

Зима 2006 Гомеопатия Современная

О корпоративной медицине

Материал подготовлен по заказу председателя комитета по культуре и развитию совета муниципальных образований России И. А. Большакова

Очень часто сегодня можно услышать о так называемой «корпоративной медицине». Причем это не пустые разговоры, а реальные дела, реальные факты создания клиник и медицинских центров, оснащенных самой современной техникой. Создается впечатление, что именно корпоративная медицина сегодня является сосредоточением всего самого передового, что только есть в российской медицине. Именно поэтому возникает желание разобраться в этом своеобразном феномене современной медицинской жизни и провести некоторый обзор многих успешных и безуспешных попыток открытия и функционирования медицинских учреждений, созданных на базе отдельных современных коммерческих и специализированных государственных предприятий, корпораций и неформальных объединений.

Подоплека явления, часто называемого «корпоративной медициной»

Правящим классом в нашей стране является поколение сорокалетних. Происходит это потому, что большинство людей достигают пика своих возможностей именно к сорока - пятидесяти годам. В спорте это происходит чуть раньше, в политике, науке и высших управленческих сферах - позже... Но если говорить о поколении в целом, то именно поколение сорокалетних определяет и вершит все важное, что происходит в стране.

Нельзя сказать, что люди после пятидесяти ничего не могут. Конечно, многие вообще начинают входить в полную силу мысли и творчества только после пятидесяти лет. Кто-то даже меняет профессию и начинает «дышать полной грудью» во время своей «второй молодости»: или после того, как дети выросли и начали самостоятельную жизнь, или стали самыми близкими и доверительными партнерами в работе родителей. Но речь не об этих отдельных счастливых случаях. Речь о поколении в целом. А для поколения характерна все-таки утрата значительной доли активности людьми, чей возраст перевалил за пятьдесят. Да и на здоровье после пятидесяти приходится обращать внимание. Не то чтобы появлялись какие-то болезни... Просто о визитах к врачу уже необходимо задумываться, даже если не приходится врача навещать.

Так это или не так — не важно. Важно то, что именно такую точку зрения чаще всего высказывают сорокалетние, определяющие все происходящее в стране. И чаще всего именно эти сорокалетние, не посещающие врачей и не имеющие необходимости лечиться, задумываются о формировании так называемой «КОРПОРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ». То есть медицины, которую они могут сами организовать в зоне своего максимального влияния — в своей корпорации. Организовать сейчас, пока им еще не исполнилось пятидесяти и пока медицина не стала насущной потребностью. Ведь иначе в уже близкие пятьдесят придется обращаться к той медицине, которая существует сейчас. К той медицине, которая их не устраивает уже потому, что это «не их медицина». Ведь даже «машину на чужом сервисе не починишь даже за сорок долларов в час... Масло или резину поменять записывают на неделю вперед, а уж серьезное что-нибудь... И специалистов нет и гарантий никаких... А с медициной еще хуже... И дороже, и клиник мень-

ше... Чем сервисов». Такие уж стереотипы у правящего сегодня класса сорокалетних.

Требования к корпоративной медицине

Требования к корпоративной медицине определяются именно перечисленными выше особенностями людей, берущихся за организацию медицинских центров, призванных обеспечить будущее (а не настоящее) здоровье заказчика — организатора — спонсора. Тем самым центр корпоративной медицины попадает в весьма двусмысленную ситуацию.

С одной стороны, у него нет каких-либо задач, обусловленных текущим состоянием здоровья организатора — заказчика. Более того, если центр займется традиционной терапией, то в глазах спонсора он перестанет отличаться от прочих медицинских учреждений. И работа этого центра квалифицируется как «халтурка ради денег». Ведь сам-то заказчик здоров. И сотрудники его организации здоровы, потому что «уволить всегда дешевле, чем лечить». Значит, по мнению организатора, традиционная медицинская деятельность никак не может отвечать корпоративным целям. А может быть лишь «халтуркой ради денег».

С другой стороны, ограничиться исследованиями в геронтологической области такой центр тоже не в состоянии. Ведь оценка его деятельности всегда происходит «здесь и сейчас». И если нет явной сиюминутной медицинской отдачи, то в силу вступают «экономические» стереотипы про то, что «кормить бездельников никто просто так не будет». Что «надо отбивать вложенные деньги хотя бы в размере инфляции... То есть процентов хотя бы двадцать-тридцать годовых...» И что «оборот современной организации должен составлять минимум шестьсот тысяч рублей в год на человека с учетом лаборантов и завхоза...» Иначе «дешевле обанкротиться».

В результате любой центр корпоративной медицины попадает в весьма нелегкую ситуацию и вынужден ежедневно отстаивать и доказывать свою именно корпоративную медицинскую полезность. А в условиях отсутствия методик и имиджа именно корпоративной работы это весьма непросто. Хотя центров корпоративной медицины возникает все больше и больше, так как в современной ситуации инфляции количество ажиотажных неостребованных «нефтяных» денег увеличивается. Да и состояние здоровья всего сорокалетнего поколения владельцев денег со временем не улучшается.

Таким образом, корпоративная медицина сегодня финансируется лучше, чем любое другое медицинское направление: лучше, чем онкология, наркология, генетика, лечение СПИДа и САРЗ. И вместе с тем корпоративная медицина не имеет не только самостоятельных оформленных методик и имиджа, она не имеет даже осознанных и четко поставленных медицинских задач. А самое удивительное здесь состоит в том, что именно на методическую, имиджевую и исследовательскую работу в корпоративной медицине денег не выделяется и не будет выделяться, так как из-за отсутствия проработанного устоявшегося имиджа оценка работы любого центра корпоративной медицины происходит каждый раз «здесь и сейчас».

Задачи корпоративной медицины

Очевидно, что к специфическим задачам корпоративной медицины следует в первую очередь отнести все и всяческое обеспечение труда и жизнедеятельности здорового человека, разменявшего пятый десяток лет: то есть собственно заказчика, организатора и спонсора всей «корпоративной медицины». Эта задача — главная, так как от ее решения зависит сам факт существования

От редколлегии.

Здравствуйте.

Как Вы знаете, «Современная Гомеопатия» целиком посвящена методу Пульсогомоиндикации, одному из самых объективных, перспективных и быстроразвивающихся методов гомеопатической терапии и диагностики. Мы будем рады, если Вам понравятся приведенные здесь материалы.

С уважением,
редактор «СТ»
С. И. Котельников

Котельников

В НОМЕРЕ:

О корпоративной медицине. С.И. Котельников, Г.Р. Хисамутдинова	1
Объективное медикаментозное тестирование без диагностического щупа	3
От редколлегии	3
О частной методике подбора конституционального препарата. Я. Т. Флексер	4
О возможности подбора конституциональных препаратов методом пульсогомоиндикации. Конспект выступления Н.А. Цветкова	5
Лечебная стратегия доктора Бирюкова. В.И. Маковкин	6
В пульсогомоиндикации появились новые методики	8



данной области медицины. Грубо говоря, все остальные вопросы на сегодняшний день будут автоматически отнесены к категории «халтурки» и только навредят становлению корпоративной медицины как специфического явления и, скорее всего, разрушат тот медицинский центр, который возьмется за решение «посторонних» вопросов «на деньги корпорации».

Более того, к «посторонним» вопросам часто могут быть отнесены и медицинские проблемы самого заказчика. Например, в кругу политиков и руководителей, занимающих свои должности на выборной основе, даже намек на возможное нездоровье (не говоря уж о факте лечения) просто недопустим. Ведь такой намек автоматически снижает рейтинг заказчика в глазах поддерживающих его лиц: «А вдруг следующий срок не потянет?!»

Также к «посторонним» относятся вопросы профилактики заболеваний, вопросы профессиональных патологий и прочее... Все то, что может быть решено посторонними медицинскими организациями и не привязано к интересам самого заказчика, не вплетено в его конкретную ежедневную работу.

Продолжение на стр. 2.

Окончание. Начало на стр. 1.

А даже такая несерьезная методика, как «детектор лжи», находит свое место в корпоративных образованиях. Ведь такие детекторы позволяют «обнаруживать» факты воровства, пьянства и аморального поведения. И если заказчика мучают страхи за имущество, борьба с подсиживанием или просто паранойя, то «детектор лжи» станет средством и орудием борьбы в его руках. И весь центр корпоративной медицины окажется так или иначе полезным в организации. И сможет развиваться.

Такой же эффект «явной полезности» имеют методики обнаружения наркомании при найме новых сотрудников, методики формирования коллективов и выявления скрытых конфликтов, методики составления объективных психодиагностических характеристик и прогноза поведения людей в различных ситуациях, построение прогнозов и коррекция заболеваемости, анализ причин девиантного поведения, методики изменения баланса инициативности — исполнительности, эмоциональности — рассудочности и прочее.

Хотя, конечно, все перечисленное нельзя назвать специфическими задачами корпоративной медицины. Это всего лишь методики, позволяющие такой медицине выжить и получить возможность развиваться и проводить исследования в специфической для нее области.

Бесперспективность в корпоративной медицине

Теперь предположим, что медицинский центр при достаточно значимой и устойчивой корпорации состоялся, приобрел все необходимые методики и оборудование, доказал свою полезность и начал успешно (в некотором смысле) функционировать. Далее этот центр ждет следующая неприятность: такой центр, несмотря на всю свою значимость, достаточно быстро оказывается **БЕСПЕРСПЕКТИВНЫМ**. Действительно, сравниться с нефтедобычей по коммерческой эффективности никакая медицина не в состоянии. Да и обслуживать посторонние организации и людей этот центр вряд ли сможет: ведь работа его, как ни крути, выявляет весьма секретную информацию. В результате такой центр прочно позиционируется где-то рядом с отделом кадров. Но расходы на его содержание весьма велики (все-таки медицина), и, когда эта дорогостоящая игрушка надоедает руководителю, центр закрывается или перепрофилируется в коммерческий. А потом закрывается, как описано в параграфе «требования к корпоративной медицине». Причем такая судьба характерна и для вузовских поликлиник, и для производственных медкабинетов, и даже для практики выездной терапии работников посольств России за границей. Авторам этих материалов известны лишь два случая продолжительного успешного функционирования таких **БЕСПЕРСПЕКТИВНЫХ** корпоративных медцентров. Но эти два центра возглавляются женами руководителей корпораций.

Таким образом, сколь бы то ни было длительная корпоративная медицинская практика возможна в трех случаях:

- либо эта «игрушка не надоедает» руководству и сотрудникам корпорации за счет своей специально выстроенной стратегии перспективности;
- либо для существования корпоративной медицинской практики существуют некоторые внешние мотивы, такие, как супружеские отношения между руководителем предприятия и директором медицинского центра;
- либо корпоративные медицинские технологии оказываются действительно эффективнее прочих и вплотную включаются в производственный процесс, как это принято в добровольном медицинском страховании (прогноз заболеваемости), в кадровой работе коммерческих агентств (анализ алкоголизма и наркомании) и так далее. Но здесь следует говорить уже не о корпоративной медицине, а об отдельных коммерчески эффективных диагностических и лечебных технологиях, на базе которых может быть выстроен самостоятельный производственный и коммерческий процесс. А это уже вряд ли стоит относить к корпоративной медицине как таковой. В лучшем случае такие методики пригодятся для начального этапа функционирования корпоративного центра (смотри параграф «задачи корпоративной медицины»). А скорее всего эксплуатация подобных методик приведет к созданию самостоятельного не корпоративного медицинского

центра, обслуживающего достаточно большое количество предприятий, организаций или частных лиц.

Примеры перспективных корпоративных исследований

Как это ни странно, но самые значимые медицинские исследования происходят сегодня именно в рамках корпоративной медицины. Даже расшифровка генома человека — это корпоративный результат. И это правильно, так как именно корпоративные исследования могут окупиться не только за счет результата (расшифровка генома шла десять лет). Окупаемость таких исследований может происходить и происходит за счет грамотных рекламных стратегий, заманчивых обещаний, привлечения активов людей, которым также интересно «поиграть» в игры, подобные рас-



шифровке генома или применению стволовых клеток. И только корпоративная стратегия перспективности может обеспечить медицину талантливыми организаторами, способными обеспечить подобную «игру» в рамках своего поколения: в рамках круга приятелей и знакомых, распоряжающихся значительными ресурсами и способных направить эти ресурсы на нужды корпоративной медицины. Впрочем, в задачу этого текста не входит разбор таких примеров, как финансирование и коммерческая эффективность корпоративной расшифровки генома, борьба с САРЗ, птичьим гриппом и других.

Основная идея перспективных корпоративных медицинских исследований

Качество корпоративных медицинских исследований и соответственно объем их финансирования, сегодня определяется стереотипами тех же людей, от которых зависит все существование корпоративной медицины. А нынешнее поколение людей сорока — пятидесяти лет обладает двумя особенностями:

- ресурсы этих людей очень быстро растут. Причем речь идет как о финансовых, так и о кадровых, имущественных, властных и других ресурсах. Соответственно, у этих людей постоянно возникает дефицит идей и ответов на вопрос: «Как использовать ресурсы?» Причем коммерческие проекты, приносящие менее двадцати процентов годовых, этими людьми просто не рассматриваются, так как стоимость кредитов сейчас колеблется около названных двадцати процентов (в Европе получить кредит можно и под два процента годовых). А так как разработка коммерческих проектов — дело трудное и долгое, то у этих людей постоянно возникает соблазн сделать что-нибудь «полезное, доброе или социально значимое»: читай, не обязательно столь эффективное финансово. Чем дальше, тем лучше они справляются с этим соблазном, но иногда соблазн их одолевает и побеждает;

- с другой стороны, эти люди пережили перестройку, развал СССР, дефолт 1998 года и еще многое. Они отчетливо понимают, что любое благосостояние и любое благополучное течение дел может в любой момент закончиться, как это уже неоднократно происходило за последние пятнадцать лет. Причем в медицинской области завершение благополучного течения дел для них выглядит как невозможность дальнейшего эффективного и энергичного существования.

Из сказанного следует достаточно простой вывод: сегодня перспективными исследованиями в области корпоративной медицины считаются только те, которые так или иначе ориентированы на фобию нынешнего поколения руководителей, заключающуюся в страхе перед неизбежным возрастным снижением

собственной активности, энергичности и удачливости и соответственно с утратой ведущей роли и личной значимости в социально-производственных, политических и коммерческих процессах.

При этом не стоит забывать о том, что даже намек на лечебный характер корпоративных работ здесь недопустим. А разговоры о предмете описанной фобии вызывают явную неприязнь к авторам и участникам таких разговоров.

Если переводить сделанный выше вывод из психологической парадигмы в конструктивно — организационную (пригодную для начала финансирования работ), то тематика перспективных исследований будет звучать, например, так:

«анализ и управление физиологическими причинами организационной гениальности опытных руководителей»;

«разработка медицинских методик защиты руководителя от снижения работоспособности, энергичности и творческой активности»;

«построение физиологической схемы функционирования человека, принимающего ответственные решения и воплощающего их. Описание необходимых условий существования такой физиологической схемы. Разработка медицинских методик анализа и восстановления этих необходимых условий».

Таких формулировок можно создать множество. Суть их будет сводиться к тому, что сегодня появилась реальная медицинская возможность исследования особенностей физиологии человека продуктивного возраста (здорового, образованного, удачливого человека со сложившейся жизнью в возрасте сорока — пятидесяти — шестидесяти лет). Эти особенности уже можно выявлять, обнаруживать механизмы разрушения этих особенностей и пытаться восстанавливать разрушенную физиологию человека продуктивного возраста.

А так как проводят эти исследования врачи именно продуктивного поколения (сорок и старше), то можно быть уверенным в их добросовестности. Ведь эти врачи располагают полным набором фобий и стереотипов, свойственных поколению сорокалетних. И борьба с этими фобиями есть, в том числе, одно из самых значимых в их жизни дел.

При чем тут гомеопатия?

Ответов на этот вопрос несколько:

во-первых, гомеопатия развивается в основном энтузиастами и творческими врачами, не боящимися иметь и отстаивать свою точку зрения. То есть именно гомеопатия обладает наибольшим потенциалом ответственных и творческих врачей, которые только и могут решить описанную выше задачу;

во-вторых, именно гомеопатия ориентирована на позитивную медицинскую работу с психикой, поведением, функционированием, мышлением, энергичностью и т. п. Здесь гомеопатия располагает двухсотпятидесятилетним опытом, литературой и медикаментозными средствами, отсутствующими в других врачебных дисциплинах;

Кроме того, на начальном этапе функционирования любого корпоративного центра требуется решение ряда задач, перечисленных в параграфе «Задачи корпоративной медицины». Очевидно, что решаться эти задачи должны теми же средствами, которые будут использованы для перспективных исследований. Ведь начальный этап в корпоративной медицине и предназначен для доказательства объективности и перспективности привлекаемых медицинских средств и методик. А какие методики, кроме гомеопатических, способны решить перечисленные выше задачи начального этапа?

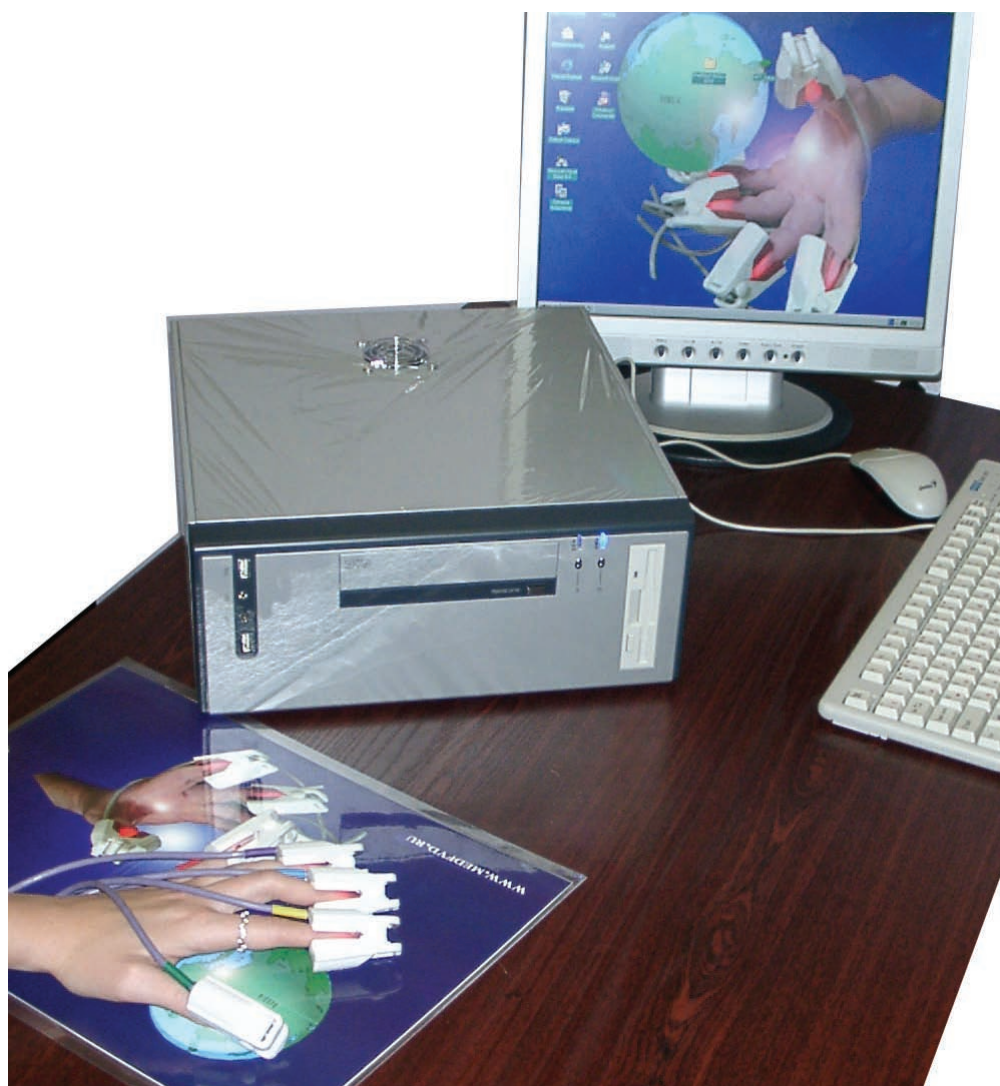
Таких и подобных ответов на вопрос о гомеопатии

и корпоративной медицине множество. И в каждом из корпоративных центров эти вопросы и ответы на них приобретают ту или иную форму. Но везде эти вопросы решаются именно гомеопатическими средствами, или не решаются вовсе. Во всяком случае, иное неизвестно авторам настоящего текста.



С.И. Котельников,

**Медико-технический институт “ФВД”
предлагает сертифицированное оборудование и
методики пульсогемоиндикации -
объективного медикаментозного тестирования без
диагностического шупа**



Метод пульсогемоиндикации производит оценку реакций пациента на кратковременные аппликации препаратов за счет оксигеметрии в пяти отведениях.

Такой подход позволяет использовать методы анализа параметров кровотока для исследования функционирования различных систем, органов и тканей. Так, анализируя параметры кровоснабжения некоего органа, можно исследовать:

- интенсивность и нагруженность его функционирования;
- скорость и величину реагирования на различные тестовые нагрузки;
- тренды и градиенты реакций на различные нагрузки (тестирование поражающих факторов, гормонов, конституциональных препаратов и прочего).

Измерения и диагностические тесты здесь базируются на принципе компьютерной синхронизации двухсекундных аппликаций тестовых препаратов с фиксацией параметров функционирования сердечно-сосудистой системы. Таким образом, возможно проведение подробного сканирования наличия различных вирусных, бактериальных, экологических, поведенческих, социально-психологических и прочих поражений.

Этот метод создает возможность применения различных критериев оценки реакций пациента, в зависимости от поставленной врачом задачи. Так, для лечения острых случаев диа-

гностика проводится соответственно одним критериям: анализу оптимальности кровотока, наличию заблокированных функциональных ресурсов, исследованию локализации болевого синдрома... И совершенно иные критерии используются, например, при лечении хронических поражений или патологий социально-психологической природы, соотносящихся с задачами конституциональной терапии.

Сотрудники Медико-технического института “ФВД”, производящего сертифицированные приборы для пульсогемоиндикации, будут рады ответить на Ваши вопросы по телефонам:

517-29-57; 973-49-92;
507-20-24; 973-24-94.

Вы можете посетить еженедельные бесплатные демонстрации приборов, ежемесячные учебные курсы и стажировки врачей, ежегодную конференцию по пульсогемоиндикации.

Информация о мероприятиях и публикациях регулярно размещается на сайте:

www.medfvd.ru.

Здесь Вы сможете увидеть фотографии, ознакомиться с сертификатами, регистрационными удостоверениями, дипломами и некоторыми принципами действия медицинских приборов пульсогемоиндикации.

Гомеопатия Современная

От редколлегии

По роду деятельности мне часто приходится присутствовать на гомеопатических выставках, конференциях и учебных курсах по пульсогемоиндикации. И что меня каждый раз искренне удивляет – это чисто внешнее отличие врачей-гомеопатов с опытом работы от пациентов, неофитов и просто интересующихся. Я даже стал, любопытства ради, собирать отличительные признаки врача-гомеопата.

На выставках для демонстрации работы приборов мне часто приходится проводить различные медикаментозные тесты. В эти тесты я включил ряд интересующих меня препаратов, таких, как алкоголь (несколько видов и потенций); никотин и табак; препараты, применяемые для оценки адаптационных резервов и уровня психологической комфортности; препараты, применяемые для оценки социальной напряженности и прочее. Конечно, во все тесты слишком много «исследовательских» препаратов включить обычно не удастся, да и анкетные данные с посетителей выставки, как правило, не собираются. Так что исследование мое трудно назвать профессиональным с точки зрения социологии или какой-нибудь другой науки об устройстве общества. Но результаты показали мне достаточно интересными, и я с удовольствием поделюсь своими открытиями:

1. Врачи-гомеопаты с опытом работы никогда не демонстрируют положительную реакцию на препараты «алкоголь» или «никотин» в низких потенциях. О высоких потенциях этих препаратов никаких определенных выводов сделать нельзя. Здесь отличия если и есть, то они не так заметны.

2. Адаптационные резервы врачей-гомеопатов с опытом работы (согласно тестам) не слишком отличаются от резервов прочих посетителей наших выставочных стендов. Однако тут следует понимать, что при тестировании я никак не мог учесть возрастные и образовательные особенности посетителей. Так, например, студенты медико-технических специальностей и девочки-ученицы медучилищ приходят целыми стайками. И проходят те же тесты, что и врачи в солидном возрасте. Естественно, это сказывается на качестве выводов об адаптационных резервах. Но что интересно, если предложить посетителю стул и поговорить с ним несколько минут, а потом провести повторный тест, то результат изменится кардинальным образом. У врачей-гомеопатов с опытом работы адаптационные резервы восстанавливаются очень быстро. Если можно так сказать, то «градиент» адаптационных резервов у врачей-гомеопатов и у прочих посетителей принципиально различен. Чем это вызвано, не очень ясно. Может быть, повышенным интересом к новому, может быть, лучшим состоянием здоровья, обеспеченным гомеопатическими средствами, может быть, еще чем-нибудь...

3. Психологическая комфортность, привычный уровень рефлексии и самонаблюдения, а также уровень доброжелательности врачей-гомеопатов значительно отличают их от прочих людей. Но это более или менее очевидно. Хорошим гомеопатом не может быть человек, которому не интересны его пациенты, который не умеет исправлять свое настроение или не умеет лечить свои собственные заболевания, приводящие к девиантному или просто некомфортному поведению.

4. А вот низкий уровень социальной напряженности у врачей-гомеопатов меня очень удивил. Я оценивал этот уровень (исключительно с разрешения посетителей) по реакции на онкозооды. И ни разу не получил здесь значимой положительной реакции для врачей-гомеопатов.

Из этих исследований вряд ли следуют какие-нибудь выводы, кроме субъективных. Я, например, очень рад, что работаю в кругу таких замечательных людей, а проведенные тесты лишь подтверждают мое мнение как о профессии, так и о профессиональном сообществе.

С уважением и признательностью за то, что именно Вы работаете рядом со мной,
редактор «Современной Гомеопатии»
С.И. Котельников.

О частной методике подбора к

В осеннем номере 2005 года редакция «Современной Гомеопатии» любезно поместила мою статью, содержащую соображения о возможности объективного тестирования конституциональных реакций пациента. Там я ввел предположение о том, что конституциональные препараты не всегда являются гомеопатическими, поскольку их назначение может быть никак не связано со страданиями пациента. Я утверждал, что в некоторых случаях можно добиться конституциональной реакции, всего лишь избавив пациента от собственно симптоматики. Избавив совершенно специфическими средствами: препаратами в низких потенциях, позодами и прочим.



И что иногда только после снятия острых симптомов стоит задумываться о том, что пациент обладает некоей конституцией, которая отвечает его (пациента) смыслу жизни, предназначению и цели рождения на свет. Что смысл жизни пациента не всегда связан с его страданиями: насморком, ОРВИ и другими сезонными неприятностями. И что, несмотря на крамольный характер всех этих утверждений, следует хотя бы «в уме» признать, что избавление пациента от страданий и возвращение ему смысла жизни — это разные лечебные задачи. Настолько разные, что от решения их по отдельности может быть получен значительный терапевтический эффект.

На эту статью я получил довольно много отзывов, критических и добрых, эмоциональных и рассудительных. Но все отзывы в той или иной форме, явно или не явно содержали одни и те же вопросы: «Откуда я все это взял? Как проверить мою гипотезу? Какие новые лечебные задачи позволяет решать такая трактовка конституции? Можно ли составить хотя бы пример методики, отвечающей содержанию моей статьи?»

Отзывов было довольно много, и я не считал себя в состоянии ответить на каждый из них по отдельности. Поэтому, воспользовавшись любезностью редакции «Современной Гомеопатии», я попробовал учесть все полученные мною комментарии и написать продолжение той осенней статьи.

О мотивах в разделении конституциональных и гомеопатических задач лечения пациентов

Примерно через десять лет после начала занятий гомеопатией я понял, что утратил чувство любви к пациентам. С тем, что пациенты — плохие люди, я смирился давно: странно же ожидать от страдающего человека корректности, радости или доброты. Но, занимаясь терапией, особенно гомеопатической, всегда ожидаешь не только выздоровления пациента, но и возвращения к нему черт хорошего человека, которым он, несомненно, был до болезни. Так вот после десяти лет занятий гомеопатией я понял, что утратил веру в возможность возвращения пациентам их изначальной доброты, радости и корректности. И вовсе не потому, что изначально мои пациенты были плохими людьми. Скорее, я утратил веру в возможность излечения этих людей моими силами. Впрочем, такого рода сомнения в своих возможностях посещают многих врачей, и я тут не исключение.

Причиной моих сомнений стал, как я теперь понимаю, именно мой гомеопатический опыт. Я стал достаточно хорошо (на мой взгляд) разбираться в «слоистой» структуре заболеваний: в одном «слое» присутствуют общие болезни, с которыми хорошо справляется конституциональная гомеопатия; в другом «слое» имеют место локальные острые, травматические или вирусные поражения совсем не конституционального характера; в третьем «слое» — хронические последствия давних болезней. И таких «слоев» можно перечислить значительное количество, опираясь на очень простое правило: заболевания в одном «слое» могут быть никак не связаны с поражениями пациента в другом. Заболевания могут существовать как бы параллельно, подпитывая и поддерживая друг друга, не давая врачу бороться с ними по отдельности: с одним справишься, другое усилится; второе победишь — первое активизируется.

Причем приводить примеры мне совсем не хочется, так как на любой пример я услышу возражение о том, что были, мол, пациенты, у которых при подобном же анамнезе удалось справиться с одним из заболеваний (например, конституциональным), а второе «само прошло». Да, удачных случаев много и у меня. Но я говорю лишь о тех, которые стали причиной моей неуверенности в себе. Неуверенности, которая заставила меня разрабатывать методики работы именно с «параллельными» заболеваниями. И в первую очередь с отделением конституциональных поражений от поражений острых, локально — травматических или вирусных (то есть собственно гомеопатических). Ведь конституциональная терапия требует значительного времени и дает значительный результат. А гомеопатическое лечение, например локально-травматического поражения, требует немедленного эффекта, ориентированного на характер травмы, на характер собственно «страдания», а совсем не на конституцию пациента. То есть и задачи здесь разные, и ожидания пациента (и врача) специфичны, и эффект ожидается различный.

А как оказалось впоследствии, чаще всего максимального результата удастся достичь именно тогда, когда одновременно борешься и с локальным (гомеопатическим), и с общим (конституциональным) поражением. Когда целенаправленную терапию локальных поражений и сиюминутных симптомов поддерживаешь конституциональными средствами, а веру пациента в результат лечения и в себя самого можешь обосновать локальным быстрым гомеопатическим снятием симптомов и очевидными быстрыми успехами в лечении.

Пример моего самого первого способа лечения, основанного на разделении конституциональных и гомеопатических средств и задач

Любовь к пациентам, так же как и любовь к своей работе, у многих врачей базируется на уверенности в собственных возможностях. Ведь какая может быть любовь к пациентам, если боишься каждого, впервые входящего в твой кабинет: а вдруг и у него тоже обнаружатся два параллельных заболевания, поддерживающих друг друга. И лечение придется проводить тоже параллельно. А средства терапии войдут между собой в конфликт, и придется по ходу лечения вновь проводить срочные дилетантские исследования совместимости различных видов препаратов и процедур. Исследования, которые до меня никто не проводил, и нет возможности ни посоветоваться, ни посмотреть хоть какую-нибудь литературу. Когда появляется, например, пациент с гепатитом, несколько лет принимающий кортизон, и просит помочь ему с прогрессирующим остеопорозом. Или девочка с ювенильными прыщами и диабетом просит помочь именно с кожей, «потому что на кремы у нее «аллергия». Или еще кто-то с очевидным на первый взгляд диагнозом, за которым мерещатся поражения в других «слоях». Ведь «чего боишься, то и обнаружишь...»

Собственно, с девочки, у которой был диабет и угревые высыпания на лице, я и начал систематические иссле-

дования «слоистых» заболеваний. Для начала я решил девочке просто помочь. Ей, как оказалось, необходимо было пройти собеседование, а нездоровая кожа способствовала неуверенности в себе. У меня был выбор: поднять ее уверенность в себе или вылечить на короткое время кожу. С диабетом я ничего поделать не мог, так как собеседование должно было состояться через два дня, и больше девочка приходила ко мне не собиравшись.

Вопрос уверенности в себе был решен достаточно стандартно: я провел автоматический медикаментозный тест поведенческих особенностей девочки и распечатал ее характеристику. Потом рассказал ей про совместимых и несовместимых людей. Про то, как важно быть на собеседовании самой собой, потому что иначе при положительном исходе собеседования она попадет в непригодное для нее окружение и станет жить «жизнью другого человека». Рассказал про личную конституцию человека, про заболевания и неудачи, преследующие человека, вынужденного пренебрегать собственной конституцией. Дал ей препарат, помогающий «быть собой»: в качестве такого препарата мог бы выдать и плацебо, но я подошел к решению вопроса «по максимуму» и подобрал девочке ее конституциональный препарат в режиме интенсивного пувинга: провел сто кратковременных аппликаций. Ведь с этой пациентки начинались мои регулярные исследования «слоистых» заболеваний.

Теперь мне требовалось так вылечить кожу, чтобы не повлиять на общее заболевание. То есть лечение требовалось исключительно локальное, и не обязательно с продолжительным эффектом. Но через два дня (на собеседовании) кожа лица должна быть чистой. Я реализовал свое первое «слоистое» лечение, заставил прыщи «функционировать в искусственно созданных условиях». Сегодня методики такого рода широко распространены в пульсогомоиндикации, когда Вегетативно-Резонансный томограф заставляет поражения «исчезать» прямо на приеме. Так что подробно описывать эту методику не имеет смысла. Важно, что методика сработала, что гарантировало девочке косметический эффект при повторении процедуры перед собеседованием.

Перед собеседованием (через два дня) девочка пришла на прием, рассказала о «вновь приобретенной» уверенности в себе и предложила «побыстрее разобраться с кожей». На мой взгляд, здесь никаких явных долговременных улучшений не было, ведь диабетом я не занимался. Но у пациентки было убеждение в моих возможностях, да и у меня тоже... Провозился я с этими «косметическими» процедурами около часа и получил нечто достаточно приемлемое. Во всяком случае, с остатками мелких покраснений и выпуклостей на коже девочка справилась при помощи какого-то крема. И собеседование прошло у нее вполне удачно. Что, собственно, и требовалось.

Оценка эффективности локальной терапии

Какое-то время я гордился «открытым» мной способом локальной терапии. Но достаточно быстро обнаружилось, что метод-то не работает. На повторный прием (через месяц) пришла та самая девочка. И я, решив похвастаться перед коллегами, продемонстрировал локальное лечение кожи. Все получилось ровно настолько, чтобы не ударить лицом в грязь. Эффект был на порядок слабее, чем раньше, и это вынудило меня проверить метод на других пациентах. С другими пациентами метод не срабатывал вовсе. То есть некий эффект, конечно, наблюдался, но совсем не значительный.

Спустя какое-то количество усилий и неудач я взглянул в историю болезни той самой девочки с прыщами и обнаружил существенное отличие самого первого применения метода от всех последующих: тогда я назначил еще и препарат, обеспечивающий пациентке «уверенность в себе». То есть, кроме локальных воздействий на воспаленную кожу я работал с психологией и поведением. И задействовал не один, а два «слоя» воздействий, что и привело к положительному результату.

Разочарование мое было велико. Ведь оказалось, что я никакой не открыватель нового метода (к чему я уже внутренне привык), а всего лишь добросовестный ученик великих гомеопатов, давным-давно деклариовавших приоритет конституции в гомеопатическом лечении. И, слава богу, та самая девочка пришла ко мне в третий раз. Я, «понявший» свои ошибки, не желающий более экспериментов и смиливший собственную гордыню, повторил диагностику психологических предпочтений пациентки и назначил препарат, поддержи-

ОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

вающий эти предпочтения. В результате применения такого метода лечения я теперь был уверен, как в Шанкаране. И каково же было мое удивление, когда через неделю я по телефону услышал, что «прыщики никак не проходят»!

Есть все-таки в жизни каждого мужчины такие женщины, через которых говорит сама судьба. Если бы эта девочка обиделась и больше не пришла, то мне, скорее всего, не удалось бы построить «слоистый» подход к лечению таких пациентов. Ведь у нее был инсулинозависимый диабет, которым ни в коем случае не следовало заниматься ради косметических целей. А так я получил полный набор возможных экспериментов:

- на первых приемах (с интервалом в два дня) были назначены как препарат, ориентированный на психику, так и локальная терапия кожных высыпаний. Результат был великолепный;

- через месяц я применил только местное лечение. Результат был, но очень слабый. Да и был результат лишь потому, что сохранилось еще некое действие препарата, ориентированного на психику;

- на третьем приеме я назначил только препарат для «уверенности в себе» и не получил вообще никакого результата (на коже);

- четвертый прием я провел по схеме первого, и опять получил столь же значительный и яркий эффект. Не сделать из этого соответствующих выводов было весьма трудно.

И что же дальше?

Собственно, все эти события произошли достаточно давно и обладают для меня лишь исторической ценностью. С тех пор мне удалось многое понять и многое проверить как про принципы «слоистого» лечения, так и про конституцию человека. Причем конституциональный подход и его понимание оказались, конечно же, значительно важнее и интереснее всего остального.

Оказалось (для меня), что конституциональный тип человека может меняться. Собственно, написано об этом и у Руи, и у Кента и у многих других. Но увидеть механизм и процесс этого изменения бывает весьма любопытно.

Меняется конституциональный тип пациента (по моим наблюдениям) исключительно через недомогания.

Предыдущий, старый конституциональный тип как бы «изнашивается» и перестает обеспечивать здоровье пациента. Причем выражается это в поражениях самого различного характера.

И характер этих поражений, и психика пациента свидетельствуют о старом конституциональном типе, об излишествах и недостатках его среды существования и многом прочем. Но характер поражений ничего не говорит о новом

конституциональном типе или о множестве возможных новых конституциональных типах. И ничего не говорит о диагностике и способах ориентации пациента в одном из возможных конституциональных путей жизни.

Собственно, именно понимание средств и методов диагностики этих многих (или не слишком многих) новых конституций явилось для меня наиболее полезным. Понимание это базируется на очень простом постулате:

- пользуясь средствами гомеопатической локальной или системной терапии, любого пациента можно привести в более или менее «здоровое» состояние, пусть и на очень краткое время;

- в этом псевдоздоровом состоянии пациент начинает демонстрировать совершенно непривычные и неспецифичные для него психологические реакции, пристрастия или предпочтения;

- именно анализ этих непривычных пациенту реакций и указывает на новый, еще только «открывающийся» для пациента вид конституции. И, как правило, решение здесь всегда не единственно. В момент смены конституционального типа пациент обладает более чем одной конституциональной возможностью. В этот момент пациент (с помощью врача) может свое будущее выбирать.

К сожалению, такой подход требует достаточно сложной техники и приборов: ведь чаще всего приходится заниматься локальной терапией внутренних органов (а не только прыщей). Да и диагностика еще не состоявшегося конституционального типа не может базироваться на мнениях пациента, его ощущениях или переживаниях. Ведь пациент еще ничего не пережил в новом конституциональном типе. Так что разговоры с ним не только бесполезны, но и вредны. И опираться приходится исключительно на результаты тестов. Но рассказ про такие тесты — это уже совсем другая история, не имеющая отношения к заданным мне вопросам о моей личной истории различения конституциональных и гомеопатических подходов к терапии.

Буду рад обсуждению этой проблематики и отзывам на статью по E-mail: FLEKSER@RAMBLER.RU.



Я. Т. Флексер

О возможности подбора конституциональных препаратов методом пульсогомоиндикации

О пульсогомоиндикации

Количество кислорода, которое потребляют ткани человеческого тела, точно соответствует количеству кислорода, которое доставляет к этим тканям кровь. Это позволяет исследовать активность различных органов косвенно: исследуя интенсивность кровотока в различных частях тела пациента. Соответственно и излишняя активность органов, тканей и систем, и режимы релаксации и рекреации, и другие эффекты функционирования организма пациента явным образом отразятся на параметрах кровотока и будут зафиксированы методом пульсогомоиндикации.

Особенно информативными становятся эти измерения в том случае, когда появляется возможность проводить тестовые напряжения организма пациента различными препаратами и процедурами: при проведении так называемого «медикаментозного тестирования». В этом случае методом пульсогомоиндикации удастся измерить изменения многих параметров кровотока:

- изменения в балансе локальной и общей интенсивности;
- феномены компенсации и декомпенсации давления и объема в кровеносной системе;
- ресурсозатраты и градиенты ресурсозатрат на локальное или общее кровоснабжение... И многое другое.

Естественно, что располагая таким мощным объективным инструментом для измерения реакции ор-

ганизма пациента на различные препараты, хочется подступить к решению самой сложной из имеющихся на сегодня задач гомеопатии, задаче подбора конституционального препарата объективными (без реперторизации) средствами.

О конституциональной задаче и сложностях ее решения средствами «медикаментозного тестирования»

В осеннем номере «Современной гомеопатии» Я.Т. Флексер написал замечательную статью о конституциональных препаратах. В частности, Яков Тимофеевич утверждал, что конституциональные препараты не являются гомеопатическими, потому что могут не иметь никакого отношения к страданиям пациента. По своей природе, если верить Я.Т. Флексеру, конституциональные препараты отражают все то лучшее, к чему способен человек: его энергичность, интерес к жизни, трудолюбие и прочее. Конституциональные препараты отражают «источник жизненной силы» человека, его «богоизбранность» и «включенность в процессы мирозидания»... Для меня важным здесь является то, что конституциональные препараты, по мнению Я.Т. Флексера, предназначены для того, что-

бы «подключать человека к источнику жизненной силы». Или для того, чтобы «возвращать человека к его истинному богоподобию». А излечение заболеваний — это дополнительный «пустяк» и «всего лишь» необходимое условие «богоподобия».

Конечно, согласившись с такой трактовкой конституциональных препаратов, приходится вслед за Шанкараном признать, что основной причиной всех и всяческих заболеваний является именно «отключение людей от источников жизненной силы».... А собственно болезни, их развитие и лечение, в том числе гомеопатическими препаратами, придется считать совсем иным способом существования — жизнью, в которой есть место «страданию».

Соответственно «страдание» при такой постановке вопроса становится одним из аспектов функционирования человеческого организма. Аспекта, требующего своих ресурсов и использующего определенный набор органов и систем. Таким образом, тестирование функциональных особенностей процесса «страдания», реально протекающего в организме пациента, становится достаточно простой задачей: этим процессом можно управлять за счет различных медикаментов, за счет напряжения тканей и органов нозодами и прочим. Все эффекты таких стимуляций будут отражаться в изменениях параметров функционирования организма человека и соответственно в изменениях параметров кровотока, то есть в привычном для нас «медикаментозном тестировании».

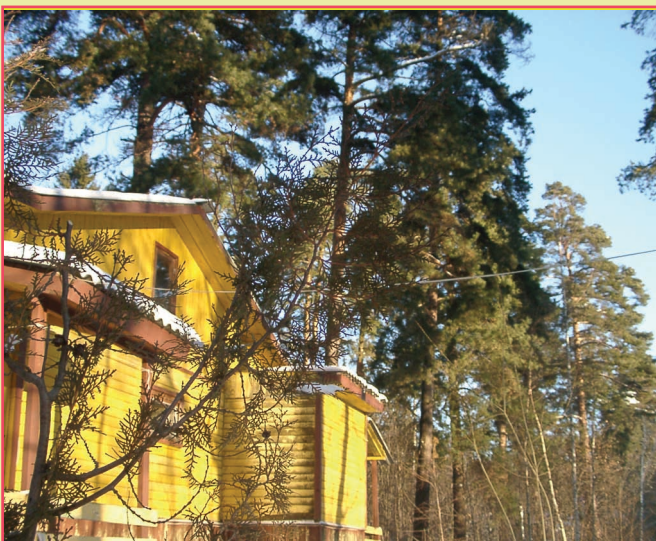
Но на больного человека конституциональный препарат может не оказывать немедленного действия.

Продолжение на стр. 6.

Окончание. Начало на стр. 5.

Для получения терапевтического эффекта зачастую необходимо:

- «подключить» пациента к «источнику жизненной силы»;



- дожидаться, пока его организм «наберет» необходимые ресурсы и начнет функционировать «конституционально»;

- «излечить» имеющееся у пациента заболевание за счет замены процесса «страдания» конституциональным процессом.

То есть эффекта от аппликации конституционального препарата на кожу пациента ждать приходится очень долго: от нескольких дней до нескольких месяцев. Видимо, этим и объясняется столь пренебрежительное отношение многих моих знакомых гомеопатов к самой возможности решения конституциональной задачи объективными средствами: на тест требуется такое же время, что и на собственно лечение.

Типотетическая возможность тестирования конституциональных препаратов методом пульсогомоиндикации

В организме любого человека годами складываются так называемые «компенсаторные связи». Возникают эти связи из-за того, что во время поражений одних органов, функциональную нагрузку принимают на себя другие. Причем после излечения исходного поражения компенсаторная связь исчезает не сразу. Иногда она сохраняется годами, защищая однажды пораженный орган от рецидивов.

Наличие таких компенсаторных связей всегда влечет за собой функциональное перенапряжение компенсирующих органов и функциональную «расслабленность» компенсируемых. Ведь во время болезни часть функций перешла от одного органа к другому и не была возвращена.

Это означает, что активность компенсирующего органа всегда повышена и кислорода он требует больше нормы. Соответственно активность «расслабленного» органа занижена, и кислорода он потребляет меньше. Таким образом, если сравнить график нормального потребления кислорода с графиком реального, то мы получим ряд отклонений. Чем больше таких отклонений нам удастся обнаружить, тем большим количеством активных компенсаторных связей обременен организм пациента.

В пульсогомоиндикации существует индикатор, описывающий именно среднее отклонение реального кровотока от нормального, что характеризует интенсивность компенсаторных связей в организме пациента — так называемый Av — индикатор. Этот индикатор широко применяется при медикаментозном тестировании для различных целей: контроля возможных обострений, правильности создания компенсаторных связей и прочего. Он чувствителен к медикаментозному тесту и достаточно информативен при решении задач управления компенсациями. Но, согласно Я.Т. Флексеру, в «конституциональном состоянии» человеку НЕ НУЖНЫ НИКАКИЕ КОМПЕНСАТОРНЫЕ СВЯЗИ. Ведь компенсации снижают эффективность функционирования организма пациента, резервируя некоторую часть активности ранее пораженных органов.

Следовательно, «процесс подключения к источнику жизненной силы» должен сопровождаться ПОСТЕПЕННЫМ разрушением всех и всяческих компенсаций. И эта постепенность должна отражаться в ГРАДИЕНТЕ Av — индикатора. То есть при аппликации правильно подобранного конституционального препарата Av — индикатор

должен меняться постепенно, свидетельствуя о плавном разрушении компенсаций.

Располагая такой гипотезой и механизмом расчета градиента Av — индикатора, рабочая группа Медико-технического института отправилась на гомеопатическую благотворительную стажировку.

Результаты стажировки

Из всех конституциональных типов меня больше всего занимала Calcarea Fluorica. Таких пациентов оказалось три, и все с явными «последствиями отключения от источника жизненной силы типа Calcarea Fluorica»: привычными подвывихами, малой физической выносливостью, поражениями кишечника, головными болями... Обращались они именно по поводу кишечника и головных болей.

По результатам тестирования удалось получить следующие выводы:

- во-первых, Dulcamara можно использовать в качестве конституционального препарата;
- во-вторых, конституциональных препаратов одному и тому же пациенту может быть назначено несколько. Так, наряду с Dulcamara появилась возможность назначить Calcarea Phosphorica или Psorinum, что повлекло за собой интереснейшие дискуссии.

В результате двум из трех пациентов была назначена Dulcamara D200 один раз в день в течение недели при ежедневном наблюдении. Головные боли (мигрень) и кишечные недомогания исчезли практически сразу и не возобновлялись в течение двух месяцев (о дальнейшем информация пока отсутствует). Возникли боли в позвоночнике и суставах, характерные и для Dulcamara, и для Calcarea Fluorica, начались слабые нарушения работы почек, характерные для Dulcamara. Симптоматическое лечение решено было проводить непотенцированными препаратами, чтобы не исказить картину. Пациенты на-



чали пить чай с мочегонной травой. Кроме нарушений в почках, этот чай снял все симптомы как в суставах, так и в позвоночнике. В течение недели симптомы исчезли.

Краткие выводы

В настоящее время проводится проверка изложенного подхода «двойным слепым» методом: некоторым пациентам Медико-технического института конституциональные препараты назначаются как реперторизацией, так и тестированием. В большинстве случаев тестирование позволяет назначить несколько препаратов, в которые часто попадает и тот, который назначается привычными методами. Работа эта близка к завершению, и результаты ее, скорее всего, будут доложены на ежегодной конференции по пульсогомоиндикации в мае 2006 года.

Конспект выступления Н.А. Цветкова на выездной конференции, посвященной тестированию конституциональных препаратов

20.01.2006 – 22.01.2006

Лече

Недавно меня попросили подготовить программу, содержание и методическое оснащение московской амбулаторной стажировки по пульсогомоиндикации. Первое, с чего я начал, — это описание методов лечения, применяемых практикующими рядом со мной врачами. Таких описаний накопилось несколько, и каждое из них дало много полезного для моей личной работы. Думаю, что и Вам они будут любопытны.

Общее описание лечебной стратегии доктора Бирюкова

Олег Игоревич Бирюков иногда приглашает меня для консультирования пациентов. Как мне кажется, доктора Бирюкова не слишком интересует мое мнение и рекомендации. Ему, скорее, льстит мое восторженное отношение к эффективности и элегантности его лечебной стратегии. И, конечно, моя восторженность сказывается на отношении пациентов к лечебному процессу: ведь я не стесняюсь в выражении своего отношения непосредственно во время консультаций, и пациенты это слышат.

А восхищаться действительно есть чем. И в первую очередь наличием лечебной стратегии. Не так уж и часто сегодня можно встретить доктора, планирующего лечебный процесс и применяющего в ходе лечения совершенно различные терапевтические средства.

То, что мне удалось понять про стратегию доктора Бирюкова, — это лишь общая схема, час-

тности которой могут заметно варьироваться от пациента к пациенту. Но и сама схема такова, что очень хочется ею поделиться...

Как правило, доктор Бирюков начинает лечение с высвобождения ресурсов организма пациента. Делает он это в весьма элегантной манере: выявляет и затем разрушает «излишние» компенсаторные связи. Видимо, именно для доктора Бирюкова написано специализированное программное обеспечение, позволяющее делать это легко. А ведь сколько написано книг и пособий, где врач при любом диагнозе «избавляет» пациента, например, от последствий детских прививок (читай — разрушает компенсаторные связи) и считает свою миссию законченной. Действительно, разрушение компенсаторных связей высвобождает резервы организма: с этого лечение и должно начинаться. Без таких резервов организм пациента часто вообще не обладает способностью к рекреации. Но это не значит, что процессом рекреации не надо управлять.

бная стратегия доктора Бирюкова



Второй этап лечебной стратегии доктора Бирюкова (как я это понимаю) состоит в направленной локализации высвободившихся ресурсов. Например, искусственная активизация в этот момент иммунной системы обычно приводит к снятию многих недомоганий через характерное обострение, которому свойственно значительное повышение температуры. А если активизировать не иммунную систему, а опорно двигательный аппарат, то усилится процесс рекреации в области суставов, мышц или связок, что будет воспринято как специфическое обострение. Здесь доктор Бирюков очень тщательно подходит к диагностике.

Ведь повторное высвобождение рекреационных ресурсов за счет разрушения компенсаторных связей всегда проблематично. И процесс лечения на этом этапе состоит в наиболее рациональной локализации высвобожденных резервов организма пациента. При этом мастерство Олега Игоревича здесь растет очень быстро. Я не перестаю удивляться и завидовать тем элегантным решениям, которые он подчас находит.

Третий этап лечения представляет собой разумное и экономное управление последствиями «обострения». Последствиями того «рекреационного взрыва», который был создан на предыдущем этапе лечения. На предыдущем этапе пациент как бы забрался на высокую ресурсную «горку» и теперь «спускается» с нее к обычному, малоинтенсивному существованию. Управление этим «спуском» определяет всю результативность лечебного процесса. И средства, которые здесь использует доктор Бирюков, наиболее традиционны для гомеопатии: это препараты, потенция которых повышается от D6 при каждом последующем назначении.

Тактика локальной терапии

О.И. Бирюкова

Пациенты очень редко обращаются к врачу с поражениями общего характера. Как правило, жалобы их весьма конкретны и локальны: «Болит вот здесь... Что-то сердце тянет...» - и тому подобное. Видимо, к этому пациентов приучила процедура записи в районную поликлинику, где из окошка регистратуры спрашивают: «Что болит?» или «К какому врачу записывать: стоматологу или кардиологу?»

Все было бы не так уж и плохо, но пациенты теперь сами верят в непогрешимость своих жалоб: мол, сказал, что сердце болит, а они печень лечат и анализ мочи берут... И пренебречь характером локальных жалоб пациента редко кому удается.

В лечебной стратегии доктора Бирюкова этот вопрос очень хорошо проработан. Собственно, первичный прием Олега Игоревича (как я это понимаю) посвящен именно локальным жалобам пациента. Ведь у каждого

пациента существует несколько видов компенсаторных связей, которые можно было бы разрушить ради высвобождения рекреационных ресурсов.

Начинает доктор Бирюков решение вопроса о жалобах пациента с применения теста «Локализации болевого синдрома». Грубо говоря, для каждого органа, на который может пожаловаться пациент, у Олега Игоревича заготовлен набор поражений, которые могут вызвать похожие симптомы. За счет тестовой провокации этих поражений соответствующими препаратами доктор Бирюков выявляет наиболее острую реакцию. Например, жалуется пациент на боль в сердце, а выявляется острая реакция от поражения пищевода. Ясно, что человек не смог отличить изжогу от сердечного приступа. Ведь его тошнило, воздуха не хватало, боль была рядом с сердцем... И если это не обсудить сразу, не продемонстрировать пациенту истинный характер поражения, то еще долго гастроэнтерологическое поражение он будет контролировать по результатам кардиограмм.

А завершается вопрос о локализации жалоб здесь за счет выявления, тестирования и разрушения компенсаторных связей. И можете быть уверены, что пищевод пациента с изжогой попадет совсем не в ту связь, что сердце. Более того, при ошибке в выборе пораженного органа высвободятся совсем не те рекреационные ресурсы, на которых сможет базироваться общая терапия. Так, например, ресурсы для рекреации пищевода совсем не похожи на те, что необходимы для сердечно-сосудистой рекреации.

Методика локализации высвобожденных резервов

Олег Игоревич в приватном разговоре как-то очень интересно описал свое представление о пораженной и здоровой системах. Он набросал на листке бумаги некую произвольную схему из вузовского учебника (это была, если я правильно помню, схема функционирования простаты, с учетом гипопиза, сердца, гормонов и всего на свете). И произнес удивительный текст: «Когда органы и ткани функционируют, как нарисовано на схеме, то система здорова; а когда функционирование происходит не в соответствии с изначальной схемой – то система поражена. Такой тип нарушения условно можно назвать компенсаторной связью, ведь возникла она не случайно, а ради компенсации чего-то... Например, ради компенсации сердечной недостаточности или чего-нибудь еще... Причем на момент возникновения эта компенсаторная связь была необходима и, может быть, спасла пациенту жизнь. Но прошло время, и причина возникновения связи исчезла (если исчезла). А сама связь, скорее всего, сохранилась. Компенсаторные связи вообще сохраняются значительно дольше, чем исходные (причинные) поражения. Например, компенсаторные связи, появившиеся в организме переболевшего корью, сохраняются у человека на всю жизнь. Очевидно, что разрушение таких компенсаторных связей «высвобождает» ресурсы пораженной системы (тут Олег Игоревич вновь указал пальцем на рисунок, с которого начал свое рассуждение).

Но беда заключается в том, что собственно «разрушение» не приводит ни к чему хорошему. Ведь организм пациента «привык» функционировать в рамках этой компенсаторной связи (которая может быть стала уже патогенной). И если кроме «разрушения» ничего не сделать, то через час, два или сутки все вернется к исходному пораженному состоянию. Требуется еще «запустить нормальную работу пораженной системы...»

И дальше доктор Бирюков стал показывать, как запускается «нормальная работа системы» за счет использования последовательностей препаратов. Но этот материал можно прочитать, и я не стал слушать дальше. Я старался лишь не упустить логику лечения: сначала разрушим компенсаторную связь, а потом восстановим правильную работу системы... Вроде бы все логично... Но откуда же тогда берется обострение?!

Гомеопатическое обострение

Посмотреть на свойства гомеопатического обострения мне удалось довольно скоро. Доктор Бирюков пригласил меня посмотреть пациента с абактериальным простатитом и наличием микробных инвазий в мазке. Случай, как сказал

Олег Игоревич, классический, и, проделав все вышеописанное, предупредил пациента о возможном повышении температуры (доктор активировал иммунную систему пациента и ожидал именно таких симптомов обострения). А после снижения температуры доктор Бирюков просил пациента сдать повторный мазок и прийти на прием. Собственно, этот второй мазок и был ответом на мой вопрос: «Откуда берется гомеопатическое обострение и зачем оно нужно?» Как Вы понимаете, в повторном мазке микробные инвазии обнаружены не были.

Управление последствиями гомеопатического обострения

Такой подход и результативность привели меня в полное восхищение. Единственное, о чем мне потребовалось задать вопрос, это о необходимости дальнейшей лечебной работы. Ведь все вроде бы и так в полном порядке?!

Ответ Олега Игоревича меня удивил. Он сказал, что до «все в порядке» еще очень далеко. Ведь правильно функционирующая иммунная система пациента теперь работает в рамках организма, который «не привык» к отсутствию патогенной компенсаторной связи. И пока такая «привычка» образуется, придется некоторое время «улаживать имеющийся в организме пациента конфликт» между «старыми привычками и новыми функциями».

Естественно, что конфликт этот доктор Бирюков предпочитает улаживать «с двух сторон»: «новыми функциями иммунной системы» он управляет при помощи последовательностей гомеопатических препаратов, а «старыми привычками организма пациента» - отдельными гомеопатическими препаратами в возрастающих потенциях.

И потенции отдельных препаратов начинают возрастать, к моему удивлению, не от C200 и не от M10, а от D6. Правда, возрастают они довольно быстро – за месяц-два. И происходит это по «простой» причине (как я понял со слов Олега Игоревича): ведь предъявленный мне пациент лечил свой простатит уже лет восемь. Не меньше лет и микробной инвазии (читай патогенной компенсаторной связи в иммунной системе). Значит, конфликт, «урегулированию» которого посвящена третья часть лечебной стратегии доктора Бирюкова, задевает сущностные, рефлекторно-морфологические основания функционирования организма пациента. И изменения здесь начинаются с тканевого уровня, который в данном случае лучше управляется именно низкими потенциями.

А переход к высоким потенциям этому пациенту требуется лишь на завершающей стадии, чтобы нормализовать работу организма в целом. Но здесь уже нет ничего нового для гомеопата с опытом работы.

В.И. Маковкин



В пульсогемоиндикации появились новые методики

Появилась возможность автоматизированного построения Единого Диагностического Критерия

Эта работа началась благодаря инициативе И.М. Мещеряковой, начавшей исследования по поиску соответствия между электропунктурными измерениями методом Вега-теста и пульсогемоиндикацией. В результате этих исследований возник и был апробирован ряд идей, известных под общим названием «Единый Диагностический Критерий».

Суть проблемы такова. Как известно, в пульсогемоиндикации оценка результатов аппликации препарата проводится по пяти критериям (индикаторам):

- базовому индикатору, являющемуся мерой оптимальности функционирования организма пациента;
- амплитудной вариабельности, характеризующей наличие и интенсивность компенсаторных связей;
- вегетативной вариабельности, показывающей напряжение клеточного характера;
- пульсовой вариабельности, описывающей напряжение в функционировании отдельных систем;
- скачками среднего значения частоты пульса, демонстрирующими «исчерпание общих функциональных резервов».

Очевидно, что весьма непросто по пяти различным параметрам оценить эффект от тестируемого препарата. Так уменьшение амплитудной вариабельности чаще всего означает разрушение компенсаторных связей и высвобождение дополнительных ресурсов в организме пациента. В случае терапии хронических заболеваний и в режиме профилактики это, безусловно, приветствуется. Но всегда ли такое высвобождение ресурсов является благом? Например, в острых случаях поражение должно компенсироваться. То есть компенсаторные связи должны возникать, а не разрушаться. Причем возникать эти связи должны особым образом: не вызывая критических напряжений ни в отдельных тканях, ни в системах, ни в организме в целом. Да и оптимальность функционирования не должна резко снижаться.

Таким образом, оценка результата теста любого препарата всегда зависит от двух вещей: от содержания решаемой врачебной задачи (диагностической или терапевтической) и от соотношения индикаторов между собой. Ранее и постановку задачи, и соотношение индикаторов друг с другом врачу предлагалось производить «в уме». С появлением новой методики для каждого тестируемого препарата может быть произведена предварительная оценка: насколько данный препарат соответствует решению каких-либо врачебных задач. Очевидно, что некоторые препараты могут не решать вообще никаких задач для данного пациента, а некоторые могут оказаться полезными для принятия и реализации нескольких самых разных решений.

Составлен список задач, который легко может быть расширен (или сокращен) каждым врачом для собственных нужд. Построена более или менее наглядная система отображения в карте пациента результатов тестирования с использованием Единого Диагностического Критерия.

Появился новый вид тестирования препаратов

Л.Б. Махонькина предложила ряд очень интересных тестов со своеобразным применением отдельных препаратов. Например, в тесте «Анализ



адаптационных резервов» она применяет несколько препаратов, каждый из которых имеет свой специфический смысл. Например, степень адаптационных резервов пациента может быть определена по положительной реакции на одну из потенций препарата с интригующим названием ЕР.

Такой подход к тестированию, в котором между собой сравниваются результаты тестирования различных препаратов, получил распространение в связи с появлением пульсогемоиндикации. Появился психологический тест Люшера — Сафоновой, где между собой сравниваются результаты тестирования препаратов, заменяющих восемь цветов теста Люшера. Затем появился тест «Анализа болевого синдрома» и многое другое.

Наряду с появлением таких тестов, широко использовалась традиционная диагностическая практика напряжения отдельных органов органолептатами, возбуждения отдельных видов поведения препаратами в высоких потенциях и прочее. И, естественно, у ряда врачей появилось желание:

- анализировать изменения в адаптационных резервах пациента при напряжении различных органов. Например, этот тест часто применяется в самом начале симптоматического периода для ответа на вопрос: «За счет напряжения каких органов следует высвобождать ресурсы организма, необходимые для лечения?»;

- ответить на вопрос с применением теста Люшера — Сафоновой: «Напряжение каких органов или применение каких препаратов создаст самое лучшее (худшее) настроение у пациента?» Именно такое применение теста Люшера — Сафоновой было предложено Я.Т. Флексером для выбора потенции назначаемого конституционального препарата. Причем «лучшим» настроением пациента здесь предлагалось считать такое, которое полнее соответствует реперторизации назначаемого препарата;

- применение теста «Анализ болевого синдрома» также пробуждает желание ответить на вопрос: «Какие препараты или напряжение каких органов снижают (повышают) болевой синдром у пациента?»

Перечень таких тестов можно продолжать долго. Главное здесь состоит в том, что для проведения всех этих и многих подобных тестов требуется совсем новая форма указания на состав препаратов, используемых при тестировании, получившая название «Перекрестная». Название, может быть, и не совсем удачное, но оно отражает истинное положение дел. В этой форме ни один препарат не тестируется по отдельности. Например, предположим, что при помощи теста Люшера — Сафоновой мы пытаемся решить: «Напряжение печени или почек улучшает настроение пациента?» (Пример этот нарочито утрирован.) Для ответа на этот вопрос

нам потребуется сначала апплицировать препарат печени и, не избавляя пациента от этой аппликации, поочередно провести тестирование восьми препаратов теста Люшера — Сафоновой. Затем надо будет повторить этот тест, заменив аппликацию органолептата печени на препарат почек.

Собственно, именно для проведения таких «перекрестных» тестов в пульсогемоиндикации и появилась своеобразная форма тестирования препаратов с названием «Перекрестный тест».

Появился регулярный способ тестирования состава компенсаторных связей

Понятие функциональных компенсаторных связей (ФКС) было разработано в связи с появлением Вегетативно-Резонансного томографа и связанных с ним методик локальной гомеопатической терапии. ФКС образуются в связи с тем, что при поражении одних органов и систем их нагрузку принимают на себя другие. При сканировании Вегетативно-Резонансным томографом организма пациента с явно выраженной ФКС одни органы фиксируются как функционально перегруженные, а другие — как функционально расслабленные. Собственно, группа таких неадекватно нагруженных органов и получила название ФКС.

Информация о ФКС сегодня активно используется в различных терапевтических методиках: при компенсации негативных последствий заболеваний и прививок, при борьбе с отдаленными последствиями отравлений и инвазий, в методиках разрушения патогенных компенсаторных связей, в терапии за счет построения наиболее оптимальных компенсаций и так далее. Но Вегетативно-Резонансный томограф — это достаточно дорогой прибор, доступный далеко не каждому гомеопату. А ручная версия томографа, доступная по цене, не обладает достаточным количеством диагностических возможностей и чаще всего используется для терапии.

Таким образом, многие врачи располагают оборудованием для локальной и общей терапии с использованием представлений о ФКС, но не имеют диагностических возможностей. Эта проблема частично решена за счет появления «методики тестирования состава компенсаторных связей» исключительно прибором пульсогемоиндикации.

Основная идея этой методики базируется на исследованиях времен активного отклика различных тканей на аппликацию органолептата. Времена активного отклика существенно различаются для тканей, функционирующих в нормальном режиме, режиме перегрузки и в режиме сниженной нагрузки. Так, для преимущественно расслабленных (не активных) тканей снижена и интенсивность отклика на аппликацию соответствующего органолептата, что позволяет таким тканям увеличивать специфическое время отклика по сравнению с нормой. А для преимущественно перегруженных тканей интенсивность отклика велика, что снижает характерное время по сравнению с нормой.

Базируясь на этих результатах, удалось выстроить диагностическую методику, частично заменяющую Вегетативно-Резонансный томограф. Для этого каждый из тестируемых органолептатов апплицируется на организм пациента несколько раз, причем времена аппликаций варьируются от 93 мсек до 384 мсек. Ткани с характерными временами аппликаций объединяются в ФКС, что позволяет использовать для терапии исключительно ручную версию томографа.