

ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С АСТИГМАТИЗМОМ, БЛИЗОРУКОСТЬЮ И КОСОГЛАЗИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ И ВЕГЕТАТИВНОГО РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА

О.В. Василковская¹, К.Н. Мхитарян²

¹Клиника «Витамед» (г. Габрово, Болгария)

²Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва)

Therapy of adults and children patients with astigmatism, myopia and strabismus using bioresonance therapy under control of vegetative resonance test

O.V. Vasilkovskaya¹, K.N. Mkhitaryan²

¹Medical center "Vitamed" (Gabrovo, Bulgaria),

²Center of intellectual medical systems "IMEDIS" (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

В работе приведены результаты исследования по диагностике и терапии астигматизма, миопии и косоглазия с помощью сочетанного использования вегетативного резонансного теста и биорезонансной терапии (ВРТ и БРТ). Авторами предложен единообразный алгоритм диагностики и терапии астигматизма, миопии и косоглазия, основанный на представлении о том, что эти заболевания являются в действительности нарушениями глазодвигательной функции (как следствие – формы глаза, в случае астигматизма и миопии) в результате хронической вирусной инфекции его мышц и тканей, глазодвигательных нервов и зрительного пути. Высокий процент излечения, достигнутый в исследовании, является аргументом в пользу этой гипотезы. Как диагностика, так и терапия пациентов проводится по единому алгоритму, что можно рассматривать как существенный шаг методов ВРТ и БРТ в сторону доказательной медицины. Сделан вывод о скрытой обусловленности астигматизма, миопии и косоглазия 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 астигматизма, миопии и косоглазия.

Ключевые слова: вегетативный резонансный тест, биорезонансная терапия, астигматизм, косоглазие, миопия, системно-нозологический подход, КМКХ.

RESUME

Results of diagnostics and therapy of patients with astigmatism, myopia and strabismus using bioresonance therapy under control of vegetative resonance test. Authors suggested uniform algorithm for diagnostics and therapy of astigmatism, myopia and strabismus based on position that these diseases are disturbances of eye movement function (as a consequence – disturbance of eye form for astigmatism and myopia) as a result of chronic viral infections of muscles, tissues, oculomotor nerve and visual tract. High effect of therapy supports this hypothesis. The use of uniform algorithm for diagnostics and therapy is a significant step of bioresonance therapy and vegetative resonance test towards evidence based medicine. A conclusion about hidden causes of astigmatism, myopia and strabismus is given. New controlling signals (informational preparations Anaferon, Triton-regeneration, Triton-metamorphose) were approved, which showed as effective means for antiviral and rehabilitation effect correspondingly in treatment of astigmatism, myopia and strabismus.

Keywords: vegetative resonance test, bioresonance therapy, astigmatism, myopia, strabismus, system-nosological approach, KMKh.

ВВЕДЕНИЕ

Детский астигматизм, миопия и косоглазие представляют собой огромную проблему, как

детей и их родителей, так и общественную, по той простой причине, что они не лечатся никакими неоперативными способами. Факти-

чески, и астигматизм, и миопия представляют собой заболевания, при которых на всю жизнь назначается очковая коррекция [1].

Не менее неприятным заболеванием является астигматизм, миопия и косоглазие у взрослых пациентов, особенно с перспективой ухудшения состояния по мере возрастных изменений.

Наш подход к терапии этой группы заболеваний как у детей, так и у взрослых основан на тех же базовых методических предположениях, что и подход к лечению аутоиммунного тиреоидита Хашимото [2]:

1. В основе раннего развития астигматизма, миопии и косоглазия могут лежать эпигенетические и даже генетические предпосылки, что подтверждается наследственной предрасположенностью к этим заболеваниям.

2. Вместе с тем, этих предположительных генетических или эпигенетических предпосылок заведомо не хватает для развития заболеваний из этой группы, поскольку в клинической практике мы видим их проявление в разном возрасте, с разной степенью и, что самое главное, как правило, либо после какой-либо вирусной инфекции (включая простуду), либо в результате поствакцинальных осложнений [10].

3. Такой анамнез астигматизма, миопии и косоглазия заставляет предположить, что пусковым фактором для их проявления являются вирусные инфекции. Что же касается генетической и/или эпигенетической предрасположенности к ним, то она играет несколько иную роль, нежели та, которую ей приписывает академическая медицина. Роль наследственности в развитии этой группы заболеваний может сводиться к неадекватной иммунной реакции на вирусную инфекцию, что приводит вместо ее элиминации к хронизации, в том числе в мышцах и тканях глаза, глазодвигательных нервах и/или нервных тканях зрительного пути. При этом хроническое воспаление может сопровождаться маскирующим ситуацию аутоиммунным компонентом (как в случае тиреоидитов Хашимото [2]), а, будучи локализованным в нервных тканях, приводит к локальным периферическим парезам и параличам, которые и проявляются на клиническом уровне как косоглазие, близорукость или астигматизм. По сути дела, речь идет о нарушении функции глаза в результате скрытого пареза или паралича.

4. Таким образом, вирусная инфекция может оказаться не только пусковым фактором в развитии рассматриваемых заболеваний, но

и ключевым фактором их поддержания после хронизации.

5. Если приведенная гипотеза верна, то элиминация хронического вирусного отягощения и последующая регенерация мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути должна привести к полному восстановлению их функций и клиническому излечению этих заболеваний.

Настоящее исследование посвящено проверке гипотезы о вирусном отягощении как о ключевом факторе развития такой группы глазных заболеваний, связанных с утратой определенных функций глаза, как косоглазие, близорукость и астигматизм.

Цели работы

1. Разработать единый эффективный алгоритм биорезонансной терапии (БРТ) косоглазия, близорукости и астигматизма под контролем вегетативного резонансного теста (ВРТ).

2. Проверить клиническую эффективность этого алгоритма на достаточно большой группе подходящих по нозологии пациентов.

3. На основании клинических результатов применения этого алгоритма проверить гипотезу о ключевой роли вирусного отягощения в развитии и поддержании состояний косоглазия, близорукости и астигматизма.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование было проведено в 2009–2015 гг. в клинике «Витамед» (г. Габрово, Болгария). В исследовании приняли участие 19 пациентов обоих полов: 12 детей и 7 взрослых, в возрасте от 4-х до 54-х лет. Продолжительность заболевания на момент обращения у разных пациентов колебалась от нескольких месяцев до 27 лет. В 4-х случаях наблюдалось только косоглазие, в 4-х – косоглазие и миопия, в 3-х – только миопия, в 6-ти – миопия и астигматизм, в 2-х – косоглазие, миопия и астигматизм.

Все пациенты дали информированное согласие на проведение исследования. Во всех случаях также с информированного согласия пациентов не использовалось никаких других методов лечения, кроме описанной ниже терапии и очковой коррекции, отменявшейся по мере улучшения состояния больного.

Для проведения диагностики и терапии использовался аппарат для электропунктурной диагностики, медикаментозного тестирования, адаптивной биорезонансной терапии

Таблица 1

Вирусные отягощения в мышцах и тканях глаз, а также глазодвигательных нервах и зрительном пути обследованных пациентов

Пациент	Возраст, лет	1. Герпес симплекс	2. Герпес зoster	3. Герпес Тип 6	4. Цитомегало-вирус	5. Эпштейна-Барр	6. Коксаки В4	7. Корь	8. Ротавирус	9. Аденовирусы
1. З.Г.	4						+			
2. А.А.	5		+							+
3. Г.Э.	5		+						+	
4. М.И.	6		+			+				+
5. Л.С.	6					+				
6. И.К.	7		+				+			
7. Л.Б.	8		+			+				
8. З.К.	9	+				+		+		
9. Ц.Э.	11		+				+			+
10. М.Ц.	12			+				+		
11. В.А.	14				+			+		
12. Л.Х.	16	+	+						+	
13. М.В.	31			+	+	+				
14. С.Х.	37			+	+			+		
15. А.К.	41									
16. Л.Л.	44		+		+	+				+
17. К.Б.	49	+					+			+
18. В.З.	53		+		+	+				
19. Х.Ш.	54	+								+

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 проводились первичное и последующие общие диагностические ВРТ-обследования пациента в соответствии с утвержденными методиками ВРТ [3–5].

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

За исключением выбора органического ядра глазной патологии (вместо тканей щитовидной железы) эта схема повторяет схему обследования, приведенную в [2].

ВРТ-обследование для определения состояния мышц и тканей глаз, глазодвигательных

нервов и зрительного пути пациента включало в себя следующую последовательность тестов:

1. Последовательное тестирование органо-препаратов мышц и тканей глаз, глазодвигательных нервов и зрительного пути в потенциях D3-D30 с целью определения их дисфункции. Тест-указатели органо-препаратов мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути, дающие резонансный отклик в процессе тестирования, объединялись в суммарный тест-указатель Σ Органо-препаратов Глаза пациента. Последний тест-указатель принимался за модель органического ядра глазной патологии (ЯГП) для группы патологических процессов: астигматизм, близорукость, косоглазие.

2. Тестирование резонансных цепочек вида Σ Органо-препаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ с целью определения средних (по Σ Органо-препаратов Глаза) показателей анаболизма или катаболизма в ЯГП.

3. Тестирование резонансных цепочек вида Σ Органо-препаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ + Степень кислотности $\downarrow$ с целью определения средних показателей кислотно-щелочного баланса в ЯГП.

4. Тестирование резонансных цепочек вида Σ Органо-препаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ + Степень кислотности $\downarrow$ + Степень напр./ист. ВНС $\uparrow$ с целью определения связи между состоянием ЯГП и вегетативной нервной системой.

5. Тестирование резонансных цепочек вида Σ Органо-препаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ + Степень кислотности $\downarrow$ + Степень напр./ист. ВНС $\uparrow$ + Анаферон $\downarrow$ с целью подтверждения вирусной этиологии патологического процесса в ЯГДП. По поводу предпочтения анаферона стандартно используемому для тестирования вирусной нагрузки интерферону см. [2].

6. Тестирование резонансных цепочек вида Σ Органо-препаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ + Степень кислотности $\downarrow$ + Степень напр./ист. ВНС $\uparrow$ + Анаферон $\downarrow$ + Нозод Вируса $\uparrow$ с целью определения конкретного вида вируса, вызвавшего хронический процесс в ЯГП.

7. Критерием постановки ВРТ-диагноза «Хроническое заболевание мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути вирусной этиологии» являлось выявление хотя бы одной резонансной цепочки вида

Σ Органопрепаратов Глаза $\downarrow$ + Степень активности катаболизма $\uparrow$ + Степень кислотности $\downarrow$ + Степень напр./ист. ВНС $\uparrow$ + Анаферон $\downarrow$ + Нозод Вируса $\uparrow$. Любую такую цепочку, выявленную в процессе обследования пациента, в дальнейшем будем называть диагностической резонансной цепочкой (для мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути в клинической ситуации косоглазия, миопии и астигматизма).

Процедура тестирования с целью определения состояния мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути, так же как и последующий алгоритм терапии не различались для больных различных возрастных групп.

Схема терапии

Терапия проводилась, в соответствии с методическими указаниями по БРТ [6], в два этапа: на первом из них ставилась задача элиминации вирусов, предположительно находящихся в мышцах и тканях глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути пациента, на втором – их регенерация до полного восстановления глазной функции. В целом, за исключением выбора органического ядра патологии, эта схема буквально повторяла схему терапии, приведенную в [2].

Использовался системно-нозологический подход (СНП) к терапии, состоящий в пошаговой компенсации препаратами терапии индивидуального тест-указателя КМХ пациента и его последующих усилений. Напомним, что 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 [7]. 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 воспроизведения вегетативного резонанса (снижения исходного измерительного уровня).

Во всех случаях и на всех этапах терапии начальный (не усиленный) КМХ пациента изготавлялся в начале очередного сеанса тера-

пии. 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:

1. Электронная потенция Pot^a 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:

$KMX \downarrow + Pot^a Z \uparrow$, обозначается кратко через Z/KMX (соответственно, Z/KMX-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.

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

3. Специальные препараты – Системные Духовные Адаптанты, описанные в [8] и кратко обозначаемые как СДА.

На первом этапе всем пациентам изготавлялся следующий набор препаратов, направленных на элиминацию вирусной инфекции в мышцах и тканях глаза, глазодвигательных нервах и зрительном пути:

1. НАНКр/КМХ или (iНАНКр)/КМХ в зависимости от того, был ли положительным или отрицательным тест на «Ключевой нозод».

2. Церебральный отклик на нагрузку пациента следующей терапевтической резонансной цепочкой:

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

В процессе построения терапевтической цепочки использовались 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 ↓ + Терапевтическая Цепочка ↑ (1).

Такой препарат удавалось подобрать всегда, причем, часто он был не единственным. В процессе терапии были использованы все находившиеся в селекторе змеиные яды, чаще всего: Ботропс, Лахезис, Найя и Элапс. С формальной точки зрения, терапевтическая цепочка получалась из диагностических резонансных цепочек пациента путем замены последних их звеньев — Нозодов вирусов — на подходящий «Потенцированный змеиный яд» или сумму таковых. Условие Нозод вируса ↓ + «Потенцированный змеиный яд» ↑ не проверялось. Критерием терапевтичности 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 вегетативных резонансов с нозодами вирусов при фильтрации через составной тест-указатель Σ Органопрепаратов Глаза: если (Σ Органопрепаратов Глаза) ↓, то и (Σ Органопрепаратов Глаза + Нозод вируса) ↓ для всех нозодов вирусов, находящихся в селекторе.

Критерий А использовался как критерий окончания этапа противовирусной терапии.

В случае выполнения критерия А проверялся критерий Б.

Критерий Б. На фоне выполнения критерия А существование вегетативных резонансов:

1. Хотя бы с одной из потенций одного из компонентов составного тест-указателя Σ Органопрепаратов Глаза так, что можно построить новый составной тест-указатель Σ Органопрепаратов Глаза ↓.

2. Хотя бы с одной из потенций препаратов Тритон-регенерация или Тритон-метаморфоза при фильтрации через новый составной тест-указатель Σ Органопрепаратов Глаза ↓ так, что для этой потенции выполнено ВРТ-условие: Σ Органопрепаратов Глаза ↓ + Потенция Тритон-регенерация ↑ (или + Потенция Тритон-метаморфоза ↑).

Критерий Б использовался как критерий

готовности организма к восстановлению функций (регенерации) глаз.

В случае, если критерии А и Б выполнялись одновременно, терапевт переходил к этапу восстановления функций (регенерации) мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути по схеме:

1. Церебральный отклик [8, 9] на нагрузку пациента резонансной цепочкой «Σ Органопрепаратов Глаза ↓ + Потенция Тритон-регенерация ↑ или + Потенция Тритон-метаморфоза ↑»/КМХ;

2. СДА/КМХ-2, которая также повторялась от 1 до 3 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 (подгруппа «Элементы» группы «Медфарма»), выбранным исходя из критерия: Элемент/КМХ 2, то есть КМХ 2 ↓ + Элемент ↑;

3. СДА/КМХ3, до выполнения критерия Б. После этого переходили к этапу восстановления функций (регенерации) мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути до полного восстановления глазной функции.

По мере восстановления глазной функции менялась и очковая коррекция.

Длительность терапии, проводимой по указанному алгоритму, составляла от 3 месяцев до 3-х лет в зависимости от возраста, индивидуальной конституции, длительности заболевания и степени поражения глазодвигательной и глазной функции у пациента на момент начала лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВРТ-диагноз «хроническое заболевание мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути» по итогам первичного обследования был поставлен всем 19 пациентам из 19 обследованных.

В табл. 1 приведены результаты тестирования группы пациентов на вирусное отягощение мышц и тканей глаза, глазодвигательных нервов и зрительного пути.

Исчезновение клинических симптомов заболевания было достигнуто у всех 17 пациентов, завершивших лечение, что позволяет говорить в данном случае о приближающейся

Таблица 2

Динамика и изменение состояния функции глаз у пациентов на фоне терапии

Пациент	Возраст, лет	До терапии	После терапии
1. З.Г.	4	VOD = 1 VOS = 1 Сходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	VOD = 1 VOS = 1 Бинокулярное зрение
2. А.А.	5	OD Sph -2,50D, OS Sph -2,75D,	OD Sph -0,25D OS Sph -0,25D
3. Г.Э.	5	VOD = 1 VOS = 1 Сходящееся монолатеральное косоглазие левого глаза	VOD = 1 VOS = 1 Бинокулярное зрение
4. М.И.	6	OD Sph -5,50D OS Sph -5,00D Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	OD Sph -2,25D OS Sph -2,00D Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза
5. Л.С.	6	OD Sph -1,25D OS Sph -1,50D Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	OD Sph -0,25D OS Sph +0,25D Бинокулярное зрение
6. И.К.	7	OD Sph -3,00 Cyl -1,75, ax 160° OS Sph -3,75 Cyl -1,50, ax 100°	OD Sph -0,25 OS Sph -0,25
7. Л.Б.	8	OD Sph -4,50 OS Sph -5,25	OD Sph -0,50 OS Sph +0,25
8. З.К.	9	OD Sph -2,25, Cyl +1,00, ax 90° OS Sph -2,50, Cyl +1,50, ax 80° Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	OD Sph +0,25 OS Sph +0,50 Бинокулярное зрение
9. Ц.Э.	11	OD Sph -6,50 Cyl +1,25, ax 100° OS Sph -6,75 Cyl +1,50, ax 80° Расходящееся монолатеральное косоглазие левого глаза	-0,50 +0,25/100° -0,25 +0,25/80° Бинокулярное зрение
10. М.Ц.	12	OD Sph -12,00 Cyl +2,00, ax 80° OS Sph -11,00 Cyl +1,75, ax 100°	OD Sph -5,75, Cyl +1,50, ax 80° OS Sph -5,50, Cyl +1,00, ax 100°
11. В.А.	14	OD Sph -1,25 Cyl +0,50, ax 160° OS Sph -1,75 Cyl +0,75, ax 120°	OD Sph +0,25 OS Sph -0,25
12. Л.Х.	16	OD Sph -3,50 OS Sph -4,00 Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	OD Sph +0,25 OS Sph +0,25 Бинокулярное зрение
13. М.В.	31	OD Sph -4,25 Cyl +1,50, ax 90° OS Sph -3,25 Cyl +1,00, ax 120°	OD Sph -0,25 OS Sph +0,25
14. С.Х.	37	OD Sph -2,25 Cyl +1,75, ax 100° OS Sph -1,50 Cyl +1,25, ax 90°	OD Sph +0,25 Cyl +0,50, ax 100° OS Sph +0,25 Cyl +0,25, ax 90°
15. А.К.	41	OD Sph -4,00 OS Sph -4,25	OD Sph -0,25 OS Sph -0,50
16. Л.Л.	44	VOD = 1 VOS = 1 Сходящееся, монолатеральное косоглазие левого глаза	VOD = 1 VOS = 1 Бинокулярное зрение
17. К.Б.	49	OD Sph -1,75 Cyl +2,00, ax 160° OS Sph -1,25 Cyl +1,25, ax 100°	OD Sph -0,25 Cyl +0,25, ax 160° OS Sph -0,25 Cyl +0,25, ax 100°
18. К.Г.	53	VOD = 1 VOS = 1 Сходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	VOD = 1 VOS = 1 Бинокулярное зрение
19. Х.Ш.	54	OD Sph -7,50 OS Sph -5,25 Расходящееся монолатеральное косоглазие правого глаза	OD Sph +0,25 OS Sph -0,25 Бинокулярное зрение

к 100 % эффективности терапии для данной группы заболеваний. Двое пациентов не закончили лечение: девочка М.Ц., 12 лет (№10) с миопией 12 диоптрий и косоглазием и мальчик М.И., 6 лет (№4) с миопией 5 диоптрий (приведены данные, полученные на первичном осмотре).

В случае М.Ц. через 2 года после начала терапии косоглазие исчезло, а миопия снизилась до 5,75 диоптрий, после чего семья девочки отказалась от лечения. В случае М.И. после 11 месяцев терапии миопия снизилась до 2-х диоптрий, но в это время семья мальчика переехала жить в другую страну, и лечение прекратилось.

Во всех случаях факт излечения пациента фиксировался по результатам его осмотра у окулиста с проведением общепринятых офтальмологических тестов: визиометрии, рефрактометрии и скиаскопии для определения остроты зрения и асимметрии роговицы. В табл. 2 приведена динамика изменения функций глаза до и после терапии. Используются стандартные офтальмологические обозначения для остроты зрения и астигматизма.

В табл. 3 приведены сроки лечения пациентов. Продолжительность терапии фиксировалась от момента начала терапии до момента офтальмологического обследования, подтвердившего нормализацию зрительных функций у пациента.

Из табл. 3 видно, что в некоторых случаях терапия была весьма продолжительной по срокам. При этом сроки терапии в наибольшей степени зависели от продолжительности заболевания до момента начала терапии, то есть анамнеза пациента, и в значительно меньшей степени от его возраста. Так, максимальный срок терапии – 3 года – отмечен у пациента в возрасте 11 лет с предшествующей длительностью заболевания 8 лет. А у наиболее старшего из пациентов, в возрасте 54-х лет терапия была успешно завершена в течение 3-х месяцев, при том, что проблема возникла у него за 1 месяц до обращения к врачу.

В табл. 4 знаком «+» отмечены нозологии, имевшиеся у пациентов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Высокая эффективность терапии и в то же время относительно малое количество полностью исследованных клинических случаев заставляют поставить вопрос о многоцентровой проверке метода и набора большего количества

пациентов, пролеченных по этой методике.

Наши представления о соотношении роли вирусной инфекции и генетических предпосылок к возникновению тяжелых хронических заболеваний уже были описаны как в [2], так и во вступлении к настоящей работе. Подчеркнем, что речь в данном случае не обязательно сводится к непосредственному влиянию

Таблица 3

Пациент	Возраст, лет	Время до успешного завершения терапии.
1. З.Г.	4	1 год и 7 месяцев
2. А.А.	5	1 год и 3 месяцев
3. Г.Э.	5	9 месяцев
4. М.И.	6	11 месяцев
5. Л.С.	6	6 месяцев
6. И.К.	7	2 года и 4 месяцев
7. Л.Б.	8	5 месяцев
8. З.К.	9	1 год и 5 месяцев.
9. Ц.Э.	11	3 года
10. М.Ц.	12	1 год 10 месяцев
11. В.А.	14	2 года 3 месяцев
12. Л.Х.	16	1 год и 6 месяцев
13. М.В.	31	2 года и 1 месяц
14. С.Х.	37	1 год и 5 месяцев.
15. А.К.	41	2 года и 4 месяца
16. Л.Л.	44	2 года и 1 месяц
17. К.Б.	49	1 год.
18. К.Г.	53	1 год и 1 месяц
19. Х.Ш.	54	3 месяца

Таблица 4

Пациент	Возраст, лет	1. Миопия	2. Косоглазие	3. Астигматизм
1. З.Г.	4		+	
2. А.А.	5	+		
3. Г.Э.	5		+	
4. М.И.	6	+	+	
5. Л.С.	6	+	+	
6. И.К.	7	+		+
7. Л.Б.	8	+		
8. З.К.	9	+	+	+
9. Ц.Э.	11	+	+	+
10. М.Ц.	12	+		+
11. В.А.	14	+		+
12. Л.Х.	16	+	+	
13. М.В.	31	+		+
14. С.Х.	37	+		+
15. А.К.	41	+		
16. Л.Л.	44		+	
17. К.Б.	49	+		+
18. К.Г.	53		+	
19. Х.Ш.	54	+	+	

на функции глаза, например, хронического вирусного отягощения. Хотя механизм такого влияния просматривается, с точки зрения врача, использующего методы ВРТ и БРТ, достаточно прозрачно. Возможно, тем не менее, что роль хронического вирусного отягощения более сложна: оно может, в частности, дестабилизировать целый ряд систем регуляции организма – от иммунной, нервной и эндокринной систем до генома включительно. При наследственной слабости генной (или эпигенетической) регуляции в каком-либо ее звене потенциально возможно множество сценариев патологического взаимодействия вируса и организма в целом. Например, возможно, что те или иные генные дефекты препятствуют полной элиминации вируса из организма, а симптоматика заболевания связана с хроническим очагом его персистенции. Мы полагаем, что в случае близорукости, косоглазия и астигматизма этот механизм может оказаться наиболее близким к истине.

Возможна, однако, и альтернативная гипотеза: вирусная нагрузка дестабилизирует геном, в результате чего проявляется его врожденное слабое звено, с которым связан проявляющийся симптомокомплекс. Эта гипотеза может оказаться ближе к истине в случае так называемых аутоиммунных заболеваний, компенсирующихся полностью или частично при элиминации вирусного отягощения: сахарного диабета 2-го типа, аутоиммунного тиреоидита и других. В любом случае связь вирусных отягощений и хронических заболеваний, возникающих вследствие генетической предрасположенности, нуждается в более полном осмыслении, в том числе с учетом результатов их информационной терапии.

ВЫВОДЫ

1. Разработан единый алгоритм биорезонансной терапии косоглазия, близорукости и астигматизма под контролем диагностики по методу вегетативного резонансного теста.

2. Клиническая эффективность построенного алгоритма в проведенном исследовании приближается к 100 %, что позволяет говорить о его точном попадании не только в патогенез, но и в этиологическую основу изучаемых заболеваний.

3. Успех терапии по разработанному алгоритму однозначно свидетельствует в пользу гипотезы о хроническом вирусном отягощении как о ключевом факторе поддержания процес-

сов астигматизма, близорукости и косоглазия как у детей, так и у взрослых, страдающих этими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://medicine-bo.mednews.in.ua/detski-bolesti/28239-ksogledstvo-pri-decata-simptomi-metodina-lechenie.html>
2. Васильковская О.В., Акаева Т.В., Мхитарян К.Н. Лечение аутоиммунного тиреоидита с помощью биорезонансной терапии и вегетативного резонансного теста // Традиционная медицина. – №3(42). – 2015. – С.16–23.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Шадричев В.А. Клинический случай применения препарата «сывстар» в рамках СНП при лечении трофической язвы голени // Тезисы и доклады. XI Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии». – М.: ИМЕДИС, 2015. – С.297–302.
10. Коток А. Беспощадная иммунизация. – Новосибирск: Гомеопатическая книга, 2008. – С.61–74.

Адрес автора

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