

# Хронический офтальмальгический синдром Часть 2. Применение биорезонансной терапии в лечении хронического офтальмальгического синдрома

**В.В. Егоров, Т.В. Борисова, Г.П. Смолякова**

*Хабаровский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологий»*

## **Clinical aspects of chronic ophthalmalgia Part 2.**

**V.V. Egorov, T.V. Borisova, G.P. Smolyakova**

**Khabarovsk department of FGU «MNTK «Eye Microsurgery»  
named after Fedorov S.N. of Rosmedbiotechnology»**

**Purpose:** to evaluate the efficacy of usage of bioresonant method in complex treatment of chronic ophthalmalgia (CO).

**Materials and methods:** 39 patients with chronic ophthalmalgia were included into observation group. All patients were prescribed bioresonant therapy. Pain intensity was evaluated before and after the treatment by 6-grade scale.

**Results:** Pain syndrome was jugulated in 34 patients (87,2 %), decreased in 5 patients (12,8 %). Best result was registered in patients with neurogenic, vegetative and psychogenic types of OC.

**Conclusion:** Bioresonant method is highly effective in treatment of chronic OC.

**Х**роническая глазная боль, не связанная со структурно-морфологическими изменениями органа зрения и не влияющая на зрительные функции, является, однако, тяжелым страданием, приводящим к дезорганизации в работе различных регуляторных систем организма, в том числе и в личностно-эмоциональной сфере человека, что, несомненно, ухудшает качество

жизни таких больных [1,10]. В связи с этим проблема купирования боли (офтальмальгического синдрома) имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Несмотря на большой выбор в современной клинической фармакологии обезболивающих средств, а также на совершенствование в последние годы физиотерапевтических и психотерапевтических методов лечения, их эффективность при хронических болях любой локализации остается весьма низкой [9,10,12]. В результате постоянного использования больным с хронической болью сильнодействующих анальгетиков, седативных препаратов существует реальный риск возникновения осложнений и лекарственной зависимости [6,8]. Более того, известно, что обезболивающие медикаменты, особенно в комбинациях, по причине их длительного применения способны сами индуцировать клинические проявления хронической боли [10,13]. Поэтому стратегией терапии больных с хронической болью становится поиск оптимальных немедикаментозных методов ее лечения. Возможное решение данной проблемы – внедрение в практическую медицину биорезонансной терапии (БРТ). Под влиянием биорезонансного воздействия достигается коррелированность в функционировании эндокринных, нейрогуморальных и иммунных систем регуляции, синхронизация организменных и висцеральных биоритмов, нормализация процессов торможения и возбуждения в центральной нервной систе-

ме с формированием устойчивой адаптации и активации нейрорегуляторных механизмов обезболевания [3,4,7]. Между тем лечебные возможности БРТ для устранения хронического офтальмальгического синдрома (ОАС) в клинической офтальмологии остаются пока не использованными.

**Цель** настоящей работы: оценить эффективность применения биорезонансной терапии в комплексном лечении хронического офтальмальгического синдрома.

**Материал и методы.** Группу наблюдения составили 39 человек (20 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 17 до 62 лет с хроническим ОАС, длительность существования которого варьировала от 1 до 4 месяцев и более. На протяжении этого периода все пациенты получали курсовое лечение в различных лечебных учреждениях (неврологических, офтальмологических) и постоянно принимали обезболивающие и седативные средства. В результате этого у части из них (10 чел. – 25,6%) лекарственная терапия привела к различным осложнениям, а именно: аллергическим реакциям – 5 человек, обострению желудочно-кишечной патологии – 3 человека, усилению интенсивности глазной боли – 2 человека.

Всем больным проводилась БРТ на аппаратно-программном комплексе «Эксперт-Фолль» фирмы «Имедис» (г. Москва). Выбор тактики БРТ осуществлялся в соответствии с результатами электропунктурной диагностики по методу вегетативного резонансного теста (ВРТ), разработанному в Германии врачом Х. Шиммелем (1978) и усовершенствованному сотрудниками Центра «Имедис» [3,4,7]. Одновременно с адаптивной БРТ лечебная тактика включала в себя также частотную электромагнитную терапию. В зависимости от причины возникновения ОАС в лечении больных использовались разные резонансные режимы проведения БРТ (воздействие оказывалось на организм в целом и на место локализации боли – глаз). При проведении электропунктурной диагностики по методу ВРТ нами было выявлено, что при нейропатии воспалительного генеза наиболее значимой оказалась лечебная частота в 1,7 Гц, при ишемическо-гипоксической нейропатии – 1,2 Гц, при травматической с повреждением нервного волокна – 79,5 и/или 94,0 Гц, при токсической – 20,0 и/или 522,0 Гц, при психогенном ОАС – 3,9 и/или 6,3 Гц, при вегетативном ОАС – 2,5; 40,0 и/или 100,0 Гц.

Обязательной составляющей при проведении БРТ являлся обезболивающий режим, который достигался последовательными электромагнитными воздействиями разных частот – 3,6; 3,9; 9,7; 7,5 Гц. Курс БРТ включал в себя 10 основных ежедневных сеансов, в последующем – еще 10 поддерживающих сеансов, проводимых 2 раза в неделю. При этом после достижения эффекта в динамике лечения, ранее назначенные обезболивающие средства постепенно уменьшались по дозировке.

Для анализа лечебного эффекта БРТ осуществлялась субъективная оценка характера глазной боли по разработанной нами 6-балльной шкале [Рацпредложение Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия

глаза» № 284 от 16.10.08]: глазная боль нетерпимая, постоянная – 6 баллов, непостоянная – 5 баллов; глазная боль средней интенсивности, постоянная – 4 балла, непостоянная – 3 балла; глазная боль слабой интенсивности, постоянная – 2 балла и непостоянная – 1 балл; отсутствие боли – 0 баллов.

Субъективная оценка болевых ощущений проводилась до и после окончания курса БРТ, а также через 4–6 месяцев после лечения.

Одновременно анализировались изменения в психоэмоциональном и нервно-вегетативном статусе больных с помощью анкет Российского центра вегетативной патологии (РЦВП) с балльной оценкой, вегетативного резонансного теста (ВРТ), коэффициента личностной тревожности (КЛТ) в баллах по тесту Спилбергера-Ханина, уровня депрессии в баллах по тесту Бэка [2,4,5,11]. Оценивался также индекс качества жизни (КЖ) пациентов с помощью разработанной нами анкеты-опросника [Рацпредложение Хабаровского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» № 286 от 16.10.08.]. Анкета включала в себя ответ самого пациента по 5 субъективным признакам: глазная боль, бессонница, раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности. Отсутствие каждого признака в отдельности оценивалось в 5 баллов, а отсутствие всех 5 признаков составляло 25 баллов и соответствовало оптимальному индексу КЖ. При наличии жалоб пациента на присутствие симптома 5-балльная оценка каждого вышеуказанного признака в зависимости от его выраженности последовательно уменьшалась: на 3 балла – при резко выраженном признаке; на 2 балла – при умеренной степени его выраженности; на 1 балл – при слабой степени выраженности признака.

**Результаты.** При использовании в лечении больных с ОАС биорезонансных воздействий было отмечено, что проводимая БРТ хорошо переносится всеми больными и не вызывает никаких побочных реакций и осложнений.

Исследования показали, что у 34 обследованных больных (87,2%) после окончания БРТ болевые ощущения в глазу полностью исчезли. У остальных 5 пациентов (12,8%) глазная боль сохранялась, однако ее интенсивность существенно уменьшилась. Эффективность применения БРТ представлена в таблице 1.

Под воздействием БРТ балльная оценка интенсивности глазной боли в общей совокупности обследованных

**Таблица 2. Результаты лечения методом биорезонансной терапии больных с различными типами ОАС**

Типы ОАС	Число наблюдений	Результат лечения		
		хороший	удовлетв.	неудовл.
Неврогенный	15	14	1	–
Вегетативный	13	12	1	–
Соматогенный	2	–	1	1
Психогенный	3	2	1	–
Смешанный	6	1	3	2

**Таблица 1. Динамика основных клинических проявлений у больных с ОАС под влиянием биорезонансной терапии**

Показатели	До лечения	После лечения	
		сразу после окончания лечения	через 4–6 месяцев
Характер глазной боли (M±m, баллы)	4,9±1,0	0,95±0,05	1,09±0,07
КЛТ по тесту Спилбергера (M±m, баллы)	45,7±4,2	22,1±2,8	22,3±1,5
Уровень депрессии (тест Бэка) (M±m, баллы)	22,9±2,8	15,5±2,0	16,0±2,1
Степень вегетативных нарушений (M±m, баллы)	43,5±4,4	19,7±2,9	21,2±3,1
Индекс КЖ (M±m, баллы)	5,5±1,4	22,0±2,5	20,5±3,0

составила  $0,95 \pm 0,05$  баллов (сразу после окончания лечения) при  $4,9 \pm 1,0$  балл до лечения ( $p < 0,07$ ). У всех больных под влиянием БРТ достоверно снизились: степень вегетативных нарушений, КЛТ и уровень депрессии ( $p < 0,05$ ), что указывало на положительные сдвиги в психоэмоциональной сфере больных. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, настроения, работоспособности и сна. Полностью исчезли сопутствующие алгии. Соответственно возросла в 3,6 раза субъективная оценка КЖ пациентов.

Спустя 4–6 месяцев после лечения достигнутая положительная динамика оставалась устойчивой у 31 пациента (79,5%). У остальных 3 человек (7,7%) на фоне стабильного уровня вегетативного и психоэмоционального теста ОАС возобновился, но интенсивность и продолжительность его оказались гораздо меньшими.

В связи с полученными неоднородными данными представляло интерес оценить эффективность БРТ в зависимости от клинического типа ОАС (табл. 2). При этом результат лечения нами оценивался как:

- хороший, если он характеризовался полной ремиссией ОАС при сроках наблюдения до 4–6 месяцев после проведенной БРТ;
- удовлетворительный – при уменьшении балльной оценки ОАС более 50% от исходной;
- неудовлетворительный – при снижении балльной оценки ОАС на 50% и менее.

Как видно из таблицы 2, наилучший результат в виде полного купирования болевых ощущений либо их существенного уменьшения на 80–65% от исходного (соответственно хороший и удовлетворительный) после БРТ наблюдался при неврогенном (соответственно 14 чел. и 1 чел.), психогенном (соответственно 2 чел. и 1 чел.) и вегетативном (соответственно 12 чел. и 1 чел.) вариантах ОАС. Менее успешными оказались результаты лечения в случаях соматогенного (удовлетворительный результат у 1 чел. и неудовлетворительный – у 1 чел.) и смешанного типов (удовлетворительный результат у 3 чел. и неудовлетворительный – у 2 чел.) ОАС. При этом особого внимания заслуживает тот факт, что в группах больных с высокой эффективностью лечения при всех типах ОАС 19 пациентов (48,7%) отказались от употребления анальгетиков, в остальных случаях прежние дозы анальгетиков были сокращены на 50% и более (10 чел.–25,6%). При удовлетворительных результатах лечения прекратили полностью употребление анальгетиков – 3 человека (7,7%), доза анальгетиков была сокращена на 25–50% у 2 человек (5,1%), осталась прежней – у 2 человек (5,1%). При неудовлетворительных результатах лечения у всех пациентов, получивших БРТ, дозы анальгетиков не изменились.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности метода БРТ в комбинации с медикаментозным лечением больных с ОАС, что позволяет рекомендовать его для применения в клинической практике.

## Выводы

1. На основании результатов проведенного исследования нами разработаны и применены в клинической практике для купирования хронической глазной боли дифференцированные биорезонансные частоты, учитывающие причины ее возникновения.

2. В результате применения БРТ в лечении ОАС получен достаточно высокий клинический эффект, вызыва-

вшийся у 34 больных (87,2%) полным купированием глазной боли с отменой обезболивающих лекарственных средств. В остальных случаях – у 5 больных (12,8%) отмечалось уменьшение в 1,5–2 раза интенсивности глазной боли со снижением фармакологической нагрузки на организм.

3. Лечебные эффекты БРТ при ОАС, очевидно, обусловлены восстановлением интегративной деятельности головного мозга, устранением причин, формирующих патогенетические основы болевого синдрома, а также активизирующим воздействием электромагнитных волн на нейромедиаторные системы (холинергические, серотонинергические, эндорфинергические), участвующие в реализации механизмов обезболивания.

4. Метод БРТ может быть рекомендован для включения в комплексную терапию больных с ОАС, поскольку он способствует ликвидации или уменьшению болевых ощущений, восстанавливает нормальные поведенческие реакции пациентов и создает реальные возможности для повышения качества их жизни.

## Литература

1. Васнев Е.Е. Транскраниальная электростимуляция – новый метод лечения стоматалгий // *Транскраниальная электростимуляция: сб. ст.* – СПб., 2005, Т.1. – С. 390–392.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. *Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение)*. – М., 2002. – 160 с.
3. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Блинков И.Л. *Экзогенная биорезонансная терапия фиксированными частотами: метод. рек.* – М.: ИМЕДИС, 2000. – 96 с.
4. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б. и др. *Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «Имедис-тест»: метод. рек.* – М.: ИМЕДИС, 2000. – 151 с.
5. *Заболевания вегетативной нервной системы* / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев и др. / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.
6. Кривский Л.Л., Молчанов И.В., Алексеева Г.В. *Лечение острого болевого синдрома // Анестезиология и реаниматология.* – 2002. – № 3. – С. 20–24.
7. Мейзеров Е.Е., Блинков И.Л., Готовский Ю.В. и др. *Биорезонансная терапия: метод. рек.* – М., 2000. – 27 с.
8. Мирошникова В.В., Рыбак В.А., Лебедев В.П. *Транскраниальная электростимуляция в комплексном лечении хронической ежедневной головной боли // Транскраниальная электростимуляция: сб. ст.* СПб., 2005. – С. 220–226.
9. Овечкин А.М., Гнездилов А.В. *Боль в Европе // Анестезиология и реаниматология* – 1998. – № 5. – С. 64–71.
10. Рыбак В.А. *Транскраниальная электростимуляция в лечении генерализованных болевых синдромов неорганического генеза // Транскраниальная электростимуляция: сб. ст.* – СПб., 2005, Т.1. – С. 363–369.
11. Ханин Ю.Л. *Краткое руководство по применению шкалы реактивности и личной тревожности Ч.С. Спилберга.* – Л., 1976. – 25 с.
12. Чичасова Н.В. *Первичная фибромиалгия: клинические проявления, диагностика, лечение // Терапевт. арх.* – 1994. – № 11. – С. 89–92.
13. Rapoport A.M., Weeks R. E. *Characteristics and treatment of analgesic rebound headache // Drug Induced headache.* – Berlin, 1988. – P. 162–165.