

мембрані. Підшлункова залоза виробляє не лише панкреатичні ферменти, але й водний розчин бікарбонату, забираючи воду із своїх клітин. При обезводненні організму водного розчину бікарбонату виділяється мало щоби нейтралізувати кислоту, яка поступає в кишківник з шлунку. Зменшення секреції інсуліну призводить до дефіциту води і поживних речовин, які повинні потрапити в клітини організму. Тому периферійні клітини організму починають поступово дегенерувати і вмирати. Компенсаторно зростає кількість води в системі кровообігу і забезпечується достатня кількість води для підшлункової залози. При діабеті інсулін перестає "проштовхувати" воду в клітини. Підшлункова залоза може під впливом зовнішніх факторів "зняти блокаду" з боку простагландіну E і виділити інсулін в кров. Така форма діабету часто буває оборотною і називається інсулінонезалежною. Наступний етап - незворотна ліквідація клітин острівців Лангерганса. Розчленування системи ДНК/РНК призводить до втрат клітин продукувати інсулін. Найкращий засіб при інсулінонезалежному діабеті довести регулярне споживання води як мінімум до 2,3 л, дещо збільшити споживання солі. Якщо простагландин E залишається в системі циркуляції крові досить довго, він активізує гормон інтерлейкін-6. Ця хімічна сполука попадає в ядро клітин острівців підшлункової залози, руйнує каркас ДНК/РНК і спричиняє нездатність цих клітин продукувати інсулін. В процес втягуються багато органів, що призводить до наступної інвалідації хворого. В організмі дітей, які швидко зростають, деяка форма зневоднення присутня постійно. Це стимулює відчуття спраги і організм "вимагає" води. Звичайну воду дітям потрібно давати обов'язково, не замінюючи воду соками, чаєм, газованою водою, морозивом.

Закрепи та його ускладнення

Кишківник використовує багато води для подрібнення твердої їжі. При достатній кількості води в організмі, частина її використовується як мастило при проходженні відходів травлення через товстий кишківник. Великою частиною товстого кишківника керують регулятори води, завданням яких є максимально реабсорбувати з відходів травлення стільки води, скільки потрібно іншим частинам організму. Під час цього процесу на відходи травлення створюється потужний тиск, щоби видавити з них достатню кількість води з подальшою реабсорбцією слизовою товстого кишківника. Чим більше обезводнення організму, тим повільніше відбувається моторна функція висхідних відділів кишківника – потрібний час для реабсорбції води. Товстий кишківник регулює консистенцію екскрементів, які стають твердими, що сповільнює їх виведення з організму. Однією з причин появи геморою, дивертикульозів, поліпів є хронічний закреп. Хронічне обезводнення з наступним закрепом є однією з причин формування злоякісних пухлин в товстому кишківнику. Ілеоцекальний клапан бере участь в регуляції реабсорбції води в кінцевому відділі тонкого кишківника. При різкому обезводненні організму закриття клапану може відбуватися дуже швидко і викликає спазм, що супроводжується біллю в правій здухвинній ділянці, симулюючи апендицит, андексит у жінок.

Аутоімунні хвороби

Обезводнення може привести до використання дуже важливих для життя елементів в якості антиоксидантів, що нейтралізують токсичні відходи, які не можуть бути виведені з організму природнім шляхом. Тому "в пошуках" цих дуже важливих елементів організм забирає їх з одних тканин, менш важливих, і віддає іншим тканинам, наприклад, мозку. Таке "обкрадання" власного організму може бути однією з причин аутоімунних хвороб.

Лікар Ф. Батмангхелідж вважає, що група неврологічних хвороб: розсіяний склероз, хвороба Альцгеймера, Паркінсона, Лоу Геріха, м'язова дистрофія і, нарешті, СНІД може бути віднесена до аутоімунних хвороб.

ЛІТЕРАТУРА

Батмангхелідж Ф. Вода для здоров'я. Пер. англ. О.Г. Белашев. – 4-е изд. – Мн.: "Попурри", 2006. – 288 с.

В.С. РУДНИЦЬКА, О. І. РЯБУХА

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Переломи щелеп становлять понад 15% переломів всіх кісток тіла, частота пошкодження обличчя становить 0,3 випадки на 1000 людей. Запропонована вдосконалена методика фізичної реабілітації при переломах нижньої щелепи сприяє збільшенню тонусу жувальних м'язів, рухливості нижньої щелепи, життєвої ємності легень у порівнянні з

аналогічними параметрами пацієнтів, яким реабілітацію проводили за рутинними методами.

Переломы челюстей составляют более 15% переломов всех костей тела, частота повреждения лица составляет 0,3 случая на 1000 людей.

Предложенная усовершенствованная методика физической реабилитации при переломах нижней челюсти оказывает содействие увеличению тонуса жевательных мышц, подвижности нижней челюсти, жизненной емкости легких в сравнении с аналогичными параметрами пациентов, которым реабилитацию проводили за рутинными методами.

Facials fracture occupies about 15% of total human bone, the incidence of face damage occupies 0,3% in 1000 people.

We propose the improvement of physical rehabilitation methode for patients with broken upper jaw. This methode helps to increase tone of chewing muscles, increase range of motion of upper jaw, lungs capacity, comparatively with analogne parameters of patients, veceiving routine rehabilitation.

Актуальність. Переломи щелеп - доволі поширений різновид травматичних ушкоджень. Зокрема, тільки у Львівській області кількість пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за період з 2003 по 2005 рр. зросла більш ніж на 15%. Травматичні пошкодження щелеп супроводжуються розладами фізіологічної рівноваги м'язів, порушенням функцій дихання, ковтання, жування та мовлення. Внаслідок реакції гіпофізарно-адреналової системи відбуваються зміни гемодинаміки, терморегуляції, інших фізіологічних процесів, що призводить до погіршення загального стану травмованих осіб. Порушення акту прийому їжі, дефекти мови, розлади зовнішнього дихання спричиняють зниження працездатності, негативно впливають на психоемоційний стан хворих та якість їхнього життя.

Переломи щелеп можуть бути правобічними, лівобічними, двобічними; у більшості випадків уражається нижня щелепа. Останніми роками спостерігається тенденція не тільки до збільшення абсолютної кількості осіб з переломами кісток лицевого черепа, але й до ускладнення характеру травм за рахунок поєднання пошкодження обличчя з іншими ділянками тіла, що є наслідком транспортних, вуличних, професійних, спортивних або побутових травм. Зазначене робить питання відновлення фізичного стану пацієнтів при переломах щелеп доволі актуальним. Разом з тим, цьому напрямку фізичної реабілітації в Україні приділяється ще недостатньо уваги.

Мета дослідження. В умовах стаціонару встановити ефективність впливу удосконалених заходів фізичної реабілітації при травматичних переломах нижньої щелепи.

Завдання дослідження.

1. Запропонувати методи реабілітаційного обстеження пацієнтів з переломами нижньої щелепи.

2. Удосконалити заходи фізичної реабілітації при травматичних переломах нижньої щелепи та експериментально перевірити їх ефективність.

Результати дослідження. Дослідження проводилися на базі Львівської обласної клінічної лікарні (відділення щелепно-лицевої хірургії). З 16 пацієнтів чоловічої статі віком 18-40 років з діагнозом "Правобічний травматичний перелом нижньої щелепи" було сформовано дві групи - основну та порівняльну (по 8 осіб у кожній). З пацієнтами основної групи займалися за удосконаленою нами програмою фізичної реабілітації, яка включала в себе комплекс дихальних та загальнозміцнюючих лікувальних вправ, лікувальні вправи спеціальної спрямованості, вибіркового масажу. У порівняльній групі заняття з пацієнтами проводили інструктори ЛФК та масажисти за загальноновизнаною програмою відновлення.

Реабілітаційне обстеження пацієнтів було запропоновано здійснювати простими, але інформативними методами, які дозволяють з'ясувати загальний стан організму та функціональні можливості нижньої щелепи. Визначали: частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, життєву ємність легень; спеціальними показниками стану пацієнтів даного профілю були об'єм рухливості нижньої щелепи і тонус жувального м'язу (m. masseter), який визначався в стані спокою та при функціональному напруженні. Ступінь вірогідності отриманих результатів визначали за допомогою методів математичної статистики.

Перед застосуванням фізичної реабілітації проводили початкове обстеження, під час якого було виявлено, що цифрові значення досліджуваних показників у пацієнтів обох груп не різнились між собою ($P > 0.05$). Водночас порівняння параметрів міотонетрії жувальних м'язів зі здорового і ураженого боків показало, що їх тонус на ураженому боці як в стані спокою, так і в стані напруження був меншим, ніж на здоровому боці, що було зумовлене порушенням їх функції внаслідок перелому.

На основі аналізу початкових результатів нами було запропоновано удосконалити методику фізичної реабілітації. Основні відмінності від загальноновизнаного підходу до фізичної реабілітації досліджуваного контингенту пацієнтів полягали в тому, що:

- процес відновлення функціональної спроможності щелепно-лицевої ділянки був розподілений на три періоди у відповідності до клінічного перебігу післятравматичного стану;
- засоби фізичної реабілітації адекватно відповідали реабілітаційним завданням кожного з клінічних періодів;
- велика увага приділялась дихальним та загальнозміцнюючим вправам: пацієнтам рекомендувалось поєднувати загальнозміцнюючі вправи зі спеціальними, акцентуючи увагу на виконанні активних вправ з опором;
- для кожного клінічного періоду були розроблені комплекси вправ для їх самостійного виконання пацієнтами.

Повторне обстеження, яке проводилось перед випискою пацієнтів зі стаціонару (в середньому через 21 день після госпіталізації), показало, що досліджувані показники діяльності серцево-судинної системи (частота серцевих скорочень і артеріальний тиск) у обстежених основної та порівняльної груп протягом стаціонарного періоду суттєво не змінювались, що обумовлено молодим віком пацієнтів і відсутністю у них серцево-судинної патології. Водночас, життєва ємність легень у пацієнтів основної групи зросла на 20% (з початкових 3,0 л до 3,6 л; $P < 0.05$), тоді як у пацієнтів порівняльної групи обговорюваний показник практично не змінився (рис.1).

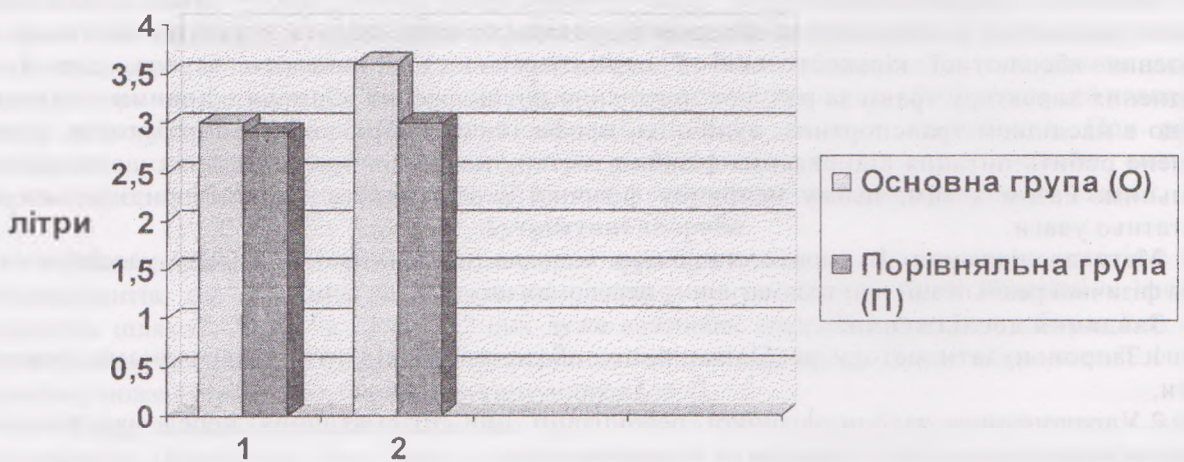


Рис.1. Динаміка параметрів життєвої ємності легень (ЖСЛ) протягом стаціонарного лікування
Примітки: 1. ЖСЛ до початку фізичної реабілітації. 2. ЖСЛ перед випискою зі стаціонару.

Кінцеві результати дослідження тонусу жувальних м'язів з ураженого боку вказують на те, що у обстежуваних обох груп відбулись значні зміни (рис.2). Зокрема, тонус м'язів в стані розслаблення у пацієнтів основної групи зріс на 7,2%, (у пацієнтів порівняльної групи - на 3,2 %). Показники міотонетрії в стані напруження мали ту саму динаміку: у пацієнтів основної групи тонус достовірно збільшився на 13,3% ($P < 0,05$), тоді як у пацієнтів порівняльної групи він збільшився лише на 4,4% ($P > 0,05$).

Встановлена тенденція зберігалась і на здоровому боці. Показники міотонетрії жувальних м'язів у пацієнтів основної групи були достовірно більшими, ніж у пацієнтів групи порівняння. Зокрема, за час перебування в стаціонарі тонус жувальних м'язів у пацієнтів основної групи в стані розслаблення зріс на 2,9 % (проти 0,7 % в групі порівняння), а в стані напруження - на 6,7 % (проти 2,2% в групі порівняння; в обох випадках $P < 0.05$).

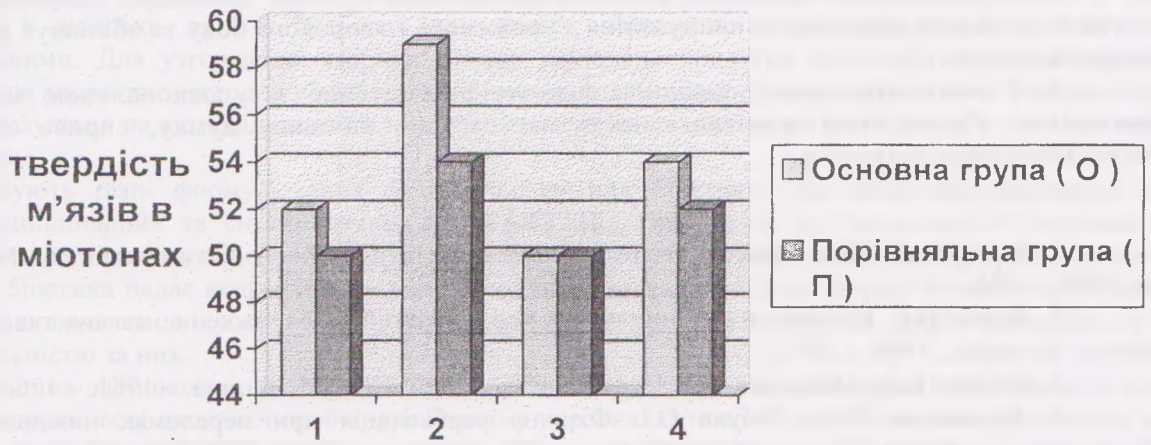


Рис.2. Динаміка тонузу жувальних м'язів (ТЖМ) при правобічних переломах нижньої щелепи (уражений бік)

Примітки: 1.ТЖМ в стані напруження до фізичної реабілітації. 2.ТЖМ в стані напруження після виписки зі стаціонару. 3.ТЖМ в стані розслаблення до фізичної реабілітації. 4. ТЖМ в стані розслаблення після виписки зі стаціонару

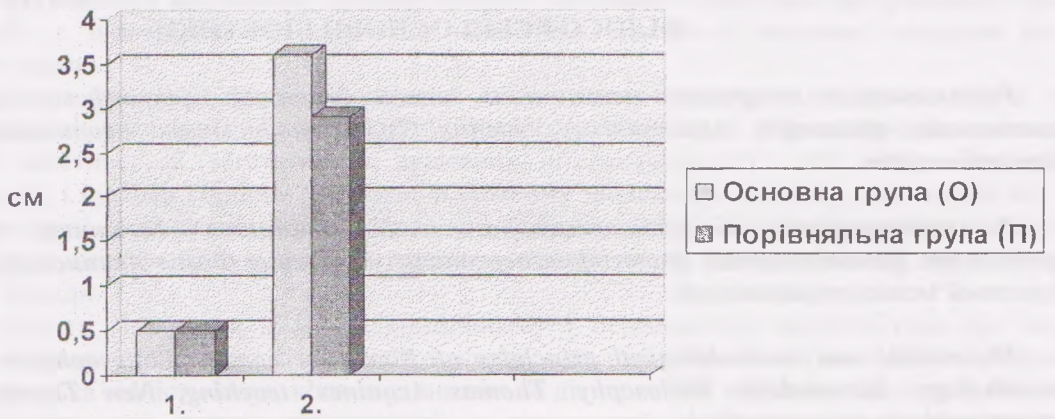


Рис.3. Динаміка рухливості нижньої щелепи при правобічних переломах нижньої щелепи

Примітки: 1.Рухливість нижньої щелепи до початку фізичної реабілітації. 2.Рухливість нижньої щелепи після виписки зі стаціонару.

За час перебування в стаціонарі рухливість нижньої щелепи (рис.3) у пацієнтів основної групи достовірно збільшилась у 6,8 разів (на 3,09 см), тоді як у пацієнтів порівняльної групи вона збільшилась в 4,5 рази (на 2,39 см); в обох випадках $P < 0,05$. Проте обговорюваний параметр (рухливість нижньої щелепи) у пацієнтів основної групи був на 30% більшим, ніж у пацієнтів порівняльної групи ($P < 0,05$).

Висновки. Таким чином, на основі проведених досліджень можна зробити наступні висновки:

1. Тонус жувальних м'язів з ураженого і здорового боку та ступінь рухливості нижньої щелепи - інформативні показники реабілітаційного обстеження та контролю за ефективністю реабілітаційних заходів при переломах нижньої щелепи.

2. При переломах нижньої щелепи доцільно застосовувати дихальні та загальнозміцнюючі вправи, зокрема, загальнозміцнюючі вправи з опором, а також масаж, який

виконується на ділянках проекції основних м'язів обличчя. Важливе значення мають самостійні заняття пацієнтів лікувальними фізичними вправами.

3. Удосконалена методика фізичної реабілітації суттєво поліпшує тонус жувальних м'язів в стані розслаблення та напруження з ураженого і здорового боку та збільшує рухливість нижньої щелепи.

4. У пацієнтів, яким проводили фізичну реабілітацію за удосконаленою методикою, достовірно збільшується життєва ємність легень, що, на нашу думку, сприяє оптимізації загального стану пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой и хирургической стоматологии. – М.: Мед. л-ра, 2000. – 404с.
2. Жабин В.Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждение мягких тканей лица. – Минск: Беларусь, 1986. – 207с.
3. Кабаков Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. – М.: Медицина. – 1981. – 176с.
4. Рудницька В.С., Рябуха О.І. Фізична реабілітація при переломах нижньої щелепи: Постановка проблеми //Здоровий спосіб життя: Зб. наук. ст.-.- Львів: ПП “Бодлак”, 2006. Вип.11. – С.61-64.
5. Травмы челюстно-лицевой области /Под ред. М.М. Александрова. – М.: Медицина.,1986. – 448с.
6. Травматология челюстно-лицевой области /Под. ред. Т.М. Лурье. – М.,1977. – 72с.
7. Черкашин С.І. Хвороби щелепно-лицевої ділянки. – Т., 2001. – 350с.
8. Чистякова В.В. Травмы лица и головного мозга. – К.: Здоровье, 1977. – 103с.

Г.Т.ТЕРЕШКЕВИЧ

ФІЛОСОФСЬКІ ОСНОВИ БІОЕТИКИ

Розглядається теоретико-методологічні засади біоетики: філософська антропологія, феноменологія, філософія персоналізму, вчення Томи Аквінського, неотомізм, релігійний екзистенціалізм.

Рассматриваются теоретико-методологические принципы биоэтики: философская антропология, феноменология, философия персонализма, учение Фомы Аквинского, неотомизм, религиозный экзистенциализм.

Theoretical and methodological principles of Bioethics, namely Philosophical anthropology, Phenomenology, Personalistic Philosophy, Thomas Aquines' teaching, New Thomism, Religious ekzystentsyonalizm are researched.

Актуальність біоетики впливає із кризи сьогодення, спричиненої втратою моральних цінностей в Україні, як і у світі в цілому. З одного боку, демократичний світ веде боротьбу за щораз нові права людини, з іншого – ті самі права ненародженої людини, вмираючої, соціально неадаптованої – порушує. Замислитися над проблемою виживання людини покликана нова галузь науки – біоетика.

Біоетика є, передусім, системою моральних вимірів дій і вчинків людини стосовно інших людей, себе самої і суспільства. Вона є міждисциплінарною, оскільки, як система спирається на принципи етики, біології, медицини, психології, екології, релігії, філософії, соціології та інших галузей людського життя. Її мета і засоби потребують правової регламентації.

На сучасному етапі спостерігається зростання зацікавлення біоетикою, що змушує точно окреслити її теоретичні засади. Теоретичними засадами біоетики є філософська антропологія (М. Шелер), феноменологія (Е. Гуссерль) і особливо філософія персоналізму, які наголошують на особливій цінності людини як істоти духовної, особистості, яка є унікальним створінням та має власну гідність і цінність. Поряд із цими філософськими напрямками істотно відображають сутність біоетики вчення Томи Аквінського й неотомізм, які вважають особистістю таку людину, що не виражає здатності реалізувати свої розумові здібності. Подібної думки дотримуються представники