

енергетичному забезпеченні чакрами. ТМТ не мають структур, які могли б компенсувати функціональне значення чакр для людини.

З усіх інформаційно-енергетичних структур тонкоматеріальних тіл людини чакри найбільш розвинені і займають найвище місце в інформаційно-енергетичній ієрархії. Людина може свідомо і цілеспрямовано розвивати чакри, досягнути їх оптимального структурно-функціонального розвитку і адекватного функціонування відповідно до свого еволюційного розвитку, своїх функціональних можливостей, характеру соціально-біотичних проявів своїх особливостей, властивостей і здібностей. **За допомогою свідомо розвинених чакр людина може керувати** своїми інформаційно-енергетичними процесами соціально-біотичних, фізіологічних, психічних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних, псі-феноменальних, духовних, душевних і божественних проявів; **сповільнювати** процес старіння з досягненням високої соціально-біотичної активності життя шляхом довготривалого підтримання інформаційно-енергетичної основи молодості і доброго здоров'я; **переорієнтовувати і змінювати** причинно-наслідково запрограмований розвиток своїх тіл, особливостей, властивостей, здібностей і функціональних можливостей; **прискорювати** свій еволюційний розвиток; створювати навколо себе індивідуальне та ідентичне людям, людському життю, всім людським особливостям, властивостям, здібностям і функціональним можливостям інформаційно-енергетичне середовище, яке б позитивно впливало на розвиток людства, суспільства, духовного буття, природи, Землі та Космосу; **жити і проявлятися** в єдності людського, земного, космічного, духовного, матеріального, минулого, теперішнього і майбутнього.

Продовження у випуску 56

ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с. + 22 іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини.– Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.
3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. Вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikušová MM, 2009. – 1 144 s.: il.

П.В. ГРИЗА, Л.О. ТАЛМАЄВА

ДОНОРСТВО КРОВІ. ВПЛИВ КРОВОДАЧІ НА ОРГАНІЗМ ДОНОРА

В статті розглянуті питання розвитку донорства та вплив кроводачі на організм донора

Ключові слова: донорство, кров, організм

В статье рассмотрены вопросы развития донорства и влияние кроводачи на организм донора.

Ключевые слова: донорство, кров, организм.

In the article considered questions of development of donorship and influence of residence to blood on organism donor.

Key words: donor, blood, organism

У 2001 році виповнилося сто років з дня відкриття Карлом Ландштейнером ізосерологічних груп крові, яке в 1930 р було відзначено Нобелівською премією. Відкриття

груп крові стало основою виникнення та бурхливого розвитку науково – практичних напрямків у медицині таких як ізосерологія, імунологематологія, імуногенетика, трансфузіологія, трансплантаційна імунологія, і вже в наш час, геморекомбінантна інженерія. Періодизація історії розвитку трансфузіології тісно пов'язується з двома минулими світовими війнами. У першу світову війну було введено переливання консервованої донорської крові. У міжвоєнний період (1927 р) в Україні була створена перша донорська організація в м. Одесі на базі Червоного Хреста. Набула єдиної структури служба крові України, введено широке застосування переливання донорської крові в клінічній практиці. Після другої світової війни масштаби трансфузії донорської крові досягли свого апогею - надзвичайно розширились показання до гемотрансфузій. У 1957 р, вперше, в Україні було введено безоплатне добровільне донорство, а її першими донорами стали медичні працівники. Масовість безоплатного добровільного донорства вимагала від закладів служби крові організації нових форм роботи, однією з яких - заготівля донорської крові в виїзних умовах. Було введено два етапи її заготівлі, що забезпечило закритий екстракорпоральний метод її взяття. Це дозволило закладам служби крові заготовляти окремі клітинні компоненти донорської крові та налагодити виробництво препаратів плазми крові.

В подальші роки були виявлені негативні наслідки гемотрансфузій консервованої донорської крові. Сьогодні домінуючими стали принципи гемокомпонентної терапії, а в деяких випадках у комбінації з кровозамінниками.

Донор це - особа, яка дає кров, її компоненти, кістковий мозок з лікувальною метою. Виділяють наступні групи донорів: активні донори, донори резерву і донори-родичі. Активні донори - особи, які за власною ініціативою звернулися в заклад служби крові, або лікувальну установу для систематичної донації крові, її компонентів по кілька разів на рік. Донори резерву - особи, які залучені для одноразової донації крові, її компонентів. За бажанням вони можуть стати активними донорами. Донори-родичі - особи, які безкоштовно дають кров, її компоненти для лікування родичів, друзів та знайомих. Чергові донори - особи з групи активних донорів рідкісних груп, які перебувають на особливому обліку. Вони дають кров у будь-який час доби за викликом закладу служби крові, або лікувальної установи.

Разова донація крові становить 450,0 мл цільної крові (для проведення лабораторних аналізів у донора беруть додатково до 60,0 мл крові). Кількість кроводач, протягом року, не може перевищувати 5 разів, а інтервал між донаціями має бути не менше 60 днів. Після п'ятої донації донору, в обов'язковому порядку, надається „донорська відпустка” терміном - 3 місяці.

Нормальні фізіологічні показники периферичної крові донора повинні становити: рівень гемоглобіну - у жінок - не нижче 120 г/л, у чоловіків - не менше 130 г/л; кількість еритроцитів: у жінок - не менше $3,9 \times 10^{12}/л$, у чоловіків - $4 \times 10^{12}/л$, тромбоцитів: 180 - $320 \times 10^9/л$, ШОЕ: жінки - не більше 15 мм/г, чоловіки - не більше 10 мм/г; кількість лейкоцитів $4 - 10 \times 10^9/л$, палочкоядерних нейтрофілів 45-70%, базофілів 0-1%, еозинофілів 0-5%, моноцитів 2-9%, лімфоцитів 18-40%.

Кожна фізіологічна кроводача (450,0 мл) викликає незначні зміни в організмі донора: знижується рівень гемоглобіна протягом перших 5 днів на 2-10% від початкового і нормалізується протягом місяця. Кількість еритроцитів з першої години і протягом наступних 5 днів знижується - на $3 - 10 \times 10^5/л$, а повне відновлення показників червоної крові відбувається до 15 - 30-го дня після донації. З третього дня, після кроводачі, збільшується кількість ретикулоцитів і досягає свого максимуму на 13-15 добу, з наступною нормалізацією до 27- 30 дня. У кадрових донорів може спостерігатися постійно підвищений рівень ретикулоцитів, обумовлений подразненнями кісткового мозку повторними кроводачами.

За темпом регенерації червоної крові донори поділяються на 3 типи:

Гіперреактивний - показники гемоглобіну і еритроцитів після донації перевищують початковий рівень.

Регенераторний - показники крові не змінюються.

Гіпорегенеративний - вміст гемоглобіну і еритроцитів знижується після донації. Даний тип спостерігається у донорів 20 річного віку і старше 55 років. Показники крові швидше повертаються до норми у донорів, які багато разів давали кров.

Повернення до норми лейкоцитів відбувається в два етапи:

перший - зменшується кількість лейкоцитів і збільшується показник лімфоцитів у першу та другу добу після ексфузії крові;

другий - підвищується кількість лейкоцитів (3-7 доба) за рахунок підвищення показників сегментоядерних та палочкоядерних нейтрофілів.

Реакція донора на кроводачу проявляється гіпоальбумінемією, підвищенням вмісту глюкози, калію, хлориду натрію, заліза, змінюється азотний обмін між кров'ю та тканинами. Мобілізується тканинний білок, збільшується вміст амінного азоту в клітинних елементах крові. Порушення обмінних процесів у донорів нормалізуються протягом 7-10 днів. Для швидкого відновлення запасів заліза донорам рекомендується вживати препарати заліза.

Кроводача впливає на коагулологічні показники системи крові донора. Зменшується кількість тромбоцитів, вміст протромбіну і фібриногену, знижується індекс ретрації кров'яного згустку та час рекальцифікації плазми. Протягом 6 - 9 днів, після донації, коагулологічні показники поступово нормалізуються.

Інколи кроводача супроводжується психологічною реакцією донора яка проявляється збудженістю, зниженням артеріального і венозного тиску, прискоренням кровотоку, тахікардією. Реакція є короткотривалою і повертається до норми протягом 30-60 хв після кроводачі. У цей період, у закладі служби крові, донору надається відпочинок.

У деяких категорій донорів, після донації 450,0 мл крові, спостерігається зниження м'язової сили, збільшення відсотка помилок при вирішенні завдань. Донорам, робота яких вимагає емоційної напруги, підвищеної уваги, швидкої реакції, не рекомендується приступати до роботи безпосередньо після кроводачі. Згідно з Законом України „Про донорство крові і її компонентів” донорам надається 2 дні оплачуваної відпустки (у день кроводачі та наступний день).

У більшості донорів, які регулярно дають кров у фізіологічній дозі 4-5 разів протягом року, при інтервалах між кроводачами 2 місяці, морфологічна картина крові, показники згортаючої системи, кістковомозкове кровотворення, білковий склад, показники гемодинаміки не відрізняються від показників у здорових осіб, які ніколи не були донорами.

При донорському плазмаферезі у донора забирається лише плазма, а клітинні елементи повертають йому в залежності від способу проведення плазмаферезу (апаратний, ручний). Доза взятої плазми від одного донора за одну процедуру плазмаферезу не повинна перевищувати 600,0 мл (не більше 10-12 л за рік). У половини донорів після першого плазмаферезу спостерігається незначна гіпопротеїнемія. При подальших процедурах плазмаферезу співвідношення сироваткових білків нормалізуються протягом 16-18 годин, що дозволило встановити інтервал між плазмаферезами 7-14 днів.

Сучасна практика трансфузійної терапії на Україні показує, що проблема забезпечення лікувальних закладів компонентами донорської крові, за умов дефіциту донорських кадрів, може бути вирішена при використанні всіх форм донорства. Однією з них є - мультикомпонентне донорство. Мультикомпонентна заготівля компонентів донорської крові відрізняється від традиційних методів тим, що компоненти крові заготовляються з використанням автоматичних сепараторів крові, шляхом відбору їх з екстракорпорального контура в процесі донації. Критерії допуску до мультикомпонентного донорства представлені в таблиці 1.

1 доза КЕ = 250,0 мл; 1 доза СЗП = 250,0 мл; 1 доза КТ = 5×10^{11} тромбоцитів у 50,0 мл плазми.

Крім критеріїв викладених у таблиці донори повинні пройти відповідне медичне і лабораторне обстеження. Використання методу мультикомпонентного донорства дозволяє в

процесі однієї процедури заготовити декілька стандартних доз гемокомпонентів і в першу чергу дитячих, забезпечити стерильність, скоротити термін заготівлі і потребу в донорах.

Таблиця 1.

Критерії допуску донорів до мультикомпонентної заготівлі донорської крові

№ п/п	Вік донора	Вид донації компонентів крові	Гемоглобін, г/л	Феритин в сироватці, нг/л	Кількість тромбоцитів, 10^9 /л
1.	18-50	КЕ- 2 дози	150 і більше	500 і більше	не має значення
2.	18-50	КЕ+ КТ	140 і більше	300 і більше	180 і більше
3.	18-50	КЕ+ СЗП	140 і більше	300 і більше	180 і більше
4.	18-50	КТ- 2 дози	135 (Ч) і більше 125(Ж) і більше	не має значення	180 і більше
5.	18-50	СЗП+КТ	125-140(Ч) і більше 115-140 і більше (Ж)	не має значення	180 і більше

Примітка: Ч - чоловіки, Ж - жінки, КЕ –коцентрат еритроцитів, СЗП – свіжозаготовлена плазма, КТ – концентрат тромбоцитів.

Таким чином, знання особливостей реакцій організму донора на кроводачу зніме страх значної групи людей щодо виконання ними донорських функцій і буде сприяти залученню їх до активного та безпечного донорства.

ЛІТЕРАТУРА

- 1.Очерки по производственной и клинической трансфузиологии. Под ред. А.И. Воробьева. М.: Ньюдиамед.-2006. – 632 с.
2. Гриза П.В. К вопросу использования мультикомпонентного донорства на Украине. Мат. VI съезда гематологов и трансфузиологов Республики Беларусь. Минск - 2007.- С. 29-30.

О.В.ЗИБАРЄВА, Л.Т.ШЕВЧУК

ЗЛОЧИННІСТЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ФАКТОР ДЕВІАНТНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА

Аналізується стан злочинності у сфері охорони здоров'я України, окреслюється його вплив на девіантну соціалізацію суспільства.

Ключові слова: злочинність, охорона здоров'я, суспільство, девіантна соціалізація.

Анализируется состояние преступности в сфере охраны здоровья Украины, очерчивается его влияние на девиантную социализацию общества.

Ключевые слова: преступность, здравоохранение, общество, девиантная социализация.

The state of criminality is analyzed in the field of guard of здоровья Ukraine, his influence is outlined on threatening socialization of society.

Keywords: criminality, health protection, society, threatening socialization.

Початок ХХІ ст. ознаменувався величезними політичними, економічними, соціальними та екологічними потрясіннями на різних ієрархічних рівнях: глобальному, національному, регіональному, локальному. Ці потрясіння були викликані соціально-економічними кризами (зокрема, остання криза в Україні проявилася в 2008-2009 рр. і триває, по суті, й досі). Внаслідок не тільки загострилися проблеми, пов'язані із