

© Лазорик М.І., 2009

УДК 612.1:616.155.3+615.852

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО СКЛАДУ КРОВІ ПРИ ДІЇ МОЛИТОВ НА ПАЦІЄНТА

Лазорик М.І.

*Ужгородський національний університет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** вивчено динаміку і виявлено різкі зміни вмісту лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів, тромбоцитів у літрі крові та показників активності фагоцитозу і лужної фосфатази нейтрофілів у мазку та літрі капілярної та венозної крові під впливом молитов. Одержані результати захищені патентом України на винахід № 80967.

**Ключові слова:** клітини крові, молитва

**Вступ.** Вивченню впливу молитов на організм людини останнім часом приділяється певна увага.

Це питання хвилює як діячів культу (клір) та віруючих мирян, так і науковців, зокрема медиків, фізіологів та психологів.

Існують 2 полярні точки зору на молитву: 1 – молитва і релігія – це дійовий чинник і позитивно впливає на людину; 2 – молитва і релігія – це “опіум” для народу.

Відомі докази впливу молитви на хворих при клінічних спостереженнях [1], обробці спостережень перебігу захворювань у віруючих та невіруючих [16,18], за величиною аури під час молитви [5]. Але такий підхід для частини науковців, особливо тих, які сповідують 2 точку зору, є непереконливим.

Сучасна доказова медицина вимагає чітких, заснованих на достовірних статистичних результатах дослідження, доказів для оцінки явища або процесу.

Оскільки існують способи виявлення достовірного впливу на організм людини, зокрема на клітини крові, певних факторів, закріплені охоронними документами на об'єкти інтелектуальної власності [8-13], було зроблено спробу застосувати їх для вирішення цього складного питання.

**Мета роботи:** Поставлено завдання вивчити динаміку кількісних та якісних змін клітин крові капілярного та венозного відділів судинного русла під дією молитов у пацієнтів визначенням кількості лейкоцитів (Лц), нейтрофілів (Н), лімфоцитів (Лф), тромбоцитів (Тр) у літрі крові, показників фагоцитозу і цитохімічного дослідження лужної фосфатази нейтрофілів у мазку та у літрі крові.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилося у 15 дорослих людей, які згодилися здавати кров із пальця та вени до та після читання стандартних молитов самостійно або тими особами, яким вони довіряли. Контролем служили результати обстеження 10 практично здорових осіб.

Капілярну кров забирали з пальця руки і паралельно венозну з кубітальної вени без застосування джгута для визначення кількості лейкоцитів і їх окремих форм та постановки фагоцитозу. Мазки крові брали для підрахунку лейкоцитарної формули, кількості тромбоцитів та визначення активності лужної фосфатази (ЛФ) нейтрофілів.

Кількість лейкоцитів визначали пробірковим методом, мазки фарбували за Папенгеймом-Крюковим для підрахунку лейкоцитарної формули та кількості тромбоцитів [6].

Фагоцитоз ставився за Кост і Стенко з добовою живою культурою золотистого стафілокока штам № 209 з концентрацією 1 млрд мікробних тіл у 1 мл [6].

Мазки на лужну фосфатазу нейтрофілів фарбувалися за Карлов [17].

Результати фагоцитозу оцінювали візуально у мазку та у літрі крові за М.І. Лазориком [3, 7].

Визначали наступні показники мазка:

1. Фагоцитарний індекс (скорочене позначення ФІ) – процент активних (фагоцитуючих) нейтрофілів (1).

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

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

Число мікробів фагоцита (ЧМФ) – число коків в одному фагоцитуючому нейтрофілі (3).

ЧМФ визначали діленням всіх поглинутих коків на число активних нейтрофілів.

Далі за запропонованими формулами визначали показники фагоцитозу в літрі крові [3, 7].

Кількість активних фагоцитів (КАФ) у літрі крові визначали за адаптованою формулою для випадків, коли лейкоцити рахують у камері Горяєва та користуються результатами підрахованої у мазку лейкоцитарної формули.

$$\text{КАФ} = \frac{\text{ЧЛ} \cdot \text{ПФ} \cdot \text{ФІ}}{100}, \quad (4)$$

де ЧЛ – число лейкоцитів у літрі крові у вигляді  $a \times 10^9/\text{л}$ ;

ПФ – процент фагоцитів з лейкоцитарної формули;

ФІ – фагоцитарний індекс – формула-показник 1.

Коли кількість лімфоцитів у літрі крові значно зростає, то фагоцити складають меншість, а ще меншою стає кількість активних фагоцитів.

Далі знаходили процент активних лейкоцитів при фагоцитозі (ПАЛ Ф), який визначає частку їх у загальній кількості. Українською мовою кажуть “відсоток”, що є перекладом слова “процент”.

Більшість науковців та лікарів звикла до терміну “процент”, тому ми використовуємо його.

Показник називаємо ПАЛ Ф тому, що його так позначено у вперше опублікованій російською мовою роботі [3].

Для його визначення слід користуватися формулою:

$$\text{ПАЛ Ф} = \frac{\text{КАФ} \cdot 100}{\text{ЧЛ}}, \quad (5)$$

ПАЛ Ф залежить від кількості фагоцитів, фагоцитарного індекса, кількості інших клітин у літрі.

У системі СІ визначали ще 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 у мазку, визначення слід проводити за формулою:

$$\text{МЧ} = \text{КАФ} \cdot \text{ЧМФ}, \quad (6)$$

де КАФ – з формули 4,

ЧМФ – з результатів мазка формула-показник 3.

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

Активність лужної фосфатази (ЛФ) визначали за Карлов [17], а результати оцінювали візуально за 5 бальною системою (0-4) [7,17]. На основі підрахованих 100 або 200 нейтрофілів визначали процент активних клітин (ПАК), які містять лужну фосфатазу – ПАК ЛФ

$$(7)$$

У 100 нейтрофілах визначався сумарний показник одиниць Карлов

$$\text{ОК ЛФ} \quad (8)$$

Далі визначалися показники лужної фосфатази у літрі крові у системі СІ за Лазориком М.І. [4].

Кількість активних елементів у літрі крові визначали за формулою

$$\text{КАЕ} = \frac{\text{ЧЛ} \cdot \text{ПАК} \cdot \text{К}}{100}, \quad (9)$$

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 наведений вище показник читають так: кількість активних ЛФ лейкоцитів дорівнює  $1,79 \cdot 10^9/\text{л}$ .

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

$$\text{ПАЛ} = \frac{\text{КАЕ} \cdot 100}{\text{ЧЛ}} \quad (10)$$

Ці Дані вказують на ту частку лейкоцитів у літрі крові, які 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 один від другого або, наприклад, при вивченні фагоцитозу,

коло нього записують скорочену назву фермента – ПАЛ 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 визначали за формулою

$$\text{САЕ ЛФ} = \frac{\text{ЧЛ} \cdot \text{П} \cdot \text{К}}{100}, \quad (11)$$

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

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

К – як у формулі 9.

**Результати дослідження та їх обговорення:**

Читання та інтерпретація одержаних результатів обстеження вимагають пояснень, бо більшість читачів навряд чи зможуть знайти описи патентів (тираж описів патентів в Україні складає 26 екземплярів), де наведено спосіб оцінки та інтерпретації одержаних даних.

У таблиці 1 наведено результати обстеження контрольної групи (10 осіб).

Результати обстеження 15 пацієнтів та 10 осіб контрольної групи були оброблені й проаналізовані.

Як видно з табл. 1, абсолютні величини переважної більшості показників у здорових осіб у венозному відділі судинного русла є вищими, ніж відповідні показники капілярної крові. Лише показник ФІ у венозній крові дещо нижчий.

У всіх обстежених пацієнтів було виявлено зміни вивчених показників після молитов. Але ступінь та величина змін були різними.

Жінки (5 осіб) реагували на молитву більш емоційно і тому коливання окремих величин у них були менш стійкими. Чоловіки (10 осіб) давали більш стійкіші результати.

Найбільш важливою була індивідуальна реакція кожного пацієнта на молитву.

Для ілюстрації наводимо результати обстеження 2 чоловіків.

Спосіб обробки результатів і їх інтерпретацію даємо на прикладі обстеженого пацієнта.

**Приклад 1.** Ч.Я.В, 27 років, поступив у стаціонар для лікування з приводу повільно заживаючого остеомієліту стегнової кістки справа після автоаварії, в якій загинув його рідний брат. Остеомієліт лікував кілька разів у різних лікувальних закладах без особливого ефекту. У лікарні стандартне лікування особливого ефекту не давало. Згодився на лікування з визначенням показників у капілярному та венозному відділах судинного русла до та після першої молитви та подальшого застосування молитов без забору крові.

При об’єктивному дослідженні виявлено болючість в ділянці стегна справа, є сліди від нориць. На рентгенограмі є вогнище остеолізу в нижній частині стегнової кістки.

Спочатку було взято кров з пальця та з вени для проведення досліджень.

Спеціально запрошена особа читала молитви у присутності хворого. Зразу після закінчення молитов у хворого повторно взято кров з пальця та з вени для проведення досліджень.

Вивчалися 3 групи показників: 1) кількість лейкоцитів (Лц) та їх складових – нейтрофілів (Н) та лімфоцитів (Лф) у літрі крові;

2) кількість тромбоцитів (Тр) у літрі крові;

3) показники фагоцитозу мазка та літра крові.

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

Одержані результати проаналізовано й інтерпретовано способом, який викладено в охоронних документах СРСР (А.с. SU № 1681257) та патентах України на винаходи (№№ 15554, 18517, 22932, 23082, 40681, 80967) [8-14].

Аналіз здійснюють поетапно.

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

Основою для розрахунків всіх показників літра є кількість лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у літрі крові.

Кількість лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів та тромбоцитів у капілярній крові пацієнтів до молитви практично не відрізнялася від контролю.

У венозній крові контрольної групи показники лейкоцитів, нейтрофілів та тромбоцитів були дещо вищими від відповідних показників у капілярній крові.

У венозній крові обстеженого до молитви кількість лейкоцитів була дещо вищою від контролю, після молитви знизилася на 35%, а кількість нейтрофілів знизилася на 48%.

У венозній крові кількість тромбоцитів до молитви була майже у 2 рази нижчою від контролю, а після молитви зросла більш ніж у 2 рази.

Показники фагоцитозу літра крові пацієнта значно знижені до молитви, виявилися ще нижчими після молитви як у капілярній, так і у венозній крові. При цьому абсолютні величини окремих показників фагоцитозу літра у венозній крові після молитви знижувалися у 5-6 разів.

Отже, аналіз абсолютних величин окремих показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів та тромбоцитів та показників фагоцитозу у капілярній та венозній крові виявив відмінності їх у контролі та різкі зміни після молитви у обстеженого пацієнта. Уже динаміка цих показників дає підставу констатувати наявність впливу молитви на організм пацієнта.

Наступний етап аналізу результатів включає визначення капілярно-венозної різниці (КВР) до та після молитов.

Для цього від абсолютної величини окремого показника капілярної крові алгебраїчно віднімають абсолютну величину відповідного показника

венозної крові і одержують абсолютну величину капілярно-венозної різниці **АВ КВР** цього показника та алгебраїчний знак, який називають значенням. Абсолютна величина може бути нульовою, коли обидва показники мають одну і ту ж величину. Коли показники різні, то АВ КВР буде відмінною від нуля і відповідно має знак плюс (+) чи мінус (-), тобто плюсове або мінусове значення.

Оскільки АВ КВР визначається для кількох показників, для їх розмежування додають скорочену назву показника, наприклад АВ КВР Лц (лейкоцитів), або АВ КВР ФЧ (фагоцитарного числа).

Наприклад, абсолютна величина ФЧ до молитов капілярного відділу була рівною 6,44, а венозного – 4,1. Віднімаємо від абсолютної величини капілярного відділу абсолютну величину венозного відділу  $(6,44-4,1) = 2,34$ . Величина ця має плюсове (+) значення +2,34. Результат записують АВ КВР ФЧ +2,34 і читають так: абсолютна величина капілярно-венозної різниці фагоцитарного числа має плюсове 2,34 значення.

Але порівняння абсолютних величин показників не дає можливості співставляти величини, виражені у різних одиницях вимірювання.

Запропоновано інший показник для порівняння величини КВР – процент зміни капілярно-венозної різниці – ПЗ КВР.

Для цього більший показник абсолютної величини одного з відділів ділять на менший показник у паралельному відділі і множать на 100.

Показник ФЧ більший у капілярному відділі, тому ділять його на менший показник венозного відділу  $(6,44:4,1 \times 100) = 157\%$ .

Величина процента змін ПЗ КВР ФЧ рівна 157%.

Значення процента змін визначають за значенням АВ КВР. Знак або значення ПЗ КВР буде таким, яким є знак або значення АВ КВР. Коли АВ КВР має плюсове (+) значення, то і значення процента змін є також плюсовим (+). Оскільки значення АВ КВР ФЧ у хворого Ч.Я.В  $(6,44-4,1) = 2,43$  є плюсовим (+), то значення процента змін КВР цього показника також є плюсовим (+) і складає +157%.

Плюсове (+) значення величини процента змін ПЗ КВР ФЧ свідчить про те, що показник ФЧ у капілярному відділі вищий на 57% від величини венозного відділу.

Мінусове (-) значення величини процента змін ПЗ КВР свідчить про те, що показник у капілярному відділі нижчий від величини відповідного показника венозного відділу.

Запропоновані показники АВ КВР та ПЗ КВР дають можливість більш точно і об'єктивно визначити, у якому відділі судинного русла вивчені показники різняться.

Особливо важливим є те, що за зміною цих показників з'являється можливість виявляти і в сукупності з клінічними проявами та станом хворого оцінювати вплив якогось лікувального засобу,

способу чи препарату на пацієнта та на окремий відділ судинного русла.

Наступним етапом оцінки одержаних результатів є визначення таких показників, які дають можливість за динамікою величин показників капілярного та венозного відділів судинного русла судити про переважний вплив дії чинника на один із відділів.

Спочатку визначають величину та значення кожного показника капілярного відділу.

Для визначення абсолютної величини капілярнокапілярної різниці **АВ ККР** від абсолютної величини капілярного відділу до молитов алгебраїчно віднімають абсолютну величину показника після молитов. Наприклад: ЧМФ капілярного відділу до молитов складало 21,5, після молитов – 12,2. Звідси  $(21,5 - 12,2) = 9,3$ . Отже, абсолютна величина **АВ ККР** ЧМФ складає 9,3, а її значення плюсове (+) і рівне +9,3.

Далі визначають процент змін капілярнокапілярної різниці **ПЗ ККР**. Для з'ясування проценту змін **ПЗ ККР** ЧМФ ділять більшу абсолютну величину порівнюваних показників на меншу абсолютну величину і множать на 100. Більша величина ЧМФ у крові до молитви, і її ділять на величину після молитви  $(21,5 : 12,2 \times 100) = 176$ . Отже, **ПЗ ККР** ЧМФ рівний 176%.

Значення процента змін **ПЗ ККР** ЧМФ визначають за значенням **АВ ККР**. Виходячи з того, що величина **АВ ККР** ЧМФ була плюсовою (+), то процент змін теж має плюсове значення і складає +176%. Це означає, що показник ЧМФ літра крові у капілярному відділі після молитов знижується на 76%. Отже, молитва викликала зниження ЧМФ на 76%.

Таким же способом визначають абсолютну величину веновенозної різниці **АВ ВВР**. Наприклад, величина **КАФ** до молитов складала  $1,26 \cdot 10^9$ /л, після молитов  $0,21 \cdot 10^9$ /л. Звідси  $(1,26 \cdot 10^9 - 0,21 \cdot 10^9)$  =  $1,05 \cdot 10^9$ /л. **АВ ВВР** **КАФ** рівна  $1,05 \cdot 10^9$ /л, а значення плюсове (+).

Далі визначають величини і значення **ПЗ ВВР**. Ділять більшу величину показника **КАФ** до молитов на меншу після молитов  $(1,26 \cdot 10^9 : 0,21 \cdot 10^9 \times 100) = 600\%$ . Величина **ПЗ ВВР** **КАФ** рівна 600%. Оскільки **АВ ВВР** **КАФ** було плюсовим, то і **ПЗ ВВР** **КАФ** теж є плюсовим і складає +600%. Це означає, що молитва викликала у венозному відділі падіння **КАФ** на 600%, або у 6 разів.

Запропонований комплекс показників дає можливість мінімум 4 способами оцінити об'єктивно вплив на організм того або іншого чинника.

Відомо, що при проведенні досліджень статистично значимими для окремого індивідуума і достовірними вважаються зміни показників на третину (33,34%) і вище [2,15]. Ми вважаємо достовірними результати, які відрізняються на 34% і вище від вихідних, а за запропонованими показниками рівними і вищими 134%.

Аналіз одержаних результатів має яскраво виражений індивідуальний характер – він стосується окремого пацієнта, а окремі показники практично непридатні для групового аналізу (визначення середніх величин та деяких інших параметрів).

Пояснивши спосіб оцінки одержаних результатів, приступаємо до комплексного аналізу впливу молитов на пацієнта Ч.Я.В.

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

Інтерпретація результатів.

Найбільш доцільно проводити зразу повний аналіз окремих груп показників за даними, 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.

**АВ КВР** лейкоцитів та лімфоцитів у хворого до молитов свідчить про наявність різниць за значенням та величиною, але процент змін **ПЗ КВР** є статистично недостовірний (до 123%).

В той же час показники **АВ КВР Н** між вмістом нейтрофілів у капілярній та венозній крові є статистично достовірним – **ПЗ КВР Н** +134%. Це свідчить про те, що лейкоцитів до молитов у венозній крові було на 34% менше, ніж у капілярній.

Після молитов спостерігалися зміни показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у літрі крові. При цьому зміна показників **ПЗ КВР Лц** та **ПЗ КВР Лф** є недостовірною, а **ПЗ КВР Н** складає +173%, що свідчить про різке зниження кількості нейтрофілів у венозному відділі під впливом молитви.

Молитви викликали також зміни абсолютних величин показників **ККР** та **ВВР** лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів, але вони були статистично недостовірними.

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

Кількість тромбоцитів у венозному відділі хворого нижча від контрольних показників, а після молитов ця різниця зникає.

**ПЗ КВР Тр** до молитов складає +142%, що вказує на те, що у капілярному відділі тромбоцитів більше на 42%, ніж у венозному.

Молитви викликали зростання їх вмісту у венозному відділі. **ПЗ КВР Тр** після молитов склав -158%, що свідчить про підвищення їх на 58%.

Динаміка показників тромбоцитів у капілярному руслі під впливом молитов була недостовірною. В той же час у венозному відділі виявлено достовірну динаміку кількості тромбоцитів під впливом молитов – **ПЗ ВВР Тр** -218%, що вказує на зростання їх кількості у 2 рази.

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 стан фагоцитозу. Саме показники літра є зниженими у хворого в обох відділах судинного русла майже у 2 рази. Зміни показників фагоцитозу найбільш вагомо відображені у значенні та величині процента змін ПЗ КВР – вони статистично значимі – від +145% (МЧ) до +173% (ФЧ).

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 у капілярному, так і у венозному відділах судинного русла. Така динаміка показників фагоцитозу приводить до змін капілярно-венозної різниці. Після молитов показники фагоцитозу мазка та літра змінилися дуже суттєво, бо значення і процент змін КВР коливаються від +242% (ПЗ КВР ФЧ) до +433% (ПЗ КВР КАФ).

Якщо до молитви 3 показники КВР (ФЧ, ЧМФ, МЧ) мали статистично достовірну відмінність (134% і більше), то після молитов таких стало 5 із 6 і вони змінилися у 2-4 рази. 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 після молитов як у капілярному, так і у венозному відділах.

У капілярному відділі всі показники ККР мають плюсове значення і коливаються від +117% (ПЗ ККР КАФ) до +251% (ПЗ ККР ФЧ). Лише показник літра КАФ змінився недостовірно, інші показники літра знизилися від 1,5 разу (ПАЛ Ф) більш як у 2 рази (МЧ).

Таке різке зниження величин показників фагоцитозу в капілярному відділі судинного русла описане нами при вивченні фагоцитозу під час акупунктури і одержало назву лабораторної акупунктурної кризи [9].

Наявність акупунктурної лабораторної кризи дала можливість прогнозувати позитивний ефект від акупунктури [9, 10].

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

У венозному відділі судинного русла зміни показників ПЗ ВВР Лц, ПЗ ВВР Н, ПЗ ВВР Лф, ПЗ ВВР ЧМФ були недостовірними.

Всі інші показники фагоцитозу в мазку та літрі крові зазнали глибоких змін – всі вони знизилися. При цьому величини та значення процента змін ПЗ

ВВР коливаються від +387% (ФЧ) до +600% (КАФ) – більше ніж у 3-6 разів.

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 судинного русла при дії молитов.

Це дає підставу констатувати, що на молитву кров із венозного відділу судинного русла хворого прореагувала значно інтенсивніше, ніж кров з капілярного відділу.

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

Наявність лабораторної акупунктурної кризи дала підставу прогнозувати позитивний ефект від лікування [9]. Це давало підстави прогнозувати позитивний ефект від лікування у хворого Ч.В.Я.

Над хворим було прочитано 5 молитов, але від взяття крові під час 2-5 молитов він відмовився.

Катанамнез. Через 1,5 року стан хворого кращій. 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 та зразу після першої прочитаної сторонньою особою молитви у присутності хворого.

Молитви 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.

Наводимо випуску з документації ще одного пацієнта.

**Приклад 2.** Чоловік Л., 59 років з остеохондрозом хребта без виражених суб'єктивних клінічних проявів та постінфекційним гепатитом із мінімальними проявами згодився брати участь у обстеженні за умови, що він буде сам читати комплекс молитов протягом 5-7 хвилин. Пацієнт є віруючим і регулярно молиться.

Кров із пальця та вени була взята до молитов та після їх закінчення. Визначалися 3 групи показників:

1) кількість лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів;

2) показники фагоцитозу за описаною вище методикою;

3) лужна фосфатаза цитохімічно в нейтрофілах.

Бралися мазки для визначення лейкоцитарної формули та лужної фосфатази.

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 були дещо вищими від величин контрольної групи, особливо це стосується ОК ЛФ та ПАК ЛФ. Величини більшості показників венозного відділу були 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 та значення КВР. Але статистично достовірно (більше 34%) змінилися показники ПЗ КВР лімфоцитів (-169%), ПЗ КВР КАФ (+135%), ПЗ КВР МЧ (+140%), ПЗ КВР ПАК ЛФ (-137%).

Молитви викликали статистично достовірне зниження величин та значень ПЗ ККР лімфоцитів (+150%), ПЗ ККР ФЧ, ПЗ ККР КАФ, ПЗ ККР 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 +146% до +204%).

У венозному відділі молитви викликали також суттєві зміни. Практично у 1,5 разу знизилися показники кількості лейкоцитів та нейтрофілів, а величини та значення ПЗ ВВР показників КАФ, МЧ, ПАЛ Ф, САЕ ЛФ та ПАЛ ЛФ знизилися від +144% до +221%.

Зниження величин показників у капілярній крові у пацієнта вкладаються в лабораторну акупунктурну кризу [9] 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. і дають підставу назвати їх лабораторною кризою венозного відділу судинного русла від молитов.

Висновок: у пацієнта Л. з остеохондрозом хребта без виражених клінічних проявів та постінфекційним гепатитом з мінімальними проявами 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 кількіснофункціональних властивостей клітин крові різних відділів судинного русла.

Наведені результати обстежених осіб у табл. 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 разів) хворого Ч.Я.В. У пацієнта Л. лише КАФ і МЧ знизилися більш ніж 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.

Обстеження та аналіз результатів інших 13 пацієнтів проводилися за наведеними вище схемами. Одержані результати у обстежених виявили такі ж тенденції змін вивчених показників із різним ступенем вираженості. Зміни виявлені у всіх обстежених. Достовірними були результати у 13 осіб. У 2 осіб зміни виявлені, але показники не змінювалися більш ніж на 134%, тому їх результати вважалися недостовірними. Пошуків причин не проводилося, бо це могло викликати певні труднощі психологічного плану.

Проведені дослідження дають можливість позитивно оцінити запропоновані тести для оцінки впливу молитов на кількість та функціональні властивості клітин капілярного та венозного відділів судинного русла.

Чим більше показників змінюється і чим вищий процент змін, тим вплив молитов більш виражений. У 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.

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

Запропонований спосіб оцінки впливу молитов на організм людини захищений патентом України № 80967.

Таблиця 1

Показники контрольної групи обстежених

Відділ	Капілярний		Венозний	
	Х	±m	Х	±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
МЧх $10^9/\text{л}$	19,19	3,58	22,45	3,93
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	52,3	3,45	55,3	3,83
ОК ЛФ	46,6	5,32	56,6	9,72
ПАК ЛФ	34,8	4,79	37,8	6,76
КАЕ ЛФ $\times 10^9/\text{л}$	1,92	0,32	1,93	0,43
САЕ ЛФ $\times 10^9/\text{л}$	2,58	0,39	3,13	0,75
ПАЛ ЛФ	26,32	3,51	27,97	5,17

Таблиця 2

Результати обстеження Ч.Я.В.

Відділ	К		В		КВР		КВР		ККР		ВВР	
	До		Після		До		Після					
	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	ПЗ	абс.	ПЗ	абс.	ПЗ	абс.	ПЗ
Лейкоц. $\times 10^9/\text{л}$	6,2	6,0	6,6	5,0	0,2	103	1,4	132	-0,4	-105	1	120
Нейтр. $\times 10^9/\text{л}$	4,29	3,2	4,41	2,55	1,09	134	2,16	173	-0,12	-103	0,65	126
Лімфоц. $\times 10^9/\text{л}$	1,56	1,92	1,81	2,25	-0,36	-123	-0,44	-124	-0,25	-116	-0,33	-117
Тромбоц. $\times 10^9/\text{л}$	234	165	228	360	69	142	-132	-158	6	103	-195	-218
Фагоц.: ФІ	30,0	33,0	21,0	8,0	-3,0	-110	13,0	263	9	143	25	413
ФЧ	6,44	4,1	2,56	1,06	2,43	157	1,5	242	3,88	251	3,04	387
ЧМФ	21,5	12,4	12,2	13,3	9,1	173	-1,1	-109	9,3	176	-0,9	-107
АФ $\times 1$ КАФ $\times 10^9/\text{л}$	1,07	1,26	0,91	0,21	-0,19	-118	0,7	433	0,16	117	1,05	600
МЧх $10^9/\text{л}$	22,8	15,7	11,2	2,81	7,1	145	8,39	398	11,6	204	12,89	559
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	20,4	21,1	13,8	4,24	-0,7	-103	9,56	326	6,6	148	16,86	498

Таблиця 3

Результати обстеження пацієнта Л.

Відділ	К		В		КВР		КВР		ККР		ВВР	
	До		Після		До		Після					
	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лейкоц. $\times 10^9/\text{л}$	6,25	7,4	5,46	4,9	-1,15	-118	0,56	111	0,79	114	2,5	151
Нейтр. $\times 10^9/\text{л}$	4,25	4,34	3,83	2,89	-0,09	-102	0,94	133	0,42	111	1,45	150
Лімфоц. $\times 10^9/\text{л}$	1,69	1,84	1,13	1,91	-0,15	-109	-0,78	-169	0,56	150	-0,07	-104
Фагоц.: ФІ	76,0	78,0	59,0	63,0	-2	-103	-4	-107	17	129	15	124
ФЧ	4,77	4,64	3,5	3,6	0,13	103	-0,1	-103	1,17	136	1,04	129
ЧМФ	6,28	5,99	5,93	5,71	0,29	105	0,22	104	0,35	106	0,28	105
КАФ $\times 10^9/\text{л}$	3,28	3,85	2,45	1,82	-0,57	-117	1,17	135	0,83	134	2,03	212
МЧх $10^9/\text{л}$	20,57	23,03	14,55	10,41	-2,46	112	4,14	140	6,02	141	10,41	221
ПАЛ Ф $\times 10^9/\text{л}$	52,4	52,3	45,4	37,2	0,1	100,2	8,2	122	7,0	115	15,1	141
ОК ЛФ	92	75	47	60	17	123	-17	-128	45	198	15	125
ПАК ЛФ	44	47	27	37	-3	-107	-10	-137	17	163	10	127
КАЕ ЛФ $\times 10^9/\text{л}$	1,9	2,32	1,12	1,07	-0,42	-122	0,05	105	0,78	178	0,05	105
САЕ ЛФ $\times 10^9/\text{л}$	3,97	3,7	1,95	1,78	0,27	107	0,17	110	2,02	204	1,92	208
ПАЛ ЛФ	30,4	31,5	20,8	21,8	-1,1	-104	-1,0	-105	9,6	146	9,7	144

**Висновки.**

1. Запропоновано і практично застосовано новий спосіб для визначення впливу молитов на пацієнта паралельним дослідженням клітин у мазку та у літрі крові капілярного та венозного відділів судинного русла, захищений патентом України на винахід.

2. Описано феномени лабораторної кризи під впливом молитов у капілярному та венозному відділах судинного русла.

3. Молитва є дійовим чинником, який впливає на організм людини, зокрема на показники клітинного складу капілярного та венозного відділів судинного русла.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Святе письмо Старого та нового завіту. – Рим-Торонто: Видавництво О.О.Василяна, 1991. – 352 с.
2. Каминский А.С. Статистическая обработка лабораторных и клинических данных. Применение статистики в научной и практической работе врача. – М.: “Медицина”, 1964. – 251 с.
3. Лазорик М.И. Показатели фагоцитоза в международной системе единиц // Лабор. дело. –1984. – №3. – С. 78.
4. Лазорик М.И. Оценка цитохимических реакций форменных элементов крови // Лабор. дело. –1988. –№1. – С.64-65.
5. Лазорик М.И., Павлуцкий Р.В., Олашин В.В. Механізм оздоровчої дії біоенергетики молитов та літургій// Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина, вип. 4. – Ужгород, 1997. – С. 113-122.
6. Кост Е.А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. – М., 1975. – 383 с.
7. Лазорик М. Метод кількісної оцінки стану крові при бальнео- і рефлексотерапії та медикаментозному лікуванні. – Ужгород: Полічка “Карпатського краю”, 1998. – 267с.
8. А.с. US № 1681257. МКИ<sup>3</sup> G01N33/53 Способ определения активности фагоцитоза лейкоцитов в сосудистом русле. Заявка №4446317//14. Подано 21.06.1988. Опубл. 30.09.1991. Бюл. № 36. Автор Лазорик М.И.
9. П. UA. № 15554. МПК<sup>4</sup> A61H39/00. Способ прогнозування ефективності рефлексотерапії за Лазариком. А61H39/00. Заявка №96240238SU, № 96240238 UA. Подано 01.10.1993. Опубл.30.06.1997 Бюл.№ 3. Авторы Лазорик М.И., Марфинцев В.В.
10. П. UA. № 18517.Способ визначення мінімальної кількості сеансів рефлексотерапії. МПК<sup>4</sup> A61H39/00. Заявка №4905937 SU, № 95321281 UA. Подано 29.09.93.Опубл. 25.12.1997. Бюл.№6. Авторы Лазорик М.И., Марфинцев В.В., Гойденко В.С.
11. П. UA. № 23082. Способ визначення функціонального стану клітин в судинному руслі МПК<sup>4</sup> G01N33/48. Заявка № 94107290. Подано 18.10.94. Опубл. 30.06.1998. Бюл. № 3. Автор Лазорик М.И.
12. П. UA. № 22932.Способ визначення наявності, харатеру та інтенсивності впливу чинника на активність фагоцитозу лейкоцитів судинного русла. МПК<sup>4</sup> G01N33/48. Заявка №94063357. Подано 03.06.94.Опубл. 05.05.1998. Бюл. № 3. Авторы Лазорик М.И., Чачанідзе Д.З., Самосюк І.З.
13. П. UA. № 40681 Способ визначення впливу лікування на формені елементи крові. МПК<sup>5</sup> A61B5/145, G01N33/49. Заявка №94043454. Подано 29.04.1994. Опубл.15.08.2001. Бюл.№ 7, 2001. Авторы Лазорик М.И., Чачанідзе Д.З., Чаварга М.И.
14. П. UA.№80967. МПК<sup>6</sup> G01N33/48. Способ Лазорика для визначення впливу молитов на пацієнта. Заявка №20041008474. Подано 18.10.2004. Опубл. 26.11.2007.Бюл.№19. Автор Лазорик М.И.
15. Сепетлиев Д. Статистические методы исследований в научных медицинских исследованиях. -М.: Медицина, 1968. – 419 с.
16. Claudia Wallis. Healing A growing and surprising bodi scientific ewidence saia they can. //Time.-1996.-June 24.
17. Kaplow L.S // Blood. – 1955. – Vol.10. – P.1023-1029.
18. Marti Kaplan. Ambushed by spirituality//Time.-1996.-June 24.

**SUMMARY**

THE DYNAMICS OF THE INDICATORS OF THE CELLULAR COMPOSITION OF BLOOD UNDER THE INFLUENCE OF PRAYERS ON THE PATIENT

**Lazoryk M.I.**

The dynamics has been investigated and sharp iv the contens of leukocytes, neutrophils, lymphocytes and thrombocytes per litre of blood have been revealed as well as distinctive changes of activity indicators of phagocytosis and alkaline phosphatase of neutrophils in the blood smear and litre of capillary and venous blood have been discovered under the influence of prayers. The results obtained are protected by the patent for invention of UA № 80967.

**Key words:** blood cells, prayer