

На практиці, ці та подібні до них ідеї, намагалися реалізувати в кінці XIX століття засновник американського скаутингу Ернст Сетон-Томпсон, який заснував в лісах Канади у сусідстві з племенем індіанців Школу "Білої Берези", метою якої було навчити підлітків "з цивілізації" жити в природі. А потім, на початку XX століття в Україні та СРСР, Порфирій Іванов, який, із своїми "іванівцями", довів ідею "повернення до природи" до вражаючих результатів.

Якщо зробити спробу порівняння концепції природності на Сході і Заході, то перше, що можна зауважити, на мій погляд, це те, що на Сході вона мала практичне, а на Заході, переважно теоретичне вирішення та застосування. Так, принципи недіяння та спонтанності, які узасаднюють концепцію природності Сходу, що лежить в основі уявлення про здоровий спосіб життя, мають абсолютний практичний, житеорганізуючий сенс. Вони виступають, як ідейний життєвий орієнтир на всьому світі. Натомість, природність на Заході розробляється теоретично, і трактується різними способами у різноманітних площинах. В основному вона зводилася до раціоналізму, оскільки розум – головна властивість людини. Так, вже згадувана вище теза Руссо "повернення до природи" трактується перш за все, як повернення до розуму, раціонального способу мислення. Очевидно саме це повернення на радіо і забезпечило становлення науки та віри у прогрес у Європі. Воно ж, у подальшому, забезпечило створення різноманітних **раціональних теорій** (фізичного розвитку, фізичної культури, гігієни, тренування, загартування, збереження здоров'я тощо), які б мали сприяти збереженню та зміцненню здоров'я та веденню здорового способу життя.

Висновки :

1. В межах етичних систем релігій давнього Сходу, поряд з концепцією помірності, фундаментальною для етики здоров'я у цих цивілізаціях основою, виступає концепція природності.
2. Концепція природності у даосизмі ґрунтується на принципах діяльності Дао - недіяння (уважності); Під принципом недіяння даоси розуміють не бездіяльність взагалі, а відмову від дій, які суперечать природі людини: Культивування принципу спонтанності, як форми прояву поведінки людини, має забезпечити вияв її природної, істинної внутрішньої суті;
3. У європейській цивілізації концепція природності почала розроблятися у різних країнах лише в добу Відродження, знайшовши своє вираження, перш за все, у раціоналізмі, "поверненні до розуму";
4. Концепція природності на Сході носила переважно практичний, а на Заході, переважно теоретичний характер, хоча, у подальшому, мала і практичне вирішення у формі різноманітних раціональних теорій збереження та зміцнення здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тимчак Я.В. Концепція помірності як основа уявлення про здоровий спосіб життя в античному Сході та Заході // Здоровий спосіб життя: Збірник наукових статей. Випуск 5.- Львів, 2005. – С. 58 – 61;
2. Капра Ф. Дао фізики. - С - Петербург, 1994.- С. 100;
3. Там само. – С. 105;
4. Плоть и кость дзен. - Калининград, 1992.- С. 23;
5. Татаркевич В. Історія філософії. - Львів, 1998-1999.- т.3. - С. 18;
6. Філософія: Підручник. – Львів: Логос, 1995. - С. 53;
7. Кун Л. Всеобщая история физического воспитания. - М., 1980. - С. 154;
8. Татаркевич В. Історія філософії. - Львів, 1998-1999.- т.3. - С. 191;
9. Капра Ф. Дао фізики. - С - Петербург, 1994.- С. 84;
10. Татаркевич В. Історія філософії. - Львів, 1998-1999.- т.3. - С. 192;
11. Там само. - С. 193;
12. Столбов В.В. История физической культуры. - М.: Просвещение, 1989. - С. 36

Я.І. ТОМАШЕВСЬКИЙ, О.В. САФОНОВА,
А.Я. ВЕЛИЧКО

ПОВРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПРИ СУЧАСНІЙ ІНСУЛНОТЕРАПІЇ

У статті наведена інформація про нові опрацювання стосовно інсулінотерапії при цукровому діабеті.

З статті приведена нова інформація, касаючися інсулінотерапії при сахарному діабеті.

In the article there is information about new elaboration of insulin therapy in diabetes mellitus

Нині відомо, що добрий глікемічний контроль понижує ризик розвитку та прогресування пізніх ускладнень при цукровому діабеті (ЦД) 1 і 2 типу. Оптимальний контроль ЦД передбачає необхідність такої інсулінотерапії, яка найточніше імітує фізіологічний профіль інсуліну. Донедавна єдиним доступним боліусним інсуліном був людський розчинний інсулін, який слід вводити у хвилини до прийому їжі для отримання максимального ефекту. Двофазний людський інсулін також повинен вводиться за півгодини до їжі, що вимагає у пацієнта дотримання певного режиму харчування та введення інсуліну [2].

Інсулін людини (рис. 1, табл. 1) містить А-ланцюг (21 амінокислотний залишок) та В-ланцюг (30 амінокислотних залишків), його біосинтез відбувається у бета-клітинах панкреатичних островців згідно з інформацією, що закодована у гені одинадцятої хромосоми [1], а за своєю будовою відрізняється від інсуліну свині наявністю амінокислоти треоніну замість аланіну в положенні В28.

Табл. 1

Частота амінокислотних залишків у молекулі інсуліну людини

	А-ланцюг	В-ланцюг
Аланін (Ала)	0	1
Аргінін (Арг)	0	1
Аспарагін (Асп)	2	1
Валін (Вал)	1	3
Гістидин (Гіс)	0	2
Гліцин (Глі)	1	3
Глютамін (Глн)	2	1
Глютамінова кислота (Глю)	2	2
Ізолейцин (Ілей)	2	0
Лейцин (Лей)	2	4
Лізин (Ліз)	0	1
Пролін (Про)	0	1
Серин (Сер)	2	1
Тирозин (Тир)	2	2
Треонін (Тре)	1	2
Фенілаланін (Фен)	0	3
Цистеїн (Цис)	4	2
Всього	21	30

Швидкодіючі аналоги інсуліну є біотехнологічно зміненими варіантами молекули людського інсуліну. У порівнянні із традиційним інсуліном аналоги інсуліну швидше всмоктуються, дозволяє пацієнтам приймати їжу безпосередньо після введення інсуліну або навіть вводити інсулін відразу після їди. Поряд із цим, коротша тривалість дії ультракоротких інсулінових аналогів порівнянні з інсулінами короткої дії дозволяє досягти більшої відповідності між дією боліусного інсуліну та рівнем постпрандіальної глікемії. Важливо також, що у порівнянні із людським розчинним інсуліном, інсулінові аналоги надають пацієнтові значно більшу свободу в дієті та способі життя. При цьому знижується потреба у додаткових прийомах їжі, які були необхідні донедавна зв'язку із залишковою дією інсуліну після прийому їжі. Слід враховувати і зниження частоти гіпоглікемії як результат швидкої елімінації аналогів інсуліну.

Інсулін НовоРапід – це новий швидкодіючий аналог людського інсуліну, структура якого практично ідентична нативному інсуліну, в молекулі якого амінокислоту пролін замінено аспарагіновою кислотою в позиції В28 амінокислотної послідовності [2].

Така структура понижує тенденцію інсулінових молекул до їх перетворення у димери. Таке зниження здібності молекули до полімеризації прискорює всмоктування інсуліну. При цьому швидко досягається максимальна концентрація інсуліну у плазмі крові в порівнянні із людським інсуліном, але здібність молекул зв'язуватись з рецептором (афінність) залишається попередньою [2].

НовоМікс 30 – двофазний аналог інсуліну є суспензією, яка містить 30% розчинного інсуліну аспарт і 70% протамін-кристалізованого інсуліну аспарт. При цьому розчинний компонент забезпечує швидке всмоктування, швидкий початок дії і швидке виведення інсуліну із організму, а повільніше всмоктування пролонгованого компонента забезпечує рівень базального інсуліну.

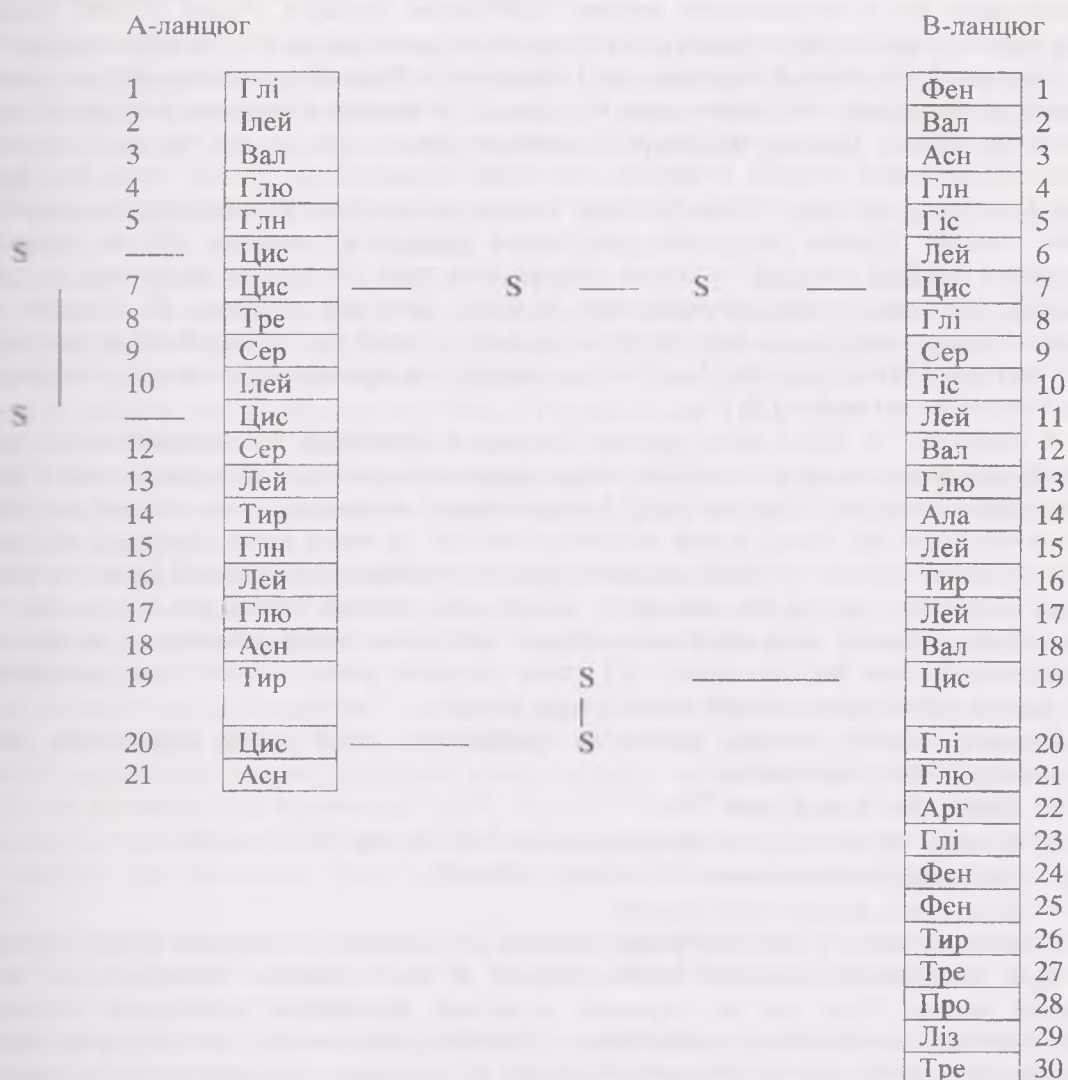


Рис.1. Амінокислотні послідовності молекули інсуліну людини.

При цукровому діабеті 2 типу інсулінотерапію слід починати, коли прийом пероральних гіпоглікемічних препаратів (ПЦЗП) не забезпечує досягнення стану компенсації. Окрім того, при небажаних побічних ефектах ПЦЗП, особливостях способу життя, прийомі супровідних препаратів та прогресуванні захворювання доцільно розглянути можливість призначення інсулінотерапії. Переведення на інсулінотерапію слід розглянути, якщо на терапії ПЦЗП рівень глікемії постійно є вищим від 7%. Комбінація пероральних препаратів та інсулінотерапії може забезпечити кращий довготривалий контроль і меншу вірогідність підвищення маси тіла, ніж монотерапія інсуліном.

Терапію двофазним аналогом інсуліну НовоМікс 30 при ЦД 2 типу можна починати у комбінації із ПЦЗП або в якості монотерапії. Переважно у якості стартового режиму двофазний аналог інсуліну НовоМікс 30 призначається у дозі 0,4-0,6 Од/кг/ добу, яку ділять на дві ін'єкції перед сном та ввечерю. Доза титрується із кроком у 2-4 Од. кожні три-чотири дні.

При застосуванні двофазного аналога інсуліну НовоМікс 30 у комбінації із ПЦЗП дози інсулінової терапії не змінюються. При цьому починають із загальної добової дози 0,2-0,3 Од/кг маси тіла НовоМікс-30, після чого проводиться титрація дози доки не будуть досягнуті цільові рівні глікемії. Кожні три-чотири місяці слід контролювати рівень HbA1c.

Пацієнтам із ЦД I типу необхідне негайне призначення інсуліну, відразу після встановлення діагнозу. Більшість пацієнтів потребують інтенсивних режимів лікування. Золотим стандартом

інсулінотерапії при ЦД I типу є базис-болусна терапія: введення інсуліну короткої дії та основними прийомами їжі і додаткове введення інсуліну середньої тривалості або тривалої дії для покриття потреби у базальному інсуліні. Популярність набуває швидкодіючий аналог інсуліну НовоРапід. Звичайно 50-70% добової дози інсуліну припадає на інсулін короткої дії, ця доза ділиться між прийомами їжі із врахуванням режиму харчування пацієнта. Решта 30-50% загальної дози інсуліну припадає на інсулін тривалої дії і переважно ділиться на дві ін'єкції протягом дня.

Базальний і болусний (прандіальний) компоненти базис-болусної терапії виконують функції, які в ідеалі повинні діяти незалежно один від одного. Базальний компонент інсулінотерапії повинен покривати потребу у базальному інсуліні протягом всього дня, у той час як болусний інсулін повинен забезпечувати потреби в інсуліні, викликані підвищенням глікемії після їди. Застосування інсуліну НовоРапід наближує базис-болусну терапію до профілю ендогенної інсулінової секреції здорових людей. Терапія людським розчинним інсуліном короткої дії не може імітувати фізіологічний профіль інсуліну, оскільки досягає піку своєї біологічної активності та елімінується повільніше, ніж ендогенний прандіальний інсулін. Швидкий початок дії інсуліну НовоРапід зумовлює точніше співпадіння піку постпрандіальної глікемії та максимальної активності інсуліну. До часу наступної ін'єкції інсулін НовоРапід на відміну від людського розчинного інсуліну цілком втрачає біологічну активність[2].

У пацієнтів із ЦД I типу терапія інсуліном НовоМікс 30 починається із дози 0,4 Од/кг/добу, яку ділять на дві рівні ін'єкції, перед сніданком і вечерею. Доза титрується із кроком у 0,2 Од. кожні три-чотири дні. Пацієнти із ЦД I типу повинні визначати рівень глікемії перед сніданком до і після прийомів їжі, перед якими вводиться інсулін, та перед сном. Пацієнти, які отримують ін'єкції змішаними видами інсулінів, повинні проводити моніторинг глікемії 2 рази на день: перший раз перед сніданком, другий раз або перед обідом, або перед вечерею, або перед сном. При ЦД I типу контроль глікемії слід проводити перед сніданком, після сніданку і перед сном. При інтенсифікованій схемі інсулінотерапії ЦД I типу контроль рівня глікемії слід проводити перед сном через 2 години після кожного прийому їжі і перед сном.

Режими терапії можуть вважатись успішними, якщо вони дозволяють досягнути цільових підтримувати наступні показники:

- рівень HbA_{1c} не більше 7%
- глікемія натшесердце та препрандіально 5-7,5 ммоль (90-130 мг%)
- постпрандіальна глікемія <9 ммоль/л (160 мг%)
- відсутність важких гіпоглікемій

У вагітних жінок з діабетом добрі показники глікемічного контролю можуть бути досягнуті тільки при інтенсивних режимах інсулінотерапії із застосуванням багаторазових ін'єкцій інсулінової помпи. Нині ще не отримані остаточні результати досліджень стосовно оптимального застосування інсуліну НовоРапід при вагітності. Терапія двофазним аналогом інсуліну НовоМікс 30 в режимі двох ін'єкцій на добу не рекомендується для застосування у вагітних жінок із діабетом.

При ожирінні або надмірній масі тіла контроль на монотерапії ПЦЗП можна покращити, додаючи одну ін'єкцію готової суміші інсуліну 30/70 перед вечерею.

При супутніх захворюваннях і підвищенні глікемії понад 15 ммоль/л /270 мг% рекомендується дрібне введення інсуліну НовоРапід кожні три-чотири години у дозі, що становить 50% від звичайної дози, яку вводять безпосередньо перед їдою [2].

Таким чином, застосування нових аналогів інсуліну НовоРапід та НовоМікс 30 дозволяють покращити якість життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ефимов А.С., Германюк Я.Л., Генес С.Г. Сахарный диабет. – Київ: Здоров'я, 1983. – 224 с.
2. Рекомендації з лікування аналогами інсуліну. // Інформаційний лист № 33. НовоНордск, II квартал 2005 року. – Київ, 2005. – 77 с.

Т. Г. ТЮРІВ РЕЛІГІЙНІ, ДУХОВНО-ЕЗОТЕРИЧНІ, ФІЛОСОФСЬКІ СУЧАСНІ ВЧЕННЯ ПРО ПРИРОДУ ТА ЕВОЛЮЦІЮ ЛЮДИНИ

У статті розглядаються релігійні, духовно-езотеричні філософські вчення, погляди сучасних науковців стосовно природи людини та напрямку її еволюції.