

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«Переяслав-Хмельницький державний педагогічний
університет імені Григорія Сковороди»

молодіжна громадська організація
«НЕЗАЛЕЖНА АСОЦІАЦІЯ МОЛОДІ»

студентське наукове товариство історичного факультету
«КОМІТЕТ ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРІЇ ТА СУЧАСНОСТІ»

МАТЕРІАЛИ

XIV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції
**«Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки
в країнах Європи та Азії»**

31 березня 2019 р.

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Матеріали XIV Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції **«Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії»** // Збірник наукових праць. – Переяслав-Хмельницький, 2019 р. – 168 с.

Материалы XIV Международной научно-практической интернет-конференции **«Проблемы и перспективы развития современной науки в странах Европы и Азии»** // Сборник научных трудов. – Переяслав-Хмельницький, 2019 г. – 168 с.

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР:

В.П. Коцур,

доктор історичних наук, професор, дійсний член НАПН України,
ректор ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди».

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

В.П. Коцур,

доктор исторических наук, профессор, действительный член НАПН Украины, ректор ГВУЗ «Переяслав-Хмельницький государственный педагогический университет имени Григория Сковороды».

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

С.М. Рик – к.ф.н., доцент;

Г.Л. Токмань – д.п.н., професор;

Н.В. Ігнатенко – к.п.н., професор;

В.В. Куйбіда – к.біол.н., доцент;

В.А. Вінс – к.псих.н.;

Ю.В. Бобровнік – к.і.н.;

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

С.М. Рик – к.ф.н., доцент;

Г.Л. Токмань – д.п.н., професор;

Н.В. Ігнатенко – к.п.н., професор;

В.В. Куйбіда – к.біол.н., доцент;

В.А. Вінс – к.псих.н.;

Ю.В. Бобровнік – к.і.н.;

Члени оргкомітету інтернет-конференції:

Ю.В. Бобровнік,

А.П. Король,

Ю.С. Табачок.

Члены оргкомитета интернет-конференции:

Ю.В. Бобровнік,

А.П. Король,

Ю.С. Табачок.

Упорядники збірника:

Ю.В. Бобровнік,

А.М. Вовкодав.

Составители сборника:

Ю.В. Бобровнік,

А.М. Вовкодав.

На кирлианограммах при ЖДА без тяжелых хронических заболеваниях наблюдается преобладание эндокринно-токсического типа свечения. При хронических системных заболеваниях в патогенезе и опухоли (лейомиома) по их патогенезу рано развиваются обменно-дистрофические процессы в клетках и необратимые структурные изменения соединительной ткани.

Выводы.

1. Особенности изображений газоразрядного свечения пальцев конечностей обследованных пациентов с ЖДА отличаются в соответствии с разными их патогенезами.
2. Они не зависели от степени анемии, но отражали тяжесть основной патологии.
3. В ряде случаев при отсутствии клинического ухудшения, на кирлианограмме были признаки прогрессии патологии, что имело прогностическое значение.
4. Использование кирлианографии целесообразно для оценки уровня компенсаторных реакций организма на патологию для назначения адекватной терапии.

Литература

1. Кирлиан С.Д. Авт. свид. №106401, кл. 603В 41/00, 1949.
2. Колтовой Н.А. Метод Кирлиан. 2018. Эл. ресурс: <https://koltovoi.nethouse.ru>,
3. Песоцкая Л.А., Третьяк Н.Н., Гайдукова С.Н. и др. Использование метода кирлиан-графической оценки функционального состояния организма человека для установления интоксикации и степени адаптации к ней/ Методические рекомендации, утвержденные Минздравом Украины 5.12.2006 г., г. Киев.
4. Песоцка Л.А., Пряжнікова Л.С., Цибульська І.В. и др.. Можливості використання методу кірліанографії у визначенні патогенезу хронічної анемії // Журнал практического врача. – 2009. - №4. – С 41 – 44.
5. Песоцкая, Е.А. Боброва, В.Ю. Полишко и др. Компенсаторные реакции адаптации при железодефицитной анемии // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. - Вип. 1 (91). – С. 161 – 163.
6. Потяженко М.М., Невойт А.В. Энергетическая система человека: эволюция повторного научного открытия // Укр. Мед. часопис. – 2019. - №2 (130), Т.2. – С. 1 – 4.
7. Mandel P. Energetische Terminalpunkt-Diagnos.-FRG, ESSEN.-1983.-190 p.
8. Железодефицитная анемия – мировая проблема. Эл. ресурс: www.oagb.ru/lib.php?txt_id=950

**Людмила Песоцкая, Елена Лелека, Ольга Науменк, Оксана Хозл,
Юрий Лоян, Татьяна Граблина
(Днепр, Украина)**

КИРЛИАН-ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Актуальность темы. Несмотря на большие достижения медицинской науки в разработке методов диагностики и терапии группы заболеваний с гипертензионным синдромом в последнем десятилетии, заболеваемость с наличием его увеличивается, а терапевтические мероприятия недостаточно эффективно предотвращают осложнения со стороны сосудов головы. По результатам масштабного исследования, проведенного при участии ВОЗ, за последние 40 лет вдвое увеличилось количество людей, страдающих от повышенного артериального давления [7]. Вследствие мозгового инсульта в Украине ежегодно умирают более 87 случаев на 100 тыс. населения [8].

Резервом в решении этой проблемы является использование нанотехнологий, выявляющих риск и патогенез гипертензии на до клинико-лабораторном этапе ее проявления. К таким методам относится метод кирлианографии, открытый супругами Кирлиан [2]. Развитие этого направления в газоразрядной визуализации электробиологических клеточных процессов в человеке получило широкое распространение в странах Европы, американского континента и России [3].

В 1983 г. П. Мандел (ФРГ) опубликовал диагностические критерии типов кирлиановского свечения короны вокруг пальцев конечностей человека для оценки функционального состояния [6]. Им установлено, что существует взаимосвязь между электрическим и физиологическим состоянием клеток. Изменения в одном из них влияют на другой. Поэтому структура кирлиановского изображения отражает состояние клеточного метаболизма в тканях органов.

Практическое значение имеет тот факт, что изменения на кирлианограммах появляются на энергоинформационном уровне регуляции до изменения метаболизма и биологических перестроек в клетке, оставаясь характерным и для стадии клинических проявлений заболеваний. При этом, структура кирлиановского изображения закономерно меняется, отражая стадии заболевания. Выявление комплекса таких изменений для отдельных патологических состояний позволит сформировать группу риска по данной патологии. Ранее нами проводились исследования в этом направлении [1, 4, 5], что требует дальнейшего изучения.

Целью работы было выявить изменения на кирлианограммах при гипертензионном синдроме различного патогенеза в сравнении с данными стандартных клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Материал и методы исследований. Методом кирлианографии на рентгеновской пленке обследовали 36 пациентов неврологического отделения дорожной клинической больницы с гипертензией

на фоне гипертонической болезни и вегетососудистых расстройств. Диагноз был установлен по результатам стандартных клинико-лабораторных и инструментальных методов, в том числе, реоэнцефалографии, ультразвуковой диагностики магистральных сосудов головы. Кирлианографию пальцев рук проводили на приборе «РЕК 1», разработанный УкрНИИ технологий машиностроения (г. Днепропетровск). Формировали группы пациентов по критериям типов свечения по П. Манделу.

Нормальный тип свечения характеризуется короной свечения вокруг всех пальцев рук с четким цельным внутренним кольцом, средним стримерным слоем и внешней люминесценцией (рис. 1). Для эндокринного типа свечения характерны выпадения стримеров в короне. Неравномерное их расположение характерно для астенизации, эмоциональной лабильности, вегетососудистой дистонии. При развитии метаболических биохимических реакций организма на неблагоприятные внутренние или внешние факторы среды в короне свечения появляются различной формы точечные изображения.

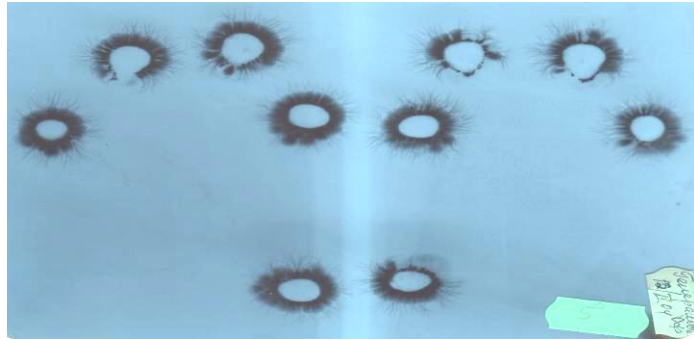


Рис. 1. Кирлианограмма пальцев рук

При появлении дистрофических, а затем структурных перестроек в клетке и тканях для кирлиановского изображения характерно частичное или сплошное уплотнение стримерного слоя в короне свечения - дегенеративный тип свечения. Для начала этого этапа патологического процесса характерны частичное уплотнение стримеров ближе к овалу, в отдельных зонах, на отдельных пальцах, соответствующих определенным органам и системам по патогенезу заболевания. По мере тяжести процесса на кирлианограмме исчезает рисунок стримеров, увеличивается площадь засветки пленки, что отражает переход на анаэробный путь гликолиза, с преобладанием не световых, а тепловых эффектов (рис. 2).

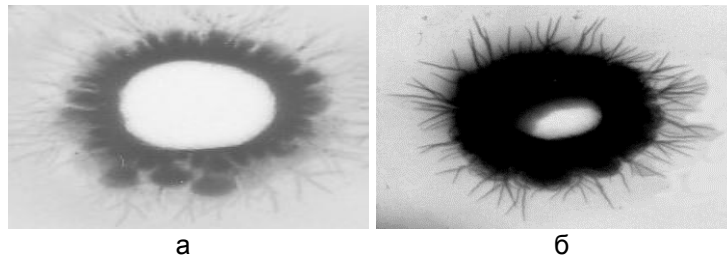


Рис. 2. Дегенеративный тип свечения

В этой стадии электрофизического состояния организма уже имеет место сформированное заболевание с клинико-лабораторными проявлениями. По кирлианограмме в данном случае можно оценивать эффективность терапевтических мероприятий.

По типу кирлиановского свечения обследованных больных разделили на 2 группы. В первую группу вошли 14 пациентов с признаками эндокринного типа свечения и эмоциональной неуравновешенности. Во вторую группу - 22 больных без них, с признаками частичной дегенерацией в заинтересованных, по топографии патологического процесса, секторах (сосуды головы на 3 пальце, позвоночник на 2 пальце). Полная дегенерация у обследованных пациентов встречалась редко.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты анализа РЭГ и кирлианограмм обследованных лиц представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели РЭГ и кирлианограмм у пациентов с гипертонией

Гр.	1	1	1	2	2	2	2	3	4	4	5	5	6	7
%	Н	П	З	Н	П	Гт	З	+	Н	З	Н	П	+	+
1	71,4	28,6	0	21,4	0	42,9	35,7	42,9	64,3	35,7	21,4	78,6	57,1	35,7
2	90,9	9,1	0	9,1	27,2	50,0	13,6	9,1	13,6	86,3	0	100	54,5	13,6
Гр	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
%	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1	35,7	28,6	42,9	14,3	14,3	14,3	100	100	100	100	35,7	0	35,7	14,3
2	86,3	77,2	63,6	0	0	0	86,3	0	22	27,2	63,6	0	27,2	36,4

Примечание: Н-норма, П-повышен, Гт-гипертонус, С-снижен, + обнаружено, - признака нет. Показатели РЭГ: 1- пульсовое кровенаполнение, 2- тонус артериальных сосудов, 3- дистонична неустойчивость, 4- эластичность

сосудистой стенки, 5- венозное кровенаполнение, 6- венозный застой, 7- в ортопробе показатели РЭГ без динамики, 8- с гипертонусом артериальных сосудов, 9 с ухудшением венозного оттока, 10- с венозным застоем, 11- с улучшением венозного оттока, 12- с гипотонусом артериальных сосудов, 13- с тенденцией к нормализации показателей РЭГ. Показатели кирлиан-фотографии: 14-выпадения в короне в области сосудов головы, 15- признаки эмоциональной лабильности, 16- выпадения в области позвоночника, 17-выпадение в других зонах короны (эндокринный тип свечения), 18- признаки частичной дегенерации в короне, 19- дегенеративный тип свечения в короне на всех пальцах.

К 1-ой группе пациентов отнесли всех с выпадениями в короне свечения в области сосудов головы и позвоночника на фоне эмоциональной лабильности, вегетососудистых расстройств. На РЭГ у них чаще, чем по 2-ой группе пациентов наблюдали признаки дистонии сосудов, улучшение гемодинамики в ортопробе с уменьшением случаев с венозным кровенаполнением, застоем, артериальным гипертонусом. Полученные данные свидетельствуют о значительной роли в изменениях функционального состояния сосудов у этих пациентов, уже с клиническими проявлениями гипертензии, эмоционально-вегетативной дисфункции.

Во 2-ой группе пациентов выпадения в короне свечения в области позвоночника, но без признаков эмоциональной лабильности, наблюдались у всех. Это свидетельствовало о весомой роли в возникновении гипертензии у них патологии в позвоночнике. При отсутствии у некоторых пациентов выпадений в зоне сосудов головы, в последней наблюдались признаки частичной дегенерации, что свидетельствовало о более глубоких патологических изменениях в сосудах. Среди показателей РЭГ у этих больных наблюдали в 2 раза чаще, чем в 1-ой группе, снижение эластичности сосудистой стенки. В ортопробе, по сравнению с 1-ой группой, у них были чаще случаи повышения тонуса артериальных сосудов с ухудшением венозного оттока и застоя. Это предполагает наличие патологии позвоночника, что определяет тактику ведения больного. Рентгенологически у них выявлялись остеохондроз, смещение дисков в позвонках, межпозвоночные грыжи.

В таблице 2 представлены результаты ультразвукового обследования магистральных сосудов головы у пациентов обеих групп.

Таблица 2. Показатели доплер МАГ у пациентов с гипертензией

Гр.	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
%	1ст.	2 ст.	3 ст.	Н	норма	П	1ст.	2ст	3ст	М	Ср	К
1 гр	16,2	19,1	7,4	16,1	32,3	29,4	16,9	12,1	6,4	31,2	19,5	-
2 ст.	17,8	38,8	11,8	2,1	4,3	68,5	26,1	59,1	16,1	72,1	39,5	2,6

Примечание: 1- локальные утолщения интимы, 2- скорость кровотока, 3- деформация позвоночных артерий, 4- атеросклеротические бляшки, 1ст.- изменения 1 степени, 2ст.-изменения 2 степени, 3ст.- изменения 3 ст., Н- низкий, П- повышенный кровоток, М- мелкие бляшки, Ср.- средние бляшки, К- крупные бляшки.

В 1-ой группе обследуемых лиц преобладали утолщения интимы 1 степени, нормальная скорость мозгового кровотока, деформация позвоночных артерий 1 степени. Во второй группе больных - утолщения интимы 2 степени, повышенная скорость мозгового кровотока, деформация позвоночных артерий 2 степени. В 1-ой группе отмечается наличие мелких бляшек у трети пациентов при отсутствии средних и крупных, во второй группе - преобладание мелких (72,1%) и средних (39,5%). При схожести показателей РЭГ и доплер МАГ у пациентов с гипертонической болезнью данные кирлианографии могли отличаться по типу свечения, что позволяло оценить степень патологии и прогноз течения заболевания.

Выводы. Полученные данные анализа кирлианограмм пальцев рук у пациентов с гипертензионным синдромом соответствуют результатам инструментальных методов. Использование кирлианографии целесообразно у практически здоровых лиц для формирования групп риска по данной патологии, а также у пациентов для изучения его патогенеза и индивидуализации терапии.

Литература:

1. Использование экспресс-метода Кирлиан-графической оценки функционального состояния организма человека для установления сосудистых нарушений в области головы и адаптации организма к ней / Э.Л. Мачерет, О.П. Минцер, Г.М. Чуприна, Л.А. Песоцкая и др. // Методические рекомендации МОЗ Украины от 8.11.04 г.. № 275, Киев.— 2005. - 10 с.
2. Кирлиан С.Д. Авт. свид. №106401, кл. 603В 41/00, 1949.
3. Колтовой Н.А. Метод Кирлиан. 2018. Эл. ресурс: <https://koltovoi.nethouse.ru>,
4. Минцер О.П., Песоцкая Л.А., Глухова Н.В. Способ определения нарушений энерго-информационного гомеостаза человека /Патент Украины на корисную модель №100867, дата подачи заяв. 6.04.2016, опублик. 25.10.2016 р. Бюл. №20.
5. Песоцкая Л.А. и др.. Способ экспресс-диагностики психоэмоционального состояния человека / Патент Украины на корисну модель №49283 А61В5/05 от 16.09.02, Бюл. №9, 2002.
6. Mandel P. Energetische Terminalpunkt-Diagnos.-FRG, ESSEN.-1983.-190 p.
7. Эл. ресурс: <https://korrespondent.net> › Наука
8. Эл. ресурс: <https://zn.ua/UKRAINE/zabolevaemost-mozgovym-insultom-v-ukraine-sostavlyayet-8-29-okt-2018-g>.