

История электропунктурных методов диагностики

Все электропунктурные методы, получившие распространение в XX веке, берут своё начало от классической китайской акупунктуры. Именно понимание постулатов восточной медицины, что энергоинформационная система взаимодействия клеток, органов и систем организма осуществляется при помощи систем меридианов и точек акупунктуры, стало отправной точкой глубоких исследований европейской медицины.

В 1956 году японский учёный Й.Накатани предложил свой способ инструментальной диагностики меридианов. В результате многолетнего исследования кожного электросопротивления биологически активных точек он пришёл к выводу о зависимости этого показателя от функционального состояния связанных с ними органов. В



областях проекции классических китайских акупунктурных точек Накатани определял точки, имеющие более низкое, чем окружающая кожа, сопротивление. Данные точки лежали на линиях с повышенной электропроводностью, расположение которых совпадало с ходом акупунктурных меридианов. Поэтому метод получил название «Риодораку» (от японского: гуо – хорошо, до – (электро) проводность, раку – линия). При этом Накатани выявил закономерность изменения электрического сопротивления в репрезентативных точках (в качестве которых используется дистальная группа точек, состоящая в основном из точек-«пособников») и энергетического состояния меридиана, а соответственно и органа (органов), с ним связанного. Накатани разработал достаточно удобную и наглядную диагностическую карту, оптимальную для врачей, мыслящих категориями китайской акупунктуры. В дальнейшем различные исследователи предлагали многочисленные алгоритмы расчёта измерений по Накатани, позволяющие интерпретировать результаты и под углом зрения европейского врача.

Претерпев за прошедшее время ряд изменений, метод «Риодораку» и сегодня является одним из самых быстрых и *Йошихиро Накатани* удобных экспресс-методов функциональной оценки состояния пациента.

Родина одной из самых распространённых электропунктурных методик – метода Р.Фолля – Германия. Рейнхольд Фолль родился 17 февраля 1909 года в Берлине, с 1930 по 1935 год обучался в Тюбингенском Университете, после окончания которого защитил диссертацию в Институте тропической медицины. Уже с 1939 года применял в своей практике электропунктуру. В 1953 году совместно с инженером Ф.Вернером Р.Фолль начал разработку первого прибора и своей методики. В 1955 году Р.Фолль основал «Рабочее сообщество KUF-электроакупунктуры», которое позже было переименовано в «Международное общество электроакупунктуры», а затем в «Международное общество электроакупунктуры по Р. Фоллю».



Противники Фолля с 1959 года под руководством Шмидта и Филя пошли своим путём и в 1968 году создали самостоятельное «Экспериментальное сообщество по биоэлектронной функциональной диагностике и терапии» – БФД. Основное противоречие между адептами БФД и сторонниками Фолля было следующее: в БФД значимым считается не абсолютное значение, полученное при измерении, а динамика его изменения после предъявленной нагрузки. В дальнейшем сторонники обеих методик пошли своими путями.

Пожалуй, основное и самое ценное, что было внесено Р.Фоллем в электропунктуру – это открытие в 1954 году феномена электропунктурного тестирования, когда в ходе совместных с М.Глазер-Тюрк исследований было неожиданно замечено, что медикаменты, находящиеся вблизи точек акупунктуры, могут существенно изменять их электрические параметры.

Целиком и полностью на феномене медикаментозного тестирования основана методика, предложенная Х.Шиммелем в 1978 году – «Вегетативный резонансный тест» (ВРТ) или «VEGA-TEST», по названию фирмы «VEGA» изготовившей первый прибор для реализации данной методики.

Базируясь на работах своих предшественников и взяв то ценное, что заключали в себе разработанные ими методы, Х. Шиммель сократил число рабочих точек до одной-единственной и преобразовал принцип измерения, «заклучив в ампулы» органы, которые до сих пор измерялись через точки. По новой методике не производятся теперь измерения



на многих акупунктурных точках и не берутся во внимание значения этих измерений, а источником информации служит одна «воспроизводимая» точка, на которой тестируются «препараты указатели».

Будучи, однако, человеком ищущим, Х.Шиммель в середине 90-х годов совместно с Роландом Айкхорном разработал метод электрофизиологической терминально-точечной диагностики (ЭТ). Этот метод принципиально отличается от всех прочих электропунктурных методов тем, что для измерения параметров точки не используется нагрузка постоянным током, а определяется собственный её потенциал. Однако оказалось, что при такой технике измерения хуже воспроизводится медикаментозный тест. Поэтому доктор Шиммель возвращается к «Вегетативному резонансному тесту», добавив в измерительную цепь так называемый абсорбер (содержащий смесь минеральных веществ) для снижения фоновых шумов. Данный метод получает название – «Автономный резонансный тест» (АРТ).

Используя все предыдущие наработки, в 2000 году Шиммель идёт дальше, разрабатывая «фотонный резонансный тест»

(ФРТ), метод, позволяющий, по мнению автора, проводить более глубокую, «вплоть до резонансного уровня клеточного ядра ДНК», по сравнению с другими электропунктурными методами, диагностику. Новый метод реализуется с помощью прибора, имеющего усовершенствованный «абсорбер», возможность подсветки измеряемой точки и проводящего измерения при помощи малых токов (300-900 наноампер). По Х.Шиммелю, данный метод позволяет проводить диагностику как бы послойно, на четырёх резонансных диагностических уровнях.

Четыре резонансных диагностических уровня по Х.Шиммелю:

1-й резонансный уровень – кровь, лимфа, органы, системы органов;

2-й резонансный уровень – клетка (с клеточной мембраной, протоплазмой, клеточными органеллами и митохондриальной ДНК);

3-й резонансный уровень – ядро клетки с внешней частью ядра ДНК (вне двойной спирали);

4-й резонансный уровень – ядро клетки, с внутренней частью ядра ДНК (внутри двойной спирали).

При разработке метода Х.Шиммель сформулировал принцип «дымовой трубы», заключающийся в том, что «дымовая труба должна быть всегда открыта кверху (наружу, вовне)». Это значит, что для терапии каждого последующего уровня должна быть завершена работа с предыдущим (более поверхностным), то есть, для выводимых токсинов освобождён выход наружу.

Если терапия проводится таким образом, что сказанное соблюдается, то есть освобождается сначала внешний уровень и только затем последующие, лечение проходит достаточно мягко без излишних обострений. А если внимательно проанализировать этот подход, становится совершенно ясно, что данный принцип соответствует «закону Геринга», а так же, естественно, и

теории гомотоксикоза, являясь дополнительным критерием для контроля терапевтического процесса, для врача, владеющего данной методикой.

Несмотря на описанные различия в технике проведения ВРТ и ФРТ, оба метода основаны на одном принципе – поиске резонансов между препаратами, индикаторами и организмом пациента и проведении диагностики с использованием одной-единственной биологически активной точки.

Выявление причинных факторов и патологических последствий их воздействия на различные уровни функционирования организма является главной задачей диагностики. Лечение, исходя из проведённой диагностики, должно способствовать выведению из организма причинных факторов, приведших к заболеванию и нормализовать нарушенные в результате их воздействия физиологические процессы на всех уровнях.

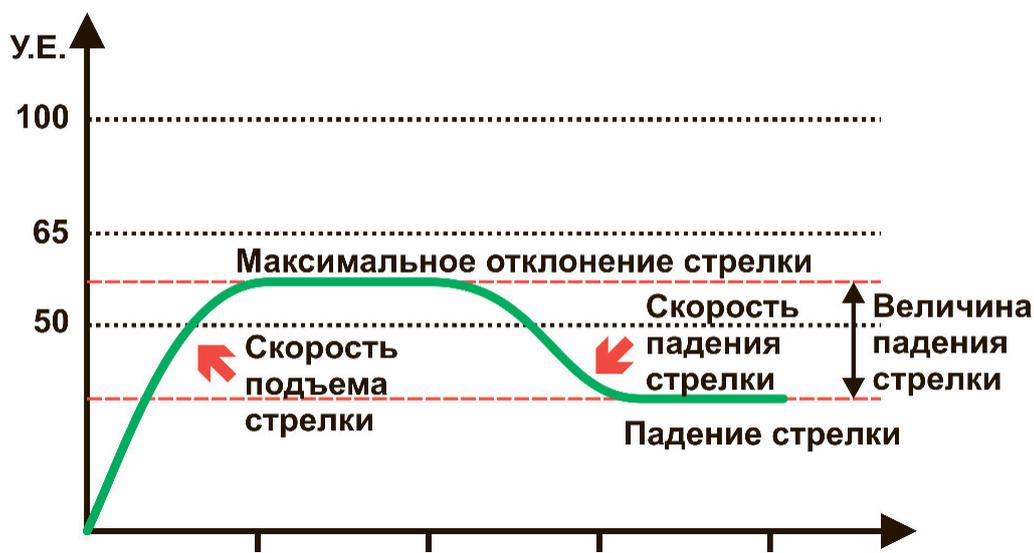
Принципы электроакупунктурной диагностики по методу Р.Фолля

Все современные достижения и успехи в области электромагнитной терапии базируются на фундаментальных работах Р.Фолля, установившего электромагнитную природу явлений в области акупунктурных точек. И эти успехи напрямую связаны с точностью диагностики по биологически активным точкам (БАТ) на аппаратах Фолля со специально градуированной диагностической шкалой (в 100 условных единиц), с помощью которой оценивается характер нарушения функций различных органов и тканевых систем организма.

Принцип и метод диагностики на этих аппаратах описан во многих учебниках и руководствах. Поскольку аппарат Фолля включён как основополагающий диагностический модуль разработанных нами комплексов для диагностики и электромагнитной терапии, мы сочли целесообразным ещё раз рассмотреть последовательность диагностических приёмов.

Следует отметить, что среди главных критериев диагностики, используемых для интерпретации результатов измерений электрических параметров БАТ, необходимо выделять следующие основные показатели (см. график):

- Максимальное отклонение стрелки;
- Минимально установленный уровень стрелки;
- Величину падения стрелки;
- Скорость подъёма (и падения) стрелки.



Первый из них характеризует тип реакции взаимосвязанных с БАТ органов и тканевых систем в ответ на раздражение электрическим током, что отображается определённым положением стрелки диагностического прибора. При этом достигнутое в процессе измерения ЭП БАТ максимальное отклонение стрелки диагностического прибора условно обозначается в ЭАФ как максимально измеренный уровень БАТ.

Интерпретация результатов измерения электрических параметров БАТ кожи приведён в таб. 1.

График диагностических критериев отклонений стрелки прибора Фолля на раздражение БАТ электрическим током

Таблица 1 Интерпретация результатов измерения электрических параметров БАТ кожи

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

Вторым показателем интерпретации результатов измерения электрических параметров БАТ, является эффект «падения стрелки» (ПС) прибора,

проявляющийся в обратном движении стрелки от максимального значения в сторону нуля, а установившийся уровень стрелки обозначим как минимальный измеренный уровень БАТ. Изменения положения стрелки на приборе сопровождаются одновременным изменением высоты тона звукового индикатора прибора.

Данный показатель, свидетельствует о развитии функциональных или органических изменений, являющихся результатом клеточной дегенерации в органах и тканевых системах организма, связанных с конкретными БАТ.

При отсутствии процессов клеточной дегенерации величина падения стрелки равна нулю.

Падение стрелки более 5 у.е. сигнализирует о патологическом состоянии в органе.

Так, при острых воспалительных процессах, сопровождающихся выраженной клеточной дегенерацией, величина ПС может составлять более 20 у.е., при умеренно выраженной клеточной деструкции – 10-20 у.е., при нарушениях вегетативного баланса или нейрогуморальной регуляции, а также латентно протекающих воспалительных процессах – 5-10 у.е.

Если падение стрелки более чем на 20 у.е., то такая величина падения стрелки свидетельствует о развивающемся патологическом процессе с необратимой клеточной дегенерацией, приводящей к рубцовому, жировому или иным перерождениям соответствующего органа.

Необходимо особо отметить, что скорость падения стрелки имеет самостоятельное диагностическое значение, характеризующее компенсаторные возможности приспособительных реакций организма.

Резкое падение стрелки диагностического прибора (в течение 1-2 сек.) от первоначального ИУ в сторону нуля, характерно для острых интоксикаций, сопровождающихся быстрым истощением компенсаторных возможностей организма и выраженной клеточной деструкцией.

Медленное падение стрелки, наблюдающееся в течение 10 и более секунд, чаще всего происходит при хронических, вялотекущих воспалительных процессах.

Третьим показателем интерпретации результатов измерения электрических параметров БАТ является динамика поведения стрелки. Большое значение для правильной диагностики 48

имеет скорость её подъёма. Нормальное время подъёма стрелки ~3 сек. Если время подъёма быстрое, т.е. 1÷2 сек, то это свидетельствует о токсическом отравлении организма. Это может быть результатом приёма сильно возбуждающих медикаментов. Более медленный подъем стрелки свидетельствует об усталости, утомлении или пациент принял в день обследования успокоительные или снотворные препараты.

Медикаментозное тестирование (МТ)

В процессе своих исследований доктор Р.Фолль выявил, что состояние АТ меняется не только после проведения лечебных мероприятий, но даже и тогда, когда пациент берет в руки медикамент, находящийся в упаковке. При

контакте пациента с лекарством (гомеопатическим, аллопатическим) изменение состояния АТ (в сторону нормы или патологии) соответствовало клиническому действию медикамента. Это позволяло по реакции соответствующих АТ определить как вид, так и оптимальную дозу необходимого лекарства для конкретного больного.

Доказательству существования дистанционного взаимодействия между препаратами и организмом человека, на чем, собственно, и основан феномен МТ, посвящено много исследований (К.Эндлер, В.Понгратц, 1994; Е.Hartman, J.Gutz, F.K.Langer, 1992 и др.), в которых установлено, что действующим началом различных препаратов, в частности, гомеопатических является слабое ЭМП. Биофизическая суть МТ состоит во взаимодействии двух объектов, каждый из которых обладает своим специфическим внешним спектром волнового излучения. Контакт двух волновых спектров – биологической системы и тестируемого вещества через цепь прибора – приводит к их взаимодействию: при совпадении волновых характеристик тестируемого вещества и биологической системы, появляется резонансный отклик, проявляющийся в изменении функционирования данной системы, что сказывается на электропроводности АТ и, наоборот, реакция организма может отсутствовать, если характеристики двух волновых спектров не подобны.

Резонансную реакцию БАТ на слабое ЭМП медикамента исследователи объясняют тем, что при той или иной патологии органу не хватает определённых специфических частот и при правильном подборе препарата (в основном гомеопатического или изопатического) этот частотный дефицит в определённой мере восполняется, что и приводит к нормализации состояния органа (L.Konig, R.M.Kullmer, 1988).

Экспериментальное подтверждение возможности резонансно-волнового воздействия лекарственными веществами (гомеопатическими, аллопатическими, изопатическими) на АТ и через её первично-функциональные взаимосвязи на сопряжённые с этой АТ органы и системы организма легло в основу обоснования методов резонансно-волновой диагностики и терапии.

Уникальность феномена МТ состоит в том, что через дистанционное (резонансно-волновое) воздействие лекарственных веществ мы буквально за несколько секунд получаем ответную реакцию организма на это воздействие, что позволяет оценить и спрогнозировать их действие на пациента с учётом его психоэмоционального и морфопатологического состояния.

Принципы метода вегетативно-резонансного тестирования

Ключевым принципом вегетативно-резонансного метода является принцип биологического резонанса, возникающего (или не возникающего) между «препаратом-указателем» (гомеопатическим, информационным препаратом) и организмом пациента в целом, или его отдельными подсистемами: органами, системами органов, тканевыми структурами и т.д. Методика целиком и

полностью основана на феномене медикаментозного теста, открытого Р.Фоллем.

Наиболее распространённой теорией, объясняющей этот феномен, является теория об электромагнитной природе взаимодействия объектов живой и неживой (медикамента) природы. При совпадении частотных характеристик возникает резонанс, который вызывает изменения в организме, и в первую очередь, вегетативной реакции. При отсутствии резонанса вегетативного ответа организма не возникает. Эффект резонанса между гомеопатическим препаратом и организмом можно зафиксировать по изменению вегетативных функций, в частности, при помощи измерения кожного сопротивления. Кожное сопротивление зависит от характеристик кожи: влажности, кислотности, количества выделяемого жира, пота. Все это регулируется тонусом парасимпатического отдела ВНС (т.е. трофической функцией вегетативной нервной системы). При введении в измерительный контур тестируемого препарата, вызывающего в организме явления резонанса, будут наблюдаться изменения со стороны вегетативной нервной системы, проявляющиеся, в том числе, в виде повышения сопротивления кожи, которые можно зафиксировать с помощью измерительного прибора как падение стрелки. Таким образом, падение стрелки (медикаментозный тест) – это увеличение кожного сопротивления, обусловленного изменением вегетативной функции, в ответ на введение в организм резонансных частот тестируемых препаратов.

Техника проведения вегетативного резонансного теста

Вегетативно-резонансный тест проводится по одной воспроизводимой точке. Наиболее удобно использовать точки, лежащие вне «фоллевских» меридианов, по средней линии на тыльной поверхности первой фаланги пальцев рук. При выборе точки нужно обращать внимание на состояние кожи в области проведения измерения: если на коже располагаются гнойники, заусенцы, открытые раны и т.д., необходимо выбрать другую точку для проведения измерения. Кожные покровы должны быть чистыми, здоровыми, без признаков воспаления и механического повреждения. Не допускается использование перед диагностикой лечебных и косметических кремов и мазей. Чрезмерно влажную кожу необходимо просушить салфеткой, а сухую увлажнить. Нельзя применять гели, чтобы не изменять электролитические свойства кожи.

Как показывает опыт, для измерений может быть выбрана любая точка, если она «воспроизводима», то есть, если при «прокачивании» её второе измерение оказывается на уровне первого, другими словами, по Р.Фоллю, это точка без падения стрелки.

Если возвращение к первичному результату при последующих надавливаниях на точку не происходит, то это свидетельствует о нарушениях в связанных с точкой органах или системах, и она не может быть использована для измерений по ВРТ.

В методе ВРТ используется специальная техника измерения:

а) давление щупа на точку при всех измерениях должны быть одинаковыми, под одним и тем же углом, давление не должно превышать 100-150 грамм;

б) используется метод накачивания. Техника выполнения заключается в следующем: после достижения максимальной величины измеряемого значения в выбранной точке (например, 40 единиц шкалы), давление щупа уменьшается без отрыва наконечника щупа активного электрода от точки. При этом значения показателей по шкале прибора снижаются. Затем давление щупа снова постепенно увеличивается (накачивание). Если исходное значение, например, 40 единиц после этого накачивания снова достигается, то ТИ считается воспроизводимой, если нет, то это указывает на наличие патологии в органах и системах, связанных с этой точкой измерения, и такая точка считается невозпроизводимой и не может быть использована для измерений.

Время процесса накачивания не должно превышать трёх секунд. Накачивание во времени должно быть достаточно плавным (без рывков и скачкообразного изменения давления). Если в процессе накачивания осуществляется слишком сильное или длительное давление, то эта точка может стать непригодной для измерения;

в) расширение шкалы. Для повышения разрешающей способности метода, на диагностическом приборе, реализующем ВРТ, используется расширение масштаба измерительной шкалы до 80 единиц, независимо от полученного значения воспроизводимой точки изначально. Расширение шкалы осуществляется автоматически, при нажатии кнопки на щупе (активном электроде) в момент проведения измерения. На шкале измерительного прибора исходное значение измерения расширяется до 80 единиц. Значение 80 единиц – это исходное состояние точки при диагностике, именно относительно показателя 80 единиц и происходит дальнейшее наблюдение за стрелкой в процессе проведения ВРТ.

Целью ВРТ является выделение группы гомеопатических препаратов (из имеющихся в медикаментозной базе селектора), вызывающих в организме вегетативный резонанс. Различные схемы диагностики с помощью ВРТ по существу различаются лишь составом тестируемых препаратов.

Вегетативный резонансный тест, в отличие от других методов электропунктурной диагностики, позволяет идти от общего к частному. Вначале получают указание на наличие каких-либо нарушений в определённых органах и системах или указание на воздействие неблагоприятных факторов: радиоактивного излучения, электромагнитных силовых полей, инфекционных агентов и других экзогенных воздействий – по принципу «да-нет».

При условии «да» (положительный результат), можно определить:

- «где» – какой орган, система поражены неблагоприятными факторами – определяется тестированием органопрепаратов;

- «что» – нозологическая форма заболевания, уточняется с помощью нозодов;

- «чем» и «как» можно оптимально устранить выявленную патологию, используя различные методы терапии.

Такой подход позволяет существенно сократить время диагностики, выбрать оптимальные методы и стратегии терапии и обеспечить лучший контроль эффективности проводимой терапии.

Реализация метода ВРТ осуществляется через:

- прямой тест;
- тест «через фильтр»;
- составление резонансной диагностической цепочки.

Прямой тест называется тест, при котором в измерительной цепи находится один гомеопатический препарат из медикаментозной базы селектора.

Порядок проведения прямого измерения (без фильтра)

1. Выбранный тест-указатель из селекторной базы (гомеопатический препарат) вводится в контур измерения – выдается из селектора.

2. Определяется наличие или отсутствие вегетативного резонанса организма с препаратом, выражающееся в изменении измеряемого значения.

Наличие резонанса с выбранным препаратом будет определяться падением стрелки измерительного прибора, при проведении тестирования, ниже 80 единиц. В этом случае тест будет считаться положительным ответом («да»). В случае если указатель не вызывает снижения исходного уровня стрелки, ответ отрицательный («нет»).

Например, препарат **Interferon D30** – указание на острый вирусный процесс в организме. Падение стрелки ниже 80 единиц говорит о наличии у пациента острой вирусной инфекции.

Interferon D30

Далее, протестированный препарат (указатель) может использоваться в качестве «фильтра». То есть, не снимая его с теста, можно задавать следующий вопрос (подключить новый препарат).

Тест «через фильтр»

Основным приёмом при проведении диагностики по ВРТ является применение принципа фильтрации, когда в контур измерения последовательно вводятся два тест-препарата. Тестирование производится следующим образом: тест-препарат (называемый фильтром) дает снижение исходного значения, а подключённый следующим подходящий тест-препарат дает возвращение значения к исходным 80 единицам шкалы.

Например, первый препарат **Interferon D30** даёт падение стрелки ниже 80 единиц (ответ «да»), что говорит о наличии у пациента острой вирусной инфекции. Чтобы выяснить, какой вирус вызвал инфекцию, необходимо выбрать из списка вирусов наиболее вероятный по клинической симптоматике нозодный препарат. Если при подключении в цепь второго препарата, например, **Gripp D6**, стрелка вновь поднимается до 80 единиц, возвращаясь в исходное положение, то есть произошёл резонанс – это положительный ответ

(«да»). По результатам теста можно сделать заключение – острый вирусный процесс вызван вирусом гриппа.

Interferon D30 + Gripp D6

Если стрелка не возвращается к 80 единицам – тест отрицательный (ответ «нет»), можно исключить данного возбудителя как причину острой вирусной инфекции.

Построение диагностических резонансных цепочек

Для диагностики ВРТ логические цепочки строятся путем последовательного подключения препаратов в цепь. Для этого в селекторе набирают адрес необходимого теста. Последовательность тест-указателей (препаратов), такая, что в ней для каждого отдельного указателя все предшествующие ему образуют фильтр, имеющий с ним общий (вегетативный) резонанс, называется резонансной цепочкой. С помощью резонансной цепочки в рамках ВРТ можно выявить и эффективно (для последующей терапии) описать практически любую нозологию.

Причём, цепочка исследования может быть выстроена, как начиная с вопроса «что», так и начиная с вопроса «где».

Например, **Conium D30** является указанием на наличие в организме доброкачественной опухоли, и если первым врач ставит этот указатель, он задаёт вопрос «что». В случае положительного ответа произойдёт падение стрелки, то есть снижение исходного значения. Далее, перебирая органопрепараты, можно искать локализацию этого процесса – вопрос «где». Тот органопрепарат, который вызывает возврат измеряемых значений к исходному высокому уровню, и будет указывать на орган, поражённый именно тем процессом, через указание на который он фильтруется. Например, путём подбора находим, что органопрепарат **Mamma (dextra)** (правая молочная железа) возвращает до исходного значения показания диагностического прибора. Это говорит о наличии доброкачественного процесса в молочной железе. Чтобы далее уточнить диагноз, продолжают выстраивать цепочку вопросов, подбирая патогенетические нозоды. Таким образом, уточняют какой именно доброкачественный процесс наблюдается в правой молочной железе. При подключении третьего препарата, например, **Fibroadenom Mamma**, положительный ответ будет наблюдаться при падении стрелки вниз от исходного значения. Можно сделать заключение, что у пациентки фиброаденома правой молочной железы.

Conium D30 + Mamma (dextra) + Fibroadenom Mamma

Эту логическую цепочку можно развивать далее, пока этиологическая причина процесса не станет очевидна.

Если же процесс поиска начинается с вопроса «где», тогда, перебирая органопрепараты, находим поражённый орган и далее фильтруем через него указания на различные проблемы.

Например, диагностическая цепочка – Желудок – Язва желудка – Кампилобактер (Хеликобактер) пилори:

Ventriculus + Ulcus ventriculi + Campylobacter pylori Sdf. Nos. – позволяет сделать заключение: язва желудка кампилобактерной этиологии.

Далее, уже ответив на вопросы «что» и «где», можно под углом полученных указаний подбирать этапность терапии, тем самым находя оптимальный шаг для решения именно данной проблемы.

Проведение вегетативной резонансной диагностики предполагает выявление составляющих звеньев патогенеза заболевания у данного пациента.

Препараты, обобщающие состояние отдельных систем по значимости к состоянию организма в целом, называются интегративными показателями. К ним относятся «Биологические индексы», «Фотонные индексы» и «Резервы адаптации». В аналогичном качестве могут быть использованы указатели на степени напряжения иммунной, вегетативной, эндокринной систем, наличие, степень и тип психологических нагрузок. Уровень интегративных показателей поможет правильно оценить состояние пациента, подобрать адаптированный индивидуальный курс лечения и сделать терапию максимально эффективной и безопасной.

Приоритетное место в проведении ВРТ отводится интегративным показателям, отражающим состояние организма в целом, а именно:

- резервам адаптации;
- степеням блокированности мезенхимы – общим биологическим индексам;
- степени коммуникации клеток – фотонным индексам;
- состоянию основных регуляционных систем и подсистем (по степеням их напряжения и истощения):
- психической сферы;
- иммунной системы;
- эндокринной системы;
- состоянию метаболизма по соотношению анаболических и катаболических процессов.

При резонансном тестировании используются как отдельные резонансные указатели, так и ряды потенциалов самых различных субстанций, так называемые резонансные диагностические шкалы, позволяющие, как правило, определять стадии, степени и т.д. различных процессов. Применяя резонансную диагностическую шкалу, можно получать информацию как об организме в целом, так и о конкретной его структуре, в зависимости от способа ее применения. Так, например, тестируя напрямую резонансную шкалу биологических индексов (различные потенциалы мезенхимы), можно определить общие биологические индексы организма, а путём фильтрации той же шкалы через органопрепарат диагностируются частные биологические индексы, т.е. биологические индексы конкретного органа.

Если целью диагностики является какое-либо определённое направление, состояние (жалоба) или синдром, это может стать ключевым моментом, начальной точкой алгоритма, для проведения тематической диагностики. В зависимости от основного направляющего вопроса или цели обследования

выбирается определённый диагностический алгоритм (последовательность) тестирования.

Начальной точкой в данном случае используют модель состояния или синдрома. После проведения начальных этапов из селектора выбирается необходимый указатель на состояние или синдром. Дальнейшее (тематическое) тестирование проходит в диапазоне, ограниченном моделью, стоящей в начале в цепочке, то есть резонанс будет возникать только с препаратами, имеющими с ней причинно-следственное отношение.

Вся полученная информация в процессе тестирования позволяет подбирать различные методы лечения: гомеопатическое и аллопатическое, а также препараты, их дозы и разведения. Это необходимо для поэтапной, мягкой коррекции всех выявленных нарушений, учитывая резервные возможности организма. Применение ВРТ позволяет оптимизировать процесс выбора режимов эндогенной и экзогенной биорезонансной терапии (БРТ) и проводить оценку её результатов.

По результатам исследований точность диагностики, получаемая с применением метода ВРТ, составила в среднем более 85%. Сопоставительные результаты диагностики методами ВРТ и ЭАФ при заболеваниях отдельных органов и систем приведены в табл. 6. Там же представлена точность диагностики с применением метода ЭАФ по контрольным точкам измерения.

Таблица 2 Точность диагностики с применением метода ВРТ и ЭАФ

Заболевания органов и систем	ВРТ	ЭАФ
Заболевания органов дыхания	87,3%	67,1%
Заболевания ЦНС и периферической нервной системы	80,2%	75,4%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	89,7%	74,3%
Заболевания почек и мочевыделительной системы	88,5%	65,8%
Заболевания опорно-двигательного аппарата	86,3%	71,5%
Заболевания кожи и волосяных покровов	85,1%	62,3%
Заболевания половой сферы	87,8%	66,7%
Заболевания эндокринной системы	84,8%	72,5%
Заболевания крови и лимфатической системы	87,9%	71,2%
Аллергические заболевания	89,3%	68,2%