

ХОЛИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

УДК 614.39

Миненко И.А.

Кафедра нелекарственных методов лечения клинической физиологии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова

HOLISTIC METHODS OF FUNCTIONAL DIAGNOSTICS AND NONSPECIFIC THERAPY

Minenko IA.

Department of non-drug therapies and clinical physiology of the First Moscow State Medical University I.M. Sechenov

Введение

Современная медицина не пытается понять саму природу целостной организованной Системы. Взаимодействие энергии всех составляющих компонентов Системы способствуют высокой организации этой Системы в целом. Можно попытаться изучить отдельные составляющие всей Системы: пищеварительную, нервную, сердечно-сосудистую и другие системы, но они не будут содержать объединяющего принципа или качества целого. Обычно медицина работает только с физическим телом пациента. Ее воздействие направлено на тот или иной орган физического тела, в работе которого возникли нарушения (на «больное место»), на устранение видимых симптомов заболевания. Врач (кардиолог, невропатолог, гастроэнтеролог...) проводит лечение того органа, в котором появились симптомы заболевания, без учета зачастую негативного воздействия назначенного лечения на другие системы организма. В настоящее время многие врачи, имеющие обширную клиническую практику, признают, что такой метод лечения, как минимум, неэффективен, может приводить к закреплению болезненных состояний, превращению их в хронические заболевания.

С этой позиции рассматриваются, и механизмы развития заболеваний, и способы исцеления. Холистическая терапия основана на том, что положительное воздействие в одной сфере, вызывает положительные изменения во всех остальных.

Например:

- изменив негативный образ мыслей на позитивный, можно вылечить физическое тело,
- улучшение отношений в семье может способствовать более успешной трудовой деятельности, улучшению самочувствия,
- восстановление энергетики человека способствует повышению его творческого потенциала,
- творческая самореализация человека способствует гармонизации его эмоционального, физического и психического состояния.

Если это воздействие осуществляется одновременно в нескольких сферах, процесс исцеления идет значительно быстрее, потому, что в этом случае терапия направлена не на больное место, а на состояние человека в целом.

Холистическая терапия направлена на формирование на физическом, духовном и энергетическом

уровнях нового здорового образа жизни, обеспечивающего физическое здоровье и гармоничное развитие личности.

Современный холистический подход основан на том, что не только все органы человеческого тела, но и физическое, психическое, эмоциональное и энергетическое начала в человеке неразрывны и взаимосвязаны. На протяжении своей жизни человек вступает в отношения с другими людьми (семейные, трудовые), в той или иной мере реализует свой творческий потенциал, свои возможности. Все эти сферы влияют друг на друга, и изменение в одной из этих сфер влечет за собой изменения во всех других.

Идея холизма присутствовала в учениях древних мыслителей и европейских ученых до XVII века. С развитием науки, холизм ушел в тень, т.к. не имел практической ценности. Массовый интерес к идее холизма вернулся только в XX веке. Основателем современного подхода к холистическим идеям стал философ и политик Ян Смэтс. В 90-х годах XX века в США и Европе холистическая медицина получила широкое распространение как традиционная медицина. Холистическая медицина в России, как другие направления нетрадиционной медицины, является запретной темой в медицинском сообществе.

Жизненная Сила – с позиций холистической медицины – это не абстрактное понятие, а вполне реальная особенность всех живых организмов к внутренней интеграции и саморегуляции. Частично уровень жизненной силы определяется еще до рождения, обусловленный генетическими факторами, а так же условиями формирования эмбриона. Частично Жизненная Сила – результат взаимодействия с окружающей средой, отражающий «правильность» повседневной жизни. Так же, врачи холистической медицины большое внимание уделяют предшествовавшему травматическому опыту пациента, стрессовым ситуациям на протяжении всей его жизни, фиксированным, «неотреагированным» эмоциям и внутренним программам, ментальным установкам. Позитивные, самоутверждающие мысли – могут являться источником активизации нервных и гормональных систем самовосстановления, жизненных резервов тела, напротив эмоции депрессии, грусти, печали, страха – подавляют работу организма, нарушают процессы выздоровления.

Таким образом, работа врача холистической медицины по лечению пациента заключается в устранении блоков в движении жизненной силы (причин болезни), сообщении телу пациента верной информации о возможностях его функционирования, восстановлении связи между жизненной силой пациента и Вселенной, активизации процессов саморегуляции. Часть лечения методами холистической медицины заключается в помощи пациенту определиться в том, какие аспекты его жизни, факторы усиливают и поддерживают естественные процессы исцеления, а какие являются патологическими, мешающими, дезинтегрирующими целостность внутренней и внешней структуры.

Различные направления холистической медицины (фитотерапия, акупунктура, аюрведа и т.д.) известны многие тысячелетия, современная же трактовка холизма берет свое начало в V веке до нашей эры, сформулированные древнегреческим ученым Гераклитом, учившим "Из одного – все, из всего – одно". На протяжении всего Греко-римского периода развития медицины и до середины 17 века холистический подход – господствовал в учениях европейских врачей и мыслителей. Затем развитие экспериментального метода исследования в науке привело к потере позиций холистической медициной, не способной на уровне технологий тех лет доказать свои основополагающие постулаты взаимосвязанности и единства внутренних структур человека, его психики и его взаимоотношений с окружающим миром. Это повлекло за собой постулирование об отсталости и малой эффективности холистической терапии, а успехи в развитии антибиотикотерапии и хирургии середины 20 века и вовсе отодвинули холистическую медицину в сферу «ненаучных» методов лечения.

Однако любая эйфория и увлеченность сменяется разумным объективизмом. Исследуя реакцию тела человека на медикаментозные препараты, многие ученые к концу 20 века пришли к убеждению, о переоценке эффективности химиотерапии для поддержания здоровья. Из большинства препаратов только антибиотики и системные регуляторы доказали свою терапевтическую значимость, но бесконтрольное и бездумное их применение привело к развитию новых болезней (видов инфекции) и к общему ослаблению здоровья у населения.

Человек не может считаться биороботом. Принимая извне различные регуляторные препараты (медикаменты), он подвергается постоянной дезадаптации систем саморегуляции. Если в терапии используются гормональные средства – нарушается выработка собственных гормонов, страдают другие функции органа-мишени, а нарушения в его работе влекут за собой каскад нарушений в почти всех системах организма. При этом медикаментозная терапия не может устранить механические (зажатые сосуды и нервы, спазмированные мышцы, смещенные кости – то, чем занимаются представители направления холистической медицины – остеопатии), травматические, эмоциональные, психические, социально-адаптационные и многие другие причины развития заболевания.

Но если использовать методы холистической медицины, то сфера диагностики и анализа будет существенно расширена и тогда, найдя причину и устранив ее действие на человека, ждать результата не при-

дется долго – так как симптомы самостоятельно исчезнут, после удаления корня заболевания.

Рефлексотерапия, гомеопатия, мануальная терапия и остеопатия, фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, ароматерапия – лишь малая толика высокоэффективных методов холистической медицины, список которых можно продолжать и продолжать.

В качестве иллюстраций клинической эффективности методов холистической медицины приводим материалы клинических исследований Миненко И.А. и Авдеева Д.С. [1] и материалы клинических исследований Хайрулина Р.Н., вошедших в докторскую диссертацию и успешно защищенной в 2009 году [2].

В нашем исследовании мы попытались сформировать новую стратегию и тактику повышения результативности спортсменов путем краниосакральной терапии, которая не только не ухудшает состояния здоровья спортсмена, а напротив, улучшает его по многочисленным критериям.

Организация исследования

Были обследованы 38 спортсменов, в возрасте 19–24 года, + 3,4 года. Для определения исходного уровня функционального состояния и отображения состояния организма в условиях мышечной работы и исследования физической работоспособности проводили субмаксимальный тест Валунда-Шестранда (PWC_{170}), который рекомендован ВОЗ для определения физической работоспособности по достижению ЧСС 170 уд/мин (мощность физической нагрузки выражается в кгм/мин или Вт), при которой частота сердечных сокращений после вработываемости устанавливается на уровне 170 уд/мин, то есть W_{170} (или PWC_{170}). Данный уровень нагрузки и является показателем W_{170} . Тест выполнялся следующим образом: испытуемый подвергался на велоэргометре двум нагрузкам разной мощности (W_1 и W_2) продолжительностью 5 мин, каждая с 3 мин отдыха. Нагрузка подбирается с таким расчетом, чтобы получить несколько значений пульса в диапазоне от 120 до 170 уд/мин. В конце каждой нагрузки определяют ЧСС (соответственно f_1 и f_2). На основании полученных данных строились графики, где на оси абсцисс заносились показатели мощности нагрузки (W_1 и W_2), на оси ординат – соответствующую ЧСС. На пересечении перпендикуляров, опущенных в соответствующие точки осей графика, находили координаты 1 и 2, через них проводили прямую до пересечения с перпендикуляром, восстановленным из точки ЧСС, соответствующей 170 уд/мин (координата 3). Из нее опускали перпендикуляр на ось абсцисс, и получали, таким образом, значение мощности нагрузки при ЧСС, равной 170 уд/мин. Для упрощения расчета мощность работы при двухступенчатом тесте PWC_{170} применялась формула: $PWC_{170} = [W_1 + (W_2 - W_1)] \times [(170 - f_1) / (f_1 - f_2)]$, где PWC_{170} – мощность физической нагрузки при ЧСС 170 уд/мин, W_1 и W_2 – мощность первой и второй нагрузок (кгм/мин или Вт); f_1 и f_2 – ЧСС на последней минуте первой и второй нагрузок (в 1 мин).

В качестве ориентиров были использованы следующие величины PWC_{170} у здоровых людей: для женщин – 422–900 кгм/мин, для мужчин – 850–1100 кгм/мин. У спортсменов этот показатель зависит от вида спорта и колеблется в пределах 1100–2100 кгм/мин, а представители циклических видов спорта (академическая гребля, велшосссе, лыжные гонки

и др.) имеют еще более высокие показатели. Для сравнения сходных индивидуумов рассчитывают относительную величину показателя PWC_{170} , например, Вт/кг.

После проведения теста каждому спортсмену проводился сеанс краниосакральной терапии, который начинался с диагностики путем ориентации на краниосакральный ритм. Частота этого ритма – 7–14 циклов в минуту. Он возникает как следствие оттока и притока ликвора в спинномозговом канале и в желудочках мозга. При пальпации можно почувствовать краниосакральные пульсации на голове пациента и выявить нарушения. После диагностики врач выбирал и применял индивидуальную методику воздействия для спортсмена. В результате краниосакральной терапии восстанавливается тонус сосудов головного мозга, нормализуются функции большинства органов, улучшаются обменные процессы, устраняется общее напряжение организма. Затем, проводился повторный тест Валунда-Шестранда.

В результате исследования показатели PWC_{170} и МПК по данным субмаксимального теста Валунда – Шестранда достоверно уменьшились: $21,38 \pm 1,14$ кгм/мин./кг; $60,18 \pm 3,39$ мл \times кг⁻¹ \times ин. –¹ на этапе констатирующего эксперимента и $20,06 \pm 1,12$ кгм/мин./кг; $59,62 \pm 2,77$ мл \times кг⁻¹ \times ин. –¹ на этапе формирующего эксперимента соответственно. Эти изменения свидетельствуют об адаптационном приспособлении спортсменов к продолжительным физическим нагрузкам.

Цель исследования

Поиск и клиническое обоснование нового неинвазивного метода восстановительного лечения атеросклероза у групп риска в досимптоматической стадии.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования послужили результаты комплексного эпидемиологического обследования состояния здоровья 650 пациентов Межрегионального клиничко-диагностического центра г. Казань.

Исследуемая группа была сформирована из пациентов, выразивших желание и имевших возможность обследоваться стационарно или амбулаторно в Межрегиональном клиничко-диагностическом центре г. Казань, в обусловленные протоколом исследования сроки. В зависимости от пола, все обследуемые были разделены на 2 группы. Первую группу (n = 381) составили женщины, вторую (n = 269) – мужчины. В зависимости от возраста обследуемых в каждой из групп выделялись 2 подгруппы: подгруппа А – в возрастном диапазоне от 18 до 35 лет и подгруппа Б – в возрасте от 36 до 55 лет. Распределение обследуемых лиц по группам в зависимости от возраста и пола представлено в табл. 1.

Критериями исключения из исследования являлись: любые клинически манифестные заболевания, ассоциированные с атеросклерозом; врожденные и приобретенные пороки сердца; указания в анамнезе на перенесенные воспалительные заболевания эндокарда и миокарда; инфекции верхних дыхательных путей, или обострение хронического заболевания дыхательной системы на момент обследования; артериальная гипертензия; сахарный диабет; неблагоприятная по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность (ИМ или внезапная смерть у родственников моложе 55 лет).

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе работы изучили влияние возраста и продолжительности рабочего стажа на концентрацию липидов в сыворотке крови. Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют, что у лиц в возрасте до 40 лет и большим стажем работы (>10 лет) средняя концентрация ОХ в крови была достоверно выше (на $0,37$ ммоль/л), чем у лиц того же возраста, но с меньшим трудовым стажем ($p < 0,01$). В то же время, длительная работа (>10 лет) на предприятии лиц в возрасте старше 40 лет не приводила к достоверному повышению уровня этого липида у них в крови. Таким образом, продолжительная работа сотрудников-мужчин на НПП приводила к повышению уровня ОХ в крови у молодых (до 40 лет) работников, но не у сотрудников в возрасте от 40 лет и старше.

При анализе динамики естественного повышения уровня ОХ с увеличением возраста удалось установить, что при небольшом трудовом стаже эта закономерность сохраняется: средняя концентрация липида в крови у лиц старшей подгруппы была достоверно выше ($5,48$ ммоль/л), чем младшей ($5,13$ ммоль/л). В то же время, мы не выявили достоверных различий средних концентраций липида в старшей возрастной подгруппе относительно младшей при трудовом стаже более 10 лет. Таким образом, в подгруппе старших лиц с большим стажем нарушался естественный прирост уровня этого липида в связи с увеличением возраста.

При рассмотрении среднего уровня ХС ЛПВП в разных возрастных группах можно было отметить, что имеется достоверный подъем его концентрации у пациентов старшего возраста относительно младших в подгруппе с небольшим стажем работы (± 10 лет). Концентрация этого антиатерогенного холестерина в старшей возрастной группе была значимо (на $9,1\%$, $p > 0,05$) выше, чем в подгруппе младших. Несмотря на известное из литературы повышение уровня ХС ЛПВП с увеличением возраста, следует признать, что в этом случае происходил довольно значительный прирост уровня ЛПВП в крови у работников старшей группы.

Таблица 1. Распределение обследуемых лиц по группам в зависимости от возраста и пола

Пол	Первая группа		Вторая группа	
	I-A подгруппа	I-B подгруппа	II-A подгруппа	II-B подгруппа
Женщины	(n = 264)	(n = 117)	-	-
Мужчины	-	-	(n = 201)	(n = 68)

При анализе уровня ЛПНП было выявлено, что средняя расчетная концентрация наиболее атерогенной фракции ОХ – ХС ЛПНП, у «молодых» лиц с трудовым стажем, превышающим 10 лет, на 0,41 ммоль/л (11,2%) выше ($p < 0,01$), чем у пациентов с небольшим стажем (≤ 10 лет). Т.о., уровень ХС ЛПНП, также как и ОХ, оказался высокочувствительным к длительному действию отрицательных факторов производства (табл. 2).

Длительность работы не влияла на возрастную динамику роста ЛПОНП, триглицеридов и коэффициент атерогенности (КА). Вероятно, такая «устойчивость» КА была связана с изменениями в концентрациях ХС ЛПВП: как известно, КА при увеличении уровня ХС ЛПВП снижается.

Анализ частот встречаемости различных уровней липидов в организованной популяции показал, что распространенность желательной концентрации ОХ и ЛПНП у лиц старшего возраста была значительно меньше (на 15,7% и 14,1% соответственно), чем у молодых пациентов при небольшом профессиональном стаже (≤ 10 лет). Данный факт можно было объяснить одновременным действием на уровень ОХ и ЛПНП нескольких причин – влиянием производственных факторов (в течение 10 лет или менее) и естественным приростом концентрации ОХ и ЛПНП в крови с увеличением возраста обследуемых. В подгруппе молодых лиц с трудовым стажем более 10 лет число лиц с желательным уровнем ОХ и ЛПНП оказалось на 18,7% и 20,5% ниже, чем в подгруппе обследованных того же возраста, но с меньшим временем работы на предприятии. При длительной работе такого уменьшения частоты встречаемости ОХ и ЛПНП от младших к старшим не наблюдалось, и в подгруппе старшего возраста отрицательного влияния продолжительного профессионального стажа установить не удалось (39,3–42,4%, $p > 0,05$).

Пограничный и высокий уровни ОХ и ЛПНП были выявлены у четверти обследованных лиц и также зависели от стажа работы. Наиболее высокая частота выявления отмеченных признаков регистрировалась в подгруппе лиц до 40 лет со стажем работы более 10 лет: (29,5 и 30,3 % соответственно), что было на 9,9 и 12,7% выше по сравнению с лицами с менее продолжительным трудовым стажем ($p < 0,05$).

Затем у 80 человек из групп риска с диагностической целью выявления досимптоматических стадий атеросклероза была применена пульсогомоиндикация – метод диагностики и терапии, позволяющий

получить качественную и количественную оценку функционального состояния человека в целом, оценить адаптационные возможности организма, проводить анализ динамики состояния пациента в процессе лечения, а также создать оптимальный цикл лечения: диагностика-терапия-диагностика.

В методе использованы характеристики кровотока человека для анализа функционирования различных систем, органов и тканей.

Компьютерное обеспечение метода по результатам измерений рассчитывает несколько параметров кровотока:

4. величину среднего отклонения функционирования кровеносных сосудов от оптимума,
5. величину клеточно-тканного напряжения,
6. величину системного напряжения,
7. резкие изменения пульса,
8. наличие патогенных компенсаторных реакций.

Эти параметры являются индикаторами состояния здоровья.

Проведено обследование 80 пациентов (57 мужчин, 23 женщины), средний возраст 37,4±7,3 года, имеющих низкую физическую активность в сочетании как минимум с одним из основных факторов риска (повышенное АД, дислипидемия, курение), прошедших курс систематических сеансов пульсогомоиндикации.

Из 80 обследованных мужчин и женщин, вошедших в основную группу, у 30 – высокое артериальное давление (ВАД), 52 человека курили, у 14 человек была обнаружена дислипидемия (ДЛП) и у всех была выявлена низкая физическая активность. К лицам с дислипидемией относили пациентов со значениями общего холестерина $< 5,0$ ммоль/л (< 200 мг/дл), триглицеридов $< 1,7$ ммоль/л (< 155 мг/дл), холестерина липопротеинов высокой плотности $> 1,0$ ммоль/л (> 40 мг/дл), холестерина липопротеинов низкой плотности < 3 ммоль/л (< 115 мг/дл) (European Heart Journal, 2003). К лицам с ВНАД определили пациентов с АД 130–139/85–89 мм.рт.ст и мягкой артериальной гипертонией (1-й степени) с АД 140–159/90–99 мм рт.ст. (Российские рекомендации, 2004). Курящими считали пациентов, выкуривавших не менее одной сигареты ежедневно в течение последнего месяца или бросивших курить менее года назад.

В результате исследования выявлена четкая корреляция пульсогомоиндикации с увеличением общего холестерина, ЛПНП в сыворотке крови у пациентов и величиной коэффициента атерогенности.

Таблица 2. Содержание общего холестерина, ЛПНП в сыворотке крови у пациентов (в ммоль/л) и величина коэффициента атерогенности (в единицах), в зависимости от возраста и длительности производственного стажа.

Возраст	Общий холестерин			Холестерин липопротеидов высокой плотности			Коэффициент		
	Стаж		P	Стаж		P	Стаж		P
	≤ 10 лет	> 10 лет		≤ 10 лет	> 10 лет		≤ 10 лет	> 10 лет	
≤ 40 лет	5,13±0,08	5,50±0,10	$< 0,01$	1,21 ± 0,03	1,24 ± 0,04	$> 0,05$	3,49 ± 0,11	3,68 ± 0,13	$> 0,05$
> 40 лет	5,48±0,10	5,67±0,08	$> 0,05$	1,32 ± 0,04	1,33 ± 0,03	$> 0,05$	3,48 ± 0,13	3,66 ± 0,12	$> 0,05$
P	$< 0,01$	$> 0,05$	X	$< 0,05$	$> 0,05$	X	$> 0,05$	$> 0,05$	X

Учитывая полученные данные, на следующем этапе представлялось целесообразным исследовать эффективность общепринятых многофакторных немедикаментозных профилактических мероприятий (выдача рекомендаций по изменению образа жизни, снижению избыточной массы тела, отказа от курения, уменьшению потребления алкоголя, а также назначение гиполипидемической диеты и регулярных физических нагрузок) в соответствии с NCEP-ATP-III (2001). Такую работу провели со 146 пациентами (112 мужского пола, 34 женского пола) с ГЛП II-A типа (средняя концентрация по группе составляла 6,64 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,8 ммоль/л, КА – 4,97), разделенных на 2 подгруппы в зависимости от продолжительности наблюдения: 16 недель (78 человек) и 40 недель (68 человек). В связи с тем, что лабораторные исследования проводились дважды в год, одна часть пациентов выполняла данные врачом рекомендации летом, а другая – зимой. Вначале обработали полученные данные без учета сезона, в котором проводились профилактические мероприятия (табл. 4).

Назначение мероприятий по модификации образа жизни на протяжении 16 недель привело к значимому ($P < 0,05$) снижению ОХ (-8%) и ЛПНП (-11%). У пациентов, включенных в исследование профилактики атеросклероза на протяжении 40 недель, изменения липидного спектра были выражены в большей степени (ОХ – 13 %, ЛПНП – 18%; $P < 0,05$). Следовательно, более продолжительное по времени следование пациента врачебным рекомендациям по модификации образа жизни сопровождалось более выраженным снижением ОХ и его наиболее атерогенной фракции – ЛПНП.

Эффективность проводимых профилактических мероприятий зависела от сезона года. В теплый период года (с апреля по сентябрь) они были наиболее

эффективны (ОХ снизился на 16 %, ЛПНП на 22 % и КА – на 28%, $n = 62$, $p < 0,05$). В то же время, в холодный период времени изменения липидного спектра были не достоверны ($n = 64$, $p > 0,05$) (табл.3).

Сходные данные были получены и при анализе уровня фибриногена. Проведение профилактических мероприятий в теплый период времени с апреля по сентябрь приводило к его снижению на 23% от исходного уровня, тогда как в холодный период времени он снижался лишь на 9%. Данный факт мы связываем с сезонными флюктуациями большинства известных модифицируемых ФР, включая и показатели липидного спектра (Thompson G. R., 1989; Ардаматский Н.А. и соавт., 1998).

Учитывая недостаточную эффективность немедикаментозных методов нормализации уровня липопротеидов в холодный сезон года 46 пациентам, не достигшим целевого (желательного) уровня ОХ и ЛПНП и давшим согласие на исследование, были назначены сеансы пульсогомоиндикации (ПГИ) (аппликация выбранных препаратов непосредственно на пациента через антенну, либо на гомеопатическую крупку) в количестве 5–7, на протяжении 1,5 месяцев.

Заключение. Полученные данные показали, что назначение пульсогомоиндикации в дополнение к немедикаментозным методам профилактики атеросклероза позволило добиться снижения ОХ и ЛПНП на 21–29%. Побочных эффектов пульсогомоиндикации при лечении атеросклероза в нашем исследовании выявлено не было.

Таким образом, приведенные выше примеры доказывают высокую клиническую эффективность методов холистической медицины. Считаем целесообразным продолжать исследования в этом направлении.

Таблица 3. Влияние многофакторных профилактических мероприятий на биохимические показатели крови

Показатели Результаты	Процент изменений		Процент изменений		
	16 недель (n=78)	40 недель (n=68)	Весенне-летний период (n = 62)	Осенне- зимний период (n = 64)	Пульсогомоиндикация, 5–7 сеансов (n = 46)
ОХС, ммоль/л	-8**	-13**	-16**	-1	-21 **
ХС ЛПВП, ммоль/л	1	4	8	0	3
ТГ, ммоль/л	4	3	-10	11	1
ХС ЛПНП, ммоль/л	-11**	-18**	-22**	-2	-29 **
ХС ЛПОНП, ммоль/л	4	2	-10	11	0
КА, ед.	-13**	-18**	-28**	-3	-28 **
Протромбиновый индекс, %	-1	-2	-1	-2	-1
Фибриноген, мг/л	-2	-12*	-23**	9*	-2

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеев Д.С. Способ комплексной мануальной диагностики и лечения черепной патологии//Патент на изобретение №2389463, 2010 г.
2. Зилов В.Г., Миненко И.А., Хайруллин Р.Н. Досимптоматическая диагностика и восстановительное лечение атеросклероза методом пульсогемоиндикации //Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2011. Т. 13. № 3. С. 132–133.
3. Пономаренко Г.Н., Дидур М.Д., Мерзликин А.В., Маликов А.Я., Улащик В.С., Лебедев В.А., Кондрина Е.Ф., Болотова Н.Е., Шиман А.Г., Шоферова С.Н., Пирогова С.В., Мирютова Н.Ф., Жеваго Н.В., Махоткина Н.Н., Ключарева С.В., Странадко Е.Ф., Епифанов В.А., Толмачев С.В., Червинская А.В., Портнов В.В. и другие. Физическая и реабилитационная медицина//Москва, 2016. Сер. Национальные руководства.
4. Приказ МЗ РФ «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» от 10.12.97 №365.
5. Приказ МЗ РФ «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» от 27.08.99г. №337.
6. Методические рекомендации Минздрава России №2000/63.
7. Методические рекомендации МЗ РФ №2002/78.
8. Хайруллин Р.Н. Превентивная восстановительная коррекция атеросклеротических изменений у групп риска в досимптоматической стадии//диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2009.

REFERENCES:

1. Avdeev D. S. A way of complex manual diagnostics and treatment of cranial pathology//Patent on the invention No. 2389463, 2010 g.
2. Zilov V. G., Minenko I.A., Khayrullin R. N. DOSIMPTOMATIC DIAGNOSTICS AND RECOVERY TREATMENT of ATHEROSCLEROSIS by PULSOGEMOINDIKATION METHOD//the Electronic scientific and educational Health bulletin and education in the 21st century. 2011. T. 13. No. 3. Page 132–133.
3. Ponomarenko G. N., Disilly women M.D., Merzlikin A.V., Malikov A.Ya., Ulashchik V. S., Lebedev VA., Kondrina E.F., Bolotova N. E., Shiman A.G., Shoferova S.N., Pirogov S.V., Miryutov N. F., Zhevago N. V., Makhotkina N. N., Klyucharev S.V., Stranadko E.F., Yepifanov V.A., Tolmachev S.V., Chervinskaya A.V., Portnov V. V. and others. PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE//Moscow, 2016. It is gray. National leaders.
4. The order MZ Russian Federation "About the nomenclature of specialties in healthcare institutions of the Russian Federation" of 10.12.97 No. 365
5. The order MZ Russian Federation "About the nomenclature of specialties in healthcare institutions of the Russian Federation" from 27.08.99g. No. 337.
6. Methodical recommendations of the Russian Ministry of Health No. 2000/63.
7. Methodical recommendations of MZ Russian Federation No. 2002/78.
8. Khayrullin R. N. Preventive RECOVERY CORRECTION of ATHEROSCLEROTIC CHANGES AT RISK GROUPS IN the DOSIMPTOMATICHESKY STAGE// the thesis for degree of the doctor of medical sciences, Moscow, 2009.

РЕЗЮМЕ

Современный холистический подход основан на том, что не только все органы человеческого тела, но и физическое, психическое, эмоциональное и энергетическое начала в человеке неразрывны и взаимосвязаны. Рефлексотерапия, гомеопатия, мануальная терапия, остеопатия, фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, ароматерапия, аюрведа – примеры высокоэффективных методов и систем холистической медицины. В статье в качестве иллюстраций клинической эффективности методов холистической медицины приводятся материалы клинических исследований Миненко И.А. и Авдеева Д.С. по новой стратегии и тактике повышения результативности спортсменов путем краниосакральной терапии и материалы клинических исследований Хайрулина Р.Н. по восстановительной коррекции атеросклеротических изменений у групп риска в досимптоматической стадии.

Ключевые слова: холистическая медицина, рефлексотерапия, гомеопатия, мануальная терапия, остеопатия, фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, ароматерапия, аюрведа.

ABSTRACT

Modern holistic approach is based that not only all members of the body, but also the physical, mental, emotional and power beginnings in the person are indissoluble and interconnected. Reflexotherapy, homeopathy, manual therapy, an osteopathy, phytotherapy, a girudoterapiya, apiotherapy, an aromatherapy, an Ayurveda – examples of highly effective methods and systems of holistichesky medicine. Materials of clinical trials of Minenko I.A. and Avdeev D.S. "new strategy and tactics of increase of productivity of athletes by kraniosakralny therapy" and materials of clinical trials of Khayrullin R.N. "recovery correction of atherosclerotic changes at risk groups in a dosimptomatichesky stage" given in article as illustrations of clinical efficiency of methods of holistic medicine.

Keywords: holistichesky medicine, reflexotherapy, homeopathy, manual therapy, osteopathy, phytotherapy, girudoterapiya, apiotherapy, aromatherapy, Ayurveda.

Контакты:

Миненко И.А. E-mail: kuz-inna@yandex.ru