обследование по методике МФАД включает осмотр ушных раковин, измерение электропроводности и определение болевой чувствительности в сигнальных аурикулярных точках.

Однако, при проведении аурикулярной диагностики, в зависимости от поставленных задач, возможны варианты с ограничением исследуемых диагностических критериев.

Диагностику можно проводить исследованием только электропроводности или болевой чувствительности, электропроводности и болевой чувствительности. Визуальные изменения, как правило, изолированно не исследуются, а только в комплексе с электропроводностью или болевой чувствительностью.



См. также "ОБЩИЕ ГЛАВЫ. НАСТРОЙКИ".

5.4. ВИЗУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

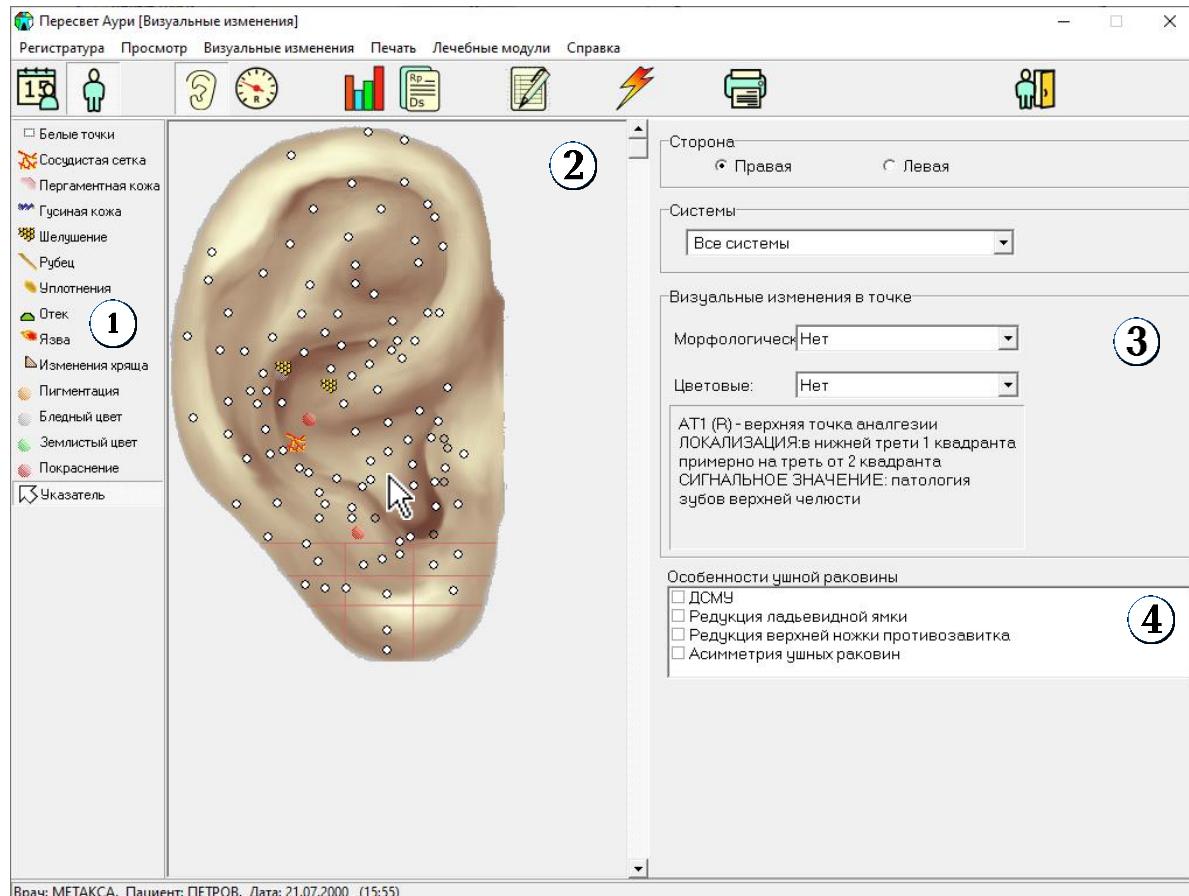
Перед началом измерений рекомендуется зафиксировать имеющиеся визуальные изменения на ушных раковинах.



Для этого щелкните мышью на иконке , либо выберите пункт главного меню программы “Просмотр \ Визуальные изменения”.

На экране появляется картинка правого уха, на котором обозначены зоны и точки.

2



Аурикулярные точки, видимые на картинке, а значит доступные для измерения в данной проекции, изображаются кружком белого цвета, а невидимые – только контуром. Если навести курсор мыши на аурикулярную точку, то появляется сообщение об ее названии и обозначении.

Если щелкнуть мышью на точке, то в правой части экрана выводятся дополнительные сведения о точке: локализация и сигнальное значение.

3

Список возможных визуальных изменений находится слева от картинки.

1

Наиболее простой способ зафиксировать имеющиеся визуальные изменения: сначала щелкните мышью на одном из пунктов списка визуальных изменений, а затем на точку на картинке. При этом условное графическое обозначение визуальных изменений (значок) изображается на указанной точке. В случае ошибкой установки значка визуальных изменений на аурикулярной точке, повторный щелчок на точке убирает данный значок.

4

Кроме того, в окне “Особенности ушной раковины” ставятся отметки о характерных особенностях строения ушных раковин, которые также являются значимыми диагностическими признаками.

5.5. ИЗМЕРЕНИЯ

Переход к измерениям происходит с помощью иконки  , либо через пункт главного меню программы “Просмотр \ Измерения”.

Выбор маршрута измерений

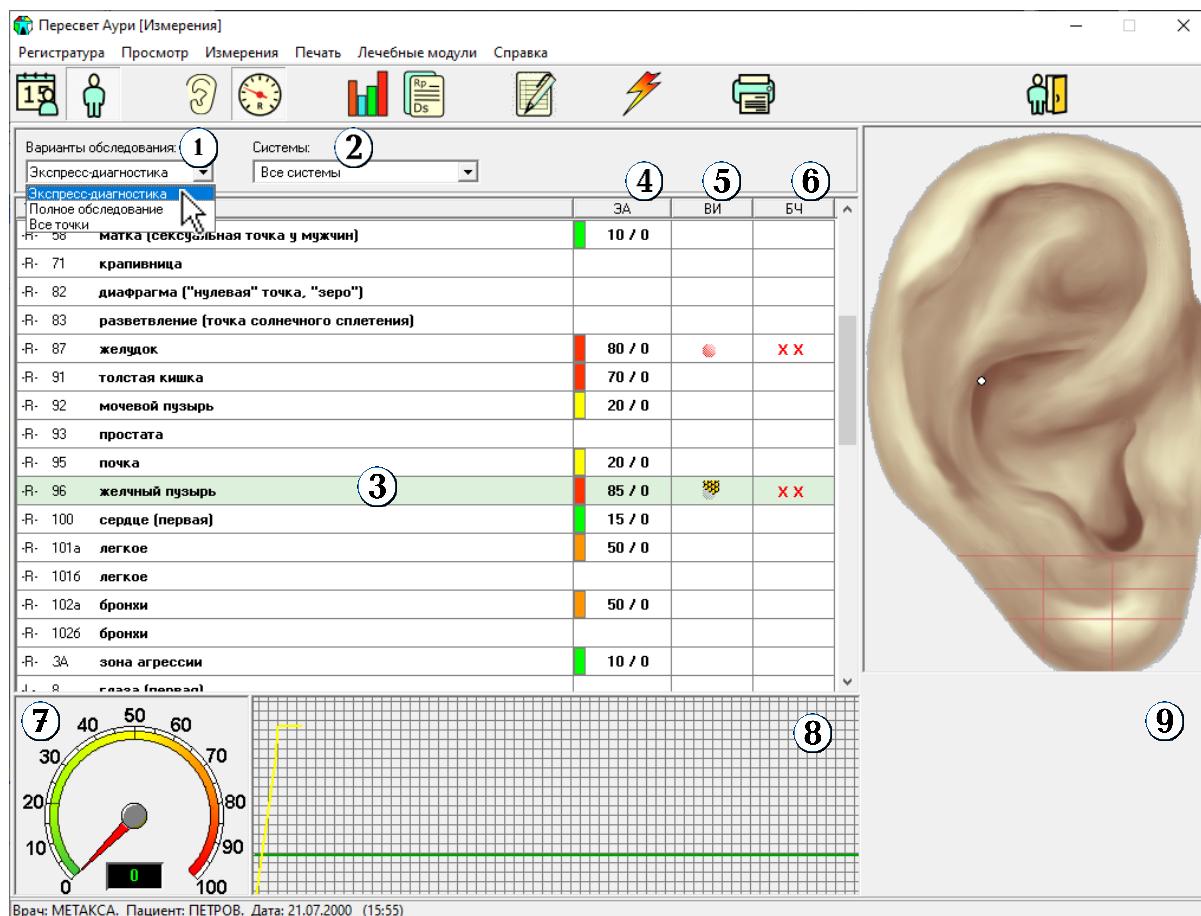
Первоначально программа предлагает врачу использовать наиболее распространенный в практике маршрут экспресс-диагностики. На этапе экспресс-диагностики выполняются измерения 30 сигнальных аурикулярных точек (САТ), которые в наибольшей степени отражают состояние всех систем организма. После экспресс-диагностики можно выбрать маршрут полного обследования или маршрут по отдельным системам.

Сменить, предложенный для обследования список точек (маршрут), можно в окнах “Варианты обследования” и “Системы”.

Окно “Системы” (2) устанавливает диапазон обследования: одна выбранная система или все системы.

Окно “Варианты обследования” (1) устанавливает глубину обследования: экспресс-диагностика, полное обследование, все точки. При “Экспресс-диагностике” список рекомендуемых точек является минимальным. Вариант “Полное обследование” предусматривает углубленную, детальную диагностику, поэтому список рекомендуемых точек существенно увеличивается. Вариант “Все точки” выводит на экран список всех точек, в том числе точки, которые мало изучены и диагностического значения не имеют, а могут использоваться при терапии.

Чтобы сменить маршрут измерений щелкните мышью в зоне окна (1), и затем выберите новый вариант обследования. Название выбранного варианта остается в окне, а ниже формируется новый набор аурикулярных точек для диагностики.



Проведение измерений

ВНИМАНИЕ! Кончик активного электрода смачивать НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ.

Измерения в методе МФАД проводят в следующей последовательности:

- 1) Пациент берет в правую руку цилиндрический электрод "ЭЦ".
- 2) Кончик активного электрода "ЩД" подводится к точкам на правой ушной раковине.



- 3) Врач, предварительно выбрав маршрут исследования, устанавливает активный электрод "ЩД" в проекции точки, предложенной программой "Пересвет Аури".

Щуп должен располагаться перпендикулярно поверхности кожи ушной раковины. Надавливание на точку должно быть равномерным и обеспечивать давление, не превышающее 150 - 200 г. Далее, не увеличивая давления, с обязательным контролем по шкале ПРИБОРА или по графику на экране монитора, дожидаются стабилизации значения электропроводности. Длительность измерения должна быть не менее 3-5 секунд, но не более 10 секунд.

Перемещая электрод по выбранному маршруту, врач измеряет электропроводность в остальных аурикулярных точках.

- 4) После измерений на правой ушной раковине, пациент берет пассивный электрод "ЭЦ" в левую руку, и врач проводит измерения на левой ушной раковине.

Основное окно измерений **3** находится в левой части экрана и содержит, выбранный врачом маршрут – список точек измерения.

В правой части экрана находится картинка **9**, где изображается положение исследуемой точки. Перед наименованием точки стоит обозначение стороны (левая или правая), а также номер точки.

Точка	ЗА	ВИ	БЧ
-R- 96 желчный пузырь	85 / 0	XX	XX

За наименованием точки находятся три колонки, обозначающие факторы МФАД:

"**ЭА**" – электроаномальность точки **4**

"**ВИ**" – визуальные изменения **5**

"**БЧ**" – болевая чувствительность **6**

В колонку "**ЭА**" записывается показатель электроаномальности точки – 2 числа, разделенные косой чертой (максимальная величина измерения и величина падения стрелки – ИУ / ПС). Дополнительно результат измерения характеризуется цветом зоны шкалы измерения.

Совсем необязательно измерять все точки предложенного списка. Мышью или *вертикальными стрелками* управления курсором можно выбрать интересующую Вас точку. Эта возможность представлена врачу, чтобы вновь вернуться к измеряемой точке для повторного замера, например, в случае сомнительных данных измерений. Использование клавиатуры при измерениях позволяет врачу, не выпуская измерительного электрода из своей руки, другой рукой на клавиатуре быстро сменить точку измерения.

Звуковой сигнал сообщает врачу о том, что измерение можно признать состоявшимся. В этом случае, если врач сочтет ситуацию измерения законченной и "оторвет" щуп от точки, то произойдет переход к следующей точке. Если звуковой подсказки не последовало, то данный замер признан неудовлетворительным, данные измерения для точки не записываются и автоматического перехода к следующей точке не будет.

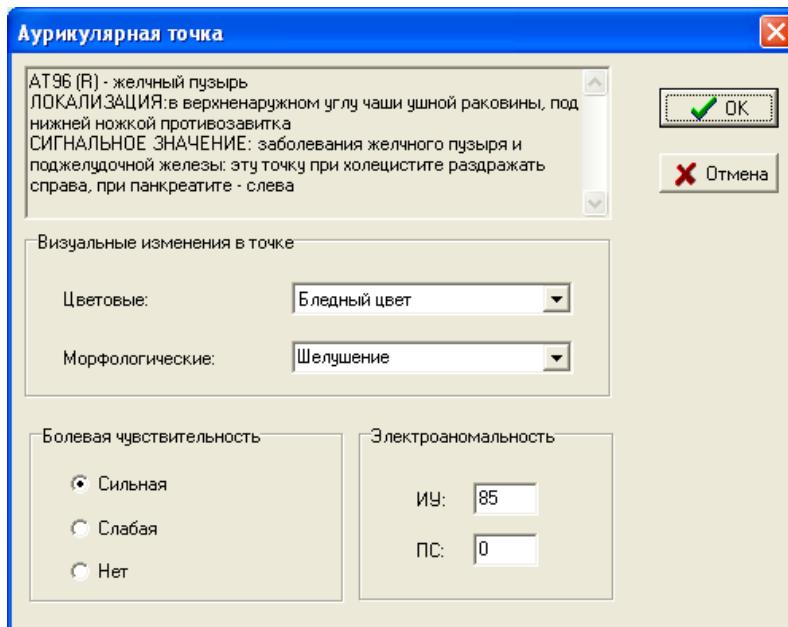
Клавиша *DEL* или вызов из главного меню “Измерения \ Удалить измерение” стирает данные текущего замера. Это может понадобиться в случае снятия показателей не с той точки, которая обозначена на экране.

Сортировка точек маршрута

Для более наглядного представления результатов диагностики предусмотрена сортировка точек по колонкам “ЭА”, “ВИ”, “БЧ”. Достаточно нажать на значок “ЭА”, и список точек меняет свой порядок: первыми становятся точки с самыми высокими показателями, а последними – точки с самыми низкими значениями электроаномальности. Чтобы отсортировать точки в порядке их нумерации, нажмите на кнопку заголовка “Точка”, расположенную над наименованиями точек.

Ввод данных с клавиатуры

Данные БЧ, ЭА и ВИ для данной точки можно изменить также другим способом. Клавиша */NS* или пункт главного меню “Измерения \ Ввод данных с клавиатуры” вызывают диалоговое окно для редакции основных диагностических факторов аурикулярной точки.



5.6. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Болевая чувствительность исследуется тем же активным щупом, что и электропроводность. Перед началом измерений пациента просят сообщать о характере ощущений при тестировании сигнальных аурикулярных точек. Обследование следует проводить не спеша, чтобы дать пациенту время разобраться в своих ощущениях и отреагировать на каждое надавливание, как правило, не превышающее 150-200 г. Нельзя надавливать на одну и ту же точку повторно, через небольшой промежуток времени, так как это вызывает ее болезненность, связанную только с манипуляциями.

О появлении болезненных ощущений пациент сообщает врачу. Кроме того, врач сам может наблюдать и оценивать реакции пациента, которые могут выражаться в наморщивании, смыкании век глаз, вздрогиванием и слабым стоном.

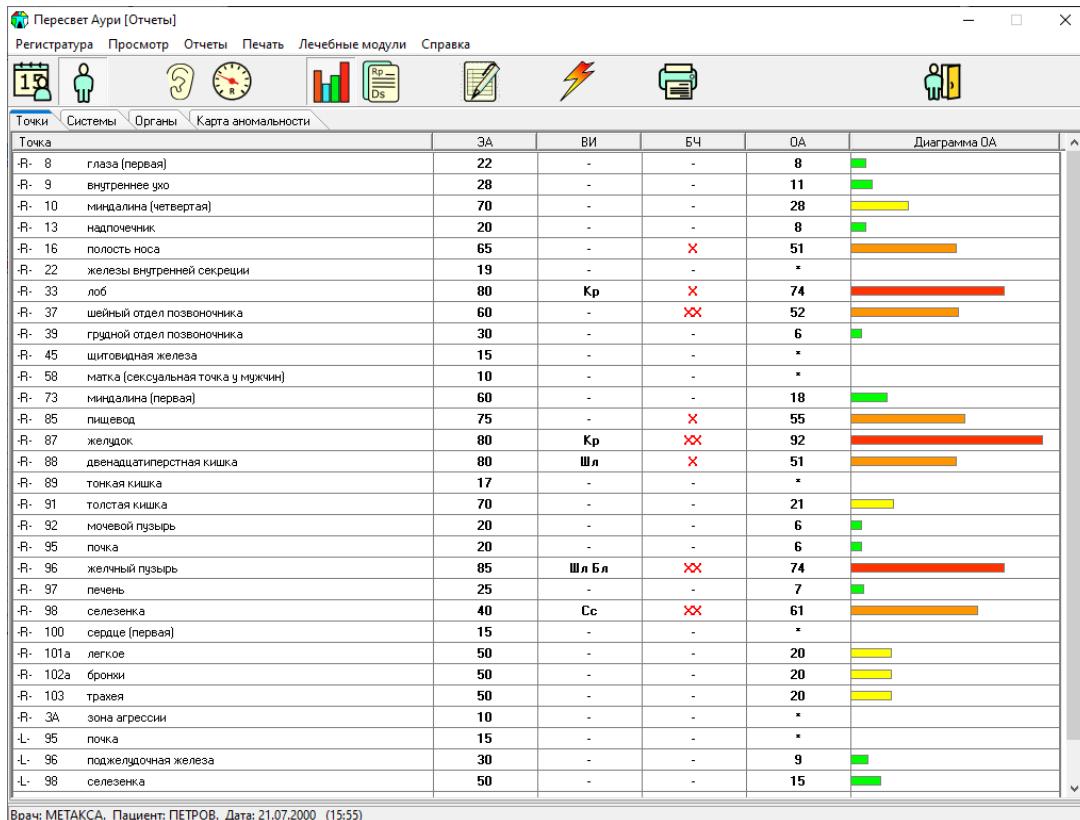
Клавиша *SPACE* или вызов из главного меню “Измерения \ Болевая чувствительность” меняет градации болевой чувствительности при измерении точки. Установка в колоне “БЧ” значка **X** означает, что точка малоболезненная, а **XX** – высокую болезненность точки.

6. ОТЧЕТЫ



Переход к просмотру отчетов происходит с помощью иконки , либо через пункт главного меню программы “Просмотр \ Отчеты”. На экране представлен ряд вкладок, оформленных в виде отчетов и подготовленных для просмотра и распечатки.

6.1. ТОЧКИ



Вкладка “Точки” представляет таблицу обследованных точек пациента.

За наименованием точки находятся колонки, обозначающие факторы МФАД:

“**ЭА**” – электроаномальность точки

“**ВИ**” – визуальные изменения

“**БЧ**” – болевая чувствительность

“**ОА**” – общая аномальность

“**Диаграмма ОА**” – вспомогательная колонка, для отображения параметра общей аномальности точки. Цвет диаграммы соответствует четырем градациям оценки вероятности патологии органа или системы:

зеленый цвет – низкая;

желтый цвет – средняя;

оранжевый цвет – выраженная;

красный цвет – высокая.

В колонку “**ВИ**” выведены не графические значки (как прежде), а условные сокращения, которые соответствуют следующим морфологическим и цветовым изменениям:

Покраснение	Кр
Землистый цвет	Зем
Бледный цвет	Бл
Пигментация	Пг
Изменения хряща	Хр
Язва	Язв
Отек	От
Уплотнения	Упл
Рубец	Рб
Шелушение	Шл
Гусиная кожа	ГК
Пергаментная кожа	ПК
Сосудистая сетка	СС
Белые точки	БТ

Для более наглядного представления результатов диагностики предусмотрена сортировка точек по всем колонкам. Достаточно нажать на кнопку “ЭА”, и список точек меняет свой порядок: первыми становятся точки с самыми высокими показателями, а последними – точки с самыми низкими значениями электроаномальности. Чтобы отсортировать точки в порядке их нумерации, нажмите на кнопку “Точка”.

Таблицу аномальности точек можно просматривать также с помощью клавиатуры (*вертикальные стрелки курсора, PGDN, PGUP, HOME, END*).

Таблицу диагностики точек можно распечатать через пункт главного меню программы «Печать \ Диагностика».

6.2. СИСТЕМЫ

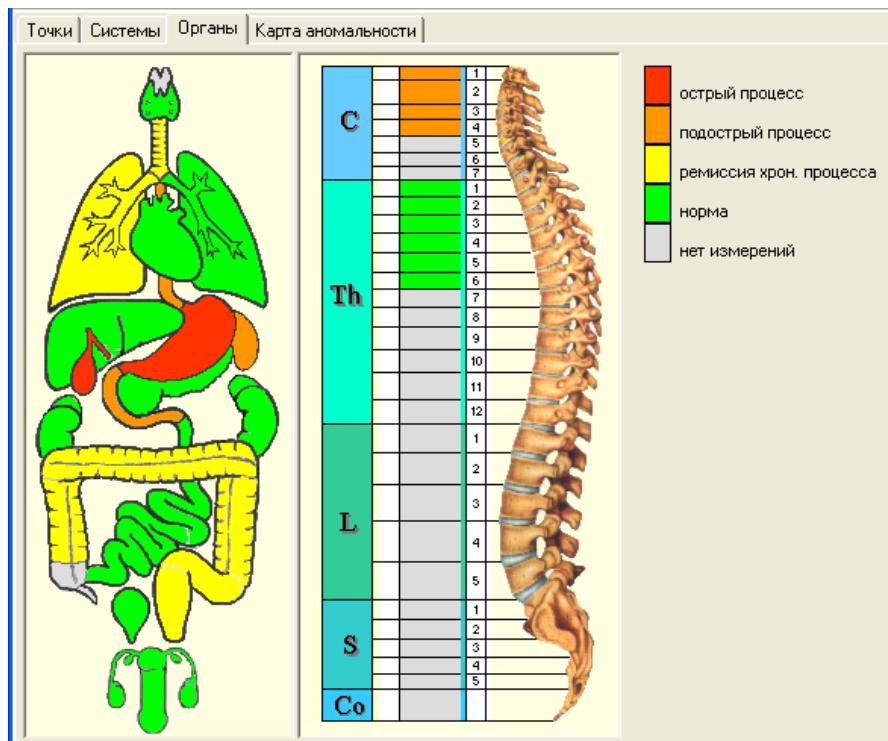
Вкладка “**Системы**” представляет оценку вероятности патологии по основным системам организма. Градации цвета аналогично диаграмме ОА. Если щелкнуть мышкой на одной из систем, то в окне справа появляется список потенциальных органов-“мишеней”, связанных с данной системой.

Точки	Системы	Органы	Карта аномальности
Система	Вероятность патол...		
"Органы-мишени"			Вероятность патологии
● Пищеварительная	высокая		
● Лор-органы	высокая		
● Иммунная	выраженная		
● Опорно-двигательная	выраженная		
● Психо-неврологический стат...	выраженная		
● Дыхательная	средняя		
● Эндокринная	низкая		
● Органы зрения	низкая		
● Мочевыделительная	низкая		
● Сердечно-сосудистая	низкая		
● Половая	низкая		

Для более удобства просмотра результатов анализа по системам и органам-“мишениям” предусмотрена сортировка по всем колонкам (заголовкам).

6.3. ОРГАНЫ

Вкладка «**Органы**» предназначена для анализа состояния внутренних органов и позвоночника.



На картинке представлены внутренние органы, окрашенные в различные цвета. Эти цвета связаны с уровнем общей аномальности точек и отражают характер течения патологического процесса:

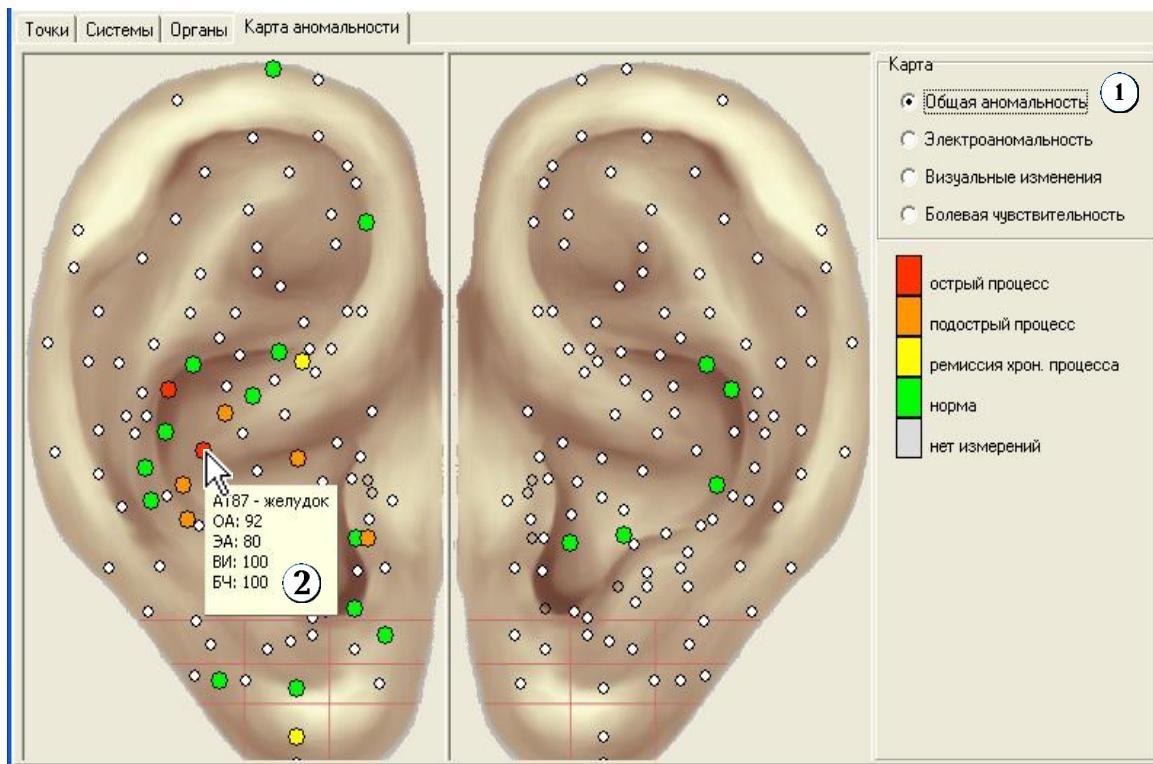
- зеленый цвет – норма;
 - желтый цвет – функциональные напряжения;
 - оранжевый цвет – подострый процесс;
 - красный цвет – острый процесс.

Раскраска отделов позвоночника и отдельных позвонков также соответствует вышеуказанной цветовой шкале. Обозначения отделов:

- C** – шейный отдел;
 - Th** – грудной отдел;
 - L** – поясничный отдел;
 - S** – крестцовый отдел;
 - Co** – копчик.

6.4. КАРТА АНОМАЛЬНОСТИ

Вкладка “Карта аномальности” представляет удобные и наглядные формы отчетов, связанные, в первую очередь, с показом информации одновременно на обеих ушных раковинах.



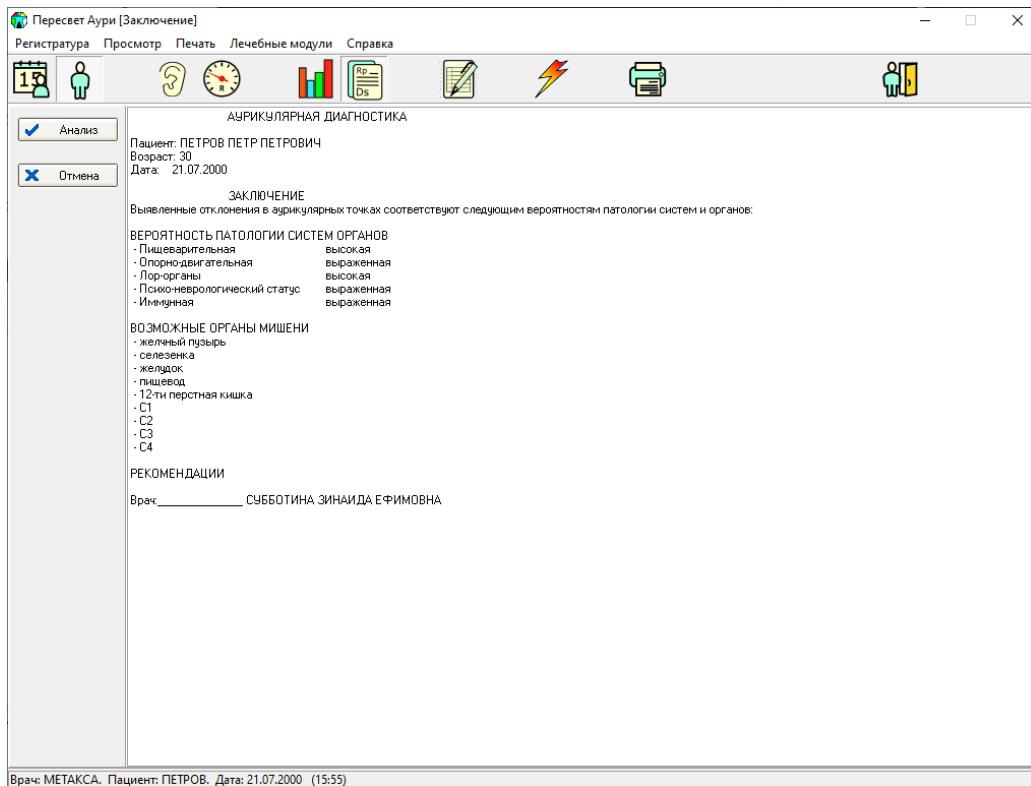
Для смены вида карты щелкните мышью на названии одного из факторов. (1)

Цвет точки указывает на одну из принятых градаций цвета.

Если подвести указатель мыши к изображению точки, (2) то на экран выводятся все сведения о точке: название, нумерация, а также данные о ВИ, ЭА, БЧ, ОА (в том случае, если проводилась диагностика на точке).

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Переход к составлению заключения происходит с помощью иконки  , либо через пункт главного меню программы “Просмотр \ Заключение”.



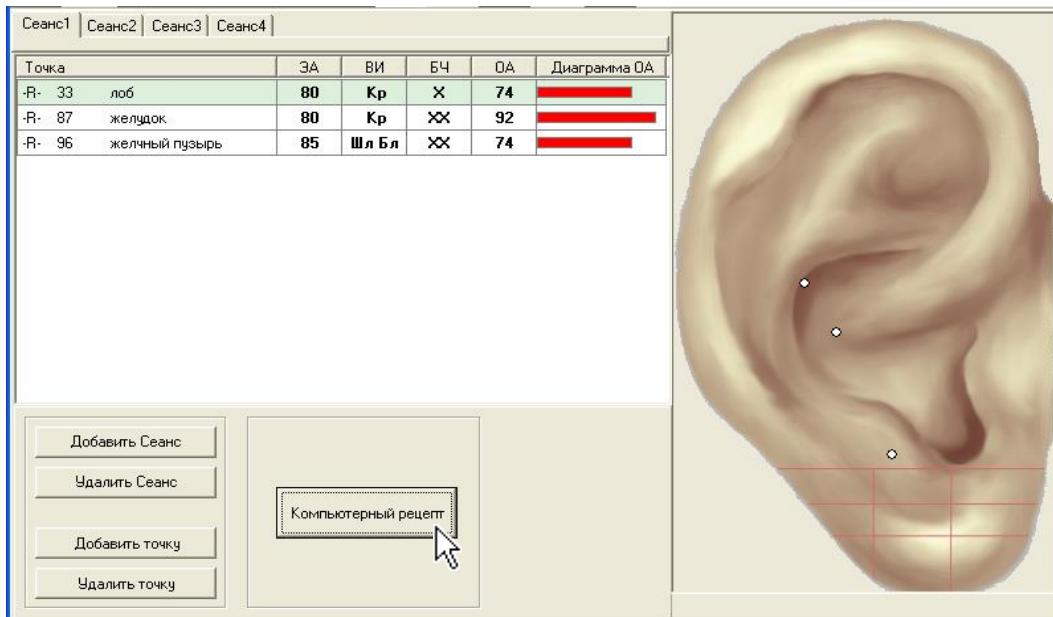
При нажатии на кнопку “**Анализ**” на экран выводится компьютерный вариант заключения. Предложенный вариант заключения можно отредактировать при помощи клавиатуры.

В случае ошибочных действий при составлении заключения нажмите на кнопку “**Отмена**”. При этом произойдет возврат к предыдущему варианту заключения.

8. РЕЦЕПТ

Переход к составлению рецепта выполняется кнопкой  , либо через главное меню программы “Просмотр \ Рецепт”.

Кнопка “Компьютерный рецепт” выводит на экран вариант акупунктурного рецепта, составленный по специальному алгоритму.



Предусматривается несколько сеансов акупунктуры (см. вкладки “Сеанс 1”, “Сеанс 2”, “Сеанс 3” и т.д.). Из рецепта акупунктурных точек можно сразу перейти непосредственно к режиму электропунктурной коррекции, щелкнув на кнопке  (см. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ”).

Врач, по своему усмотрению, может внести правки в итоговый рецепт. Кнопка “Добавить Сеанс” предназначена для добавления в рецепт еще одной процедуры (сеанса). Кнопка “Удалить Сеанс” удаляет из рецепта сеанс акупунктуры. После того как выбран сеанс, можно внести правки в список предлагаемых аурикулярных точек (кнопки “Добавить точку”, “Удалить точку”).

В отредактированном виде рецепт выводится на печать и сохраняется в визите пациента.

9. СОХРАНЕНИЕ ВИЗИТА

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. СОХРАНЕНИЕ ВИЗИТА”

10. ПРОСМОТР И СРАВНЕНИЕ ВИЗИТОВ

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ПРОСМОТР И СРАВНЕНИЕ ВИЗИТОВ”

11. НАСТРОЙКИ

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. НАСТРОЙКИ”

12. ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ЭЛЕКТРОТЕРАПИЯ”

13. ПЕЧАТЬ

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ПЕЧАТЬ”

14. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ С ПРОГРАММОЙ

См. “ОБЩИЕ ГЛАВЫ. ЗАВЕРШЕНИЕ РАБОТЫ С ПРОГРАММОЙ”

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОСНОВЫ МЕТОДА МФАД

Аурикулярная диагностика и терапия (эр чженъ ляо) имеют многовековую историю. Лечебные воздействия на точки ушной раковины применялись в странах Востока еще в глубокой древности. Постулируемые в древних китайских трактатах тесные связи ушной раковины со всеми внутренними органами и послужили основанием для использования аурикулярных точек, как в диагностических, так и в лечебных целях. Первую карту проекционных зон и активных точек ушной раковины с представительством различных органов датируют V веком нашей эры и связывают с именем китайского врача Сунь Сы Мяо.

Новый, принципиально отличный от предыдущего этап развития аурикулярной диагностики и терапии начался в 50-х годах XX века и связан с именем французского врача из города Лион – П. Ножье (P. Nogier, 1956). Он впервые отметил, что наружное ухо напоминает по своему виду эмбрион, находящийся в утробе матери, а тело человека проецируется на ушной раковине подобно проекциям в сенсомоторной области коры головного мозга. Приняв эту гипотезу за основу, П. Ножье разработал топографию расположения аурикулярных точек и зон, являющихся проекциями определенных частей тела, позвоночника, внутренних органов, органов чувств, желез внутренней секреции.

С тех пор прошло много лет и, аурикулярная диагностика и терапия, являющиеся составной частью клинической рефлексотерапии, обогатились новыми клиническими наблюдениями, а также результатами экспериментальных исследований (В.И. Квиришивили, 1966; В.Г. Вогралик, М.В. Вогралик, 1978; Ф.Г. Портнов, 1980; Е.С. Вельховер, В.Г. Никифоров, 1984; Я.С. Песиков, С.Я. Рыбалко, 1990; А.А. Михайлова, 1992; Ю.А. Ткаченко, 2000; Н.С. Lu, 1975; Н. Kropel, 1976). Поэтому, уже на протяжении нескольких десятилетий аурикулярную рефлексотерапию рассматривают как одно из перспективных направлений клинической оценки и коррекции состояния здоровья человека. Значительному прогрессу в этой области способствовали проведенные в нашей стране исследования по уточнению топографии аурикулярных точек и показаний для их клинического применения, выполненные Д.М. Табеевой (1976, 1980) и Л.М. Клименко (1976, 1990) в рамках международной классификации по Г. Кениг и И. Ванчура (G. Konig, I. Wancura, 1975).

Огромный вклад в разработку фундаментальных основ аурикулярной рефлексотерапии внес проф. Р. А. Дуринян (1982, 1983). В настоящее время хорошо известно, что различные заболевания вызывают отраженные реакции сигнального характера на определенных точках ушной раковины. С нейрофизиологической точки зрения это объясняется изменением функциональных свойств центральных нейронов, на которых конвергируют аурикулярные и висцеро-соматические афференты, проводящие патологическую импульсацию от внутренних органов и с пораженных участков тела. В виде рефлекторных реакций это приводит к формированию на ушной раковине локальных пунктов (точек) гипералгезии с изменением электрокожного сопротивления и морфологии кожи, что в полном объеме реализуется в оригинальной методике многофакторной аурикулярной диагностики (МФАД).

Метод МФАД, разработанная д.м.н. Е. Е. Мейзеровым и к.б.н. М. В. Королевой (2000), существенно отличается от аналогичных комплексным анализом электропроводности, болевой чувствительности и морфологических проявлений в сигнальных точках ушной раковины.

Метод МФАД в 2000 г. получил официальную регистрацию Минздрава России [7].

На современном этапе считается, что МФАД позволяет проводить интегральную оценку состояния здоровья человека, осуществлять топическую диагностику заболеваний органов и систем организма, составлять индивидуальные схемы рефлекторного воздействия и оценивать динамику проводимого лечения. МФАД характеризует высокая информативность, точность, раннее выявление различных патологических процессов, экспресс-тестирование для получения результатов, а также возможность исследования в "одном поле зрения" всех органов. Поэтому использование аурикулярной диагностики показано для скрининговой оценки функционального состояния органов и систем организма с целью назначения по показаниям соответствующего диагностического исследования прямыми методами. Диагностика может использоваться также с целью составления индивидуальных схем рефлекторного воздействия на аурикулярные точки и оценки динамики проводимого лечения. Однако для обеспечения высокой клинической эффективности метода необходимо использовать автоматизированные компьютерные системы.

1. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА

Использование аурикулярной диагностики **ПОКАЗАНО** для скрининговой оценки состояния здоровья, раннего выявления нарушений функций внутренних органов и систем организма с целью назначения по показаниям соответствующего клинико-диагностического исследования. Диагностика может использоваться также с целью составления индивидуальных композиций рефлекторного воздействия на аурикулярные точки и оценки динамики проводимого лечения.

Проведение процедуры диагностики **ПРОТИВОПОКАЗАНО** при воспалительных процессах ушной раковины, а также у пациентов с имплантированным кардиостимулятором. Относительными противопоказаниями можно считать повышенную чувствительность к электрическому току и к механическому давлению.

У пациентов с психическими заболеваниями МФАД ограничивается измерением электропроводности и анализом морфологических проявлений в сигнальных точках ушной раковины.

2. УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АУРИКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Аурикулярную диагностику могут проводить врачи, прошедшие специализацию по традиционной диагностике в лицензированном образовательном учреждении.

Врач ведет прием в белом халате и одежде из натуральных тканей, на руке, которой он касается ушной раковины пациента, должна быть надета перчатка (хлопок, резина), чтобы исключить внешнее влияние на результаты электропунктурных измерений. Диагностика осуществляется при хорошем освещении и желательно с использованием увеличительной лупы.

Диагностические процедуры проводятся при влажности помещения 70-80 % и температуре воздуха от +20° до +22° С. Пациент перед исследованием обязательно должен находиться в состоянии спокойного бодрствования не менее 10 минут. Не рекомендуется проведение диагностики сразу после еды, физических и психо-эмоциональных нагрузок, на фоне других состояний физиологического дискомфорта. Исследование осуществляется в положении пациента сидя или лежа.

Перед обследованием пациент должен снять украшения, очки, часы, находиться в одежде из натуральных тканей, не вызывающих эффектов статического электричества. Его также необходимо предупредить, чтобы он снял устройства для мобильной связи.

3. ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

3.1. Визуальные изменения

При осмотре ушных раковин следует обращать внимание на их размеры, симметричность расположения, правильность формы, строгость линий завитка и противозавитка. Отмечаются цветовые изменения кожи в аурикулярных зонах, особенности сосудистого рисунка и наличие морфологических элементов.

Возможные цветовые изменения:

- покраснение – локальная гиперемия;
- побледнение – локальная ишемия;
- пигментация – пигментные пятна.

Морфологические элементы:

- изменения хряща – подкожные подвижные и неподвижные уплотнения, могут быть в виде бугорков;
- сосудистая сетка – телеангиоэктазии;
- точечные высыпания – участки гиперсекреции;
- шелушение - отторгающиеся клетки (чешуйки) рогового слоя;
- узелок - бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи;
- пузырек - полостной элемент с серозным содержимым;
- язвочка - глубокий дефект дермы;
- рубчик - образуется в результате заживления язвочки.

Морфологические элементы на коже ушных раковин следует подразделять на *первичные* и *вторичные*.

Первичные, как правило, возникают как первая кожная реакция на острый патологический процесс (раздражитель).

Вторичные образуются в результате эволюции первичных элементов.

Следует различать пять *первичных* элементов: пятно, узелок, бугорок, пузырек, гнойничок.

Пятно (*macula*) - элемент, характеризующийся изменением окраски кожи. Пятна могут быть воспалительными, сосудистыми, геморрагическими и пигментными. Воспалительные пятна возникают в результате расширения сосудов поверхностного слоя дермы. Цвет их розовато-красный, иногда с синюшным оттенком, они могут исчезать при надавливании. Эти пятна регрессируют бесследно или оставляют небольшое шелушение. Сосудистые пятна возникают вследствие стойкого расширения сосудов поверхностной сети кожи. Они могут быть врожденными и приобретенными, отличаются от воспалительных пятен наличием ясно видимых контуров расширенных сосудов в виде красных извитых полосок. Геморрагические пятна возникают вследствие разрыва сосудов кожи или увеличения проницаемости их стенок, в дальнейшем они постепенно изменяют окраску и, наконец, могут полностью исчезать. Однако они не исчезают при надавливании, чем отличаются от воспалительных пятен.

Узелок или папула (*papula*) - бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи. Цвет папул может быть розовато-буроватым, а величина с булавочную головку. По форме папулы бывают полуцилиндрическими и плоскими. При разрешении папулы на поверхности кожи появляется шелушение без образования рубца.

Бугорок (*tuberculum*) - бесполостной элемент возвышающийся над поверхностью кожи. Цвет бугорка желтовато- или буровато-красный, величина не более чечевицы, форма полуцилиндрическая. В дальнейшем развитии бугорок подвергается некрозу в центральной части с образованием язвы и рубца. Основное отличие бугорка от папулы заключается в большей глубине его расположения в коже, а также в характере эволюции.

Пузырек (*vesicula*) - полостной элемент с серозным содержимом, всегда остро-воспалительного характера. Величина пузырька с конопляное зерно, форма полуцилиндрическая. В дальнейшем развитии пузырек или ссыхается, покрываясь чешуйкой, или вскрывается, образуя эрозию, которая отпадает, не оставляя следа.

Гнойничок или пустула (*pustula*) - полостной элемент, возвышающийся над поверхностью кожи, с гноинным содержимым, обычно острогиперемического характера. Величина с булавочную головку, форма полуцилиндрическая или плоская. Пустулы подсыхают в корочку или вскрываются не оставляя рубца.

К *вторичным* морфологическим элементам относятся: чешуйки, корки, эрозии, язвы, рубцы, вторичные пигментные пятна.

Чешуйки (*squame*) - отторгающиеся клетки рогового слоя, появляются при разрешении пятен, папул, иногда бугорков и других первичных элементов.

Корка (*crusta*) - ссохшиеся содержимое пузырька или гнойничка, засохший секрет эрозии или язвочки.

Эрозия (*erosio*) - дефект эпидермиса, образующийся после вскрытия пузырька или пустулы.

Язва (*ulcus*) - глубокий дефект дермы, развивающийся после некроза бугорка.

Рубец (*cicatrix*) - образуется при заживлении бугорка.

Вторичные пигментные пятна - возникают после воспалительных пятен, папул, пустул в результате увеличения количества пигмента или уменьшения его на месте бывших первичных элементов.

Анализ визуальных изменений

После общего осмотра переходят к анализу имеющихся морфологических элементов. При этом обращают внимание на их локализацию, определяют характер - воспалительный или невоспалительный. При наличии явлений воспаления следует установить, имеют ли они острый или неострый характер. Для острого воспаления участков кожи ушной раковины характерны яркая краснота, отечность и болезненность. Определяют первичные и вторичные морфологические элементы и устанавливают их характерные признаки, величину, цвет,

очертания (правильные или неправильные), форму (полушаровидная, плоская), поверхность (шелушащаяся, гладкая), консистенцию (мягкая, плотная, твердая).

Так, например, гормональные расстройства, нарушение обменных процессов нередко проявляются шелушением, появлением участков гиперсекреции. Участки гиперкератоза могут указывать на эндокринную гипофункцию органа или системы. Наличие различных стадий развития пузырьков и узелков свидетельствует об органическом заболевании. Белые блестящие или тусклые соединительно-тканые рубчики указывают на хронические процессы и перенесенные в прошлом заболевания. Подкожные выступающие уплотнения с четкими границами, изменяющие форму при надавливании, и коричнево-серые уплотнения с нечеткими границами, не изменяющие форму при надавливании, могут указывать на доброкачественные или злокачественные опухоли в органах, соответствующих зонам ушной раковины.

Анализ визуальных проявлений дает ориентировочные сведения о стадии и фазе патологических процессов.

Стадии патологического процесса по данным визуальных проявлений

Стадия	Визуальные проявления
Острый процесс	Покраснение (локальная гиперемия, воспалительные пятна), узелок, бугорок, пузырек, гнойничок, эрозии, язвочки
Хронический процесс	Бледность, мраморность с четкими границами (локальная ишемия), участки гиперсекреции, выраженная сосудистая сетка, углубления в виде точечных участков от давления иглой, возвышение, чешуйки, корки, рубцы, вторичные пигментные пятна

Считается, что динамика прогрессирования и хронизации заболеваний проявляется в аурикулярных точках сначала функциональными, а затем морфологическими изменениями. Начало заболевания проявляется покраснением (гиперемия), а затем побледнением (сосудистый спазм) соответствующих зон ушной раковины. Острое развитие заболевания или обострение хронического процесса сопровождается формированием морфологических элементов в виде пузырьков, папул и пустул. При хронических заболеваниях возникают вторичные пигментные пятна, появляется шелушение, рубчик после язвочки.

3.2. Оценка электроаномальности

Применение переменного тестирующего тока низкой интенсивности дает возможность осуществить измерение импеданса (полного сопротивления) в точках ушной раковины.

Измеренные значения импеданса отражаются в условных единицах (ед.) электроаномальности на шкале ПРИБОРА и/или графике на экране монитора. Вся шкала соответствует 100 ед.

При электропунктурном обследовании не учитывают величины отклонения стрелки от нормальных значений электропроводности в диапазоне 0-20 ед. Отклонение на 20-40 ед. соответствует "низкой вероятности заболевания", в диапазоне 40-70 ед. - "выраженной вероятности заболевания", а на 70-100 ед. - "высокой вероятности заболевания". Например, отклонение стрелки по шкале на 30-60 ед. может указывать на хронические воспалительные и дегенеративные процессы в соответствующих органах и системах. При острых воспалительных процессах и заболеваниях с выраженным болевым синдромом наблюдается максимальное отклонение стрелки на 80-100 ед.

В процессе измерений нередко выявляется до десяти и более точек с отклонениями величины электропроводности от нормальных значений. Это значительно затрудняет определение основного очага поражения. Поэтому в этих случаях корреляция изменений электропроводности с другими диагностическими факторами позволяет выявлять ведущий патологический процесс.

3.3. Оценка болевой чувствительности

Болевая чувствительность может исследоваться тем же щупом, что и электропроводность. О появлении болезненных ощущений пациент сообщает врачу. Кроме того, врач сам может наблюдать и оценивать реакции пациента, которые могут выражаться в наморщивании, смыкании века одного или двух глаз, вздрагиванием и стоном.

При оценке болевой чувствительности условно выделяют две градации:

1) **точка малоболезненная** - к этой градации относятся случаи, когда у пациента появляются несильные болевые ощущения тянувшего, давящего или распирающего характера при надавливании на точку щупом, к этой же градации относятся случаи, когда тактильная чувствительность в исследуемой точке существенно отличается от ощущений в окружающих точках;

2) **точка болезненная** - когда при надавливании щупом на точки у пациента возникают выраженные болевые ощущения, при этом, как правило, на его лице возникает гримаса, либо когда не очень выраженные по интенсивности болевые ощущения носят характер острой, колющей боли.

4. АЛГОРИТМЫ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МФАД

Согласно наблюдениям, не все изменения, выявляемые на ушной раковине, имеют одинаковую диагностическую ценность. Сумма всех отмеченных в процессе диагностики изменений составляет общую аномальность аурикулярной точки, выражющуюся в баллах аномальности, при этом вклад каждого диагностического фактора у разных точек различен.

Общая аномальность точек рассчитывается программой “Пересвет Аури” по специальному алгоритму.

5. ФОРМИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

После исследования и анализа обнаруженных изменений, врачу необходимо сделать заключение, компактно отражающее выявленные нарушения, содержащее диагностические выводы и рекомендации.

Программа “Пересвет Аури” автоматически формирует предварительное заключение.

Итоговое заключение должно включать в себя следующее:

- 1) общую информацию о пациенте и проводимом исследовании;
- 2) резюме основных обнаруженных феноменов в сигнальных аурикулярных точках;
- 3) клиническую интерпретацию обнаруженных изменений и рекомендации.

Очень важно, чтобы заключение содержало медицинские термины и понятия доступные пониманию врача, не имеющего специальной подготовки. Например, установленные изменения в аурикулярных точках соответствуют высокой вероятности заболевания органов гепатобилиарной зоны. Далее следует указать официальные клинико-лабораторные диагностические методы, необходимые для подтверждения вероятности заболевания.

6. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ ПРИ АУРИКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Оценка общих и локальных изменений на ушной раковине представляет большую ценность для распознавания многих патологических процессов. С помощью аурикулярной диагностики открываются возможности для топической диагностики заболеваний. Однако, многие аурикулярные изменения нозологически неспецифичны, то есть разные заболевания могут вызывать сходные изменения диагностических параметров, что не позволяет пока этой методике самостоятельно решать сложные диагностические задачи. Поэтому на сегодняшний день аурикулярная диагностика может применяться в клинике подготовленными специалистами и только как вспомогательный диагностический метод.

Для нормального проведения исследований необходимо не пассивное, а активное участие в этом самого пациента. Во многих случаях это представляется затруднительным из-за негативного отношения пациента, которое является следствием недостаточной информированности о методе. Поэтому один из возможных подходов для привлечения обследуемого в союзники - предоставление ему полной информации о сущности метода, о возможных нарушениях в состоянии его здоровья, о дополнительных диагностических исследованиях, о ходе и ожидаемых результатах лечения, но без рекламных обещаний.

После проведения аурикулярной диагностики важно не ставить сразу определенный диагноз до момента его достоверного установления. Обнаруженные изменения на ушной раковине еще не свидетельствуют окончательно о патологии соответствующего органа. До определенного времени это всего лишь неблагоприятный фон, на котором может развиться, а может и не развиться то или иное заболевание. На этапе скрининговой оценки состояния органов и систем организма предпочтительней использовать рабочие формулировки диагноза "вероятный" или "возможный" процесс. Важно знать и помнить, что *неосмотрительная передача информации может явиться причиной ятрогенеза*.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Вельховер Е.С., Никифоров В.Г.** Основы клинической рефлексологии. - М.: Медицина, 1984. -224 с.
2. **Вогралик В.Г., Вогралик М.В.** Иглорефлексотерапия (Пунктационная рефлексотерапия). – Горький: Волго-Вятское книжное издательство, 1978. – 296 с.
3. **Дуринян Р.А.** Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии. – Ер.: Айастан, 1983. -240 с.
4. **Клименко Л.М.** Акупунктурные точки специфических зон воздействия. – М.: Прометей, 1990. – 139 с.
5. **Королева М.В., Мейзеров Е.Е.** Актуальные вопросы разработки современной номенклатуры аурикулярных точек. / Разработка и внедрение методов и средств традиционной медицины. – М.: Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ (Серия “Научные труды”, Т.2), 2001. – С.49-54.
6. **Лувсан Г.** Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1990. – 576 с.
7. **Мейзеров Е.Е., Королева М.В.** Многофакторная аурикулярная диагностика в клинической рефлексотерапии. Методические рекомендации МЗ РФ № 2000/73. Научно-практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ, 2000, - 35 с.
8. **Михайлова А.А.** Диагностика и аурикулотерапия. Атлас-справочник. – М.: Центр инноваций “Продвижение”, 2003. – 144 с.
9. **Ножье П.** Аурикулотерапия. Тезисы. – Екатеринбург: Изд-во Регионального открытого социального института, 2001. – 122 с.
10. **Песиков Я.С., Рыбалко С.Я.** Атлас клинической аурикулотерапии. - М.: Медицина, 1990. – 256 с.
11. **Портнов Ф.Г.** Электропунктурная рефлексотерапия. – Рига: Зинатне, 1988. – 352 с.
12. **Табеева Д.М.** Руководство по иглорефлексотерапии. - М.: Медицина, 1980. - 560 с.
13. **Табеева Д.М., Клименко Л.М.** Ухоиглотерапия. - Казань, Татарское книжное издательство, 1976. - 95 с.
14. **Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А., Дмитриенко В.В., Каримов Т.К.** Аурикулярная диагностика и рефлексотерапия. – М., 1994. – 182 с.
15. **Kropej, H.** Systematik der Ohrakupunktur. Haug Verlag, Heidelberg, BRD, 1976, p. 78
16. **Lu, H.C.** A Complete Textbook of Auricular Acupuncture. (transl. from the Chinese). - Vancouver. Canada, 1975.
17. **Nogier, P.** Treatise of Auriculotherapy. Maisonneuve Moulins les Metz, 1972, p. 321.
18. **Xiao, F.; Wei, L.** Auricular Acupuncture Therapy. Shandong Science and Technology Press, China, 1996, p. 204.
19. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** A proposed standard international acupuncture nomenclature: report of a WHO scientific group. Geneva, 1991