

Методы и способы воздействия на БАТ в рефлексотерапии.

Воздействие на АТ и зоны проекции АТ необходимы для получения предсказуемой рефлекторной реакции организма, системы или её части для получения заданного терапевтического эффекта. Воздействие на АТ вызывает рефлекторную реакцию перераспределяющую энергетику органов и систем, компенсируя недостаточность или избыток активности в заданной проекционной зоне организма, представленной её меридианом (ми) и АТ принадлежащей этому меридиану. Филосовский постулат или догма рефлексотерапии, многократно подтверждённая практическими результатами воздействия на АТ, гласит следующее: «Слабые воздействия ведут к плавному и стабильному нарастанию рефлекторной активности, воздействия средней силы вызовут быструю и недолговременную активность, сильное воздействие вызовет бурный всплеск активности с последующим продолжительным угнетением объекта и окружающих, связанных с ним систем». Все эти достаточно условные меры воздействия на проекции АТ могут применяться в практике рефлексотерапии, выбор способа и силы воздействия на АТ на ответственности оператора, терапевта, врача. В бытовой практике методы воздействия на АТ должны выбираться с предельно возможной тщательностью и аккуратностью. Практик - рефлексотерапевт всегда стремится к минимально возможному воздействию на минимальное количество АТ, формируя сумму заданных терапевтических реакций в ре-

флукторном перераспределении энергетики органов и систем. В складывающейся за последние десять лет эпидемиологической обстановке, применение инвазивных (проникающих) средств для воздействия на АТ можно считать просто недопустимым, исключая конечно предельные клинические ситуации, такие как реанимационные мероприятия или анестезирующие воздействия. Только в стерильных условиях медицинских стационаров, используя разовый инструментарий промышленной стерилизации. Проникновение акупунктурной иглы на достаточно большую глубину травмирует кожные покровы, ткани, сосуды и что совершенно недопустимо, может травмировать и разрушить участок надкостницы, приводя к стойкому длительному непредсказуемому результату перемежающихся рефлекторных реакций разбалансирующих энергетiku организма. Акупунктура – иглоукалывание - наиболее известный и наиболее сильный способ воздействия на АТ, может применяться только высококвалифицированным специалистом в условиях стационара, под непрерывным наблюдением терапевта. К иглоукалыванию можно отнести и расширенные способы воздействия на АТ, такие как разогрев тлеющей моксой или полынным пухом специальных игл, пропускание импульсного или постоянного тока через иглы, введение в область АТ фармако средств инъекционными иглами. Здесь можно упомянуть способ прижигания зоны проекции АТ моксой или тлеющими полынными палочками, для получения эффекта ожога нередко используется криопунктура, воздействие жидким азотом. Все эти приёмы следует отнести к повре-

ждающим, очень сильным и опасным. Применяются они в основном как средство активного психологического давления на абсолютно здоровых пациентов и непримиримых симулянтов. Приёмы применения моксы могут быть и не повреждающими. Тлеющую полынную сигару или безникотиновую сигарету подносят к месту проекции АТ на расстояние 3-5 мм, ориентируясь на вазомоторные реакции пациента и не допуская возникновения даже слабого ожёга, увеличивают расстояние на величину 5-10мм, прогревают АТ в течении 10 – 30 сек. Весьма высокоэффективный приём для работы по неглубоким Фолль точкам пальцев, тыльной поверхности кистей и стоп.

Менее сильными, но никак не менее эффективными, можно считать приёмы манопрессуры шиатсу - надавливание подушечками пальцев и микромассаж проекций АТ, очень развитое искусство или ремесло манипулирования рефлексорными реакциями, с множеством своеобразных приёмов и способов достижения результата. Шиатсу требует от оператора отточенных навыков психосоматической защиты высокого уровня во избежание негативного влияния дисбаланса энергетики при непосредственном контакте с пациентом. При соблюдении строжайших гигиенических правил прессура подушечками пальцев приемлема и в рамках Фолль-метода для работы по меридианам и АТ, декларированным и обозначенным по зонам и типу влияния на органы. Неконтактные способы - это прессура АТ специальными палочками, воздействие ИК и УФ излучением, фонопрессура – передача механических колебаний звукового и ультразвукового

диапазона в область АТ. Воздействие на АТ специальными палочками - способ совершенно универсальный, позволяющий оперативно изменять силу и динамику воздействия на АТ в процессе сеанса. Приёмов очень много. От кратковременного резкого и сильного нажатия на АТ до плавного длительного изменения угла направления давления, многократные нажатия в течении секунды, круговые движения вокруг АТ с пересечением центра расположения АТ. Средним по силе воздействием можно считать мягкий нажим длительностью примерно в одну секунду, оставляющий на поверхности кожи небольшую лунку без признаков травмирования. Палочки для прессуры конечно должны быть одноразовыми. Гениальный знаток рефлексодиагностики и рефлексотерапии, доктор биологических наук Марат Османов, применял обыкновенные деревянные спички, выбирая из коробки спички с максимально гладкими серными головками правильной формы. Пациенты в этот критический момент заявляли – «Только не этим, не надо, сам всё скажу». Даже при такой щадящей технологии травма кожного покрова хоть и небольшая, но есть. Непрерывно развивая и совершенствуя методы и приёмы рефлексотерапии Османов сформулировал и поставил перед технарями задачу создания предельно простого и удобного устройства, не травмирующего кожный покров пациента в принципе, но по силе воздействия перекрывающий все известные методы, имеющего максимально возможный и регулируемый от нуля диапазон силы воздействия на АТ. Основной базовой информацией послужила крупная монография фран-

цузского доктора JEAN LAMY “ACUPUNCTURE PHONOPHORESE TECHNIQUE-CLINIQUE” preface du professeur P.HUARD. 1967. Монография содержит описания клинических наблюдений результатов рефлексотерапии при воздействии на АТ колебаний деки смычковых музыкальных инструментов. В пробных устройствах выполненных по самым различным технологиям самым удачным оказался преобразователь электрического сигнала в механические колебания выполненный на основе динамической головки от наушников-капелек. Поскольку шток, передающий колебания диффузора головки к области кожи в проекции АТ непосредственно с диффузором головки соединить невозможно, из корпуса потенциометра СПО 0.5 был изготовлен этакий малюсенький барабанчик диаметром 20мм и длиной 10мм. Роль одной мембраны играл диффузор динамической головки, вторая мембрана, прочная из тонкой пластмассы, одной стороной соединялась с корпусом мягкой резиновой или полиуретановой прокладкой, другой со штоком, имеющим не сквозное отверстие на глубину примерно 5-7 мм для установки в шток разового пыточного инструмента – спички. При подводимой к головке мощности в 50 мВт, огромных потерях в передаче колебаний диффузора на рабочую часть, мероприятие казалось сомнительным. На снимках ниже показана одна модель устройства из экспериментальной серии, выполненная в корпусе переходника прикуривателя импортного автомобиля. Одна из крышек переходника снята. Шток изготовлен из сухого дерева груши или корины, без отверстия для установки спички, поскольку прибор

был личным и применялся на одном пациенте. Слева на алюминиевом цилиндре установлена высокоэффективная головка от наушников «Sony», соединенная мягкими витыми проводниками с основным проводом устройства. Справа кольцо из мягкой резины, переходная мембрана и шток с пазами ограничивающими его перемещение. При касании штоком кожного покрова, шток прижимает мембрану к резиновому кольцу, герметизируя объём воздуха в цилиндре и акустические колебания передаются на шток.



Оставалась проблема с сигналом. Османов занимаясь сквозным анализом работ ЛАМУ, предложил, по его же собственному признанию, интуитивное решение - применить в качестве сигнала синтетическую модель звучания аккорда виолончели с основным тоном ЛЯ, 441Hz, гармоническим вторым тоном аккорда и диссонирующим с ними третьим тоном. Для перспективного расширения возможностей устройства были созданы четыре одноминутные записи звучания виолончели. Мажорный аккорд, минорный, мажорный с диссонансом и минорный с диссонансом. После

прослушивания, пациент самостоятельно выбирал как бы близкий ему по состоянию сигнал. Иногда использовались сигналы синусоидальной формы различной частоты в диапазоне достаточно высокой эффективности преобразователя от 200Hz до 2KHz. В качестве рабочего источника сигнала использовались портативные CD проигрыватели и MP3 плеер. Даже при легком касании кожного покрова, пациент ярко и отчетливо ощущал реакцию АТ. Терапевтический ответ соответствующий средней силе пресс воздействия достигался простым касанием кожного покрова в проекции АТ на время 0.5 – 1 сек. На следующем фото прибор в сборе.



Работа по точкам подобными устройствами оказалась столь эффективной, реакция организма точной и предсказуемой, что несмотря на повышенную слож-

ность обращения с комплектом оборудования нередко возникал соблазн отказаться от многократно проверенного и очень удобного приёма прессыры спичками. Простейший по конструкции прибор показал универсальные возможности применения в терапевтической практике.

Самым мягким действием обладает серийно выпускаемый инфракрасный терапевтический лазер «ОРИОН». Импульсное излучение лазера ближнего инфракрасного диапазона проникая на глубину порядка 40мм, позволяет «взять» труднодоступную глубоко расположенную точку в уникальных и недоступных другими методами проекциях. Корпус лазерной головки имеет достаточно большой диаметр, затрудняя прицеливание на АТ, поэтому приходится размечать кожу пациента авторучкой для контроля положения головки и направления луча. После запуска встроенного таймера необходимо фиксировать в неподвижности зону облучения и положение головки лазера в течении нескольких минут, что для пациента да и для оператора очень неудобно. В последнее время «ОРИОН» комплектуется насадками, повышающими удобство работы с ним. При работе лазером «ОРИОН» пациент не ощущает изменения состояния проекции АТ, поэтому экспозиции выбираются крайне осторожно, по возможности в меньшую сторону, набирая информацию о реактивности конкретного пациента и постоянно корректируя экспозицию от сеанса к сеансу. Составляя план терапевтических воздействий на АТ, следует непременно учитывать как состояние органов и самих АТ их представляющих, так и общую энергетику ме-

ридианов, выбирая способы воздействия на АТ исходя из результатов диагностического обследования. При необходимости работы с большим количеством АТ, например три и более, сеансы рефлексотерапии следует проводить не более двух раз в неделю и полную Фолль диагностику желательно не чаще одного раза в месяц.