

В зв'язі з неудовлетворительністю і даже небезпечністю глобалістського рішення общепланетарних проблем, особливо остро заявивших о себе на рубежі ХХ і ХХІ століть, виникає настоятельная потреба в пошуках принципіально нових підходів к осмыслению этих проблем. Здесь нужна качественно иная философская концепция. Нужны новые, свежие идеи не только в технологиях решения таких глобальных проблем современности, как экологический и продовольственный кризис, гонка вооружений, региональные конфликты, международный терроризм, но и в формировании самих социокультурных, мировоззренческих и духовных установок, которыми пользуются люди при решении этих проблем. И, прежде всего, возникает необходимость в новом универсальном гуманизме, который бы напрямую противостоял формирующейся идеологии “золотого миллиарда” и самому глобализму как новому вызову человеческому духу.

Философия всепланетарности включает в себя, по крайней мере, следующие основные моменты:

- новый универсальный всепланетарный гуманизм - идея онтологического, правового и социального равенства всех людей и всех народов на планете Земля;
- переход к новой социокультурной парадигме, означающий возвращение к универсальным культурным ценностям, традициям и духовным корням;
- глобальная переориентация разума;
- принятие новых приоритетов – самоценность жизни, здоровья и духовной автономии;
- диалог культур как путь к взаимопониманию и духовному согласию.

Нагайчук В.І., В.Г. Макац, В.В. Нагайчук БІОАКТИВАЦІЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ ТА ЇХ ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ХВОРИМ З ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ

Завдяки сучасним методам і принципам лікування, впровадженню у практику нових препаратів для парентерального введення, засобів місцевої дії, тимчасових замінників шкіри, досягнуто позитивного ефекту в лікуванні опікової хвороби [4, 9].

Разом з тим лікування опечених все ще тривале. Навіть при сприятливому перебігу опікової хвороби процес лікування триває не менше 1–2 місяців з часу отримання опіків [2].

Запальний процес, який супроводжує опікові рани, веде до розвитку на дні рани грубого фіброзного шару, який перетворюється в рубцеву тканину, товщина якої зростає по мірі тривалості існування рани [1].

Утворення товстого фіброзного шару призводить до ретракції пересаджених вільних шкірних трансплантатів, що в свою чергу веде до формування грубих рубцевих деформацій, контрактур, гіпертрофічних рубців [6,7].

Традиційна методика лікування потерпілих з термічною травмою, яка розрахована на самовільне відторгнення опікового струпа і поетапну безкровну некректомію, недостатньо ефективна в основному із-за тривалого процесу лікування, що приводить до генералізації інфекційного процесу, ранового виснаження та найбільш спотворюючих рубців [10]. які найчастіше розвиваються на місцях поверхневих опіків з глибиною ураження IIIA ст. [3,5].

В останні роки в комбустіології отримали загальне визнання ліофілізовані ксенодермотрансплантати [8], які використовують з метою тимчасового закриття опікових ран.

В той же час. публікацій по пластичі опікових ран попередньо біо-активованими. з метою мобілізації біофізичних процесів, ксенодермот-рансплантатами, в доступній нам літературі ми не зустрічали. Матеріали та методи.

Порівняльному аналізу були піддані результати лікування опіків у 380 пацієнтів Вінницького опікового відділення. 143 пацієнтам на 2-3 добу проводили ранню некректомію і закривали рани ліофілізованими та біо-активованими ксенодермотрансплантатами (основна група). Біоактивацію ліофілізованих ксенодермотрансплантатів проводили за 30 хв. до їх трансплантації з допомогою пристрою (патент 506 Мг 1-шу контрольну групу склали 87 пацієнтів, рани яких після ранньої некректомії (2-3 доба) закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. 2-гу контрольну групу склали 150 хворих, некректомію яким проводили на 6-Ю добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією поверхневих ран.

В процесі лікування за хворими велось клінічне спостереження, загально прийняте лабораторне обстеження. Хворі всіх груп отримували прийняту у відділенні медикаментозну терапію. Аналізували загальний стан хворих (сон, апетит, рухливість), тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах, середнє перебування хворого на ліжку. Результати досліджень та їх обговорення.

Метою нашого дослідження є покращення результатів лікування хворих з поверхневими опіками шляхом проведення на 2-3 добу після травми некректомії з одночасним закриттям рани ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами, 143 пацієнтам основної групи, віком від 6 місяців до 70 років проводили тангенціальну некректомію з одномоментним закриттям рани ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами. 1-шу контрольну групу склали 87 аналогічних хворих, некректомію яким також проводилась на 2-3 добу з одночасним закриттям ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами без проведення біоактивації. В 2-гій контрольній групі лікування проводилось традиційним методом - некректомія на 6-10 добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією поверхневих ран.

Аналізували загальний стан хворих (сон. апетит, рухливість). Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах, середнє перебування хворого на ліжку. Авторами проведений аналіз результатів

БІОАКТИВАЦІЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ ТА ЇХ ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ХВОРИМ З ПОВЕРХНЕВИМИ ОПІКАМИ

раннього оперативного лікування хворих з поверхневими опіками з одночасним закриттям операційних ран ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами (основна група), ліофілізованими ксенодермотрансплантатами без біоактивації (1-ша контрольна група) та хворі, лікування яким проводилось традиційним методом – некретомія на 6-Ю добу з моменту травми з послідуною самостійною епітелізацією ран (2-га контрольна група).

Згідно табл.1, порушення сну в основній групі було незначним. На другу добу після оперативного втручання він приходив до норми у пацієнтів з опіками до 30% поверхні тіла. У хворих з опіками 30% поверхні тіла та більше нормалізація сну спостерігалась на 3-4 добу. Порушення сну у хворих 1-шої контрольної групи було помірним. Нормалізація наступала на 2-3 добу після травми у пацієнтів з опіками до 30% поверхні тіла і на 3-4 добу у хворих з опіками 30% поверхні тіла та більше. Порушення сну у хворих 2-гої контрольної групи були виражені, особливо у хворих з опіками 20-30% поверхні тіла та більше. Нормалізація сну у них наступала на 8-Ю добу з моменту травми. Апетит, як в основній так і в 1-шій контрольній групі, нормалізувався на 1-2 добу після ранньої некретомії. Разом з тим, апетит у хворих 2-гої основної групи був знижений або відсутній на протязі 10-12 діб після травми. Візуально ксенодермотрансплантати на хворих основної групи лежали краще, були м'якшими, що давало можливість хворим рухатись та обслуговувати себе на 2-3 добу після оперативного лікування. Хворі 2-гої контрольної групи із-за некрозу, пов'язок на ранах та вираженої больової імпульсації, особливо при поширених опіках, були сковані, малорухливі, та вимагали догляду за собою. Рухливість у хворих 2-гої контрольної групи відновлювалась на 18-20 добу з моменту травми. Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів на ранах у хворих основної групи 14,3±0,5 л/дня проти 16,6±0,7 л/дня у хворих 1-шої контрольної групи. РО.05. Середнє перебування на ліжку хворих основної групи склало 15,1±0,9 л/дня проти 17,9±4,1 л/дня у хворих 1-шої контрольної групи (P>0,05). та 21,8±2,2 л/дня у хворих 2-гої контрольної групи, P<0,05. Функціональні та косметичні результати без сумніву були значно кращими у хворих основної та 1-шої контрольної групи.

Таблиця 1. Ефективність використання ліофілізованих та біоактивованих ксенодермотрансплантатів.

№ п/п	Досліджувані тести	Основна група (п-143)	1-ша контрольна група(п-87)	2-га контрольна група (п- 150)
1	Сон	*	**	***
2	Апетит	*	*	***
3	Рухливість	*	**	***
4	Тривалість функціонування ксенодермотрансплантатів (дні)	14,3	16,6	-
5	Середнє перебування хворого на ліжку (л/дні)	15,1	17,9	21,8

Де: * – зміни незначні. *** – зміни помірні, – зміни виражені. Висновки.

1. Традиційний метод лікування поверхневих опіків не здатний на сьогодні суттєво поліпшити результати лікування опечених.
2. Раннє оперативне лікування хворих з поверхневими опіками значно покращує перебіг опікової травми, скорочує терміни лікування, поліпшує косметичні та функціональні результати.
3. Некретомія на 2-4 добу після травми з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів за рахунок мобілізації в них біофізичних процесів дозволяє досягти найкращих результатів лікування опечених.

Джерела та література

1. Азолов В.В., Дмитриев Г.И., Жегалов В.А. й др. Новая концепция организации реабилитации обожженных // Травматология и ортопедия России. –1996. – №1. – С. 66-69.
2. Бігуняк В.В., Повстяний М.Ю., Волков К.С. та ін. Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустіології // Методичні рекомендації. – Тернопіль, 2003. – 21 с.
3. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М. Ожоги // Медицина, 1986. – 272 с.
4. Герасимова Л.И., Смирнов С.В., Гаврилкж Б.К. Опыт применения нового раневого покрытия "Биополь-1" для лечения поверхностных ожогов // Материалы Республиканского семинара специалистов (комбустіологов). Пути совершенствования лечения ожоговых ран". – Хмельницький, 1993. – С. 19-20.
5. Гусак В.К., Повстяной Н.Е., Анищенко Л.Г. Осложнения ожогов у детей, – Киев: Здоров'я, 1992.– 175 с.
6. Кузин М.И., Костючонок Б.М. Раны и раневая инфекция // Медицина. – 1990. – 590с.
7. Масляк Т.Р. Последовательное лечение й реабилитация ожоговых ран // Материалы международной конференции по актуальным проблемам термической травмы. – Санкт-Петербург, 2002. – С.444-446.
8. Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.03. – Тернопіль, 2001. – 20 с.
9. Masels M., Peggara M., Gunn S. - Fire disaster and disaster Plannsing and management //Ann. Burn and Fire

Disasters.-1999.- Voi. 12.- Н 67-77

10. Roberts A. Bums in Bosnia, post present and future // The first joint Russian-American meeting on bums and fire disasters. - St.- Peterburg; Moscow. 1997,-P.

Резник В.И.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И МЕДИКО–ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВИНОГРАДАРСТВА И ВИНОГРАДОЛЕЧЕНИЯ В МЕЛИТОПОЛЬСКОМ УЕЗДЕ ТАВРИЧЕСКОЙ ГУБЕРНИИ

В начале XIX века, после тщательного изучения территории Северной Таврии и доклада академиков Бэра и Гальмерсена, Российская Академия Наук дала следующую характеристику и прогноз экономического развития этого края: «Таврические степи по своему климату и недостатку в воде всегда будут принадлежать к самым беднейшим и неудобовозделываемым местностям» [1 с. 98]. Однако, как видно, прогноз знаменитых учёных XIX века оказался крайне ошибочным. Стараниями и тяжелым, упорным трудом переселенцев – колонистов Северная Таврия была преобразована в мощнейший земледельческий регион, сельскохозяйственную продукцию которого долгие годы экспортировали во все страны Европы.

И всё же самыми знаменитыми были и остаются сады и виноградники, которые созданы многими поколениями мелитопольских учёных и садоводов. Только по Мелитопольскому району они составляют более 4 755 га.

Основателем опытных интенсивных и промышленно – товарных садов и виноградников в Мелитопольском уезде является земский врач Андрей Васильевич Корвацкий. Его опытное хозяйство и питомник на песках послужили основной базой опытной научно-исследовательской станции, а затем и Украинского научно-исследовательского института орошаемого садоводства, выведенные сорта которого щедро плодоносят на обширной территории Украины, Северном Кавказе, Поволжье, Армении, Азербайджане и средней Азии.

Долгие годы по воле объективных и субъективных обстоятельств его имя А.В. Корвацкого было не заслужено забыто.

До половины XVIII века территория Мелитопольского уезда была почти необитаемой и называлась «дикой степью». Колонизация этих мест началась с 1783 года [2, с. 20]. Население уезда за счёт переселенцев быстро росло, и уже в 1895 году составляло 342 528 человек. Из 8 уездов Таврической губернии Мелитопольский уезд был самым обширным по территории и наиболее населённым. Занимая площадь более 11 тысяч километров, что составляло четверть часть всей площади Таврической губернии, его территория представляла собой вид огромного треугольника, который своей вершиной опирался в Арабатскую стрелку, а основанием в реки Днепр и Конку. Восточная граница проходила по Молочному лиману и реке Молочной, с запада он граничил с Днепровским уездом Таврической губернии [3, с. 5].

Поверхность Мелитопольского уезда представляла собой, в основном, бесконечную совершенно безлесную, слабоволнистую степь, пересекаемую изредка небольшими балками. Несмотря на близость моря, климат Мелитопольского уезда был резко континентальный, с большими перепадами температуры в разные времена года. Исследователь Срединский, изучавший долгие годы флору Мелитопольского уезда писал: «Положение Северной части Таврической губернии свойство её поверхности, распределение вод, отсутствие лесов и преобладание степной растительности имеют весьма сильное влияние на её климат» [3, с. 7]. Особое влияние на климат оказывали восточные ветры, которые отличались в зимнее время сильным холодом, а летом приносили высокую и сухую температуру в окружающем воздухе, что при длительном отсутствии дождей приводило к засухе. В степях Мелитопольского уезда, крайне ощущался недостаток питьевой воды. Основным её источником были мелкие колодцы с крайне недоброкачественной солёной водой. И все же основной проблемой этого края являлись летучие подвижные, бугристые, зыбучие пески. Они занимали значительную часть территории Мелитопольского уезда и располагались в основном по левому берегу Днепра и Конки, Молочного лимана и реки Молочной. По данным 1893 года общая площадь летучих песков составляла более 12 000 га. Земское собрание Мелитопольского уезда в своем постановлении отмечало: «Летучие пески Мелитопольского уезда с одной стороны приносят вред прилегающим к ним сельскохозяйственным угодьям и вред ощутительный, так как подчас пески забивают по несколько десятков десятин крестьянских посевов; с другой стороны сама по себе большая площадь земли лежит без всякого употребления».

Кроме того в Мелитопольском уезде наблюдается распашка песков, после такой распашки пески становятся неминуемо летучими» [3, с. 430].

Ещё с 40-х годов XIX века предпринимались попытки закрепления летучих песков путём посадки лесных пород деревьев, в основном, шелюги (красной ивы), акации, сосны, тополей, однако они не увенчались успехом. Отсутствовала научная агротехника, подходящий посадочный материал, а самое главное, крестьяне были совершенно не заинтересованы в проведении таких необходимых работ, и, более того, даже существующие насаждения ими безжалостно уничтожались для своих личных потребностей [3 с. 427].

Песчаные пыльные бури продолжали бушевать в приазовских степях, в связи с хозяйственной деятельностью человека, с удвоенной силой, превращая «день на ночь» [5 с. 3].

В первый же год своей работы А.В. Корвацкий в полной мере ощутил на себе вредное влияние бушевавшей целую неделю страшной опустошительной песчаной бури. Из воспоминаний Корвацкого можно в полной мере представить себе это грозное дыхание стихии. В начале по бесконечному песчаному массиву, нагретому летними палящими лучами солнца, пробегала мелкая песчаная зыбь. Затем всё усиливающийся ветер с огромной скоростью погнав бесконечные песчаные волны одна за другой, засыпая песком всё на своём пути. В таких сложных условиях Корвацкий продолжал производить неотложные, слож-