

Винахід відноситься до галузі медицини, фізіології і психології, може бути використаний для дослідження, корекції, лікування і профілактики різноманітних патологічних станів, переважно психосоматичних (гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба 12-палої кишки, бронхіальна астма, нейродерміт, цукровий діабет, виразковий коліт), психічних та поведінкових розладів, аменореї, гіпоталамічних і нейроендокринних синдромів, нейроциркуляторної дистонії, нейроалергічних синдромів, а також алкоголізму і наркоманії.

Відомо, що достовірність і валідність дослідження, ефективність корекції і профілактики патологічних станів у суб'єкта значною мірою залежать від: стану нейровегетативної, нейрогуморальної, нейроендокринної і нейроімунної ланок з інтеграцією центральних механізмів взаємодії останніх у структурах гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярного комплексу; властивостей особистості і психоемоціонального стану пацієнта.

Терапію і профілактику патологічних станів здійснюють з дотриманням принципів адекватності, комплексного й етапного підходу, моніторингу (постійного контролю стану пацієнта) і корекції планів лікування на основі результатів дослідження функціонального стану пацієнта з наступним вибором коригуючих впливів - хімічних, фізичних, психотерапевтичних факторів і їхніх різноманітних сполучень.

З позицій сучасної концепції здоров'я перспективними для розробки варто визнати засоби терапії і профілактики різноманітних патологічних станів, що враховують багатомірний нелінійний характер взаємодій функціональних і патологічних систем і їхніх ланок між собою і показниками ефективності терапевтичних і профілактичних впливів. Крім того, практична медицина має потребу в розширенні арсеналу вищевказаних засобів, адаптованих для моніторингу. Відповідно до останньої вимоги при багатократному (до декількох разів у день протягом тривалого проміжку часу) використанні засоби дослідження функціонального стану повинні позитивно сприйматися пацієнтами і не викликати наростаючого подразнення, оскільки це може спотворити результати дослідження і відповідно знизити ефективність терапії і профілактики.

Варто врахувати, що центральною ланкою в етіології і патогенезі багатьох патологічних станів, розглянутих з позицій хвороб нервової регуляції, являються порушення функцій гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярного комплексу. Існуючі методи дослідження патологічних станів не , дозволяють у достатній мірі здійснювати багатомірну оцінку і моніторинг показників, які відбивають як інтегральну картину стану, так і функції різноманітних систем організму. Ця обставина є одною з основних причин низької ефективності цільової корекції і профілактики патологічних станів, особливо хронічних і рецидивних форм з стертою клінікою.

В зв'язку з вищевикладеним представляють інтерес подальші дослідження в руслі концепції ретино-гіпоталамічної функціональної системи і ретинорефлексогенних зон, що відображають стан організму, його гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярного комплексу і інших функціональних систем у нормі і при патології, а також властивості особистості [Бусурін М.Ю., Копилова Т.Г. Проміжний звіт об НДР (1998) «Розробити основні положення щодо створення принципово нових методів корекції і лікування різноманітних патологічних станів на основі вивчення фізіологічних і патофізіологічних особливостей ретино-гіпоталамічних і інших ретино-церебральних зв'язків і їхніх впливів на міжцентральні співвідношення в умовах експерименту і клініки», № державної реєстрації 0198U001649].

Відомий спосіб корекції і профілактики патологічних станів (наприклад, хронічний атопічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма, атопічний дерматит, дермато-респіраторний синдром, поліноз), який включає дослідження функціонального стану пацієнта і клінічної картини патологічного стану з урахуванням результатів імунодіагностики і на підставі результатів такого дослідження - вибір і застосування імуномодуючої терапії [Клиническая иммунология: Руководство для врачей/ Под ред. акад. РАМН Е.И.Соколова. - М.: Медицина, 1998. - С.57-78, 191-208.].

Загальними ознаками аналога і способу, що заявляється, являються дослідження функціонального стану пацієнта і на підставі аналізу результатів цього дослідження вибір корекційних і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів і/або їхніх різноманітних сполучень.

Зазначений спосіб недостатньо ефективний, оскільки не забезпечує можливості диференційованого вибору корекційних, терапевтичних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням взаємодії функціональних і патологічної систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс. Зазначений спосіб заснований на лінійній моделі, яка описує зв'язок показників імуно-алергологічного статусу з ефективністю вибраного комплексу коригуючих впливів, що також відноситься до його недоліків. Спосіб-аналог не дозволяє вибрати адекватні імуномодуючі впливи при наявності в пацієнта показаних тривоги, страху або супутніх психічних і поведінкових розладів, оскільки останні істотно впливають на показники імунограми і можуть обумовити неправильні висновки про функціональний стан пацієнта і неадекватний вибір корекційних і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів.

Відомий спосіб корекції і профілактики патологічних станів - метод R.Voll, що включає багатомірну оцінку функціонального стану пацієнта з урахуванням результатів рефлексодіагностики розладів репродуктивної функції, вибір і диференційоване застосування різноманітних (рефлексо-, аромо-, вітаміно-, гормонотерапії) коригуючих впливів [Нетрадиционные методы диагностики и терапии / И.З.Самосюк, В.П.Лисенюк, Ю.П.Лиманский и др. - К.: Здоров'я, 1994. - С.24-136].

Загальними ознаками аналога і способу, що заявляється, являються дослідження функціонального стану пацієнта і на підставі результатів цього дослідження вибір корекційних і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему.

Зазначений спосіб також недостатньо ефективний, оскільки не дозволяє вибрати корекційні, терапевтичні і профілактичні впливи на патологічну систему й антисистему з урахуванням характеру взаємодії функціональних і патологічної систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс.

Як прототип вибрано відомий спосіб корекції і профілактики патологічних станів (наприклад, психічних і поведінкових розладів), який включає дослідження функціонального стану по відомому методу M.Luscher [Тітєвський С.В. Лонгitudинальне дослідження психічних розладів у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС: Автореферат дисертації д-ра мед. наук: 14.01.16 - психіатрія / Укр. НДІ соціальної та судової психіатрії - К., 1999. - с.1-38]. Спосіб включає пред'явлення пацієнту оптичних стимулів, визначення

реакцій пацієнта на оптичні стимули, зіставлення реакцій пацієнта на оптичні стимули з відомим переліком реакцій при даному патологічному стані, вибір коригуючих і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти, тімостабілізатори, ноотропи, фізіо- і рефлексотерапія, психокорекція, методи психологічного і соціального впливу й інші) і/або їхніх різноманітних сполучень на підставі результатів указанного зіставлення.

Загальними ознаками прототипу і способу, що заявляється, являються дослідження функціонального стану пацієнта шляхом пред'явлення йому оптичних стимулів, визначення реакцій пацієнта на оптичні стимули, зіставлення реакцій пацієнта на оптичні стимули з відомим переліком реакцій при даному патологічному стані, вибір коригуючих і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів і/або їхніх різноманітних сполучень на підставі результатів указанного зіставлення.

Спосіб, вибраний як прототип, характеризується недостатньою терапевтичною ефективністю, оскільки не дозволяє здійснювати комплексну багатомірну оцінку функціонального стану пацієнта, не забезпечує можливості диференційованого вибору, як різноманітних сполучень, так і окремих коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічної систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу корекції і профілактики патологічних станів, у якому за рахунок особливостей дослідження функціонального стану пацієнта забезпечується можливість диференційованого вибору, як різноманітних сполучень, так і окремих коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічної систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс.

Спосіб, що заявляється, також дозволяє здійснювати моніторинг тонких, не завжди доступних іншим методам діагностики, але в частині випадків винятково важливих змін у стані пацієнта, що у свою чергу уможливіє підвищити адекватність вибору коригуючих і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів або їхніх сполучень, а також гнучку корекцію планів лікування в різноманітних напрямках.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі корекції і профілактики патологічних станів, що включає дослідження функціонального стану пацієнта шляхом пред'явлення йому оптичних стимулів, визначення реакцій пацієнта на оптичні стимули, зіставлення реакцій пацієнта на оптичні стимули з відомим переліком реакцій при даному патологічному стані, вибір коригуючих і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів і/або їхніх різноманітних сполучень на основі результатів указанного зіставлення, відповідно до винаходу, у процесі дослідження функціонального стану запропоновані пацієнту оптичні стимули розташовують за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, при цьому пацієнту повторно пред'являють оптичні стимули після діагностичного впливу на організм і/або психіку пацієнта.

Зазначені ознаки складають сутність винаходу.

Рецептивний простір - форма об'єктивного зовнішнього простору, що виявляється як спосіб взаємодії оптичних стимулів через рецепторний апарат (сітківку) з гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярними структурами в умовах функціонального гальмування зорової (ретино-коркової) системи.

В одному із можливих варіантів реалізації винаходу розташування оптичних стимулів за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки пропонують виконати пацієнту шляхом самостійного формування зорових або рецептивних просторів.

У другому варіанті розташування оптичних стимулів за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки здійснюють шляхом формування заданих перцептивних зорових або рецептивних просторів, запропонованих пацієнту.

Причинно-слідний зв'язок ознак, що складають сутність винаходу, з технічним результатом, що досягається (можливість диференційованого вибору як різноманітних сполучень, так і окремих корекційних, терапевтичних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічної систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс) виражається в наступному.

Основою винаходу являються концепція ретино-гіпоталамічної функціональної системи і локальних ретинорефлексогенних зон у регуляції функціональних систем людського організму [Бусурін М.Ю., Копилова Т.Г. Проміжний звіт об НДР (1998) «Розробити основні положення щодо створення принципово нових методів корекції і лікування різноманітних патологічних станів на основі вивчення фізіологічних і патофізіологічних особливостей ретино-гіпоталамічних і інших ретино-церебральних зв'язків і їхніх впливів на міжцентральної співвідношення в умовах експерименту і клініки», № державної реєстрації 0198U001649]. Відповідно до цієї концепції, ретино-гіпоталамічна функціональна система відбиває функціональний стан організму в цілому, його гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярного комплексу й інших систем, а також особливості їхньої взаємодії, що зовнішньо виявляється в патернах активності ретинорефлексогенних зон, з одного боку, і в характерних картинах перцептивних зорових і рецептивних просторів, що викликають певні реакції пацієнта, з другої сторони.

Авторами також уперше встановлено, що в ряді випадків на етапах між загостреннями або хиткої ремісії певних хронічних захворювань дослідження реакцій ретино-гіпоталамічної функціональної системи у відповідь на діагностичний вплив на організм і/або психіку пацієнта дозволяє вибрати найбільше ефективні коригуючі і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і їх сполучення. Це особливо важливо в тих випадках, коли дослідження патологічного стану, проведені з використанням відомих методів, не дозволяє точно вибрати найбільше ефективні коригуючі і профілактичні впливи, що приводить до зниження ефективності лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів.

Спосіб, що заявляється, дозволяє здійснювати диференційований вибір коригуючих і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням або на основі результатів дослідження ретино-

гіпоталамічної функціональної системи, що відбиває як стан і властивості особистості пацієнта, так і стан гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярного комплексу й істотні особливості патологічної системи й антисистем.

Таким чином, з урахуванням вищесказаного, ознаки, що складають сутність винаходу (дослідження функціонального стану пацієнта шляхом пред'явлення йому оптичних стимулів, розташування оптичних стимулів за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, повторне пред'явлення оптичних стимулів після діагностичного впливу на організм і/або психіку пацієнта, визначення реакцій пацієнта на оптичні стимули, зіставлення реакцій пацієнта на оптичні стимули з відомим переліком реакцій при даному патологічному стані, вибір коригуючих і/або терапевтичних і/або профілактичних впливів і/або їхніх різноманітних сполучень на основі результатів указанного зіставлення), знаходяться в причинно-слідчому зв'язку з результатом, що досягається.

Нижче наводиться докладний опис способу, що заявляється, а також приклади його конкретної реалізації.

Спосіб корекції і профілактики патологічних станів, що заявляється, здійснюють таким чином:

пред'являють пацієнту оптичні стимули, які розташовують за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки;

розташування оптичних стимулів пропонують виконати пацієнту шляхом самостійного формування перцептивних зорових або рецептивних просторів або розташування оптичних стимулів виконують шляхом формування заданих перцептивних зорових або рецептивних просторів, запропонованих пацієнту;

визначають реакцію пацієнта на пред'явлені оптичні стимули;

виконують діагностичний вплив на організм і/або психіку пацієнта;

повторно пред'являють пацієнту оптичні стимули, які розташовують за межами центру перцептивного зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки;

визначають реакцію пацієнта на пред'явлені оптичні стимули після діагностичного впливу на організм і/або психіку пацієнта;

зіставляють реакції пацієнта на оптичні стимули до і після діагностичного впливу на організм і/або психіку пацієнта з відомим переліком реакцій при даному патологічному стані;

вибирають наступні корекційні, і/або терапевтичні, і/або профілактичні впливи, і/або їхні різноманітні сполучення з урахуванням указанного зіставлення.

Нижче наводяться конкретні приклади практичного застосування способу, що заявляється. Для розуміння прикладів реалізації способу, що заявляється, доцільно привести наступні пояснення.

Результати дослідження ретино-гіпоталамічної системи, діагностичні, коригуючі і профілактичні впливи, ефективність корекції і профілактики патологічних станів приведені у відповідних кодах.

Оцінка ретино-гіпоталамічної системи: у структурі зорових і рецептивних просторів: зліва від косої риси - показники простору колірних переваг, справа від косої риси - показники простору, що відхиляється; колір домінуючого (перша позиція) і додаткового (друга позиція) у квадранті стимулу: к - червоного, п - пурпурний, о - жовтогарячий, р - рожевий, ж - жовтий, з - зелений, с - синій, ф - фіолетовий, L (light) - ясно-сірий, D (dark) - темно-сірий; число відповідає номеру квадранта поля зору і рецептивної зони.

Діагностичні і базисні коригуючі (к), профілактичні (п) впливи:

1 - нейролептики (11 - тізерцин, 12 - терален, 13 - сонапакс, 14 - неулептіл, 15 - рісполепт, 16 - галоперідол, 17 - модітен-депо, 18 - галоперідол-деканоат),

2 - антидепресанти (21 - амітрипіліл, 22 - азафен, 23 - гептрал),

31 - фінлепсін, 32 - ноотропи, 33 - сіднокарб,

4 - фізіотерапія (41 - ендоназальний електрофорез, 42 - електростимуляція шийки матки, 43 - комір по Щербак, 44 - аромамасаж коміркової зони, 45 - УФО-опромінювання уражених ділянок шкіри, 46 - сірководневі ванни, 47 - електрофорез з еуфіліном на грудну клітину, 48 - інгаляції з еуфіліном і димедолом, 49 - електросон, 40 - внутрішньосудинне лазерне опромінення крові),

5 - рефлексотерапія переважні впливи (т - тонізуючі, с - седативні) і додаткові до традиційних сполучення біоактивних точок (51 - шень-мень, 52 - MC6+J15-т, 53 - T26+T14-Т, 54 - GI10+V11-с), запропоновані з урахуванням дослідження стану ретино-гіпоталамічної функціональної системи,

6 - базовий компонент (спосіб, модель, підхід) інтегративної психотерапії (61 - раціонально-сугестивна, 62 - аутогенне тренування, 63 - когнітивно-поведінковий, 64 - дзен-, 65 - інсайт-орієнтований, 66 - типу solution talk, 67 - гештальт-, 68 - лого-, 69 - імагінативний, 60 - ігровий),

7 - вітамінотерапія (71 - циклічна В₁, В₆, С, А, Е, фолієва і глютамінова кислоти, 72 - аевіт, 73 - В₁, В₆, глютамінова кислота),

8 - гормони (81 - гестагени, 82 - естроген-гестагенні, 83 - естрогени, 84 - антиандрогени, 85 - гонадотропіни, 86 - рилізінг-гормони, 87 - тіроксін, 881 - беклометазон, 882 - флутиказон, 883 - елоком, 884 - локоід, 885 - рінокорт, 886 - фліксоназе) і 80 - бромкриптин,

9 - імуномодулятори (90-93 - мембраностабілізатори 90 - кромоглікат натрій, 91 - недокроміл натрій, 92 - кетотифен, 93 - ломузол, 94-95 - імуностимулятори 94 - тімалін, 95 - метилурацил, 96-98 - антигістамінні препарати 96 - кларитін, 97 - феністіл, 98 - фенкарол),

01 - сорбенти («Белосорб»),

02 - гемосорбція (реополіглюкін, нео-гемодез),

03-04 - β₂-агоністи (03 - сальметерол, 04 - сальбутамол),

05-06 - муколітики і відхаркувальні (05 - бромгексин, 06 - амброксол),

07 - теофілін пролонгованої дії

Циклічна фітотерапія М - по Л.А.Матиціной (1996), Б - по Бенедиктовим (1978).

Аромавплив: тонізуючі (лм - лимон), релаксуючі (лв - лаванда), естрогеноподібні (ш - шавлія).

Ефективність курсової корекції і профілактики патологічних станів: глобальний ефект: А - повна редукція патологічних проявів, нормалізація функцій і реактивності, стабільне підвищення резистентності відповідних систем, можливі незначні залишкові симптоми, необхідності в корекції або профілактиці котрих немає, В - значна редукція патологічних проявів, значне поліпшення функцій і підвищення резистентності відповідних

систем, наявні симптоми, як правило, вимагають перегляду доз базових впливів і включення неспецифічних впливів, що підвищують адаптивні властивості організму, С - незначна редукція патологічної симптоматики, структура патологічного стану в цілому збережена, вимагаються додаткові дослідження і перегляд базових коригуючих і профілактичних впливів, D - відсутність ефекту при необхідності кардинального перегляду алгоритму досліджень, корекції і профілактики патологічного стану, B1 - первинна, B2 - повторна олігоменорея,

ведучий етіо-патогенетичний фактор: П - нервово-психічний, О - церебрально-органічний, НЭ - нейроендокринний, Гп - гіпофізарний, Г - гонадний, М - матковий, Э - ендокринний, АН - алергічний миттєвого типу, ДВ - домінантний (патологічний) потяг,

осьовий симптомокомплекс або симптом: Т - туга, Тр - тривога, Ас - астения, Ап - апатія, ЭН - емоційна хитливість, Р - роздратованість, ДТ - дистимія, ДФ - дисфорія, Гм - гіпоманія, К - когнітивні розлади, НД - нейроциркуляторна дистонія з перевагою розладів в окремих системах: С - серцево-судинний, Д - дихальний, Ж - шлунково-кишкового тракту, Пд - перераховані в рубриці F 60.0 МКБ-10;

ступінь редукції клінічних проявів: а - 90-100%, b - 75-90%, с - 50-75%, d - 25 - 50%, е - менше 25%;

тривалість у місяцях корекції до появи клінічного ефекту, що описаний кодом.

Приклад 1

Психічні і поведінкові, у т.ч. психосоматичні, розлади.

Групою експертів лікарів-психіатрів у постійному складі на підставі тих самих діагностичних критеріїв обстежені пацієнти з різноманітними психічними і поведінковими, у т.ч. психосоматичними, розладами.

Патологічні стани у вищезгаданих пацієнтів були умовно розділені на 2 групи:

«з однозначним трактуванням» - ті, що не викликали істотних розбіжностей в діагностичних висновках і в виборі експертами коригуючих і профілактичних впливів,

«неоднозначні й ускладнені» - ті, що викликали найбільше виражені розбіжності між експертами у виборі коригуючих і профілактичних впливів у зв'язку з різноманітним визначенням патологічного стану, а також - наявністю протипоказань до окремих базисних впливів.

Корекцію і профілактику вищезгаданих патологічних станів здійснювали відповідно до способу, що заявляється, наступним чином.

Досліджували функціональний стан пацієнтів, пред'являючи їм оптичні стимули. Для цього на білому тестовому екрані з кутовими розмірами 30-40° і рівномірною освітленістю розташовували світлофільтри, подані набором із стаціонарних пар різноманітного кольору: к-р, к-ж, к-з, к-ф, р-ж, р-з, р-ф, ж-з, ж-ф, з-ф.

Запропоновані пацієнтам оптичні стимули розташовували за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки. Для цього розташування оптичних стимулів за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки пропонували виконати пацієнтам шляхом самостійного формування зорових або рецептивних просторів від переважних до відвернутих, покладаючись на власні реакції, що відбивають бінарні психологічні опозиції («приємно - неприємно», «комфортно - дискомфортно»).

Для цього пацієнтам пропонували:

- фіксувати поглядом центр екрана,

- кожний із світлофільтрів, тримаючи якнайближче до одного ока (друге око в цей час за шорою), розгорнути перед екраном так, щоб центр міжстимульної зони співпав з центром поля зору в центрі екрана, а сама міжстимульна зона ділила би екран навпіл.

Ці дії і кутові розміри стимулів (що значно перевищують кутові розміри центральних відділів сітківки) дозволяли би розташовувати оптичні стимули в основному за межами центру зорового простору і центральної області сітківки (в парацентральної і периферичних частинах зорового простору і сітківки).

У першій серії експерименту пацієнтів попередили про необхідність розташування між-стимульної зони у вертикальній, у другій серії - у горизонтальній площинах. Таким чином, монокулярний рецептивний простір був сформований у двох опонентних парах полуполів із 4 квадрантів 1 - висковий нижній, 2 - висковий верхній, 3 - носовий верхній, 4 - носовий нижній.

Визначали реакцію пацієнтів на оптичні стимули по характерних засобах організації індивідуальних перцептивних або рецептивних просторів.

Для вибору коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів і їхніх сполучень додатково здійснювали діагностичні впливи на організм і/або психіку пацієнтів. Після чого повторно пред'являли пацієнтам оптичні стимули, що розташовували за межами центру зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, і визначали реакцію пацієнтів на пред'явлені оптичні стимули.

Зіставляючи вищевказані реакції пацієнтів, визначали реакції пацієнтів на діагностичні впливи.

Зіставляли реакції пацієнтів із відомим переліком реакцій, характерних для даного патологічного стану.

Як відомий перелік реакцій використовували розроблену авторами таблицю, у якій представлені відомі реакції пацієнта, характерні для даного патологічного стану, діагностичні висновки, а також рекомендовані корекції і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення.

Вибирали корекції і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення на основі результатів укааного зіставлення.

Діагностичні впливи й інші конкретні дані по застосуванню способу, що заявляється, в даному прикладі наведені в таблиці 1

Таблиця 1

Алгоритм корекції і профілактики психічних і поведінкових, у т.ч. психосоматичних, розладів

№ п/п	Патологічний стан, клінічна характеристика	Діагностичний вплив, оцінка ретино-гіпоталамічної системи, коди	Вибір коригуючих профілактичних впливів, коди	Ефективність корекції і профілактики, коди
-------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------

1.	Патологічні стани «з однозначним трактуванням»		
1.1.	Біполярний афективний розлад:		
1.1.1.	Гіпоманія	51,*к1з3/з3**о1	КП: 18-40-44-61 А-Гм-а-0,7
1.1.2.	помірна депресія	-,*з4ф1/р3*к1	К: 21-31-32-40-66 А-Т-а-0,7
1.2.	Розлади особистості		
1.2.1.	Істеричне	49,*р1к2/**ф4з4	К: 43-67-72-73 В-Р-б-0,8
1.2.2.	Параноїдне	-,р2з1+4/к1*Д3	К: 15-23-31-65-73 В-Гд-б-1,5
1.2.3.	Емоційно хитливе, імпульсивний тип	54,к4ф3/ж1з3	К: 31-32-51-63-73 В-ЭН-б-0,75
1.3.	Гіпертонічна хвороба, тривожна субдепресія	43,о3к2+3/*з3о2	К: 11-32-43-62-69 А-П-а-0,7
1.4.	Виразкова хвороба 12-палої кишки, іпохондричний синдром	-,к1з4/*с1о1+2	К: 21-23-44-51-64 А-П-а-1
2.	"Неоднозначні й ускладнені" патологічні стани		
2.1.	Соматоформні розлади:		
2.1.1.	Недиференційоване	-, з2о4/*ж1с3	К: 12-22-32-40-66 А-НД-а-1
2.1.2.	Вегетативна дисфункція	23,з2ж4/*с1о3	К: 23-32-44-46-65 А-НДС-а-0,5
2.2.	Органічна субдепресія	52,з3ф4/*р1ж3	К: 22-23-32-40-68-73 В-О-а-0,6
2.3.	Органічний маревний розлад		
2.3.1.	Початкові прояви	лв,р1*Л1/*к1**Д3	КП: 13-23-32-43-67 А-О-а-0,75

Граничні значення питомої ваги домінуючого в квадранті стимулу * - 76-92%, ** - 92-100%.

Наведені результати:

свідчать про можливість диференційованого вибору як різноманітних сполучень, так і окремих корекційних і профілактичних впливів на патологічну систему і антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічних систем і їхніх ланок, які інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс,

демонструють ефективність способу, що заявляється, особливо в тих випадках, коли застосування відомих адекватних способів оцінки функціонального стану викликає утруднення у виборі корекційних і профілактичних впливів, а також їхніх сполучень

Приклад 2

Дівчинки - підлітки 14-18 років з аменореєю

У частини дівчинок-підлітків з аменореєю центрального походження однозначне виділення і достовірна оцінка ведучих етіо-патогенетичних механізмів (органічна поразка і спадкова недостатність діенцефальних відділів головного мозку, психогенні фактори, ідіопатична гіперпролактинемія), сполучені аменореї на основі результатів, отриманих з використанням сучасних методів діагностики, виявилися неможливими. Ця форма аменореї згадується в прикладі як "аменорея центрального генезу з неможливістю чіткого виділення головного етіо-патогенетичного механізму"

Корекцію і профілактику розладів репродуктивної системи здійснювали відповідно до способу, що заявляється, методом кольорних просторових відношень наступним чином.

Досліджували функціональний стан пацієнтів, пред'являючи їм оптичні стимули. Для цього на білому тестовому екрані з рівномірною освітленістю розташовували світлофільтри, подані набором із стаціонарних пар різноманітного кольору к-о, к-ж, к-з, к-с, о-ж, о-з, о-с, ж-з, ж-с, з-с.

Запропоновані пацієнткам оптичні стимули розташовували за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки. Для цього розташування оптичних стимулів за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки пропонували виконати пацієнткам шляхом самостійного формування зорових або рецептивних просторів від переважних до відвернутих, покладаючись на власні реакції, які відбивають бінарні психологічні опозиції («приємно - неприємно», «комфортно - дискомфортно»).

Для цього пацієнткам пропонували

- фіксувати поглядом центр екрана,

- кожний із світлофільтрів, тримаючи якнайближче до одного ока (друге око в цей час за шорою), розгорнути перед екраном так, щоб центр міжстимульної зони співпав з центром поля зору в центрі екрана, а сама міжстимульна зона ділила би навпіл екран.

Ці дії і кутові розміри стимулів (що значно перевищують кутові розміри центральних відділів сітківки) дозволяли розташовувати оптичні стимули в основному за межами центру зорового простору і центральної області сітківки (у парацентральної і периферичних частинах зорового простору і сітківки).

У першій серії експерименту пацієнткам попередили про необхідність розташування міжстимульної зони у вертикальній, у другій серії - у горизонтальній площинах. Таким чином, перцептивний зоровий простір для кожного ока пацієнткам був сформований в двох опонентних парах напівполів зору з 4 рівних квадрантів 1 - нижній лівий, 2 - верхній лівий, 3 - верхній правий, 4 - нижній правий.

Визначали реакції пацієнткам на оптичні стимули по характерним способам організації індивідуальних перцептивних або рецептивних просторів.

Для вибору коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів і їхніх сполучень додатково здійснювали діагностичні впливи на організм і/або психіку пацієнтів. Після чого повторно пред'являли пацієнткам оптичні стимули, які розташовували за межами центру зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, і визначали реакцію пацієнтів на пред'явлені оптичні стимули.

Зіставляли вищезазначені реакції пацієнткам з відомим переліком реакцій, характерних для даного патологічного стану.

Як відомий перелік реакцій використовували розроблену авторами таблицю, у якій подані відомі реакції

пацієнта, характерні для даного патологічного стану, діагностичні висновки, а також рекомендовані корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення.

Вибирали корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення на підставі результатів указанного зіставлення.

Діагностичні впливи і інші конкретні дані по застосуванню способу, що заявляється, в даному прикладі наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Алгоритм дослідження і корекції розладів репродуктивної системи в дівчинок-підлітків з урахуванням дослідження ретинно-гіпоталамічної функціональної системи

№ п/п	Патологічний стан (аменорея - головний симптом), Етіо-патогенетичні особливості	Діагностичний вплив, оцінка ретинно-гіпоталамічної системи, коди	Вибір коригуючих і профілактичних впливів і їхніх сполучень, коди	Ефективність корекції, профілактики, коди
1.	Аменорея центрального генезу (+ осьовий симптом афективного компонента)			
1.1.	Психогенна (+ гіпоманія)	51,к4о2/з2к4	43-71-81-М-Б-66	А-П-б-3
1.2.	Психогенна (+ напруженість)	51,с3к2/*з4о2	44-71-лв-62-69	А-П-а-2
1.3.	Нервова анорексія	49,*к1+4з2+3/з2ж2	49-51-71-83-М-Б-66	В-П-б-3
1.4.	Гіпоталамічна	-, к3з4/с2з1	32-41-71-81-М-66	В-НБ-д-3
1.5.	Гіперпролактинемія (підозрілість, напруженість)	81,о2з1/к1с2	71-80-ш-67	А-П-б-3
2.	Гіпофізарна аменорея, обумовлена			
2.1.	Тиском на гіпофіз	85,*к1з3/*с1ж3	32-41-66	Д-П-е-6
3.	Аменорея, обумовлена одвічною патологією геніталій			
3.1.	Гонадна: дисгенезії гонад	86,с2к2/з1+4с2	46-71-83-М-69	С-Г-д-7
3.2.	Синдром рефрактерних гонад	85,с4к2/ж2о4	44-53-71-83-М-69	В2-Г-с-5
3.3.	Маткова гіпоплазія	-, з3к2/ж4с1+4 42,к1о2+3/*с1ж3 42, з4о2/с1к2	42-5-71-М-Б-61 42-71-М-ш-69 42-71-80-М-68	В1-М-б-3 В1-Г-б-3 В2-П-б-3
4.	Аменорея, що обумовлена периферійними ендокринними порушеннями			
4.1.	Адреногенітальний синдром	84,к3о1/ж3о4 -, з3с1/ж2к4	42-62-71-81-М	А-Э-б-3
4.2.	Гіпофункція щитовидної залози	лм, к1с1/ж2+3о4 рл, о1ж2+3/о4з2	41 -54-66-71-87-М	С-НЭ-д-6
5.	Аменорея центрального генезу з неможливістю чіткого виділення ведучого етіо-патогенетичного механізму			
5.1.	Аменорея типу с3о1/з1о3	-, с3о1/з1о3	42-68-71-81-М	А-П-б-4
5.2.	Аменорея типу к4о2/з2ж4	81,к4о2/з2ж4	43-61-1-71-81-М-Б	А-П-б-3
5.3.	Аменорея типу к3з4/с2з1	81,к3з4/с2з1	32-41-71-81-М	В1-НЭ-д-3
5.4.	Аменорея типу з3к1/с1ж3	81,з3к1/с1ж3	41-51-69-71-83-М	В2-Г-с-5
5.5.	Аменорея типу з4о2/с1к2	52, з4о2/с1к2	41-71-80-М	В2-П-б-3

Граничні значення питомої ваги домінуючого в квадранті стимулу * - 60-86%, ** - 86-100%

Для порівняння - практично здорові студентки у віці 16-18 років з регулярним менструальним циклом с4к2/ж2з4

Наведені результати

свідчать про можливість диференційованого вибору як різноманітних сполучень, так і окремих корекційних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічних систем і їхніх ланок, що інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретиккулярний комплекс;

демонструють ефективність способу, що заявляється, особливо в тих випадках, коли застосування відомих адекватних способів оцінки функціонального стану репродуктивної системи в дівчинок-підлітків з аменореєю центрального генезу виявилось недостатнім для визначення головного етіо-патогенетичного механізму різноманітних варіантів патологічного стану і не дозволило вибрати адекватні корекційні і профілактичні впливи, а також їх сполучення.

Приклад 3

Порушення імунітету і алергічні захворювання. Більш ніж у половини пацієнтів загострення і погіршення перебігу основного захворювання мали тісний зв'язок з граничними психічними і поведінковими розладами резидуально-органічного генезу, що диктувало необхідність моніторингу імунно-алергологічного статусу і психічного стану для динамічної корекції планів лікування і профілактики.

Корекцію і профілактику вищезгаданих патологічних станів здійснювали відповідно до способу, що заявляється, таким чином.

Досліджували функціональний стан пацієнтів, пред'являючи їм оптичні стимули. Для цього на білому тестовому екрані з кутовими розмірами понад 35° і рівномірною освітленістю розташовували світлофільтри, представлені набором із стаціонарних пар різноманітного кольору: к-о, к-ж, к-з, к-с, к-ф, о-ж, о-з, о-с, о-ф, ж-з, ж-с, ж-ф, з-с, з-ф, Л-Д.

Запропоновані пацієнтам оптичні стимули розташовували за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки. Для цього розташування оптичних стимулів за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки пропонували виконати пацієнтам шляхом самостійного формування зорових або рецептивних просторів від переважних до відвернутих, покладаючись на власні реакції, що відбивають бінарні психологічні опозиції («приємно -

неприємно», «комфортно - дискомфортно», «правильно - неправильно»).

Для цього пацієнтам пропонували: у центрі екрана фіксувати поглядом темне коло з кутовим діаметром 4-5°; кожний із світлофільтрів, тримаючи якнайближче до одного ока (інше око в цей час за шорою), розгорнути перед екраном так, щоб центр міжстимульної зони співпав з центром поля зору в центрі екрана, а сама міжстимульна зона ділила б навпіл екран, проходячи по середині вищезгаданого темного кола в його центрі. Ці дії дозволяли розташовувати оптичні стимули в основному за межами центру зорового простору і центральної області сітківки (у пара-центральної і периферійних частинах зорового простору і сітківки), а також досліджувати ретино-гіпоталамічну функціональну систему.

У першій серії експерименту пацієнтів попередили про необхідність розташування міжстимульної зони у вертикальній, у другій серії - у горизонтальній площинах. Таким чином, монокулярний рецептивний простір був сформований у двох опонентних парах папівполів із 4 квадрантів: 1 - висковий нижній, 2 - висковий верхній, 3 - носовий верхній, 4 - носовий нижній. Визначали реакції пацієнтів на оптичні стимули по характерних засобах організації індивідуальних перцептивних або рецептивних просторів.

Для вибору коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів і їхніх сполучень додатково здійснювали діагностичні впливи на організм і/або психіку пацієнтів. Після чого повторно пред'являли пацієнтам оптичні стимули, які розташовували за межами центру зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, і визначали реакцію пацієнтів на пред'явлені оптичні стимули.

Зіставляючи вищевказані реакції пацієнтів, визначали реакції пацієнтів на діагностичні впливи.

Зіставляли реакції пацієнтів із відомим переліком реакцій, характерних для даного патологічного стану. Як відомий перелік реакцій використовували розроблену авторами таблицю, у якій представлені відомі реакції пацієнта, характерні для даного патологічного стану, діагностичні висновки, а також рекомендовані корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення. Вибирали корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення на основі результатів указанного зіставлення. Діагностичні впливи й другі конкретні дані по застосуванню способу, що заявляється, в даному прикладі наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

Алгоритм дослідження, корекції і профілактики порушень імунітету й алергічних захворювань з урахуванням дослідження ретино-гіпоталамічної функціональної системи

№ п/п	Патологічний стан, клінічна характеристика	Діагностичний вплив, оцінка ретино-гіпоталамічної системи, коди	Вибір коригуючих і профілактичних впливів, коди	Ефективність корекції, профілактики, коди
1.	Бронхіальна астма, міжприступний період			
1.1.	Типу c234/о1*ж3	щ. c234/*ж3о1	П: 62-90-881-07	В-АН-б-3
1.2.	Типу k234/з1*ж3	щ. k234/*ж3з1	П: 60-91-882-03-92	В-АН-с-2,5
2.	Хронічний атопічний обструктивний бронхіт на фоні граничних психічних і поведінкових розладів резидуально-органічного генезу			
2.1.	Напередодні приступу	лм, о1с3/*D2о4	К: 44-90-92-01-98	В-АН-б-3
2.2.	Період неповної клініко-лабораторної ремісії	47, ж3о1/*о4ф2	К: 60-90-92-97-01-47-48-05	В-АН-с-2,5
2.3.	Між приступами	51,*к2с4/ж1о3	П: 69-91-96-01	А-АН-а-2
3.	Атопічний дерматит			
3.1.	Загострення	-, ж1з3/*L2к4	К: 97-92-01-02-883-72-94-96-49-45	А-АН-а-3
3.2.	Період неповної клініко-лабораторної ремісії	96, *01з3/ф4к2	КП: 96-01-72-92-95-5-46	А-АН-в-3
3.3.	Період ремісії	49, *к1ф3/D2ж3	П: 01-92-49-65-95	В-АН-б-2,5
4.	Дермато-респіраторний синдром, міжприступний період, латентні ознаки загострення (ЛОЗ)			
4.1.	Типу к1з4/*ж3о3	881, к1з4/*ж3о3	КП: 90-92-02-01-881-07-98	В-АН-с-3
4.2.	Типу к2ф4/*о1з3	882, к2ф4/*о1з3	КП: 91-92-02-882-97	А-АН-а-1,5
4.3.	Типу о2D1/*к*1з3	882, о2Б1/*к*1з3	КП: 31-32-11-6-72	В-АН-б-2,5
5.	Поліноз (за 1-1,5 місяця до звичного загострення унаслідок цвітіння рослин)			
5.1.	Типу к1*ф2/ж4з2	885, к1*ф2/ж4з2	П: 65-885-93-92	В-АН-б-2,5
5.2.	Типу 01з3/ф4к2	885, 01з3/ф4к2	П: 886-93-96	В-АН-б-1,5
6.	Хронічна кропивниця, що рецидує, період ремісії, ЛОЗ			
6.1.	Типу з1к2/с4ж3+4	51,з1к2/с4ж3+4	КП: 01-96-92-51	А-АН-с-3,5
6.2.	Типу о2ф2/з3ж2	51,о2ф2/з3ж2	КП: 21-31-32-64	А-АН-с-1,75

Граничні значення питомої ваги домінуючого в квадранті стимулу: * - 64-88%, ** - 88-100%.

Наведені результати:

свідчать про можливість диференційованого вибору як різноманітних сполучень, так і окремих корекційних і профілактичних впливів на патологічну систему і антисистему з урахуванням складного нелінійного характеру взаємодії функціональних і патологічних систем і їхніх ланок, що інтегрує гіпоталамо-гіпофізарно-ретикулярний комплекс,

демонструють ефективність способу, що заявляється, особливо в тих випадках, коли порушення імунітету й алергічних захворювань були коморбідні з граничними психічними і поведінковими розладами резидуально-органічного генезу, що викликало необхідність моніторингу імунно-алергологічного статусу і психічного стану для динамічної корекції планів лікування і профілактики.

Приклад 4

Хімічні залежності. Після купірування інтоксикації й абстинентного синдрому в частини пацієнтів з хімічними залежностями в різноманітні строки намітилися малодиференційовані психічні і поведінкові розлади, визначені надалі як органічні афективні розлади, у т.ч. тривожна субдепресія, астенична субдепресія, дистимія, дисфорична депресія. У другій частини пацієнтів виник характерний для них відносно "світлий проміжок" на фоні легкої астенії без яких-небудь інших психічних і поведінкових розладів, які можна було б

виявити в традиційному для цих цілей комплексі клініко-психопатологічного і психологічних методів дослідження, а також - із використанням інших способів функціональної діагностики. Проте по досвіду минулих госпіталізацій відомо, що тривалість подібних "світлих проміжків" у пацієнтів у цій групі була невелика, від 3-5 днів до 3 тижнів, після чого в більшості з них неминуче розвивалися різноманітні психічні і поведінкові розлади.

Корекцію і профілактику вищезгаданих патологічних станів здійснювали відповідно до способу, що заявляється, таким чином.

Досліджували функціональний стан пацієнтів, пред'являючи їм оптичні стимули. Для цього на білому тестовому екрані з рівномірною освітленістю розташовували світлофільтри, представлені набором із стаціонарних пар різноманітного кольору, п-о, п-ж, п-з, п-с, о-ж, о-з, о-с, ж-з, ж-с, з-с, L-D.

Запропоновані пацієнтам оптичні стимули розташовували за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки. Для цього розташування оптичних стимулів за межами центру зорового і рецептивного простору або за межами центральної області сітківки пропонували виконати пацієнтам шляхом самостійного формування зорових або рецептивних просторів від переважних до відхилених, покладаючись на власні реакції, що відбивають бінарні психологічні опозиції («приємно - неприємно», «комфортно - дискомфортно»).

Для цього пацієнтам пропонували:

- фіксувати поглядом центр екрана, представлений темним колом з кутовим діаметром 4-6°,
- кожний із світлофільтрів, тримаючи якнайближче до одного ока (інше око в цей час за шо-рою), розгорнути перед екраном так, щоб центр міжстимульної зони співпав з центром поля зору в центрі екрана, а сама міжстимульна зона ділила б екран навпіл.

Ці дії дозволяли розташовувати оптичні стимули в основному за межами центру зорового простору і центральної області сітківки (в парацентральної і периферичних частинах зорового простору і сітківки), а також досліджувати ретино-гіпоталамічну функціональну систему.

У першій серії експерименту пацієнтів попередили про необхідність розташування міжстимульної зони у вертикальній, у другій серії - у горизонтальній площинах. Таким чином, перцептивний зоровий простір для кожного ока пацієнтів був сформований в двох опонентних парах напівполів зору з 4 рівних квадрантів: 1 - нижній лівий, 2 - верхній лівий, 3 - верхній правий, 4 - нижній правий.

Визначали реакції пацієнтів на оптичні стимули по характерних засобах організації індивідуальних перцептивних або рецептивних просторів.

Для вибору коригуючих, терапевтичних і профілактичних впливів і їхніх сполучень додатково здійснювали діагностичні впливи на організм і/або психіку пацієнтів. Після чого повторно пред'являли пацієнтам оптичні стимули, що розташовували за межами центру зорового або рецептивного простору або за межами центральної області сітківки, і визначали реакцію пацієнтів на пред'явлені оптичні стимули.

Зіставляючи вищевказані реакції пацієнтів, визначали реакції пацієнтів на діагностичні впливи.

Зіставляли реакції пацієнтів з відомим переліком реакцій, характерних для певного патологічного стану.

Як відомий перелік реакцій використовували розроблену авторами таблицю, в якій представлені відомі реакції пацієнта, характерні для даного патологічного стану, діагностичні висновки, а також рекомендовані корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення.

Вибирали корекційні і/або терапевтичні і/або профілактичні впливи і/або їхні різноманітні сполучення на основі результатів указанного зіставлення.

Діагностичні впливи й інші конкретні дані по застосуванню способу, що заявляється, в даному прикладі наведеш в таблиці 4.

Таблиця 4

Алгоритм дослідження і корекції психічних і поведінкових розладів у пацієнтів з хімічними залежностями з урахуванням дослідження ретино-гіпоталамічної функціональної системи

№ п/п	Психоактивна речовина, патологічний стан (перспективна характеристика)	Діагностичний вплив, оцінка ретино-гіпоталамічної системи, коди	Вибір базових коригуючих профілактичних впливів і їхніх сполучень, коди	Ефективність корекції, коди
1.	Алкоголь, тривожна субдепресія	49,о1*с3/**з2п4	21-31-40-62	А-Т+Тр-а-2
2.	Алкоголь, астенична субдепресія	-, ж2с4/з1*п3	22-31-32-40-61	А-Т+Ас-а-3
3.	Опіоїди, змішаний стан	44, п1с2+3/*ж1+4з2	11-31-40-49-63	В-ДВ-б-2
4.	Опіоїди, тужлива депресія	23, п1Д3/ж1+2о4	21-23-31-49-66	А-Т+К-а-2
5.	Амфетаміни, тужлива депресія	23,о1*п2/з4**ж2	23-33-40	В-Т+Ап-б-3,5
6.	Каннабіоїди,	21, п1+4*L3/ж4з3	21-31-49-69	А-ЭН-а-1
7.	Бензодіазепіни, дистимія	21,п2о3/**з4*с1	14-21-31-64	В-ДТ+Р-б-2
8.	Сполучення опіоїдів, алкоголю, транквілізаторів, барбітуратів, дисфорична депресія	40,ж2с1+4/*п1з2 -,о2з4/*п1*ж2 40, о2с4/*п1о2	17-31-40-68 11-31-49-62 23-14-32-31-61	В-Т+ДФ-б-3 В-Т+ДФ-В-3,5 А-Т+ДФ-а-2,5

Граничні значення питомих домінуючого в квадранті стимулу: * - 60-86%, ** - 86-100%.

Наведені результати:

свідчать про можливість диференційованого вибору як різноманітних сполучень, так і окремих корекційних і профілактичних впливів на патологічну систему й антисистему з урахуванням і на основі результатів дослідження ретино-гіпоталамічної функціональної системи,

демонструють ефективність способу, що заявляється, особливо в тих випадках, коли застосування відомих адекватних способів оцінки функціонального стану було недостатнім для діагностики ознак можливого рецидиву і, відповідно, не дозволяло здійснити вибір адекватних корекційних і профілактичних впливів.

Слід зазначити, що в міру збільшення обсягу вибірки і появи нових способів діагностичних і коригуючих впливів, автори будуть переглядати, уточнювати і доповнювати таблиці відповідних переліків певних патологічних станів, стандартних структур перцептивних зорових і рецептивних просторів і адекватних коригуючих і профілактичних впливів і їхніх сполучень.