

Conclusion

Survival not only for our Earth, but for humanity as such means the ability to predict the consequences of our behaviour and assume responsibility for our living and the Earth, to be a custodian rather than a Lord. It is a binding responsibility. Our learning throughout the history of mankind was based on the trial and error method. It is high time now that we master a learning based on anticipation of the potential consequences of our today's actions and observe the precautionary principle [8]. Kohák's [5] way is to refuse any share in evil (count me out), Keller [3] points out that it is necessary to put an end to the illusion, according to which humanity may ever be richer than today. They are at one with Vavroušek [13]: if we start with ourselves, we may help the entire humanity. This is essentially the idea that sustainable life cannot be ensured only through a solution "from above". Leaving solutions to experts is like joining a stampeding herd, abandoned and homeless [5]. Humanity must act as there is no other home. Its survival is in stake. Humanity as a biological species must sign a new deal with nature, setting forth that for us to survive, nature must survive too [1].

Notes on the text

1. Some authors suggest preferring the notions "universal" or "general human problems" [10].
2. For example Johanisová [2, p. 74] maintains that rather than stemming from a lack of food and abundance of people, the problem of famine consists in the fact that a large part of the Third World population was deprived of their means of livelihood – farmland. She therefore does not find solution in supporting more production (large-scale production) and agriculture, but instead in returning land to the local producers, fairer management and consumption with respect to sustainable development.

List of reference

1. GORDON, A. et al. *Jde o přežití*. Beroun: Baroko a Fox, 1994. 251p. ISBN 80-85642-10-7
2. JOHANISOVÁ, N. *Ekologie v souvislostech*. Č. Budějovice: JU PF, 1994. 121p.
3. KELLER, J. *Až na dno blahobytu*. Brno: Hnutí Duha, 1995. ISBN 80-902056-0-7
4. KOHÁK, E. et al. *Závod s časem. Texty z morální ekologie*. Praha: MŽP, 1996. 228p. ISBN 80-85368-81-1
5. KOHÁK, E. *Zelená svatozář. Kapitoly z ekologické etiky*. Praha: Slon, 1998. 203p. ISBN 80-85850-63-X
6. MÁCHAL, A. *Průvodce praktickou ekologickou výchovou*. Brno: Rezekvítek, 2000. 205p. ISBN 80-902954-0-1
7. MEDOWSOVÁ, D. et al. *Překročení mezí*. Praha: Argo, 1995. 319p. ISBN 80-85794-83-7
8. MEZRICKÝ V. et al. *Environmentální politika a udržitelný rozvoj*. Praha: Portál, 2005. 207p. ISBN 80-7367-003-8
9. MOLDAN, B. *O Vzorce spotřeby a výroby*. In EKO – ekologie a společnost, v. XIX, n. 3, p. 4. Praha: ČNTL, 2008. ISSN 1210-4728
10. NOVÁČEK, P. et al. *Ohrožená planeta*. Olomouc: UP, 1994. ISBN 80-7067-382-6
11. SCHWEITZER, A. *Nauka úcty k životu*. Praha: Vyšehrad, 1989.
12. SEVER - Středisko ekologické výchovy. *Týden pro udržitelný život aneb Program Člověk a prostředí*. Horní Maršov, 2005. ISBN: 80-86838-05-6.
13. VAVROUSEK, J. *Závod s časem. Hledání lidských hodnot slučitelných s trvale udržitelným způsobem života*. In *Závod s časem*. Kohák, E. et al. Praha: MŽP, 1996. 228p. ISBN 80-85368-81-1
14. WEIZSÄCKER, E. et al. *Faktor čtyři. vod s časem*. Praha: MŽP, 1996. ISBN 80-85368-85-4

O.V. ТРОЦЕНКО

ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ

В статті розглядаються питання виникнення ішемічних змін в міокарді хворих виразковою хворобою. В якості маркера підвищеного ризику ІХС у цієї категорії хворих пропонується вивчати рівні СРБ, холестерину та тригліцеридів в крові.

В статье рассматриваются вопросы возникновения ишемических изменений в миокарде у больных язвенной болезнью. В качестве маркера повышенного риска ИБС у этой категории больных предлагается изучать уровни СРБ, холестерина и триглицеридов в крови.

In this article the questions about the origin of the coronary heart changes in myocard among patients with ulcer disease are under consideration. As a marker of increased risk to coronary heart

disease in this category of patients there is proposed to study the levels of C-reactive protein, cholesterol, threeglycerides in blood.

З деякого часу, відколи був відкритий мікроорганізм *Helicobacter pylori* (HP), як причина гастродуоденальної патології, почали цікавитися впливом цієї інфекції на розвиток атеросклерозу та її зв'язок з гострими коронарними хворобами серця. Ще в 1985 році Бакалюк О.І. та співавт. описали виникнення інфаркту міокарда у братів, що тривалий час страждали на виразкову хворобу (ВХ). З 1994 р. HP-інфекція була засвідчена як така, що може мати зв'язок із виникненням ішемічної хвороби серця (ІХС). В медичній літературі з'явилися публікації про переважання розвитку коронарної патології в осіб з гастродуоденальною патологією, асоційованою з HP (David Taylor-Robinson, 1999; Pellicano R., Mazzaarello M.G., Monelloni S., 1999)

Останні роботи з вивчення патогенезу атеросклерозу показали, що цей процес може розвиватися і за відсутності інфекції. Проте, є непрямі докази того, що деякі мікроорганізми, такі як герпес-вірус, *Chlamidia pneumonia* – можуть пришвидшувати розвиток атеросклерозу. Наприклад, *S.pneumonia* часто присутня в атеросклеротичних бляшках, здатна спричиняти запалення епітелію та гладком'язових клітин судин.

Літературні дані свідчать, що одними із маркерів підвищеного ризику розвитку інфаркту серця чи інсульту є поєднання високих значень С-реактивного білку (СРБ) та холестерину (Х). Виявлено, що високий рівень СРБ характерний для ситуації підвищеного ризику інфаркту серця чи інсульту навіть у людей з нормальним рівнем холестерину (Peter Libby, Paul M. Ridker, 2002).

Метою цього дослідження було виявити ризик виникнення ІХС при гастро дуоденальній патології через визначення рівнів СРБ, холестерину та тригліцеридів.

Обстежено 22 пацієнти чоловічої статі віком від 29 до 62 років, котрі хворіли на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) -19 осіб та виразкову хворобу шлунка (ВХШ) -3 особи. В усіх хворих діагноз підтверджений ендоскопічно; виявлення інфікування HP проводилось швидким уреазним тестом. Всім пацієнтам виконували дослідження рівня СРБ, холестерину та тригліцеридів в крові.

Результати.

З 19 осіб, що хворіли на ВХДПК захворювання було виявлено вперше в 10 осіб; у цих 10 пацієнтів рівні СРБ, холестерину та тригліцеридів відповідали нормі. У 5-ти пацієнтів ВХДПК виявлена раніше, спостерігалися рецидиви захворювання; з цієї кількості у 4-х випадках рівень СРБ, холестерину та тригліцеридів були в нормі, а в одному випадку рівень холестерину та тригліцеридів незначно перевищував нормальні показники (5,3 ммоль/л і 1,9 ммоль/л відповідно). У 4-х пацієнтів з обстеженої групи, що хворіли на ВХДПК виявилось поєднання підвищення рівня СРБ та холестерину (табл.1).

Таблиця 1.

Показники біохімічних досліджень у хворих ВХДПК (n=4)

Пацієнти	Вік (в роках)	СРБ	Холестерин	Тригліцериди
№ 1	60	+	6,4 ммоль/л	0,9 ммоль/л
№ 2	34	+	6,2 ммоль/л	2, 3 ммоль/л
№ 3	54	+	6,8 ммоль/л	1,8 ммоль/л
№ 4	45	+	5,63 ммоль/л	!,9 ммоль/л

З анамнезу виявлено, що в пацієнта 45 р. (СРБ +, холестерин 5,63 ммоль/л, тригліцериди 1,9 ммоль/л) за три роки до цього обстеження була дуоденальна кровотеча. Окрім цього у даного хворого встановлено діагноз ІХС. В трьох інших випадках пацієнти скарг зі сторони кардіальної системи не заявляли.

У трьох пацієнтів, хворих на ВХШ виявлені наступні показники (табл.2).

Таблиця 2.

Показники біохімічних досліджень у хворих ВХШ (n=3)

Пацієнти	Вік (в роках)	СРБ	Холестерин	Тригліцериди
№ 1	62	++	8,4 ммоль/л	2,9 ммоль/л
№ 2	58	+	6,4 ммоль/л	1,2 ммоль/л
№ 3	44	++	7,5 ммоль/л	1,8 ммоль/л

У всіх хворих діагноз ІХС був встановленим до цих обстежень, вже на фоні існуючої у них ВХШ.

Перший пацієнт віком 62 років хворів на ВХШ протягом 26 років. В анамнезі часті загострення ВХШ (в окремі роки до 3-х разів на рік). Під час загострень лікувався в стаціонарі, отримувач санаторно-курортне лікування в Моршині, Трускавці. Вперше напади за грудинного стискаючого болю почав відчувати приблизно через 20 років після виявлення ВХШ; тоді було встановлено діагноз ІХС. Стабільна стенокардія, ФК ІІ. Регулярно обстежувався та лікувався в терапевта, кардіолога. Вперше виявлено виразку шлунка, асоційовану з НР у 2004 р. В цей же час біохімічні дослідження крові показали такі результати: СРБ ++, холестерин 8,4 ммоль/л, тригліцериди – 2,9 ммоль/л. Після проведеної ерадикації НР рецидивів ВХШ не спостерігалось. Проте, як стало відомо з подальшого анамнезу – хворому було проведено операцію з аорто-коронарного шунтування в зв'язку з прогресуванням ІХС.

У другого пацієнта (58 р.) вперше діагноз ІХС, стабільної стенокардії ФК ІІ було встановлено через 22 роки від початку захворювання на ВХШ. В анамнезі часті (3-4 рази на рік) рецидиви ВХШ. Два роки тому виявлено інфікування НР, проведено ерадикаційну терапію. Цікавим виявився той факт, що в час загострення ВХ пацієнт частіше відмічав напади стискаючого за грудинного болю. Після проведення ерадикаційної терапії нападів стенокардитичного болю не відмічав; на ЕКГ ознак ішемії не виявлено.

Третій пацієнт віком 44 р. хворіє на ВХШ протягом 15 років. Рецидиви захворювання були від одного до двох разів на рік. Часто лікувався самостійно: приймав ранітидин, но-шпу. В лютому 2007 р. переніс гострий трансмуральний інфаркт міокарда з локалізацією по задній стінці лівого шлуночка. Рецидив ВХШ відбувся в травні 2007 р. В цей час також вперше було виявлено інфікування НР. Проведено антигелікобактерну терапію відповідно до рекомендацій Маастрихтського Консенсусу II-2000. В подальшому, до травня 2008 р. рецидивів ВХШ не спостерігалось, нападів за грудинного болю не відмічав. Знаходиться під спостереженням дільничного терапевта.

Висновки.

1. Хворі на ВХ, асоційовану з НР-інфекцією можуть мати підвищений рівень СРБ, холестерину, тригліцеридів в крові, що збільшує у них ризик виникнення ІХС; вірогідно, це пов'язано з пришвидшенням розвитку атеросклеротичних змін в коронарних судинах серця.
2. У всіх хворих на ВХШ виявлено підвищення рівнів СРБ, холестерину та тригліцеридів в крові. У цих пацієнтів діагноз ІХС був підтвердженим.
3. Можливо, що своєчасне та повне проведення противиразкової терапії (включно з ерадикацією НР) зменшить ризик виникнення ІХС у хворих на ВХ.

ЛІТЕРАТУРА

1. David Taylor-Robinson. Bacterial Agents and Atherosclerosis || Amer. Heart J. - 1999.- v.138.- s.523 – 527.
2. Pellicano R., Mazzarello M. G., Monelloni S. et al. Acute myocardial infarction and Helicobacter pylori seropositivity || International J. of Clinical and Laboratory Research. – 1999. – v.29, № 4. – p.141 – 144.
3. Peter Libby, Paul M. Ridker, Attilio Maserini. Inflammation and Atherosclerosis. – 2002. – March 5, vol.105, № 9. – p.1135 – 1143.

Л.Т.ШЕВЧУК

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГІДНИХ УМОВ ПРАЦІ НАСЕЛЕННЯ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВТРАТ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ УКРАЇНИ

Розглядається суть втрат людського капіталу. Аналізуються відносні втрати людського капіталу, пов'язані із зайнятістю населення на невідповідних вимогам робочих місцях. Акцентується увага на необхідності розробки спеціальної методики для оцінки втрат людського капіталу з метою їх попередження та на необхідності забезпечення населенню гідних умов праці.

Рассматривается суть потерь человеческого капитала. Анализируются относительные потери человеческого капитала, связанные с занятостью населения на несоответствующих требованиям рабочих местах. Акцентируется внимание на необходимости разработки специальной методики для оценки потерь человеческого капитала с целью их предупреждения и на необходимости обеспечения населению достойных условий работы.