

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до нетрадиційних способів діагностики та лікування хвороб, переважно серцево-судинних з використанням електромагнітного випромінювання.

Відомий спосіб лікування хворих гіпертонічною хворобою I і II ступеню та вегето-судинною дистонією, що полягає у дії фізичного фактору, а також одночасного впливу інфрачервоного випромінювання 8-14 мкм, зверхвисокочастотним випромінюванням в діапазоні 8-30 см та перемінним електричним полем частотою до 10 Гц, при цьому джерелом випромінювання є кисті рук оператора (див.: А.с. № 1593670, А 61 N 5/06, 1/32, надрук. 23.09. 90 р., Б.В. № 35).

Недоліком відомого способу є те, що він не передбачає індивідуального підбору пацієнтів, клінічного та інструментального контролю за їхнім станом під час лікування, що може призвести до різкого зниження чи підвищення артеріального тиску, появи ішемії, ангіоспазмів, порушення ритму та ін.

Найближчим до способу, що пропонується сутністю є спосіб профілактики та лікування соматичних захворювань із застосуванням високочастотного випромінювання, який здійснюється в два етапи, причому на першому етапі оператор спрямовує енергію на пацієнта з відстані 100-200 см з частотою електромагнітного випромінювання 3-5 Мгц на протязі 150-200 сек, а потім перерозподіляє енергію пасами рук з частотою електромагнітного випромінювання 1-3 Мгц на відстані 30-100 см на протязі 370-440 сек (див.: Антонова Т.В., Дудко О.В. Способ профилактики и лечения соматических заболеваний // "Интерэио-97". Международный конгресс: "Научные основы энергоинформационных взаимодействий в природе и обществе". – Крым, г.Партенит, 1997. - С.139-141).

До недоліків цього способу слід віднести те, що не позначені межі його використання, не передбачено індивідуального підбору та індивідуальної програми впливу на пацієнтів. Крім того, процес лікування не передбачає постійного обов'язкового індивідуального клінічного та інструментального контролю за станом пацієнта, а здійснюється епізодично методами електропунктурної діагностики, акустичної спектрометрії, ехоенцефалографії, ЕКГ, біохімічними та клінічними аналізами крові, що є недостатнім для оцінки динаміки фізіологічних показників при корекції специфічних станів серцево-судинної системи, наприклад, післяінфарктного кардіосклерозу, міокардіодистрофії, синдрому серцевої недостатності та ін.

В основу винаходу покладене завдання створення способу лікування серцево-судинних захворювань шляхом індивідуального підбору пацієнтів за ознаками їх реактивності на електромагнітний вплив оператора, що визначається холтеровським монітуванням ЕКГ, електромагнітного сканування зон патології, формування індивідуальної програми дії і здійснення її під постійним клінічним та інструментальним контролем для забезпечення стимуляції фізіологічного механізму зворотності патологічного процесу, що сприяє виведенню пацієнта із стану декомпенсації серцевої діяльності, зменшенню ішемії міокарду, поліпшенню внутрішньосерцевої гемодинаміки та ін.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі лікування серцево-судинних захворювань, який полягає у впливі на пацієнта електромагнітним полем з наступним перерозподілом його по функціональних системах організму, згідно винаходу, що передбачається, первинна дія електромагнітним полем, його перерозподіл здійснюється на тлі холтеровського монітування ЕКГ, після чого оператор проводить електромагнітне сканування елементів серцево-судинної системи, знаходить патологічні зони з їх наступною енергетичною корекцією під постійним тестовим контролем електро- або ехокардіографії.

Спосіб здійснюється наступним чином: хворим, які пройшли весь комплекс лабораторних, клінічних і інструментальних досліджень з визначенням діагнозом в стадії декомпенсації та отримують медикаментозне лікування, через 8-12 годин після початку холтеровського монітування ЕКГ проводять перший (пробний) біоенергетичний сеанс, який полягає у введенні донорської енергії оператора у серцеву чакру пацієнта і розподілу цієї енергії по всьому енергетичному полю пацієнта, для чого оператор, рухаючи обома руками зверху вниз і в сторони, розкриває енергетичне поле пацієнта в ділянці над грудною кліткою. Після цього оператор коливальними рухами розслабленої кисті правої руки проводить нагнітання своєї енергії в ділянку серцевої чакри пацієнта протягом 15 хвилин з відстані 5-30 см від поверхні тіла, а потім зворотно-поступальними рухами обох рук вздовж всього тіла він здійснює первинну корекцію енергетичного поля пацієнта протягом 5 хвилин. Після закінчення 24-годинного холтеровського монітування ЕКГ проводять аналіз електрокардіограми в періоди "до", "в процесі" і "після" впливу оператора. Достатньою основою для проведення подальшого біоенергетичного лікування є: усунення чи значне зменшення тривалості ішемії міокарда (більш ніж на 15%) або значне зменшення кількості шлуночкових і надшлуночкових екстрасистол (більш ніж на 30%) на відрізку електрокардіограми від закінчення впливу оператора до закінчення процесу холтеровського монітування. На другому біоенергетичному сеансі проводять топічну біоенергетичну діагностику серця електромагнітним скануванням за допомогою рук оператора шляхом кругового їх руху над грудною кліткою пацієнта в ділянці серця на відстані 5-30 см від поверхні тіла протягом 5-7 хвилин. В результаті чого визначається зона, найбільш сприятлива для дії на серце, як цілісну біорезонансну систему. На підставі проведеної топічної біоенергетичної діагностики оператор формує у своїй свідомості програму корекції серцевої патології. Реалізація програми здійснюється шляхом реконструкції біоенергетичної проєкції серцевого м'яза, клапанного апарату, коронарних судин, водія ритму та інших елементів серцево-судинної системи за допомогою додавання і перерозподілу енергії оператора по біоенергетичній проєкції хворого органу. Доза енергії, що додається, залежить від здатності пацієнта її сприйняти і визначається кожного разу індивідуально. Моделюється відновлення функції на основі реального механізму оборотності патологічного процесу в кожному конкретному випадку, причому етапи впливу контролюються тестовими електрокардіограмами і ехокардіограмами. Кількість сеансів залежить від часу стабілізації біоенергетичного ефекту на фізіологічному рівні, який визначається інструментальними методами, зокрема, ЕКГ та ЕХО-КГ і лабораторними дослідженнями, а також клінічними - оглядами лікарів-фахівців (кардіолога, невропатолога).

В залежності від результатів тестування, кількість сеансів може коливатися від 5 до 15. Таким же чином визначається і тривалість диспансерного спостереження пацієнта біоенер-готерапевтом в періоді післядії, яка може складати від 1 до 12 місяців. На завершальному сеансі лікування оператор здійснює очистку енергетичних структур пацієнта від наслідків свого втручання. Для цього він ліквідує створений на час лікування симбіоз енергетичних полів оператора і пацієнта, для чого оператор робить обома долонями рук поперекові рухи над грудною кліткою пацієнта і далі розводить руки в сторони і вниз на відстань 30-50 см протягом 90 сек. У випадку погіршення показників ЕКГ чи ЕХО-КГ за час диспансерного спостереження пацієнту проводять 1-2 додаткових корекційних сеансів, таких же, як і перший.

Використання способу дозволить здійснювати морфо-функціональну корекцію патологічних елементів серцево-судинної системи, сприяти компенсації серцевої діяльності, поліпшити внутрішньосерцеву гемодинаміку та скоротливу здатність міо-карда, зменшити ризик гострих станів серцево-судинної системи, зменшити кількість випадків оперативного втручання з приводу аортокоронарного шунтування і балонування, трансплантації кардіостимулюючих апаратів, зменшити дози ліків, що приймаються, оптимізувати період реабілітації постреанімаційних хворих.

Приклад конкретної реалізації способу.

В клінічних умовах: хворому 48 років, з діагнозом - ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, стабільна стенокардія напруження II ФК, гіпертонічна хвороба II ст.; ускладнення: часта надшлуночкова екстрасистолія, дисциркуляторна енцефалопатія II ст., СН II А.; з початковими показниками (див. табл. 1, 2, 3, 4, 5), який приймав медикаментозне лікування (капотен - 25 мг 3 р/д, аспірин - 0,25 г/д, нітросорбід - 10 мг 3 р/д, корвітол - 50 мг 2/д, едніт - 10 мг 2 р/д), що не змінювалось на протязі 2 міс., робили на першому біоенергетичному сеансі пробний електромагнітний вплив оператора-біоенергоінформотерапевта на тлі холтерівського моніторування ЕКГ через 12 годин після його початку. Оператор здійснював біоенергетичний вплив на пацієнта шляхом входження в резонанс з його енергетичною структурою та виходом з резонансу після закінчення сеансу. Вплив здійснювали розвідними рухами розкритих рук зверху вниз і в сторони в ділянці грудної клітки пацієнта протягом 2 хвилин. А потім коливальними рухами розслабленої кисті правої руки оператор робив нагнітання своєї енергії в ділянку серцевої чакри пацієнта з відстані 10 см від поверхні тіла протягом 15 хвилин. Після чого зворотно-поступальними рухами обох рук вздовж всього тіла оператор здійснював первинну корекцію біополя пацієнта протягом 5 хвилин. На підставі виявленого на відрізку кардіограми, після сеансу впливу оператора, поліпшення динаміки тривалості ішемії та частоти надшлуночкової екстрасистолії (див. табл. 4) був зроблений висновок про позитивну реактивність пацієнта на цей спосіб лікування. На другому біоенергетичному сеансі оператор також увійшов в резонанс з біоенергетичною структурою пацієнта і створив тимчасовий симбіоз його та своєї енергоінформаційних структур на весь час лікування, а потім провів точісну біоенергетичну діагностику серця шляхом електромагнітного сканування за допомогою колових рухів кистями обох рук над грудною кліткою пацієнта на відстані 15 см, порівнюючи електромагнітне випромінювання елементів серцево-судинної системи пацієнта з відомим критерієм норми. Усі маніпуляції з пацієнтом проводили в кабінеті функціональної діагностики в безпосередній близькості від діагностичної апаратури, в положенні пацієнта - лежачи на спині оголеним до пояса, з заплющеними очима. В результаті було виявлене значне зниження кровотоку лівої коронарної артерії, біоенергетичні ознаки гіпертрофії міжшлуночкової перегородки і стінки лівого шлуночка, скоротлива здатність міокарду на межі норми, мітральна недостатність через погану скоротливість передньої створки клапану, гіпертрофія лівого передсердя, рубцьові зміни задне-бічної стінки лівого шлуночка, недостатнє діастолічне розслаблення лівого шлуночка. Аналізуючи отримані результати, оператор виділив зону, найбільш сприятливу для біоенергетичної корекції з метою зменшення тривалості ішемії, поліпшення скоротливої здатності міокарду, збільшення толерантності до фізичного навантаження і, як наслідок, - стабілізацію стану пацієнта та зниження дози лікарських препаратів. Була розроблена програма біоенергетичного впливу, яка полягала в стимуляції внутрішньосерцевої гемодинаміки, особливо в зонах передньої створки мітрального клапану, задне-бічної стінки лівого шлуночка та стінок лівого передсердя. На біоенергетичній проекції серця пацієнта оператор виконав нагнітання енергії в ділянку мітрального клапану, імітуючи рухами пальців нормальну роботу клапану на відстані 5 см від поверхні тіла (під контролем ЕКГ) протягом 3 хвилин. Далі проштовхуючими рухами кисті правої руки оператор впливав на ділянку лівої коронарної артерії до появи у пацієнта відчуття руху і тепла у відповідній ділянці тіла. Після цього оператор розподілив внесену енергію по всій біоенергетичній проекції серця пацієнта, а потім і усього організму, що стало загальним для усіх наступних сеансів. Після другого сеансу на ЕКГ було виявлене значне поліпшення кількості надшлуночкових екстрасистол (див. табл. 2). На третьому сеансі маніпуляції над мітральним клапаном повторили без змін, потім провели стимуляцію скоротливої здатності задньої та задне-бічної стінок лівого шлуночка, роблячи коливальні рухи вперед-назад та зверху-вниз, повільно згинаючи та розгинаючи напружені пальці правої руки протягом 3 хвилин. Після цього пацієнт відчував значне тепло під лівою лопаткою. Потім оператор робив на біоенергетичній проекції в ділянці лівого передсердя тягучі на себе рухи зігнутими пальцями правої руки, поступово звужуючи їх, з метою зменшення дилатації лівого передсердя протягом 2 хвилин. За результатами ехокардіографії (див. табл. 5) було визначено зменшення відносної мітральної недостатності, поліпшення релаксації шлуночків та зменшення лівого передсердя на 1 мм, а також була зроблена корекція дій оператора на наступний сеанс. На четвертому сеансі оператор повторив дії на біоенергетичній проекції серця над мітральним клапаном аналогічно тому, що робилось на другому сеансі, дії над задньою і задне-бічною стінками лівого шлуночка аналогічно тому, як це робилось на третьому сеансі. Потім масажуючими рухами правої руки протягом 3 хвилин робився розподіл енергії по проекції міокарду для поліпшення його кровопостачання. Через дві години після сеансу знімали ЕКГ при

навантаженні (велоергометрія). Були отримані результати, які свідчили про збільшення порогового навантаження, збільшення максимальної ЧСС, зменшення гіпертонічності реакції, а як наслідок, - і збільшення толерантності серцевої діяльності до фізичного навантаження (див. табл. 3). На п'ятому сеансі оператор повторив дії на біоенергетичній проекції серця над лівим передсердям аналогічно тому, як це відбувалось на третьому сеансі, і лівою коронарною артерією аналогічно тому, як це робилось на другому сеансі. Потім масажуючими рухами правої руки протягом 3 хвилин робився розподіл енергії по проекції міокарда. На 10 хвилині після початку сеансу робили ЕКГ і ЕХО-КГ (див. табл. 2, 5). Були отримані результати, що свідчили про поліпшення внутрішньосерцевої гемодинаміки, збільшення фракції викиду лівого шлуночка, поліпшення діастолічного розслаблення лівого шлуночка, відсутність ішемії міокарда в стані спокою, зменшення розмірів лівого передсердя (на 2 мм), зменшення ступеню мітральної регургітації. Було зроблено висновок про припинення лікування та необхідність диспансерного нагляду за пацієнтом протягом 6 місяців. Після цього оператор-біоенерго-терапевт зруйнував симбіоз своїх біоенергетичних структур із відповідними структурами пацієнта шляхом поперекових рухів обох долонь над грудною кліткою пацієнта і наступним розведенням рук в сторони і вниз на відстань 30 см протягом 90 сек. Поліпшення стану пацієнта було підтверджено лабораторними дослідженнями крові (див. табл. 1) та висновком врача-кардіолога, який констатував поліпшення динаміки захворювання:

- припинилась ішемія міокарда на ЕКГ в стані покою;
- зменшились розміри лівого передсердя і правого шлуночка;
- зменшився ступінь мітральної регургітації;
- поліпшилось діастолічне розслаблення лівого шлуночка;
- зменшилась частота надшлуночкової екстрасистолії;
- зменшилась тривалість ішемії міокарду при навантаженні;
- збільшилась толерантність до фізичного навантаження;
- зменшились загальна слабкість, головні болі, задишка при помірному фізичному навантаженні, набряки на нижніх кінцівках, біль у правому підребер'ї;
- знизився артеріальний тиск: максимальний - від 170/110 до 160/100 мм рт. ст. та середній за добу - від 160/90 до 140/85 мм рт. ст.

Лікар-кардіолог пов'язав отриманий ефект з проведеною біоенергоінформотерапією і змінив медикаментозне лікування: знизив дозу прийому капотену до 50 мг на день, корвітола - до 50 мг на день;

зняв гіпотиазид і нітросорбід з наступною корекцією прийому ліків кожного місяця. Через 6 місяців пацієнту зробили холтеровське моніторування ЕКГ, ЕХО-КГ, лабораторні дослідження крові, огляд пацієнта біоенергоінформотерапевтом та лікарем-кардіологом. Результати обстеження (див. табл. 1, 4, 5) свідчили про стабільний стан пацієнта і про продовження поліпшення динаміки захворювання: подальше зменшення об'єму лівого передсердя і товщини міжшлуночкової перегородки на 1 мм, подальше зменшення надшлуночкових екстрасистол та ішемії міокарда.

Таблиця 1

Результати лабораторного дослідження крові

Показники	Початкові	Після 5 сеансу	Через 6 міс.
Біохімічний аналіз крові			
Калій (ммоль/л)	4,3	4,4	4,4
Натрій (ммоль/л)	141	148	149
Заг.білір. (мкмоль/л)	17,2	12	12
Креатинін (мкмоль/л)	94	92	96
АЛТ (ммоль/л)	24	21	23
АСТ (ммоль/л)	25	21	21
Глюкоза (г/дл)	86	90	82
Холестерин (мг/дл)	245	189	190
ТГ	124	120	122
Коагулограма			
Тромб, час (%)	100	100	100
Протромб. індекс (%)	100	100	100
Фібриноген (г/л)	2,4	2,4	2,4
Загальний аналіз крові			
Лейкоцити ($\cdot 10^9/\text{л}$)	6,5	4,8	5,0
Еритроцити ($\cdot 10^{12}/\text{л}$)	4,4	4,5	4,5
Гемоглобін (г/л)	145	140	142
Тромбоцити	241	220	226
Лімфоцити (%)	28	27	26
Моноцити (%)	6	5	6
Гранулоцити (%)	64	62	60
Еозинофіли (%)	2	2	2
ШОЕ (мм/год)	8	3	5

Таблиця 2

Результати ЕКГ

Початкові показники	Після 2-го сеансу	Після 5-го сеансу
Ритм - синусовий	Ритм - синусовий	Ритм – синусовий
ЧСС - 74/хв.	ЧСС - 74/хв	ЧСС - 72/хв.
Вольтаж – достатній	Вольтаж - достатній	Вольтаж – достатній
Перехідна зона – V_2-V_3	Перехідна зона – V_2-V_3	Перехідна зона – V_2-V_3
Порушення провідності - немає	Порушення провідності – немає	Порушення провідності - немає
Гіпертрофія лівого передсердя і лівого шлуночка	Гіпертрофія лівого передсердя і лівого шлуночка	Гіпертрофія лівого передсердя і лівого шлуночка
Часта надшлуночкова екстрасистолія (12 уд/хв)	Поодинокі надшлуночкова екстрасистолія (2 уд/хв)	Порушень ритму не виявлено
Ішемія - горизонтальна депресія сегмента ST на 1 мм у V_5	Ішемія - горизонтальна депресія сегмента ST на 1 мм у V_5	Ішемія - не виявлена

Таблиця 3

Результати ЕКГ при фізичному навантаженні – велоергометрії

Початкові показники	Після 4-го сеансу
Порогове навантаження - 75 Вт, ЧСС макс. – 112 уд/хв, АТ - 230/120 (реакція гіпертонічна)	Порогове навантаження - 125 Вт, ЧСС макс. – 132 уд/хв, АТ - 220/110 (реакція гіпертонічна)
ЕКГ: косовисхідна депресія сегмента ST на 1,5 мм у V_5-V_6 . Проба припинена у зв'язку з підвищенням АТ	ЕКГ: косовисхідна депресія сегмента ST на 1,5 мм у V_5-V_6 . Проба припинена у зв'язку з підвищенням АТ
Проба ІХС позитивна, толерантність до фізичного	Проба ІХС позитивна, толерантність до фізичного

навантаження низька, відповідає ІІ ФК	навантаження низька, відповідає І ФК
Реституція в межах вікової норми	Реституція в межах вікової норми

Таблиця 4

Результати холтерівського моніторування ЕКГ

Показники	Перед дією оператора	Після дії оператора	Через 6 місяців
Частота надшлуночкової екстрасистолії	Часта, 270 уд. за 12 год	Поодинокі, 121 уд. за 12 год	Поодинокі, 42 уд. за добу
Середня ЧСС	67 уд/хв	62 уд/хв	62 уд/хв
Максимальна ЧСС	123 уд/хв	112 уд/хв	110 уд/хв
Мінімальна ЧСС	56 уд/хв	52 уд/хв	54 уд/хв
Загальна тривалість ішемії	12 хв	4хв	Ознак ішемії не було за добу

Таблиця 5

Результати ЕХО-КГ

Показники	Початкові	Після 3 сеансу	Після 5 сеансу	Через 6 міс.
Висх. аорта (см)	3,4	3,4	3,4	3,4
ЛП (см)	4,4	4,3	4,2	4,1
ПШ(см)	3,2	3,2	3,1	3,1
МІШІ (см)	1,4	1,4	1,4	1,3
Стінка ЛШ (см)	1,3	1,3	1,3	1,3
ФВ ЛШ (%)	62	62	66	65
КДР ЛШ (см)	4,8	4,8	4,8	4,8
КСР ЛШ (см)	3,2	3,2	3,2	3,2
КДО ЛШ (мл)	105	105	105	103
КСО ЛШ (мл)	40	40	40	42
Е/А	0,5/0,7	0,6/0,6	0,6/0,5	0,6/0,5
Порушення сегментарної скоротливості міокарда	Зон асинергії не виявлено	Зон асинергії не виявлено	Зон асинергії не виявлено	Зон асинергії не виявлено
Структура та функція клапанів	В нормі	В нормі	В нормі	В нормі
Відносна мітральна недостатність	2+	1+	1-	1+