

**ТЕЗИ НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ ТА ПЛЕНУМУ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ, ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА НАРКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ»
(м. Чернівці, 23—25 вересня 2010)**

УДК 616.8-009:615.825.6

МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ЦНС**В. Ф. Барыбин***Частная лаборатория «Фундаментальные исследования и прикладные решения», г. Харьков**Ключевые слова:* ЦНС, спинорные компоненты, частотно-параметрическая регуляция активности ферментных систем

Показана кореляція частотних характеристик ЦНС з частотними характеристиками елементарних частиць в сверхнизкочастотном діапазоні і їх зв'язь со спинорними компонентами. Раскриваються механізми параметричної активації ферментних систем організму частотами низкочастотного і сверхнизкочастотного діапазонів.

Р. Пенроуз, совместно с С. Хамероффом, изучая нейроны мозга, выдвинул гипотезу о существовании корреляции квантово-механических характеристик электронов с нейрофизиологическими процессами. Положения о корреляции частотных характеристик биоритмов мозга с квантово-механическими характеристиками элементарных частиц развивались и в работах автора, и в настоящее время их можно считать доказанными.

Проведенные эксперименты по активации сред дают основание утверждать существование спинорного слоя элементарных частиц, обусловленного низкочастотными и сверхнизкочастотными характеристиками и таким образом спектр частот биоритмов мозга коррелирует с частотными характеристиками элементарных частиц. Учитывая эти положения, можно утверждать, что в биообъектах электрохимический механизм передачи сигнала взаимообусловлен, в силу специфического характера действия частот низкочастотного и сверхнизкочастотного диапазонов, со спинорной составляющей. Таким образом, на уровне процессов ЦНС проявляется спинорно-полевая компонента функционирования.

В ходе экспериментов по активации сред нами показана способность сред, в том числе и жидких, к передаче сигналов частотно-потенциального характера и способность сред к хранению информации на ядерном уровне по модели: $f = (f_1 \cdot (f_2 \cdot (f_3 \cdot (\dots)^2)^2)^2)^2$ (где: f_i — репрезентативные частоты элементарных частиц; f — параметрическая частота), когда частотная конфигурация определяет энергетическую и информационную компоненты системы. Напомним, что головной мозг содержит до 90 % жидкости и, таким образом, проведенные эксперименты по проверке способности воды к хранению и передаче информации открывают дополнительные механизмы кратковременной и долговременной памяти головного мозга.

В ходе исследований нами было выяснено, что диапазон частот ЦНС соответствует диапазону частот активации химических элементов, в частности металлов. С этой точки зрения вполне обосновано утверждать существование механизмов частотно-параметрической регуляции ЦНС активности металлосодержащих ферментов организма.

Как показали исследования, один из подходов нормализации обменных процессов, на клеточном уровне, связан с возможностью активации уровня ферментной активности с применением активированных сред. Другой подход связан с частотно-параметрическим воздействием.

Известно, что большинство белков митохондриальных мембран — металлосодержащие; в состав их входят атомы переходных металлов, способные к окислительно-восстановительным переходам. С процессами окисления непосредственно связано образование аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ). Вопрос о том, как перенос электронов приводит к образованию высокоэнергетической фосфатной

связи в молекуле АТФ, решается в рамках хемиосматической теории (по П. Митчеллу). основополагающий принцип теории заключается в обосновании модели сопряженного процесса переноса электронов с синтезом АТФ, обеспечиваемого электрохимическим потенциалом протонов на митохондриальной мембране. Таким образом, первичным процессом, утилизирующим энергию, является перенос протонов через внутреннюю мембрану митохондрий.

Учитывая, что частоты биоритмов мозга обеспечивают репрезентативность параметрических частот элементарных частиц, мы и выходим на механизмы частотной регуляции ЦНС биохимических процессов организма, начиная с клеточного уровня.

УДК 616.379-008.64: 616.8]-085.22

**ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ
З ДОДАТКОВИМ ПРИЗНАЧЕННЯМ МІЛДРОНАТУ****І. І. Білоус, Н. В. Васильєва, О. Б. Яремчук, Л. Б. Павлович**
*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці**Ключові слова:* діабетична поліневропатія, цукровий діабет

Цукровий діабет залишається однією з найскладніших медико-соціальних проблем. Одним з найчастіших ускладнень цукрового діабету є діабетична поліневропатія. Нами було обстежено 88 хворих на цукровий діабет II типу, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 38 жінок та 50 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня важкості спостерігався у 84 хворих, у 4 хворих — важкий. 14 хворих були в стані компенсації захворювання, 74 — в стані субкомпенсації. Пацієнтів поділено на 3 групи: I гр. — хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. — хворі на ЦД терміном до 10 років (32 хворих); III гр. — хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих). Додатково хворі були поділені на дві підгрупи. I підгрупа — 42 пацієнти, які отримували базисну терапію; вона включала дієту № 9, манініл по 5 мг двічі на добу або інсулінотерапію (2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7 — 1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5мл внутрішньовенно крапельно на 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни В₆, В₁₂; II підгрупа — 46 пацієнтів, які на фоні базисного лікування отримували МД 10 % — 5 мл внутрішньовенно 1 раз на добу впродовж двох тижнів. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія). Визначали амплітуду М-відповіді ліктьового нерва шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ. У хворих I групи з тривалістю ЦД до одного року відмічалось зниження амплітуди М-відповіді *n. ulnaris* на 18,1 % порівняно з контролем ($p > 0,05$). В міру збільшення тривалості захворювання амплітуда прогресивно знижувалася. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилася на 26,3 % ($p > 0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалось зменшення амплітуди М-відповіді *n. medianus* на 29,2 % порівняно з контролем ($p < 0,05$). При проведенні ЕНМГ дослідження в динаміці виявлено, що у хворих I групи амплітуда М-відповіді після базисного лікування майже не змінилася ($p > 0,05$); після додаткового призначення МД підвищилася на 14,9 % ($p > 0,05$). У пацієнтів з тривалістю ЦД до 10 років відмічалось збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8 % ($p > 0,05$), після додаткового призначення МД — на 23,5 % ($p < 0,05$). У хворих III групи після базисного лікування

амплітуда М-відповіді підвищилася на 6,1 % ($p > 0,05$); після додаткового призначення МД — на 20,9 % ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих із вперше виявленим ЦД та при незначній тривалості захворювання спостерігається зниження амплітуди М-відповіді, що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Прогресування ДПН супроводжується подальшим зниженням амплітуди М-відповіді. Оптимальний результат лікування відмічається при початкових стадіях діабетичної поліневропатії, а також за тривалості ЦД до 10 років, що свідчить про необхідність проведення лікувальних заходів до розвитку виражених структурних змін у периферичних нервах.

УДК 616.831-005-036.22-036.1

ПОЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ

Б. А. Булеца, Н. Н. Адамчо, О. Р. Пулик

Ужгородський національний університет

Ключові слова: інсульт, поетапне лікування, ішемічний інсульт

Відомо, що хворі, які перенесли мозковий інсульт, вписуються із стаціонару і направляються під спостереження невролога в поліклініку. Це — традиційний метод лікування мозкових інсультів. Ми пропонуємо поетапне, пролонговане лікування, яке полягає в такому: хворого лікують в загальній реанімації або в блоці інтенсивної терапії (перший етап), після — рання реабілітація в судинному відділенні (другий етап), а потім зразу після стаціонарного лікування направляємо хворого в санаторій «Карпати» (третій етап). Таким чином хворому проводиться пролонговане лікування, яке займає біля 4-х тижнів.

На першому і другому етапі проводиться медикаментозна лікування, на третьому — фізіотерапія, механотерапія, бальнеотерапія, масаж, ЛФК, акупунктура. Проводили лікування у 60 хворих з ішемічним інсультом. Щоб отримати більш достовірні дані, взяли тільки чоловіків працездатного віку з ураженням передньої і середньої мозкової артерії. Основну увагу звернули на відновлення геміпарезів. В усіх хворих були помірні геміпарези. Після статистичного оброблення отримали такі дані: із 30 хворих, яким проводили поетапно-пролонговане лікування, у 28 (93,3 ± 0,05 %) повністю відновились рухові розлади, і хворі приступили до роботи, а при лікуванні традиційним методом відновлення спостерігалось тільки у 10 (33,3 ± 0,05 %).

Таким чином, поетапно-пролонгований метод лікування хворих із ішемічним інсультом оправдує себе і бажано направляти в санаторії «Карпати» не тільки хворих із Закарпаття, а й із других регіонів України.

УДК 616.711-085.828

ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГІЯ НА УКРАЇНІ — КОНЦЕПЦІЯ РАЗВИТИЯ

Бучакчийская Н. М., Харченко И. И., Марамуха И. В., Бахарева Л. В., Марамуха В. И., Левадная А. В.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, КУ «Запорожская областная клиническая больница». г. Запорожье

Ключевые слова: вертеброневрология, мануальная терапия, остеохондроз позвоночника

Лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является чрезвычайно актуальной проблемой неврологии в связи с достаточно высоким процентом нетрудоспособности и инвалидизации пациентов с этой патологией. Болевой вертебральный синдром, учитывая, как правило, хронически-рецидивирующий характер заболевания, резко снижает качество жизни больных. Традиционное лечение проводится с использованием сложных комбинаций медикаментозных средств, с включением нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов, анальгетиков, стероидных гормонов и пр., что влечет за собой значительные экономические затраты, усиливает алергизацию организма. Все вышеизложенное обосновывает

целесообразность активного внедрения эффективных и незатратных методов лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночного столба.

Наша специализированная клиника имеет более чем 30-летний опыт лечения больных, страдающих остеохондрозом позвоночника. Основными методами лечения являются кинезиотерапевтические, главной составляющей которых является мануальная терапия (МТ). За эти годы в нашей клинике прошли лечение около 30 тыс. больных, накоплен большой клинический опыт. На базе клиники защищены 2 докторские и 12 кандидатских диссертаций, поддерживаются тесные связи с ведущими специалистами ближнего и дальнего зарубежья. На протяжении многих лет мы являлись Всесоюзной, а затем и Всеукраинской школой мануальной терапии — подготовлены сотни специалистов, владеющих методами МТ. Нами дополнены и разработаны концепции обследования и лечения вертеброгенных больных. Так, всем без исключения больным предварительно, перед началом лечения, проводятся общеклинические, нейроортопедические обследования, а также рентгеноспондилография, КТ- и МРТ-исследования. В лечении преимущество отдается щадящим составляющим МТ — различным видам массажа, мышечным тракциям, мобилизациям. Манипуляции мы не применяем. Широко используется тракционное лечение — подводное поясничное вытяжение, «сухие» тракции на столах специальных конструкций, весь спектр физиотерапевтических процедур. Медикаментозные препараты в лечении мы практически не используем. Благодаря нашим разработкам (приемы «мягкой» МТ), нам удалось добиться быстрого купирования болевого вертеброгенного синдрома, улучшения вертебродинамики, уменьшения сроков лечения.

Наш опыт позволяет утверждать о необходимости более широко внедрения методов МТ практикующими врачами в лечение больных, страдающих остеохондрозом позвоночника. К сожалению, стоит отметить, что за последние годы намечилось некоторое отставание, в развитии вертеброневрологии на Украине. Весьма желательно было бы создание специализированных изданий, подобных издающимся в других странах — таких научных журналов как «Мануальная терапия», «The Journal of Manual & Manipulative Therapy» и пр., становление полноценных ассоциаций мануальных терапевтов, вертеброневрологов, остеопатов. Подобный опыт есть во многих цивилизованных, со значительным научным потенциалом государствах, каким, вне всякого сомнения, и является Украина.

УДК 616.831-005.1

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Г. В. Вакарчук¹, О. В. Бесединська²

¹ *Центр невідкладної неврології,*

² *Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Ключові слова: ішемічний інсульт, ліпідний профіль, патогенез

На сьогодні серед найбільш пріоритетних проблем клінічної неврології судинні захворювання головного мозку міцно утримують лідируюче положення. Цереброваскулярна патологія займає третє місце серед причин смертності і є головним чинником інвалідизації у розвинених країнах.

Метою цього дослідження було визначити динаміку ліпідного профілю у хворих на ішемічний інсульт. У дослідженні взяли участь 106 хворих обох статей, середній вік — 63,28 ± 7,61 р., які перебували на стаціонарному лікуванні у Центрі невідкладної неврології лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці.

Встановлено, що у процесі лікування хворих на ішемічний інсульт загальна концентрація тригліцеридів плазми практично не змінювалась: 3,37 ± 0,97 ммоль/л при надходженні проти 3,23 ± 0,88 ммоль/л при виписці, $p > 0,05$. Більш показовими були зміни концентрації холестеролу, незважаючи на відсутність спеціально спрямованої терапії: