

Лечение хронической уреоплазменной инфекции с помощью биорезонансной и частотной терапии

Овчинников В.Г., Акимова Г.В.

(Московский Герпетический центр, г. Москва, Россия)

Уреоплазма (т-микоплазма) занимает ведущее место среди инфекций, передающихся половым путем. Она представляет собой полиморфный микроорганизм с трехслойной цитоплазматической мембраной размером 130–200 нм, способный к внутриклеточному размножению. Известно 14 серотипов уреоплазм, которые разделяются на 2 биовара: биовар Parvo включает 4 серотипа (1, 3, 6, 14), биовар T-960 – остальные 10 серотипов.

Уреоплазма передается контактно бытовым, в т.ч. половым, путем, при этом последний наиболее распространен. Возможен и вертикальный путь передачи, который может осуществляться в результате восходящей инфекции из влагалища и цервикального канала. Внутриутробный путь заражения: при наличии инфекции в околоплодных водах плод инфицируется через пищеварительный тракт, кожу, глаза, урогенитальный тракт. Для мужчин уреоплазмоз – исключительно половая инфекция.

Частота встречаемости уреоплазменной инфекции составляет около 25% при кольпитах и достигает 35–40% при эрозиях шейки матки. Микоплазменное носительство во время беременности и воспалительных процессах гениталий достигает 90%. Среди гинекологических больных уреоплазма выделяется в 55% случаев, а среди клинически здоровых женщин в 45% случаев, у девочек – 8%, у пожилых женщин – 4%.

Скрытая уреоплазменная инфекция представляет большую потенциальную опасность, так как при определенных условиях (например, при беременности) она может активизироваться и явиться причиной тяжелых воспалительных процессов. Часто уреоплазма может являться «проводником» вирусов и сопровождаться сопутствующей микрофлорой (грамположительными и грамотрицательными бактериями), трихомонадами, гарднереллами, хламидиями.

Нами было пролечено 32 пациента в возрасте от 23 до 56 лет (30 женщин и 2 мужчин) с хронической уреоплазменной инфекцией, выделенной впервые более 2 лет назад, и прошедших от 3 до 8 курсов сочетанной антибиотикотерапии и иммунокоррекции. Для проведения терапии и подбора лекарственных препаратов использовался аппаратно программный комплекс «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ». Контроль излеченности осуществлялся методом культуральной диагностики с титрованием и ПЦР через 5–7 дней после окончания курса лечения. При первом отрицательном результате – повторно через 3 месяца.

Для определения резонансных частот уреоплазмы были взяты мазки из влагалища, цервикального канала и уретры у 6 человек с доказанной уреоплазменной моноинфекцией. Ю.В. Готовским были найдены их частоты.

Этими частотами было проведено облучение чистой культуры уреоплазмы, полученной от различных пациентов. Эксперименты показали, что 30 минутное облучение на магнитном индукторе при максимальной интенсивности приводит к подавлению уреоплазмы на 2 порядка – с 10^6 КОЕ/мл до 10^4 КОЕ/мл (контроль методом посева с титрованием).

В дальнейшем первая группа пациентов (9 человек) получала лечение по следующей схеме:

- резонансно-частотная терапия (оптимальная интенсивность и выбор частот определялись тестированием). Длительность – 45 минут;
- биорезонансная (БР) терапия по меридианам мочевого пузыря и почек с размещением индуктора в области уретры. В качестве указателя использовался нозод уреаплазмы в разведении, определяемом тестированием перед каждым сеансом. Длительность терапии – 15 минут;
- общая БР терапия в течение 10 минут.

Результаты БР терапии (последние 2 минуты) и частоты записывались на чистую крупку. Кроме того, назначались дренажные препараты – комплекс спец. Сульфур, спец. Туя, Сарсапарилла 3. Проводилось 5 сеансов терапии с интервалом 2 недели.

После первого сеанса терапии у всех пациентов наблюдалось обострение воспалительного процесса и усиление жалоб – обильные выделения, зуд, боли при мочеиспускании, а нозод уреаплазмы тестировался в более низком разведении. После второго или третьего сеанса терапии у 8 пациенток субъективные жалобы исчезли, а уреаплазма тестировалась в разведении D30–D100. После 5 сеансов терапии субъективные жалобы исчезли у 8 человек, хотя уреаплазма выявлена в посевах у 7 человек в исходном или несколько меньшем титре.

Через 3 месяца у 7 человек жалобы возобновились, а уреаплазма опять была выявлена.

Вторая группа пациентов (15 человек) получала 5 сеансов лечения по следующей схеме:

- частная горизонтальная БР терапия по всем меридианам с размещением индуктора на область уретры (частоты меридианов Мп и По) на фоне индукционной терапии уреаплазмы в течение 30 минут. Указателем был нозод уреаплазмы (разведение также определялось тестированием). Для дальнейшей терапии записывался только БР препарат (последние 5 минут);
- общая горизонтальная БР терапия по всем отведениям и с индуктором. Сначала проводилось снятие блокад мезенхимы. Потом, не прерывая БР терапии, последовательно брались указатели на интоксикацию и спец. Сульфур. Препарат записывался в последние 5 минут терапии с указателем оптимальности – Купрум D400. В качестве дренажных средств назначались гомеопатические препараты: Ацидум нитрикум 3, Сепия 3, Клематис 3, Фитолякка 3, Калиум муриатикум 3, Кантарис 3, Пульсатилла 3, Стафизагрия 3, подобранные путем реперторизации по Кенту и тестирования;
- после 3 сеанса БР терапии подбирался конституциональный гомеопатический препарат в высоком разведении.

У 12 человек первый контрольный анализ после лечения был отрицательный, а у 10 человек возбудитель не выявлен и во втором контроле.

Третья группа пациентов (8 человек) получала лечение по следующей схеме:

- проводилось выявление и снятие геопатогенных, электромагнитных нагрузок и энергоинформационных блокад мезенхимы. Результат записывался и в дальнейшем добавлялся в общую БР терапию;

- с помощью указателя Цинкум металликум D60 выбирались меридианы с наибольшими нарушениями, и на них проводилась общая БР терапия в течение 10 минут с записью препарата последние 2 минуты;
- как и во второй группе, проводилась частная БР терапия;
- кроме того, гомеопатические препараты подбирались путем реперторизации по Кенту и тестирования с выходом на конституциональный и (или) ситуационный препарат в высоком разведении. Лечение назначалось на 5–6 недель.

У всех пациентов исчезли субъективные ощущения, связанные с уреаплазмой, а у 7 человек возбудитель не был выявлен в обоих контрольных посевах.

Выводы: биорезонансная и частотная монотерапии недостаточны для эффективного лечения хронической уреаплазменной инфекции. Наиболее эффективно сочетание биорезонансной терапии с симптоматически подобранной гомеопатической терапией, разрешением психологических проблем пациента и выходом на его конституциональный препарат.

Литература

1. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1997.

Овчинников, В.Г. Лечение хронической уреаплазменной инфекции с помощью биорезонансной и частотной терапии / В.Г. **Овчинников**, Г.В. Акимова // XI Международная конференция "Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии". - М.: ИМЕДИС, 2005. - т.1. - С.157-160.

[в избранное](#)