МАЛОВАРИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В ИНФОРМАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ

К.Н. Мхитарян¹, Т.В. Акаева, О.В. Василковская², М.Ю. Готовский¹

¹Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва),

²Клиника «Витамед-плюс» (г. Габрово, Болгария)

Low-variability methods of diagnostics and therapy and their application in informational medicine

K.N. Mkhitaryan¹, T.V. Akaeva, O.V. Vasilkovskaya², M.Yu. Gotovskiy¹

¹Center "IMEDIS" (Moscow, Russia)

²Clinic "Vitamed-plus" (Gabrovo, Bulgaria)

РЕЗЮМЕ

В работе обоснована возможность проведения корректного, с точки зрения доказательной медицины, клинического исследования в рамках информационного подхода к диагностике и терапии. С этой целью предварительно введены понятия маловариативного и замкнутого алгоритмов диагностики и терапии. Показано, что в рамках информационного подхода использование замкнутых маловариативных алгоритмов диагностики и терапии является строгим методологическим аналогом приема отдельных аллопатических препаратов в рамках ортодоксального академического исследования. Приведены примеры клинически эффективных замкнутых маловариативных алгоритмов диагностики и терапии.

Ключевые слова: информационный подход, диагностика и терапия, доказательная медицина, пациент-ориентированный подход, конституциональная терапия, биорезонансная терапия, вегетативный резонансный тест.

RESUME

The publication justifies possibility of correct clinical research in frame of informational approach to diagnostics and therapy from point of view of evidence based medicine. Terms low-variability and closed algorithms of diagnostics and therapy were introduced. We demonstrate that use of closed low-variability algorithms of diagnostics and therapy in frame of informational approach is a strong methodological analogue of medicament therapy protocol in orthodox academic research. Examples of clinically effective closed low-variability algorithms of diagnostics and therapy are provided.

Keywords: informational approach to diagnostics and therapy, evidence based medicine, patient-oriented approach, constitutional therapy, algorithm, bioresonance therapy, vegetative resonance test.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из фундаментальных проблем взаимодействия информационного подхода в медицине с современной доказательной медициной является проведение в рамках первого подхода клинического исследования, результаты которого можно было бы однозначно оценить – принять или отвергнуть – в рамках второй [1]. Основная проблема – учет конституциональной составляющей пациента (тенденция пациент-ориентированного подхода в медицине) – в этом случае состоит в следующем.

С одной стороны, несомненным фактом является наличие индивидуальной физиологи-

ческой конституции (индивидуального фенотипа) у каждого из пациентов, участвующих в клиническом исследовании, влияющей как на диагностику, так и на терапию изучаемого в этом исследовании заболевания. После обнаружения генетически и эпигенетически обусловленных заболеваний [2], а также корреляций между большинством хронических заболеваний и генетической/эпигенетической предрасположенностью к ним [3] этот факт является следствием, в частности, существования индивидуального генотипа у пациента. Учет конституции пациента является неотъемлемой составляющей информационного

подхода к диагностике и терапии. Результат информационного обследования пациента – его информационный диагноз, а также подобраный или изготовленный по этому диагнозу сигнал терапии – *информационный препарат* (ИП) – существенно зависят от индивидуальной конституции пациента. Вследствие этого, они, как правило, оказываются существенно различными для двух пациентов с одной и той же нозологией.

С другой стороны, зависимость информационного диагноза и информационного рецепта от конституции пациента препятствует статистической обработке результатов клинического исследования в информационном подходе и, следовательно, его взаимодействию с доказательной медициной, выводы которой, как обычно считается, основаны на статистической обработке результатов назначения одного и того же препарата терапии достаточно большой группе пациентов. Таким образом, возникает иллюзия невозможности применения методов доказательной медицины для обоснования эффективности информационного подхода.

Проблемы такого характера в советской науке носили название «диалектического противоречия», то есть квалифицировались как принципиально не поддающиеся разрешению, если фиксировать некоторый «уровень» (знаний, технологий, ресурсов и т.п.), на котором возникла проблема, и легко разрешимые («снимаемые»), если перейти на более высокий «уровень» их рассмотрения. Именно такие «диалектические противоречия» рассматривались советскими философами как подлинные научные проблемы. Развитие в 70–80-х годах прошлого столетия теории изобретательства и рационализации привело к пониманию того, что в основе большинства технических изобретений также лежит в точности «снятие «диалектического противоречия», возникающего при постановке той или иной технической задачи [4].

Существует также ряд «второстепенных» проблем, которые можно, условно говоря, считать неразработанными «техническими» задачами взаимодействия между указанными ветвями медицины:

1. Подбор подходящих критериев определения той или иной нозологии у пациента.

Критерии могут существенно различаться в парадигмах информационной и традиционной медицины, что крайне затрудняет сравнение результатов обследований. Например, в рамках метода Р. Фолля и метода ВРТ наличие

или отсутствие в организме пациента того или иного вируса определяется, исходя из изменения показателей электропунктурного тестирования при предъявлении организму соответствующего тест-указателя [5–8]. Современные методы ПЦР и анализа на наличие антител также позволяют установить его наличие или отсутствие, исходя из изменений биохимических реакций крови. Однако результаты тестирования электропунктурными методами могут не совпадать с результатами тестирования методами ПЦР и анализа на антитела. Возникают вопросы: как в этом случае интерпретировать один диагноз пациента относительно другого, то есть биохимический диагноз относительно информационного, и наоборот? И на какой именно диагноз – информационный или биохимический – необходимо опираться при терапии пациента?

2. Подбор подходящих критериев улучшения или ухудшения состояния пациента.

Зачастую вне рамок узкой парадигмы клинического исследования, в принципе, трудно понять, не только вылечился или не вылечился пациент, но даже и произошло ли ухудшение или улучшение его состояния? Например, в случае лечения гепатита С методами конституциональной гомеопатии лечащим врачом задача элиминации вируса гепатита в принципе не ставится. Вместо нее ставится задача обеспечения максимального качества и максимальной продолжительности жизни пациента. При этом мы можем наблюдать пациента, который лечился от гепатита методами конституциональной гомеопатии 40 лет, достиг возраста 80 лет, сохранил бодрость и ясность разума, занимается спортом на ближайшем к его дому стадионе. При этом вирус гепатита С как был в его крови, так и остался, но его это мало волнует. С другой стороны, ортодоксальный подход ставит задачу элиминации вируса, даже в том случае, когда эта элиминация сама по себе откровенно вредна для организма. В рамках ортодоксального подхода целый ряд заболеваний лечится с помощью методов, которые могут привести к ухудшению качества и сокращению жизни пациента, но предполагаются «меньшим злом» по сравнению с основным заболеванием.

3. Подбор подходящего математического аппарата.

Необходим подбор подходящего математического аппарата, в рамках которого можно было бы сравнивать статистические результаты клинических исследований в рамках ин-

формационного и ортодоксального подходов. Здесь также имеется свой «сад подводных камней», поскольку результат клинического обследования, как правило, не представляет собой просто некоторое количество полностью выздоровевших пациентов и некоторое другое количество пациентов, которые не выздоровели. В действительности получившаяся картина может быть весьма сложнее. А если учесть описанную выше многокритериальность определения начального состояния пациента и оценки улучшения его здоровья, то ситуация становится просто очень сложной для математического описания.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Дать ответ на вопрос, возможны ли в рамках информационного подхода клинические исследования, удовлетворяющие всем требованиям, предъявляемым к клиническому исследованию доказательной медицины.

2. Сформулировать, если это окажется необходимым, список содержательных отличий клинических исследований в рамках информационного подхода от клинических исследований в рамках фармакологической парадигмы.

3. Выявить наиболее перспективные, с точки зрения оценки клинической эффективности, направления информационной диагностики и терапии.

4. Привести конкретные примеры перспективных направлений информационной диагностики и терапии и оценку их эффективности.

Проблема учета индивидуальной конституции пациента и маловариативные алгоритмы терапии

Природа противоречия между конституциональным и фармакологическим подходами к терапии достаточно проста:

1. В абсолютном большинстве проводимых до настоящего времени клинических исследований по доказательной медицине терапия пациентов из основной группы осуществлялась одним и тем же фармакологическим препаратом.

2. В клиническом исследовании в рамках информационного подхода терапия пациентов изначально осуществляется различными информационными препаратами – управляющими сигналами терапии, поскольку обязана учитывать конституцию пациента.

Следовательно, если понимать информационный препарат так же, как и препарат фармакологический, то доказательное исследование в рамках информационного подхода провести невозможно.

Выход из противоречия состоит в анализе того, что в действительности изучается в клинических исследованиях, проводимых по схемам доказательной медицины. Оказывается, что речь в них вовсе не идет об оценке эффективности того или иного фармакологического препарата. В действительности оценивается эффективность некоторого *элементарного* (неразложимого на более простые) метода терапии. Поскольку в академической медицине не учитывается конституция пациента, элементарный метод терапии обычно (но не всегда!) отождествляется с приемом пациентом единственного фармакологического препарата, иногда – со стандартной физиологической процедурой. Чтобы понять, что в доказательной медицине исследуется не препарат, а элементарный метод терапии, достаточно двух примеров:

1. Во-первых, в рамках грамотно проведенного клинического исследования фармакологический препарат, назначаемый пациенту основной группы, дозирован пропорционально его весу. Следовательно, по крайней мере, его доза зависит от индивидуальности пациента, которому он назначается. Кроме того, рандомизация, используемая при формировании основной и контрольной группы пациентов, в достаточно больших группах приводит к тому, что часть пациентов (из обеих групп) страдает еще и другими заболеваниями кроме изучаемого. Это обстоятельство как раз и отражает наличие индивидуальной конституции у пациента в рамках ортодоксального подхода. В процессе доказательного исследования пациенты из обеих групп, страдающие дополнительными заболеваниями, естественно, принимают также и фармакологические препараты от этих заболеваний. Таким образом, как в основной, так и в контрольной группах различные пациенты в процессе терапии принимают различные наборы фармакологических препаратов, и, следовательно, изучение эффективности изолированного воздействия изучаемым фармакологическим препаратом весьма затруднительно. Корректнее говорить об эффективности элементарного метода терапии – состоящего в назначении подходящих доз изучаемого препарата на фоне привычной компенсирующей конституцию пациента терапии. Как изучение элементарного метода терапии такое клиническое исследование вполне корректно.

2. Во-вторых, в современной фармакологии часто возникает ситуация, в которой исследуемый препарат невозможно или нецелесообразно назначать без прикрытия другого

препарата или комплекса таких препаратов. Например, при лечении гепатита С препараты альфа-интерферона, как правило, сочетают с рибавирином. В рамках доказательной медицины клиническое исследование проводится именно для комплекса «альфа-интерферон – рибавирин», а не для каждого из этих препаратов по-отдельности. И это никого не смущает.

Таким образом, в рамках доказательной медицины результатом клинического исследования является оценка эффективности элементарного алгоритма терапии, состоящего в назначении пациенту отдельного фармакологического препарата. При этом в клиническом исследовании в рамках доказательной медицины неявно может учитываться также и конституция пациента путем назначения ему фармакологических препаратов, купирующих другие его заболевания.

Корректным аналогом элементарного метода терапии в академической медицине является использование единого, для всех пациентов основной группы элементарного («неразложимого на составляющие его части») алгоритма подбора или изготовления информационного препарата.

Такой алгоритм, будучи применен к различным пациентам, в силу разности их конституций дает «на выходе» различные информационные препараты. Вместе с тем он не изменяется от пациента к пациенту и не зависит от проводящего его врача.

Назовём *маловариативными алгоритмами* последовательность шагов диагностики и лечения, не изменяющуюся от пациента к пациенту и не зависящую от реализующего их врача.

Переход от отдельного информационного препарата к маловариативному алгоритму:

1. Во-первых, более точно, нежели прием единственного информационного препарата, следует схеме клинического исследования в доказательной медицине.

2. Во-вторых, позволяет проводить клинические исследования в рамках информационного подхода, используя ряд опробованных алгоритмов информационной диагностики и терапии, показавших высокую эффективность при лечении различных нозологий.

Критерий «элементарности» алгоритма диагностики и терапии в информационной медицине, замкнутые алгоритмы

В рамках исследования отдельного фармакологического препарата методами академической доказательной медицины совершенно понятно, что такое элементарный алгоритм терапии. Им является прием одного единствен-

ного фармакологического препарата. Казалось бы, информационным аналогом элементарного алгоритма фармакологической терапии должен считаться прием единичного информационного препарата – единичного управляющего сигнала, компенсирующего единичный тест. Это определение часто принимается как единственный критерий элементарности алгоритма даже в методических пособиях по информационной медицине [5–8]. Однако такой класс элементарных алгоритмов терапии не решает задачу учета конституции пациента.

В общем случае, после введения в контур тестирования некоторого ИП, компенсирующего единичный тест, у пациента наблюдаются два типа реакций:

1. Во-первых, компенсация единичного теста, в частности теста, по которому был подобран ИП.

2. Во-вторых, возможно появление новых декомпенсированных тестов, выявляемых лишь при фильтрации через этот ИП.

Будем называть ИП *оптимальным*, если при фильтрации через него не выявляются никакие тесты, то есть наблюдается виртуальное состояние здоровья пациента [9].

Будем называть ИП *конституционально ориентированным*, если при фильтрации через него не выявляются новые декомпенсированные тесты.

Феномен появления новых единичных тестов при фильтрации через некоторый ИП естественно интерпретировать как репрезентацию цены, выплачиваемой организмом за реакцию адаптации, им вызванную [10]. То есть, в буквальном смысле, леча одно заболевание, мы в случае неудачного подбора ИП вызываем другое (цену за адаптацию к первому заболеванию), и не факт, что вызванное заболевание окажется легче первоначального. Чтобы убрать «ценовое заболевание», необходимо «подправить» изначально выбранную терапию дополнительным препаратом, например, ИП₁. Однако новый препарат ИП + ИП₁ вызовет, в общем случае, новое «ценовое заболевание». При неудачном подборе информационных препаратов процесс оптимизации терапии:

ИП → ИП + ИП₁ → ИП + ИП₁ + ИП₂ → ... ИП + ИП₁ + ИП₂ + ... + ИП_n → ...

может продлиться до бесконечности. Ясно, что начиная с какого-то шага, мы будем только ухудшать состояние пациента, поскольку начнется его перегрузка противоречащими друг другу управляющими сигналами.

В силу сказанного, элементарный алгоритм терапии, состоящий в назначении ИП, ком-

пенсирующего единичный тест из информационного диагноза пациента, в общем случае нельзя считать ни оптимальным, ни конституционально ориентированным.

Для эффективной терапии необходим другой – качественно отличный от алгоритмов компенсации одиночных тестов – класс элементарных алгоритмов. Алгоритмы из этого нового класса должны автоматически учитывать конституцию пациента.

Алгоритм выбора оптимальной терапии назовем замкнутым, если он представляет собой конечную последовательность шагов, на каждом из которых выбирается или изготавливается конституционально ориентированный информационный препарат, причем через конечное число шагов суммарный информационный препарат $S = ИП + ИП_1 + ИП_2 + \dots + ИП_n$ становится оптимальным – он не вызывает декомпенсации, и через него не выявляются никакие другие тесты.

Замкнутые алгоритмы являются элементарными в том смысле, что любой подалгоритм замкнутого алгоритма (кроме него самого) уже не является замкнутым, поскольку не позволяет получить «на выходе» оптимальный информационный препарат.

Иными словами, замкнутый алгоритм не разложим на составные части, которые сами являются замкнутыми алгоритмами.

Замкнутые алгоритмы можно рассматривать как новый класс элементарных алгоритмов, качественно отличный от элементарных алгоритмов, основанных на компенсации единичных тестов. Маловариативные замкнутые алгоритмы могут быть использованы для проведения клинических исследований в рамках доказательной медицины.

Как и всегда в медицине, нужно говорить не об «идеальной замкнутости» маловариативного алгоритма или его «идеальной конституциональной ориентированности», а о статистических аналогах этих свойств. Это требует соответствующего математического аппарата.

Предпосылки к развитию замкнутых алгоритмов диагностики и терапии изложены в [12].

Первым примером маловариативного алгоритма является метод создания общего и частного биорезонансного препарата, предложенный Ю.В. Готовским в конце XX века [11].

Примерами замкнутых маловариативных алгоритмов диагностики и терапии являются:

1. Алгоритм конституциональной диагностики и терапии, разработанный Т.В. Акаевой и К.Н. Мхитаряном, основанный на подборе конституционального гомеопатического элемента,

компенсирующего маркер $КМХ \downarrow + НАНКр \uparrow$, где $КМХ$ – комплексный маркер хроносемантики, $НАНКр$ – компенсирующая его потенция аутонозода крови пациента [13–15].

2. Модульный алгоритм диагностики и терапии, разработанный О.В. Васильковской и К.Н. Мхитаряном, основанный на чередовании трех составляющих его модулей, в зависимости от результатов тестирования: алгоритмов элиминации болезнетворных агентов, восстановления тканей, органов и систем пациента и компенсации конституциональной ошибки [16–18].

3. Алгоритм «раскрытия зацепки», разработанный К.Н. Мхитаряном и апробированный Т.В. Акаевой, на примере диагностики и терапии по мантическим БАТ [19].

Клинические исследования в объеме, достаточном для оценки эффективности, проведены только для первых двух из перечисленных алгоритмов.

Подведем итоги:

1. По крайней мере, с формальной точки зрения, существуют классы элементарных (неразложимых на составляющие части) маловариативных алгоритмов, качественно отличные от алгоритмов компенсации отдельных тестов.

2. Одним из таких классов является класс замкнутых маловариативных алгоритмов.

3. Замкнутые маловариативные алгоритмы являются естественным классом алгоритмов для проведения доказательных клинических исследований.

Выбор подходящих критериев постановки диагноза (оценки состояния пациента)

Итак, в доказательных клинических исследованиях по информационной медицине речь должна идти о сравнении эффективности маловариативных алгоритмов и алгоритмами фармакологической терапии. Поэтому в качестве системы нозологических единиц, в которых оценивается состояние пациента, используется общепринятая система нозологий, которой на сегодня является МКБ-10. Иными словами, критерием участия пациента в доказательном клиническом исследовании является наличие у него общепринятой нозологии из МКБ-10, подтвержденной совокупностью общепринятых медицинских исследований и результатами анализов.

Напротив, конституция пациента предполагается полностью рандомизированной – не используются никакие критерии отбора пациентов по каким бы то ни было конституциональным признакам. Предполагается, что конституциональные особенности пациента

учтены в маловариативном алгоритме диагностики и терапии, используемом в клиническом исследовании. Более того, клиническое исследование эффективности маловариационного алгоритма в рамках информационного подхода проводится на фоне постепенной отмены всех других препаратов как фармакологических, так и информационных. Таким образом, «конституциональная компонента» пациента считается полностью компенсированной информационным препаратом, полученным в результате применения исследуемого маловариативного алгоритма терапии.

Приведенная схема выбора критерия постановки диагноза является единственной корректной схемой сравнения эффективности информационных и фармакологических маловариативных алгоритмов в клиническом исследовании [13–20].

Выбор подходящих критериев успешности терапии

На основании тех же самых рассуждений, которые были использованы в предыдущем разделе, критерии успешности терапии должны выбираться в соответствии со стандартами, используемыми в современной академической парадигме. То есть заболевание нужно считать вылеченным (компенсированным, частично компенсированным и т.д.), если оно считается таковым в соответствии с результатами общепринятых клинических исследований и анализов, используемых в академической медицине для оценки состояния пациента.

В рамках клинического исследования необходимо, однако, дополнительный критерий, конкретизирующий факт полного или частичного выздоровления пациента, указывающий, когда мы можем считать изменение его состояния на фоне терапии ее *успехом*, а когда нет. Список таких конкретизирующих критериев обычно предоставляется самой академической медициной. Например, вирусные гепатиты В и С или вирусные энцефалиты считаются излеченными, если в крови пациента при нескольких повторных пробах дают отрицательные реакции тесты на антитела и ПЦР к соответствующему вирусу. Наличие симптомов гепатита или других заболеваний, возникших после заражения пациента вирусом, и, возможно, а иногда и достоверно связанных с ним, считается в этом случае последствием перенесенного заболевания, а не его проявлениями. Несмотря на кажущуюся парадоксальность такого подхода, с точки зрения интуитивного понимания «здоровья» пациента, он совершенно необходим

в случаях, когда требуется получить научную оценку эффективности того или иного метода.

Если «на входе» в клиническое исследование требуется *академическое подтверждение* (отнесенной к МКБ-10) нозологии пациента, то «на выходе» из него требуется однозначный относительно выбранного критерия результат – достигнут ли «успех» терапии, «да» или «нет» [13–20]?

Статистические критерии, используемые для оценки информационного клинического исследования

Выбор статистического критерия для оценки результатов информационного клинического исследования обусловлен тремя его особенностями:

1. Во-первых, в рамках исследования, как правило, ничего не известно о конституции пациентов, получающих информационную терапию. В частности, не известны особенности их иммунитета, способности к регенерации, а также другие факторы, позволяющие предсказать успех или неудачу терапии. Поэтому используемый статистический критерий должен быть непараметрическим, он не должен включать в себя распределения каких-либо характеристик пациентов, поскольку эти распределения обычно неизвестны.

2. Во-вторых, результат клинического исследования, в соответствии со сказанным выше, удобно представлять в виде какого-то числа «успехов» и «неудач» терапии, например, в основной и контрольной группах. Следовательно, используемый статистический метод должен работать с двоичной системой результатов терапии: «успех» – «неудача» и, что представляется наиболее естественным, с процентом «успехов» и «неудач» в каждой из клинических групп.

3. В-третьих, в клиническом исследовании может сравниваться не только эффективность какого-либо метода терапии с отсутствием таковой, но и эффективность нескольких различных методов информационной и обычной терапии. Это практически неизбежно, например, если в академической медицине существует достаточно эффективный метод лечения рассматриваемой нозологии. В этом случае оказывается необходимым не просто установление того факта, что используемый метод терапии привел к достоверно высокому проценту «успеха», но и статистически достоверное различие эффективности нескольких таких методов.

Наиболее известным статистическим критерием, удовлетворяющим всем трем указан-

ным критериям является критерий ϕ^* Фишера [21]. Помимо вышперечисленных качеств, необходимых для применения в информационном клиническом исследовании, этот критерий удовлетворяет еще и ряду «бонусных» условий:

1. Он чрезвычайно прост с вычислительной точки зрения и позволяет обойтись при расчете статистически достоверной оценки эффективности исследуемого метода терапии без специального программного обеспечения.

2. После небольшой модификации [22] результатом применения критерия ϕ^* становится процентный интервал $[X\%, Y\%]$, такой, что если для каких-то двух методов терапии M_1 и M_2 справедливы неравенства $X_1 < X_2$, $Y_1 < Y_2$, то метод M_2 статистически достоверно является более эффективным, нежели метод M_1 (разумеется, при одном и том же уровне значимости p). Следствием из описанной модификации является возможность в ряде случаев вообще обойтись без контрольной группы при проведении клинического исследования. Действительно, для целого ряда нозологий процентный прогноз развития заболевания достоверно известен. Этот прогноз может быть взят за оценку эффективности «терапии» M_1 (или ее отсутствия) в контрольной группе. В то же время в основной группе, получающей терапию M_2 , эта оценка вычисляется непосредственно из результатов клинического исследования. Поскольку обе оценки представляют собой процентные интервалы вида $[X_i\%, Y_i\%]$, где $i = 1, 2$, остается только проверить условия $X_1 < X_2$, $Y_1 < Y_2$. В этом случае будем говорить, что в клиническом исследовании используется метод виртуальной контрольной группы, или просто виртуальная контрольная группа.

Построения корректной методологической модели (дизайна) исследования

Исходя из сказанного, корректно проведенное доказательное клиническое исследование в рамках информационного подхода должно удовлетворять следующим условиям:

1. Предполагается, что у всех участников исследования (методами ортодоксальной медицины) выявлена одна и та же нозология. Предметом исследования является эффективность ее лечения с помощью оговоренного алгоритма информационной диагностики и терапии.

2. После клинического подтверждения выбранной нозологии и получения информированного согласия пациентов методом рандомизации, разделяют на несколько групп (по возможности, равной численности). Минимальное

количество групп равно двум – это основная группа и контрольная.

3. Основная группа получает лечение с помощью выбранного для оценки его эффективности алгоритма информационной диагностики и терапии.

4. Контрольная группа (возможно, виртуальная) не получает лечения, либо получает его на основе других методов диагностики и терапии.

5. По истечении оговоренного периода или по достижении оговоренного состояния здоровья пациента, его терапия завершается. Исследование считается клинически завершенным, если завершена терапия всех пациентов из основной группы.

6. С помощью непараметрического статистического критерия, например, критерия ϕ^* Фишера, сравниваются результаты лечения в основной и контрольной группах. Если в исследовании присутствуют, кроме того, иные группы, сравнивается количество успехов и неудач терапии в каждой из них.

7. На основании проведенного сравнения делается вывод (обычно это численная оценка) об эффективности терапии исследуемого маловариативного метода диагностики и терапии.

Принимаются положения о том, что:

– изучаемая нозология выявляется исключительно методами академической медицины и соответствует одной из нозологических единиц МКБ-10;

– результаты терапии оцениваются исходя из критериев излечения (выздоровление, улучшение, без изменений и т.д.), принятых в академической медицине;

– алгоритм диагностики и терапии, с помощью которого подбираются или изготавливаются информационные препараты для лечения пациентов из основной группы, является замкнутым маловариативным алгоритмом диагностики и терапии.

ВЫВОДЫ:

1. В рамках информационного подхода возможны клинические исследования, удовлетворяющие всем требованиям, предъявляемым к клиническому исследованию доказательной медициной.

2. Единственным содержательным отличием клинических исследований в рамках информационного подхода от клинических исследований в рамках фармакологической парадигмы является использование маловариативных алгоритмов диагностики и терапии вместо алгоритмов приема фиксированного препарата.

3. Наиболее перспективными, с точки зре-

ния оценки эффективности в клиническом эксперименте, являются замкнутые маловариативные алгоритмы диагностики и терапии, учитывающие конституцию пациента.

4. Проведенные к настоящему моменту клинические исследования подтверждают высокую эффективность, по крайней мере, двух исследованных замкнутых маловариативных алгоритмов диагностики и терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мхитарян К.Н., Акаева Т.В., Бобров И.А., Готовский М.Ю. К вопросу о постулатах информационной медицины // Традиционная медицина. – 2016. – №3(46). – С.48–57.
2. Генетика. Учебник для вузов // Под ред. Академика РАН В.И. Иванова. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2007. – 638 с.
3. Эпигенетика / Под ред. С.Д. Эллиса, Т. Дженювейна, Д.Рейнберга. – М.: Техносфера, 2010. – 498 с.
4. Альтшуллер Генрих Саулович. Найти идею. Введение в ТРИЗ – теорию решения изобретательских задач. – М.: Альпина Паблишер, 2017.
5. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Методические рекомендации №99/96 / Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е. Королева Н.А., Каторгин В.С. – М.: Научно-практ. Центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ, 2000. – 28 с.
6. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б., Сазонова И.М., Фролова Л.А. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ»: Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 1997. – 84 с.
7. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б., Фролова Л.А. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ»: Методические рекомендации (дополнение). – М.: ИМЕДИС, 1998. – 60 с.
8. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Фролова Л.А. Резонансно-частотная диагностика и терапия грибов, вирусов, бактерий, простейших и гельминтов: Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 2000.
9. Мхитарян К.Н., Акаева Т.В., Бобров И.А., Бизяев П.Д., Васильковская О.В., Готовский М.Ю. Основные понятия информационной медицины // Традиционная медицина. – 2017. – №3(50). – С.46–56.
10. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Новое экспериментальное подтверждение существования внутреннего времени организма с использованием ВРТ // Тезисы и доклады. XVIII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения адаптивной биорезонансной терапии». Ч. II. – М.: ИМЕДИС, 2012. – С.128–145.
11. Аванесова Е.Г., Аванесова Т.С., Бочаров Д.Г. Клинические аспекты применения вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ» в деятельности практического врача // Тезисы и доклады. XI Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. I. – М.: ИМЕДИС, 2005. – С.3–20.
12. Готовский Ю.В., Мхитарян К.Н. Лекции по хроносемантике. – М.: ИМЕДИС, 2004. – 276 с.
13. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Коррекция элементного обмена и выбор конституционального препарата // Материалы 3-го съезда Российского общества медицинской элементологии. – Москва – Углич, 11–13 мая, 2012 г.
14. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Алгоритм выбора конституционального препарата минерального ряда // Гомеопатический ежегодник. Сборник материалов 23 Международной гомеопатической конференции. – М.: Техполиграфцентр, 2013. – С.185–188.
15. Акаева Т.В., Васильковская О.В., Готовский М.Ю., Мхитарян К.Н. Маловариативные алгоритмы гомеопатической терапии, необходимость и возможность доказательной гомеопатии // Материалы объединенного конгресса: 1-й Евразийский Конгресс по гомеопатической медицине и 25-й Конгресс Азиатской Гомеопатической Медицинской Лиги, Москва, 14–15 октября 2016 г. ООО «РАНМ». 2016. – С.154–156.
16. Васильковская О.В., Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Лечение аутоиммунного тиреоидита с помощью биорезонансной терапии и вегетативного резонансного теста // Традиционная медицина. – 2015. – №3(42). – С.16–23.
17. Васильковская О.В. Мхитарян К.Н. Терапия детей и взрослых с астигматизмом, близорукостью и косоглазием, с использованием методик биорезонансной терапии и вегетативного резонансного теста // Тезисы и доклады. XXII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: ИМЕДИС, 2016. – С.136–146.
18. Васильковская О.В., Мхитарян К.Н. Терапия детей и взрослых с нарушением функции равновесно-слухового нерва, с использованием методик биорезонансной терапии и вегетативного резонансного теста // Тезисы и доклады. XXIII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: ИМЕДИС, 2017. – С.39–50.
19. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Хроносемантика как метод терапии хронических полинозологических заболеваний // Сб. Научных трудов - Международный форум «Интегративная медицина-2009», г. Москва, 5-7 июня 2009 г. – М.: изд-во Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Минздравсоцразвития, 2009. – С.39–42.
20. Акаева Т.В. Мхитарян К.Н. Системно-нозологический подход в лечении хронических вирусных гепатитов // Традиционная медицина. – 2016. – №1(44). – С.8–13.
21. Сидоренко Е.В. Методы Математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.
22. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических последствий. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.

Адрес автора

Мхитарян К.Н.
ООО «ЦИМС «ИМЕДИС»
mchitaryan@mail.ru