

ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА С ПОМОЩЬЮ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ И ВЕГЕТАТИВНОГО РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА

О.В. Васильковская¹, Т.В. Акаева², К.Н. Мхитарян³

¹Медицинский центр «Витамед», (г. Габрово, Болгария),

²ФГУ ИМБП РАН (г. Москва),

³Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва)

Treatment of autoimmune thyroiditis with bioresonance therapy and vegetative resonance test

O.V.Vasilkovskaya¹, T.V.Akaeva², K.N.Mkhitaryan³

¹Medical center "Vitamed" (Gabrovo, Bulgaria)

²FSI IMBP RAS (Moscow, Russia)

³Center of intellectual medical systems "IMEDIS" (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

В работе приведены результаты исследования по диагностике и терапии аутоиммунных тиреоидитов (тиреоидитов Хашимото) с помощью сочетанного использования вегетативного резонансного теста (ВРТ) и биорезонансной терапии (БРТ). Показано, что как диагностика, так и терапия этой нозологии имеют свои особенности, обусловленные применением этих методов. В исследовании использован единообразный алгоритм диагностики и терапии тиреоидитов, что можно рассматривать как существенный шаг методов ВРТ и БРТ в сторону доказательной медицины. Сделан вывод о скрытой обусловленности аутоиммунных тиреоидитов хроническими вирусными инфекциями. Апробированы новые управляющие сигналы (информационные препараты Анаферон, Тритон регенерация и Тритон метаморфоза), показавшие себя эффективными инструментами, соответственно, антивирусной и восстановительной направленности в терапии тиреоидитов Хашимото.

Ключевые слова: тиреоидиты Хашимото.

RESUME

Research results of diagnostics and therapy of autoimmune thyroiditis (Hashimoto's thyroiditis) with complex use of vegetative resonance test (VRT) and bioresonance therapy (BRT) are presented. It's shown that diagnostics and therapy of this nosology with these methods has its peculiarities. A uniform algorithm for diagnostics and therapy of thyroiditis is used in this research, what can be considered as a significant step of VRT and BRT methods towards evidence based medicine. The conclusion about hidden conditionality of autoimmune thyroiditis by chronic viral infections was done. New controlling signals (informational preparation Anaferon, Triton regeneration and Triton metamorphosis) showed as effective measures for antiviral and rehabilitation direction of Hashimoto's thyroiditis therapy were tested.

Keywords: Hashimoto's thyroiditis.

Разработка новых методов терапии аутоиммунных тиреоидитов (тиреоидитов Хашимото) представляет собой актуальную задачу современной медицины. Ортодоксальный (общепринятый) подход к их лечению представляет собой лишь заместительную, но не восстановительную терапию. Поэтому он гарантированно дает неблагоприятные отдаленные последствия (полную или частичную дегенерацию тканей щитовидной железы) [1]. Возможность подхода к тиреоидитам Хашимото как к забо-

леванию вирусной этиологии аутоиммунному по форме протекания в имеющейся литературе освещена недостаточно.

В процессе исследования авторы проверяли две гипотезы, относительно природы и методов терапии аутоиммунных тиреоидитов:

– аутоиммунные тиреоидиты могут быть обусловлены скрытым хроническим заболеванием щитовидной железы вирусной этиологии, которое, в силу тех или иных особенностей конституции пациента, протекает, на внешнем

плане, как аутоиммунный процесс. Следовательно, элиминация вирусной инфекции, поражающей ткани щитовидной железы, приведет к прекращению развития заболевания и облегчению состояния пациента;

– последующее восстановление тканей и функций щитовидной железы может быть проведено с использованием специальных сигналов регенерации: запись процесса регенерации конечности тритона (сигнал «Тритон регенерация»)

Авторы использовали вегетативный резонансный тест (ВРТ) для диагностики процессов, происходящих в щитовидной железе, и методы биорезонансной терапии для построения управляющих сигналов терапии аутоиммунного тиреоидита.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Разработка единого стандартного алгоритма диагностики и терапии тиреоидитов Хашимото в рамках системно-нозологического подхода.

2. Проверка гипотезы о скрытой обусловленности аутоиммунных тиреоидитов хроническими вирусными заболеваниями щитовидной железы.

3. Проверка разработанного алгоритма диагностики и терапии тиреоидитов Хашимото.

4. Оценка эффективности информационных препаратов Анаферон (электронная копия), Тритон регенерация и Тритон метаморфоза, как составных элементов комплексной терапии тиреоидитов Хашимото.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование было проведено в 2012–2014 гг. в клинике «Витамед» г. Габрово. В исследовании приняли участие 16 пациентов женского пола с тиреоидитом Хашимото в возрасте от 9 до 65 лет. Продолжительность заболевания на момент обращения у различных пациентов колебалась от несколько месяцев до 17 лет. Все пациенты дали информированное согласие на проведение исследования. Во всех случаях, также с информированного согласия пациентов не использовались никакие другие методы лечения, кроме описанной ниже информационной терапии и заместительной гормональной терапии, отменявшейся по мере улучшения состояния больного. На момент начала обследования все принявшие в нем участие пациенты принимали препарат L-тироксин в дозах от 50 до 150 мг в сутки.

Для проведения диагностики и терапии использовался аппарат для электропунктурной

диагностики, медикаментозного тестирования, адаптивной биорезонансной терапии и электро-, магнито- и светотерапии по БАТ и БАЗ «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», Регистрационное удостоверение №ФС 022а2005/2263-05 от 16 сентября 2005 г.

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Во всех случаях проводилась первичная и повторная общая диагностика пациента по методу ВРТ, в соответствии с утвержденными методиками [1–3].

В частности, для оценки общего состояния здоровья пациента с применением ВРТ, определялись его биологические индексы, резервы адаптации, наличие у него радиоактивной, электромагнитной и токсической отягощенности, степень онкологической резистентности и другие.

Обследование для определения состояния щитовидной железы пациента включало в себя следующую последовательность тестов:

1. Тестирование Органопрепаратов щитовидной железы в потенциях D3-D30 с целью определения ее дисфункции. Тест-указатели Органопрепаратов щитовидной железы, дающие резонансный отклик, объединялись в суммарный тест-указатель Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы.

2. Выявление резонансных цепочек вида Σ Органопрепараты Щитовидной Железы $\downarrow +$ Степень активности катаболизма \uparrow с целью определения средних (по сумме Органопрепаратов) показателей ее анаболизма или катаболизма.

3. Выявления резонансных цепочек вида Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы $\downarrow +$ Степень активности катаболизма $\uparrow +$ Степень кислотности \downarrow с целью определения средних показателей ее кислотно-щелочного баланса.

4. Выявление резонансных цепочек вида Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы $\downarrow +$ Степень активности катаболизма $\uparrow +$ Степень кислотности $\downarrow +$ Степень напряжения/истощения ВНС \uparrow с целью определения состояния ее вегетативной иннервации.

5. Выявлении резонансных цепочек вида Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы $\downarrow +$ Степень активности катаболизма $\uparrow +$ Степень кислотности $\downarrow +$ Степень напряжения/истощения ВНС $\uparrow +$ Анаферон \downarrow , с целью подтверждения вирусной этиологии патологического процесса в ней.

Тест-указатель «Анаферон» был выбран в качестве индикатора вирусной этиологии патологического процесса в силу того, что при

наличии вирусного отягощения возрастает потребность организма в выработке избыточных количеств интерферона, а следовательно, его чувствительность к факторам уменьшающим количество этого белка. Этот тезис полностью коррелирует с положениями [2], в соответствии с которыми препарат, подходящий для терапии, дает положительный тест.

6. Выявление резонансных цепочек вида Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы \downarrow + Степень активности катаболизма \uparrow + Степень кислотности \downarrow + Степень напряжения/истощения ВНС \uparrow + Анаферон \downarrow + Нозод Вируса \uparrow , с целью определения конкретного вида вируса, вызвавшего патологию.

7. Критерием постановки ВРТ-диагноза «Заболевание щитовидной железы вирусной этиологии» являлось выявление хотя бы одной резонансной цепочки вида Σ Органопрепаратов Щитовидной Железы \downarrow + Степень активности катаболизма \uparrow + Степень кислотности \downarrow + Степень напряжения/истощения ВНС \uparrow + Анаферон \downarrow + Нозод Вируса \uparrow .

Процедура тестирования, с целью определения состояния щитовидной железы, равно как и последующий алгоритм терапии не различались для больных различных возрастных групп.

СХЕМА ТЕРАПИИ

Терапия проводилась в соответствии с методическими указаниями по БРТ [4] в два этапа: на первом этапе ставилась задача элиминации вирусов, предположительно паразитирующих в щитовидной железе пациента, на втором – регенерация ткани щитовидной железы и восстановление ее функций. Использовался системно-нозологический подход (СНП) к терапии, состоящий в пошаговой компенсации препаратами терапии индивидуального тест-указателя пациента – КМХ и его последующих усилений. (Тест-указатель КМХ пациента представляет собой сумму биологически значимых сигналов, «списанных», с использованием специальных методик БРТ, с концевых и узловых точек основных хироглифических линий его ладоней [5]). Усиления КМХ, обозначаемые далее КМХ2, КМХ3 и так далее, осуществлялись на аппарате «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», путем перезаписи исходного тест-указателя через контейнер №4 этого аппарата на некоторое количество гомеопатической крупки, помещенной в стаканчик расположенный в контейнере №1. В процессе перезаписи проверялось, что количество гомеопатической крупки, на которую она осуществляется, достаточно для прямого

положительного теста (эффекта «снижения измерительного уровня»).

Во всех случаях, и на всех этапах терапии начальный (неусиленный) КМХ пациента изготавливался в начале очередного сеанса терапии. Последующее усиление КМХ всегда создавалось после того, как исходное усиление было скомпенсировано, на предыдущем шаге СНП, предшествующим препаратом терапии, оттестированную дозу которого принимал пациент. В работе N-ое усиление КМХ обозначается КМХ-N, например, КМХ-2, КМХ-3 и так далее.

При описании препаратов терапии использованы следующие сокращения:

– электронная потенция Pot^{α} , препарата Z, полученная путем его перезаписи из контейнера №2 в контейнер №1, при положении ручки регулятора усиления сигнала АПК «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ» в положении α , и компенсирующая индивидуальный тест-указатель КМХ (соответственно КМХ-N), то есть такая что:

$KMX \downarrow + Pot^{\alpha} Z \uparrow$,

обозначается, кратко, через Z/КМХ (соответственно, Z/КМХ-N). Величина α не входит в конечное обозначение полученного препарата, поскольку является индивидуальным параметром, зависящим от соотношения воздействий препаратов Z и КМХ на организм пациента;

– электронная потенция аутонозода крови (АНКр-а) пациента, компенсирующая его маркер КМХ, обозначается как iАНКр/КМХ. Если этот аутонозод был предварительно переписан через контейнер №3 аппарата «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ», то соответствующий препарат обозначается как iАНКр/КМХ;

– специальные препараты – Системные Духовные Адаптанты, описанные в [6] и кратко обозначаемые как СДА.

На первом этапе всем пациентам изготавливался следующий набор препаратов, направленных на элиминацию вирусов, паразитирующих в щитовидной железе:

1. iАНКр/КМХ или (iАНКр)/КМХ в зависимости от того, был ли положительным или отрицательным тест на «Ложную полярность».

2. Церебральный отклик на нагрузку пациента терапевтической резонансной цепочкой (ТРСЦ):

Σ Органопрепаратов Щитовидной железы \downarrow + Уровень катаболизма \uparrow + Степень кислотности \downarrow + Напряжение ВНС \uparrow + Анаферон \downarrow + Потенцированный змеиный яд \uparrow /КМХ-2.

В процессе построения этой цепочки использовались тест-указатели Уровни катаболизма, Степени кислотности и Напряжения ВНС, которые были выявлены в процессе диагностического ВРТ-обследования.

«Потенцированный змеиный яд» – это электронная копия гомеопатического препарата змеиного яда, взятая из селектора. В качестве «Потенцированного змеиного яда» подбирался такой гомеопатический препарат яда змей и такая его потенция, которые обеспечивали выполнение условия:

КМХ2 ↓ + ТРЦ ↑ (1)

Такой препарат удавалось подобрать *всегда*, причем часто их было несколько. В процессе терапии были использованы все находившиеся в селекторе тест-указатели змеиных ядов, чаще всего – Лахезис, Кроталюс, Найя и Элапс. Условие Нозод вируса ↓ + «Потенцированный змеиный яд» ↑ не проверялось. Критерием выбора для терапии построенной резонансной цепочки считалось условие (1).

3. СДА /КМХ-3.

Указанную схему повторяли несколько раз (от 2-х до 6-ти) вплоть до выполнения критерия А:

Критерий А. Отсутствие положительного теста с нозодами вирусов, при фильтрации через составной тест-указатель Σ Органопрепаратов щитовидной железы: если (Σ Органопрепаратов щитовидной железы) ↓, то и (Σ Органопрепаратов щитовидной железы + Нозод вируса) ↓, для всех находящихся в селекторе нозодов вирусов.

Критерий А использовался как критерий *окончания этапа антивирусной терапии.*

В случае выполнения критерия А проверялся критерий Б.

Критерий Б. На фоне выполнения критерия А, положительный тест:

– хотя бы с одной из потенций Органопрепаратов щитовидной железы, так что можно построить составной тест-указатель Σ Органопрепаратов щитовидной железы ↓;

– хотя бы с одной из потенций препаратов регенерации тритона, при фильтрации через составной тест-указатель Σ Органопрепаратов щитовидной железы ↓, так что для этой потенции выполнено условие: Σ Органопрепаратов щитовидной железы ↓ + Потенция Тритон регенерация ↑ или + Потенция Тритон метаморфоза ↑».

Критерий Б использовался как критерий *готовности организма к восстановлению функций (регенерации) щитовидной железы.*

В случае, если критерии А и Б выполнялись одновременно, врач переходил к этапу восстановления функций (регенерации) щитовидной железы по схеме:

1. Церебральный отклик на нагрузку пациента резонансной цепочкой « Σ Органопрепаратов щитовидной железы ↓ + Потенция

Тритон регенерация ↑ или + Потенция Тритон метаморфоза ↑»/КМХ;

2. СДА/КМХ-2,

который также повторялся от одного до трех раз.

В случае, когда выполнялся критерий А, но не выполнялся критерий Б, пациенту проводилась *промежуточная конституциональная терапия* по схеме:

1. НАНКр/КМХ;

2. Церебральный отклик на нагрузку пациента тест-указателем Элемент выбранный, исходя из критерия: Элемент/КМХ 2, то есть КМХ 2 ↓ + Элемент ↑;

3. СДА/КМХ3,

вплоть до выполнения критерия Б. После этого переходили к этапу восстановления функций щитовидной железы.

Проводился ежемесячный контроль гормонов щитовидной железы и ТТГ. По мере восстановления железы, суточная доза L-тироксина принимаемого пациентом, уменьшалась, вплоть до отмены.

Длительность терапии, проводимой по указанному алгоритму, составляла от 9 месяцев до 2,5 лет, в зависимости от возраста, индивидуальной конституции, длительности заболевания и степени поражения щитовидной железы пациента на момент начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика

ВРТ-диагноз «Заболевание щитовидной железы вирусной этиологии» был поставлен *всем 16-ти обратившимся пациентам*, хотя, разумеется, степени поражения щитовидной железы (тестирующиеся потенции соответствующего Органопрепаратов), выявленные степени катаболизма, кислотности и напряжения или истощения ВНС были различными. Во всех случаях выявлялись: катаболические процессы различной степени активности и кислое состояние тканевого обмена в щитовидной железе пациента, что и отмечено видом диагностических и терапевтических резонансных цепочек, используемых в работе.

Были выявлены различные виды вирусов, тестируемые в тканях щитовидной железы обследуемых.

Из приведенной таблицы видно, что обнаруживались вирусы Эпштейн-Барра, Цитомегаловирус, Герпес зостер, Герпес симплекс, Герпес тип 6, и вирусы кори и краснухи, гриппа и ОРЗ (до 8 различных вирусов у одной из пациенток). Не были обнаружены, например, вирусы Коксаки.

Отметим слабо выраженную кумуляцию (накопление) выявленных тест-указателей нозодов вирусов по мере увеличения возраста пациенток. Эту кумуляцию, по-видимому, можно объяснить повторными вирусными инфекциями уже ослабленной ткани щитовидной железы.

Терапия

Во всех 16 случаях после нескольких циклов анти-вирусной терапии (первый этап терапии) оказывался выполненным критерий А, что в рамках методов ВРТ и БРТ можно рассматривать как элиминацию вирусов из щитовидной железы. После устранения вирусного отягощения всегда переставал тестироваться препарат Анаферон, но, как правило, продолжали тестироваться некоторые потенции Органо-препаратов щитовидной железы (другие, по сравнению с началом терапии). То есть, функция щитовидной железы к моменту окончания этапа антивирусной терапии не была полностью восстановлена ни у одного пациента. Во всех случаях отмечалось, однако, частичное восстановление ее функции, что проявлялось в динамике тестируемых потенций Органо-препаратов щитовидной железы: исчезновение вегетативных резонансов с самыми низкими (из тестируемых до начала терапии) их потенций.

В 11 случаях из 16 при выполнении критерия А одновременно выполнялся и критерий Б, то есть состояние организма пациента, после завершения антивирусной терапии позволяло немедленно перейти к этапу восстановления функций щитовидной железы.

В 5 случаях состоя-

Таблица 1

Тест-указатели нозодов вирусов, выявленные у пациентов:

Пациент	Возраст, лет	1. Герпес симплекс	2. Герпес зостер	3. Герпес Тип 6	4. Цитомегаловирус	5. Эпштейн- Барр	6. Вирусы гриппа	7. Корь	8. Краснуха	9. Аденовирусы
1. А	9		+					+		
2. Б	17	+	+						+	
3. В	19					+	+			
4. Г	20					+				
5. Д	22	+	+			+				
6. Е	27		+					+		+
7. Ж	30	+	+					+	+	
8. З	32			+		+				
9. И	33			+	+			+		
10. К	35						+		+	
11. Л	35	+	+		+	+	+	+	+	+
12. М	40	+								+
13. Н	43		+	+	+	+		+		
14. О	52	+					+			+
15. П	56					+		+	+	
16. Р	65	+			+	+				

ние организма пациента потребовало дополнительного этапа конституциональной терапии, причем в трех случаях в качестве конституционального элемента выступал Йод, в одном случае Селен и в одном случае Силиция (Кремний). У этих 5-и пациентов критерий Б стал выполняться после 1–3-х месячных циклов конституциональной терапии, что позволило перейти к этапу восстановления функций щитовидной железы и у них.

К моменту окончания терапии у всех 16 пациентов наблюдались:

1. Полное восстановление функции щитовидной железы, подтвержденное результатами гормональных исследований (гормоны щитовидной железы и ТТГ в норме, на фоне полной отмены L-тироксина).

2. Отсутствие признаков поражения щитовидной железы при УЗИ-обследовании. В табл. 2 показана динамика снижения доз L-тироксина и нормализации гормонального статуса пациентов в процессе терапии.

Здесь первая группа измерений отвечает состоянию больных в начале обследования, вторая – окончанию цикла антивирусной тера-

Таблица 2

Динамика гормонального статуса пациентов в процессе терапии

Пациент	Возраст, лет	Доза заместительной терапии при обращении, L-тироксин	До лечения			После цикла противовирусной терапии			По окончании лечения		
			Т3	Т4	ТТГ	Т3	Т4	ТТГ	Т3	Т4	ТТГ
1. А	9	125 mg	3.06	11.93	4.16	2.99	12.11	2.34	2.82	10.67	2.03
2. Б	17	75 mg	5.4	12.40	4.12	5.10	12.14	4.42	5.75	14.17	3.53
3. В	19	75 mg	3.65	15.33	3.48	4.17	15.45	3.79	3.66	12.12	3.17
4. Г	20	150 mg	2.10	9.55	21.66	2.55	10.48	14.14	2.88	12.10	4.10
5. Д	22	150 mg	2.57	11.77	10.89	2.98	11.84	6.58	3.13	12.73	4.01
6. Е	27	150 mg	2.77	12.77	12.56	3.32	11.55	5.12	3.03	12.32	4.02
7. Ж	30	150 mg	3.01	10.51	14.42	5.01	12.97	5.44	3.72	11.44	3.97
8. З	32	50 mg	2.08	9.85	2.09	2.78	10.53	4.89	3.11	11.26	3.52
9. И	33	100 mg	2.69	10.32	3.55	3.14	10.43	3.12	2.48	9.97	3.01
10. К	35	125 mg	3.52	10.33	3.04	3.41	9.98	4.32	2.53	10.02	3.96
11. Л	35	50 mg	5.01	12.55	3.32	3.12	10.18	4.12	2.95	9.77	2.08
12. М	40	50 mg	3.15	11.44	2.73	2.94	10.77	4.03	2.99	10.97	3.16
13. Н	43	75 mg	4.32	12.55	4.11	3.51	12.00	3.74	3.51	10.44	2.53
14. О	52	125 mg	3.65	10.32	3.42	3.76	10.72	3.94	3.97	11.02	3.01
15. П	56	100 mg	2.75	9.94	2.04	3.79	9.98	3.69	2.98	9.88	2.77
16. Р	65	150 mg	2.95	9.38	2.77	3.49	10.72	3.99	3.84	11.67	3.01

пии, третья – окончанию лечения (клиническому выздоровлению)

Катамнез терапии к настоящему времени составляет от 2-х месяцев до 3,5 лет. Рецидивов заболевания не отмечено.

ОБСУЖДЕНИЕ

1. Вид диагностических резонансных цепочек, выявленных у пациентов в целом сочетается с представлениями о тиреоидите Хашимото как о воспалительном процессе вирусной этиологии, протекающем в щитовидной железе. Такой подход следует считать в известном смысле альтернативным ортодоксальным

представлениям об этиологии этого заболевания [10]. Поэтому в процессе терапии нужно учитывать (не отраженный в ВРТ-диагнозе!) аутоиммунный компонент патологического процесса, независимо от того, первичен он или вторичен.

2. Именно учетом аутоиммунного компонента был обусловлен выбор вида терапевтической резонансной цепочки. Замена выявленных Нозодов вирусов на «Потенцированный змеиный яд» была обусловлена представлениями авторов о смешанном действии потенцированных змеиных ядов. Эти препараты, с нашей точки зрения, удачно сочетают в себе антивирусное и антииммунное действие.

3. Также учетом аутоиммунного компонента обусловлен выбор критерия Б, для начала восстановления щитовидной железы и присутствие препаратов Тритон регенерация и Тритон метаморфоза в терапевтическом сигнале на этом этапе. Дело в том, что по мнению авторов препараты Тритона имеют выраженный антиаутоиммунный эффект, которым не обладают обычные Органопрепараты. Пилотные попытки восстановления тканей щитовидной железы с помощью чистых Органопрепаратов приводили к нарастанию титров антител и рецидивированию патологического процесса.

4. Табл. 2 следует рассматривать только в сочетании с табл. 3, отражающей динамику уменьшения суточной дозы L-тироксина. При нормальном течении заболевания показатели гормонов Т3, Т4 и ТТГ при введении подхо-

Динамика суточной дозы L-тироксина в процессе терапии и по ее окончанию

Пациент	Возраст лет	Суточная доза L-тироксин до начала терапии (на момент ее начала)	Суточная доза L-тироксина после окончания первой (антивирусной) фазы терапии	Суточная доза L-тироксина после первого цикла терапии с целью регенерации	Суточная доза L-тироксина после окончания терапии
1.	9	125 mg	75 mg	25 mg	0 mg
2.	17	75 mg	25 mg	12.5 mg	0 mg
3.	19	75 mg	50 mg	25 mg	0 mg
4.	20	150 mg	75 mg	50 mg	0 mg
5.	22	150 mg	100mg	75 mg	0 mg
6.	27	150 mg	50mg	12.5 mg	0 mg
7.	30	150 mg	75 mg	50 mg	0 mg
8.	32	50 mg	25 mg	6.25 mg	0 mg
9.	33	100 mg	25 mg	6.25 mg	0 mg
10.	35	125 mg	50 mg	12.5 mg	0 mg
11.	35	50 mg	25 mg	12.5 mg	0 mg
12.	40	50 mg	12.5 mg	6.25 mg	0 mg
13.	43	75 mg	50 mg	12.5 mg	0 mg
14.	52	125 mg	75 mg	50 mg	0 mg
15.	56	100 mg	75 mg	50 mg	0 mg
16.	65	150 mg	75 mg	25 mg	0 mg

щей дозы L-тироксина. Поскольку изначально все пациенты получали эту дозу, значение, в данном случае, имеет не изменение количества гормонов Т3, Т4 и ТТГ в процессе терапии, а напротив – сохранение коридора нормы, в котором находятся референсные значения концентрации этих гормонов, при условии последовательного уменьшения и, наконец, отмены суточной дозы L-тироксина.

5. Безусловно, необходимы дополнительные исследования, позволяющие связать ортодоксальный и предлагаемый подходы к аутоиммунным тиреоидитам. Возможно, что генетическая предрасположенность к этому заболеванию обуславливает неадекватный иммунный ответ на ряд вирусов, попадающих в щитовидную железу. В результате, вместо элиминации вируса возникает аутоагрессия к ее тканям, что и приводит к развитию заболевания. В этом случае элиминация вирусов может привести к прекращению аутоиммунного ответа и полному выздоровлению, которое не допускается современной парадигмой.

ВЫВОДЫ

1. Разработан единый стандартный алгоритм терапии тиреоидитов Хашимото в рамках системно-нозологического подхода.

2. Показано, что, с позиций ВРТ, основным этиологическим фактором тиреоидита Хашимото является хроническая вирусная инфекция, паразитирующая в щитовидной железе.

3. Разработанный алгоритм терапии тирео-

идитов Хашимото показал высокую эффективность в процессе пилотного клинического исследования.

4. Показана эффективность информационных препаратов Анаферон, Тритон регенерация и Тритон метаморфоза, как составных элементов комплексной терапии тиреоидитов Хашимото на этапе восстановления функций и субстрата щитовидной железы пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая эндокринология. Руководство / Под ред. Н. Т. Старковой. 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2002. – С.170–176. – 576 с.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Биорезонансная терапия. Методические рекомендации №2000/74/ Мейзеров Е.Е., Блинков И.Л., Готовский

Ю.В., Королева М.В., Каторгин В.С. – М.: Научно- практ. Центр традиц. мед. и гомеопатии МЗ РФ, 2000. – 27 с.

6. Кудяев А.Е., Мхитарян К.Н., Ходарева Н.К. КМХ-маркер, как маркер конституционального согласования (предварительное сообщение) // Тезисы и доклады. XII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Ч. II. – М.: ИМЕДИС, 2006. – С.92–99.

7. Кудяев А.Е., Мхитарян К.Н., Ходарева Н.К. Многоуровневая системная адаптивная диагностика и терапия. – Ростов н/Д: Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ АПСН, 2009. – 309 с.

8. Акаева Т.В., Кудяева Л.М., Миненко И.А., Мхитарян К.Н. Валидизация метода «Вегетативный резонансный тест» при определении элементного обмена у пациентов с хронической патологией // Вестник Восстановительной Медицины. – 2010. – №2. – С.35–36.

9. Акаева Т.В., Кудяева Л.М., Миненко И.А., Мхитарян К.Н. Компенсация нарушений элементного обмена аутонозодом крови пациента. Всероссийский Форум «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации». Тезисы. – Москва 2010. – С.319–321.

10. Акаева Т.В., Готовский М.Ю., Мхитарян К.Н. Немедикаментозная коррекция элементного обмена. Часть 1. Динамика компенсации нарушений элементного обмена в процессе терапии пациентов с элементозами // Традиционная медицина 4[23] 2010. – С.17–21.

Адреса авторов

Василковская О.В., врач-терапевт МЦ «Вита-мед» (Болгария).
dr.vasilkovska@abv.bg

7-8 декабря 2015 • Москва, Экспоцентр

Подробная информация на сайте:

<http://www.ranm.org>

tel./fax: +7 (499) 251-31-31 • tel.: +7 (495) 507-05-49 • e-mail: orgcom@ranm.org