

Применение биорезонансной терапии в лечении больных с прогрессирующей миопией
А.В. Таракановский
(НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, г. Москва, Россия)

Прогрессирующая миопия представляет собой одну из актуальных проблем современной детской офтальмологии, поскольку это наиболее частая причина снижения зрения у детей (Э.С. Аветисов, 1996, 1998). Неослабевающий интерес к проблеме миопии объясняется тем, что в последние годы наблюдается тревожная тенденция к увеличению близорукости. По данным отечественных и зарубежных авторов, отмечается увеличение частоты миопической и уменьшение частоты гиперметропической рефракции в молодом возрасте. Применяемые для стабилизации миопии методы лечения (склеропластические операции, электро- и лазерстимуляция, медикаментозное воздействие, иглоукалывание, зрительная гимнастика) дают стойкий положительный эффект лишь в 50–65% случаев.

В последние годы уделяется большое внимание изучению изменений зрительного анализатора при миопии под действием видимого света, что привело к созданию концепции «депривационной миопии», которая возникает в связи с дефицитом зрительной афферентации (Guo S.S. et al., 1996; Schwahn H.N., et al., 1997; Feldkaemper M. Et al., 1999). Вместе с тем известно, что дефицит зрительной афферентации влияет не только на формирование органа зрения, но и на структуру и функционирование головного мозга. Как показал К. Баллакко-Габриэле (1990 г.), длительное ухудшение зрения влияет на диэнцефально-гипофизарную систему, что приводит к ослаблению коллагена склеры у лиц, предрасположенных к этому виду патологии.

На основе анализа многочисленных работ Э.С. Аветисова (1986–1999 гг.) была доказана ведущая роль аккомодации в процессах рефрактогенеза, что при определенных условиях зрительной работы и наследственной предрасположенности может привести к формированию миопической рефракции. В ряде работ показано, что слабость аккомодационного аппарата может быть результатом воздействия на цилиарную мышцу общих нарушений в организме, в частности, снижения концентрации неорганического фосфора (О.Н. Савельев, 1975), инфекционно-аллергических заболеваний (А.М. Хайтон, 1974), натально обусловленной вертебробазиллярной недостаточности (Т.Г. Березина, 1989). Снижение резистентности склеры также связывается с нарушением кальциевого обмена (В.Н. Колосов, 1982), общим усилением катаболических процессов в соединительной ткани у подростков (М.И. Винецкая, 1989). Описаны нарушения иммунологических параметров у детей с прогрессирующей миопией: повышение активности моноцитарно-макрофагального звена, супрессия Т-клеточного звена иммунитета, повышение уровня иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов (Т.С. Смирнова, 2001; Wittling W., 1998 и др.).

Основываясь на приведенных данных, мы проводили последовательное комплексное воздействие на организм, нормализуя его общесоматическое состояние с помощью биорезонансной и индукционной терапии, а также использовали мультирезонансную магнито- и цветотерапию местно для стимуляции зрительных функций и стабилизации прогрессирования близорукости.

Первичное и динамическое обследование включало в себя измерение остроты зрения с коррекцией, запаса аккомодации, рефрактометрию, компьютерную периметрию, измерение длины передне-задней оси глаза с помощью ультразвука, электрофизиологические исследования (порог, лабильность зрительного нерва, электроретинографию), ультразвуковое исследование плотности склеры,

иммунологические исследования (определение пролиферативной активности лимфоцитов, уровня иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов).

Исследование энергоинформационного состояния организма пациента проводилось с помощью вегетативного резонансного теста (ВРТ) «ИМЕДИС-ТЕСТ», ЭПД по Р. Фоллю. Помимо общей диагностики пациентам подбирались индивидуальные частотные программы терапии, цвета, гомеопатические препараты.

Под наблюдением находились 240 человек с прогрессирующей близорукостью в возрасте от 3 до 18 лет. Срок наблюдения составлял от 1,5 до 6 лет (в среднем 3 года), критерием стабилизации миопии считалось отсутствие ее роста в течение года и более. Лечение проводилось курсами по 6–10 процедур 2–3 раза в неделю; в среднем пациенту проводилось 2 курса терапии. Применялись различные варианты сочетания вышеперчисленных методов (БРТ и МТ; БРТ, МТ и ЦТ).

В результате у 232 пациентов достигнута стабилизация близорукости в течение 1,5 лет и более. У остальных детей миопия продолжала прогрессировать значительно медленнее, чем до лечения. При этом у всех пациентов отмечено повышение остроты зрения без коррекции, увеличение запаса аккомодации, в ряде случаев – снижение степени миопии на 0,5–1 диоптрию. Выявлена также положительная динамика по данным электрофизиологических и иммунологических исследований. Таким образом, согласно полученным нами данным, применение биорезонансной терапии в лечении прогрессирующей близорукости значительно превосходит по эффективности существующие на данный момент методы лечения.

Подобный результат мы объясняем системным воздействием БРТ на всех уровнях саморегуляции, в том числе активизацией обменных и энергетических процессов в клетках сетчатки и ЦНС, соединительной ткани (торможение процессов микрофибриллярного расщепления в склере), активизацией кровотока в органе зрения и головном мозге, нормализацией работы гормональной и иммунной систем. Все эти патогенетические механизмы в конечном итоге приводят к увеличению запаса и привычного тонуса аккомодации, повышают резистентность склеры к растяжению, увеличивают функциональные возможности всего зрительного тракта по обработке информации.

Статистические данные представлены в таблицах.