

данса (в Омах), ρ – величина удельного сопротивления крови, равного в среднем 150 омсм, 0,9 – поправочный коэффициент, обусловленный особенностью положения электродов, K – размерный коэффициент, который определяется по номограмме, разработанной исходя из статистических измерений межэлектродного расстояния (L) и периметра грудной клетки (Q). При конкретном расчете УОС величину K подбирали в соответствии с реальным периметром грудной клетки пациента. МОК определяли по формуле: $МОК = УОС \cdot ЧСС$ (в л/мин.), где ЧСС – частота сердечных сокращений. УИ определяли в мл/м² по формуле: $УИ = УОС / \text{площадь тела}$, СИ – в л/м² по формуле: $СИ = МОК / \text{площадь тела}$. Ср ГД определяли в мм рт. ст. по формуле: $СрГД = \text{диастолическое АД} + 0.43 (\text{систолическое АД} - \text{диастолическое АД})$. ОПСС рассчитывали по общепринятой формуле: $ОПСС = СрГД \cdot 1330 \cdot 60 / МОК \text{ дин}^{-1} \text{см}^{-5}$

центральной гемодинамики в этой группе больных. Эукинетический тип определялся у остальных 10 больных (24.39%). В этой группе через 10 дней после начала лечения достоверно снижались уровень УОС. Однако снижение УИ не было статистически достоверным. Средние показатели МОК и СИ, хоть и снижались на фоне лечения, эти изменения не были достоверны, и средний показатель СИ на фоне лечения не выходил за пределы эукинетического типа. Повышение ОПСС на фоне лечения не было достоверным и отличалось большим разбросом показателей.

Коаксил практически не влияет на частоту ритма у больных ВДМ. В группе с гипокинетическим типом отмечается тенденция к снижению показателя Ср ГД, чего не было у больных с исходным эукинетическим типом. Улучшение показателей центральной гемодинамики в группе с исходным гипокинетическим типом не вызывает сомнений.

Таблица 2

Показатели центральной гемодинамики до и после лечения коаксилом в соответствии с исходным типом кровообращения (* P<0.05)

Тип кровообращения	N		ЧСС		УОС, мл		УИ, мл/м ²	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Гипокинетический	31	28	67.16±2.034	66.18±1.807	45.22±2.894	50.39±3.033	24.82±1.466	28.02±1.525
Эукинетический	10	7	73.8±4.661	77.29±5.259	63.6±4.112	48.81±4.959*	36.09±2.575	27.21±3.652
	МОК, л/мин		СИ, л/мин · м ²		Ср ГД, мм рт. ст.		ОПСС, дин · с ⁻¹ · м ⁻⁵	
Гипокинетический	2.926±0.148	3.311±0.197	1.611±0.076	1.826±0.101	101.4±2.853	95.33±1.865	2841±158.4	2454±104.7
Эукинетический	4.699±0.236	4.026±0.408	2.650±0.109	2.237±0.286	94.76±3.07	98.1±6.299	1628±62.19	2030±263

Определение типов гемодинамики проводилось согласно нормативам этих показателей, разработанным для применявшейся методики [3]. В течение обследования при установке диагноза и на протяжении первых 10 дней приема коаксила больные не получали никаких других медикаментозных средств. Определение показателей центральной гемодинамики и гормонального профиля исходно проводилось через неделю после начала обследования больных в стационаре, а у амбулаторных больных – после установки диагноза в условиях обычного режима труда и отдыха. Статистическую обработку полученного материала проводили с определением критерия Стьюдента. Все расчеты проводились с помощью системы «Биостат».

Результаты. Монотерапия коаксилом проводилась всем 43 женщинам с ВДМ, показатели гемодинамики до лечения определялись у 41 пациентки, после 10 дней лечения – у 35. В первые 10 дней отказались от лечения 2 больных из страха приема антидепрессантов, еще 4 больным контроль показателей гемодинамики на фоне лечения не проводился по разным причинам (командировка, невозможность явиться на повторное исследование в связи с обстоятельствами на производстве и т.д.), хотя, эти больные продолжали прием препарата с хорошим клиническим эффектом.

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, не отмечалось влияния коаксила на ЧСС, УОС, УИ, МОК и СИ в исследованной группе в целом. В то же время средний уровень СИ и УИ до лечения был значительно ниже нормативных показателей для данной возрастной группы, а уровень ОПСС превышал нормативные показатели. Среди больных ВДМ преобладали лица с исходным гипокинетическим типом гемодинамики.

Обращает на себя внимание тенденция к снижению Ср ГД показателя на фоне лечения и уровня ОПСС. Однако динамика указанных показателей не была достоверна. Для определения типа кровообращения использовались нормативы центральной гемодинамики, дифференцированные по полу, возрасту и типам кровообращения, полученные методом тетраполярной грудной реографии с учетом периметра грудной клетки [3]. Эти показатели для женщин этой возрастной группы при гиперкинетическом типе соответствовали: СИ = 5,5–3,7 л/мин · м², УИ = 69–48 мл/м², ОПСС = 800–1190 дин · с⁻¹ · м⁻⁵; при эукинетическом СИ = 3,6–2,4 л/мин · м², УИ = 47–36 мл/м², ОПСС = 1200–1650 дин · с⁻¹ · м⁻⁵; при гипокинетическом: СИ = 2,3–1,5 л/мин · м², УИ = 35–23 мл/м², ОПСС = 1660–2570 дин · с⁻¹ · м⁻⁵.

Как видно из табл. 2, гипокинетический тип кровообращения был у 31 (75.61% женщины. У них через 10 дней после начала лечения коаксилом наблюдалась тенденция к повышению УОС, УИ, МОК, СИ и снижению СрГД. Достоверно снижались уровень ОПСС, что свидетельствует об улучшении показателей

Полученное в группе с исходным эукинетическим типом снижение показателей УОС, УИ, МОК, СИ и повышение ОПСС, за исключением снижения УОС, не было достоверным и не вело к изменению типа гемодинамики, так как средний уровень СИ не выходил на фоне лечения за рамки эукинетического типа.

Коаксил улучшает показатели центральной гемодинамики у больных с гипокинетическим типом кровообращения, а при эукинетическом типе не вызывает их значимого изменения.

Литература

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М.: Берг, 2000. – 160 с.
2. Замотаев И.П. и др. // Сов. мед-на. – 1987. – № 8. – С. 57.
3. Гундаров И.А. и др. // Тер. архив. – 1983. – № 4. – С. 26–28.

УДК 510.24:616-08

ИНТУИТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А.Г. КИЧЕЕВ*

В работах [1–3] описана интуитивная диагностика. В основе такого подхода лежат нервно-психические механизмы переработки и освоения информации. Сам процесс познания заключается в том, что бессознательная часть нашего мозга постоянно, непрерывно **моделирует** ту часть действительности, на которую в данный момент направлено наше внимание. Сознательная часть мозга анализирует, познает эту модель и лишь частично ее воспринимает, переводя полученную информацию в образы, мысли, чувства, отсюда относительность нашего знания, его неполнота. Углубить процесс познания позволяет **интуиция – внечувственная, дополнительная информация о действительности**, включающая **идеомоторный акт**, описанный еще И.М. Сеченовым и И.П. Павловым, заключающемся в том, что процессы, протекающие в бессознательной части нашего мозга, посылают в сознательную его часть нервные импульсы, которые не все улавливаются и осознаются, но почти все вызывают движение мышц, особенно глаз и рук, и спонтанное течение мыслей. Чувствительность к незаметным для внешнего наблюдателя микро-движениям мышц при идеомоторном акте позволяет угадывать задуманное другим человеком и произвольно

* Русская секция Международной Академии Наук

производимое им движение. На идеомоторном акте основано лозоискательство, биолокация, а также интуитивная диагностика, описанная в работах [1–3], хорошо зарекомендовавшая себя в клинической практике.

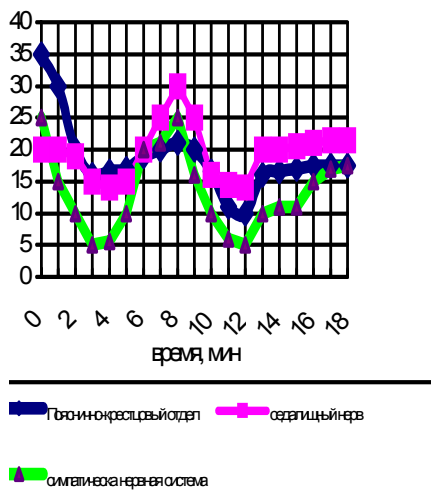


Рис. Функциональное отклонение от нормы

Диагностика и лечение, основанные на интуиции, позволяет решить сложные медицинские проблемы и выявлять в организме больного нарушения, не поддающиеся самым современным методам исследования. Суть заключается в том, что болезни человека, особенно серьезные, возникают не локально, а имеют пространственную протяженность. Чаще всего исходный очаг болезней находится в мозговых структурах человека и, оставаясь бессимптомным, как змея распространяется по его организму, последовательно, в той или иной степени поражая один орган за другим. Такой путь распространения болезни патологии можно назвать **линией болезни**. Она начинается в области правой нижней теменной доли головного мозга, ее надкраевой извилине, спускается вниз, проходит по правому глазу, затем по верхней челюсти и латеральной части лица, идет вниз по шее, проходит по средней линии тела, уходит в половые органы тела, и дальше раздваиваясь, по бедрам достигает колен. Такой ход линии болезни близок к меридиану желудка в китайской рефлексотерапии*. У этого мужчины сначала возник простатит (1973 г.), впоследствии перешедший в аденому простаты (1992 г.), затем образовалась киста верхней челюсти (1985 г.), потом артроз коленных суставов (1994 г.), и глаукома (1997 г.). Такая последовательность болезней возникла потому, что не был ликвидирован очаг в коре головного мозга, функционирующий в течение 20 лет, поэтому последовательно по линии болезни возникали перечисленные болезни. Если очаг был бы своевременно найден и ликвидирован, эти болезни не состоялись бы.

Опыт лечения больных показывает, что надо в первую очередь удалять очаг болезни, затем линию ее распространения. Только в этом случае могут быть получены надежные результаты и предотвращены рецидивы. Возникновению болезней и их усилению способствует окружающая человека среда. Это и колебания температуры, инфразвуки, электромагнитные поля, магнитные бури, солнечные и космические излучения и т.д. Воздействуя непосредственно или вызывая отклонения в собственных физических полях человека, описанных в [4], они провоцируют болезнь или усиливают ее (нападая), если она уже возникла. Такое воздействие может быть легко зафиксировано способами интуитивной медицины и ими же устранено. При этом быстро проходят различные боли, недомогания, наступает улучшение состояния. Физическая природа и роль такого **нападения** еще недостаточно ясна, но, несомненно, что в этиологии ей принадлежит если не решающая, то, по крайней мере, важная роль. Такие нападения, оставленные без внимания, индуцирует хронические болезни, а также, возможно, вызывает и новые. Важно следующее: если удалить «нападение», то вызыв-

ные им боли, недомогания и плохие состояния быстро проходят. Само лечение может проводиться обычными известными клиническими методами в соответствии с поставленным интуитивным диагнозом и непосредственно с помощью интуитивных способов. Один из таких примеров описан ниже.

У больного в связи с его жалобами на боли в нижней части спины с помощью интуитивной диагностики, описанной в [1], проверялось состояние симпатической нервной системы, пояснично-крестцового ствола и седалищного нерва. Их отклонение от нормы соответствует нулевой точке на рис. Далее в пояснично-крестцовую часть его спины вводились три металлические иглы. Все зависимости, показанные на рис., прошли через минимум через 3,5–4 мин, но дальше восстановилось исходное состояние, а седалищный нерв стал функционировать даже несколько хуже. Введение 4-ой иглы на 8 минуте лечебной процедуры снова привело к улучшению состояния больного: наблюдался еще один минимум на 12 минуте, после чего, хотя опять наблюдаемые параметры ухудшились, общее состояние улучшилось и стабилизировалось. Причем по сравнению с исходными данными отклонения в функционировании симпатической нервной системы и пояснично-крестцового ствола уменьшились. Из рис. также видна заметная корреляция между состоянием больного органа (пояснично-крестцового отдела позвоночника) и симпатической нервной системой, а также характерное для колебательных систем изменение их характеристик во времени.

Также эффективно лечить больных с помощью функционально-системной терапии[5], смысл которой заключается в том, что больной должен выйти из кабинета врача более здоровым, чем вошел в него. Интуитивное лечение в **чистом виде** проводится с помощью деревянных палочек, подобных палочкам дирижеров, длиной 25–30 см, сделанными из любого материала, диаметром 0,5 – 1 см (эти цифры условны и могут быть изменены). Само лечение проводится на основе идеомоторного акта после интуитивной диагностики, описанной в [1].

Больной в расслабленной позе стоит или сидит на стуле перед лечащим врачом. Врач сначала интуитивно обнаруживает все линии болезни и наличие «нападений» и приступает к их ликвидации. Если поставленное задание принято его бессознательной частью мозга и нервно-психической системой, руки врача поднимаются и начинают обрабатывать голову и тело больного палочками, сходясь своими концами то в одной точке на фигуре больного, то в другой, или соприкасаясь с ним отдельно в разных местах или встречаясь вместе в пространстве, окружающем больного. Точки, где с фигурой больного или около нее соприкасаются палочки, соответствуют локализации патологии в самом организме или нарушениям физических полей вокруг организма. Таких точек может быть несколько, с десятком и больше. Руки врача самопроизвольно, без всяких мышечных усилий, повинуются только отданному приказу, с помощью идеомоторного акта находят эти точки и фиксируют их, то соединяя друг с другом, то расходясь в стороны. Сама процедура лечения напоминает дирижирование состоянием организма, подобно тому, как дирижер ведет за собой оркестр. Врач, как бы «наигрывает» какую-то нужную, но неизвестную ему мелодию, внешне состоящую из геометрических фигур типа треугольников и прямоугольников. Это не пасы Ф.Месмера, основателя теории «животного магнетизма», не движения рук на экране телевизора целителя Алана Чумака, лечившего всех подряд одинаково независимо от болезни и состояния больного. Движения здесь строго индивидуальны, заданные локализацией патологии. По окончании лечения руки врача самопроизвольно опускаются вниз.

Ничего мистического, ни механического в описанных движениях нет. Не было никаких заклинаний, не обращения к потусторонним силам, ни ритуальных шаманских движений. Все проводилось с «пустой» головой, без всяких раздумий, руки сами по себе производили свое дело, при каждой новой болезни своеобразно и неповторимо. Просто в соответствие с учением И.М. Сеченова и И.П. Павлова бессознательное врача, получив дополнительную информацию, с помощью идеомоторики передает ее на руки, и за счет ее импульсов совершаются лечебные движения. Сами фиксируемые врачом точки могут соответствовать точкам меридианов восточной медицины, болевым точкам [6], известным в клинической медицине, зонам Захарьина – Геда и патоло-

* Линии распространения болезни иногда совпадают с меридианами восточной медицины, чаще нет.

гическим состояниям внутренних органов, отраженных на коже больного или в физических полях около от нее.

После ликвидации линий болезней и «нападений» врач приступает к лечению больного согласно предшествующей интуитивной диагностике. При этом больного самопроизвольно лечат руки врача так, как описано выше.

Пример. Женщина 64 лет. У нее болит спина, каждое движение вызывает боль, трудно работать, да и отдыхать надо без движений. Медицинский диагноз – остеохондроз позвоночника.

Интуитивная диагностика выявила нарушения (%): в коре головного мозга 0 (отсутствуют); в его подкорковых центрах и в структурах 0 (отсутствуют); в спинном мозге 0 (отсутствуют); в позвоночнике: в его шейной области – 17%; в копчиковой области – 25; периферическая нервная система – 25; пояснично-крестцовое сплетение – 27; подвздошно-паховый нерв – 28; нижний ягодичный нерв – 27; седалищный нерв – 17; копчиковое сплетение – 33; парасимпатические тазовые узлы – 12; тазовые внутренностные нервы – 12; нижнее подчревное сплетение – 33; малая поясничная мышца – 7; малая ягодичная мышца – 7; ягодичные лимфатические узлы – 12; крестцовые лимфатические узлы – 35; позвоночные лимфатические узлы – 35; кровообращение в спине – 40; воспалительный процесс в позвоночнике – 27.

Интуитивная диагностика показала, что в результате нарушения иннервации в периферической нервной системе и кровообращения в позвоночнике у больной возник воспалительный процесс. Очаг поражения находится в кровеносной системе спины. Налицо была широкая картина поражения. Потребовалось провести несколько сеансов интуитивного лечения, описанным выше способом, по мере которых нарушения и дисфункции убывали, и состояние больной улучшалось. И вскоре настал день, когда пациентка уже не чувствовала боли в спине, двигалась и работала, как хотела. Состояние ее позвоночника уже в течение ряда лет остается нормальным. Продолжительность лечения различна. Иногда бывает достаточно одного сеанса, другой раз требуется несколько месяцев лечения. Все зависит от степени поражения, острой или хронической формы болезни, ее распространения на другие органы, и от полного устранения очага патологии и ликвидации линии болезни. Болезнь в организме часто развивается постепенно, сначала бессимптомно, усиливаясь год от года, а то от десятилетия к десятилетию, поэтому попытки ликвидировать ее скоротечно не всегда оправданы. Еще раз напомним, что интуитивное лечение должно идти самопроизвольно, без предварительных умозаключений, без всяких волевых усилий со стороны врача, с «пустой головой», ибо только тогда выполняется идеомоторный акт.

Литература

1. Кичеев А.Г. Левен Л.В. // ВНМТ. – 2003. – №1–2. – С.101.
2. Кичеев А.Г. Интуиция // Мир психол. – 2002. – №1 – С. 248
3. Кичеев А.Г. Левен Л.В. Интуиция врача // Мед. вестник. – 2003. – №13–14.
4. Гуляев П.И. и др. // Нервн. сист. – 1968, вып.9. – С. 159.
5. Левен Л. Кичеев А // Междун. мед. ж. – 2001. – №1. – С. 84.
6. Краткая медицинская энциклопедия / Под ред. В.И. Покровского. – М., 1994. – Т.1. – С.136.

УДК 616.12-009.7

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ

В.И. ВИШНЕВСКИЙ, О.В.ДЕМЬЯНЕНКО*

Важной проблемой практической кардиологии является резистентность к ацетилсалициловой кислоте (АСК), которая характеризуется неспособностью АСК предупреждать развитие тромботических осложнений, а также адекватно подавлять продукцию тромбоксана A_2 (TxA_2) [7, 8, 11, 13]. Распространенность этого явления колеблется в пределах 5–60% [5–6]. При этом более чем в 3 раза возрастает вероятность развития ишемических

осложнений [8]. Среди причин устойчивости к АСК рассматриваются: сниженное бионакопление и неадекватные дозы АСК, активация альтернативных путей агрегации тромбоцитов (T_α), повышенное их образование, генетическая детерминированность (полиморфизм гликопротеиновых рецепторов Ia/IIa , $Ib/V/IX$, $IIb/IIIa$, рецепторов к коллагену и фактору Виллебранда, полиморфизм циклооксигеназы-1 (ЦОГ), ЦОГ-2, TxA_2 -синтазы и др.), курение, гиперхолестеринемия [10, 12, 14]. К настоящему времени нет определения резистентности к АСК, не разработаны единые методы оценки антиагрегантного действия АСК. Дальнейшее изучение этой проблемы будет способствовать выработке индивидуального подхода к антиагрегантной терапии, а также повышению ее эффективности.

Цель работы – оценка эффективности лекарственных форм АСК на агрегационную активность тромбоцитов у больных ИБС (стабильной стенокардией напряжения), разработка лабораторных критериев эффективности антиагрегантной терапии (ААТ).

Материалы и методы исследования. Скрининг больных ИБС (стабильной стенокардией напряжения) использовали клинические критерии и нагрузочное велоэргометрическое тестирование (по Канадской классификации стенокардии в модификации ВКНЦ РАМН) [3, 9]. Соотношение скринированных и включенных в исследование пациентов составило 1,6:1. В исследование включено 78 больных, из них 58 составили основную (ОГ) и 20 контрольную (КГ) группы. Критерии включения в исследование: согласие пациента; стабильная стенокардия напряжения II–III ФК, артериальная гипертония I степени; возраст 35–70 лет; причины исключения: сердечная недостаточность (более IIА стадии); артериальная гипертония II–III степени; нарушения ритма и проводимости; сахарный диабет; указания на непереносимость АСК; анемия с уровнем гемоглобина менее 110 г/л; ожирение более II степени; заболевания крови; кровотечения в анамнезе; дыхательная, почечная и печеночная недостаточности.

Больные получали базовое медикаментозное лечение бета-адреноблокаторами (метопролол в средней дозе 50 мг/сутки), при необходимости – пролонгированные нитраты (при III ФК стенокардии). У 71% больных была диагностирована артериальная гипертония с повышением цифр АД не выше I степени по классификации ВОЗ/МОАГ (1999), которые не требовали назначения гипотензивных препаратов. Клиническая характеристика включенных в исследование лиц представлена в табл. 1.

Таблица 1

Исходная клиническая характеристика пациентов

Показатель	n	%
Возраст, годы	53,35±4,6 лет	-
Число мужчин	34	72
ИМ в анамнезе	29	64
Стенокардия ФК II	38	66
Стенокардия ФК III	20	34
АГ	41	71
Курение	23	40
ГЛЖ (ЭхоКГ)	27	47
ФВ, %	52,99±1,28	-
ИМТ > 26 кг/м ²	41	71

Примечание: n – число больных, ИМ – инфаркт миокарда, ФК – функциональный класс, АГ – артериальная гипертония, ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка, ФВ – фракция выброса, ИМТ – индекс массы тела

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационного признака – приема антиагрегантных препаратов. Для изучения эффективности воздействия ААТ на тромбоцитарный гемостаз все больные были подразделены на две группы: 1-ю группу составили 29 больных (50%), которые до исследования не получали антиагрегантных препаратов, поэтому включение в исследование проводилось без «отмывочного» периода. Им назначался Тромбо АСС 50 (пр-ва фирмы LANNACHER, Австрия) в дозе по 50 мг 1 раз в день; во 2-ю группу включены 29 больных, которые длительно получали АСК (производства компании «Новомед», Россия) в дозе 125 мг/сутки. Обе группы не отличались по полу, возрасту и длительности заболевания.

Сопоставление параметров исходного уровня тромбоцитарного гемостаза проводилось с группой контроля, которую

* Цифры показывают отклонение от нормы, выраженное в % г. Орел