

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВОООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ТОМСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
КУРОРТОЛОГИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ

"УТВЕРЖДАЮ"

Председатель Секции по
реабилитации и физиотерапии:



В. М. Боголюбов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО
Р.ФОЛЛЮ В ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПИИ

ПОСОБИЕ
для врачей

ТОМСК - 1997

АННОТАЦИЯ

В настоящее время электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля (ЭПДФ) широко используется в диагностических центрах и других лечебных учреждениях. Существует большое число публикаций об этом методе, однако недостаточно освещены методики ЭПДФ, используемые в физиобальнеотерапии. Цель данного пособия - восполнить этот недостаток. Пособие может быть рекомендовано для использования в лечебных, санаторно-курортных учреждениях и предназначено для врачей и научных сотрудников

Пособие составлено в Томском научно-исследовательском институте курортологии и физиотерапии МЗ РФ академиком РАМТН, профессором Е.Ф. Левицким, н. с. О.Е. Голосовой, докт. мед. наук Т.Д. Гридневой, канд. мед. наук А.А. Зайцевым, докт. биол. наук Б.И. Лаптевым.

1. ВВЕДЕНИЕ

Электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля (ЭПДФ), основанная на электрофизиологических показателях акупунктурных точек, характеризует функциональное состояние органов, тканей и систем организма. В основе метода лежит определение электропроводности акупунктурных точек (ТА), динамики установления тока в них, или, иными словами, согласно теории Р.Фолля - изменение потенциала реакции тела, представляющего собой ответную реакцию организма при воздействии на ТА электрическим током.

Оценка параметров биологически активных зон (БАЗ) и биологически активных точек (БАТ) позволяет оперативно и объективно характеризовать течение пато- и саногенетических процессов в организме и поврежденном органе, оценивать адекватность проводимой терапии и осуществлять индивидуализированный подбор физиобальнеофакторов с учетом состояния организма.

2. ОПИСАНИЕ МЕТОДА

2.1. Формула метода

С целью динамического наблюдения за состоянием организма в процессе физиолечения и прогнозирования адекватности применяемых физиобальнеотерапевтических воздействий использованы возможности классического метода ЭПДФ в виде его вариантов (методика четырехквadrантных измерений по биологически-активным зонам (БАЗ), по 40 контрольным точкам измерения (КТИ), по специальным точкам измерения (ТИ). При этом методика четырехквadrантных измерений по БАЗ предназначена для интегральной оценки общего "энергетического" состояния пациента, определения неспецифической реактивности его организма, методика измерения по КТИ предназначена для экспресс-оценки "энергетического" уровня меридианов и взаимосвязанных с ними органов и тканей, методика измерений по специальным ТИ - для целенаправленного исследования функционального состояния отдельных систем и органов в ходе восстановительного лечения, методика "медикаментозного тестирования" - для оперативной оценки адекватности применяемых физиобальнеофакторов для конкретного пациента.

2.2. Материально-техническое обеспечение метода

2.2.1. Современные отечественные приборы для ЭПДФ - "Диафоль-2" (изготовитель ТОО "Диафоль", г Москва № 95/311-123), "Скат" (изготовитель ТОО фирма "Трис", г Волгоград № 94/271-94), "Меридиан" (изготовитель НТЦ ПТ "Корвет", г Новосибирск № 94/271-90), "Прогноз-мини" (изготовитель Бердский эл.-мех. завод, г. Бердск № 93/199-67).

В этих аппаратах с диагностической целью используется постоянный ток силой 1,5 мкА и напряжением 1,2 - 2,0 В.

2.2.2. Условия для проведения диагностического исследования.

Для пациента - накануне исследования исключить прием лекарственных препаратов (по возможности), кофе, алкоголь, курение, тяжелые физические нагрузки, перед исследованием снять синтетическую одежду, очки, бижутерию, часы, косметику.

Для врача - изолировать руки сухими белыми хлопчатобумажными перчатками.

Для кабинета - исключить люминисцентное освещение, приборы электромагнитного поля.

Стулья и полы должны иметь антистатическое покрытие.

2.2.3. Рекомендуем пользоваться следующими атласами:

а) Я.В. Пишель, М.И. Шапиро, И.И. Шапиро. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. Москва, "Медицина", 1989;

б) А.В. Самохин, Ю.В. Готовский. Электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля (монография). Москва, "Имедис", 1993;

в) А.П. Митрофанов, А.Л. Брыляков. Учебное пособие по электропунктурной диагностике (Р. Фолль), Курск, 1993.

2.3. Технология использования метода

2.3.1. Методика четырехквадрантных измерений по БАЗ. Под термином "квадрант" подразумевается участок кожи, имеющий сегментарные или иные взаимосвязи (висцерокутанные, кутано-кутанные и др.) с определенными органами или тканями, через которые пропускается "диагностический" электрический ток (табл. 1).

Измерения БАЗ ("квадрантов") проводится по четырем отведениям:

I отведение рука - рука (Р-Р).

II отведение левая рука - левая нога (Р-Н)л,

III отведение правая рука - правая нога (Р-Н)п,

IV отведение нога - нога (Н-Н).

Таблица 1.

Последовательность измерений по БАЗ

№ п/п	Отведение	Взаимосвязь с органами и тканевыми системами
I.	Рука - рука (Р-Р)	Сердце, легкие, пищевод, шейно-грудной отдел позвоночника.
II.	Рука слева - нога слева (Р-Н) л	Сердце, бронхи, легкие, желудок, нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки, селезенка поджелудочная железа, почки, уrogenитальные органы.
III.	Рука справа - нога справа (Р-Н) п	Печень, желчный пузырь, легкие, бронхи, желудок, восходящий отдел поперечноободочной кишки, аппендикс, почки, уrogenитальные органы.
IV.	Нога-нога (Н-Н)	Уrogenитальные органы, прямая кишка, пояснично-крестцовый отдел позвоночника

Измерение проводимости по I отведению (рука-рука). Данное измерение является обязательным при всех вариантах ЭПДФ, т.к. отражает тип неспецифической реактивности организма пациента и определяет тонус вегетативной нервной системы.

Последовательность измерения:

- 1 - обработать электроды, кисти и стопы пациента спиртом;
- 2 - пассивный круглый электрод подключается к прибору (к гнезду ПЭ) и дается пациенту в левую руку;
- 3 - неподключенный к прибору второй круглый электрод – в правую руку пациента;
- 4 - активным электродом (щупом) врач касается правого электрода на 5-10 сек. и считывает показания по стрелочному прибору;
- 5 - результаты измерений (в условных единицах) фиксируются в диагностической карте.

Величины "измерительного уровня" (ИУ) по отведению "Р-Р" интерпретированы в табл. 2.

Измерение проводимости по II отведению (рука слева - нога слева):

- 1 - пластинчатые ножные электроды, положенные на токонепроводящий коврик, помещаются под ноги пациента;
- 2 - левый ножной электрод подключается к гнезду ПЭ;
- 3 - круглый ручной неподключенный электрод помещается в левую руку пациента;
- 4 - наконечником активного щупа врач касается левого ручного электрода на 5-10 сек;
- 5 - результаты измерений фиксируются в диагностической карте.

Измерение проводимости по III отведению (рука справа - нога справа) Проводится аналогично II-му, но только для правой стороны тела

Измерение проводимости по IV отведению (нога-нога)

- 1 - левый ножной электрод подключается с помощью штекера к гнезду ПЭ;
- 2 - к неподключенному правому ножному электроду врач касается активным щупом на 5-10 сек.;
- 3 - показания прибора фиксируются в карте.

Максимальные и минимальные значения (из-за возможного эффекта "падения стрелки") отмечаются в виде дроби (например - 80/71)

Таблица 2.

Интерпретация результатов измерения по I отведению (рука - рука)

Величина ИУ	Тип неспецифической реактивности	Тонус вегетативной нервной системы
100-96	Экстремальная гиперэргия (острый стресс)	Амфотония
95-92	Выраженная гиперэргия (при психомоторном возбуждении, неврозе ожидания, НЦД, при употреблении возбуждающих средств, в предменструальный период, в продромальную стадию инфекционных заболеваний)	Выраженная симпатикотония
91-87	Гиперэргия	Гиперэргия
86-82	Нормэргия	Эутония
80	Переход от ваготонии к симпатикотонии	
81-70	Гипоэргия (у лиц с "энергетическим дефицитом", при анемиях, остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника, ИБС, гипотиреозе, эндогенной депрессии, передозировке лекарственных препаратов)	Парасимпатикотония
69-60	Выраженная гипоэргия	Выраженная парасимпатикотония (может быть и физиологическая в вечернее время и после приема пищи)
59-50	Резко выраженная гипоэргия	Резко выраженная парасимпатикотония с истощением резервов симпатoadреналовой системы
49 и ниже	Ареактивность	Охранительное или запредельное торможение ЦНС

Примечание. У детей в норме показатели выше на 10 условных единиц, у пожилых людей - на 10 у.е. ниже, чем у взрослых.

Показатели ИУ для всех отведений в норме составляют 82 - 86 у.е.

При интерпретации результатов ЭПДФ по БАЗ необходимо учитывать разность величин ИУ отдельных отведений. Разность, составляющая 6 и более у.е. является достоверным доказательством наличия нарушений в соответствующем квадранте. Если разность ИУ всех отведений составляет менее 6 у.е., можно судить лишь о типе неспецифической реактивности организма и тоне вегетативной нервной системы.

Феномен "падения стрелки" ("дрейф" стрелки в обратную сторону) указывает на амфотонию тону вегетативной нервной системы с преобладанием или компенсаторным повышением тону вагуса (отображение антагонистических взаимоотношений между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы).

Динамика лечения считается положительной, если при контрольных измерениях отмечается тенденция к нормализации показателей во всех отведениях. Если указанные 4 значения одинаковы, то организм находится в состоянии вегетативного энергетического равновесия.

2.3.2. Методика измерения по КТИ.

Диагностический алгоритм измерения по КТИ включает измерения 40 репрезентативных БАТ, расположенных на пальцах кистей и стоп на границе тыльно-ладонной или тыльно-

подошвенной поверхности в местах перехода головки фаланги в тело (Рис. 1, Рис. 2).

Техника измерения БАТ:

- 1 - пассивный круглый электрод подключается к гнезду ПЭ диагностического прибора;
- 2 - активный электрод (щуп) смачивается водой и плавным прижатием устанавливается под углом 45° к БАТ. Сила прижатия составляет примерно 500г;
- 3 - стрелка прибора поднимается до определенных показателей и на 1-2 сек останавливается, образуя так называемое "плато",
- 4 - за основу берутся показатели "плато" после 3-его прижатия щупа к точке;
- 5 - после достижения "плато" может быть медленное падение стрелки - это феномен "падения стрелки" (ПС);
- 6 - показатели "плато" и феномена "ПС" (более 5 у.е.) фиксируются в диагностической карте пациента.

Таблица 3.

Интерпретация показателей измерения БАТ

Величины ИУ(у.е.)	Интерпретация
100	Распространенный острый воспалительный процесс (гнойный)
99-90	Острый или катаральный воспалительный процесс
89-82	Подострый, очаговый или локальный воспалительный процесс
81-66	Предпатологическое нарушение функции органа или тканевой системы
65-52	Зона физиологического напряжения функции органа или тканевой системы
50(±1)	"Идеальная" норма
48-42	Начальная стадия дистрофического процесса, дисметаболические нарушения
41-32	Прогрессирующий дистрофический процесс
31-22	Деструктивный процесс с частичной атрофией клеточных структур органа или тканевой системы
21-0	Полная атрофия или злокачественное перерождение клеточных структур органа или тканевой системы

Динамика лечения считается положительной в том случае, когда при контрольных измерениях отмечается нормализация показателей КТИ, что отражает сбалансированность "энергетического" состояния меридианов и взаимосвязанных с ними систем и органов. Увеличение показателей ИУ более 80 у.е. расценивается как обострение заболевания и служит критерием к изменению расстановки процедур или отмене лечения.

2.3.3. Методика измерения по специальным ТИ.

Данная диагностическая методика предусматривает более детальное изучение отдельных систем или функций организма в процессе лечения.

Используется диагностический алгоритм, разработанный на основе традиционной восточной медицины с учетом современных критериев постановки диагноза (ИБС, ГБ, ВСД и т.п.) пациентам, обследованным в клиниках института. Количество используемых ТИ в каждом конкретном случае решается специалистом индивидуально. Техника измерения описана в п. 2.3.2.

Примерный алгоритм исследования сердечно-сосудистой системы. Используются следующие точки меридианов:

ТИ (МС)9 - характеризует состояние всего артериального русла (ангиопатия, васкулит, атеросклероз, функциональная перегрузка артериального русла);

КТИ (МС) - характеризует состояние сосудистого тонуса (гипертония, гипотония);

КТИ (R) - отражает функциональное состояние почек;

КТИ (С) - характеризует функциональное состояние сердца (тахикардия, ангиоспазм);

ТИ (С)9 - слева информативна при поражении аортального клапана, справа - для диагностики врожденных пороков клапана легочной артерии;

ТИ (С)8 - характеризует отток лимфы от сердца в грудной проток (при токсических нагрузках, вирусных и бактериальных процессах);

ТИ (С)6, ТИ (С)7 - характеризует поражение оболочек сердца (воспалительный или дегенеративный процесс, в том числе постинфарктное состояние);

ТИ (НД)1а - отражает функциональное состояние вегетативной нервной системы;

ТИ (АЛ)1с - информативно при инфекционных и токсических поражениях эпителия сосудов, при склерозировании сосудов;

ТИ (ЖД)2 - точка жировой дегенерации органов и сосудов грудной полости (жировая дистрофия миокарда атеросклероз венечных сосудов сердца, аорты);

ТИ (ЖД)3 - точка жировой дегенерации органов и сосудов головы (церебросклероз);

ТИ (МС)7 - точка венечных артерий сердца (информативна при ИБС, пред- и постинфарктных состояниях, при наличии воспалительных изменений коронарных сосудов);

ТИ (МС)8 - информативна при различных нарушениях венозного оттока флебитах, тромбофлебитах.

Интерпретация результатов измерения по специальным ТИ ЭПДФ предусматривает контроль показателей преимущественно в измененных системах до лечения, в процессе и после лечения. Величина эффекта "ПС" свидетельствует о развитии функциональных или органических нарушений, связанных с процессами парабиоза или клеточной деструкции во взаимосвязанных с конкретными БАТ органах и тканях.

За положительную динамику лечения свидетельствует нормализация показателей контрольных точек меридианов измененных систем без ухудшения показателей исходно нормальных и отсутствие эффекта "ПС".

Метод даёт возможность оценить направленность действия физических факторов на биоэнергетику "органов-мишеней".

3. МЕТОДИКА ПОДБОРА ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Подбор физиобальнеофакторов осуществляется по принципу "медикаментозного тестирования" при их дистантном воздействии на организм посредством включения тестируемого препарата в цепь прибор-пациент. В качестве "тестируемых препаратов" используются препараты природного происхождения, лечебные грязи, активированная вода, мази, отвары трав и т.п.

3.1. "Медикаментозное тестирование" с использованием методики 4-х квадрантных измерений по БАЗ

Если контроль над лечением осуществляется по методике 4-х квадрантных измерений, то и подбор лечебных препаратов также осуществляется по этой методике.

Техника измерения:

- в цепь пассивного электрода включается тест-ячейка;
- измеряется величина проводимости по 4-м отведениям (исходный замер);
- в тест-ячейку вкладывается пробирка (ампула) с испытываемым (тестируемым) препаратом №1;
- проводится повторное измерение по 4-м отведениям результаты записываются в карту;
- тестируемый препарат № 1 убирается из тест-ячейки, которая затем протирается спиртом;
- проводятся измерения по 4-м отведениям (исходный замер перед тестированием следующего препарата);
- в тест-ячейку помещается препарат № 2;
- проводятся измерения по 4-м отведениям и результаты заносятся в карту.

При необходимости возможно тестирование нескольких препаратов одновременно для оценки составленного лечебного комплекса. Для этого несколько пробирок с препаратом помещаются в тест-ячейки и производятся измерения по вышеизложенной методике. Сравнительная оценка тестируемых препаратов проводится по наличию ответной реакции организма на каждый препарат в виде изменений показателей проводимости по 4-м отведениям относительно исходных замеров.

Заключение о целесообразности применения того или иного препарата делается, исходя из полученных результатов, т.е. по наличию уменьшения разности этих 4-х измеряемых величин, снижения увеличенных значений до 80 ед. или их повышение, если они были исходно менее 80

ед.

3.2. "Медикаментозное тестирование" с использованием методики измерений по БАТ

После проведения специальной диагностики по ТИ, выбирают ТИ с наибольшим отклонением от нормэргического диапазона (50-60 ед.) и на них проверяют появление "биоэнергетического резонанса", как ответной реакции конкретного органа или системы на неконтактное воздействие тестируемого препарата. "Биоэнергетический резонанс" - это явление волновой интерференции, проявляется по шкале микроамперметра перемещением стрелки в диапазон нормэргического состояния.

Техника измерения:

- к гнезду аппарата "МТ" или в цепь пассивного ручного электрода подключается тест-ячейка;
- осуществляется измерение параметров ТИ, выбранной для тестирования;
- результаты измерения заносятся в карту;
- тестируемый препарат помещается в тест-ячейку;
- фиксируются новые показания по ТИ.

В случае положительного эффекта, когда тестируемый препарат "восстанавливает" энергетику в исследуемой ТИ (органе), приступают к определению влияния данного препарата на энергетику основных меридианов в следующих ТИ: КТИ СПЭД, КТИ Ал, Ал-6. Данные точки информативны в отношении аллергии, идиосинкразии организма к препарату или при неблагоприятном энергетическом ответе на препарат.

Оптимальным считается тот препарат (или их совокупность), который "нормализует" показания на ТИ (наличие "биоэнергетического резонанса") и не оказывает негативного влияния на энергетику основных меридианов.

4. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

4.1. Диагностика периферической нервной системы:

V(VII) 60 - нервы нижних конечностей;

IG(VI) 7 - нервы верхних конечностей;

VB (XI) 20 - симпатический отдел вегетативной нервной системы;

T(XIII) 16 - шейный отдел позвоночника;

V(VII) 33 - тазовая часть симпатического отдела вегетативной нервной системы;

V(VII) 16 - грудная часть;

V(VII) 24 - брюшная часть.

Функция парасимпатического отдела ВНС определяется по показателям БАТ:

IG (VI) 16 - головная часть блуждающего нерва;

E (III) 16 - грудная часть блуждающего нерва;

E (III) 21 - брюшная часть блуждающего нерва.

Путем сравнений показаний контрольных точек блуждающего нерва и симпатического отдела ВНС можно диагностировать симпатикотоническое или ваготоническое преобладание в обеих половинах тела.

4.2. Диагностика центральной нервной системы:

TR (X) 20 - гипоталамус;

VB (XI) 12 - нейрогипофиз;

VB (XI) 21 - аденогипофиз;

V (VII) 8 - эпифиз;

V (VII) 18 - четверохолмие;

VB (XI) 7 - межоточный мозг;

VB (XI) 8 - серый бугор;

VB (XI) 17 - ретикулярная формация;

VB (XI) 16 - центр сна;

VB (XI) 19 - центр сна и бодрствования;

PC₃ (инь-тан) - КТИ лимбической системы;

Т (ХШ) 24 - КТИ большого мозга;

Т (ХШ) 14 - спинной мозг.

Специальная ЭПД позволяет целенаправленно проводить исследование функционального состояния отдельных участков периферической нервной системы и ЦНС, контролировать восстановительную терапию. Количество используемых точек для диагностики в каждом конкретном случае индивидуально.

4.3. Диагностика на точке "гипоталамус".

Репрезентативная БАТ гипоталамуса расположена на меридиане TR (X) 20. Топографическое расположение на границе перехода кожи головы в складку, идущую к верхушке уха, сзади прикрепления ушной мышцы, в костной ямке, расположенной выше височной линии.

Интерпретация результатов измерения в точке "гипоталамус".

Значения измерительного уровня выше 94 у.е. могут быть обусловлены острыми или хроническими интоксикациями химических соединений, солями тяжелых металлов, повышением радиационного фона, острыми бактериальными и вирусными инфекциями, злоупотреблением курением, алкоголем, кофеинсодержащими препаратами, наркотиками нарушениями функций гипофиза, заболеваниями зубов, воздействием сильных электромагнитных полей.

Значения в интервале 94-82 у.е. отражает острые и хронические заболевания ЛОР-органов и зубов.

Значения 60-68 у.е. обусловлены посттравматической энцефалопатией, последствиями перенесенной менингита или арахноидита.

Асимметрия в показателях справа и слева, составляющая 2 - 5 у.е. может указывать на подострый воспалительный процесс, 6 - 10 и более у.е. - острый локальный процесс в ЛОР-органах или зубах.

Значения ниже 50 у.е. могут быть обусловлены поражением диэнцефалона, цереброваскулярной недостаточностью, хронической интоксикацией барбитуратами, нейролептиками, наркотиками.

Эффект "ПС" наблюдается при психоорганических заболеваниях и аутоиммунных поражениях нервной системы.

4.4. БАЗ, используемые в диагностике заболеваний нервной системы (7-квадрантное измерение)

Используются дополнительно лобные электроды, накладываемые на правую и левую область лобной части головы.

Отведения	Взаимосвязь с органами и тканевыми системами
лоб справа (+) - рука справа (-) лоб слева(+) - рука слева (-)	Головной мозг, мышцы шеи, шейный отдел позвоночника, сердце, верхние дыхательные пути, миндалины, глаза (соответственно правые и левые отделы головы и туловища).
Лоб справа - лоб слева	Сосуды головного мозга, шейный отдел позвоночника, мышцы шеи, придаточные пазухи носа, зубы.

4.5. Диагностика по точкам Р. Фолля.

Алгоритм исследования нервной системы

ТИ (НД)1 - поясничный и крестцовый сегменты и корешки спинного мозга. Отражает состояние указанного отдела спинного мозга (вертеброгенные, ишемические, неопластические причины поражения);

ТИ (НД)1a - вегетативная нервная система. Характеризует состояние всех ганглиев и сплетений вегетативной нервной системы. Дополнительно исследуются сплетения по репрезентативным точкам классических меридианов;

КТИ (НД)1b - периферическая и центральная нервная система;

ТИ (НД)1с - оболочки спинного и головного мозга. Отклонения от нормэргических показателей

свидетельствует о травматических, неопластических процессах, а также отягощение вторичными очагами инфекции носоглотки;

ТИ (НД)2 - шейные, грудные сегменты и корешки спинного мозга;

ТИ (НД)3 - сосуды ствола головного мозга и большого мозга. Информация о данных структурах, преимущественно о состоянии сосудистого русла;

ТИ (НД)3а - парасимпатические (внутричерепные) ганглии головы;

ТИ (НД)4 - черепно-мозговые нервы. Дифференциальная диагностика воспалительных поражений черепно-мозговых нервов с ишемическими и дегенеративными изменениями;

ТИ (АЛ)1а - нарушения вегетативной регуляции при сосудистых и аллергических поражениях;

ТИ (СД)2, 3 - информативна при шейно-грудном остеохондрозе, травмах позвоночника и грудной клетки;

ТИ (ЖД)3 - информативна при склерозе сосудов головного мозга;

КТИ (МС) - характеризует состояние сосудистого тонуса (гипертония, ВСД, гипотония).

Сравнивая классическое вертеброневрологическое обследование и возможности электропунктуры по Р.Фоллю при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника, последнее представляет не только исследовательский, но и практический интерес. Наиболее удобными для целевых использований являются репрезентативные точки меридианов нервной дегенерации. Ограниченное число используемых БАТ не является оптимальным с точки зрения диагностики, но для тестирования любого лечебного воздействия качественно и количественно, в том числе и физиотерапевтического, для оценки эффективности используемой терапии такой подход является удобным. При многообразии клинических синдромов остеохондроза позвоночника, анализ электрических параметров (ЭП) репрезентативных БАТ позволяет оценивать заинтересованный отдел позвоночника суммационно, не выделяя локальный уровень поражения, не выделяя пато-морфологический субстрат. Высокая степень остроты заболевания, что, как правило, сопровождается выраженным болевым синдромом, отражается степенью энергетического напряжения, что соответствует параметрам > 65 у.е. Необходимо выделить ряд ситуаций, когда электрические показатели соответствуют верхним границам нормы, особенно в пределах 55 - 65 у.е., но не отражают отсутствия патологического процесса со стороны различных тканевых структур соответствующего отдела позвоночника, это - асимметрия показателей симметричных БАТ более 4 - 6 у.е., что чаще соответствует хроническому течению заболевания, феномен "падения стрелки", относительно низкие показатели других БАТ (КТИ), соответствующие диапазону 48 - 55 у.е.