

УДК: 615.844.4/616-073.7

НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО РЕЗОНАНСА
(обзор литературы)

Т.В. АКАЕВА*, И.А. БОБРОВ**, К.Н. МХИТАРЯН***

**Государственный научный центр РФ Институт медико-биологических проблем РАН,
Хорошевское шоссе, 76-А, Москва, 123007, Россия*

*** Семейный медицинский центр «Лейб-медик», ул. Сивашская 7, корпус 2, г. Москва, 117149, Россия*

****ООО Центр интеллектуальных медицинских систем «Имедис»,
Красноказарменная ул. 13, строен. 1, Москва, 111250, Россия*

Аннотация. Все современные и традиционные методы электропунктурного медикаментозного тестирования являются в настоящее время частными случаями объективизации единого феномена информационного резонанса. Этот феномен представляет собой опережающую реакцию организма на введение в него управляющего сигнала. В результате информационного резонанса изменяется состояние репрезентативных систем организма, отражающих с опережением адаптацию организма к вводимому управляющему сигналу. Феномен информационного резонанса является экспериментальным подтверждением концепции опережающего отражения действительности, выдвинутой в теории функциональных систем П.К. Анохиным, но не нашедшей к настоящему времени однозначного признания в физиологии ввиду ранее отсутствовавших экспериментальных способов ее подтверждения. Развитие концепции опережающего отражения действительности, с учетом экспериментальных данных, полученных в результате исследования и использования феномена информационного резонанса, позволяет сформулировать набор свойств, проявляемых организмом, в процессе реализации им этого отражения. Клиническая эффективность концепции опережающего отражения действительности организмом подтверждена на примере подбора конституциональных гомеопатических препаратов в рамках методик вегетативного резонансного теста и биорезонансной терапии.

Ключевые слова: медикаментозное тестирование, вегетативный резонансный тест, информационный резонанс, функциональная система, комплексный маркер хроносемантики, опережающее отражение действительности, прогностическая медицина.

NEW CONCEPT OF INFORMATION RESONANCE
(literature report)

T.V. AKAEVA*, I.A. BOBROV**, K.N. MKHITARYAN***

** Research Center of the Russian Institute for Biomedical Problems,
Khoroshevskoe Highway 76-A, Moscow, 123007, Russia*

*** Family Medical Center «Life medic», ul. Sivashskaya 7, building 2, Moscow, 117149, Russia*

**** Center of intellectual medical systems «Imedis»
Krasnokazarmennaya street. 13, build. 1, Moscow, 111250, Russia*

Abstract. All of the modern and traditional electro-medical testing methods are special cases of a single phenomenon of objectification information resonance. This phenomenon is the body's response to anticipatory insertion of the control signal. As a result, information resonance changes the status of representative systems of the body, reflecting with an advancing the body to adapt to the input control signal. The phenomenon of resonance of information is the experimental confirmation of the concept of anticipatory reflection of reality, advanced by P.K. Anokhin in the theory of functional systems, but so far, it has no clear recognition of physiology due to previously absent of the experimental methods of its confirmation. The development of the concept of anticipatory reflection of reality, based on experimental data obtained as a result of exploration and use of information resonance phenomenon, allows authors to formulate a set of properties exhibited by the body, in the process of implementing them this reflection. The clinical efficacy of the concept of anticipatory reflection of reality the body is confirmed by the example of the selection of constitutional homeopathic medicines within the vegetative resonance test methods and bio-resonance therapy (VRT-BRT).

Key words: drug testing, vegetative resonance test, informational resonance, functional system, an integrated marker Chronos-Mantica (CMC), anticipatory reflection of reality, predictive medicine.

Введение. Предлагается новая теоретическая концепция, позволяющая единым образом описать физиологическую основу множества разновидностей *медикаментозного теста* (МТ), используемых в

современной медицине. Под МТ в работе понимается любая процедура, при помощи которой в режиме текущего времени определяются непосредственные и отдаленные результаты того или иного способа терапии: аллопатическими и/или гомеопатическими препаратами, или иными методами. Прообразом современных методик МТ является процедура сравнения радиальных пульсов пациента до и после того, как на его ладонь помещается доза лекарственного препарата, предполагаемого для терапии [20]. Нормализация радиальных пульсов на фоне тестируемого препарата интерпретируется как благоприятный прогностический признак и является показанием к его назначению. Отсутствие нормализации радиальных пульсов, или ухудшение результатов пульсодиагностики интерпретируется как прогностически неблагоприятное. В этом случае тестируемый препарат не подходит пациенту и должен быть заменен на другой, более подходящий. Важной деталью МТ по радиальным пульсам, часто ускользающей от внимания его пользователей, является возможность *прогноза* характеристик осложнения, которое вызовет неподходящий препарат. А именно, характеристики этого осложнения предполагаются в точности соответствующими картине радиальных пульсов, наблюдаемой на фоне тестируемого препарата. Таким образом, МТ по радиальным пульсам основывается на *символическом отклике* организма пациента на тестируемый препарат, то есть на том, что поведение некоторой его репрезентативной системы – в данном случае, системы радиальных пульсов, на коротком интервале времени имитирует (символизирует) его *целостное* поведение на значительно более протяженном временном интервале. Существует ряд недостатков, присущих МТ по радиальным пульсам: субъективность метода, трудность обучения ему, высокая вероятность ошибок при тестировании. Все эти недостатки привели к возникновению множества альтернативных разновидностей медикаментозного тестирования, в большинстве своем основанных на регистрации изменений электрических характеристик *биологически активных точек* (БАТ) или *зон* (БАЗ) тела при введении тестируемого препарата в контур измерения. Широко известными примерами таких МТ являются метод Р. Фолля [17] и *вегетативный резонансный тест* (ВРТ) разработанный Х. Шиммельем [13]. Разновидности МТ, основанные на изменении тех или иных характеристик БАТ или БАЗ пациента, при введении тестируемого препарата в контур измерения, называют *электропунктурными медикаментозными тестами* (ЭПМТ). С введением ЭПМТ принципы медикаментозного тестирования стали доступными широкому кругу специалистов. Менее значимым стал субъективный фактор тестовой процедуры, снизилась вероятность диагностических ошибок, возросли степень подробности и надежность обследования пациента, ускорилось и упростилось проведение самого МТ.

Однако, современные версии ЭПМТ обладают и рядом недостатков: - прежде всего, невысокой селективностью при отборе препаратов, подходящих для долгосрочной и конституциональной терапии [18]. На практике это приводит к тому, что возможно отобрать достаточно *большое* количество препаратов подходящих для терапии пациента, в том числе удовлетворяющих различным «экологическим тестам», но остается неясным, какой из них является наилучшим для терапии. Выбор наилучшего из подходящих препаратов требует существенного уточнения критерия отбора, по сравнению с критериями, используемыми для отбора подходящих препаратов [11]. Во всех известных разновидностях ЭПМТ, так же, как и в МТ по радиальным пульсам, прогноз действия препарата основан на использовании эмпирического принципа «символического отклика» организма. Этот принцип состоит в следующем:

– Изменения характеристик БАТ и БАЗ организма, или его радиальных пульсов, при введении тестируемого препарата в контур измерения, наблюдаются оператором, проводящим диагностику (оператором-диагностом), на протяжении сравнительно короткого интервала времени - а именно, времени проведения измерения.

– Вместе с тем, эти изменения интерпретируются оператором-диагностом, как описывающие *объективную* (в том числе *клиническую*) реакцию организма на этот препарат на протяжении значительно более длительного промежутка времени – часов, дней, недель, месяцев, а иногда и лет.

Практика блестяще подтверждает клиническую эффективность принципа «символического отклика». Вместе с тем, этот принцип не объясним в рамках современной «ортодоксальной» физиологии. На принципе «символического отклика» организма основаны не только ЭПМТ и диагностика по радиальным пульсам, но и любой известный на сегодня медикаментозный тест. Это позволяет говорить о том, что выбор наилучшего из нескольких подходящих препаратов, можно было бы осуществлять исходя из критерия его пригодности для долгосрочной терапии [1]. Наилучшим из них считается тот, который продолжает оставаться подходящим для терапии на протяжении наибольшего временного интервала, по сравнению с остальными препаратами. Другим «естественным» критерием отбора является критерий уровня интегративности действия препарата: наилучшим из подходящих препаратов тот, который в наибольшей степени компенсирует своим действием *все* признаки всевозможных заболеваний пациента, по сравнению с остальными препаратами, т. е. является наиболее отражающим его *конституцию* [2,12].

Работы по оценке степени интегративности информационных препаратов, в частности по подбору конституциональных и конституционально-ориентированных препаратов, проводились ранее [2,7,14]. Однако на сегодня недостаточно исследован вопрос о продолжительности действия этих препаратов, отобранных или построенных в соответствии с методами, изложенными в этих работах [8].

Актуальность настоящей работы обуславливает:

– необходимость выявления физиологических закономерностей, лежащих в основе существующих разновидностей медикаментозных тестов, общих принципов построения и оценки эффективности подобных тестов, т. е. разработку теоретических основ МТ;

– практическая, в том числе клиническая, ценность разработок новых методик МТ (и технических устройств, для их реализации), обладающих более высокой степенью селективности, в частности, по отношению к конституциональным и конституционально ориентированным препаратам, а также позволяющих дать прогноз действия препарата на более продолжительные сроки, нежели существующие ныне методики.

Цель работы. Сформулировать определение и дать описание структурной модели информационного резонанса, как феномена теории управления, лежащего в основе существующих медикаментозных тестов. Исходя из теории функциональных систем Анохина П.К., показать практическое использование концепции опережающего отражения действительности в клинической практике.

Под *информационным резонансом* (ИР) мы понимаем феномен выраженного реагирования организма, включающий пять последовательных фаз такого реагирования [15]. Здесь под слабым воздействием понимается воздействие, энергия которого заведомо недостаточна для развития ответной реакции подвергнутого ему организма. В силу этого, для реализации феномена ИР необходимо использование организмом не только энергии самого слабого воздействия, но и запасов собственной биохимической энергии, аккумулированной предварительно. Таким образом, любое слабое воздействие, вызвавшее ИР, должно рассматриваться как *управляющий сигнал* (УС), существенно изменяющий состояние организма, несмотря на малое количество переносимой им энергии. Образно говоря УС является ключом, открывающим организму доступ к собственным энергетическим ресурсам (жизненной силе в гомеопатии). Исходя из этого, феномен ИР ранее рассматривался в литературе под названием «энергоинформационный резонанс» [10]. Однако, термин «энергоинформационный резонанс» допускает неоднозначное толкование, в результате чего развернулась дискуссия о правомерности его применения. В силу этого терминология изменена, с тем, чтобы использовать однозначно интерпретируемую систему понятий. С «наивной» точки зрения любое слабое (в физическом смысле) воздействие должно восприниматься организмом как своеобразный элемент «белого шума среды», в ответ на который не возникает каких-либо адаптивных или иных реакций, – в силу его незначительности. Существование феномена ИР доказывает, что «наивная» точка зрения неверна. Следовательно, должна существовать скрытая (с «наивной» точки зрения) причина, в силу которой определенные классы слабых воздействий воспринимаются организмом как *биологически значимые*, т.е. вызывающие выраженную ответную реакцию, несмотря на незначительность переносимой ими энергии.

Возможны два подхода к поиску этой скрытой причины.

Первый подход – последовательное исследование частных биофизических и/или биохимических механизмов выделения (расшифровки) организмом информационного содержания УС. В настоящее время этот путь далек от завершения и содержит, на наш взгляд, принципиальные трудности. Например, при таком подходе теряется одно из основных свойств ИР – его системность, требующая холистически ориентированного языка для его описания. Кроме того, проблема расшифровки (на биофизическом и биохимическом уровне) биологически значимого содержания УС не может быть решена без предварительных предположений относительно биологического смысла перестроек режимов саморегуляции, происходящих под его воздействием.

Второй подход – описание основных понятий, и причинно-следственных связей будущей теории ИР, как условно-постулативной конструкции, в рамках *системно-функционального подхода*, и последующая экспериментальная практика, направленная на ее обоснование в рамках классической физиологии. Авторы придерживаются именно такого подхода. Постулаты, описывающие причинно-следственные связи между основными понятиями теории ИР, названы *гипотезами*, с тем, чтобы подчеркнуть необходимость их экспериментального обоснования. Теория *функциональных систем* (ФС) представляется языком физиологии, удобным для описания ИР, как на этапе формирования этих Гипотез, так и на этапе их превращения в экспериментально обоснованные постулаты будущей теории.

Гипотезы об основных свойствах ИР, обобщающие совокупность фактов и наблюдений, сделанных в процессе разработки и использования ЭПМТ, состоят в следующем:

1. Организм интерпретирует распознанный УС как *информацию о предполагаемом изменении условий самоосуществления*, при наличии которого ему необходимо продолжать дальнейшую жизнедеятельность.

2. Реакция организма, в ответ на распознанный УС, представляет из себя опережающую реакцию адаптации к *предполагаемому изменению условий самоосуществления* (информация о котором передана этим сигналом), возникающая в соответствии с принципом опережающего отражения действительности по П.К. Анохину.

3. Изменение состояния репрезентативных подсистем организма, при воздействии на него УС, яв-

ляется реакцией опережающей репрезентации предполагаемого изменения его состояния в результате развития опережающей реакции адаптации к этому УС в нем.

Действительно, в соответствии с представлениями П.К. Анохина об опережающем отражении действительности, организм может моделировать как изменение условий своего самоосуществления в будущем, так и адаптивную реакцию на них, исходя из опыта прошлого (в том числе, видового, генетически закодированного) и слабых воздействий на него в настоящем [5]. В результате, в нем развивается опережающая реакция адаптации, целью которой является готовность к самоосуществлению в изменившихся условиях.

В работах П.К. Анохина не рассматривались подсистемы организма, подобные системе акупунктурных каналов и БАТ, что, в конечном счете, затормозило внедрение его концепции в клиническую практику. На сегодняшний день наличие средств, как технического обеспечения, так и экспериментального обоснования концепции опережающего отображения действительности, должно способствовать изменению ситуации. Предположение о том, что существуют подсистемы организма, изменение состояния которых репрезентирует предполагаемое изменения его состояния в результате опережающей реакции адаптации, является существенным дополнением к концепции опережающего отражения П.К. Анохина. Это дополнение к концепции опережающего отражения как раз и доказано успешной практикой ЭПМТ, в которой мы наблюдаем и фиксируем, в точности, *опережающую репрезентацию предполагаемых результатов опережающей реакции адаптации*.

Отметим, что УС, сепарируемый организмом из «белого шума», *не тождественен* сигналу, получаемому при *реальном* изменении краевых условий самоосуществления. Корректно говорить о нем, как содержащем информацию о возможном, но не о реальном изменении краевых условий самоосуществления – то есть *символизирующем реальное изменение этих условий*. Опережающая реакция адаптации к УС, также не является тождественной по отношению к адаптивной реакции организма в ответ на реальное изменение краевых условий самоосуществления - она лишь *символизирует* последнюю. Опережающая адаптивная реакция организма на УС – это реакция наработки *готовности* к реальному изменению условий самоосуществления, тренировка *возможности* его осуществления. Поэтому, мы предлагаем называть эту реакцию *символической* реакцией адаптации (по отношению к реакции адаптации к реальным изменениям краевых условий самоосуществления организма). Соответственно, будем называть УС, несущий информацию о каком-либо возможном изменении условий самоосуществления, – УС, *символизирующим* это изменение.

Наконец, изменение состояния репрезентативной подсистемы организма, при условии символической реакции адаптации к распознанному УС, будем кратко называть символическим откликом на него. Важность УС, символизирующих изменения краевых условий самоосуществления, а также символических откликов организма на них вытекает из того, что в соответствии с гипотезами 1-3:

- они могут рассматриваться как маркеры адаптивных реакций организма, обучающих его самоосуществлению при символизируемых ими изменениях условий этого самоосуществления;
- символические отклики на нагрузку УС могут рассматриваться как опережающие отражения результатов опережающей адаптации к нему – то есть прогнозы адаптации;
- символические реакции адаптации к УС могут рассматриваться как *обучающие*, по отношению к адаптивным реакциям, возникающим в ответ на реальные изменения условий самоосуществления.

На языке гомеопатии символическая реакция организма на УС (гомеопатический препарат) подобна, но не тождественна подлинной реакции адаптации в ответ на попадание в организм вещества, из которого этот УС был получен. Поэтому она может использоваться как для диагностики, так и для терапии организма путем его обучения, если только эта терапия может быть осуществлена с помощью адаптации к реальным результатам действия исходного вещества.

Определение ИР, приведенное выше, и гипотезы 1-3 формально независимы. Первое представляет собой внешнее описание признаков биологической реакции, при выполнении которых она называется ИР. Вторые указывают на ее системно-функциональное содержание, а, следовательно, позволяют предвидеть условия возникновения и особенности протекания ИР. Переходя от ФС к частным задачам самоосуществления организма, отметим, что любую такую задачу можно рассматривать, как изменение краевых условий его самоосуществления. Иными словами, режим саморегуляции, осуществляемый организмом с целью решения той или иной задачи самоосуществления всегда является, по сути, реакцией адаптации к некоторому изменению краевых условий. На языке задач самоосуществления:

– Организм соотносит УС с частными задачами самоосуществления. А именно, УС, соотнесенный задаче самоосуществления, содержит информацию о предполагаемом изменении краевых условий, соответствующем процессу решения этой задачи. Тогда опережающей реакцией адаптации организма к этому УС является обучение решению соответствующей задачи самоосуществления.

– Для каждого УС организм инициализирует режим саморегуляции, направленный на опережающее обучение решению задачи самоосуществления символизируемой этим сигналом. За осуществление этого режима саморегуляции отвечает инициализируемая для этой цели ФС.

– В результате, в организме развивается адаптивная реакция *опережающего обучения решению задачи самоосуществления*, символизируемой УС. Эта реакция, вообще говоря, не тождественна реакции адаптации, возникающей в организме при реальном предъявлении ему рассматриваемой задачи самоосуществления. Первая из адаптивных реакций может быть названа подготовительной и/или обучающей по отношению ко второй, вторая же может рассматриваться как «экзамен» по отношению к первой. Предполагаемый результат решения обучающей задачи репрезентируется организмом в виде изменения состояния его репрезентативных подсистем, по которому и отслеживается феномен ИР.

Феномен ИР не является физическим, хотя он полностью опосредован биологическими (биофизическими и биохимическими) процессами, происходящими в организме, позволяющими осуществить прием/восприятие сигнала и его обработку. Это феномен теории управления сложноорганизованными саморегулирующимися системами, характерный, в частности, для любых биологических объектов. Возможно, что те или иные фазы ИР и опосредованы физическим резонансом, но на сегодняшний день это не установлено.

Измерения изменений состояния репрезентативных подсистем организма, с целью диагностики, позволяют выделить два компонента проявления ИР, а именно – прямой и опосредованный информационные резонансы. Прямой ИР представляет собой непосредственное изменение измеряемых показателей репрезентативной подсистемы при измерении без использования дополнительных УС. Опосредованный ИР представляет собой изменение класса УС, вызывающих прямой ИР, при условии фильтрации через измеряемый УС. В этом случае процедура измерения называется также измерением с *фильтрацией* через исходный УС. Дополнительные УС, используемые для измерения опосредованного ИР, называют также пробными УС.

В сочетанном методе *вегетативно-резонансного теста и биорезонансной терапии* (ВРТ-БРТ) вегетативные резонансы, возникают при воздействии на организм слабыми электромагнитными сигналами – «информационными препаратами» для записи, хранения и воспроизводства которых используется специальная электронная аппаратура [9, 13]. В качестве репрезентативной подсистемы, осуществляющей *опережающий прогноз* результатов адаптации рассматривается система БАТ и БАЗ пациента. В методе ВРТ, как правило, используется только одна БАТ (или небольшое их количество) причем, измеряется изменение сопротивления этой точки. В случае использования метода Р. Фолля измеряется изменение проводимости группы точек, расположенных на пальцах рук и ног пациента [18]. В акупунктуре ИР возникают при механическом раздражении малых, по сравнению с общей поверхностью кожи организма БАТ и БАЗ. В качестве репрезентативных подсистем, отвечающих за опережающий прогноз результатов адаптации в этом случае используются: пульсодиагностика – опережающий отклик организма на терапию в форме изменения его пульсовой волны, а также система «предусмотренных ощущений». Могут применяться также методы электропунктурной диагностики [6, 16, 19]. В психотерапии ИР, возникают при предъявлении определенных ключевых стимулов, выделяемых индивидом из общего потока безразличных ему стимулов. В качестве репрезентативной подсистемы, отвечающей за опережающий прогноз результатов адаптации могут быть использованы: изменение результатов психологических тестов, пульсодиагностика и электропунктурная диагностика.

Опыт сочетанного использования электропунктурной, и других форм экспресс-диагностики, основанных на опережающем отклике организма на УС, показывает, что направленность прогноза, получаемого с их помощью, не зависит от репрезентативной подсистемы, через которую он осуществляется. Это позволяет говорить о том, что разновидности ИР зависят лишь от *способа* ввода информации в организм – т. е. от того, из какого класса он выделяет УС.

Предлагаемое определение ИР отличается от определения, данного в [12]. В новом варианте подчеркнута роль опережающего символического отклика организма – акцептора результата действия ФС, отвечающей за адаптивную реакцию в виде изменения параметров некоторой его репрезентативной подсистемы. Мы полагаем, что любые варианты МТ, используемые в современной медицине, основаны на возникновении в организме ИР того или иного типа. Различные методики проведения МТ отличаются лишь каналом ввода слабых воздействий и репрезентативной системой, ответные изменения в которой рассматриваются как символический отклик организма. Данная гипотеза подтверждается, в частности, исследованиями в области объективного подбора конституциональных гомеопатических препаратов в рамках методик ВРТ и БРТ. В качестве *конституционального гомеопатического препарата* (КГП) был принят потенцированный элемент, соответствующий наиболее устойчивому нарушению элементного обмена, предполагаемо тестирувавшийся через пробный УС (тест-указатель). В качестве ВРТ-критерия конституциональности применялся ВРТ-критерий:

$$\text{КМХ} \downarrow + \text{Pot}^{\alpha}(\text{АНКр}) \uparrow + \text{Элемент}$$

В качестве *модели краевых условий самоосуществления организма* использован индивидуальный комплексный маркер *хроносемантики* (КМХ) или системный маркер А.Е. Кудяева, К.Н. Мхитарян,

Н.К. Ходаревой, предложенный авторским коллективом с целью учета конституциональных особенностей человека при создании информационных препаратов. Маркер КМХ представляет собой сумму электромагнитных сигналов с концевых точек, и точек пересечения основных хироглифических линий, расположенных на ладонной поверхности кистей [12]. Параметр α указывает на коэффициент потенцирования, АНКр-аутонозод крови, символы \downarrow и \uparrow использованы для обозначения, соответственно, возникновения и компенсации вегетативного резонансного отклика организма. Пробным тест-указателем в данном случае, является составной маркер из индивидуального маркера КМХ и аутонозода крови пациента. Клиническая практика показала высокую эффективность реабилитации с помощью предлагаемой методики подбора КГП, а, следовательно, и высокую степень объективности использованного критерия конституциональности. В клиническом исследовании высокая эффективность реабилитации с помощью приведенного критерия подбора КГП показана на целом ряде примеров:

- терапии нарушений элементного обмена [1],
- восстановлении детородной функции женщин при бесплодии неясного этиогенеза [3],
- лечении гепатитов В и С [4].

Заключение. Сформулировано понятие информационного резонанса, как категории теории управления организмом, обобщающее прогностические феномены, на использовании которых основаны все существующие в настоящее время медикаментозные тесты. Это понятие не сводится только к явлению физического резонанса. Феномен информационного резонанса является экспериментальным подтверждением концепций функциональной системы и опережающего отображения действительности П.К. Анохина. Использование этого феномена в клинической практике показало его высокую эффективность для диагностики и терапии пациентов.

Литература

1. Акаева Т.В., Готовский М.Ю., Мхитарян К.Н. Критерии выбора конституционального препарата на примере коррекции элементного обмена. Развитие гомеопатического метода в современной медицине // Сборник материалов 24 Московской международной гомеопатической конференции (Гомеопатический ежегодник). Москва, 2014. С. 185–188.
2. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. К вопросу о возможности объективизации понятия конституционального гомеопатического препарата // Тезисы и доклады 20 Международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Часть 2. М.:ИМЕДИС, 2014. С. 64–74.
3. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Инновационные подходы в терапии бесплодия методами информационной медицины //Материалы международной конференции «Современные аспекты реабилитации в медицине». Ереван, НИИ курортологии и физической медицины, 2015. С. 28–31.
4. Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Системно-нозологический подход в лечении хронических вирусных гепатитов //Традиционная медицина, 2016. №1(43). С. 8–13.
5. Блинков И.Л., Мейзеров Е.Е., Готовский Ю.В., Королева М.В., Каторгин В.С. Биорезонансная терапия. Методические рекомендации № 2000/74. М.: Научно - практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ, 2000. 27 с.
6. Бобровницкий И.П., Василенко А.М. Принципы персонализации и предсказательности в восстановительной медицине // Вестник восстановительной медицины. 2013. № 1. С. 2–6.
7. Бричук В.А., Корицкий Ю.В., Корицкий О.В., Мхитарян К.Н. Практический опыт использования потенцированного аутонозода мочи в лечении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Тезисы и доклады 13-й международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Часть 2. М.: «ИМЕДИС», 2007. С. 72–79.
8. Бричук В.А., Корицкий Ю.В., Корицкий О.В., Мхитарян К.Н. Использование маркера КМХ для индивидуализации подбора гомеопатических препаратов, аутонозодов, ОБР и ЧБР препаратов //Тезисы и доклады 13-й международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Часть 2. М.: «ИМЕДИС», 2007. С. 66–72.
9. Готовский М.Ю., Перов Ю. Ф., Чернецова Л.В. Биорезонансная терапия. М.:ИМЕДИС, 2008. 176 с.
10. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Мхитарян К.Н., Сазонова И.М., Самохин А.В., Фролова Л.А. Резонансная гомеопатия: FM-комплексы и FM-препараты, меридиональные комплексные препараты, FM- меридианакорды. Методическое пособие. 5-е изд. перераб. и доп. М.: «ИМЕДИС», 2006. 216 с.
11. Готовский М.Ю., Мхитарян К.Н., Стороженко Ю.А. Структурное описание гомеопатической конституции пациента и выявление конституционального препарата с помощью вегетативного резонансного теста // Сб. научн. трудов 3-го Российский гомеопатического съезда. М.: Изд-во Федерального научного клинко-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрави, 2007. 337 с.
12. Кудавев А.Е., Мхитарян К.Н., Ходарева Н.К. Многоуровневая системная адаптивная диагности-

ка и терапия. Ростов н/Д: Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ АПСН, 2009. 309 с.

13. Королева Н.А., Василенко А.М., Готовский Ю.В., Мейзеров Е.Е., Каторгин В.С. Методические рекомендации. Электропунктурный вегетативный резонансный тест №99/96. М.: Научно - практический центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ, 2000. 28 с.

14. Мхитарян К.Н., Окунь Д.Б., Окунь И.Б. Использование нацеленного нозода крови (НАНКр) и системных духовных адаптантов как способ оптимизации лечебного процесса // Тезисы и доклады 13-ой международной конференции «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». Часть 2. М.: «ИМЕДИС». 2007. С. 64–66.

15. Мхитарян К.Н., Бизяев П.Д., Бобров И.А. Естественнонаучные основы информационной медицины. Сообщение 2: Опережающее отражение действительности и концепция информационного резонанса // Рефлексотерапия и комплементарная медицина. 2013. № 4(6). С. 42–50.

16. Разумов А.Н., Василенко А.М., Розанов А.Л., Усупбекова Б.Ш. Обеспечение конституционального подхода к профилактике и восстановительному лечению. Публикация 2. Модель определения конституционального типа человека на основе данных электропунктурной диагностики // Традиционная медицина. 2010. № 2 (21). С. 35–40.

17. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Практическая электропунктура по методу Р. Фолля. М.:ИМЕДИС, 1997. 672 с.

18. Самохин А.В., Готовский Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия по методу Р. Фолля. М.: Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС», 1995. 448 с.

19. Сорокина А.С., Забродина Т.А., Сорокина К.А. Диагностика миазмов в практической деятельности врача-гомеопата // Гомеопатический ежегодник. 2010. С. 63–68.

20. Якушкин М.М. Диагностика по радиальным пульсам и «Му» – точкам. М.: Изд-во «Профит-Стайл», 2004. 272 с.

References

1. Akaeva TV, Gotovskiy MY, Mkhitaryan KN. Kriterii vybora konstitutsional'nogo preparata na primere korrektsii elementnogo obmena [Criteria for selection of constitutional remedy the example of elemental exchange correction]. Razvitie gomeopaticheskogo metoda v sovremennoy meditsine. Sbornik materialov 24 Moskovskoy mezhdunarodnoy gomeopaticheskoy konferentsii (Gomeopaticheskii ezhegodnik). Moscow; 2014. Russian.

2. Akaeva TV, Mkhitaryan KN. K voprosu o vozmozhnosti ob"ektivizatsii ponyatiya konstitutsional'nogo gomeopaticheskogo preparata [On the possibility of objectifying the concept of a constitutional homeopathic remedy]. Tezisy i doklady 20 Mezhdunarodnoy konferentsii «Teoreticheskie i klinicheskie aspekty primeneniya biorezonansnoy i mul'tirezonsnoy terapii». Chast' 2. Moscow: IMEDIS; 2014. Russian.

3. Akaeva TV, Mkhitaryan KN. Innovatsionnye podkhody v terapii besplodiya metodami informatsionnoy meditsiny [Innovative approaches in the treatment of infertility methods of information medicine]. Materialy mezhdunarodnoy konferentsii «Sovremennye aspekty reabilitatsii v meditsine». Erevan, NII kurortologii i fizicheskoy meditsiny; 2015. Russian.

4. Akaeva TV, Mkhitaryan KN. Sistemno-nozologicheskii podkhod v lechenii khronicheskikh virusnykh gepatitov [System-nosological approach in the treatment of chronic viral hepatitis. Traditsionnaya meditsina, 2016;43:8-13. Russian.

5. Blinkov IL, Meyzerov EE, Gotovskiy YV, Koroleva MV, Katorgin VS. Biorezonansnaya terapiya. Metodicheskie rekomendatsii № 2000/74 [Biorezonansnaya terapiya. Metodicheskie rekomendatsii № 2000/74]. Moscow: Nauchno - prakticheskiy tsentr traditsionnoy meditsiny i gomeopatii MZ RF; 2000. Russian.

6. Bobrovnikskiy IP, Vasilenko AM. Printsipy personalizatsii i predskazatel'nosti v vosstanovitel'noy meditsine [The principles of personalization and predictive in regenerative medicine]. Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny. 2013;1:2-6. Russian.

7. Brichuk VA, Koritskiy YV, Koritskiy OV, Mkhitaryan KN. Prakticheskiy opyt ispol'zovaniya potentirovannogo autonozoda mochi v lechenii bol'nykh s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Practical experience with potentiated autonozoda urine in the treatment of patients with diseases of musculoskeletal system]. Tezisy i doklady 13-y mezhdunarodnoy konferentsii «Teoreticheskie i klinicheskie aspekty primeneniya biorezonansnoy i mul'tirezonsnoy terapii». Chast' 2. Moscow: «IMEDIS»; 2007. Russian.

8. Brichuk VA, Koritskiy YV, Koritskiy OV, Mkhitaryan KN. Ispol'zovanie markera KMKh dlya individualizatsii podbora gomeopaticheskikh preparatov, autonozodov, OBR i ChBR preparatov [Using CMC markers to individualize the selection of homeopathic remedies, autonozodov, OBR and NBC drugs]. Tezisy i doklady 13-y mezhdunarodnoy konferentsii «Teoreticheskie i klinicheskie aspekty primeneniya biorezonansnoy i mul'tirezonsnoy terapii». Chast' 2. Moscow: «IMEDIS»; 2007. Russian.

9. Gotovskiy MY, Perov YF, Chernetsova LV. Biorezonansnaya terapiya [Bioresonance therapy]. Moscow: IMEDIS; 2008. Russian.

10. Gotovskiy YV, Kosareva LB, Mkhitaryan KN, Sazonova IM, Samokhin AV, Frolova LA. Rezonansnaya gomeopatiya: FM-kompleksy i FM-preparaty, meridional'nye kompleksnye preparaty, FM-meridianakkordy [Resonance Homeopathy: FM FM systems and products, the meridional complex preparations, the FM meridianakkordy]. Metodicheskoe posobie. 5-e izd. pererab. i dop. Moscow: «IMEDIS»; 2006. Russian.

11. Gotovskiy MY, Mkhitaryan KN, Storozhenko YA. Strukturnoe opisanie gomeopaticheskoy konstitutsii patsienta i vyyavlenie konstitutsional'nogo preparata s pomoshch'yu vegetativnogo rezonansnogo testa. Sb. nauchn. trudov 3-go Rossiyskiy gomeopaticheskogo s'ezda [Structural description of the constitution of the patient and homeopathic constitutional remedy identification using vegetative resonance test]. Moscow: Izd-vo Federal'nogo nauchnogo kliniko-eksperimental'nogo tsentra traditsionnykh metodov diagnostiki i lecheniya Roszdrava; 2007. Russian.

12. Kudaev AE, Mkhitaryan KN, Khodareva NK. Mnogourovnevaya sistemnaya adaptivnaya diagnostika i terapiya [Multi-level adaptive system diagnostics and therapy]. Rostov n/D: Izd-vo SKNTs VSh YuFU APSN; 2009. Russian.

13. Koroleva NA, Vasilenko AM, Gotovskiy YV, Meyzerov EE, Katorgin VS. Metodicheskie rekomendatsii [Guidelines]. Elektropunktorny vegetativnyy rezonansnyy test №99/96. Moscow: Nauchno - prakticheskiy tsentr traditsionnoy meditsiny i gomeopatii MZ RF; 2000. Russian.

14. Mkhitaryan KN, Okun' DB, Okun' IB. Ispol'zovanie natselennogo nozoda krovi (NANKr) i sistemnykh dukhovnykh adaptantov kak sposob optimizatsii lechebnogo protsessa [Using targeting blood nosode (Nancras) and system spiritual adaptantov as a way to optimize the treatment process]. Tezisy i doklady 13-oy mezhdunarodnoy konferentsii «Teoreticheskie i klinicheskie aspekty primeneniya biorezo-nansnoy i mul'tirezo-nansnoy terapii». Chast' 2. Moscow: «IMEDIS»; 2007. Russian.

15. Mkhitaryan KN, Bizyaev PD, Bobrov IA. Estestvennonauchnye osnovy informatsionnoy meditsiny [Pure basics of information medicine]. Soobshchenie 2: Operezhayushchee otrazhenie deystvitel'nosti i kontseptsiya informatsionnogo rezonansa. Refleksoterapiya i komplementarnaya meditsina. 2013;6:42-50. Russian.

16. Razumov AN, Vasilenko AM, Rozanov AL, Usupbekova BS. Obespechenie konstitutsional'nogo podkhoda k profilaktike i vosstanovitel'nomu lecheniyu [Ensuring constitutional approach to the prevention and rehabilitation treatment]. Publikatsiya 2. Model' opredeleniya konstitutsional'nogo tipa cheloveka na osnove dannykh elektropunktunoy diagnostiki. Traditsionnaya meditsina. 2010;21:35-40. Russian.

17. Samokhin AV, Gotovskiy YV. Prakticheskaya elektropunktura po metodu R. Follya [Practical electropuncture by the method of R. Voll]. Moscow: IMEDIS; 1997. Russian.

18. Samokhin AV, Gotovskiy YV. Elektropunktunaya diagnostika i terapiya po metodu R. Follya [Electro diagnosis and therapy by the method of R. Voll]. Moscow: Tsentr intellektual'nykh meditsinskikh sistem «IMEDIS»; 1995. Russian.

19. Sorokina AS, Zabrodina TA, Sorokina KA. Diagnostika miazmov v prakticheskoy deyatel'nosti vracha-gomeopata [Diagnosis miasma in practice homeopath]. Gomeopaticheskiy ezhegodnik. 2010:63-8. Russian.

20. Yakushkin MM. Diagnostika po radial'nym pul'sam i «Mu» – tochkam [Diagnostics on the radial pulse and "Mu" - points]. Moscow: Izd-vo «Pro-fit-Stayl»; 2004. Russian.

Библиографическая ссылка:

Акаева Т.В., Бобров И.А., Мхитарян К.Н. Новая концепция действия информационного резонанса (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №4. Публикация 7-8. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/7-8.pdf> (дата обращения: 26.12.2016).