



УКРАЇНА

(19) UA (11) 80967 (13) C2
(51) МПК (2006)
G01N 33/48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛАЗОРИКА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ МОЛИТОВ НА ПАЦІЄНТА

1

2

(21) 20041008474

(22) 18.10.2004

(24) 26.11.2007

(72) ЛАЗОРИК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA

(73) ЛАЗОРИК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA

(56) UA 18517 A, 25.12.1997

UA 22932 A, 05.05.1998

UA 23082 A, 30.06.1998

UA 40681 C2, 15.08.2001

(57) Спосіб визначення впливу молитов на пацієнта, який включає клінічне обстеження пацієнта та забір крові з венозного та капілярного відділів судинного русла, визначення кількісних та морфофункціональних властивостей клітин крові, порівняння одержаних величин показників обох відділів з відповідними величинами показників контрольної групи з визначенням зниження або підвищення показників пацієнта від контролю, алгебраїчне віднімання від абсолютної величини показників капілярного відділу абсолютної величини показників венозного відділу з визначенням абсолютної величини капілярно-венозної різниці (AB KBP) і плюсового (+) або мінусового (-) значення цієї величини, після дії чинника повторно забирають кров для досліджень і визначають абсолютні величини капілярно-венозної різниці (AB KBP) після дії чинника, потім від абсолютних величин показників капілярного відділу до дії чинника алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після дії чинника і визначають абсолютну величину капілярно-капілярної різниці (AB KKP) і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, далі від абсолютних

величин венозного відділу до дії чинника алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після дії чинника і визначають абсолютну величину венозної різниці (AB BVP) і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, який відрізняється тим, що чинником є упорядковані коливання хвиль звукового діапазону у вигляді молитов, які вимовляє стороння особа чи особи або сам пацієнт, і додатково визначають процент змін ПЗ у відділах судинного русла до та після молитов шляхом ділення більшої величини на меншу величину показника у капілярній і венозній крові, у капілярній крові до та після молитов і у венозній крові до та після молитов, множать ці показники на 100 і одержують величини процента змін ПЗ відповідно ПЗ KBP до та після молитов, ПЗ KKP і ПЗ BVP, за даними плюсового (+) або мінусового (-) значення AB KBP, AB KKP і AB BVP визначають плюсове (+) або мінусове (-) значення ПЗ KBP до і після молитов, ПЗ KKP і ПЗ BVP, потім порівнюють ці показники і за зміною окремих показників та груп показників при плюсових значеннях абсолютних величин і процента змін показників констатують зниження величин після молитов, а при мінусових значеннях абсолютних величин та процента змін констатують підвищення показників після молитов, а при статистично значимій величині процента змін ПЗ 34 % і більше визначають достовірний вплив на окремі показники або сукупність показників капілярного або венозного відділів судинного русла і на пацієнта в цілому.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до клінічної лабораторної діагностики і може бути використаним для визначення впливу молитов на пацієнта.

Відомі докази впливу молитви на хворих при клінічних спостереженнях [1], обробці спостережень перебігу захворювань у віруючих та невіруючих [2,3], за зміною величини аури під час молитви [4]. Але ці підходи для частини науковців є непереконливими. Вони не дають можливості доказати вплив молитов на клітинному рівні типа

субклітинні утвори органів і систем. Тому лише сучасні методи досліджень кількісного складу та морфофункціональних властивостей клітин, наприклад клітин крові, зі статистичне достовірними результатами змін їх показників під впливом молитов можуть відповідати вимогам доказової медицини.

Найближчим до запропонованого способу є визначення кількісних морфофункціональних властивостей клітин крові різних відділів судинного русла [5] - прототип.

(13) C2

(11) 80967

(19) UA

Але у проточині визначають кількісні показники морфофункціональних властивостей клітин крові, зокрема лейкоцитів, лише один раз і за даними фагоцитозу для оцінки стану різниці між тими відділами судинного русла, які вивчаються з певною метою. Крім того, у прототипі не визначають ступінь вираженості різниці наприклад у процентах (відсотках) для визначення достовірності різниці величин показників або їх сукупності у момент обстеження.

Було поставлено завдання розробити науково обґрунтований спосіб визначення впливу молитов Псі клітини крові різних відділів судинного русла за результатами дослідження кількома методиками змін показників до та після молитов за абсолютними величинами і їх значеннями та процентами, оцінити достовірність зміни цих показників і виявити той відділ судинного русла, в котрому ці зміни найбільш виражені.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що, згідно винаходу, у способі визначення впливу молитов на пацієнта за Лазориком, який включає клінічне обстеження пацієнта та забір крові з венозного та капілярного відділів судинного русла, визначення кількісних та морфофункціональних властивостей клітин крові, порівняння одержаних величин показників обох відділів з відповідними величинами показників контрольної груп з визначенням зниження або підвищення показників пацієнта від контролю, алгебраїчне віднімання від абсолютної величини показників капілярного відділу абсолютної величини показників венозного відділу з визначенням плюсового (+) або мінусового (-) значення та абсолютної величини капілярно-венозної різниці КВР, який відрізняється тим, що, при згоді пацієнта на використання молитов, забір крові проводять до та після закінчення молитов, при цьому пацієнт самостійно або сторонні особи моляться за нього, далі визначають значення та абсолютні величини капілярно-венозної різниці КВР вивчених показників до та після молитов, після чого ділять більшу абсолютну величину показників у капілярному або венозному відділі на меншу абсолютну величину показників цих відділів і визначають процент зміни величин показників капілярно-венозної різниці ПЗ КВР до та після молитов, при плюсовому (+) значенні абсолютної величини КВР процент змін має мінусове значення і свідчить про вищі показники у капілярному відділі, а при мінусовому значенні (-) абсолютної величини КВР процент змін має плюсове (+) значення і свідчить про більш високі показники у венозному відділі, далі від абсолютних величин показників капілярного відділу до молитов алгебраїчне віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають капілярнокапілярну різницю ККР, її абсолютну величину та значення плюсового (+) або мінусового (-), далі ділять більшу абсолютну величину показників капілярної крові до або після молитов на меншу абсолютну величину показників і визначають величину процента зміни величин показників капілярнокапілярної різниці 113 ККР, за

значенням різниці ККР визначають значення процента змін ККР, при цьому при плюсовому значенні різниці ККР значення процента змін с мінусовим, а при мінусовому значенні різниці ККР значення процента змін є плюсовим. далі від абсолютних величин показників венозного відділу до молитов алгебраїчне віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають веновенозну різницю ВВР, її значення плюсове (+) або мінусове (-) та абсолютну величину, потім більшу абсолютну величину показників венозної крові до або після молитов на меншу абсолютну величину і визначають процент зміни величин показників веновенозної різниці ПЗ ВВР, за значенням різниці ВВР визначають значення процента змін ВВР, при цьому при плюсовому значенні різниці ВВР значення процента змін с мінусовим, а при мінусовому значенні різниці ВВР значення процента змін с плюсовим і враховують, що при плюсових значеннях процента змін ККР та ВВР показники після молитов підвищуються, а при мінусових значеннях процент, змін ККР і ВВР показники після молитов знижуються і за зміною вивчених окремих показників та груп показників після дії молитви на статистичне значиму величину визначають достовірний вплив молитов на капілярний або венозний відділ судинного русла пацієнта.

Використання винаходу дасть можливість виключити спекуляції відносно відсутності або наявності впливу молитов на пацієнта, об'єктивно оцінити ступінь такого впливу і рекомендувати самі молитви або в комплексі з іншими чинниками як засіб оздоровлення пацієнтів.

Між запропонованим способом визначення величин показників клітин крові і їх змінами під впливом молитов в організмі існує причинно-наслідкова залежність.

Кількісні величини показників клітин крові і їх морфофункціональні властивості різних відділів судинного русла відображають стан організму і під впливом дій на організм змінюються. Якщо зразу після молитов виникають статистично достовірні зміни величин окремих показників клітин крові різних відділів судинного русла, то це свідчить про те, що молитви є реальним чинником, який викликає зміни кількості та морфофункціональних властивостей клітин крові.

При вивченні клини та їх морфофункціональних властивостей вивчають стан та функцію окремих субклітинних утворів (мітохондрій, лізосом та інших) і за змінами їх визначають і оцінюють глибину впливу чинників на клітини організму та на весь організм. Якщо на організм протягом певного періоду діють лише молитви, а інші чинники виключаються від впливу в даний час, то статистичне достовірні зміни кількісного та якісного складу клітин наступають лише від молитов. Тоді зміни в клітинах та субклітинних утворах є результатом дії молитов, ідо дає підстави констатувати вплив молитов на організм.

Спосіб здійснюють поетапно.

Спочатку проводять забір крові загальноприйнятими методами з капілярного відділу судинного русла, наприклад з пальця, та з венозного відділу судинного русла, наприклад з кубітальної вени. Далі визначають кількість клітин крові у літрі та їх якісний склад, наприклад, у мазку крові підрахунком лейкоцитарної формули або в автоматизованих системах [6,7]. Потім вивчають морфофункціональні властивості клітин крові обох відділів, наприклад, визначенням показників фагоцитозу або ферментів цитохімічними методиками [6,7]. Спочатку проводять обробку одержаних результатів за способом, описаним у прототипі [5]. Для цього порівнюють величини показників пацієнта з результатами контрольної групи обстежених, фіксуючи їх підвищення або зниження відносно контролю. Далі визначають величину різниці окремих показників величин шляхом алгебраїчного віднімання абсолютних показників величин венозного відділу від величин показників капілярного відділу і визначають капілярно-венозну різницю (КВР) за абсолютною величиною та значенням плюсовим (+) або мінусовим (-). При більш високих показниках у капілярному відділі ніж у венозному величина різниці буде мати плюсове значення (+), а при вищих показниках у венозному відділі буде мати мінусове значення (-).

Далі проводять роботу згідно запропонованого способу.

При згоді пацієнта на використання молитов пацієнт вибирає варіант самостійного читання молитов або це робить стороння особа чи особи. Після молитов у пацієнта знову забирають кров, проводять відповідні дослідження і одержані результати порівнюють з контролем. Далі визначають капілярно-венозну різницю КВР після молитов.

Далі визначають величину пі значення процента змін капілярно-венозної різниці ПЗ КВР

Для цього порівнюють величини показника КВР капілярного та венозного відділів до молитов і виявляють більший за величиною показник. Тоді вищий показник ділять на відповідний нижчий показник незалежно від відділу і одержують абсолютну величину процента змін КВР. Ця величина буде завжди більше 100, наприклад 156%. Так же знаходять величину процента змін КВР після молитов. Абсолютна величина процента змін КВР залежить від абсолютних величин порівнюваних показників. Після цього визначають значення плюсове (+) або мінусове (-) процента змін КВР. Для цього користуються простим прийомом. При плюсовому (+) значенні абсолютної величини різниці КВР значення процента змін є мінусовим (-), а при мінусовому (-) значенні абсолютної величини різниці КВР значення процента змін є плюсовим (+). Плюсове (+) значення процента змін КВР свідчить про вищі величини порівнюваних показників у венозному відділі. Мінусове (-) значення величини процента змін КВР свідчить про вищі показники у капілярному відділі.

Далі визначають абсолютну величину та значення капілярнокапілярної різниці ККР. Для

цього алгебраїчне від величин показників капілярної крові до молитов віднімають величини показників після молитов і визначають абсолютну величину капілярнокапілярної різниці ККР та плюсове (+) або мінусове (-) значення ККР. Коли величини показників до молитов вищі від величин показників після молитов, то одержують плюсове (+) значення ККР. Коли ж величини показників після молитов є вищими від величин показників до молитов, то значення ККР буде мінусовим (-).

Далі визначають процент змін капілярнокапілярної різниці ПЗ ККР. Для цього визначають який з двох порівнюваних показників капілярного відділу є вищим і цей вищий показник ділять на відповідний нижчий показник і одержують абсолютну величину процента змін ККР.

Значення процента змін капілярно-капілярної різниці ПЗ ККР визначають за значенням величини капілярно-капілярної різниці ККР. Для цього користуються простим прийомом. При плюсовому (+) значенні величини різниці ККР значення процента змін є мінусовим (-), а при мінусовому (-) значенні величини різниці ККР значення процента змін є плюсовим (+). Плюсове (+) значення процента змін ККР свідчить про вищі величини порівнюваних показників після молитов. Мінусове (-) значення величини процента змін ККР свідчить про вищі показники до молитов.

Далі визначають значення та абсолютну величину веновенозної різниці ВВР. Для цього алгебраїчне від величин показників венозного відділу до молитов віднімають величини показників після молитов і визначають абсолютну величину веновенозної різниці ВВР та плюсове (+) або мінусове (-) значення ВВР. Коли величини показників до молитов вищі від величин показників після молитов, то одержують плюсове (+) значення ВВР. Коли ж величини показників після молитов є вищими від величин показників до молитов, то значення ВВР буде мінусовим (-).

Далі визначають процент змін веновенозної різниці ВВР. Для цього визначають який з двох порівнюваних показників венозного відділу до чи після молитов є вищим і мою ділять і, н; і відповідний нижчий показник і одержують абсолютну величину процента змін веновенозної різниці ПЗ ВВР.

Після цього визначають значення процента змін ВВР. Тут користуються дуже простим правилом При плюсових (+) значеннях абсолютних величин різниці ВВР процент змін має мінусове (-) значення. При мінусових (-) значеннях величин ВВР процент зміни має плюсове (+) значення.

Плюсове (+) значення процента змін ВВР свідчить про вищі величини порівнюваних показників після молитов. Мінусове (-) значення величини процента змін ВВР свідчить про вищі показники до молитов.

Отже, при плюсових (+) значеннях процента змін ККР та ВВР має місце наростання пока ніякій величин після молитов на відповідний процент, а при мінусових (-) значеннях проценти змін ККР та

ВВР має місце зниження величин вивчених показників після молитов на відповідний процент.

Порівнюючи значення та величини процента змін ККР та ВВР можна визначити, на який з відділів судинного русла молитви діяли більш інтенсивно. Це значно простіше, ніж оперувати абсолютними величинами.

Величина процента змін дає можливість оцінити інтенсивність змін, а значення - його напрям.

Коли пацієнту визначають комплекс показників одного або кількох методів дослідження, наприклад, фагоцитозу чи окремого ферменту у клітинах крові, то за сукупністю цих показників, абсолютними величинами та значеннями різниць і величинами і значеннями процентів змін КВР, ККР чи ВВР оцінюють комплексно вплив молитов на показники при застосованих методах дослідження клітин крові на відділі судинного русла і їх інтенсивність.

Відомо, що при проведенні досліджень статистичне значимими для окремого індивідуума достовірними вважаються зміни показників на третину (33,34%) і вище [8,9]. Ми прийняли вважати достовірними результати, які відрізнялися на 34% і вище від вихідних, точніше за запропонованими показниками рівними і вищими 134%.

Чим більше показників змінюється і чим вищий процент змін, тим вплив молитов більш виражений. В першу чергу перевагу надають показникам літра крові, а при їх рівності (нульова різниця) враховують зміни показників мазка.

Одержані результати обстеження доцільно представляти у вигляді таблиць. Тоді аналіз результатів обстеження є простішим.

Застосування способу ілюструється виписками з медичної документації.

Приклад 1. Хворий Ч.Я.В., 27 років, поступив у стаціонар для лікування у зв'язку з поганим заживленням правої стегнової кістки після автоаварії, в якій загинув його рідний брат. Хворий залишився жити. Але у нього розвинувся остеомієліт стегнової кістки справа, який погано піддається лікуванню. З приводу остеомієліту лікувався кілька разів у різних лікувальних закладах. Згодився на проведення досліджень з використанням молитов та визначенням показників у капілярному та венозному відділах судинного русла до та після молитов.

При об'єктивному дослідженні відмічається болючість в області стегна справа, є сліди від нориць. Па рентгенограмі є вогнище остеолізу у нижній частині стегнової кістки.

До молитов, які читала спеціально запрошена особа, та після закінчення молитов у хворого було взято кров з пальця та з вени для проведення досліджень.

У хворого вивчалися 3 групи показників - 1) кількість лейкоцитів та їх складових - нейтрофілів та лімфоцитів у літрі крові;

2) кількість тромбоцитів у літрі крові;

3) показники фагоцитозу мазка та літра крові;

Кількість лейкоцитів, крові та тромбоцитів визначалися загальноприйнятими методами [6.71.

Мазки фарбувалися за Папенгеймом-Крюковим для підрахунку лейкоцитарної формули та підрахунку тромбоцитів. Фагоцитоз ставили за Кост і Стенко з добовою живою культурою золотистого стафілокока штам № 209 з концентрацією 1 млрд. мікробних тіл у 1 мл [6]. Результати фагоцитозу оцінювалися візуально у мазку та у літрі крові за М.И.Лазориком [6].

Визначалися наступні показники мазка:

1. Фагоцитарний індекс (скорочене позначення ФІ) - процент активних (фагоциту юч их) нейтрофілів. (1)

2. Фагоцитарне число (ФЧ) - число коків, поглинутих одним нейтрофілом. (2)

Цей показник визначають діленням всіх поглинутих коків на число всіх підрахованих клітин.

3. Число мікробів фаї оцнта (ЧМФ) - число коків в одному фагоцитуючому нетрофілі. (3)

ЧМФ визначають діленням всіх поглинутих коків на число активних нейтрофілів.

Запропонована система показників фагоцитозу у літрі крові і формули для їх визначення [6].

4. Кількість активних (фагоцитів) клітин у літрі крові (КАФ - аббревіатура за першими буквами трьох слів) визначали за адаптованою для тих випадків, коли лейкоцити рахують у камері Горяєва та користуються лейкоцитарною формулою.

де ЧЛ - число лейкоцитів у літрі крові у вигляді $a \times 10^9 / л$

ПФ - процент фагоцитів з лейкоцитарної формули

ФІ - фагоцитарний індекс - формула-показник І

Коли кількість лімфоцитів у літрі крові значно зростає, то фагоцити складатимуть меншість, а ще меншою стає кількість активних фагоцитів. Логічним є визначення проценту активних лейкоцитів при фагоцитозі, який би визначав частку їх загальної кількості. Українською мовою кажуть "відсоток", що є перекладом слова "процент". Більшість науковців та лікарів звикла до терміну "процент", тому ми використовуємо його.

Вважаємо доцільним називати запропонований показник "процент активних лейкоцитів при фагоцитозі" - ПАЛ Ф. Це зв'язано також з тим, що в опублікованій роботі російською мовою [12] цей показник названо так, тому не варто допускати розбіжності при використанні показника.

5. ПАЛ Ф залежить від кількості фагоцитів, фагоцитарного індекса, кількості інших клітин у літрі. Для його визначення слід користуватися формулою:

(5)

6. У системі СІ визначають те один показник фагоцитозу - кількість мікробів або інших об'єктів фагоцитозу, поглинутих лейкоцитами літра крові. Цей показник було названо мікробним числом літра крові МЧ.

При підрахунку лейкоцитів у камері та лейкоцитарної формули в мазку, визначення слід проводити за формулою:

$MЧ = КАФ \cdot ЧМФ$ (6)

де КАФ - з формули 4

ЧМФ - з результатів мазка формула-показник

3

Результат виражають \ вигляді числа, помноженого на 10^9 /л, наприклад, $15 \cdot 10^9$ /л.

Кількість лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів та тромбоцитів літра крові та показники фагоцитозу капілярного та венозного відділів судинного русла до та після молитов наведені у табл. 2.

На основі наведених величин показників визначають величини КВР, ККР, ВВР за абсолютними величинами, значеннями та показники процента змін показників за величинами і значеннями.

Спочатку, за прототипом, порівнюють одержані результати показників контролю, наведеними в табл. 1 з одержаними у обстеженого до та після молитов (табл 2).

Далі визначають величини показників капілярно-венозної різниці КВР. Для цього від величини капілярного відділу алгебраїчно віднімають величину відповідного показника венозного відділу і визначають його абсолютну величину та алгебраїчний знак, який називають значенням. Абсолютна величина може бути нульовою, коли оба показники мають одну і ту величину. Коли показники різні, то величина КРР буде мати абсолютне значення, відмінне від нуля. Але при цьому ця величина може мати знак знак (+) або мінус (-), яке називається плюсовим або мінусовим значенням. Наприклад, кількість лімфоцитів у хворого до молитог, у капілярному відділі була рівною $1,56 \cdot 10^9$ /л, у венозному $1,92 \cdot 10^9$ /л. КВР буде рівною $(1,56 \cdot 10^9$ /л- $1,92 \cdot 10^9$ /л.) = $-0,36 \cdot 10^9$ /л. Абсолютна величина КНР буде $0,36 \cdot 10^9$ /л, а значення мінусове (-).

Далі за запропонованим способом також визначають показники КВР після молитов.

Після цього визначають процент змін ПЗ КВР. Для цього визначають, який показник капілярного чи венозного відділу є більшим і його ділять на менший показник і множать на 100.

Наприклад, ФЧ до молитов кппілярного відділу був рівним 6,44, а венозного 4,1. Отже $(6,44:4,1 \times 100) = 157\%$ тому абсолютне значення процента змін рівне 157%. Далі визначають значення процента змін. Його визначають за значенням різниці КВР. Для цього користуються простим правилом. Коли значення різниці КВР має плюсове (+) значення, ю значення процента змін має мінусове (-) значення. Так як значення КВР ФЧ було плюсовим (+), то значення процента змін КВР цього показника є мінусовим (-). Так як абсолютне значення процента змін склало 157%, а значення ККР було плюсовим $(6,44-4,1) = 2,43$, то значення процента змін є мінусовим і складає -157. Мінусове (-) значення величини процента змін КВР ФЧ свідчить, що показник ФЧ у капілярному відділі вищий на 57% від величини венозного відділу.

Якщо вернутися до показників кількості лімфоцитів, які визначалися до молитов і наведені вище., то ПЗ КВР має абсолютну величину 123% а мінусове (-) значення КВР дає плюсове (+) значення ПЗ КВР. Плюсове (+) значення процента

змін КВР лімфоцитів свідчить про вищі величини показників лімфоцитів у венозному відділі на 57%.

Таким же чином визначають абсолютні величини та значення кожного показника ПЗ КВР після молитов.

Далі визначають величину та значення показників капілярного відділу. Для визначення капілярнокапілярної різниці ККР від величини капілярного відділу до молитов алгебраїчно віднімають абсолютну величину величини після молитов. Наприклад, ЧМФ капілярного відділу до молитов складало 21,5, після молитов стало 12,2. Звідси $(21,5 - 12,2) = 9,3$. Отже, абсолютна величина ККР ЧМФ 9,3 а її значення плюсове (+).

Далі визначають процент змін капілярнокапілярної різниці ПЗ ККР. Для визначення проценту змін ККР ЧМФ ділять 21,5 на 12,2 і множать на 100 $(21,5:12,2 \times 100) = 176$ одержують 176%.

Значення процента змін ККР ЧМФ визначають виходячи з того, що величина ККР ЧМФ була рівною +9,3, а величина проценту змін складала 176%. Процент змін має мінусове значення -176% і означає, що ЧМФ літра крові у венозному відділі після молитов став на 76% нижчим, ніж до молитов. Тобто, молитва викликала зниження ЧМФ на 76%.

Таким же способом визначають веновенозну різницю ВВР. Наприклад, величина КАФ до молитов складала $1,26 \cdot 10^9$ /л, після молитов $0,2 \cdot 10^9$ /л. Звідси $(1,26 \cdot 10^9$ /л- $0,21 \cdot 10^9$ /л)= $1,05 \cdot 10^9$ /л. ВВР КАФ має величину $1,05 \cdot 10^9$ /л, а значення плюсове (+). Процент змін визначають так:

$(1,26 \cdot 10^9$ /л: $1,05 \cdot 10^9$ /л $\times 100$)=600%. Величина процента зміни рівна 600%.

Далі визначають значення проценту змін. Значення процента змін ВВР КАФ визначають виходячи з того, що ВВР склала + $1,05 \cdot 10^9$ /л, а величина процента змін 600%. Так як значення різниці ВВР було плюсовим, то значення процента змін ВВР КАФ буде мінусовим і складає -600%. Це означає, що молитва викликала у венозному відділі падіння КАФ на 600% або у 6 разів.

Всі результати досліджень хворого Ч.Я.В., одержані 1.02.1994р., наведені у таблиці 2.

Інтерпретація результатів.

Найбільш доцільно проводить зразу повний аналіз окремих груп показників заданими, наведеними у таблицях 1 та 2.

Кількість лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у хворого до молитов практично не відрізнялася від показників здорових осіб (табл.1) як у капілярному, так і венозному відділах. КВР лейкоцитів та лімфоцитів у хворого до молитов свідчить про наявність різниць за значенням та величиною, але процент змін КВР за величиною статистично недостовірний (до 123%). В той же час різниця між вмістом нейтрофілів в капілярній та венозній крові статистично значимі (-134%).

Після молитов відмічено зміни показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у літрі крові. При цьому величини різниць КВР змінюються по різному. Найбільш суттєвою є динаміка кількості нейтрофілів - процент змін різниці складає 173%, що свідчить про різке

зниження кількості нейтрофілів у венозному відділі.

Молитви викликали зміни ККР та ВВР лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів, але вони не були дуже суттєвими.

Кількісні зміни тромбоцитів у капілярному та венозному відділах хворого у порівнянні контролем досить суттєві.

Кількість тромбоцитів у хворої о у венозному відділі нижча, ніж у контролі, а після молитов ця різниця зникає.

Процент змін КВР тромбоцитів до молитов складає - 142%, що свідчить, про достовірно нижчу величину показника венозного відділу за величину капілярного відділу. Молитви викликали нормалізацію їх вмісту у венозному відділі, ПЗ КВР після молитов склав +158%, що свідчить про достовірне зростання тромбоцитів у венозному відділі під впливом молитов. ККР тромбоцитів була незначною, а ВВР вказує на зростання їх кількості у 2 рази - значення процента змін ВВР -218.

Третя група показників - показники фагоцитозу. У обстеженого частина показників фагоцитозу виявилися нижчими (ФІ, КАФ, ПАЛ Ф), а ФЧ та ЧМФ - вищими за показники контролю. Найбільш важливими є показники літра, бо вони більш глибоко відображають стаи фагоцитозу. Якраз показники літра є зниженими у хворою. Зміни показників фагоцитозу найбільш вагомо відображені у значенні та величині процента змін КВР - вони статистичне значимі - від -145% до -173%.

Показник ЧМФ дещо нестандартно веде себе, що ми пояснюємо компенсацією захисту організму активними лейкоцитами при зменшенні їх кількості у судинному руслі.

Після молитов знижені показники фагоцитозу у хворого стають ще нижчими як капілярному, так і у венозному відділах судинного русла. Така динаміка показників фаготі тезу приводить до змін капілярно-венозної різниці. Після молитов показники фагоцитозу мазка та літра змінилися дуже суттєво, бо значення і величини процентів змін коливаються від -142% до -433%.

Якщо до молитви 3 показники КВР (ФЧ, ЧМФ, МЧ) мали статистичне достовірну відмінність (134%) і більше), то після молитов таких стало 5 із 6 і їх величини в процентах стали значно більшими, при цьому їхні величини коливалися від -242% (ФЧ) до -433% (МЧ). Лише показник ЧМФ практично не змінився, він став навіть дещо вищим, а всі інші показники знижувалися.

Заслуговує уваги також динаміка вивчених показників фагоцитозу окремо у капілярному та окремо у венозному відділах.

ККР та ВВР за величинами та значеннями процента змін свідчать про різке зниження показників фагоцитозу як у капілярному, так і венозному відділах.

У капілярному відділі всі показники ККР мали мінусове значення, а їх значення коливаються від 117% о (КАФ) до -251% (ФЧ). Лише показник літра КАФ змінився недостовірно, другі показники літра МЧ та ПАЛ Ф знизилися відповідно більш як у 2 рази та майже у 1,5 раза.

У венозному відділі ВВР лише показники ЧМФ змінилися недостовірно, процент змін та його о значення +107%. Всі інші показники фагоцитозу у мазку та літрі крові зазнали глибоких змін - всі вони знизилися. При цьому величини та значення процента змін коливаються від -387% (ФЧ) до -600% (КАФ).

Таке різке зниження величин показників фагоцитозу у капілярному відділі судинного русла описане нами при вивченні фагоцитозу і одержало назву лабораторної акупунктурної кризи 110].

Наявність акупунктурної лабораторної кризи дала можливість прогнозувати позитивний ефект від акупунктури [1 11.

Одержані результати дають підставу зробити висновок, що у хворого Ч.Я.В. молитва викликала ефект, який нагадує лабораторну акупунктурну кризу. Ці зміни можна назвати п лабораторною кризою капілярного відділу судинного русла від молитов.

Якщо зміни кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у венозному відділі були не дуже суттєвими. Ію зміни показників фагоцитозу виявилися дуже суттєвими. При цьому всі показники фагоцитозу у венозній крові після молитви знижувалися більш ніж у 3,5 - 6 ра чіп величини та значення ПЗ ВВР від -387 до -600.

Явище максимальних змін у венозній крові у порівнянні зі змінами у капілярній крові описано нами при вивченні впливу мінеральних ванн. Особливо це мало місце при дії слабомінералізованих кремнистих ванн [7].

Такі різкі зміни вивчених показників фагоцитозу у венозному відділі судинного русла нагадують описані вище зміни у капілярному відділі судинного русла при акупунктурі і названі лабораторною акупунктурною кризою. За аналогією є підстави назвати описаний феномен лабораторною кризою венозного відділу судинної о русла від молитов.

Це дає підставу констатувати, що на молитву венозна кров хворого прореагувала значно інтенсивніше, ніж капілярна.

Одержані результати обстеження хворого Ч.Я.В. дають підставу віднести молитву до так званих слабких чинників, які викликають значний фізіологічний та клінічний ефект.

Катанамнез. Через 1,5 року стан хворого краший. Він не лікувався стаціонарно жодного разу. Відмічено також позитивну динаміку рентгенологічних змін.

Висновок: У хворого Ч.В.Я. з післятравматичним остеомієлітом правої стегнової кістки проведено обстеження крові з капілярного та венозного відділів судинного русла з визначенням кількості лейкоцитів, тромбоцитів та показників фагоцитозу до зразу після прочитаних сторонньою особою молитов у присутності хворого.

Показники кількості лейкоцитів та їх ((юрм до молитов не відрізнялися від контролю. Кількісні тромбоцитів у венозному відділі до молитов була різко зниженою. Показники фагоцитозу до молитов виявилися в основному зниженими.

Молитви, прочитані сторонньою особою у присутності хворого, викликали негайні і достовірні зміни вивчених показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів, тромбоцитів і показників фагоцитозу мазка та літра крові як у капілярному так і у венозному відділах судинного русла.

Проведені дослідження дають можливість позитивно оцінити запропоновані тести для оцінки впливу молитов на клітини судинного русла.

Наводимо виписку з документації ще одного пацієнта.

Чоловік Л., 59 років з остеохондрозом хребта без виражених суб'єктивних клінічних проявів згодився прийняти участь у обстеженні за умови, що він буде сам читати комплекс молитов протягом 5-7 хвилину. Пацієнт є віруючим і регулярно молиться.

Кров з пальця та вени була взята до молитов та після їх закінчення. Визначалися 3 і руни нока-іники:

1) кількість лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів;

2) показники фагоцитозу за описаною вище методикою;

3) лужна фосфатаза цитохімічно;

Бралися мазки для визначення лейкоцитарної формули та лужної фосфатази (ЛФ) за Карлов [13]. Результати оцінювалися візуально за 5 бальною системою (0-4) [7]. На основі одержаних результатів визначалися процент активних клітин ПАК ЛФ

У 100 нейтрофілах- визначався показник одиниць Карлов (ОК ЛФ) (8)

Далі визначалися показники лужної фосфатази у літрі крові у системі СІ за Лазориком М.І(1988) [14].

Кількість активних елементів у літрі крові визначають за формулою

(9)

де ЧЛ - число лейкоцитів у літрі а $\times 10^9/\text{л}$

ПАК - процент активних клітин у мазку

К - процент клітин лейкоцитарної формули, у котрих визначають речовину цитохімічно.

Читання результатів має особливості. Коли визначають лужну фосфатазу ЛФ, то наведені вище показник читають так; кількість активних ЛФ лейкоцитів дорівнює $179 \cdot 10^9/\text{л}$

Для визначення частки активних елементів у літрі крові визначають процент активних лейкоцитів літра крові ПАЛ за формулою

Цей показник показує на ту частку лейкоцитів у літрі крові, котрі є фактично активними і забезпечують необхідний рівень обмінних процесів та функціональний стан механізмів організму для його захисту та пристосування.

Для того, щоб показник ПАЛ для різних субстратів чи ферментів відрізнити від аналогічного показника при фагоцитозі, коло нього записують скорочену назву фермента, наприклад. ПЛЛ ЛФ.

Логічним є визначення сумарної активності формених елементів літра крові САЕ - суми активності всіх лейкоцитів.

При визначенні кількості лейкоцитів у камері Горяєва та використанні лейкоцитарної формули САЕ визначають за формулою

де ЧЛ - число лейкоцитів а $\times 10^9/\text{л}$

П - середня активність одного елемента, наприклад (ОК:100)

К - як у формулі 9

Результати обстеження та вивчені показники наведені у табл. 3. Інтерпретація результатів дослідження крові пацієнта Л.

Як видно з табл. 3. та табл. 1, величини вивчених показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів і показників фагоцитозу пацієнта до молитов суттєво не відрізнялися від відповідних величин контрольної групи осіб. Показники ЛФ пацієнта було дещо вищими від величин контрольної групи, особливо це стосується ОК ЛФ та ПАК ЛФ. Величини більшості показників венозного відділу була дещо вищими за величини капілярного відділу.

Після молитов вивчені показники змінилися. При цьому вони всі без винятку стали нижчими від відповідних показників до молитов як у капілярному, так і у венозному відділах. У зв'язку з цим змінилися величини КВР. Але статистичне достовірно (більше 134%) змінилися показники ПЗ КВР та їх значення лімфоцитів (160%).. КАФ (-135%), МЧ (-140%), ПК ЛФ (137%) .

Молитви викликали статистично достовірне зниження величин та значень ПЗ ККР лімфоцитів (-150%). ФЧ. КАФ, МЧ (від -134% до -141%) у капілярному відділі.

Вартими уваги є різкі зміни показників ККР ЛФ як у мазку, так і у літрі крові капілярного відділу. Вони знизилися у 1,5-2 рази (від -150% до -200%).

У венозному відділі молитви викликали також суттєві зміни. Практично у 1,5-2 рази знизилися показники кількості лейкоцитів, лімфоцитів, КАФ, МЧ, ПАЛ Ф, САЕ ЛФ та ПАЛ ЛФ - величини та значення ПЗ ВВР від -150% до -212%.

Зниження величин показників у капілярній крові у пацієнта вкладаються в описану вище лабораторну акупунктурну кризу [10] і підтверджують обґрунтованість щодо назви цих змін - лабораторна криза капілярного відділу судинного русла від молитов.

Зміни показників у венозній крові відповідають вказаним вище змінам у хворого Ч.Я.В. дають підставу назвати їх лабораторною кризою венозного відділу судинного русла від молитов .

Висновок: У пацієнта Л. з остеохондрозом хребта без виражених клінічних проявів комплекс молитов, прочитаних самим пацієнтом, викликав достовірні зміни вивчених показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів, показників фагоцитозу та активності лужної фосфатази у мазках та у літрі крові як у капілярному так і у венозному відділах судинного русла. Виявлено зміни показників КВР. ККР та ВВР їх величин та значень як до молитов, так і після них. Одержані результати свідчать про суттєвий вплив молитов, які читає сам пацієнт, на організм людини, зокрема на показники кількісно-функціональних

властивостей клітин крові різних відділів судинного русла.

Наведені результати обстежених осіб у таб. 2 та 3 дають можливість порівняти їх і пояснити виявлені особливості.

При порівнянні виявлених змін хворого Ч.Я.В. та пацієнта Л. звертає на себе увагу більш виражене зниження 5 із 6 показників фагоцитозу у венозній крові (у 3,8-6 раз) хворого Ч.Я.В. У пацієнта Л., лише КАФ і МЧ знизилися більш як у 2 рази. Це частково можна пояснити наявністю вираженого запального процесу у кістках після травми у Ч.Я.В.

Слід також врахувати, що на результати досліджень могли вплинути щоденні молитви та регулярне відвідування богослужінь пацієнтом Л. Хворий Ч.Я.В. є віруючим, але молитвам приділяє менше уваги.

Для перевірки результатів впливу молитов на пацієнтів було обстежено 15 чоловіків та жінок рідиною віку з проблемами фізичного здоров'я та без них. Молитви чигали як сторонні особи, так і пацієнти самостійно. Обстеження проводилися за наведеними вище схемами. Одержані результати у обстежених виявили такі ж тенденції змін вивчених показників з різним ступенем вираженості. Зміни виявлені у всіх обстежених. Достовірними були результати у 13 осіб. У 2 осіб зміни виявлені, але показники не змінювалися більш як на 134%, тому їх результати вважалися недостовірними. Пошуків причин не проводилося, бо це могло викликати певні труднощі психологічного плану.

Одержані результати свідчать, що запропонований спосіб визначення впливу молитов на папіста є придатним для проведення наукових досліджень та практичного використання і дає можливість оцінити вплив молитов на людину.

Таблиця 1

Показники контрольної групи обстежених

Відділ Показники	Капілярний		Венозний	
	X	±m	X	±m
Лейкоц. $\times 10^9/\text{л}$	6,5	0,59	7,06	0,6
Нейтр. $\times 10^9/\text{л}$	4,29	0,44	4,41	0,4
Лімфоц. $\times 10^9/\text{л}$	1,56	0,3	1,81	0,29
Тромбоц. $\times 10^9/\text{л}$	280	21	305	23
Фагоц. ФІ	71,0	3,83	69,4	3,81
ФЧ	3,71	0,51	3,97	0,49
ЧМФ	5,06	0,39	5,59	0,49
КАФ $\times 10^9/\text{л}$	3,65	0,49	3,92	0,49
МЧ $\times 10^9/\text{л}$	19,19	3,58	22,45	3,93
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	52,3	3,45	55,3	3,83
ОКЛФ	46,60	5,32	56,6	9,72
ПАКЛФ	34,8	4,79	37,8	6,76
КАЕЛФ $\times 10^9/\text{л}$	1,92	0,32	1,93	0,43
САЕЛФ $\times 10^9/\text{л}$	2,58	0,39	3ЛЗ	0,75
ПАЛЛФ	26,32	3,51	27,97	5,17

Відділ Показники	К		В		КВР		КВІ	
	До		Після		До		Після	
	Абс.	абс.	Абс	абс	Абс	ПЗ.	Абс	ПЗ.
Лейкоц. $\times 10^9/\text{л}$	6,2	6,0	6,6	5,0	0,2	103	1,4	1,4
Центр. $\times 10^9/\text{л}$	4,29	3,2	4,41	2,55	1,09	134	2,16	-
Лімфоц. $\times 10^9/\text{л}$	1,56	1,92	1,81	2,25	-0,36	-123	-0,44	-
Тромбоц. $\times 10^9/\text{л}$	234	165	228	360	69	142	-132	-
Фагоц.: ФІ	30,0	33,0	21,0	8,0	-3,0	-110	13,0	-
ФЧ	6,44	4,1	2,56	1,06	2,43	157	1,5	-
ЧМФ	21,5	12,4	12,2	13,3	9,1	173	-1,1	-
КАФ $\times 10^9/\text{л}$	1,07	1,26	0,91	0,21	-0,19	-118	0,7	-
МЧ $\times 10^9/\text{л}$	22,8	15,7	11,2	2,81	7,1	145	8,39	-
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	20,4	21,1	13,8	4,24	-0,7	-103	9,56	-

Результати обстеження пацієнтів

Відділ Показники	К		В		КВР		КВІ	
	До		Після		До		Після	
	абс.	Абс.	Абс	Абс	АВ КВР	ПЗ КВР	АВ КВР	ПЗ КВР
Лейкоц. $\times 10^9/\text{л}$	6,25	7,4	5,46	4,9	-1,15	-118	0,56	0,56
Нейтр. $\times 10^9/\text{л}$	4,25	4,34	3,83	2,89	-0,09	-102	0,94	0,94
Лімфоц. $\times 10^9/\text{л}$	1,69	1,84	1,13	1,91	-0,15	-109	-0,78	-0,78
Фагоц.: ФІ	76,0	78,0	59,0	63,0	-2	-103	-4	-4
ФЧ	4,77	4,64	3,5	3,6	0,13	103	-0,1	-0,1
ЧМФ	6,28	5,99	5,93	5,71	0,29	105	0,22	0,22
КАФ $\times 10^9/\text{л}$	3,28	3,85	2,45	1,82	-0,57	-117	1,17	1,17
МЧ $\times 10^9/\text{л}$	20,57	23,03	14,55	10,41	-2,46	112	4,14	4,14
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	52,4	52,3	45,4	37,2	0,1	100,2	8,2	8,2
ОКЛФ	92	75	47	60	17	123	-17	-17
ПАКЛФ	44	47	27	37	-3	-107	-10	-10
КАЕЛФ $\times 10^9/\text{л}$	1,9	2,32	1,12	1,07	-0,42	-122	0,05	0,05
САЕЛФ $\times 10^9/\text{л}$	3,97	3,7	1,95	1,78	0,27	107	0,17	0,17
ПАЛЛФ	30,4	31,5	20,8	21,8	-1,1	-104	-1,0	-1,0

Таблиця 2

Результати обстеження