



УКРАЇНА

(19) UA (11) 27753 (13) U
(51) МПК (2006)
G01N 33/48

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ МОЛИТОВ НА ПАЦІЄНТА ЗА ЛАЗОРИКОМ

1

2

(21) u200708039

(22) 16.07.2007

(24) 12.11.2007

(72) ЛАЗОРИК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA

(73) ЛАЗОРИК МИХАЙЛО ІВАНОВИЧ, UA

(56)

(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 АВ КВР і плюсового (+) або мінусового (-) значення цієї величини, який **відрізняється** тим, що на пацієнта діє чинник у вигляді упорядкованих коливань хвиль звукового діапазону, які вимовляє стороння особа чи особи, або сам пацієнт як молитви, після чого повторно забирають кров для досліджень, визначають значення та абсолютні величини капілярно-венозної різниці АВ КВР вивчених показників після молитов, потім 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, за даними плюсового (+) або мінусового (-) значення АВ КВР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) значення процента змін ПЗ КВР, після цього від абсолютних величин показників капілярного відділу до молитов

алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають абсолютну величину капілярно-капілярної різниці АВ ККР і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, далі ділять більшу абсолютну величину показників капілярної крові до або після молитов на меншу абсолютну величину показників і визначають величину процента зміни капілярно-капілярної різниці ПЗ ККР, за значенням АВ ККР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) значення процента змін ПЗ ККР, далі від абсолютних величин показників венозного відділу до молитов алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають абсолютну величину вено-венозної різниці АВ ВВР і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, потім ділять більшу абсолютну величину показників венозної крові до або після молитов на меншу абсолютну величину і визначають процент зміни величин показників вено-венозної різниці ПЗ ВВР, за значенням АВ ВВР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) її значення, після чого співставляють абсолютні величини і значення та процент змін і значення показників до та після молитов АВ КВР, ПЗ КВР, а також АВ ККР, ПЗ ККР, АВ ВВР, ПЗ ВВР і за зміною вивчених 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 і при статистично значимій величині процента змін ПЗ 34% і більше визначають достовірний вплив молитов на окремі показники або сукупність показників капілярного або венозного відділів судинного русла і пацієнта в цілому.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до клінічної лабораторної діагностики і може бути використана 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

(19) UA (11) 27753 (13) U

доказати вплив молитов на клітинному рівні та на субклітинні утвори органів і систем. Тому лише сучасні методи досліджень кількісного складу та морфофункціональних властивостей клітин, наприклад клітин крові, зі статистично 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.

Але у прототипі визначають кількісні показники морфофункціональних властивостей лише лейкоцитів тільки за даними фагоцитозу для оцінки 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 на 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 змін, оцінити достовірність зміни цих показників і виявити той відділ судинного русла, в якому ці зміни найбільш виражені і дати висновок про вплив молитов на організм в цілому.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що, згідно корисної моделі, у способі 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 АВ КВР і плюсового (+) або мінусового (-) значення цієї величини, який відрізняється тим, що на пацієнта діє чинник у вигляді упорядкованих коливань хвиль звукового діапазону, які вимовляє стороння особа чи особи або сам пацієнт як молитви, після чого повторно забирають кров для досліджень, визначають значення та абсолютні величини капілярно-венозної різниці АВ КВР вивчених показників після молитов, потім 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, за даними плюсового (+) або мінусового (-) значення АВ КВР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) значення процента змін ПЗ КВР, після цього від абсолютних величин показників капілярного відділу до молитов

алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають абсолютну величину капілярнокапілярної різниці АВ ККР і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, далі ділять більшу абсолютну величину показників капілярної крові до або після молитов на меншу абсолютну величину показників і визначають величину процента зміни капілярнокапілярної різниці ПЗ ККР, за значенням АВ ККР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) значення процента змін ПЗ ККР, далі від абсолютних величин показників венозного відділу до молитов алгебраїчно віднімають абсолютні величини відповідних показників після молитов і визначають абсолютну величину веновенозної різниці АВ ВВР і плюсове (+) або мінусове (-) її значення, потім ділять 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 АВ ВВР визначають відповідне плюсове (+) або мінусове (-) її значення, після чого співставляють абсолютні величини і значення та процент змін і значення показників до та після молитов АВ КВР, ПЗ КВР, а також АВ ККР, ПЗ ККР, АВ ВВР, ПЗ ВВР і за зміною вивчених 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 і при статистично значимій величині процента змін ПЗ 34% і більше визначають достовірний вплив молитов на окремі показники або сукупність показників капілярного або венозного відділів судинного русла і пацієнта в цілому.

Використання корисної моделі 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 відразу 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 клітин 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 статистично достовірні зміни кількісного та якісного складу клітин є результатом дії молитов. Отже, зміни в клітинах та субклітинних утворах є результатом дії молитов, що дає підстави констатувати вплив молитов на організм на клітинному та субклітинному рівні.

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].

Кількість лейкоцитів крові та тромбоцитів визначають загальноприйнятими методами [6, 7]. Мазки фарбують за Папенгеймом-Крюковим для підрахунку лейкоцитарної формули та підрахунку тромбоцитів. Фагоцитоз ставлять за Кост і Стенко з добовою живою культурою золотистого стафілокока штам №209 з концентрацією 1млрд. мікробних тіл у 1мл [6]. Результати фагоцитозу оцінюють візуально у мазку та у літрі крові за М.І.Лазориком [6].

Визначають 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.

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

ЧМФ визначають діленням всіх поглинутих коків на число активних нейтрофілів.

Далі за запропонованою системою показників фагоцитозу у літрі крові за формулами визначають наступні показники [6]:

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

$КАФ = \frac{ЧЛ \cdot Ф \cdot ФІ}{100}$	(4)
---	-----

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

Ф - процент фагоцитів з лейкоцитарної формули

ФІ - фагоцитарний індекс - формула-показник 1

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

Далі знаходять процент 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 пов'язано також з тим, що в опублікованій роботі російською мовою [12] цей показник названо так, тому не варто допускати розбіжності при використанні показника.

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

$ПАЛФ = \frac{КАФ \cdot 100}{ЧЛ}$	(5)
-----------------------------------	-----

У системі СІ визначають 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 в мазку, визначення слід проводити за формулою:

$МЧ = КАФ \cdot ЧМФ$	(6)
----------------------	-----

де КАФ - з формули 4

ЧМФ - з результатів мазка формула-показник 3

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

Далі визначають показники активності лужної фосфатази (ЛФ) за Карлов [13]. Результати оцінюють візуально за 5 бальною системою (0-4) [7].

На основі підрахованих 100 або 200 нейтрофілів визначають процент клітин, які містять ЛФ-ПАК ЛФ	(7)
---	-----

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

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

Кількість активних елементів у літрі крові визначають за формулою

$КАЕ = \frac{ЧЛ \cdot ПАК \cdot К}{100}$	(9)
--	-----

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

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 $1 \cdot 79 \cdot 10^9 / л$.

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

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

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

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

$САЕ = \frac{ЧЛПК}{100}$	(11)
--------------------------	------

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

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

К - як у формулі 9

Потім вивчають морфофункціональні властивості клітин крові обох відділів визначенням показників фагоцитозу та активності ферментів або одного з них [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 абсолютну величину капілярновенозної різниці (АВ КВР) та значення плюсове (+) або мінусове (-). 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 абсолютні величини капілярновенозної різниці АВ КВР після молитов.

Далі визначають величину та значення процента змін капілярновенозної 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. Величина процента змін КВР залежить від абсолютних величин порівнюваних показників. Після цього визначають плюсове (+) або мінусове (-) значення процента змін ПЗ КВР. Для цього користуються простим прийомом. При плюсовому (+) значенні абсолютної величини різниці АВ КВР значення процента змін ПЗ КВР є

плюсовим (+), а при мінусовому (-) значенні АВ КВР значення процента змін ПЗ КВР є мінусовими (-). Плюсове (+) значення процента змін ПЗ КВР свідчить про вищі величини порівнюваних показників у капілярному відділі, а мінусове (-) значення величини процента змін ПЗ КВР свідчить про вищі показники у венозному відділі.

Далі визначають абсолютну величину та значення капілярнокапілярної різниці ККР. Для цього алгебраїчно від величин показників капілярної крові до молитов віднімають величини показників після молитов і визначають абсолютну величину капілярнокапілярної різниці АВ ККР та плюсове (+) або мінусове (-) значення АВ ККР. Коли величини показників до молитов вищі від величин показників після молитов, то одержують плюсове (+) значення АВ ККР. Коли ж величини показників після молитов є вищими від величин показників до молитов, то значення АВ 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 абсолютної величини капілярно-капілярної різниці ККР. При плюсовому (+) значенні АВ ККР значення процента змін є також плюсовим (+), а при мінусовому (-) значенні АВ ККР значення процента змін є мінусовим (-). Плюсове (+) значення процента змін ПЗ ККР свідчить про вищі величини порівнюваних показників до молитов. Мінусове (-) значення величини процента змін ПЗ ККР свідчить про вищі показники після молитов.

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

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

Після цього визначають значення процента змін ВВР. При плюсових (+) значеннях абсолютних величин різниці АВ ВВР процент змін ПЗ ВВР має також плюсове (+) значення. При мінусових (-) значеннях АВ ВВР процент змін ПЗ ВВР також має мінусове (-) значення.

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

величини процента змін ПЗ ВВР свідчить про вищі показники після молитов.

Отже, при плюсових (+) значеннях процента змін ПЗ ККР та ПЗ ВВР має місце зниження показників величин після молитов на відповідний процент, а при мінусових (-) значеннях процента змін ПЗ ККР та ПЗ ВВР має місце підвищення або наростання величин вивчених показників після молитов на відповідний процент.

Порівнюючи значення та величини процента змін ПЗ ККР та ПЗ 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 статистично 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 стегна 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. На рентгенограмі є вогнище остеолізу у нижній частині стегнової кістки.

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

Спеціально запрошена особа читала молитви, а хворий слухав їх. Зразу після закінчення молитов

у хворого знову 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, нейтрофілів, лімфоцитів та тромбоцитів літра крові та показники фагоцитозу капілярного та венозного відділів судинного русла до та після молитов наведені у Таблиці 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 Таблиці 1 з одержаними у обстеженого до та після молитов (Таблиця 2).

Кількість лейкоцитів, нейтрофілів, лімфоцитів та тромбоцитів у капілярній крові до молитви не відрізнялася від контролю. У венозній крові показники лейкоцитів, нейтрофілів та тромбоцитів у обстеженого пацієнта були нижчими, після молитви ці показники дещо відрізнялися. Слід звернути увагу на суттєве зниження у пацієнта у венозній крові кількості лейкоцитів та нейтрофілів при підвищенні кількості тромбоцитів та лімфоцитів.

Показники фагоцитозу в літрі крові пацієнта значно знижені до молитви, виявилися ще нижчими після молитви як у капілярній, так і венозній крові. При цьому абсолютні величини показників фагоцитозу літра у венозній крові після молитви знижувалися у 5-7 раз.

Це дає підставу констатувати наявність у пацієнта різниці вивчених показників від контрольної групи обстежених, які після молитви суттєво змінилися.

Більш детально аналіз одержаних результатів викладено нижче.

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 АВ КВР та алгебраїчний знак, який називають значенням. Абсолютна величина може бути нульовою, коли ці показники мають одну і ту величину. Коли показники різні, то величина КВР буде мати абсолютну величину, відмінну від нуля. Але при цьому величина може мати знак (+) або мінус (-), яке називається плюсовим або мінусовим значенням.

Наприклад, ФЧ до молитов капілярного відділу був рівним 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.

Після цього визначають процент зміни абсолютних величин капілярно-венозної різниці ПЗ КВР діленням більшої величини в одному з

порівнюваних відділів на меншу величину в іншому відділі.

Для цього визначають, який показник капілярного чи венозного відділу є більшим і його ділять на менший показник 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 значення процента змін має також плюсовим (+). Так як 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.

Далі визначають показники АВ КВР та ПЗ КВР після молитов за описаним вище способом.

Потім визначають величину та значення показників капілярного відділу.

Для визначення абсолютної величини капілярнокапілярної різниці АВ 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 АВ ККР для ЧМФ 9,3, а її значення плюсове (+) і рівне +9,3.

Далі визначають процент змін капілярнокапілярної різниці ПЗ ККР. Для визначення 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 $(1,26 \cdot 10^9 / л - 0,21 \cdot 10^9 / л) = 1,05 \cdot 10^9$ /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 до молитов на меншу після молитов $(1,26 \cdot 10^9 / л : 1,05 \cdot 10^9 / л \times 100) = 600\%$. Величина ПЗ ВВР КАФ рівна 600%. Так як 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.

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 (Таблиця 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 за величиною статистично недостовірний (до 123%). В той же час показники АВ КВР між вмістом нейтрофілів в капілярній та венозній крові суттєві, на що вказує статистично достовірний показник ПЗ КВР (+134%). Це свідчить про те, що лейкоцитів до молитов у венозній крові було менше, ніж у капілярній на 34%.

Після молитов відмічено зміни показників кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у літрі крові. При цьому показники АВ КВР та ПЗ КВР змінюються по різному. Найбільш суттєвою є динаміка кількості нейтрофілів - ПЗ КВР складає - 173%, що свідчить про різке зниження кількості нейтрофілів у венозному відділі.

Молитви викликали також зміни показників ККР та ВВР лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів, але вони не були дуже суттєвими і статистично недостовірними.

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

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

ПЗ КВР тромбоцитів до молитов складає +142%, що свідчить про те, що у капілярному відділі їх більше на 42%, ніж у венозному.

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

Показники тромбоцитів у капілярному руслі під впливом молитов відрізнялися недостовірно. В той же час у венозному відділі відмічено достовірну динаміку кількості тромбоцитів під впливом молитов - ПЗ ВВР вказує на зростання їх кількості у 2 рази (ПЗ 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 стан фагоцитозу. Якраз показники літра є зниженими у хворого. Зміни показників фагоцитозу найбільш вагомо відображені у значенні та величині процента змін 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 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 величини процентів змін коливаються від +242%(ФЧ) до +433% (КАФ).

Якщо до молитви 3 показники ВВР (ФЧ, ЧМФ, МЧ) мали статистично достовірну відмінність (134% і більше), то після молитов таких стало 5 із 6 і вони вказують, що показники змінилися у 2-4 рази. Лише показник ЧМФ практично не змінився, він став навіть дещо вищим, а всі інші показники знижувалися.

Заслугове 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 венозному відділах.

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

Таке різке зниження величин показників фагоцитозу у капілярному відділі судинного русла описано нами при вивченні фагоцитозу під час акупунктури і одержало назву лабораторної акупунктурної кризи [10].

Наявність акупунктурної лабораторної кризи дала можливість прогнозувати позитивний ефект від акупунктури [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 лабораторною кризою капілярного відділу судинного русла при дії молитов.

Якщо зміни кількості лейкоцитів, нейтрофілів та лімфоцитів у венозному відділі були не дуже суттєвими, то зміни показників фагоцитозу виявилися дуже суттєвими.

У венозному відділі ВВР лише показники ЧМФ змінилися недостовірно, процент змін та його 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) - 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 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.

Виявлені зміни нагадують лабораторну акупунктурну кризу у хворого після молитви, а наявність такої кризи дала підставу прогнозувати ефект від лікування [10]. Це давало підстави прогнозувати позитивний ефект від лікування у хворого Ч.В.Я.

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 та зразу після прочитаних сторонньою особою молитов у присутності хворого.

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

Молитви, прочитані сторонньою людиною 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 кількість та функціональні властивості клітин капілярного та венозного відділів судинного русла.

Наводимо виписку з документації ще одного пацієнта.

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

Кров з 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 Таблиці 3.

Інтерпретація результатів дослідження крові пацієнта Л.

Як видно з Таблиці 3 та Таблиці 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 та значення КВР. Але статистично достовірно (більше 34%) змінилися показники ПЗКВР лімфоцитів (-169%), КАФ (+135%), МЧ (+140%), ПАК 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 +146% до +204%).

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

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 та перенесеним інфекційним 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 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 Таблицях 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 різного віку з проблемами фізичного здоров'я та без них. Молитви читали 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 ніж 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 пацієнта є придатним для проведення наукових досліджень та практичного використання і дає можливість оцінити вплив молитов на людину.

Джерела інформації:

1. Святе письмо Старого та нового завіту. - 1991. Видавництво О. О. Василіян. - Рим-Торонто. - 352с.
2. Claudia Wallis. Healing A growing and surprising body scientific evidence said they can. //Time. - 1996. - June 24.
3. Marti Kaplan. Ambushed by spirituality // Time. - 1996. - June 24.
4. Лазорик М.І., Павлуцький Р.В., Олашин В.В. Механізм оздоровчої дії біоенергетики молитов та літургій // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. - Ужгород. - 1997. - В.4. - С.113-122.
5. Способ определения активности фагоцитоза лейкоцитов в сосудистом русле А.с. СССР №1681257. G01N33/53 заявка №4446317//14. Подано 21.06.1988. Опубл 30.09.1991. Бюл. №36. Автор Лазорик М. И. - Прототип.
6. Кост Е. А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования М. - 1975. - 383с.
7. Лазорик М. Метод кількісної оцінки стану крові при бальнео- і рефлексотерапії та медикаментозному лікуванні. - Полічка "Карпатського краю". - Ужгород. - 1998. - 267С.
8. Сепетлиев Д. Статистические методы исследований в научных медицинских исследованиях. - М. - "Медицина". - 1968. - 419с.
9. Каминский А.С. Статистическая обработка

лабораторных и клинических данных. Применение статистики в научной и практической работе врача. - М.- "Медицина". - 1964. 251с.

10. Патент UA. №15554. А61Н39/00. Способ прогнозування ефективності рефлексотерапії за Лазориком А61Н39/00. Заявка №96240238SU №96240238 UA Подано 01.10.1993. Заявка №96240238SU № 96240238 UA Подано 01.10.93. опубл.30.06.1997 Бюл. №3. Авторы Лазорик М.Л., Марфинець В.В

11. Патент UA. №18517.Спосіб визначення мінімальної кількості сеансів рефлексотерапії. А61Н39/00. заявка. №4905937 SU №95321281 UA Подано 29.09.93.Опубл. 25.12.1997. Бюл. №6. Авторы Лазорик М.Л., Марфинець В.В., Гойденко В.С.

12. Лазорик М.И. Показатели фагоцитоза в международной системе единиц // Лабор. дело. - 1984. - №3. - С.78.

13. Karlow L. S // Blood. - 1955. - v.10. - P.1023-1029.

14. Лазорик М.И. Оценка цитохимических реакций форменных элементов крови // Лабор. дело. - 1988. - №1. - С.64-65.

Таблица 1

Показники контрольної групи обстежених

Відділ	Капілярний		Венозний	
	Х	±m	Х	±m
Показники				
Лейкоц. x10 ⁹ /л	6,5	0,59	7,06	0,6
Нейтр. x10 ⁹ /л	4,29	0,44	4,41	0,4
Лімфоц. x10 ⁹ /л	1,56	0,3	1,81	0,29
Тромбоц. x10 ⁹ /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 x10 ⁹ /л	3,65	0,49	3,92	0,49
МЧ x10 ⁹ /л	19,19	3,58	22,45	3,93
ПАЛ Ф x10 ⁹ /л	52,3	3,45	55,3	3,83
ОК ЛФ	46,60	5,32	56,6	9,72
ПАК ЛФ	34,8	4,79	37,8	6,76
КАЕ ЛФ x10 ⁹ /л	1,92	0,32	1,93	0,43
САЕ ЛФ x10 ⁹ /л	2,58	0,39	3,13	0,75
ПАЛ ЛФ	26,32	3,51	27,97	5,17

Результати обстеження Л.

Відділ	К	В		В	КВР		КВ
	До		Після		До		Піс.
Показники	абс.	абс.	Абс	Абс	АВ КВР	ПЗ КВР	АВ КВР
Лейкоц. x10 ⁹ /л	6,25	7,4	5,46	4,9	-1,15	-118	0,56
Нейтр. x10 ⁹ /л	4,25	4,34	3,83	2,89	-0,09	-102	0,94
Лімфоц. x10 ⁹ /л	1,69	1,84	1,13	1,91	-0,15	-109	-0,78
Фагоц.: ФІ	76,0	78,0	59,0	63,0	-2	-103	-4
ФЧ	4,77	4,64	3,5	3,6	0,13	103	-0,1
ЧМФ	6,28	5,99	5,93	5,71	0,29	105	0,22
КАФ x10 ⁹ /л	3,28	3,85	2,45	1,82	-0,57	-117	1,17
МЧ x10 ⁹ /л	20,57	23,03	14,55	10,41	-2,46	112	4,14
ПАЛ Ф x10 ⁹ /л	52,4	52,3	45,4	37,2	0,1	100,2	8,2
ОК ЛФ	92	75	47	60	17	123	-17
ПАК ЛФ	44	47	27	37	-3	-107	-10
КАЕ ЛФ x10 ⁹ /л	1,9	2,32	1,12	1,07	-0,42	-122	0,05
САЕ ЛФ x10 ⁹ /л	3,97	3,7	1,95	1,78	0,27	107	0,17
ПАЛ ЛФ	30,4	31,5	20,8	21,8	-1,1	-104	-1,0

Таблица 2

Результати обстеження Ч.Я.В.

Відділ	К	В	К	В	КВР		КВР		ККР		ВВР	
	До		Після		До		Після		До		Після	
Показники	абс.	абс.	абс	абс	АВ КВР	ПЗ КВР	АВ КВР	ПЗ КВР	АВ ККР	ПЗ ККР	АВ ВВР	ПЗ ВВР
Лейкоц. x10 ⁹ /л	6,2	6,0	6,6	5,0	0,2	103	1,4	132	-0,4	-105	1	120
Нейтр. x10 ⁹ /л	4,29	3,2	4,41	2,55	1,09	134	2,16	173	-0,12	-103	0,65	126
Лімфоц. x10 ⁹ /л	1,56	1,92	1,81	2,25	-0,36	-123	-0,44	-124	-0,25	-116	-0,33	-117
Тромбоц. x10 ⁹ /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
КАФ x10 ⁹ /л	1,07	1,26	0,91	0,21	-0,19	-118	0,7	433	0,16	117	1,05	600