

ФІТОТЕРАПІЯ

науково-практичний
часопис

2'2021

ISSN 2522-9680
DOI:10.33617

Заснований у березні 2002 року
Виходить щоквартально
УДК 615.322.61.57.014

Передплатний індекс 06684

- ТАВРІЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. І. ВЕРНАДСЬКОГО
- ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«ДНІПРОВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ ТРАДИЦІЙНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»
- ВСЕУКРАЇНСЬКА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ФАХІВЦІВ З НАРОДНОЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ УКРАЇНИ»

Голова редакційної ради

- Гарник Т. П., д-р мед. наук, проф. (м. Київ)

Редакційна рада

- Абрамов С. В., канд. мед. наук, доцент (м. Дніпро)
- Андріюк Л. В., д-р мед. наук, проф. (м. Львів)
- Білай І. М., д-р медичних наук, проф. (м. Запоріжжя)
- Волошин О. І., д-р мед. наук, проф. (м. Чернівці)
- Глоба О. П., д-р пед. наук, доцент (м. Київ)
- Дарзулі Н. П., канд. фарм. наук (м. Тернопіль)
- Добровольська Н. А., д-р псих. наук, доцент (м. Київ)
(заступник головного редактора)
- Колосова І. І., канд. біол. наук (м. Дніпро)
- Кравченко В. М., д-р біол. наук, проф. (м. Харків)
- Лоскутова І. В., д-р медичних наук, проф.
(м. Рубіжне, Луганська обл.)
- Mačiulskytė Sonata, д-р медицини, проф.
(м. Клайпеда, Литва)
- Островська С. С., д-р біол. наук, проф. (м. Дніпро)
- Сепідех Парчамі Газає, канд. біол. наук (м. Київ-Іран)
- Радиш Я. Ф., д-р наук з держ. упр., канд. мед. наук,
проф. (м. Київ)
- Соколовський С. І., канд. мед. наук, доцент
(м. Дніпро)
- Тимченко А. С., д-р мед. наук, проф. (м. Київ)
- Федорич О. В., канд. мед. наук, доцент (м. Київ)
- Хворост О. П., д-р фарм. наук (м. Харків)
- Шусть В. В., канд. пед. наук, доцент (м. Київ)
(відповідальний секретар)

Головний редактор

- Горчакова Н. О., д-р мед. наук, проф. (м. Київ)

Редакційна колегія

- Байбаков В. М., д-р мед. наук, проф. (м. Дніпро)
(заступник головного редактора)
- Бєленічев І. Ф., д-р біол. наук, проф. (м. Запоріжжя)
- Боднар О. І., д-р біол. наук, доцент (м. Тернопіль)
- Бурда Н. Є., д-р фарм. наук, доцент (м. Харків)
(науковий редактор)
- Весельський С. П., д-р біол. наук, с. н. с. (м. Київ)
- Галкін О. Ю., д-р біол. наук, проф. (м. Київ)
- Григоренко Л. В., д-р мед. наук, доцент (м. Дніпро)
- Дроздова А. О., д-р фарм. наук, проф. (м. Київ)
- Копчак О. О., д-р мед. наук, старший дослідник
(м. Київ)
- Костильоли Вінченцо, (Vincenzo Costigliola),
д-р медицини (Бельгія)
- Кузнєцова В. Ю., д-р фарм. наук, доцент (м. Харків)
- Кучменко О. Б., д-р біол. наук, проф.
(м. Ніжин, Чернігівська обл.)
- Мінарченко В. М., д-р біол. наук, проф. (м. Київ)
- Moskevičienė Daiva, д-р медицини, проф.
(м. Клайпеда, Литва)
- Ніженковська І. В., д-р мед. наук, проф. (м. Київ)
- Попова Н. В., д-р фарм. наук, проф. (м. Харків)
- Разумний Р. В., д-р мед. наук, проф. (м. Дніпро)
- Рибак В. А., д-р біол. наук, доцент (м. Харків)
- Шаторна В. Ф., д-р біол. наук, проф. (м. Дніпро)

ЗМІСТ / CONTENT

Медицина Medicine

МЕДИЦИНА

**Марушко Ю. В., Гищак Т. В.,
Хомич О. В.**

Досвід застосування бронхіпрету-сиропу у
дітей дошкільного віку з гострим бронхітом і
атопічним фоном 5-10

Філіппов Ю. О., Євтушенко Т. В.

Ранній рак шлунка: діагностика,
лікування та попередження 10-16

Потоцька С. В.

Іридодіагностика захворювань щитоподібної
залози 16-20

Шитіков Т. О.

Клініко-патобіомеханічні та іридодіагностичні
критерії проведення мануальної кінезотерапії
при посткомойному синдромі 21-29

**Пивоварчук В. С., Усенко О. О.,
Кіжаєв С. О.**

Досвід застосування в придніпровському
регіоні методів альтернативної та
комплементарної медицини при діагностиці
та лікуванні різних захворювань 30-35

**Гарник Т.П., Добровольська Н.А.,
Гарник К.В. Петріщева В.О.,
Пилипчук А.Б., Шусть В.В.**

Ароматерапія – запорука здоров'я 35-45

**Левицький А.П., Селіванська І.О.,
Лапінська А.П.**

Профілактика аліментарного стоматиту
фітопрепаратом «Квертулін» 45-50

Біологія та фармація Biological. Pharmaceutical

MEDICINE

**Marushko Yu. V., Hyshchak T. V.,
Khomych O.V.**

Experience in the use of bronchipret syrup in pre
school children with acute bronchitis and
atopic background 5-10

Filippov Y. A., Evtushenko T. V.

Early stomach cancer: diagnostics treatment
prevention 10-16

Pototska Svitlana

Iridology of thyroid diseases 16-20

Shitikov T.

Clinic, pathobiomechanic and iridology
criteria using of manual rehabilitation
with brain traumatic syndrome 21-29

**Pivovarchuk V. S., Usenko O. O.,
Kizhaev S.O.**

Experience of application of methods
of alternative and complementary medicine in
diagnosis and treatment of different
treatments in the pridniprovska region 30-35

**Harnyk T.P., Dobrovolska N.A.,
Harnyk K.V., Petrishcheva V.O.,
Pylypchuk A.B., Shust V.V.**

Aromatherapy is the key to good health 35-45

**Levitsky A.P., Selivanskaya I.A.,
Lapinskaya A.P.**

Prevention of alimentary stomatitis with
phytopreparation «Kvertylin». 45-50

Фізична терапія. Ерготерапія Physical therapy. Ergotherapy

БІОЛОГІЯ. ФАРМАЦІЯ

Рудник А. М., Тржецинський С. Д.

Дослідження сполук, що переганяються
з водяною парою, листя *Populus × berolinensis*
Dippel. 50-54

Крутов В. В.

Активнее долголетия: шляхи досягнення в
контексті розвитку інформаційно-енергетичної
медицини 55-61

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ. ЕРГОТЕРАПІЯ

Наказ МОЗ України від 07.11.2016 р.
№ 1171 «Про внесення змін до Довідника
кваліфікаційних характеристик професій
працівників. Випуск 78 Охорона здоров'я.
Кваліфікаційна характеристика
«Ерготерапевт» 61-65

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗИУМИ, КОНГРЕСИ

**Гарник Т.П., Андріюк Л.В.,
Добровольська Н.А., Абрамов С.В.,
Шусть В.В.**

Звіт науково-практичної конференції з
міжнародною участю, залученням молодих
вчених, студентів «Актуальні питання
комплементарної/альтернативної медицини в
оздоровчих практиках» 66-75

Вітання з нагоди ювілею Марчишин С.М. 76-77

Інформація для авторів. 78-80

Конференції. Симпозиуми, Конгреси Conference. Symposium. Congress

BIOLOGICAL. PHARMACEUTICAL

Anna M. Rudnyk, Serhiy D. Trzhetsynskyi

The study of compounds distilled with
water vapor of *Populus × berolinensis*
Dippel. Leafs 50-54

Krutow V. V.

Active longevity: ways to achieve in the context
of the development of informational-energetic
medicine 55-61

PHISICAL THERAPY. ERGOTHERAPY

Order of the Ministry of Health of Ukraine
dated November 7, 2016 № 1171
“On Amendments to the Handbook of
Qualification Characteristics of Workers’
Professions. Issue 78 Healthcare. Qualification
characteristic “Occupational Therapist” 61-65

CONFERENCE. SYMPOSIUM. CONGRESS

**Harnyk T.P., Andriuk L.V.,
Dobrovolska N.A., Abramov S.V.,
Shust V.V.**

Report of the scientific-practical conference
with international participation, involvement
of young scientists, students “Topical issues of
complementary / alternative medicine in health
practices” 66-75

**Congratulations on the occasion of the
anniversary of Marchyshyn S.M.** 76-77

Information for authors 78-80

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БРОНХИПРЕТУ-СИРОПУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ГОСТРИМ БРОНХІТОМ І АТОПІЧНИМ ФОНОМ

- Ю. В. Марушко, д. мед. н., проф., зав. каф. педіатр. післядипломн. освіти
Т. В. Гишак, д. мед. н., проф. каф. педіатр. післядипломн. освіти
О. В. Хомич, асист. каф. педіатр. післядипломн. освіти

- Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

Гострі респіраторні захворювання – одна із найбільш частих причин звернення до лікаря дорослих і дітей. Тільки в США вони є причиною від 70 до 100 мільйонів відвідувань лікаря щорічно [5] і загалом становлять 30 % від пропусків школи дітьми [17]. Гострий бронхіт вважають переважно вірусним захворюванням [6, 8]. Його основними збудниками є риновірус, ентеровірус, віруси грипу, парагрипу, коронавірус, метаневмовірус людини, респіраторно-синтиціальний вірус [6, 1]. Бактерії виявляють у 1-10 % випадків гострого бронхіту [6, 8, 3]. Тому у лікуванні гострих бронхітів на перше місце постають патогенетична і симптоматична терапія, спрямовані на зменшення симптомів інтоксикації, лікування надсадного кашлю і запальних змін слизової оболонки бронхів [2]. У дітей з алергічним фоном і atopічними проявами в анамнезі до такої терапії висувуються особливі вимоги, оскільки таке лікування не повинне сприяти посиленню алергізації організму дитини. Окрім того, в патогенезі запальних змін слизової бронхів при гострій вірусній інфекції у дітей з atopічним фоном певну роль грають алергічне запалення і гіперреактивність бронхів, що треба враховувати при призначенні лікування. Препарати, що застосовуються для полегшення кашлю при гострому бронхіті (переважно група протикашльових засобів) не впливають на розвиток інфекційного запалення в бронхах, проте необхідність такого впливу, особливо у дітей з atopічним фоном, не викликає сумніву, оскільки прискорює видужування і дає змогу запобігти ускладненням.

У сенсі протизапальної ефективності заслуговує на увагу препарат Бронхипрет сироп, що виготовляють методом фітонінгінгу на основі трави чебрецю і листків плюща. Особливості виробництва дозволяють забезпечити гарну ефективність і безпечність Бронхипрету сиропу, в тому числі й при застосуванні в педіатричній практиці.

В експериментальних дослідженнях на тваринних моделях було доведено, що Бронхипрет має виразну протизапальну дію за рахунок зменшення припливу поліморфноядерних клітин у вогнище запалення в легеневій тканині і послаблення метаболізму бокаловидних клітин бронхо-альвеолярного епітелію [8]. Автори припускають, що зниження секреції білка MUC5AC за допомогою Бронхипрету пов'язано зі зниженою експресією мРНК MUC5AC. Ці дослідження свідчать про те, що Бронхипрет має як протизапальну, так і слизорегулюючу дію. А також регулює вироблення муцину, що на пряму не пов'язане із його протизапальною дією. Ці результати сприяють розумінню механізмів дії, що лежать в основі клінічної ефективності Бронхипрету у пацієнтів з гострим бронхітом.

Бронхипрет позитивно впливає на легеневий тиск і резистентність легенів у тварин [18].

Для сиропу Bronchipret®, що містить фіксовану комбінацію екстрактів чебрецю і плюща, протизапальну активність пояснюють втручанням активних речовин препарату у продукцію та/бо вивільнення ейкозаноїдів [15, 16] і в першу чергу вивільнення лейкотрієну [16].

Ейкозаноїди є ліпідними медіаторами, отриманими з метаболічного шляху арахідонової кислоти і можуть бути розділені в різні групи, з яких протаноїди і лейкотрієни є основними гравцями, що беруть участь у регулюванні запалення [14, 19].

Jan Seibel та співавтори провели низку експериментальних досліджень, присвячених вивченню протизапальних властивостей препаратів, що містять екстракт чебрецю (Bronchipret® TP і Bronchipret® сироп) [15, 16] і дійшли висновку, що основний внесок у протизапальні властивості Бронхипрету робить комплекс хімічних речовин, які містяться в екстракті чебрецю. Се-

ред таких речовин протизапальну дію було підтверджено у корвакролу, тимолу і розмаринової кислоти [7, 9, 11].

На цей час є достатня кількість Європейських клінічних досліджень ефективності та безпеки бронхіпрету при лікуванні гострого бронхіту [10]. Так, проспективне подвійне плацебо контрольоване клінічне дослідження ефективності та безпечності препарату Бронхіпрет Kemmerichetal [10] за участі 361 дорослого пацієнта з гострим бронхітом продемонструвало відмінну ефективність та безпеку Бронхіпрету у порівнянні з плацебо. За якістю проведення та відповідності критеріям GCP та JADAD воно отримало найвищу відмітку, що дало можливість включити Бронхіпрет до офіційних рекомендацій німецької асоціації пульмонологів та сімейних лікарів з лікування гострого бронхіту.

Існує Європейський досвід застосування Бронхіпрету і у дітей. Так, Marzian O. (2007) [12] провели дослідження ефективності та безпеки застосування препарату Бронхіпрет сироп у 1234 дітей віком 2-17 років, хворих на гострий бронхіт. Серед пацієнтів 96,5 % показали добру відповідь на лікування. Тяжкість перебігу гострого бронхіту згідно Bronchitis Severity Score в середньому знизилася на фоні лікування препаратом Бронхіпрет з 8,8 балів до 4,8 на 4-й день та до 1,3 балів після 10 днів терапії. Кількість нападів кашлю за день зменшилася на 81,3 % за 10 днів лікування. Побічні ефекти у вигляді болю в животі і нудоти спостерігалися лише у 0,2 % дітей. Загалом, гарну і дуже гарну переносимість відзначено у 96,5 % всіх пацієнтів.

Таким чином, згідно даних літературних джерел, використання препарату Бронхіпрет в комплексній терапії гострого бронхіту є ефективним та безпечним.

Використання Bronchipret TE® відповідає рекомендаціям Європейського керівного комітету та Німецького респіраторного товариства [13].

Проведене нами раніше дослідження [4] застосування бронхіпрету в монотерапії гострого неускладненого бронхіту у дітей показало, що в процесі прийому препарату вже на 3-й день від початку терапії відбувається розрідження бронхіального секрету, що клінічно супроводжується полегшенням його відходження, зменшенням інтенсивності кашлю, збільшенням його продуктивності та переходом сухих хрипів у вологі при аускультатії легень. У переважної більшості ді-

тей під впливом лікування кашель зникав до 7-10-го дня терапії. При цьому препарат Бронхіпрет показав гарний профіль безпеки застосування у дітей.

Враховуючи вищенаведені дані, в подальших дослідженнях ми поставили за мету дослідити ефективність і безпечність застосування препарату Бронхіпрет сироп у дітей з гострим бронхітом та з atopічним фоном.

Матеріали та методи дослідження.

У дослідженні брало участь 30 дітей віком 3-7 років (середній вік $5,61 \pm 0,45$ років). Серед них було 17 хлопчиків і 13 дівчаток. Діагноз «гострий бронхіт» встановлювався на основі клініко-анамнестичних та лабораторних досліджень.

Клінічне обстеження включало: збір та деталізацію скарг, анамнез захворювання, об'єктивне обстеження, загально-клінічні аналізи. За показаннями призначалася консультація отоларинголога, проводилася рентгенографія грудної клітки (при підозрі на пневмонію). Рівень Ig E в сироватці крові визначався до початку лікування і на 12-15-й день.

Критеріями включення до обстеження були:

- наявність гострого бронхіту легкого і середнього ступеня тяжкості з тривалістю захворювання не більше 2-х діб;
 - вік дитини 3-7 років;
 - наявність atopічних реакцій в анамнезі (харчова алергія, atopічний дерматит);
- До дослідження не включались діти:
- з хронічними вогнищами інфекції з боку верхніх дихальних шляхів;
 - з алергічними реакціями на чебрець і плющ;
 - з atopічними проявами на момент звернення;
 - з вадами розвитку бронхолегеневої системи;
 - з вродженими і набутими імунodefіцитними станами;
 - у яких в лікуванні даного захворювання застосовували антибактеріальні і противірусні препарати.

В анамнезі у всіх дітей та у 7 пацієнтів на час обстеження спостерігалися ті чи інші алергічні прояви – atopічний дерматит (у 17 дітей), гостра кропив'янка (у 8 дітей), алергічний кон'юнктивіт (у 4 дітей), набряк Квінке (у 2 дітей), харчові алергії переважно на коров'яче молоко, курячі яйця (у 10 дітей). У 6 дітей ці захворювання поєднувалися.

У процесі лікування гострого бронхіту всі діти отримували препарат Бронхипрет сироп 3 рази на день протягом 10 днів. За необхідності застосовували в перші дні жарознижувальну терапію (парацетамол, ібупрофен) і назальні деконгестанти середньої і короткої дії.

Повторні клінічні обстеження хворих проводили на 3, 5, 7 та 10 дні від надходження до стаціонару. При цьому оцінювалися показники температури тіла, прояви інтоксикаційного синдрому, інтенсивність катаральних явищ, характеристики кашлю та аускультативна картина легень згідно бальної системи (табл. 1).

Статистична обробка первинних даних проведена за загальноприйнятими методами статистичного аналізу із застосуванням параметричних критеріїв визначення достовірної різниці середніх показників.

Всі дослідження проведено у відповідності до етичних принципів, що прийняті Гельсінгською Декларацією і Якісною клінічною Практикою (GCP) відносно медичного дослідження, що проводиться на людях.

Результати дослідження та їх обговорення

Діти та їх батьки пред'являли скарги на підвищення температури тіла хворих до фебрильних цифр у 10 (33,3 %) випадках, субфебрильну лихоманку – у 19 (63,3 %) пацієнтів. У однієї дитини мало місце підвищення температури тіла в перший день хвороби до 40,1 °С, недостатнє зниження її при застосуванні жарознижувального препарату в адекватній дозі, що вказувало на гіпертермічний синдром. В 23 (76,7 %) випадках при надходженні до стаціонару у пацієнтів був наявний інток-

сикаційний синдром, який проявлявся млявістю, головним болем та болем у м'язах, зниженням апетиту, дратівливістю.

У всіх дітей мала місце ринорея із виділенням серозного або серозно-слизового секрету, кашель і гіперемія задньої стінки глотки. У 13 (43,3 %) пацієнтів були скарги на утруднене носове дихання через набряк слизової оболонки носа. Аускультативна картина хворих на початку лікування характеризувалася жорстким диханням, у переважної кількості хворих сухими хрипами, в поодиноких випадках – різнокаліберними непомірними вологими хрипами.

Дані оцінки клінічних симптомів в балах у дітей з гострим простим бронхітом в динаміці лікування представлені в таблиці 2.

Як видно з даних, наведених у таблиці 2, на фоні комплексного лікування гострого бронхіту із включенням препарату Бронхипрет інтенсивність лихоманки та інтоксикаційного синдрому були достовірно меншими вже на 3-й день стаціонарного лікування і на 5-й день у переважної кількості дітей ліквідувалися. Динаміка ринореї характеризувалася зменшенням в'язкості назального секрету та покращання його відходження вже на 3-ю добу хвороби. Через тиждень у переважної більшості пацієнтів прояви риніту були ліквідовані. На фоні комплексного лікування із застосуванням препарату Бронхипрет перебіг кашлю характеризувався достовірним збільшенням його продуктивності, полегшення відходження бронхіального секрету та зменшення інтенсивності кашлю вже на 3-й день від початку терапії. Через тиждень близько половини дітей відзначили майже повне зникнення кашлю. У інших пацієнтів кашель мав незначну

Таблиця 1

Оцінка клінічних симптомів у балах у дітей з гострим простим бронхітом

Клінічні симптоми	К-сть балів			
	0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
Температура тіла (аксіяльна)	Нормальна	Субфебрильна	Фебрильна	Гіпертермічна
Інтоксикаційний синдром	Відсутній	Незначна млявість	Помірна слабкість, зниження апетиту	Виразена слабкість, біль у м'язах, головний біль, відсутність апетиту
Виділення з носа	Відсутні	В незначній кількості	В помірній кількості	В значній кількості
Інтенсивність кашлю	Відсутній	Незначний	Помірний	Сильний
Продуктивність кашлю	Без зусиль	Вологий, з незначними зусиллями	Малопродуктивний, зі значними зусиллями	Сухий нав'язливий кашель
Хрипи в легенях	Відсутні	Поодинокі	Помірна кількість	Значна кількість

Таблиця 2

Динаміка клінічних симптомів у балах у дітей з гострим простим бронхітом під впливом лікування

Клінічні симптоми	Дні лікування				
	1	3	5	7	10
	M±m				
Температура тіла (аксіяльна)	1,37±0,08	0,83±0,10***1-3	0,07±0,03***3-5	відсутня	відсутня
Інтотоксикаційний синдром	1,15±0,11	0,9±0,05*1-3	0,11±0,06***3-5	відсутній	відсутній
Виділення з носа	1,87±0,11	1,43±0,13*1-3	0,77±0,05***3-5	0,13±0,05***5-7	відсутні
Інтенсивність кашлю	2,35±0,08	1,46±0,24**1-3	1,28±0,08	0,49±0,09***5-7	0,10±0,03**7-10
Продуктивність кашлю	2,86±0,05	1,22±0,12***1-3	0,86±0,06*3-5	0,34±0,07***5-7	0,14±0,04*7-10
Хрипи в легенях	2,65±0,08	1,73±0,17***1-3	0,45±0,08***3-4	0,07±0,03***5-7	відсутні

Примітка: *** - p між днями обстеження $< 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$.

інтенсивність, був продуктивним і спостерігався значно рідше порівняно з початковими проявами. На 10-й день від госпіталізації кашель був ліквідований майже у всіх пацієнтів. Лише 2 пацієнти продовжили терапію Бронхипретом до 12 та 14 днів.

Динаміка аускультативної картини під впливом лікування характеризувалася зменшенням інтенсивності хрипів в легенях на 3-й день терапії і їх зникненням на 7-10-й день.

У таблиці 3 представлено динаміку гемограми у дітей на тлі лікування.

Як показують дані, наведені у таблиці 3, у динаміці лікування спостерігалися позитивні зміни з боку гемограми. Протягом 10 днів лікування у всіх дітей нормалізувався рівень лейкоцитів у сироватці крові, лише у однієї дитини зберігалася незначне підвищення ШОЕ і у трьох – відносний лімфоцитоз. Заслугує на увагу те, що в процесі лікування у жодної дитини не спостерігалася підвищення відносного вмісту еозинофілів, що вказує на можливість безпечного застосування препарату Бронхипрет сироп у дітей з алергічним фоном.

У жодному випадку не відзначалося розвитку ускладнень перебігу бронхіту. Серед побічних ефектів у однієї дитини (3,3 %) спостерігалися скарги на нудоту після прийому препарату Бронхипрет, що не потребувало його відміни чи зменшення дозування. Ще у однієї дитини спостерігався незначний свербіж на 9 день спостереження. Загострень атопічного дерматиту або появи кропив'янки не спостерігалася.

Алергічний фон підтверджувався помірним підвищенням концентрації загального IgE у сироватці крові у дітей. Протягом 10 днів лікування достовірних змін в середніх показниках IgE в сироватці крові не відбулося. Так, на початку терапії він був в межах $38,3 \pm 1,3$ кU/л, через 10 днів – $36,8 \pm 1,1$ кU/л.

На основі представлених даних препарат Бронхипрет сироп при застосуванні у дітей з гострим бронхітом і алергічним фоном показав гарну ефективність і безпечність, відсутність алергічних ускладнень і може бути рекомендований до застосування в педіатричній практиці.

Таблиця 3

Показники загального аналізу крові дітей в динаміці лікування

Показник	Дні лікування		
	1	5-7	10-12
Лейкоцитоз (9,1-15,0 Г/л)	6 (20,0±7,3%)	2 (6,7±4,6%)	0*1-10
Нормальний рівень лейкоцитів крові (4,0-9,0 Г/л)	13 (43,3±9,0%)	22 (73,3±8,1%)*1-5	30 (100%)*1-10
Лейкопенія (3,0-3,9 Г/л)	11 (36,7±8,8%)	5 (16,7±6,8%)	0***
Підвищення швидкості осідання еритроцитів (метод Панченкова): 10 мм/год-20 мм/год	7 (23,3±7,7%)	5 (16,7±6,8%)	1 (3,3±3,3%)*1-10
Відносний лімфоцитоз (понад 40 %)	12 (40,0±8,9%)	10 (33,3±8,6%)	3 (10,0±5,5%)*1-10
Відносна еозинофілія (понад 5 %)	6 (20,0±7,3%)	1 (3,3±3,3%)	0*1-10

Примітка: *** - p між днями обстеження $< 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$.

Висновки

1. Комплексне лікування гострого простого бронхіту у дітей із включенням препарату Бронхипрет показало його клінічну ефективність, препарат призводить до швидкого розрідження бронхіального секрету та полегшення його відходження вже на 3-й день від

початку терапії.

2. Рослинний препарат Бронхипрет має гарний профіль безпеки і може застосовуватися у дітей при респіраторній патології з алергічним фоном практично без ризику розвитку алергічних ускладнень.

Література

1. Антипкін Ю.Г., Марушко Ю.В., Крамарев С.О. та співав. Фармакотерапія захворювань органів дихання у дітей: Науково-інформаційний посібник – Приватна друкарня ФОП Петришин Г.М., 2011: 496 с.
2. Марушко Ю.В. Профілактика та терапія частих і рецидивних респіраторних захворювань у дітей – актуальна проблема педіатрії. *Современная педиатрия*. 2006; 2(11): 32-36.
3. Марушко Ю.В., Гицак Т.В. Утворення біоплівки при респіраторній патології. Вплив амброксолу на біоплівки дихальних шляхів (огляд літератури). *Здоров'я ребенка*. 2016; 2: 88-94. УДК 615.233:616.31-074:612.017-092.4.
4. Марушко Ю.В., Гицак Т.В., Лисовець О.В., Марушко Е.Ю. Ефективність рослинного препарату «Бронхипрет» в монотерапії гострого неускладненого бронхіту у дітей. *Современная педиатрия*. 2014; 4: 84-88. doi 10.15574/SP.2014.60.84.PMID: 23259364.
5. Allen L.V. Colds & cough. *Int J Pharm Compd* 2012; 16: 480-483.
6. Clark T.W., Medina M.J., Batham S. [et al]. Adults hospitalised with acute respiratory illness rarely have detectable bacteria in the absence of COPD or pneumonia; viral infection predominates in a large prospective UK sample. *J. Infect.* 2014;69(5):507–515. DOI: 10.1016/j.jinf.2014.07.023.
7. Games E., Guerreiro M., Santana FR. [et al]. Structurally related Monoterpenes p-cymene, Carvacrol and Thymol isolated from essential oil from leaves of *Lippiasidoides* Cham. (Verbenaceae) protect mice against Elastase-induced emphysema. *Molecules*. 2016; 21(10). DOI: 10.3390/molecules21101390.
8. Gencay M., Roth M., Christ-Crain M. [et al]. Single and multiple viral infections in lower respiratory tract infection. *Respiration*. 2010;80(6):560–567. DOI: 10.1159/000321355.
9. Gholijani N., Gharagozloo M., Kalantar F. [et al]. Modulation of cytokine production and transcription factors activities in human Jurkat T cells by Thymol and Carvacrol. *Advanced pharmacy. bullet.* 2015;5(Suppl 1):653–60. DOI: 10.15171/apb.2015.089.
10. Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of a fluidextract combination of thyme and caraway leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Arzneim. fors.* 2006;56(9):652-660. DOI: 10.1055/s-0031-1296767.
11. Khosravi A.R., Erle D. J. Chitin-induced airway epithelial cell innate immune responses are inhibited by Carvacrol Thymol. *PLoS One*. 2016; 11(7):e0159459. DOI: 10.1371/journal.pone.0159459.
12. Marzian O. Treatment of acute bronchitis in children and adolescents. Non-interventional postmarketing surveillance study confirms the benefit and safety of a syrup made of extracts from thyme and ivy leaves. *MMW Fortschr Med.* 2007;149 (27-28):69-74. PMID: 17619603.
13. Mastalerz-Migas A., Doniec Z., Plusa T. [Bronchipret TE® in therapy of acute infections of the respiratory tract.] *Pol Merk. Lekarski*. 2017; 22;43(258):255-257. PMID: 29298963.
14. Meirer K., Steinhilber D., Proschak E. Inhibitors of the arachidonic acid cascade: interfering with multiple pathways. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 2014;114(1):83–91. DOI: 10.1111/bcpt.12134.
15. Seibel J., Pergola C., Werz O. [et al]. Bronchipret® syrup

containing thyme and ivy extracts suppresses bronchoalveolar inflammation and goblet cell hyperplasia in experimental bronchoalveolitis. *Phytomedic.* 2015 Dec 1;22(13):1172-7. doi: 10.1016/j.phymed.2015.09.001.

16. Seibel J., Wonnemann M., Werz O., Lehner M.D. A tiered approach to investigate the mechanism of anti-inflammatory activity of an herbal medicinal product containing a fixed combination of thyme herb and primula root extracts *Clinic. Phytosc.* (2018) 4:4 DOI 10.1186/s40816-018-0062-2.

17. Singh M., Singh M. Heated humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6 CD001728. DOI: 10.1002/14651858.CD001728.pub5.

18. Van den Hoven R.I., Zappe H., Zitterl-Eglseer K. [et al]. Study of the effect of Bronchipret on the lung function of five Austrian saddle horses suffering recurrent airway obstruction (heaves). *Vet Rec.* 2003;152(18):555-7. DOI: 10.1136/vr.152.18.555.

19. Xue L., Barrow A., Fleming V.M., [et al]. Leukotriene E4 activates human Th2 cells for exaggerated proinflammatory cytokine production in response to prostaglandin D2. *J. Immunol.* 2012; 188(2):694-702. DOI: 10.4049/jimmunol.1102474.

References

1. Antypkin Yu.H., Marushko Yu.V., Kramarev S.O. [et al]. *Farmakoterapiia zakhvoriuvan orhaniv dykhannia u ditei: Naukovo-informatsyni posibnyk – Pryvatna drukarnia FOP Petryshyn H.M.*, 2011. – 496 s. (in Ukrainian).
2. Marushko Yu.V. Profilaktyka ta terapiia chastykh iretsydyvnykh respiratornykh zakhvoriuvan u ditei – aktualna problema pediatrii. *Sovremenniaa pedyatryia*. 2006. № 2(11): 32-36. (in Ukrainian).
3. Marushko Yu.V., Hyshchak T.V. Utvorennia bioplivok pry respiratornii patolohii. Vplyv ambrosolu na bioplivky dykhalnykh shliakhiv (ohliad literatury). *Zdorovie rebenka*. 2016. № 2: 88-94. UDK 615.233:616.31-074:612.017-092.4. (in Ukrainian).
4. Marushko Yu.V., Hyshchak T.V., Lysovets O.V., Marushko E.Iu. Efektyvnist roslynnoho preparatu «Bronkhypret» v monoterapii hostroho neuskладnenoho bronkhitu u ditei. *Sovremenniaa pedyatryia*. 2014. № 4: 84-88. doi 10.15574/SP.2014.60.845.
5. Allen L.V. Colds & cough. *Int J Pharm Compd* 2012; 16: 480-483.
6. Clark T.W., Medina M.J., Batham S. [et al]. Adults hospitalized with acute respiratory illness rarely have detectable bacteria in the absence of COPD or pneumonia; viral infection predominates in a large prospective UK sample. *J. Infect.* 2014;69(5):507–515. DOI: 10.1016/j.jinf.2014.07.023.
7. Games E., Guerreiro M., Santana F.R. [et al]. Structurally related Monoterpenes p-cymene, Carvacrol and Thymol isolated from essential oil from leaves of *Lippiasidoides* Cham. (Verbenaceae) protect mice against Elastase-induced emphysema. *Molecules*. 2016;21(10). DOI: 10.3390/molecules21101390.
8. Gencay M., Roth M., Christ-Crain M. [et al]. Single and multiple viral infections in lower respiratory tract infection. *Respiration*. 2010;80(6):560-567. DOI: 10.1159/000321355.
9. Gholijani N., Gharagozloo M., Kalantar F. [et al]. Modulation of cytokine production and transcription factors activities in human

Jurkat T cells by Thymol and Carvacrol. *Advanced pharmacy. bullet.* 2015;5(Suppl 1):653–60. DOI: 10.15171/apb.2015.089.

10. Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of a fluidextract combination of thyme and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. *A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial* *Arzneimitt. Forsch.* – 2006;56(9):652-660. DOI: 10.1055/s-0031-1296767.

11. Khosravi A.R., Erle D.J. Chitin-induced airway epithelial cell innate immune responses are inhibited by Carvacrol Thymol. *PLoS One.* 2016; 11(7):e0159459. DOI: 10.1371/journal.pone.0159459.

12. Marzian O. Treatment of acute bronchitis in children and adolescents. *Non-interventional postmarketing surveillance study confirms the benefit and safety of a syrup made of extracts from thyme and ivy leaves.* *MMW Fortschr Med.* 2007;149 (27-28):69-74. PMID: 17619603.

13. Mastalerz-Migas A., Doniec Z., Plusa T. [Bronchipret TE® in therapy of acute infections of the respiratory tract.] *Pol Merk. Lekarski.* 2017; 22;43(258):255-257. PMID: 29298963.

14. Meirer K., Steinhilber D., Proschak E. Inhibitors of the arachidonic acid cascade: interfering with multiple pathways. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 2014;114(1):83-91. DOI: 10.1111/bcpt.12134.

15. Seibel J., Pergola C., Werz O. [et al]. Bronchipret® syrup containing thyme and ivy extracts suppresses bronchoalveolar

inflammation and goblet cell hyperplasia in experimental bronchoalveolitis. *Phytomedic.* 2015 Dec 1;22(13):1172-7. doi: 10.1016/j.phymed.2015.09.001.

16. Seibel J., Wonnemann M., Werz O., Lehner M.D. A tiered approach to investigate the mechanism of anti-inflammatory activity of an herbal medicinal product containing a fixed combination of thyme herb and primula root extracts *Clinic. Phytosc.* (2018) 4:4 DOI 10.1186/s40816-018-0062-2.

17. Singh M, Singh M. Heated humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6 CD001728. DOI: 10.1002/14651858.CD001728.pub5.

18. Van den Hoven R.I., Zappe H., Zitterl-Eglseer K. [et al]. Study of the effect of Bronchipret on the lung function of five Austrian saddle horses suffering recurrent airway obstruction (heaves). *Vet Rec.* 20033; 152(18):555-7. DOI: 10.1136/vr.152.18.555.

19. Xue L., Barrow A., Fleming V.M. [et al]. Leukotriene E4 activates human Th2 cells for exaggerated proinflammatory cytokine production in response to prostaglandin D2. *J. Immunol.* 2012; 188(2):694-702. DOI: 10.4049/jimmunol.1102474.

Надійшла до редакції 16.03.2021 р.

Прийнято до друку 30.03.2021 р.

УДК: 616.24-008.41-079.4-085-053.2

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-4

Ю.В. Марушко, Т.В. Гишак, О.В. Хомич

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БРОНХИПРЕТУ-СИРОПУ У ДІТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВІКУ З ГОСТРИМ БРОНХИТОМ І АТОПІЧНИМ ФОНОМ

Ключові слова: гострий бронхіт, атопічний дерматит, діти, Бронхипрет.

Гострий бронхіт є актуальною проблемою педіатрії та однією із найбільш частих причин звернення до лікаря. У дітей з алергічним фоном до терапії гострого бронхіту висунуті особливі вимоги, оскільки лікування не повинно сприяти посиленню алергізації організму.

Мета: дослідження ефективності і безпечності застосування препарату Бронхипрет сироп у дітей з гострим бронхітом та з атопічним фоном.

Матеріали та методи. У дослідженні брало участь 30 дітей віком 3-7 років з гострим бронхітом, з обтяженим анамнезом щодо алергічних захворювань. Алергічний фон оцінювався за рівнем IgE у сироватці крові. У процесі лікування всі діти отримували препарат Бронхипрет сироп 3 рази на день протягом 10 днів. Повторні клінічні обстеження хворих проводили на 3, 5, 7 та 10 дні від надходження до стаціонару.

Результати. На тлі комплексного лікування із включенням препарату Бронхипрет інтенсивність лихоманки та інтоксикаційного синдрому були достовірно меншими вже на 3-й день стаціонарного лікування і на 5-й день у переважної кількості дітей зникли. Покращення відходження назального і бронхіального секрету спостерігалось на 3-й день від початку терапії. В процесі лікування у жодної дитини не спостерігалось підвищення відносного вмісту еозинофілів. Протягом 10 днів лікування достовірних змін у середніх показниках IgE в сироватці крові не відбулося. Так, на початку терапії він був в межах 38,3±1,3 кУ/л, через 10 днів – 36,8±1,1 кУ/л.

Висновки. Препарат Бронхипрет сироп при застосуванні у дітей з гострим бронхітом і алергічним фоном показав

гарну ефективність і безпечність, відсутність алергічних ускладнень і може бути рекомендований до застосування в педіатричній практиці.

Ю.В. Марушко, Т.В. Гишак, О.В. Хомич

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХИПРЕТ-СИРОПА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ БРОНХИТОМ И АТОПИЧЕСКИМ ФОНОМ

Ключевые слова: острый бронхит, атопический дерматит, дети, Бронхипрет.

Острый бронхит является актуальной проблемой педиатрии и одной из наиболее частых причин обращения к врачу. У детей с аллергическим фоном к терапии острого бронхита выдвинуты особые требования, так как лечение не должно способствовать усилению аллергизации организма.

Цель: исследование эффективности и безопасности применения препарата Бронхипрет сироп у детей с острым бронхитом и с атопическим фоном.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 30 детей 3-7 лет с острым бронхитом и с обтяженным анамнезом по аллергическим заболеваниям. Алергический фон оценивался по уровню IgE в сыворотке крови. В процессе лечения все дети получали препарат Бронхипрет сироп 3 раза в день в течение 10 дней. Повторные клинические обследования больных проводили на 3, 5, 7 и 10 дни от поступления в стационар.

Результаты. На фоне комплексного лечения с включением препарата Бронхипрет интенсивность лихорадки и интоксикационного синдрома были достоверно меньше уже на 3-й день стационарного лечения и на 5-й день у подавляющего числа детей исчезли. Улучшение отхождения назального и бронхиального секрета наблюдалось на третий день от начала терапии. В процессе лечения ни у одного ребенка не наблюдалось повышение относительного содержания эозино-

филов. В течение 10 дней лечения достоверных изменений в средних показателях IgE в сыворотке крови не произошло. Так, в начале терапии он был в пределах $38,3 \pm 1,3$ Ку / л, через 10 дней – $36,8 \pm 1,1$ Ку / л.

Выводы. Препарат Бронхипрет сироп при применении у детей с острым бронхитом и аллергическим фоном показал хорошую эффективность и безопасность, отсутствие аллергических осложнений и может быть рекомендован к применению в педиатрической практике.

Yu. V. Marushko, T. V. Hyschak, O. V. Khomych

EXPERIENCE IN THE USE OF BRONCHIPRET SYRUP IN PRESCHOOL CHILDREN WITH ACUTE BRONCHITIS AND ATOPIC BACKGROUND

Keywords: acute bronchitis, atopic dermatitis, children, Bronchipret.

Acute bronchitis is a topical issue in pediatrics and one of the most common reasons for seeking medical attention. In children with an allergic background, special requirements are made for the treatment of acute bronchitis, as treatment should not increase the allergy of the body.

Objective: to study the effectiveness and safety of the drug Bronchipret syrup in children with acute bronchitis and atopic background.

Materials and methods. The study involved 30 children 3-7 years old with acute bronchitis with a burdensome anamnesis of allergic diseases. Allergic background was assessed by serum IgE levels in blood serum. During treatment, all children received

the drug Bronchipret syrup 3 times a day for 10 days. Repeated clinical examinations of patients were performed for 3, 5, 7 and 10 days from admission to the hospital.

Results. Against the background of complex treatment with the inclusion of the drug Bronchipret, the intensity of fever and intoxication syndrome were significantly lower on the 3rd day of hospital treatment and on the 5th day in the vast majority of children disappeared. Improvement in the discharge of nasal and bronchial secretions was observed on the third day of therapy. Increase in eosinophil content wasn't observed in any child during treatment. Within 10 day softreatment, significant changes in serum Ig E didn't occur. Thus, at the beginning of the therapy it was in the range of 38.3 ± 1.3 kU / l, after 10 days – 36.8 ± 1.1 kU / l.

Conclusions. The drug Bronchipret syrup has shown good efficacy and safety, no allergic complications in children with acute bronchitis and allergic background and can be recommended for use in pediatric practice.

Конфлікту інтересів немає.

Участь кожного автора у написанні статті:

Марушко Ю.В.: концепція і дизайн дослідження, збір матеріалу.

Гишак Т.В.: статистична обробка даних, написання тексту.

Хомич О.В.: написання тексту, редактування.

Електронна адреса для листування з авторами:

Марушко Юрій Володимирович

Тел.: (050) 3853875, email: iurii.marushko@gmail.com.



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-10
УДК 616.33-006-036.4-07-085-084

РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

- Ю. А. Филиппов, д. мед. н., проф., член-кор. НАМНУ, проф. каф. внутр. болезн.
- Т. В. Евтушенко, зав. каф. традиц. и нетрадиц. мед.

- Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, г. Днепр

Рак желудка (*carcinoma ventriculi*), из всех раковых поражений органов пищеварения встречается наиболее часто. Число случаев рака желудка увеличивается с возрастом. В развитии его большую роль играют предраковые заболевания желудка: гастрит с секреторной недостаточностью (особенно атрофический с участками гиперплазии; опухолевидный вариант гастрита; гастритические изменения в желудке, сопровождающие различные варианты анемий); язвы желудка, особенно большие каллезные, быстро рецидивирующие; полипоз, в меньшей степени одиночные по-

липы; дисплазии и метаплазии различной степени выраженности, хеликобактерный гастрит, болезнь Менетрие, ахилия, пернициозная анемия.

Ежегодно многие десятки тысяч людей погибают от рака желудка главным образом, вследствие поздней диагностики. Автору данной статьи пришлось оперировать пациента с ранним раком желудка в 1961 году. На том уровне лечения пациент прожил всего 5 лет. А между тем эта болезнь вполне излечима, если будет своевременно распознана. Это «если» – самый слабый пункт в борьбе со злокачественными опухолями.

Мы – клиницисты широкого профиля терапевтического, хирургического, с многолетним опытом работы в отделениях реанимации, в клинических отделах научно-исследовательского института гастроэнтерологии НАМНУ, в течение почти 40 лет руководили гастроэнтерологической службой Украины, обеспечивали работу главного ургентного хирурга промышленного города (проф. Ю. Филиппов), с многолетним опытом преподавательской работы на кафедрах терапии, гастроэнтерологии, анестезиологии-реанимации, госпитальной хирургии.

С чувством высокой гражданской и врачебной ответственности утверждали тот факт, что рак желудка обычно протекает без боли и очень скрытно. Порой даже самые грамотные пациенты обращались впервые за медицинской помощью после появления желтухи кожных покровов всего тела, глаз, то есть уже при самой запущенной IV стадии заболевания желудка с метастазами во внутренние органы. По мере развития онкологии в специальной справочной литературе было написано твердое утверждение, что рак желудка чаще возникает без предшествующего заболевания.

Процесс возникновения и развития рака желудка до 1-й стадии длится 10 лет (по нашим клиническим наблюдениям 11-12 лет), а течение заболевания (без лечения) от 1-й стадии заболевания до летального исхода зависит от митотической активности опухоли и продолжается в среднем 2-3 года. На начальных стадиях развития изъязвления опухоли могут временно эпителизироваться, особенно под влиянием лечения. Антральный отдел и тело желудка поражаются чаще (90 %, а кардия – реже (10 %)). Направление роста рака желудка бывает различным. В отдельных случаях опухоль распространяется поверхностно, захватывая большую площадь слизистой оболочки и подслизистого слоя (поверхностный рак), а иногда небольшая опухоль прорастает сразу все слои органа до серозной оболочки.

По гистологическому строению рак желудка – обычно аденокарцинома разной степени дифференцировки, значительно реже недифференцированный.

Трудность своевременного выявления рака желудка обусловлена многими причинами. Вот некоторые из них:

1. Весьма длительный период болезни в скрытой, доклинической стадии.
2. Поздняя обращаемость больных вследствие

невыраженности симптомов или невнимания к своему здоровью.

3. Длительный период выявления характера заболевания (около полугода).

Врач часто неправильно оценивает симптомы. Поэтому долгое время, наблюдая больного, он все-таки нередко допускает ошибки в диагностике рака желудка.

4. Отработанная тактика диспансерного наблюдения и профилактического обследования определенных возрастных групп населения недостаточно реализуется учреждениями здравоохранения.

Трудность диагностики рака желудка ярко демонстрирует наше наблюдение.

В клинику в отделение хирургии доставлен пациент 55 лет с непостоянными болями в животе разлитого характера без выраженных острых симптомов и без симптомов раздражения брюшины. Пациент осмотрен в течение первых двух суток пребывания в стационаре консилиумом врачей: хирургом, терапевтом, онкологом. Диагноз заболевания не установлен. У врачей возникло подозрение на агравацию с записью в направлении: больной по собственному настоянию направлен на консультацию в поликлинику Областной клинической больницы им. И.И. Мечникова, г. Днепр.

Без установленного врачом-хирургом диагноза больной возвратился домой по месту жительства и к ночи у него появились острые боли в животе. Диагностирован острый живот с симптомами раздражения брюшины, причем показана и проведена диагностическая лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. Во время ревизии органов брюшной полости выявлена каллезная раковая опухоль желудка – блюдцеобразный рак с перфоративным отверстием в центре опухоли, с серозным выпотом в брюшной полости. С техническими трудностями была выполнена тампонада перфоративного отверстия тканью большого сальника. Брюшная полость дренирована. Через две недели диагностирован перитонит и проведена повторная лапаротомия с удалением раковой опухоли. В раннем послеоперационном периоде развивается клиника разлитого перитонита со смертельным исходом.

Ранняя диагностика рака желудка, как правило, затруднена и носит случайный характер. Для планомерного выявления заболевания необходимо выделение из всей популяции населения группы высокого риска с использованием методов иссле-

дования, включающих гастроскопию, эксфолиативное цитологическое или гистологическое изучение гастробиопсийного материала, определение опухолевых маркеров (РЭА, СА-72-4).

Приводим наш случай наблюдения.

Пациентка – молодая женщина, 30 лет, незамужняя, нерожавшая, без сопутствующих заболеваний с единственной жалобой – во время еды яблока ей показалось, что кусочек яблока при глотании как будто за что-то зацепился при прохождении по пищеводу. После осмотра в поликлинике научно-исследовательского института гастроэнтерологии НАМНУ больная направлена на гастроскопию. Выявлена обширная опухоль от входа в желудок до его антрального отдела и, как оказалось при исследовании – аденокарцинома. От операции больная временно отказалась. В анамнезе примечательно выявлено: дед пациентки умер, имея рак желудка, отец умер на операционном столе во время операции удаления раковой опухоли желудка (тотальная резекция желудка).

Спустя три месяца больная обратилась повторно с жалобами на быструю потерю массы тела, утомляемость, общую слабость. Была выполнена паллиативная операция. Летальный исход в течение полугода. Данный клинический пример показывает на бессимптомное возникновение онкологического заболевания, молодой возраст пациентки, на запущенный вариант течения заболевания, невнимания к здоровью, генетические факторы возникновения заболевания, позднюю обращаемость за медицинской помощью, неблагоприятный исход заболевания, несмотря на применение основного хирургического метода лечения при данной патологии и нацеливает медицинских работников на самое внимательное отношение к пациентам, особенно при малейшем подозрении на онкологическую патологию.

Ежегодно в Европе от онкозаболеваний умирает более 800 тысяч человек, и за этот же период регистрируется примерно 4 миллиона новых случаев онкологических заболеваний. В Украине на 100 тысяч населения приходится 325 раковых заболеваний. Опухолевые заболевания пищеварительной системы, которые по частоте и смертности занимают первое место в мире.

Желудок – орган, где наиболее часто возникают опухоли. В последнее время проблема рака становится одной из самых актуальных. Мы слышим эти слова все чаще и чаще, при этом страшный диагноз значительно «помолодел», что и под-

тверждает приведенный выше пример. Особенно часто жертвами данного заболевания становятся женщины. В нашем примере цветущей женщине исполнилось всего 30 лет. Но и наука не стоит на месте. Ученые доказали факт передачи онкогена по родственной линии, и уже существуют специальные пакеты обследований, которые на генетическом уровне определяют риск предрасположенности к онкозаболеваниям.

Единой причины, вызывающей рак желудка, не установлено. Ученые Германии в последние годы доказали, что из ядов, регулярно поступающих в организм человека 75 % с пищей, 15 % с воздухом и 10 % поступает с водой. Еще и поэтому в первую очередь страдает желудок. Имеет значение ряд факторов, в первую очередь характер питания, о чем мы остановимся ниже. Известные канцерогены (полициклические углеводороды, нитрозосоединения) образуются при консервации солением или копчением продуктов, термической обработке жиров, при обработке высокой температурой под давлением. Замечено, что рак желудка чаще встречается в регионах, где в почве содержится много торфа. Способствуют заболеваемости неблагоприятная наследственность (выше приведены примеры), образ жизни, экологическая среда, острая и хроническая психогенная травма, тяжелые нервные потрясения (мы располагаем многочисленными примерами). Мы также много лет решали трудную проблему: как можно надежно защитить желудок от предрака и рака? Для специалистов Украины было выпущено научно-методическое пособие «Хронический гастрит и предрак желудка» (авторы – д. м. н. Л. Н. Мосейчук, М. Ю. Зак, под редакц. проф., чл.-кор НАМНУ Ю. А. Филиппова); научно-методическое пособие по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки также под нашей редакцией со всеми практическими рекомендациями и с порядком диспансерного наблюдения в группах риска. По проблеме рака желудка были сделаны программные доклады на Нобелевских конгрессах в Украине, в России, на научных врачебных конференциях, в печати, на международных научных форумах в Индонезии, России. За наши научные разработки мы были удостоены высших наград форумов – 3 золотых медалей в 2014 году. Третья золотая медаль была присуждена во Франции, в Париже на Международной выставке медицинской литературы за фундаментальный труд по раннему раку желудка в объеме 600 стра-

ниц, который был написан нами по специальному заказу Международной медицинской редакции **PALMARIUM ACADEMIC PUBLISHING** – «**РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА**», диагностика, лечение и предупреждение» (авторы проф. Ю. Филиппов, проф. В. Тютюнник, акад., Президент и генеральный директор Международного Информационного Нобелевского Центра, Швеция, 2014 год). Данный труд рецензировали ученые Америки, Японии, Германии. По условиям договора труд должен содержать не менее 80 % собственного практического материала по раку желудка и 20 % материала из доступной мировой литературы. Данный научный труд в электронном варианте направлен авторам и во все страны Европы и рекомендован к практическому применению также во всех европейских странах.

Как защитить слизистую оболочку желудка от повреждающих факторов пищи? На решение этой проблемы мы затратили несколько десятилетий.

Совместно с учеными головного института страны НИИ гастроэнтерологии Национальной медицинской академии, институтом новых транспортных систем НАН Украины, инженерами и врачебным персоналом поликлиники металлургического комбината г. Днепропетровска, инженерной группой Приднепровского химического завода был разработан и выпущен магнитотерапевтический аппарат с вихревой компонентой (торговой маркой «ВИТМА-1»). По решению Министерства здравоохранения Украины и Правительства был налажен промышленный выпуск аппарата. Разработаны 4 модели аппарата: для крупных клиник, поликлиник, санаториев и для индивидуального пользования, была создана электронная модель аппарата. Реализация продукции через аптечную сеть, медтехнику (авторы и исполнители: И.И. Соколовский, радиофизик, инженер, к.т.н., доцент НИИ, заслуженный изобретатель Украины; инженер В.В. Малашенок, инженер Ю.Г. Путилов; О.Ф. Петренко – главный врач санатория-профилактория завода).

Аппарат «ВИТМА-1» защищен международным патентом в 1995 году. Нами, авторами указанного магнитного генератора, изучена закономерность изменения протеолитической активности желудочного сока организма человека под влиянием переменного магнитного поля с вихревой компонентой (получен диплом на научное открытие № 356 в 2007 году).

Практическое значение открытия состоит в

том, что удастся безмедикаментозным способом осуществить подавление повышенной агрессивности кислотно-пептического фактора, сопровождающего язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, либо стимулировать повышение активности пепсина в случае сниженной протеолитической активности желудочного сока.

При язвенной болезни желудка язвы кардии малигнизируются чаще.

Снижение заболеваемости раком желудка возможно достигнуть путем уменьшения употребления крахмалсодержащих продуктов, в частности злаков, ржи, пшеницы, риса, бобовых, картофеля, солений, копчений, и увеличения содержания в рационе свежих овощей, фруктов, витаминов С, А, Е.

При раннем раке желудка обнаруживается дезорганизация клеток слизистой оболочки. Практически во всех странах Европы при диагностике пользуются Венской классификацией эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта (2000 г). Гистоморфологи выделяют 5 степеней неоплазий.

Категория 1 характеризуется отсутствием неоплазии и дисплазии. Видна нормальная слизистая оболочка, гастриты, кишечная метаплазия. Клиническое значение – показаний для динамического наблюдения нет (120 наблюдений в течение года).

2 категория. Неопределенная неоплазия или сомнительная дисплазия. Диагностируют в тех случаях, когда неясно, имеются регенераторные изменения или неопластические. Диагностику затрудняют воспаление и артефициальные изменения. В таких случаях необходима повторная биопсия, так как сущность процесса осталась неизвестной (40 наблюдений).

3 категория. Неинвазивная неоплазия низкой степени (низкая степень дисплазии или аденомы). Несомненный неопластический процесс с низким риском малигнизации. Рекомендуются эндоскопическое удаление или наблюдение (эндоскопия каждые 3 месяца на протяжении первого года; если нет прогрессии после двух эндоскопий с множественными биопсиями с интервалом в 6 месяцев, наблюдение можно прекратить). (Мы имели 20 пациентов с указанными изменениями).

4 категория. Неинвазивная (без признаков инвазии) неоплазия высокой степени. Риск инвазии и метастазов повышен. Могут быть вари-

анты: аденома или дисплазия высокой степени. **Неинвазивная карцинома (*carcinoma insitu*).** Подозрение на инвазивную карциному. Клиническое значение – показана эндоскопическая или хирургическая резекция слизистой оболочки (20 наблюдений, в 3-х из них применено криохирургическое лечение).

5 категория. Инвазивная неоплазия: интрамукозная карцинома – аденокарцинома, прорастающая собственную пластинку или более глубокая карцинома. Клиническое значение – риск глубокой инвазии и метастазов столь велик, что необходимо срочное вмешательство. Для оценки глубины инвазии требуются эндоскопия, рентгенологическое и ультразвуковое исследования (26 наблюдений). Вот такова отработанная в нашей стране диагностика раннего рака желудка. Другими методами диагностика очень затруднена и носит, как уже указывалось выше, случайный характер.

Клиника заболевания также имеет свои особенности. В начальных стадиях развития рак желудка протекает в большинстве случаев бессимптомно. По мере развития опухоли появляется синдром малых признаков (А.И. Савицкий, 1948), описан также нами в 2004 году с учетом информационного поля человека или с помощью математической формулы (математик, проф. Ершова Н.М., проф. Филиппов; «Экспресс-диагностика здоровья человека» и «Формула связи витальности с уровнями информационно-энергетического поля человека», (свидетельство авторского права № 66332 и № 66333).

Лечение и профилактика. Лечение больных ранним раком желудка, как правило, проводится консервативными методами, эндоскопическими или криохирургическими.

Нами четко отработана методика лечения: прием амаранта (экстракт не спиртовой) по 10 капель 3 раза в сутки; звездчатки (*Stellaria media*), те же дозы, 3 месяца; лабазника (*Filipendula ulnaris*), те же дозы, 3 месяца; гастрогран по 7 гранул под язык 1-3 месяца; вихревое импульсное магнитное поле аппаратом «Витма-1» (15 сеансов на подложечную область живота по 15 мин. при правом вращении компоненты и 5 мин. при левом вращении вихревой компоненты); специальная диета: чай зеленый, блюда из гречневой крупы, продукты амаранта – чай, хлеб, салаты, каши, супы, мясо и пр.; экстракт-концентрат брокколи по 10 капель 3 раза в день до или после еды через 1 час

в течение от 1 до 3-х месяцев (натуральный препарат капусты. Важно также, с нашей точки зрения, аппаратом-озонатором обрабатывать перед употреблением как воду, так и пищевые продукты. Профилактическое лечение до 6 месяцев по такой же методике.

Прогноз при таком лечении в 100 % случаев благоприятный. Диспансерное наблюдение обязательно от 6 месяцев до 5 лет.

Снижения заболеваемости раком желудка возможно достигнуть путем уменьшения употребления крахмалосодержащих продуктов (злаков, ржи, пшеницы, риса, бобовых, картофеля), солений, копчений и увеличения содержания в рационе свежих овощей, фруктов, витаминов С, А, Е.

Выводы

Приведенные данные позволяют решать основные проблемы в борьбе с раком желудка.

1. Ранняя диагностика рака желудка является очень актуальной в своевременном лечении рака желудка. Реализация возможностей ранней диагностики актуально в перспективе сохранения здоровья населения страны. Использование возможностей прогнозирования при распределении населения на группы риска с выделением высокой группы риска должно быть эффективным. Качество диагностики зависит от гастроскопии, эксфолиативного цитологического или гистологического изучения гастробиопсийного материала, определения опухолевых маркеров (РЭА, СА-72-4).

2. Предупреждение действия повреждающих факторов на слизистую желудка при применении магнитотерапевтического аппарата с вихревой компонентой «Витма-1». Под действием физических свойств переменного вихревого магнитного поля изменяется протеолитическая активность желудочного сока и удается осуществить подавление повышенной агрессивности кислотно-пептического фактора, который сопровождает язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, либо стимулировать повышение активности пепсина в случае снижения протеолитической активности желудочного сока.

3. В профилактике заболевания значимая роль отводится специфической диете и использованию природных растительных средств в группе риска.

Література

1. Зак М.Ю., Мосейчук Л.М. Хронічний гастрит і передрак шлунка. Під ред. засл. діяча науки і тех. України, чл. кор. НАМНУ, проф. Ю. О. Філіппова, Посібник. Дніпро, 2011, С. 3-69.
2. Корсун В.Ф., Трескунов К.А., Корсун Е.В., А. Мицконас. Лекарственные растения в онкологии. Москва, 2007. С. 303-310.
3. Питание в профилактике и лечении онкологических и гематологических болезней. Рук.-во по диетологии. Под ред. А.Ю. Барановского, 3-е изд. Питер. 2006. С. 802-809.
4. Korpan N. N., Haruo Isoda, Yuri A. Filippov. Decoding Biological response of the living substances to ultra-temperature impact. В сб. Наука, технологии, общество и международ. нобелевское движение. Нобелевский Конгресс ХІІ Международ. встреча-конф. лауреатов Нобел. премий и нобелис. Изд.-во МИНЦ, 2019. С. 163-176.
5. Филиппов Ю.А., Корпан Н.Н., Тютюнник В.М. Технологии определения функционального и физиологического состояния человека. Вест. Рос. нового университета. Спец. вып. По мат. Межд. конф.

«Фунд. проб. биомедиц. Радиоэлектроники: междисциплинар. подходы совр. вызовы», 26-27 нояб. 2020 г. С. 63-71.

6. Филиппов Ю.А. Болезни желудка. В кн. Неотложная гастроэнтерология. Рук.-во для врачей, Днепр., 2004. С. 126-146.
7. Рак желудка. Спр. по онкологии. Под ред. проф. С.А. Шалимова и др. Киев, 2008. С. 425-435.
8. Филиппов Ю.А., Тютюнник В.М. Ранний рак желудка. Диагн., леч. и предупр. спец. метод. Мон. изд.-во PALMARIUM ACADEMIC PUBLISHING, 2014, Р. 5-503.
9. Филиппов Ю.А., Соколовский С.И. и др. Использование препаратов амаранта и гуминового золота для предупреждения онкологических заболеваний. Ж.-л Фітотер. час. 2, 2015. С. 80-83.

Надійшла до редакції 15.02.2021 р.

Прийнято до друку 04.03.2021 р.

УДК 616.33-006-036.4-07-085-084

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-10

Ю. О. Філіппов, Т. В. Євтушенко

РАННИЙ РАК ШЛУНКА: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Ключові слова: рак шлунка (*Carcinoma ventriculi*), рання діагностика, вихрове магнітне поле,

Наведені дані дозволяють вирішити основні проблеми у боротьбі з раком шлунка.

1. Ранняя диагностика рака желудка является очень актуальной в своем современном лечении. Реализация возможностей ранней диагностики актуальна в перспективе сохранения здоровья населения страны. Использование возможностей прогнозирования при распределении населения на группы риска с выделением высокой группы риска должно быть эффективным. Качество диагностики зависит от гастроскопии, эксфолиативного цитологического или гистологического изучения гастробиопсийного материала, определения опухолевых маркеров (РЭА, СА-72-4).

2. Предупреждение действия повреждающих факторов на слизистую желудка при применении магнитотерапевтического аппарата с вихровой компонентой «Витма-1». Под действием физических свойств переменного вихревого магнитного поля изменяется протеолитическая активность желудочного сока и удается осуществить подавление повышенной агрессивности кислотно-пептического фактора, который сопровождается язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, либо стимулировать повышение активности пепсина в случае снижения протеолитической активности желудочного сока.

3. В профилактике заболевания значительная роль отводится специфической диете и использованию природных растительных средств в группе риска.

Ю. А. Филиппов, Т. В. Евтушенко

РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ДІАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Ключевые слова: рак желудка (*Carcinoma ventriculi*), ранняя диагностика, вихровое магнитное поле

Приведенные данные позволяют решать основные проблемы в борьбе с раком желудка.

1. Ранняя диагностика рака желудка является очень актуальной в своем современном лечении рака желудка. Реализация возможностей ранней диагностики актуальна в перспективе

сохранения здоровья населения страны. Использование возможностей прогнозирования при распределении населения на группы риска с выделением высокой группы риска должно быть эффективным. Качество диагностики зависит от гастроскопии, эксфолиативного цитологического или гистологического изучения гастробиопсийного материала, определения опухолевых маркеров (РЭА, СА-72-4).

2. Предупреждение действия повреждающих факторов на слизистую желудка при применении магнитотерапевтического аппарата с вихровой компонентой «Витма-1». Под действием физических свойств переменного вихревого магнитного поля изменяется протеолитическая активность желудочного сока и удается осуществить подавление повышенной агрессивности кислотно-пептического фактора, который сопровождается язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, либо стимулировать повышение активности пепсина в случае снижения протеолитической активности желудочного сока.

3. В профилактике заболевания значительная роль отводится специфической диете и использованию природных растительных средств в группе риска.

Y. A. Filippov, T. V. Evtushenko

EARLY STOMACH CANCER DIAGNOSTICS TREATMENT PREVENTION

Keywords: Stomach cancer (*Carcinoma ventriculi*), early diagnosis, vortex magnetic field

The presented data allow us to solve the main problems in the fight against stomach cancer.

1. Early diagnosis is very important in the stomach cancer timely treatment. Implementation of the early diagnostics is relevant in the future of preserving the country's population health. The use of prediction capabilities in the distribution of the population into risk groups with the allocation of a high risk group should be effective. The diagnosis quality depends on gastroscopy, exfoliative cytological or histological examination of gastrobiopsy material, determination of tumor markers (Cancer Embryonic Antigen, Specific Antigen-72-4).

2. Damaging factors action prevention on the gastric mucosa when using a magnetotherapy apparatus with a vortex component "Vitma-1". Alternating vortex magnetic field, the proteolytic

activity of gastric juice changes. It is possible to suppress the increased aggressiveness of the acid-peptic factor, which accompanies gastric ulcer and duodenal ulcer; or to stimulate a pepsin activity increase in case of a decrease in the gastric juice proteolytic activity.

3. A significant role is assigned to a specific diet and the natural herbal remedies use in the risk group for the disease prevention.

Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

Участие авторов в написании статьи:

Ю. А. Филиппов – идея, дизайн, клинические исследования, участие в написании статьи, выводы;

Т. В. Евтушенко – набор и анализ клинического материала, анализ литературы, коррекция статьи, аннотация.

Электронная почта для общения с авторами:

tomaevt@gmail.com (Евтушенко Тамара Владиславовна).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-16
УДК:617.721:616.441]-07+61-02882

ІРИДОДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

■ С. В. Потоцька, лікар з народн. та нетрадиц. мед.

■ ФОП «Медицинская практика», м. Київ

Значна поширеність, руйнівний вплив на багато систем організму, що призводять до погіршення якості життя пацієнтів, ставлять захворювання щитоподібної залози в один ряд з такими патологіями як цукровий діабет і хвороби серцево-судинної системи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серед ендокринних порушень захворювання щитоподібної залози займають друге місце після цукрового діабету. Згідно зі статистикою, порушеннями в роботі щитоподібної залози страждає до третини всього населення планети. Понад 740 млн осіб у світі мають ендемічний зоб, або страждають іншою тиреоїдною патологією. При цьому, згідно зі статистикою, приріст числа захворювань щитоподібної залози в світі становить 5 % на рік.

До основних захворювань щитоподібної залози відносяться: гіпертиреоз, аутоімунний тиреоїд, мікседема, дифузний токсичний зоб, дифузний еутиреоїдний зоб (збільшення щитоподібної залози без порушення її функції), вузловий зоб, аденома щитовидної залози, рак щитоподібної залози.

Захворювання щитоподібної залози останнім часом є однією з важливих причин скорочення тривалості життя і періоду активного довголіття. Саме тому такою актуальною проблемою є рання діагностика і прогнозування цих патологічних процесів. І в цьому допоможе іридодіагностика. Зародившись кілька тисячоліть тому, зараз цей метод переживає друге народження.

Іридодіагностика – це діагностика хвороби по зміні форми, структури, кольору і рухливості райдужної оболонки ока. Іридодіагностика може використовуватися в лікарській практиці як експрес- та скринінг-метод діагностики захворювань, а також стану функціональної слабкості органів і тканин, схильності їх до захворювань.

Мета дослідження: на практичних прикладах показати принципи діагностики захворювань щитоподібної залози за райдужною оболонкою ока.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано райдужки пацієнтів, у яких патологія щитоподібної залози вперше виявлена методом іридодіагностики.

Проекційна зона щитоподібної залози розташовується в середньо-назальних відділах циліарного поясу райдужки (2.45-3.15 на правій райдужці і 8.45-9.15 на лівій) по всьому циліарному поясу. При постановці діагнозу враховуються іридологічні знаки: структурні, рефлекторні, локальні і загальні.

Розглянемо приклади із моєї практики:

На знімку 1 права райдужка. Хлопчик 8 років з підвищеною вагою. Звернувся зі скаргами на часті ангіни, підвищену стомлюваність, закріп, болі в животі. В області проекції щитоподібної залози (2.30-3.20) визначається лакуна зі світлим дном, втягнення автономного кільця в цій зоні. За результатами УЗД виявлена гіперплазія щитоподібної залози. Гормони щитовидної залози в

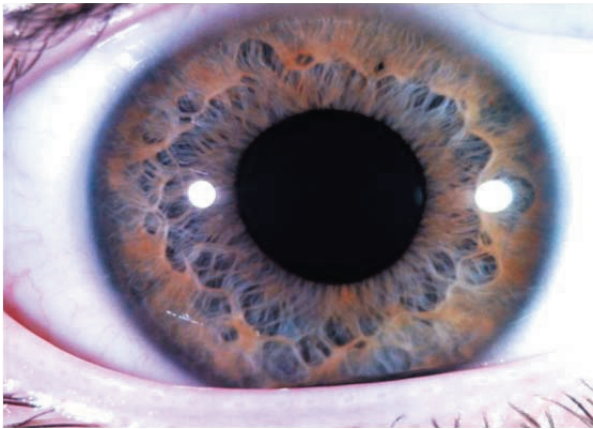


Рис. 1. Права райдужка хлопчика 8 років.

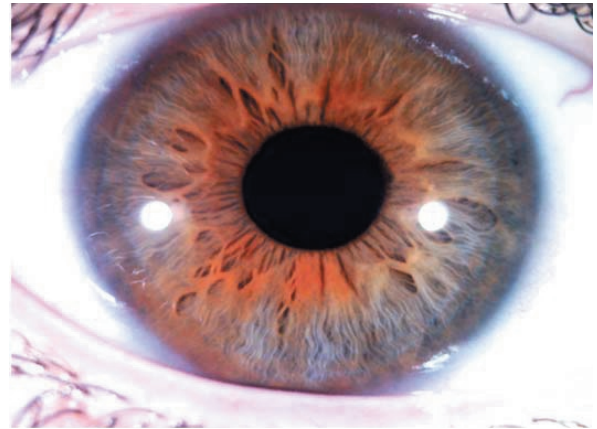


Рис. 2. Права райдужка чоловіка 30 років.

межах вікової норми. Випадок спадкової сімейної слабкості щитоподібної залози вперше виявлений. Супутні захворювання: хронічний тонзиліт, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисбактеріоз кишечника.

На знімку 2 права райдужка. Чоловік 30 років скаржиться на дратівливість, безсоння, підвищену збудливість, болі в животі спастичного характеру, пітливість долонь і стоп. Вага тіла зменшена. В області проекції щитоподібної залози визначається конгломерат лакун з чіткими кордонами, виражено втягнення автономного кільця, яке є важливою діагностичною ознакою, що вказує на тяжкість ураження. Відзначається також наявність лакун в області проекції жовчного міхура та печінки (7-8.00), підшлункової залози (5-5.30), мозку (11.00-1.00), правої легені (9.00-10.00).

У даного пацієнта виражена зашлакованість автономного кільця, яка свідчить про трофічні порушення в органах, що проектується на відповідні зони райдужки. Автономне кільце – це зона проекції симпатичної нервової системи на райдужці є індикатором діяльності всіх вісцеральних

систем, тому служить основним орієнтиром для діагностики. Зміна зіничної облямівки у вигляді ореолу свідчить про дифузні зміни слизової оболонки шлунка. Діагноз: хронічний гастрит в стадії загострення, хронічний холецистит, хронічний панкреатит, тиреоїдит, вперше виявлений.

На знімках 3 і 4 ліва і права райдужки дівчинки 7 років. Дитина часто хворіє. Діагноз: хронічний декомпенсований тонзиліт, хронічний гайморит, хронічний отит, дискінезія жовчовивідних шляхів, диспанкреатизм, дисбактеріоз кишечника. В області проекції щитоподібної залози бачимо конгломерат дрібних лакун, розмитість строми в цій області, зашлакованість автономного кільця, наявність адаптаційних (нервових) кілець. За результатами УЗД: збільшення щитоподібної залози, ознаки аутоімунного тиреоїдиту. Випадок спадкової схильності до захворювань щитоподібної залози, вперше виявлений.

На наступних знімках 5 і 6 бачимо ліву і праву райдужки мами цієї дівчинки. Жінка 34 років з вираженим гіпотиреозом та аутоімунним тиреоїдитом. Біла, “крейджана” райдужка свідчить також

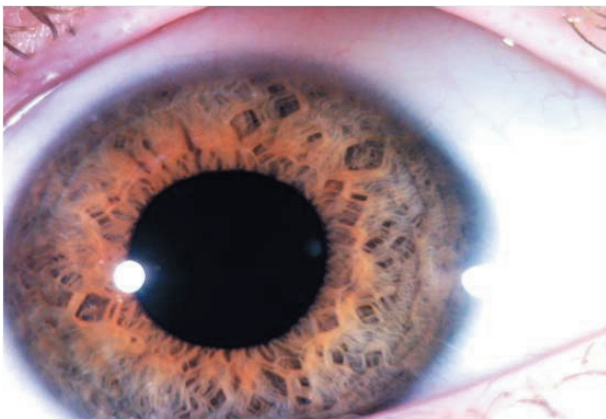


Рис. 3. Ліва і права райдужки дівчинки 7 років.

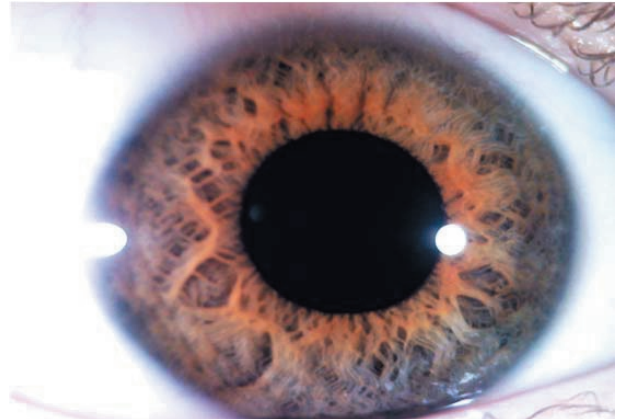


Рис. 4. Ліва і права райдужки дівчинки 7 років.

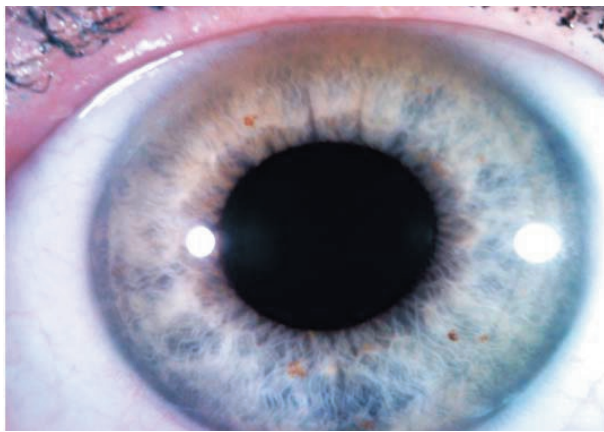


Рис. 5. Ліва і права райдужки мамі дівчинки 7 років.

про виражену зашлакованість лімфатичної системи. Клінічно: слабкість, млявість, сонливість, підвищена стомлюваність, набряклість. На цій райдужці також видно білуваті дуги та кільця. Вони звуться адаптаційними або нервовими кільцями. При ураженні щитоподібної залози вони часто з'являються та свідчать про підвищену реактивність нервової системи, емоційну нестабільність, схильність до спазмів.

На знімках 7 і 8 ліва та права райдужки жінки 44 років. В області проекції щитоподібної залози бачимо множинні лакуни з чітко окресленим білим обідком, що свідчить про давність процесу. В основі утворення лакун знаходиться деструкція різних, в тому числі пігментних шарів райдужки. Тому лакуни у даному випадку мають більш темний колір. Чим більший дефект райдужки, тим ширший патологічний осередок в організмі. Дно найбільшої лакуни радіально списано, що вказує на гострий подразнений стан органу. З'явилися також симптоми стертості малюнка трабекул, потемніння кольору райдужки. Крім того, на райдужках бачимо зашлакованість автономного

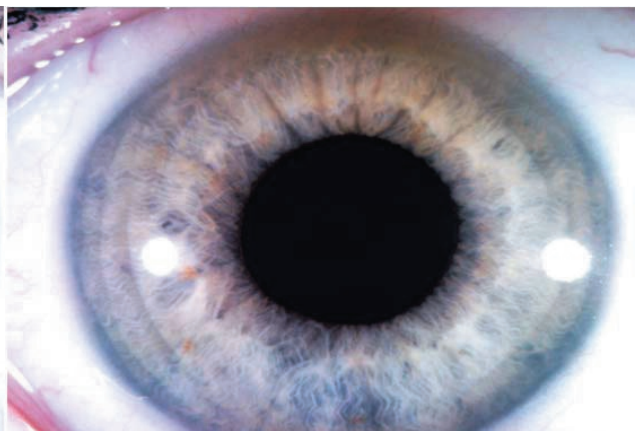


Рис. 6. Ліва і права райдужки мамі дівчинки 7 років.

кільця, великі лакуни в області проекції легенів (двостороння пневмонія в анамнезі), також пігментацію в області проекції матки и яєчників, пігментовані лакуни в області проекції підшлункової залози. Діагноз: багатовузловий зоб, аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз гормонозалежний, двосторонній аднексит, хронічний панкреатит.

На наступних знімках 9 і 10 права та ліва райдужки двох пацієнок 50 і 53 років. Обидві райдужки гематогенного типу з наявністю пігментних плям червонуватого кольору в області проекції щитоподібної залози (2.30-3.20 на правій райдужці і 8.40-9.20 на лівій райдужці). Такі пігментації вказують на наявність гормональних змін у даному органі в період менопаузи. Також на цих райдужках бачимо темно-димчастий обідок, розташований по периферії райдужки. Він звється дистрофічним або токсичним обідком, з'являється при запальних захворюваннях, інтоксикації і вказує на порушення метаболічних процесів, а також на порушення кровообігу в органах і тканинах, сегментарно пов'язаних з даною ділянкою. Це може бути локальною ознакою, але

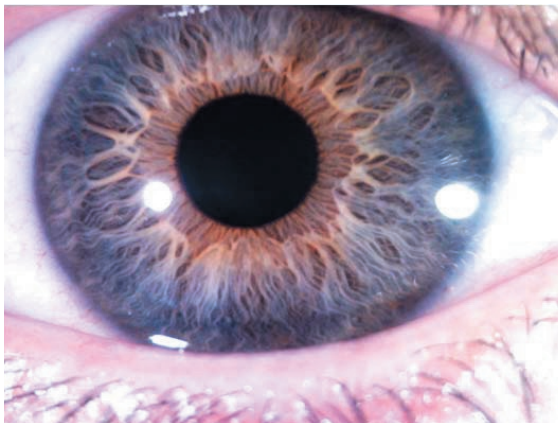


Рис. 7. Ліва та права райдужки жінки 44 років.

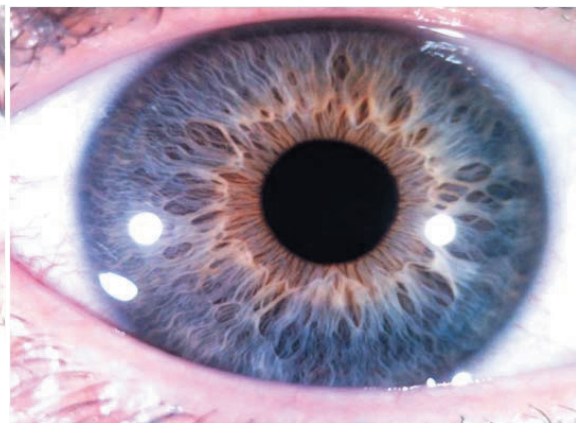


Рис. 8. Ліва та права райдужки жінки 44 років.

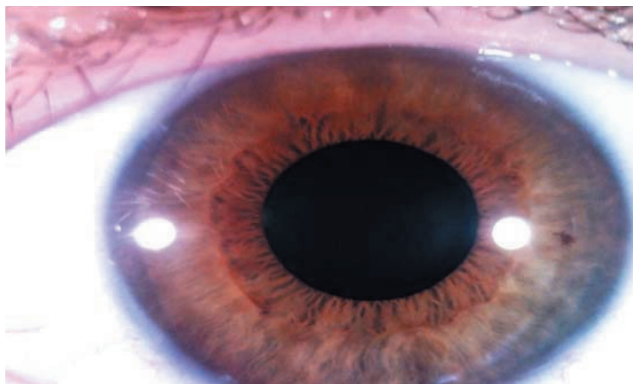


Рис. 9. Права райдужка пацієнтки 50 років.



Рис. 10. Ліва райдужка пацієнтки 53 років.

у двох представлених пацієнток він є загальним, оскільки розташовується по всій окружності райдужки. Наявність дистрофічного обідка свідчить про метаболічні зміни в організмі та порушення периферичного кровообігу. Діагноз у обох пацієнток: передклімактеричний синдром, аутоімунний тиреоїдит.

Наступний приклад (знімок 11) – це ліва райдужка дворічної дівчинки. На ньому чітко бачимо лакуну в області проекції щитоподібної залози. Це приклад спадкової слабкості органу та схильності його до захворювання. Мама хворіє на аутоімунний тиреоїдит.

Надані рекомендації зі спостереження і контролю за станом щитоподібної залози у дитини.

Ще один цікавий випадок (знімок 12) – приклад рака щитоподібної залози. Стан після видалення пухлини, хіміотерапії, лікування радіоактивним йодом. На правій райдужці в області проекції щитоподібної залози велика пігментна пляма, втягнення автономного кільця. Пігментні плями також в області проекції печінки, правого яєчника, матки та правого тазостегнового суглоба. Виражений дистрофічний ободок. Зашлакованість лімфатичної системи проявляється появою лімфатичного

розарію. Присутні адаптаційні кільця. Утворення токсичних та пігментних плям на райдужці відбувається при аутоінтоксикації у зв'язку з надлишком або поганим виділенням з організму екзогенних чи ендогенних токсинів.

Результати дослідження та їх обговорення

Показано та проаналізовано райдужки 8 пацієнтів, у яких патологія щитоподібної залози вперше була виявлена при здійсненні іридодіагностики. І таких випадків багато. У моїй практиці ефективність методу становила 90 %. Надалі діагноз був підтверджений лабораторними та інструментальними методами дослідження. Для постановки діагнозу за райдужною оболонкою враховувалися локальні та загальні іридологічні ознаки. Обов'язковим був збір анамнезу і скарг пацієнта.

30 % моїх пацієнтів мають патологію щитоподібної залози. З них з дифузним еутиреоїдним зобом становлять 25 %, з дифузним зобом, що поєднується з гіпотиреозом і аутоімунним тиреоїдитом 44 %, з вузловим зобом 25 %. Спадкова схильність виявлена у 5 % із загальної кількості пацієнтів. Пацієнти з кистами щитоподібної залози становили 0,5 %.



Рис. 11. Ліва райдужка дворічної дівчинки

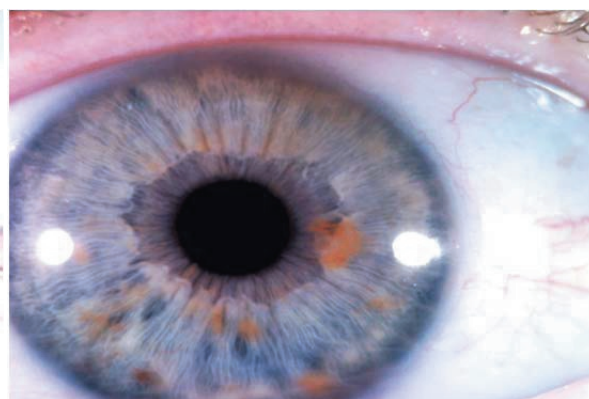


Рис. 12. Райдужка хворого на рак щитоподібної залози

Рак щитоподібної залози мали 0,5 % пацієнтів. Слід відзначити значне зростання захворюваності на аутоімунний тиреоїдит в останні роки.

Висновки

Метод іридодіагностики дозволяє лікарю оцінити стан всіх органів і систем; розпізнати минулі патологічні зміни; проводити контроль за динамікою патологічного процесу, в тому числі під впливом лікування. Дозволяє

виділити первинні і вторинні зміни, провідну і другорядну патологію; успішно проводити диференційну діагностику, а в подальшому і лікування.

Велика кількість показників, що характеризують стан здоров'я людини, свідчить про значущість цього доступного в наших умовах методу дослідження і говорить про необхідність більш швидкого і широкого впровадження іридодіагностики в практику охорони здоров'я.

Література

1. Вельховер Є. С., Шульпіна Н. Б. Іридодіагностика. М. Медицина. 1998. С. 116, 147.
2. Кривенко В. В., Потебня Г. П., Лисовенко Г. С., Сядро Т. А. Нетрадиційні методи діагностики і терапії. Київ: Наукова думка. 1990. 132 с.
3. Коновалов В. В., Антонов А.А. Практична іридологія. М. 1990. 70 с.
4. Петенко О.В., Гречишнікова Н. І. Практичний посібник з іри-

додіагностики. Частина 1. Загальна іридодіагностика. Душанбе. 1995. 167 с.

5. Данилюк О. А. Практична іридодіагностика і фітотерапія. Ростов на Дону. 2006. 541 с.

Надійшла до редакції 01.03.2021 р.

Прийнято до друку 25.03.2021 р.

УДК: 617.721:616.441]-07+61-02882

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-16

С. В. Потоцька

ІРИДОДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Ключові слова: іридодіагностика, райдужка, щитоподібна залоза, патологічні зміни, спадкова схильність, аутоімунний тиреоїдит, вперше виявлений.

У статті автором на практичних прикладах показані основні принципи діагностики захворювань щитоподібної залози за райдужною оболонкою ока. Описано іридологічні ознаки, характерні для окремих нозологічних одиниць. Також у відсотковому співвідношенні показана частота зустрічаємості окремих захворювань щитоподібної залози у пацієнтів лікаря іридолога-гомеопата.

С. В. Потоцкая

ІРИДОДІАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ключевые слова: иридодиагностика, радужка, щитовидная железа, патологические изменения, наследственная предрасположенность, аутоиммунный тиреоидит, впервые выявленный.

В статье автором на практических примерах показаны основные принципы диагностики заболеваний щитовидной железы по радужной оболочке глаза. Описаны иридологи-

ческие признаки, характерные для отдельных нозологических единиц. Также в процентном соотношении показана частота встречаемости заболеваний щитовидной железы у пациентов врача иридолога-гомеопата.

Pototska Svitlana

IRIDOLOGY OF THYROID DISEASES

Keywords: iridology, thyroid, iris, pathological changes, genetic predisposition, early-stage autoimmune thyroiditis.

In this article the author demonstrates the basic principles of thyroid diagnosis by the iris of the eye. Some iridological features typical for single nosological units are described. The frequency percentage of thyroid diseases among the patients of the iridologist-homeopath is also shown.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок автора:

Потоцька С.В. – ідея, дизайн, набір матеріалу, аналіз літератури, висновки, анотація, корекція статті.

Електронна пошта для спілкування з автором:

pototskasvitlana@ukr.net (Потоцька Світлана Володимирівна).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-21

УДК 616.714+616.831]-001-036

КЛИНИКО-ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ И ИРИДОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТКОМОЦИОННОМ СИНДРОМЕ

■ Т. А. Шитиков, к. мед. н., врач

■ *Волонтерский реабилитационный центр для участников ООС, г. Днепр*

Вступление

Посткоммоционные состояния, обусловленные нарушениями церебральной гемодинамики, требуют многостороннего диагностического подхода, так как лечебное воздействие только на соматические или невротоподобные проявления заболевания может оказаться недостаточно эффективным. Мануальная терапия в данном направлении нейрореабилитации используется недостаточно [10, 12, 11].

Цель работы – провести комплексное исследование у пациентов с отдаленными нарушениями гемодинамики после травмы головы и разработать объективные критерии реабилитации с учетом клинко-патобиомеханических вариантов последствий травмы головы.

Материалы и методы исследований.

Нами проведена диагностика 47 больных с посттравматическими состояниями, возникшими в результате травм головы. Из них мужчин было 33, женщин 85. Возрастной диапазон находился в пределах от 17 до 45 лет. Однородность выборки из указанной совокупности больных обеспечивалась дифференцированным подходом, исходя из: особенностей клинических проявлений (были исключены больные с признаками компрессионного и нейрососудистого механизмов, выраженным черепно-лицевым дисморфизмом, при коэффициенте асимметрии менее $0,7 \pm 0,02$, нарушении интеллекта, эписиндромами), особенностей характера болевого синдрома и гемодинамических нарушений (2-3 степени выраженности); катамнеза заболевания (не более 15 лет); возрастных аспектов (не более 50 лет); распределения по полу (60 % мужчин и 40 % женщин); нахождения и лечения пациентов в амбулаторных условиях.

После направленного опроса с уточнением жалоб и анамнеза, всем больным проведена визуаль-

ная оценка лица и черепа, секторальная краниоцефалометрия по методике Лактионовой Н.С., 2003, иридо-диагностика, МРТ-графия, которая позволила оперативно выявить и оценить структуру и выраженность патобиомеханической и морфологической патологии. Использовалась также оценка состояния экстрапирамидной и вегетативной нервной системы у данной категории пациентов по анализу вариабельности сердечного ритма диагностическим автоматизированным комплексом «Биотемп БОС», 2006 [15], а также при помощи психометрических тестов САН Спилберга, восьмицветного теста Люшера. Иридодиагностическая информация о состоянии центральной нервной системы по методике Е. Вельховева, 1996, на щелевой лампе ЩЛ-58 с цифровой фотосъемкой [7]. При необходимости проводилось более углубленное исследование с применением мануальной диагностики, инструментальных (РЭГ, ЭЭГ) методов. Результаты исследования сопоставлялись с данными психоневрологического статуса, в частности, со степенью выраженности гемодинамических нарушений [1, 3].

Для регистрации боли мы применяли визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли (ВАШ), которая позволяет очень точно и достоверно регистрировать как острую, так и хроническую боль. Дополнительные преимущества заключаются в том, что шкала дополнена графическими рисунками и представляет собой скользящую непрерывность и суммы составляют шкалу пропорций, так что они могут быть проверены параметрическими статистическими методами.

Исследования проводились в положении лежа на спине, до лечения, сразу после 1 курса лечения и через год. Полученные результаты фиксировали на бумажном и электронном носителе с графическим изображением в виде краниоцефалометрической схемы черепа (рис. 1).

В работе также использовался метод магнит-

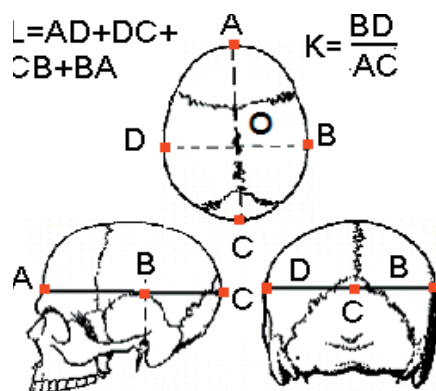


Рис. 1. Схема краниоцефалометрии по Н. С. Лактионовой. Длины секторов измерялись через точки В, С, Д, А.

но-резонансной томографии (МРТ), который позволял получать изображение любых слоев мозга и черепа [2, 13].

Исследование проводилось на аппарате HITACHI MRP 5000 в положении лежа. Учитывалось, что МРТ более информативна в подострой и восстановительной стадии черепно-мозговой травмы. МРТ позволяла полнее выявлять внутри-мозговые очаги, ее данные лучше коррелируют с клиническим состоянием. Зоны энцефаломалации обнаруживаются в Т2-режиме по увеличению интенсивности сигнала из-за повышенного содержания воды в ткани. Кроме того, с помощью МРТ выявляются внечерепные скопления жидкости, в том числе хронические субдуральные гематомы

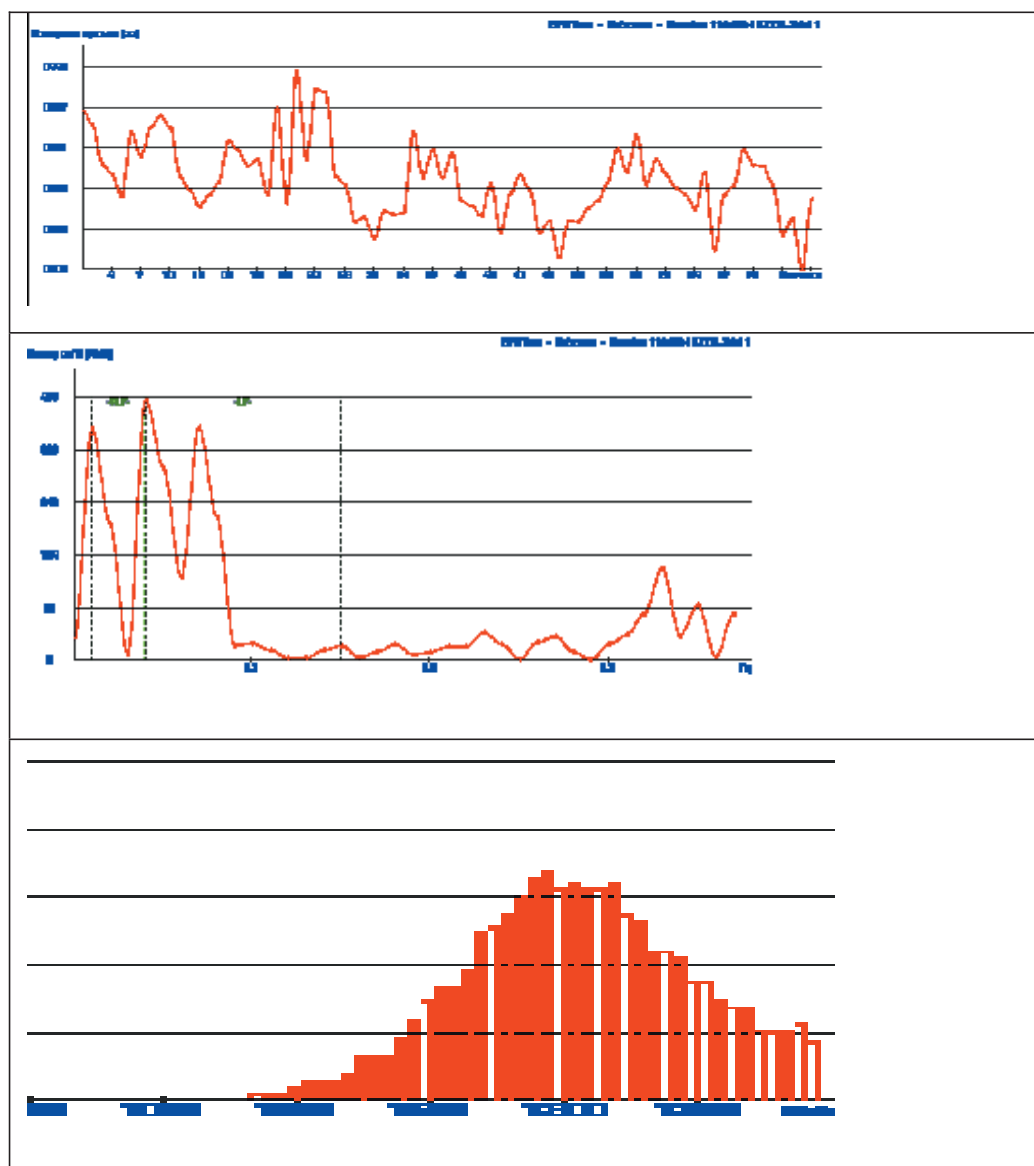


Рис. 2. Тахограмма ребенка 11 лет. Нормокардия, вегетативное равновесие. А – график динамики кардиоинтервалов. Б – спектральный анализ кардиоинтервалов. С – гистограмма кардио-интервалов.

в той стадии, МРТ дает более подробное изображение структур мозга. МРТ позволяет также оценить давность кровоизлияния, поскольку по мере распада гемоглобина происходит характерное изменение сигнала от излившейся крови. По сравнению с миелографией и КТ-миелографией МРТ информативнее в диагностике повреждений мягких тканей (в том числе вещества спинного мозга) и в то же время позволяет избежать люмбальной пункции, которая бывает опасна при блокаде ликворопроводящих путей спинного мозга или внутричерепном объемном образовании. В последующем на изображение в программе “Adobe Photoshop” накладывалась калибровочная сетка для измерения краниальной асимметрии. По МРТ-изображению с нанесенной калибровочной сеткой подсчитывали количество ячеек сетки на симметричных участках.

Исследование вегетативного тонуса проводилось утром натощак в положении сидя после 10-15 минутного отдыха. Пульсометрия проводилась в течении 300 сек. График статистического анализа (тахограмма) ритма пульса приведён нами на рис. 2.

Нами для оценки кровообращения головного мозга в работе использовалась еще одна скрининг методика: ириодиагностика: метод распознавания болезней у человека по состоянию его радужной оболочки глаза. Мы использовали соматотопическую схему Дека (эмбриональное проектирование). Метод, по мнению авторов [15], позволяет быстро оценить индивидуальный генетический статус и наследственную предрасположенность к заболеваниям; переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок; психоэмоциональное состояние человека, предрасположенность к неврозам и психосоматическим расстройствам; состояние нервной системы, причинно-следственные связи симптомов заболеваний, наиболее выраженные изменения органов [4, 10, 11].

Радужка богата сосудами из системы глазничной артерии, которая берет начало от внутренней сонной артерии. От глазничной артерии отходят две длинные задние цилиарные артерии, прободяющие склеру и далее находящиеся в перихориоидальном и затем перициллиарном пространстве глаза. Дойдя до корня радужки, каждая из них делится на восходящую и нисходящую ветки, которые анастомозируют между собой и образуют большой артериальный круг радужки. От него идут радиальные сосуды к зрачку. На расстоянии

1 мм от зрачка они анастомозируют между собой, создавая малый артериальный круг радужки. От малого артериального круга отходят тонкие сосуды, которые направляются к зрачковому отверстию, образуя петли.

Такое расположение сосудов радиальное и концентрическое, способствует быстрому приспособлению к изменениям поверхности радужки к изменениям церебральной гемодинамики бассейна внутренней сонной и средней мозговой артерии. Вены, находящиеся рядом с артериями несколько глубже, подходят к венозному коллектору, который, наряду с кровью, принимает на себя отток жидкости из глаза. Богатая сеть нервных окончаний радужки сформирована тремя нервами: симпатическим, парасимпатическим, тройничным, который выполняет различные функции. Указанные нервы имеют связь с висцеральными центрами головного мозга, а через них с внутренними органами. Рельеф цилиарного пояса разнообразен и имеет большее диагностическое значение для изучения кровообращения головного мозга. В нем переплетаются мезодермальные тяжи-трабекулы радужки. Крупные трабекулы соответствуют проходящим в глубине ткани сосудистым анастомозам между большим и малым артериальным кругами радужки. Наряду с крупными трабекулами на поверхностном мезодермальном листке видны более мелкие мезодермальные тяжи, не содержащие сосудов, а также мелкие углубления – борозды, лакуны или крипты. Лакуны, являющиеся признаком органического поражения органа или системы, встречаются при наследственно-дегенеративных заболеваниях ЦНС в 85 % случаев [8].

Визуально определялась у всех пациентов ОГ И КГ «краниофациальная асимметрия» различного характера, которая оценивалась по фотографии



Рис. 3. Пример варианта «краниофациальной асимметрии». Пациент, П. 50 лет, визуально-патогенетический регион – краниовертебральный переход C0-C1-C2.

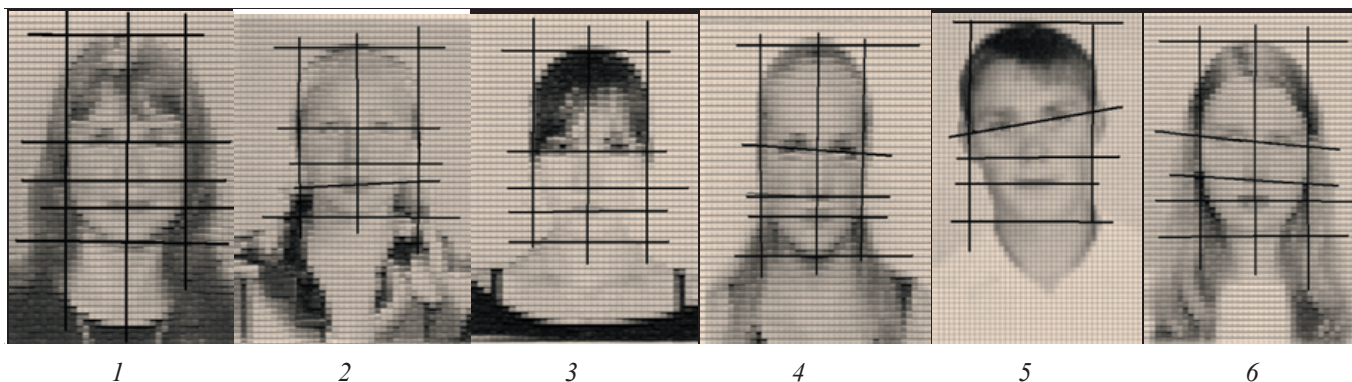


Рис. 4. Результаты визуального анализа лица и черепа. 1 – флексионный вариант, 2 – экстензионный вариант), 3 – флексионно-экстензионный вариант, 4 – латерофлексионный вариант, 5 – ротационный вариант, 6 – комбинированный вариант.

ям с применением калибровочной сетки (шаг-2 мм) программы «Photoshop» (рис. 3).

Вертикальные и горизонтальные линии, проведенные через анатомические ориентиры: темя, глазные щели, положение мочек ушей, ротовую щель, подбородочный бугор, позволили оценить симметричность лица и черепа.

В лечении использовались: акупрессура в сочетании с кожно-миофасциальным релизом, постизометрической релаксацией мышц (ПИР) лица и скальпа, шеи, диафрагмы, деторзия твердой мозговой оболочки, мобилизация швов черепа по Гихину, манипуляции на позвоночных двигательных сегментах, висцеральные манипуляции по Барралю [17]. Выбор техник МТ определялся с одной стороны поливалентным характером лечебного действия (психотропное, вегетотропное, обезболивающее, местно-трофическое, миорелаксирующее), а с другой – безопасностью при длительном и повторном применении у детей (Лиев А.А., 1999, Беляев А.Ф., 2003, Васильева Л.Ф., 2006). Для снижения тонического напряжения мышц применялась ПИР (Иваничев Г.А., 2007, Лиев А.А., 1999) [5, 8, 9]. Воздействие осуществлялось на мышцы скальпа, шеи, грудобрюшной диафрагмы и назначалась всем больным с ПЦВН параллельно МТ в количестве 6-8 сеансов на курс лечения. Больных обучали приемам ПИР для самостоятельного проведения процедур в течение дня.

Краниальное воздействие оказывалось по методике Аппледжера. Мобилизация швов черепа, ПДС С0-С2 проводились по остеопатической релизовой технике, на курс 3-6 раз 1-2 раза в неделю, после обязательного магнитно-резонансного исследования. Медикаментозное и физиотерапев-

тическое лечение не назначалось [9, 17].

Результаты исследований и их обсуждение.

Особенности ПБМИ черепа при обследовании наших пациентов можно охарактеризовать следующим образом: 1 – преобладание обоих верхних квадрантов, 2 – преобладание обоих нижних квадрантов (соответствует понятию брахиоцефалии), 3 – преобладание обоих верхних и нижних квадрантов (соответствует понятию долихоцефалии), 4 – преобладание одного из верхних квадрантов (левый или правый) и гомолатерального нижнего, 5 – преобладание одного из верхних квадрантов (левый или правый) и гетеролатерального нижнего, 6 – другие комбинации преобладания каких либо квадрантов. О преобладании размеров квадранта свидетельствовало различное количество ячеек калибровочной сетки, соответствующих данному квадранту и занимающих соответствующие контуры изображения.

Анализ полученных фотоизображений также проводили через костные ориентиры лица, черепа, а затем сравнивали отрезки на симметричность частей лица. Отмечалось преобладание длин верхних частей, нижних частей, правых/левых час-

Таблица
Распределение клинко-патобиомеханических групп в зависимости от вариантов асимметрии и кефалографии (n=167)

Группы	
Флексионная	6,9±0,02 %
Экстензионная	5,9±0,02 %
Латерофлексионная	8,4±0,015 %
Флексионно-экстензионная	13,8±0,02 %
Ротационная	32,8±0,02 %
Комбинированная	26,4±0,015%

тей. Достоверным преобладанием мы считали то, когда площадь квадранта была больше не менее чем на 10 %, по сравнению с соседним. Полученные данные представлены на рис. 4 и в таблице.

Визуальное и кранио-кефалографическое исследование [1, 6] определило различные варианты статико-динамических нарушений. При осмотре у 100 % пациентов ОГ и КГ и 78,8 % ДГ 1 выявлено: асимметричное смещение частей черепа и тела по вертикали и горизонтали, наклон головы вперед в положении стоя, ротации головы и лица вправо и влево в положении стоя, нарушенное стояние прикуса, деформация дуги позвоночника вправо и влево. Кроме того, отмечено асимметричное положение таза: деформация ромба Михаэлиса, задних верхних и передних верхних остей подвздошных костей, положение симфиза, гребней подвздошных костей, седалищных бугров, функциональное укорочение ног. Подобные изменения соответствовали описанным другими авторами синдромам незавершенных движений, представленных в таблице.

Адаптационно-трофические изменения радужной оболочки оценивались по целому ряду стромальных и хроматических признаков, состоянию зрачков и зрачковых реакций. Зашлакованность III-IV зон сектора центральной нервной системы в 72 % случаев соответствовала степени снижения пульсового кровенаполнения и в 49 % случаев – признакам венозного застоя, но не всегда позволяла определить бассейн, где эти изменения были более выражены. Хроматические структурные изменения автономного кольца в подавляющем большинстве случаев коррелировали со степенью и характером изменений шейного отдела позвоночника, обнаруженных на рентгенограммах. Пупиллодиагностические данные давали информацию о состоянии стволовых структур мозга и позволяли наблюдать динамику реактивности и состояние стволовых структур в процессе лечения. Секторальные изменения зрачка в зоне центральной нервной системы были редкими (16 %) и не позволяли судить о выраженности патологического процесса. Наличие анизокории, а также асимметрий в проявлении зрачковых реакций помогали в топической диагностике ствола мозга. Адаптационные кольца встречались редко и были обнаружены в 17 % случаев. Изменения в проекционных зонах сердца (феномен локального выпячивания, лакуны, разрежение и пигментные дорожки) регистрировались в 4,6 раза чаще,

чем в контрольной группе. Умеренные изменения в проекционной урогенитальной зоне наблюдались у 28 % больных, а эндокринных органов – у 26 %. Данные по изменению проекционных зон желудочно-кишечного тракта, гепато-билиарной системы и бронхолегочного аппарата не дали статистически достоверной разницы по сравнению с контрольной группой.

Наличие стромальных изменений в цилиарном поясе в зоне центральной нервной системы (стертости, тяжистости, рифлености) встречались от 3,8 до 5,1 %, в два раза чаще у больных с дисциркуляторной энцефалопатией, чем в контрольной группе. Однако определить изменения, более характерные для ее различных форм, статистически достоверно не удалось. При динамическом наблюдении за адаптационно-трофическими изменениями радужной оболочки глаза в процессе лечения достоверной динамики не обнаружено, хотя в отдельных случаях изменения оптической плотности позволили думать об уменьшении степени зашлакованности.

Таким образом, при дисциркуляторных энцефалопатиях целесообразно исследование хроматических и структурных изменений радужки и пупиллодиагностических реакций, которые в большинстве случаев коррелируют со степенью выраженности снижения кровоснабжения и позволяют определить ведущее патогенетическое звено (гипертоническая болезнь, гемодинамически значимые изменения экстракраниальных отделов магистральных сосудов головы, сердечно-сосудистая недостаточность, остеохондроз шейного отдела позвоночника), а также в отдельных случаях определить прогноз заболевания и выбрать правильное лечение. Иридодиагностика не позволяет статистически достоверно дифференцировать стадию дисциркуляторной энцефалопатии, определить глубину и обратимость структурных изменений, а также давность заболевания.

Проведенные кранио-кефалометрические исследования выявили асимметрию более 0,5 см. ($p < 0,05$) длин секторов черепа у 96 % пациентов ОГ и КГ. Коэффициент асимметрии (КА) составил от 0,88 до $0,78 \pm 0,02$ %. Графический анализ асимметрии длин секторов позволил сгруппировать варианты «краниальной асимметрии».

Из приведенных выше графических схем прослеживается закономерность кранио-кефалографических параметров краниофациальной асимметрии в группах наблюдения, которые можно

положить в основу классификации этих изменений.

Характеристику посттравматических нарушений ликвородинамики при МРТ-графии определяли следующие признаки: увеличение размеров нижних рогов боковых желудочков более чем на 2 см с отсутствием визуализации субарахноидальных пространств конвексимальных областей, межполушарной и боковых щелей мозга, баллоновидное расширение передних рогов боковых желудочков (симптом Микки Мауса) и III желудочка, перивентрикулярное снижение плотности ткани, фиксируемое повышением сигнала в режиме T-2, при МРТ, в результате трансэндимарного пропитывания или миграции ликвора, субарахноидальные пространства увеличены, особенно в области полюсов лобных долей у детей первого года жизни, желудочки мозга – нормальной величины или несколько расширены.

Содержимое субарахноидальных пространств при ОПЧМТ у детей раннего возраста характеризовалось “плотностью” ликвора, фиксируемой на МРТ и нейросонографии. Расширение субарахноидальных пространств сочеталось с асимметрией окружности головы и “выбуханием” родничков, увеличением их размеров и задержкой сроков закрытия.

При исследовании нами отмечено увеличение размеров базальных цистерн и межполушарной щели при нормальных или слегка увеличенных размерах желудочков мозга. МРТ головного мозга, выполненная у детей через 0,5-3 года после

легкой ЧМТ выявляла: расширение субарахноидальных пространств, расширение цистерн мозга. При сравнении результатов краниоцефалометрии отмечена корреляция показателей краниальной асимметрии с результатами МРТ-графии, как по количественным так и по качественным критериям (рис. 5).

Магнитно-резонансная томография показала высокую эффективность при оценке состояния субарахноидальных пространств спинного и головного мозга, диагностике ликворных кист и фистул, а также патологии желудочковой системы. Магнитно-резонансная ликворография позволяла определять качественные и количественные характеристики ликворотока в различных участках мозга, что необходимо при определении характера гидроцефалии, патологии водопровода мозга (стеноз, окклюзия, дилатация). Так у 22,3 % пациентов обнаружены нейросонографические признаки мальформации, кистозной перивентрикулярной лейкомаляции, частота и тяжесть которых коррелировала со степенью асимметрии черепа.

Биомикроскопия конъюнктивы глаза у пациентов с ОПЧМТ позволила выявить ряд изменений бассейна внутренней сонной артерии: облитерация капилляров (12,5 %), нарушение артериоло-веноулярного коэффициента (45,7 %) образование микроаневризм и ампулообразные расширения (11,2 %), неравномерность калибра микрососудов и их меандрическая извитость (35,6 %). К числу обнаруженных нами внутрисосудистых изменений относим: нарушение гемодинамики в МЦР

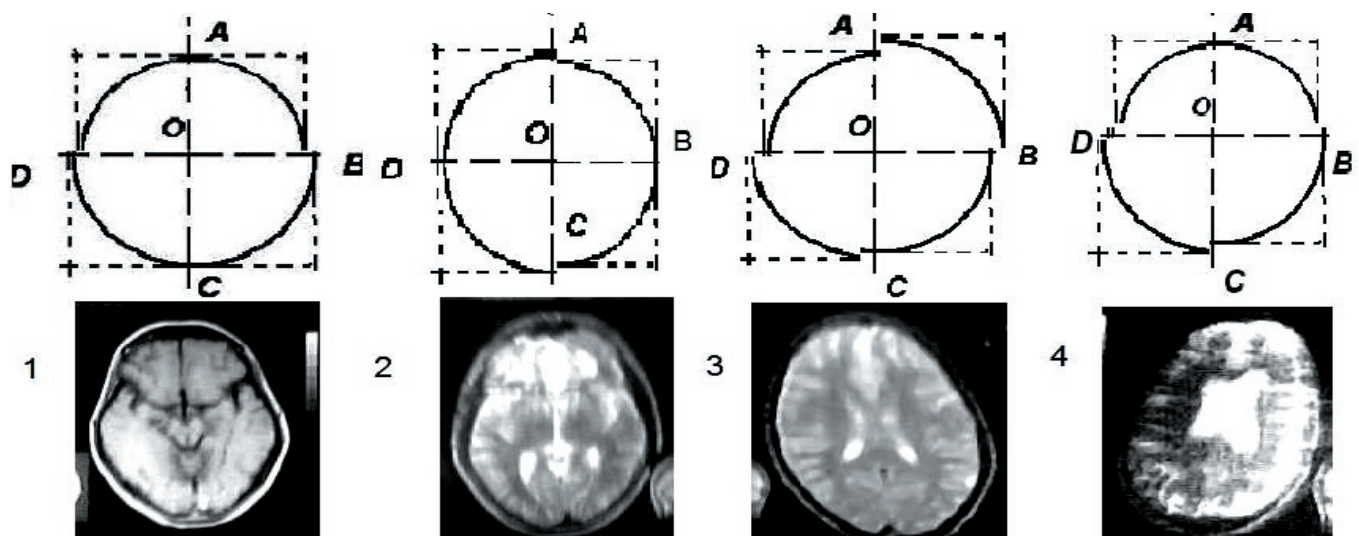


Рис. 5. Корреляция показателей краниальной асимметрии с результатами МРТ-графии.

1 – флексионно-экстензионная асимметрия, 2 – латерофлексионная асимметрия, 3 – ротационная асимметрия, 4 – комбинированная асимметрия.

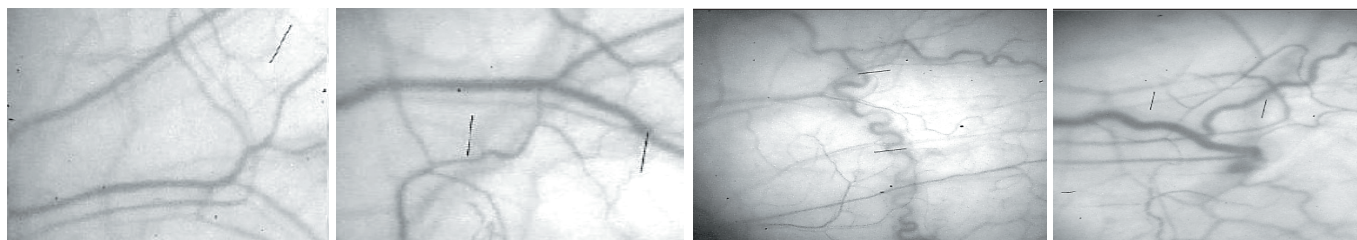


Рис. 6. Изменения, выявляемые при бульбарной бимикроскопии у пациентов с ОПЧМТ. 1. Изменение направления тока крови, замедление скорости кровотока, распространенная агрегация форменных элементов крови, образование микротромбов. 2. Неравномерность диаметра сосудов, нарушение артериоло-венулярного коэффициента, стаз. 3. Неравномерность калибра микрососудов и их меандрическая извитость, образование микро-тромбов. 4. Микроаневризм и ампуло-образные расширения, стаз.

русле (изменение направления тока крови, замедление скорости кровотока) и реологические нарушения (распространенная агрегация форменных элементов крови, образование микротромбов, стаз). Из наблюдаемых при биомикроскопии внесосудистых изменений МЦР у пациентов ЭГ и КГ следует указать на выявляемые микрогеморрагию и периваскулярный отек.

Полученные нами данные представлены на рис. 6.

При иридологическом исследовании для сравнения взяты следующие признаки: цвет и плотность стромы радужки; иридологический тип по Вельховеру и Деку; зашлакованность, цвет и форма автономного кольца; зрачковая кайма; структурные знаки (В.В. Коновалов, А.А. Антонов, 1981).

У 34,5 % из них были светлые радужки, у 15,7 % – темные. Радиально-волокнуистый и радиально-гомогенный типы по Вельховеру имели 12,4 % обследованных, а 14,7 % – радиально-лакунарный. У 44,5 % пациентов отмечена 2-3 степень плотности стромы радужки, у 16,7 % – 4, 23,1 % – 5-6. Оценка по Деку выявила у 33,4 % – чисто лимфатический, у 11,3 % – гидрогеноидный, у 15,6 % – уратный тип.

При проведении исследования в проекционных зонах ЦНС у пациентов ОГ и КГ нами выявлены: феномен локального выпячивания автономного кольца, наличие борозд гиперемии в 49 % случаев – иридосимптомы снижения кровотока в различных отделах мозга. У 80 % пациентов отмечены диффузные изменения сосудов головного мозга, у 45 % пациентов выявлены закрытые лакуны.

Адаптационно-трофические изменения радужной оболочки оценивались по целому ряду иридологических признаков, состоянию зрачков и зрачковых реакций. Выявленные иридологические

знаки: зашлакованность III-IV степени зон сектора (11.00-13.00) центральной нервной системы в 72 % случаев, изменения автономного кольца коррелировали со степенью и характером изменений шейного отдела позвоночника, обнаружены при исследовании (разрывы автономного кольца в проекции шейного отдела позвоночника) в 17 % случаев. Наличие изменений в цилиарном поясе в зоне центральной нервной системы (стертости, тяжести, рифлености) встречались от 3,8 до 5,1 %, в два раза чаще, чем в контрольной группе. Однако определить изменения, более характерные для ее различных форм, статистически достоверно не удалось.

Изменения в проекционных зонах сердца (феномен локального выпячивания, лакуны, разрежение и пигментные пятна) регистрировались в 2,6 раза реже в ДГ 2. Умеренные изменения во всех группах отмечены в проекционной урогенитальной зоне и наблюдались у 28 % больных, а эндокринных органов – у 26%. Данные по изменению проекционных зон желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы и бронхолегочного аппарата, по нашему мнению, не дали статистически достоверной разницы.

Секторальные изменения зрачка в зоне центральной нервной системы были редкими (11 %) и не позволяли судить о выраженности патологического процесса. Зрачковая кайма оказалась равномерно-зернистой у 66,7 % пациентов, а неравномерно-зернистой – у 26,8 %.

Изменения радужки в большинстве случаев коррелировали со степенью выраженности снижения кровоснабжения и позволяли определить ведущее патогенетическое звено (ствол, кора, экстракраниальные отделы магистральных сосудов головы), а также в отдельных случаях определить прогноз заболевания и выбрать правильную так-

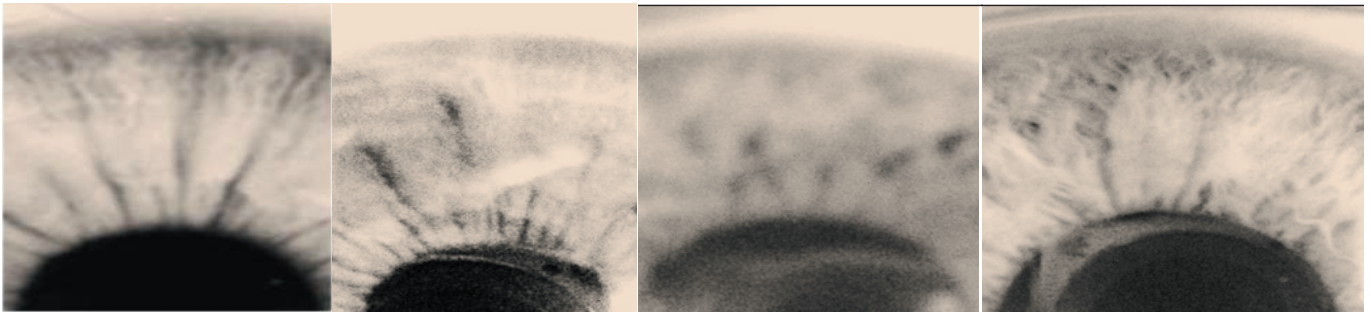


Рис. 7. Иридодиагностические признаки стадий посттравматической энцефалопатии. Радиальная лимфатическая радужка пациентки 20 лет. Посттравматическая цереброастения. Нарушения церебральной гемодинамики 1-2 степени. Борозды в зоне головного мозга, зашлакованность зон головного мозга. Гомогенно-лакунарная радужка пациента 16 лет. Посттравматическая краниоцервикалгия, нарушения церебральной гемодинамики 3 степени. Борозды и лакуны в зоне головного мозга. Зашлакованность 2-3 степени, токсические пятна.

тику реабилитации. Иридодиагностика позволяла статистически достоверно дифференцировать стадию посттравматической энцефалопатии, определить глубину и обратимость структурных изменений, а также давность заболевания (рис. 7).

В то же время поперечные трещины и разрывы автономного кольца в проекции шейного и грудного отделов позвоночника свидетельствуют о выраженных изменениях в позвоночнике, возможно с неврологической симптоматикой (В.В. Коновалов, А.А. Антонов, 1981). В наших исследованиях у пациентов старшей возрастной группы и ДГ 1 отмечены радиальный и гомогенный типы по Вельховеру. В этот период чаще отмечаются пациенты с низкой плотностью радужки, разрывами автономного кольца, неравномерно-зернистой зрачковой каймой и другими имеющими место патологическими иридознаками.

Выводы

Анализ результатов иридодиагностики ДГ 2, занимающихся спортом, позволил предположить, что пациенты с хорошей наследственностью и крепким здоровьем будут иметь хорошие результаты в лечении ОПЧМТ и продолжать занятия спортом. Пациенты с 4-й степенью плотности радужки и 3-й степенью зашлакованности автономного кольца окажутся слабее. Они будут больше подвержены травматизму, перетренировкам, будут чаще болеть и дольше восстанавливаться. Пациенты с радиально-лакунарным типом могут заниматься лишь физкультурой, так как их организм не приспособлен к несению интенсивных физических нагрузок, работе в условиях повышенного травматизма. Занятия спортом принесут вред их здоровью, а высоких спортивных результатов ожидать не приходится, а прогноз

Література

1. Базаров В.Г. Клиническая вестибулометрия / В.Г. Базаров. – К.: Здоров'я, 1988. 200 с.
2. Балунов О.А., Ананьева Н.И., Лукина Л.В. Сравнительные данные МРТ головного мозга у пациентов с дисциркуляторной и с посттравматической энцефалопатией / Журн. неврол. и психиатр. – № 6. 2005. С. 39-44.
3. Беляев А.Ф. Влияние техник мануальной терапии на колебательные процессы в организме / Мануал.терап. 2002. – № 4. С. 14.
4. Бунин А.Я., Кацнельсон Л.А., Яковлев А.А. Микроциркуляция глаза. / М.: Медицина, 1984. 175 с.
5. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы Новокузнецк, 1999. 115 с.
6. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики Иванова, 1996. 200 с.
7. Вельховер Е.С., Шульпина Н.Б., Алиева З.А. [и др.]. Иридодиагностика М, «Медицина», 1992, С. 240.
8. Долина Г.И., Орел А.М., Неборский А.Т. Методика капилляро-роскопии как экспресс-анализ эффективности работы врача мануального терапевта / Бюлл. МПОМТ. 1999. № 1. С. 50-51.
9. Донова Н.А., Чеченин А.Г. Способ лечения отдаленных последствий черепно-мозговой травмы методом краниальной мануальной терапии / IX Всероссийский съезд неврологов. – Ярославль, 2006. С. 570.
10. Киселев Н.Ю., Чеченин А.Г. Влияние краниальной мануальной терапии на характеристики медленных колебаний гемодинамики / Мануал. терап. 2001. № 1. С. 50-53.
11. Кривенко В., Лисовенко Г., Потемня Г., Сядро Т. Иридодиагностика: Справочник Киев: УРЕ, 1991. 139 с. ил. 104.
12. Мачерет Є.Л., Парнікоза Т.П., Чуприна Г.М. [та ін.]. Сучасний погляд на проблему черепно-мозкової травми та її віддалені наслідки / К.: Дія, 2005. 144 с.
13. Небожин А. И., Андреева Т. Е., Романов Р. Р. Значение компьютерной томографии черепа и краниовертебральной области в диагностике и оценке краниальных патобиомеханических нарушений Материалы конф. «Актуальные вопросы мануальной медицины

и вертеброневрологии». М., 1996. С. 43-45.

14. Ситель А.Б., Смирнов В.М., Нефедов А.Ю. К вопросу эффективности различных лечебных техник в мануальной терапии / Мануал. терап. 2001. № 1. С. 24-28.

15. Усупбекова Б.Ш., Мохов Д.Е., Нейматов Э.М. Пульсовая диагностика и компьютерная пульсометрия для оценки состояния пациентов с хроническими посттравматическими головными болями / Мануал. терап. 2009, № 4 (36). С. 73-78.

16. Шишмаков Ю.В. Возможности визуальной диагностики

краниальных дисфункций / Прикл. кинезиол. 2007. № 8-9. С. 72.

17. Barral J.-P. Visceral manipulation II, 1995, Paris, p. 200-223.

18. Upledger J.E. Craniosacral Therapy, Somatic Emotional Release, Your Inner Physician and You. – UI Enterprises, Palm Beach Gardens, Florida, 1991.

Надійшла до редакції 22.03.2021 р.

Прийнято до друку 08.04.2021 р.

УДК 616.714+616.831]-001-036

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-21

Шитиков Т. О.

КЛІНІКО-ПАТОБІОМЕХАНІЧНІ ТА ІРИДОДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОВЕДЕННЯ МАНУАЛЬНОЇ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ПРИ ПОСТКОМОЦІЙНОМУ СИНДРОМІ

Ключові слова: наслідки черепно-мозкової травми, посттравматичні цереброваскулярні порушення, мануальна терапія.

У статті описано клінічне використання візуальної діагностики, інструментальних, нейровізуальних, краніо-кефолометричних, мануальних діагностичних методів, іридографії, у пацієнтів з віддаленими цереброваскулярними порушеннями після травм голови. Показана ефективність та безпечність терапевтичних технік мануальної терапії (реліз, ППР, краніо-сакральні техніки) в реабілітації цієї групи пацієнтів. Доведена кореляція патобіомеханічних та клінічних змін віддалених наслідків ЧМТ, модулююча цереброваскулярна дія мануальної терапії на різних стадіях посттравматичного черепа, та при різних патобіомеханічних варіантах на етапах реабілітації.

Шитиков Т. А.

КЛИНИКО-ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ И ИРИДОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТКОМОЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Ключевые слова: последствия черепно-мозговой травмы, посттравматические цереброваскулярные нарушения, мануальная терапия.

В статье описано клиническое применение клинических, кранио-кефолометрических, инструментальных, иридо-диагностических, мануальных диагностических (визуальная диагностика, постурометрия, краниометрия) у пациентов с отдаленными нарушениями церебральной гемодинамики после травм головы. Подтверждена эффективность и безо-

пасность мануальнотерапевтических техник (реліз, ППР, краніо-сакральної техніки) в нейрореабілітації групи пацієнтів. Доказан модулюючий цереброваскулярний ефект на різних стадіях наслідків травм голови, підтверджена кореляція виділення різних клініко-патобіомеханічних варіантів наслідків травм голови на етапах реабілітації.

Shitikov T.

CLINIC, PATHOBIOMECHANIC AND IRIDOLOGY CRITERIES USING OF MANUAL REHABILITATION WITH BRAIN TRAUMATIC SYNDROME

Keywords: brain posttraumatic syndrome, posttraumatic cerebrovascular disorders, manual therapy

Clause is devoted to brief supervision over efficiency of diagnostic and rehabilitation methods of patients with brain traumatic syndrome. The author used different methods of analysis for diagnostics and dynamic supervision over patients (craniometric, Iridology, visual, instrumental) at treatment by various manipulative techniques of manual therapy. It has been found the correlation and application of manual therapy and phatobiomechanical types of posttraumatic braine. Demonstreited safety of manual techniques in rehabilitation brain traumatic syndrome.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Участие автора в написании статьи:

Шитиков Т.А. – идея, сбор клинического материала, дизайн исследования и написания статьи, анализ литературы, выводы, аннотация, коррекция статьи.

Электронная почта для общения с автором:

tshitikov@hotmail.com Thimopheу Shitikov (Тимофей Александрович Шитиков).



ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ В ПРИДНІПРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ МЕТОДІВ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ТА КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

- ¹ В. С. Пивоварчук, заслуж. акад. Міжнар. акад. біоенерготехнол. (МАБЕТ), д. філософ. мед., д. філософ. валеол.
- ² О. О. Усенко, акад. Міжнар. акад. біоенерготехнол. (МАБЕТ), д. філософ. мед., д. філософ. психол.
- ² С. О. Кіжасв, акад. Міжнар. акад. біоенерготехнол. (МАБЕТ), к. техн. н., д. філософ. мед., доц.
- ¹ Міжнародний навчально-консультаційний центр «Валеологія», м. Дніпро
- ² Дніпровський інститут традиційної та нетрадиційної медицини, м. Дніпро

Вступ

У роботі розглянуто узагальнений досвід використання методів інтегративної медицини, інтегративного валеологічного підходу – «Конструктор здоров'я» ТМ в управлінні здоров'ям при розповсюджених захворюваннях. В інтегративному підході підтверджено пріоритет навчання здоров'ю перед лікуванням хвороб, ідея про те, що лікар повинен не тільки «лікувати хвороби», а також і «конструювати здоров'я». Надані приклади з управління здоров'ям.

Мета роботи: сформулювати нову стратегію профілактики – стратегію керування здоров'ям індивіда. Пропонувати лікарям усіх спеціальностей направляти своїх пацієнтів на навчання, консультації та школи здоров'я до валеологів-педагогів, лікарів-санологів, валеологів-консультантів для навчання здоров'ю та як керувати своїм здоров'ям.

Матеріали та методи дослідження.

Узагальнений досвід навчання населення, включаючи осіб похилого віку, здоровому способу життя за такими просвітницько-оздоровчими програмами: «Університет золотого віку», «Пізнавальні функції та як їх зберегти», «Здоров'ю потрібно вчитись», «Зелена аптека здоров'я», «Конструктор здоров'я»ТМ, які дають позитивні результати проти розповсюджених хвороб, впровадження психофізіологічної культури, сучасні профілактичні та реабілітаційні технології відновлення людей похилого віку. Фундаментальні дослідження, особливо у галузі нейрофізіології показали здатність мозку до відновлення та покращання пізнавальних функцій, завдяки реорганізації ЦНС. Виходячи з цього, спільно з лабораторією психофізіологічних досліджень

(Г. С. Канюка, к. психол. н., акад. МАБЕТ) Дніпровської медичної академії, Дніпровським медичним інститутом традиційної та нетрадиційної медицини (О. О. Усенко, д. філософ. мед., акад. МАБЕТ) і Центром інформаційної медицини «АІР-Мед» (С. О. Кіжасв к. тех. н., акад. МАБЕТ) провели 2-річне дослідження на базі «Університету золотого віку», котрий був створений як пізнавально-оздоровчий навчальний заклад для людей пенсійного віку. Мета дослідження – активація зусиль слухачів, направлених на збереження та збільшення рівня когнітивної продуктивності та покращання здоров'я в цілому [11, 13].

Результати дослідження та їх обговорення.

У 65 слухачів університету віком від 55 до 80 років проведено динамічний нагляд за станом когнітивних функцій: на першому році навчання та через рік (по завершенню навчання в університеті). Аналіз результатів тестування слухачів показав, що під впливом занять в університеті з курсом цілеспрямованих заходів, рівень когнітивних функцій виріс на 0,8 бала Монреальської шкали і наблизився до нижньої межі норми [13].

*«Як людські істоти ми представляємо собою
геометричний набір гармонійних хвильових
форм світла керованих розумом»
Брюс Кеті «Енергетична решітка»*

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала інтегративну концепцію розвитку медицини, основна ідея якої полягає в тому, що в ХХІ столітті медицина повинна перейти від «захисно-оборонних» позицій до «соціально-конструктивних», пов'язаних із створенням здоров'я та активного довголіття людей. При цьому принципово повинна змінитись і роль лікаря з «лікуючого хвороби» він повинен стати «конструктором

здоров'я», а «медицина хвороб» повинна перетворитись у «медицину здоров'я» [12]. Навесні 2018 року компанія Apple без широкого розголосу запустила проект власних медичних клінік первинної медико-санітарної допомоги для співробітників і членів їх сімей. Мережа отримала назву AC Wellness. У списку відкритих вакансій дочірнього підприємства Apple є позиція лікаря-дизайнера оздоровчих програм для населення.

Звернемо також увагу на статтю «Медицина и конструирование человека» (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsina-i-konstruirovaniye-cheloveka/viewer>), у якій наголошено, що всі ми звикли до того, що медицина займається відновленням і підтриманням, поверненням здоров'я людини у деякий природний стан норми, порушений тією чи іншою недугою, але як відновленням чогось уже колишнього. Тому, по відношенню до індивіда медичні практики є практиками перш за все реконструктивними. Практики освіти і виховання відрізняє від практик медицини те, що вони з самого початку орієнтовані на зміну – формування, розвиток індивіда, по суті, створення заново (ефект новизни) – тобто вони конструктивні. Це дає необмежені можливості для досліджень. Тому інформаційно-енергетична діагностика захворювань викликає стійкий інтерес багатьох фахівців різних підрозділів науки. Наприклад, коли у травні 2003 року на V Міжнародному конгресі з проблем «Рак шлунка» в Італії, а раніше по телебаченню Росії в 2002 році французькими вченими були зроблені заяви про те, що Наполеон Бонапарт (1769-1821 р.р.) не був отруєний, як це стверджували раніше, а помер від ракового захворювання, це викликало сенсацію і вимагало підтвердження. Використовуючи метод біолокації академік Ю. О. Філіппов провів діагностування та, дійсно, підтвердив захворювання на рак і смерть з цієї причини Наполеона Бонапарта. І далі, досліджуючи проблеми здоров'я династії Наполеонів, він виявив, що Наполеон II страждав на захворювання серця, а у Наполеона III були проблеми з нирками [6]. За твердженнями Ю. О. Філіппова, слідуючи законам інформаційно-енергетичного поля можна було запобігти трагедії, пов'язаної із загибеллю американських астронавтів у 2003 році, тому що у всіх семи астронавтів біополе не визначалося задовго до польоту [15]. На це, до речі, звертали увагу й інші незалежні дослідники. У зв'язку з тим, що у науковому середовищі в свій час ви-

никли суперечки про причини смерті іншої історичної особистості – Мішеля Нострадамуса (1503-1566 рр.), який, як зазначалося в деяких публікаціях, помер від розриву серця, у 2007 році акад. Ю. О. Філіппов і акад. МАБЕТ О. О. Усенко провели спільні дослідження із застосуванням авторських методик: «Метод визначення рівня стану здоров'я» (за інформаційно-енергетичними полями і точками вітальності) та «Метод енергобіоінформаційного обстеження людини, об'єднань людей і ризику появи несприятливих ситуацій». Паралельно були проведені незалежні дослідження у Центрі інформаційної медицини «АІР-МЕД» (м. Дніпро) академіком МАБЕТ О. О. Усенком і к.т.н. С. О. Кіжаєвим – оператором лікувально-діагностичного спектральної корекції «КСК-БАРС» (Біометричний Аналізатор Результуючих Спектрів), акад. МАБЕТ О. І. Калеником (Придніпровське регіональне відділення), цілителем і валеологом В. В. Штейнінгером, операторами біолокації А. Г. Белай і Д. А. Ковальовим (м. Дніпро), останній з яких є членом Всеукраїнської асоціації валеологів [6]. Оскільки методи інформаційної медицини дозволяють отримувати дані про відхилення від природних норм енергобіоінформаційного стану не тільки при роботі з безпосереднім біологічним об'єктом, але і шляхом використання в якості об'єкта інших джерел інформації, зокрема, мандали людини (індивідуальної графічної нумерологічної мандали), при обстеженні на апараті «КСК-БАРС» використовувалася індивідуальна графічна нумерологічна мандала Мішеля Нострадамуса, складена акад. О. О. Усенком, а також гороскоп Нострадамуса, наведений Е. А. Аноповою. Інформація про зазначені дослідження підготовлена і розміщена на сайті Центру інформаційної медицини «АІР-МЕД». Результати всіх зазначених досліджень значною мірою збіглися і можна з великим ступенем вірогідності стверджувати, що Мішель Нострадамус помер не від розриву серця. Корекція здоров'я з позицій інформаційно-хвильової медицини і біології раніше досліджувалися В. І. Лощіловим, а з позицій біоенергетики вітчизняним засновником медичної валеології (1998), д. мед. н., проф., акад. Г. Л. Апанасенком [1, 2].

З 2002 року на базі між факультетської валеологічної лабораторії Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна проводяться дослідження біополя людини під керівництвом д. біол. н., проф. М. С. Гончаренка [3]. У Цен-

трі інформаційної медицини «АІР-МЕД» робота з дослідження аури для діагностики і контролю функціонального стану організму пацієнта проводилися під керівництвом д. мед. н. Л. А. Песоцької (співавтор книги «Духовні аспекти практичної діяльності лікаря та провізора» – розділ 4 «Біоенергетика. Духовність. Здоров'я») [5].

Завдання виявлення причин захворювань, ранньої їх діагностики, у тому числі і на тонкоматеріальному рівні, вирішує у достатній мірі лікувально-діагностичний комплекс спектральної корекції «КСК-БАРС», який дозволяє працювати з біополем, що описано в працях дійсних членів Міжнародної Академії Біоенерготехнологій (МАБЕТ) у 2005 році, апаратом «Фото-Кірліан», «Методом енергобіоінформаційного обстеження людини, об'єднання людей і ризику появи несприятливих ситуацій» (метод «ЕБІО»), розроблений науково-дослідним центром «ЕБІТ» (Енерго-БіоІнформаційних Технологій) і МАБЕТ. Особливе місце в організації оздоровлення людини, серед інших оздоровчих методик і практик займає авторський академічний метод «Конструктор здоров'я» ТМ В. С. Пивоварчука. Сьогодні нам доводиться, що освіта та здоров'я взаємопов'язані як ніколи. У 2011 році схвалена Концепція загальнодержавної програми «Здоров'я 2020, український вимір». Медицина активно використовує можливості педагогіки, все більше сьогодні в ефірі телепрограм, у яких лікарі дають консультації з питань хвороб та здоров'я. Але такі епізодичні телепрограми не формують системного методологічного мислення у ставленні до здоров'я, та як ним керувати. «Збереження традиційної моделі охорони здоров'я, направленої на боротьбу з наслідками ризикованої поведінки індивіда – лікування хвороб, включає епізодичні та розрізнені методи з профілактики захворювань та формування здорового способу життя. Як свідчить 15-річний досвід нашої країни та досвід провідних країн світу, це не дасть позитивного результату і ще більше загострить нинішню кризову ситуацію в Україні».

З 1993 року у Дніпрі працює навчально-консультативний центр «Валеологія». Взято участь разом з акад. МАБЕТ О. О. Усенком у міжнародному конгресі «Здоровий мир – здоровий человек», Крим, Алушта 15-19 жовтня 2013 р. (стаття, проведення секції, майстер-клас) [12]. Інтегративний комплексний підхід «Конструктор здоров'я» ТМ сформований групою спеціалістів, які вирішують комплекс задач: валеолог-педагог,

валеолог-консультант (педагогічна валеологія). Формують сучасний науковий світогляд і навчають фізіологічній культурі, методологічно оформленому «здоров'ястворюючому мисленню», ліквідують «помилки здоров'я», першопричини – «коріння» захворювань [2, 3], числографіст-інструктор навчає базовим алгоритмам числографіки [4]. лікар-санолог (медична валеологія) активізує механізми саногенезу, резерви здоров'я, збільшує кількість та якість здоров'я, забезпечує управління здоров'ям індивіда, психосоматичну гармонізацію, що виводить пацієнта на безпечний рівень здоров'я, при якому припиняється розвиток патологічного процесу, активуються механізми саногенезу (видужання) [1, 2], лікар-психотерапевт розвантажує підсвідомість від хворобливих установок, формує навички психічної саморегуляції, лікар інтегративної і інформаційної медицини проводить комплексне лікування захворювань, які носять системний характер [9, 11], лікар-фітотерапевт призначає курс фармакосанації «Конструктор здоров'я» ТМ (URL: <https://travoznai.com/contact>) [16], приклад здоров'ястворюючого мислення при управлінні здоров'ям індивіда [18].

Особливості застосування авторського методу «Конструктор здоров'я» ТМ у практиці лікаря і валеолога. У Придніпровському регіоні з кожним роком зростає інтерес до вивчення нових методів медицини і цілительства, у тому числі інформаційно-психологічної корекції здоров'я людини [6, 9, 11], електронний ресурс www.healthguide.com.ua. Спочатку метод «Конструктор здоров'я» (далі по тексту Метод) ґрунтувався на різних способах корекції «постави-фігури» і різних психосоматичних розладів [9, 10]. Згодом він був розширений і доповнений з урахуванням інформації про тонкоматеріальні і багатовимірні структури організму людини, у взаємозв'язку захворювань і порушень біоритмів (Тимченко А. М., 2012, Нечипоренко І. П., 2016). На це вказують Кінсоу Френк (Frankj Kinsow; URL: www.QuantumEntrainment.org), акад. РАМН Казначеев В. П., акад. Непокійчицький Г. А. (2004). З урахуванням фізики ефіру в природі, стала можливою поява нового напрямку в медицині – ефірно-фізичного (Ткаченко В. А., 2016). За 28 років спільної роботи з вченими різних напрямів науки, у тому числі в області валеології, нетрадиційної медицини і психології, освітньо-оздоровчої діяльності навчально-консультаційний центр «Валеологія» був прийнятий у 2016 році колективним членом МА-

БЕТ. Метод «Конструктор здоров'я» ТМ успішно пройшов переліцензування торгової марки. Матеріали наших спільних досліджень, у тому числі що проводилися із застосуванням методу «Конструктор здоров'я» ТМ обговорювалися на щорічних Міжнародних науково-практичних конференціях: «Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку»; на VII Міжнародному медичному форумі «Інновації в медицині – здоров'я нації (19-21 квітня 2016 року, м. Київ), який був організований НАМН України спільно з НМАПО ім. П. Л. Шупика, на I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Модернізація змісту освіти і науки в Україні: неформальна освіта для дорослих» (17-18 грудня 2015 р., м. Хмельницький). На необхідність навчання здоров'ю було звернуто увагу на VII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Педагогіка здоров'я», м. Чернігів, міжнародним навчально-консультативним центром «Валеологія», центром інформаційної медицини «AIP-Мед» авторами Кіжаєвим С. О., Усенком О. О., Литвицькою Т.Д., Пивоварчуком В. С., Канюкою Г. С. у статтях: «Проблеми розвитку особистості та моніторинг когнітивних функцій студентів», «Деякі особливості впровадження методичних рекомендацій з модернізації змісту освіти на оздоровчих курсах», «Валеологічні особливості навчання здоров'ю», «Досвід роботи лабораторії психофізіологічних досліджень у формуванні здоров'я і когнітивних функцій у студентів» було обґрунтовано, що **ЗДОРОВ'Ю ПОТРІБНО ВЧИТИСЯ**. За методом В.С. Пивоварчука «конструювання здоров'я» оформлено авторське свідоцтво, захищена дипломна робота. Метод як розділ увійшов в підручник «Інтегративна медицина» для студентів і лікарів усіх спеціальностей, організаторів охорони здоров'я [7], у програму IX Міжнародного тижня освіти дорослих в Україні («Освіта дорослих для безпеки громадян і організацій об'єднаної Європи» за сприяння Інституту ціложиттєвого навчання ЮНЕСКО, 2008 рік), на програми та методи В. С. Пивоварчука та О. В. Пивоварчука є рецензії: зав. каф. спортивної медицини і санології,

проф., д.м.н. Київської академії післядипломної освіти лікарів ім. П. Л. Шупика Г. Л. Апанасенко, Президента Всеукраїнської асоціації інтегративної психосоматичної медицини О. М. Лобанова з рекомендаціями лікарям усіх спеціальностей направляти своїх пацієнтів на навчання здоровому способу життя. Діяльність навчально-консультативного центру «Валеологія» можна вважати корисною для населення, оскільки він впроваджує в практику рекомендації з охорони здоров'я та освіти, рекомендовані програмами «Здорова нація», «Здоров'я 2020, український вимір», «Рух за здоровий та тверезий спосіб життя».

Висновки

1. Здоров'ю потрібно вчитись.
2. Потрібна нова стратегія профілактики – стратегія управління здоров'ям індивіда.
3. Пропонувати лікарям усіх спеціальностей направляти своїх пацієнтів на навчання, консультації, пізнавально-оздоровчі програми, «школи здоров'я».
4. Людина – продукт біологічної та соціальної еволюції, її здоров'я залежить не лише від дії соціальних факторів, спадковості та екології, які в останній час суттєво погіршуються, а від індивідуальної освіти з питань здоров'я. Протидіяти негативному стану у суспільстві та екології лише медичними методами неможливо, необхідно звертатись до самої людини, безмежним можливостям свідомості, використовувати методи валеології, пов'язані з інтегративною і інформаційною медициною.
5. Навчання методам: «Інтегративний метод «постави-фігури» в управлінні здоров'ям проти поширених захворювань по В. С. Пивоварчуку», «Інтегративний комплексний метод в управлінні здоров'ям «Конструктор здоров'я» ТМ при поширених захворюваннях, доступно усім бажаючим навчитися управляти своїм здоров'ям (www.healthguide.com.ua/valeodnegr@ukr.net) постійно діючі курси, запис за тел: 0503423340).

Література

1. Апанасенко Г. Л. Еволюція біоенергетики і здоров'я людини. Санкт-Петербург : МГП «Петрополіс», 1992. 123 с.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л. А. Мед. валеолог. К. : «Здоров'я», 1998. 248 с.
3. Гончаренко М. С. Валеопедагогічні основи духовності: навч. посібн. Харків : ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2007. 400 с.
4. Знайда А. О., Пивоварчук В. С., Камінський В. В. та ін. Числографіка: базові алгоритми: Матеріали 15 Міжнар. наук.-

практ. конфер. 5 квіт. – 7 квіт. 2017 р. Харків: Харків. нац. універ. ім. В. Н. Каразіна, 2017, с. 52-55.

5. Духовные аспекты практической деятельности врача и про-визора. Львов: УАД, 2006. 192 с.

6. Кижаяев С. А., Усенко А. А., Пивоварчук В. С. Опыт применения в Приднестровском регионе методов информационной медицины при диагностике и лечении различных заболеваний. Материалы науч.-практ. конфер. с междунар. участ. «Современные технологии достижения здоровья и долголетия». Киев : НМАПО им. П. Л. Шупика, 2009. С. 44-48; 50-52.

7. Парцернак С. А. Интегративная медицина – путь от идеологии к методологии здравоохранения. С.-Петербург, Нордмедиздат, 2007. 424 с.

8. Пивоварчук В. С. Интегративный комплексный валеологический метод для желающих достичь оптимального веса. Днепрпетровск: «Кольоровий світ», 2006. 70 с.

9. Пивоварчук В. С. Интегративная технология коррекции «осанки – фигуры» по В. С. Пивоварчуку. Парцернак С. А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии здравоохранения. С.-Петербург: «Нордмедиздат», 2007 С. 254-315.

10. Пивоварчук В. С., Тишакова В. В., Пивоварчук О. В. Интегративный метод «осанка-фигура» в управлении здоровьем против распространенных заболеваний по В. С. Пивоварчуку. К основам физического взаимодействия: Материалы IX Межд. науч.-практ. конфер. межд. акад. биоэнерготехнол. «Грани познания пространственно-временная субстанция живых волн» 7 сент. – 8 сент. 2015 г., Днепрпетровск, 2015. С. 115-118.

11. Пивоварчук В. С., Кижаяев С. А., Усенко А. А. и др. Особенности обучения интегративному комплексному валеологическому методу «Конструктор здоровья» по управлению здоровьем индивида против распространенных заболеваний. Материалы XI міжнар.

наук.-практ. конфер. 11-13 квіт. 2013 р. Харків: Харківський нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна, 2013. С. 145-151.

12. Пивоварчук В. С. Интегративный комплексный валеологический метод «Конструктор здоровья» ТМ в управлении здоровьем при избыточном весе и распространенных заболеваниях. Сборн. труд. Межд. конгр. «Здоровый Мир – здоровый человек». Крым; Алушта, 2013. С. 232-239.

13. Усенко Л. В., Канюка Г. С., Усенко А. А., Оленюк Д. В. Когнитивные дисфункции – проблема XXI века, принципы целенаправленной коррекции и профилактики. Материалы IX Межд. науч.-практ. конфер. МАБЕТ «Грани познания: пространственно – временные субстанции живых волн» 07-08 сентября 2015 г. Днепрпетровск: МАБЭТ, 2015. Т. 1. С. 159-164.

14. Усенко А. А., Пивоварчук В. С. Некоторые особенности изучения нетрадиционной медицины и их применение в практике целительства. Материалы XI міжнар. наук.-практ. конфер. 11-13 квіт. 2013 р. Харків: Харківський нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна, 2013. С. 198-203.

15. Филлипов Ю. А. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей. Днепрпетровск: Журфонд. 2004. 536 с.

16. <https://travoznai.com/contact> Фітоцентр Доктора Дубчака [електронний ресурс].

17. www.healthguide.com.ua/education_method: [електронний ресурс].

18. Arai Yoichi. Cancer is caused by Cessation of Cell Respiration: monograph. Lutsk :VezhaDruk, 2020. 332 p.

Надійшла до редакції 20.03.2021 р.

Прийнято до друку 05.04.2021 р.

УДК 613:374.7.07.06

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-30

В. С. Пивоварчук, О. О. Усенко, С. О. Кижаяев

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ В ПРИДНІПРОВСЬКОМУ РЕГІОНІ МЕТОДІВ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ТА КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ МЕДИЦИНИ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Ключові слова: інтегративна медицина, управління індивідуальним здоров'ям, «Конструктор здоров'я» ТМ, психосоматична гармонізація, «помилки здоров'я», здоров'ястворююче мислення.

Вступ. Розглянуто узагальнений досвід використання методів інтегративної медицини, інтегративного підходу – «Конструктор здоров'я» ТМ в управлінні здоров'ям при розповсюджених захворюваннях.

Мета даної роботи вказати на пріоритет навчання здоров'ю перед лікуванням хвороб, ідея про те, що лікар повинен не тільки «лікувати хвороби», а також і «конструювати здоров'я».

Матеріали та методи, які представлені у статті, засновані на літературних даних, отриманих від бібліографічного пошуку, використані рекомендації ВООЗ, на аналізі результатів тестування слухачів курсів здоров'я як рівень когнітивних функцій.

Результати. Рівень когнітивних функцій виріс на 0,8 бала Монреальської шкали і приблизився до нижньої границі норми. Акцентовано увагу на те, що здоров'ю потрібно вчитись, потрібна нова стратегія профілактики – стратегія управління здоров'ям індивіда, пропонувати лікарям усіх

спеціальностей направляти своїх пацієнтів на навчання в школу здоров'я.

В. С. Пивоварчук, А. А. Усенко, С. А. Кижаяев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В ПРИДНЕСТРОВСКОМ РЕГИОНЕ МЕТОДОВ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ И КОМПЛЕМЕНТАРНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ключевые слова: интегративная медицина, управление индивидуальным здоровьем, «Конструктор здоровья» ТМ, психосоматическая гармонизация, «ошибки здоровья», здоровьестворящее мышление

Вступление. Рассмотрены обобщенный опыт использования методов интегративной медицины, интегративного подхода – «Конструктор здоровья» ТМ в управлении здоровьем при распространенных заболеваниях.

Цель данной работы указать на приоритет обучения здоровью перед лечением болезней, идея о том, что врач должен не только «лечить болезни», а также и «конструировать здоровье».

Материалы и методы, представленные в статье, основаны на литературных данных, полученных от библиографического поиска, использованы рекомендации ВОЗ, на анализе результатов тестирования слушателей курсов здоровья как уровень когнитивных функций.

Результаты. Уровень когнитивных функций вырос на

0,8 балла Монреальской шкалы и приблизился к нижней границе нормы. Акцентируется внимание на том, что здоровью нужно учиться, нужна новая стратегия профилактики – стратегия управления здоровьем индивида, предлагать врачам всех специальностей направлять своих пациентов на обучение в школу здоровья.

V.S. Pivovarchuk, O.O. Usenko, S.O. Kizhaev

EXPERIENCE OF APPLICATION OF METHODS OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DIFFERENT TREATMENTS IN THE PRIDNIPROVSK REGION

Keywords: integrative medicine, individual health management, TM Health Designer, psychosomatic harmonization, health errors, health-creating thinking.

Introduction. The generalized experience of using the methods of integrative medicine, integrative approach - "Health Designer" TM in health management in common diseases is considered.

The purpose of this article is to point out the priority of health education before treating diseases, the idea that a doctor should not only "cure diseases", but also "design health".

The materials and methods presented in the article are based on literature data obtained from a bibliographic search,

used WHO recommendations, on the analysis of test results of students of health courses as a level of cognitive functions.

Results. The level of cognitive functions increased by 0.8 points on the Montreal scale and approached the lower limit of normal. Emphasis is placed on the fact that You need to learn about health, you need a new prevention strategy - a strategy to manage the health of the individual, to offer doctors of all specialties to send their patients to study at a health school.

Конфлікту інтересів немає.

Участь кожного автора у написанні статті:

Пивоварчук В.С. надав матеріали та статті як автор методу «Конструктор здоров'я»ТМ

Усенко О. О. підготував матеріали досліджень за програмою «Університет золотого віку», надав свої авторські статті, провів аналіз літератури

Кіжасв С. О. узагальнив досвід використання методів інформаційної медицини для моніторингу процесів життєдіяльності людини

Електронна адреса для листування з авторами:

Тел.: (097) 0798955, e-mail: valeodnepr@ukr.net 0503423340. (Пивоварчук Володимир Савелійович).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-35
УДК 615.322(89)+61.004.14+630.166.1(035)

АРОМАТЕРАПІЯ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я

- ^{1,2,3} Т. П. Гарник, д. мед. н., проф., проф. каф. фізич. вихов., спорту і здоров'я людини
- ¹ Н. А. Добровольська, д. психол. н., доц., зав. каф. фізич. вихов., спорту і здоров'я людини
- ^{2,3} К. В. Гарник, к. мед. н., доц.
- ^{2,3} В. О. Петрішева, к. фарм. н., доц.
- ⁴ А. Б. Пилипчук, лікар дерматолог-венеролог
- ¹ В. В. Шусть, к. пед. н., доц., доц. каф. фізич. вихов., спорту і здоров'я людини
- ¹ Таврійський національний університет ім. В. І. Вернадського
- ² ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»
- ³ ТОВ «Академія натуральної і комплементарної медицини»
- ⁴ Клініка «Первоцвіт», м. Ірпінь, Київська обл.

Вступ

Понад 6000 років використовує людство цілющі і очищуючі властивості лікарських рослин. Ними користувалися у багатьох країнах світу: у Китаї, Індії, Персії та Єгипті. У наші дні мистецтво траволікування, сучасної наукової фітотерапії, безумовно, не може замінити класичну медицину, однак біологічно активні речовини рослин мають цілу низку безперечних переваг перед медикаментозними засобами як у профілактиці, підтриманні здорового способу життя, так і лікуванні цілого ряду патологічних процесів [1].

Ефірні олії знайшли широке застосування у сучасному повсякденному житті, побуті. Їх використовують у косметичній промисловості для додання продукції запаху й тих або інших косметичних властивостей, у харчовій промисловості – для поліпшення смаку продуктів харчування. Але головне їх застосування – це в області фармації, де використовуються найрізноманітніші властивості окремих ефірних олій [1, 2].

У багатьох країнах світу в останні роки набувають все більшого розвитку і досконалості немедикаментозні, натуропатичні методи і засоби про-

філактики і лікування, у тому числі – фітотерапії і ароматерапії. Ароматерапія є одним із методів фітотерапії, що використовує природні натуральні легкі ароматичні речовини рослин – ефірні олії. Ефірні олії – багатокомпонентні сполуки, що мають широкий спектр фармакотерапевтичної дії [1-4]. При правильному використанні вони є комфортними, безболісними, доступними засобами, які впливають на всі системи і органи, дозволяють подолати порушення як функціонального, так і фізичного стану здоров'я, пошкодження шкіри та можливі психічні розлади на тлі хронічної втоми і перенесених захворювань, які зростають останнім часом і «клонують» коморбідні стани.

Відомо, що лікарські рослини і ефірні олії на їх основі, мають бактерицидну, протизапальну й антисептичну дію; надають благотворну дію на нервову систему – емоційно заспокоюють і стабілізують психічне здоров'я; володіють позитивним дерматологічним і косметичним ефектами, відновлюючи і зберігаючи здоров'я і красу шкіри і волосся; оновлюють механізм саморегуляції в організмі, мають біоенергетичну цінність.

Надзвичайно важливим є їх правильне застосування, адже при дотриманні дозування ефірні олії регулюють фізіологічні процеси в організмі і не мають негативного побічного впливу на організм та не викликають звикання, залежності [5-7].

Мета роботи – аналіз літературних даних та власних спостережень щодо застосування фіто-, аромазасобів для догляду за шкірою, волоссям, а також у комплексній, відновно-реабілітаційній та превентивній терапії респіраторних захворювань, порушень опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи та підвищення працездатності, покращання емоційного стану, адаптації до різних чинників.

Враховуючи багатовіковий досвід використання лікарських рослин і ефірних олій на їх основі та сучасних досягнень фіто- і ароматерапії у світовій медичній практиці їх можна рекомендувати як для застосування у медичній практиці, зокрема у домашніх (амбулаторних) умовах, перш за все у якості регуляторів емоційного фону, для покращання настрою, підвищення працездатності, концентрації уваги, загострення пам'яті, зняття втоми, для усунення безсоння, тривоги, тощо [5-10]. Оскільки дію ефірних олій пов'язують з їх здатністю модифікувати електромагнітне поле людини, передавати коливання на вегетативну нервову систему, це визначає їх сильну дію на функціону-

вання нервової системи, на гормональний статус людини [1, 5].

На сьогоднішній доведена фармакотерапевтична дія ефірних олій, зокрема: кипарисова ефірна олія має гормонорегулюючий вплив на жінок і її використання показане при полікістозі яєчників. Соєву та ветиверову ефірні олії вважають гормонотропними засобами для чоловіків, а шавлієву у рівній мірі підвищує рівень кортикостероїдів як у чоловіків, так і у жінок [1, 11, 12].

Ефективне використання лікарських рослин та ефірних олій при лікуванні ГРВІ, оскільки вони поряд з антимікробними, антивірусними, міко-септичними властивостями виявляють імуномодулюючу дію на Т- та В-лімфоцити (василькова, жасминова, гвоздична, евкالیптова, шавлієва), а також протикашльову, відхаркувальну, безспокійливу (лавандова, чайного дерева, ялиці, материнки, чебрецю) [13-16]. Антиоксидантні властивості василькової, гвоздичної, розмаринової, фенхелевої ефірних олій дозволяють упередити нагромадження в організмі недоокислених продуктів, вільних радикалів і сприяють їх виведенню [16, 17]. Це надзвичайно важливо при роботі на комп'ютерах та в умовах хронічного радіаційного опромінення малими дозами. Антиоксидантні властивості фітопрепаратів та, зокрема, ефірних олій визначають їх ефективне використання при різних отруєннях (інтоксикаціях) – наркотиками, нікотинном, алкоголем (фенхелева, лавандова, лимонна, ялівцева), а також тваринними отрутами – укуси комах, змій (ганусова, лавандова, василькова, лимонна, м'ятна, тим'янова) ефірні олії та різні галенові препарати (настої, настоянки) на основі фіто- сировини [16, 17, 19].

Особливо ефективно ефірні олії використовують у комплексній, відновно-реабілітаційній, превентивній терапії при порушеннях функції опорно-рухового апарату, зокрема: при артритах, артрозах, люмбаго, остеохондрозі, міозиті як безспокійливі, протинабрякові та такі, що покращують кровообіг. Ці властивості найбільш притаманні наступним фіто- і аромазасобам таким як ялівцева, ромашкова, розмаринова, каюпутова, імбирна, гвоздична, евкالیптова, лавандова [10, 12, 17].

Існує інформація, яку доведено на науково-практичному рівні, про позитивну дію ефірних олій при порушеннях серцево-судинної системи – це застосування при гіпер- та гіпотонії у медичній практиці мелісової, іланг-ілангової, майоранової,

ладанної; при захворюваннях шлунково-кишкового тракту застосування ганусової, фенхелевої, м'ятної, лавандової, а при захворюваннях нирок - ялівцевої, миртової, каюпутової, соснової, санталової, евкالیптової олій, які входять до складу лікарських засобів [12, 17, 18].

Відомо, що ефірні олії та фітопрепарати можна використовувати також вагітним, дітям різного віку, дорослим та людям похилого віку [15]. Є науково обґрунтовані рекомендації щодо використання їх для цих пацієнтів [1, 12, 26].

Терапевтичну дію визначають лише натуральні ефірні олії. Численні синтетичні ароматизатори, замінники, які імітують натуральні запахи, не мають терапевтичної дії. На якість ефірної олії впливає спосіб виділення, зона зростання ефіро-олійних рослин, з яких отримано ефірну олію, час збору сировини, період вегетації та умови зберігання ефірної олії [19, 20].

Нормативно-технічна документація констатує, що якісна ефірна олія звичайно прозора, однорідна, без осаду та включень. Лише у деяких ефірних оліях припустима поява осаду: у м'ятній – при охолодженні, у трояндовій – розділення рідкої елеоптенової та твердої стереоптенової фракцій. Після випарування краплі натуральної ефірної олії з поверхні білого паперового аркуша не повинно лишатися жирної плями, хоча можлива легка зафарбованість паперу, якщо ефірна олія має колір. Якість олії характеризує також відсоток кисненасичених вуглеводнів у складі. Чим цей відсоток вищий, тим сильніше така ефірна олія буде подразнювати шкіру. При фракційній перегонці, так званій детерпенізації, ефірних олій зменшується вміст вуглеводнів, що робить ароматичний букет більш благородним, знижує подразнюючу дію, але значно підвищує собівартість олії [15].

До органолептичної оцінки ефірних олій належить визначення кольору, запаху, смаку, прозорості, консистенції. До фізичних констант належить визначення питомої ваги, кута обертання, показника заломлення та розчинність в етиловому спирті. З хімічних констант основними є кислотне число, ефірне число та ефірне число після ацетилювання. Числові значення констант (межі) для олій встановлюють за Фармакопеею та іншими стандартами. Надійним засобом оцінки якості ефірних олій є газорідкісна хроматографія. Цей метод, поряд з показниками інших фізико-хімічних констант, дозволяє виявити різні види фальсифікацій ефірних олій. У домашніх умовах це

зробити неможливо, але у вихідній документації фірм-постачальників наводяться фізико-хімічні константи олій [19, 20].

Термін придатності ефірних олій (окрім групи цитрусових, у яких він обмежений 1-2 роками) не обмежений у тому випадку, якщо олія зберігається у темноті, герметично закрита, при температурі від 0 до 30 °С. Вважають, що для деяких олій (ладан, троянда, неролі) при тривалому зберіганні їх аромат стає більш благородним [1, 2].

Перед початком застосування ефірних олій у якості ароматерапії, рекомендовано провести пробу на індивідуальну чутливість до ефірної олії, яку збираються використовувати (або до композицій з кількох ефірних олій), щоб виключити ідіосинкразію, алергію. Звичайно це відомі тести, які використовують: дихальна та шкірна проби [9, 13, 15]. Так, при проведенні дихальної проби на серветку, ватний або марлевий тампон наносять 1-2 краплі ефірної олії або суміші, яку необхідно використати, підносять до носа та обережно роблять кілька вдихів. Якщо досліджувана форма при вдиханні протягом наступних 45 хвилин не викликає негативних проявів, а саме: кашель, нежить, свербіння, почервоніння очей та інші прояви дискомфорту, то її можна використовувати як для ароматизації приміщення, так і контактним методом. При схильності до алергії та при необхідності нанесення аромаформ на шкіру або слизові оболонки обов'язково провести ще й шкірну пробу. Для цього ефірну олію або підготовлену аромаформу розбавити у рослинній олії – основі: 1 крапля ароматичної субстанції на 1 чайну або столову ложку основи і ватним тампоном нанести розчин на невеличку ділянку шкіри, зокрема – на внутрішньому боці передпліччя, на зап'ясті або ліктьовому згині та перевірити реакцію через 10-12 годин. Якщо за цей період не з'явилися ознаки подразнення (почервоніння, свербіж, пухирі), то досліджувану аромаформу можна використовувати [4, 10, 12, 21].

Для зовнішнього застосування малюків від 2-х тижнів до 2-х місяців підходять такі ефірні олії: ромашкова блакитна, кропова, евкالیптова, лавандова, неролієва, трояндова. Для малюків, що старші 2-х місяців: бергамотова, фенхелеві, лавандова, імбирна, найолієва, апельсинова, пачулієва, петитгрейнова, розмаринова, рожевого дерева, санталова та іланг-ілангова [7, 14].

Способи застосування аромазасобів залежать від поставленої мети, а також емоційного стану

пацієнта. Це можуть бути різні методи застосування, а саме: масаж, ароматизація приміщення, розтирання, точковий масаж, масаж для волосся, ополіскування, парова ванночка для обличчя, ароматична ванна загальна, аплікація, ароматичний душ, лазня та сауна, інгаляція гаряча або холодна, збагачення косметичних засобів, полоскання водяне або масляне, закапування, тампонада, пов'язка, клізмування, спринцювання [18, 21].

Найчастіше у санаторно-курортних, амбулаторно-поліклінічних, домашніх умовах використовується масаж, ароматизація приміщення та ванни [2, 13, 17]. Масаж проводиться з використанням робочих ароматичних сумішей, які містять від 0,5 до 3,5 % однієї ефірної олії або суміші з 3-5 найменувань ефірних олій на жирній базисній рослинній олії – основі. Ароматичні форми для обличчя, які використовуються для дітей, для людей похилого віку, а також для корекції емоційного фону, як правило, менш концентровані [10].

Для приготування робочої суміші 0,5 % концентрації на 30 мл (2 ст. л.) базисної олії необхідно додати 3 краплі ефірної олії, 1 % – 6 крапель відповідно. Розчини ефірних олій для ароматичного масажу можна зберігати у темних склянках 2-3 місяці [17].

Ароматизацію приміщень зручно проводити за допомогою так званих аромаламп. У верхній частині такого пристосування закріплюють ємність для води, а в нижній частині є місце для встановлення свічки для підігріву [9, 18]. У верхню чашу аромалампи на дві третини наливають теплу воду й додають необхідну кількість крапель однієї ефірної олії або суміші з 3-5 найменувань. Розрахунок необхідної кількості ефірної олії проводять на 1 м³ повітря у приміщенні, щоб забезпечити припустиму концентрацію з урахуванням вікових категорій пацієнтів (табл.). Після внесення необхідної кількості ефірних олій у нижню частину

аромалампи ставлять запалену свічку. Використовують при цьому екологічно чисті парафінові свічки у металевому контейнері. Тривалість сеансу становить 25-30 хв. Процедуру ароматизації проводять 1-2 рази на добу, курсом до 3-х тижнів. При такій ароматизації, коли ефірна олія разом з парами води мономолекулярно розподіляється у повітряному просторі та за умови використання оптимальних доз звичайно не виникає алергічних реакцій.

Для приготування аромаванни загальної (або ванночки) необхідну кількість ефірної олії попередньо розчиняють в одній третині або половині склянки емульгатора (вершків, молока, вина, молочної сироватки, розчину меду, варення, розчину морської або кухонної солі) та додати у ванну, заповнену водою температури 37-38 °С. Тривалість процедури становить 15-20 хв., курс 12-14 процедур, 2-3 рази на тиждень для лікування, 1-2 рази на тиждень – для профілактики [9, 14, 18]. Під час проходження процедур з ароматерапії бажано пити 1,5-2 л мінеральної або джерельної води на добу, щоб виводити залишкові кількості ефірних олій з крові та рештки утворених продуктів окиснення [16, 21].

При застуді, респіраторних захворюваннях застосовують аромасуміш для розтирання: до 100 мл базисної олії додати по 20 крапель евкалиптової та м'ятної, 10 крапель олії чайного дерева та 2 краплі гвоздичної ефірної олії. Розтирають груди 2-3 рази на день до одужання. За основу базисної олії використовують будь-яку кісточкову олію: абрикосову, виноградну, персикову, мигдальну. При застуді та нежиті у дітей ароматизують дитячу кімнату, додавши в аромалампу по 1 краплі лавандової та евкалиптової олій, або олії чайного дерева [13, 15, 29].

Для усунення нервового напруження, для покращання настрою використовують суміш олій для ванн, поєднуючи з аромалампою: по 3 краплі бер-

Таблиця

Дозування ефірних олій для аромопроцедур дітям та дорослим [7]

Вік (місяців, років)	Кількість ефірної олії (краплі)		
	На 50 мл масажної суміші	Ванна, л води	Аромалампа кімнатна 45 м ³
До 2 міс.	2	1 (20)	1
2 міс. – 2 роки	3	2-3 (20)	2
2-5 років	3-5	3-4 (200)	2
5-10 років	2-6	6-8 (200)	2
10-15 років	3-10	6-8 (200)	2-3
Більше 15 років, дорослим	10-15	10-15 (200)	2-5

гамотової та лавандової й по 2 краплі геранієвої та василькової або шавлієвої олій, при цьому – до 10 крапель у ванну або 6-10 крапель для аромалампи. Або суміш олій для масажу: до 50 мл олії-основи додати по 5 крапель мандаринової, санталової, іланг-ілангової та ладанної олій [15, 17, 18].

При роботі на комп'ютері для ароматизації приміщення використовують суміш з ялицевої, розмаринової та коричної олій у рівних пропорціях або геранієвої та грейпфрутової по 10 частин й евкалиптової 5 частин ефірних олій. У композиціях аромасумішей показані також ефірні олії цитронели, лимона, м'яти, гвоздики. Доведена виключна роль розмаринової олії при роботі на комп'ютері, обумовлена здатністю упередити утворення та нагромадження шкідливих для організму вільних радикалів та недоокиснених продуктів. Лише кілька крапель розмаринової олії в аромалампі або просто нанесені на серветку при роботі на комп'ютері допомагає тривалий час працювати без втоми, уважно та ще й без небажаних біохімічних змін в організмі [16, 21].

Таким чином, фіто- та аромазасоби дозволяють оптимізувати роботу всіх систем і органів організму, що позитивно позначається на зовнішньому вигляді, стані шкіри та волосся [22-26]. Ефективними профілактичними засобами, які допоможуть підтримати стан здоров'я та одночасно красу тіла і волосся можуть бути їстівні, у тому числі і пряноароматичні, рослини, які ми щодня споживаємо та лікарські рослини, що найчастіше є у домашній аптечці. Вони містять багатий набір біологічно активних речовин, які обумовлюють високу терапевтичну активність [28, 29]. Як древні філософи медицини констатували: « Ми – є те, що споживаємо » і тому зовнішній вигляд залежить від багатьох чинників, у тому числі і харчування, що має велике значення у поєднанні із ароматерапією.

Маска з кашки моркви з яєчним жовтком та кількома краплями рослинної олії, краще горіхової, й лимонного соку на 20-25 хвилин є ефективним очищуючим та поживним засобом для обличчя. Для жирної шкіри її роблять без жовтка.

При жирній шкірі ефективна маска з ягід полуниці, змішаних у рівних пропорціях зі сметаною та медом.

Ефективною зволожуючою та підживлюючою є маска з апельсинів. Неочищені плоди нарізають тоненькими скибками й рівномірно накладають на шкіру обличчя.

Вітамінні тонізуючі маски з кашки м'якуша кавуна або дині упереджують в'ялість як сухої, так і жирної шкіри, освіжають її, роблять гладенькою та м'якою. Процедуру проводять протягом 10-15 хв. на вимите попередньо теплою водою обличчя, потім, умившись, просушують шкіру рушником.

Вітамінна маска зі свіжого соку ягід винограду добре тонізує шкіру, упереджує в'ялість, очищає, покращує колір, робить шкіру свіжою, еластичною та м'якою [23-27].

Здавна відома римська маска з насіння зеленого горошку. Виготовляють з горохового борошна (2 ст. л.) й такої ж кількості молочної сироватки. Кашку накладають на обличчя тонким шаром, а коли суміш висохне її коловими рухами пальцями знімають, після чого вмиваються гарячою, а потім холодною водою. Римська маска добре очищує шкіру, робить її ніжною, оксамитовою [9].

Маски з вареної картоплі добре тонізують та живлять шкіру. Бульби варять у шкірці, чистять і розминають. До пюре додають трохи молока, трохи підігрівають на водяній бані. Гарячу маску тонким шаром наносять на обличчя, накривши серветкою або рушником, на 15-20 хв. Пюре змивають гарячою водою, а після цього вмиваються холодною водою. Після картопляної маски шкіра стає пружною, гладенькою й ніжною, зникають зморшки [24, 27].

Лимони широко використовують для виготовлення різноманітних масок для живлення шкіри.

Освіжає, «підтягує» шкіру та позбавляє зморшок маска зі збитого яєчного жовтка, в яку додано лимонний сік. Поживна маска з лимона та курячого жовтка дозволяє позбавитись не лише зморшок на обличчі, а й загоєє тріщинки та запалення шкіри. Змішують один яєчний жовток, сік половини лимона, натерту цедру цілого лимона й 1 ч. л. маслинової олії. Отриману маску на 20-30 хвилин наносять на обличчя, а потім знімають ватним тампоном, змоченим у коров'ячому молоці [5, 11, 16].

При втомі очей та почервонінні вій корисні примочки з теплої слабкої настою чаю або настою з трави кропу, квіток ромашки аптечної або кашки з сирих бульб картоплі [17, 23, 24].

Фітосировина з домашньої аптеки та харчові рослини можуть стати у нагоді як косметичні засоби [28, 29].

Для миття голови використовують настій листя берези (1 ст. л. сировини на одну склянку крутого окропу, настояти 15-20 хв., відцідити) 2-4

рази на тиждень протягом місяця. Відвар кореня лопуха у суміші з кореневищем лепехи у рівних пропорціях (по 2 ст. л. сировини на 1,5 л води, кип'ятити 20 хв.) можна до суміші додати ще одну частину сухого листа кропиви дводомної, або квіток календули, або шишок хмелю й таким відваром мити голову три рази на тиждень протягом місяця. Від такого миття волосся стає м'яким, шовковистим та не випадає. Від лупи та випадіння волосся оберігає настій звіробією звичайного (1 ст. л. трави на 1 склянку окропу), яким миють голову [11, 23].

В Україні здавна жінки умивалися напаром з квіток барвінку, від чого шкіра обличчя ставала м'якою, еластичною, матовою [9, 17, 24].

Настій з пелюсток волошок, а саме: одна-дві жмені сировини кип'ятити 10 хв. на слабкому вогні, відцідити та використовувати для примочок при розширених порах.

При пітливості рук ефективні ванночки з дубової кори: 1 ст. л. подрібненої сировини заварити у склянці молока та розчинити цю рідину у 1 л води. Парити руки у таких ванночках щодня до отримання позитивного результату. Від пітливості ніг допомагає відвар молодій калини.

Щоб позбавитися від веснянок, можна змащувати обличчя розтертими ягодами суниці, добре це робити на ніч, при цьому шкіра обличчя стає м'якою і свіжою. Позитивний результат від веснянок дає настій квіток кульбаби: жменю квіток заварити склянкою окропу, настояти до охолодження, процідити, змазувати обличчя кілька разів на день.

При проблемах зі шкірою та волоссям можуть допомогти натуральні ефірні олії. В Україні на даний момент дозволені як косметичні засоби більше 100 найменувань ефірних олій, їх можна вільно придбати у аптеках. У порівнянні з фітосировиною олії діють глибше і тонше [27].

У аромакосметиці окрім загальноприйнятих засобів (ванн, масажу) найчастіше використовують і специфічні – збагачені низькомолекулярні натуральні креми: у герметичну ємкість на 10 г обраного крему додають певні ефірні олії у відповідності з проблемою, перемішують, їх застосовують щодня вранці та ввечері. Маски на основі транспортних жирних олій: на 10 г олії додають необхідні ефірні олії, перемішують та застосовують 2-3 рази на тиждень. Збагачена вода для ополіскування обличчя: на 200 мл кристалічної, яка утворилася від танення льоду, або кип'яченої

води, підігрітої до температури 36-40 °С, додати ефірні олії. Застосовувати вранці та ввечері. Парові ванночки для обличчя: у ємкість наливають 2 л окропу, додають ефірні олії, накривають голову рушником та нахилившись над паром вдихають 7-10 хв. Після ванночки ополоснути обличчя збагаченою водою кімнатної температури. Ароматичні засоби для миття волосся: у натуральні засоби для миття волосся – шампунь, яєчний жовток або житній хліб додають рекомендовану кількість ефірної олії та наносять добре перемішану суміш на волосся та масажують шкіру голови 2-3 хв., після чого добре промивають водою, запобігаючи попадання ефірної олії в очі; ополіскувачі волосся – у 500 мл води (краще кип'яченої) кімнатної температури додають необхідну кількість ефірних олій, ополоснути волосся, запобігаючи попадання олії в очі; ароматична пудра – у герметичну ємність наливають 7-10 крапель ефірної олії, насипають пудру, закривають ємність й добре перемішують, залишають суміш на 2 доби, періодично потрушуючи і не відкриваючи. Після цього пудру пересипають у зручну ємність і використовують за потребою [18, 21].

При догляді за шкірою будь-якого типу можна використати кожну форму з введенням ефірних олій відповідно до проблеми.

При сухій шкірі показані ефірні олії троянди, мирту, санталу, рожевого дерева, ромашки, жасмину, пачулі, герані, апельсину. Так, для збагачення кремів і тоніків для сухої шкіри можна додати 2-3 краплі трояндової та миртової олії або по 2 краплі санталової, рожевого дерева та ромашки. Для парових ванночок вносять по 2-3 краплі санталової олії та рожевого дерева, а для ополіскування обличчя окремо використовують трояндову, санталову, рожевого дерева або геранієву олію. Доречно зробити парові ванночки з 2-3 краплями санталової та рожевого дерева оліями.

При жирній шкірі показані олії цитрусових – бергамотова, грейпфрутові, лимонна, петитгрейна, а також мелісова, розмаринова, гвоздична. Для збагачення крему і тоніку для жирної шкіри можна додати по 2-4 краплі мелісової, бергамотової або грейпфрутової олії, або по 2-3 краплі розмаринової та лимонної, або по 3-4 краплі лимонної і гвоздичної. Для ополіскування обличчя з жирною шкірою у воду для ополіскування додати по 2-3 краплі лимонної або 3-4 краплі бергамотової, або 3-4 краплі грейпфрутової ефірної олії. Для парової ванночки з жирною шкірою можна

додати по 1-2 краплі мелісової, грейпфрутової і бергамотової олій. Можна використовувати також маску на основі кашки з вівсяних пластівців, додаючи в неї 3-4 краплі бергамотової і грейпфрутової олій. При змішаній шкірі, яка сполучає властивості жирної та нормальної або сухої, показані ефірні олії іланг-іланга, лимона, м'яти, неролі, рожевого дерева.

Для забезпечення кремів для нормальної шкіри беруть композицію з 2-3 крапель іланг-ілангової, лимонної та м'ятної олій або з 2-4 крапель неролієвої, рожевого дерева та м'ятної олій. У ополіскувачі для обличчя додають 2-3 краплі неролієвої або по 2 краплі іланг-ілангової та м'ятної олій. Парові ванночки при змішаній шкірі роблять з 1-2 краплями неролієвої та м'ятної олій або 1-2 краплями лимонної, м'ятної та іланг-ілангової олій.

Найбільшу стурбованість викликає старіння шкіри та поява зморшок. Симптомами тривоги, що зморшки можуть з'явитися є "стомлена" шкіра. При цьому на сухій або жирній шкірі виникають рожеві або червоні "плями втоми", як правило, після стресів, прийняття алкоголю, сексуальних контактів або фізичного навантаження.

Запобігти появі зморшок можуть допомогти аромаформи на основі олій санталу, апельсину, каяпуту, рожевого дерева, ромашки, троянди, неролі, пачулі, іланг-ілангу, грейпфруту або меліси. Для збагачення кремів, тоніків для сухої шкіри використовують суміш з 1-3 крапель ефірних олій каяпуту, грейпфруту та апельсину, а для ополіскування обличчя до води додають по 2-3 краплі олії ромашки або рожевого дерева, або використовують суміш з ефірних олій 1-2 краплі санталу та апельсину або суміш з 2 крапель іланг-ілангової та грейпфрутової олій. При появі зморшок біля очей дозволено застосовування ефірної олії санталу, лізетту, троянди, ладану та неролі. Для збагачення кремів та тоніків можливо використовувати окремо по 4-5 крапель ефірних олій санталу або ліметту, або ж готувати композиції, додавши по 2 краплі трояндової, ліметтової та санталової олій, або суміш з додаванням 1-2 крапель олії неролі та санталу. Корисне ополіскування обличчя, додаванням окремо у воду по 2-3 краплі санталової, ладанної, ліметтової або неролієвої олій.

При глибоких зморшках на обличчі та шиї показані ефірні олії ліметту, фенхелю, м'яти, мускатного горіху, мирри, ладану, неролі, сосни. З цих олій виготовляють різні аромакомпозиції.

Для збагачення кремів, що відповідають типу шкіри, наприклад, додають по 1-2 краплі ефірних олій ліметту, фенхелю, м'яти та мускатного горіху, або суміш з 1-2 крапель миррової, ладанної та мускатного горіха олії, або суміш з 2 крапель олій неролі, сосни, ліметту та мускатного горіха. Корисні також маски на основі олій жожоба або авокадо з додаванням суміші з 1-2 крапель ефірних олій ліметту, ладану, неролі та мускатного горіха. Для парових ванночок можна додати по 1 краплі ефірних олій ліметту, фенхелю, м'яти, або по 1-2 краплі мирри, ладану та мускатного горіху, або по 1-2 краплі соснової, неролієвої та ліметтової олій. Для ополіскування обличчя та шиї при глибоких зморшках до води додають по 1-2 краплі ліметтової, м'ятної та мускатного горіха, або по 1-2 краплі соснової, фенхелевої та мускатного горіха, або по 1-2 краплі миррової, ладанної та мускатного горіха ефірних олій [11, 17, 18, 22].

За допомогою аромасажу можна уповільнити утворення зморшок. Для м'якого масажу обличчя рекомендують такий склад: до 25 мл олії авокадо, 25 мл олії жожоба, 25 мл олії зерен пшениці додають по 10 крапель ефірних олій ладану, неролі та троянди. Успіх забезпечує при цьому здорове харчування, багате вітамінами В, С, Е, а також мінеральними речовинами та відмова від алкоголю, нікотину та кави [28, 29].

При наявності судинного "малюнка" на обличчі внаслідок розширення судинок, що супроводжується постійним почервонінням і появою так званих "судинних плям", усунути таку вадку можна м'яким масажем та масками з ефірними оліями. Відновлюють нормальну еластичність кровоносних судин та повертають обличчю нормальний колір такі аромакомпозиції: до 50 мл олії жожоба додають по 5 крапель ефірної олії ромашки лікарської (олія ромашкова блакитна) та троянди. Цією сумішшю роблять масаж один раз на день. Один раз на тиждень роблять маску на обличчя такою сумішшю: 50 мл йогурту змішують з 5 краплями ефірної олії неролі, 5 краплями ялівця, 2 краплями розмарину. Накладають маску на 10-15 хв., потім змивають водою кімнатної температури. Крім того доцільно використовувати збагачені креми та тоніки з додаванням 2-4 крапель лавандової, м'ятної та шавлієвої олій. Можна також застосовувати маску на основі олії шипшини, або мигдалевої з додаванням по 2 краплі суміші ефірних олій кипарису, лимону та лаванди [10].

При пористій структурі шкіри, коли пори

розширені, часто з'являються чорні цяточки на шкірі, особливо на лобі, носі, підборідді можливо використання парових ванночок з ефірними оліями: лимона, м'яти, бергамота по 2 краплі, або аромополіскування обличчя з ромашковою та сосновою оліями по 2 краплі, або ялівцевою та каяпутовою оліями по 2 краплі, або нанесення чистих олій лимона або ялівця точно на ділянки відкритих пор дозволить позбавитися цієї вади. Крім того, можливо освітлити пори шкіри сумішшю з 2-3 крапель чистої лимонної та ромашкової олій та використовувати збагачені ефірними оліями креми з 2-3 крапель лимонної, ромашкової та грейпфрутової або з 3-4 крапель ялівцевої, бергамотової та м'ятної олій, ополіскувати обличчя.

При неоднорідній пігментації шкіри (пігментні плями, веснянки) наносять чисті ефірні олії ромашки, лимона або грейпфрута на ділянку пігментації, також використовують маски на основі олій авокадо, жожоба та вівсяної кашки з додаванням 2-4 крапель ефірних олій лимона, грейпфрута та ромашки, збагачуючи креми та тоніки ефірними оліями лимона та рожевого дерева (3-4 краплі) або грейпфрута та ромашки (4-5 крапель), а також з цими ж оліями застосовують ополіскувачі для обличчя – по 1-2 краплі лимонної та рожевого дерева та по 2 краплі грейпфрутової та ромашкової олій [3, 4, 8, 24].

Гарний колір обличчю надають аромакреми та тоніки з урахуванням типу шкіри, збагачені 2-3 краплями ефірних олій неролі, рожевого дерева та ліметту, або 2-3 краплями іланг-ілангу, м'яти та мирри. Для цієї ж мети застосовують ополіскування з 2 краплями неролієвої та рожевого дерева або 1-3 краплями іланг-ілангової та м'ятної олій, а також парові ванночки з 1-2 краплями ефірних олій іланг-ілангу, неролі, мирри та м'яти.

Усунути жирний блиск обличчя допоможуть збагачені оліями по 3-4 краплі кипарису та мирри або ополіскування обличчя з додаванням по 1 краплі цих олій.

Щоб захистити руки від мікропошкоджень на роботі та в побуті використовують для змащування таку аромасуміш: до 50 мл олії жожоба додають по 5 крапель ефірних олій ромашки та меліси. Усувають дефекти шкіри, а саме: тріщини, що виникли на долонях, підшвах та у куточках губ, креми та мазі, які збагачені 4-5 краплями олій ромашки та лаванди, або 4-5 краплями кипарису та кедру, або 3-5 краплями сосни та лимона.

Для запобігання отримання сонячного опі-

ку після сонячних ванн рекомендують протерти шкіру такою аромасумішшю: до 50 мл олії жожоба додаючи по 10 крапель ефірних олій лаванди, неролі, ромашки блакитної. При сонячних опіках, що супроводжуються утворенням пухирів, використовують для змащування ефірну олію лаванди. У побуті при опіках від води чи вогню зразу після опіку наносять на пошкоджену ділянку тіла ефірну олію лаванди (найкраще), або каяпуту, евкалипту або шавлії, що дозволяє втамувати біль та сприяє швидкому загоєнню [9, 17, 21, 22].

При сухому ламкому, тонкому волоссі натуральні засоби догляду за волоссям збагачують по 2-3 краплі ефірних олій апельсину та іланг-ілангу, або по 3-4 краплі ромашки та мирри, або по 3-4 краплі мандарину та санталу, а також для ополіскування волосся використовують воду, збагачену 5-6 краплями ефірних олій ладану, іланг-ілангу, ромашки, мирри або санталу.

При догляді за жирним волоссям натуральні засоби для миття збагачують: по 3-4 краплі ефірної олії окремо по 3-4 краплі меліси або кипарису або суміші грейпфруту та каяпуту, або по 2-3 краплі бергамоту та лимону, або по 2-3 краплі кедру та розмарину, або по 3-4 краплі чебрецю та лимону для ополіскування волосся застосовують воду, збагачену окремо 4-5 краплями бергамоту, грейпфруту, лимону або чебрецю.

При лупі натуральні засоби для миття голови збагачують: по 2-3 краплі ефірних олій розмарину та мандарину, по 2-4 краплі евкалипту та апельсину, або по 3-4 краплі фенхелю та кедру, або по 3-4 краплі меліси та неролі або 4-5 краплями ладану. Воду для ополіскування волосся збагачують окремо 2-3 краплями ефірної олії евкалипту, 3-4 краплями кедру, 2-3 краплями меліси, 3-4 краплями неролі.

При випадінні волосся натуральні засоби для миття голови збагачують: по 3-4 краплі ефірної олії листя бея та ромашки (найефективніша композиція), або по 3-4 краплі імбиру та сосни, або по 3-4 краплі апельсину та чебрецю.

Для ополіскування волосся доцільно окремо збагачують воду 3 краплями олії листя бея, 4-5 краплями олії сосни чи кедру, або 3-4 краплями імбиру, чебрецю чи евкалипту.

При випадінні волосся можна двічі на тиждень обробляти волосся такою аромасумішшю: на 50 мл олії жожоба додати 20 крапель ефірної олії лаванди, 5 крапель розмарину, 2 краплі чебрецю. Нанести цю суміш на волосся й обмотати голову

теплим рушником на 20-30 хв. [5, 7, 10, 17, 24].

На основі наукового огляду щодо доцільності і ефективності застосування ефірних олій як у лікувальній практиці, так і в побуті, суміші ефірних олій (FLORA SECRET), виробник ТОВ «ПКК «ДНД» Україна, Черкаська обл., Смілянський район, с. Балаклея, відповідно ТУ У24.6-33398305-005.003:2011 р. «Композиції ефірних олій (суміші ефірних олій) Зміни 1-3», що підтверджено нормативно-регламентуючим документом «Висновок Санітарно-епідеміологічної експертизи від 03.03.2017 №602-123-20-1/4626, а саме:

«Захист від застуди», склад – натуральні ефірні олії чайного дерева, лаванди, бергамоту, кориці, чебрецю, що мають достатньо обґрунтовану і доведену антибактеріальну, бактеріостатичну, антисептичну, противірусну і імунотропну дію;

«Релакс», склад – натуральні ефірні олії лаванди, лимону, герані, які забезпечують седативну, спазмолітичну, антидепресивну, ноотропну та «знімають» дратівливість, гнів, перепади в настрої, а також корисні після фізичної і емоційної напруги;

«Позитивний настрій», склад – натуральні ефірні олії ялиці, лимону, апельсину, розмарину сприяють впорядкуванню думок зранку, прекрасний засіб від ранкової буркловитості, сприяють врегулюванню емоційного стану, усуванню стресової напруги;

«Спокуса», склад – натуральні ефірні олії санталу, апельсину, м'яти, жасмину, фармакологічна дія яких проявляється в гормонально регулюючій дії, підсилюючи сексуальний потяг (афродизіак), справляють балансуєчу, спазмолітичну, антидепресивну дію, знімають захриплість голосу, зокрема при емоційних стресах – депресії, безсонні, песимізмі, втраті впевненості в собі;

«Солодкий сон», склад – натуральні ефірні олії апельсину, лаванди, санталу сприяють усуненню депресивного стану, меланхолії, апатії, втоми і нормалізує фази сну, а саме – легке засинання і міцний, здоровий сон.

Таким чином, фахівцями можуть бути застосовані лікарські засоби рослинного походження, їх біологічно активні сполуки, на основі яких отримані фіто- та ароматичні рецепти-прописи, що пройшли певну реєстрацію, яка регламентується нормативно-технічною документацією, сприяють гармонії і відновленню здоров'я та підтримці краси тіла і духовному очищенню, стабілізації психічного здоров'я [6, 19, 22, 28, 29].

Висновки

Таким чином, на основі аналізу літературних даних та власних досліджень запропоновані виробництвом ефективні фітозасоби як для внутрішнього (інгаляції, аромалампи), так і зовнішнього (масаж, ванни, душ, сауни, ароматизація приміщення) застосування, у тому числі і для догляду за шкірою, волоссям різного типу з використанням доступної рослинної сировини та натуральних ефірних олій.

Акцентовано увагу на критеріях оцінки якості ефірних олій, придатних для медичного застосування та способах їх використання як для дітей, так і для дорослих.

Наведені науково обґрунтовані добірки ефірних олій для профілактики та лікування респіраторних захворювань, порушень функцій опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, регуляції емоційного фону та при роботі на комп'ютері, а також для усунення косметичних дефектів шкіри та передчасного старіння шкірних покривів.

Литература

1. Valnet J. *Aromatherapie. Traitement des maladies par les essences de plantes*. Paris; Maloine, 1984. 545 p.
2. *Complete Aromatherapy Handbook Essential oils for radiant health*. Suzanne Fucher Rizz. New-York: Stearling publishing Co., 1990. 240 p.
3. Kraus M. *Einführung in die Aromatherapie*. – Phalzpaint: Verlag Simon and Wahl, 1992 p.
4. Kraus M. *Atherische Ole for Kasper, Geis't una Seele. Von Angelika bis Zypresse*. – Tausend: Verlag Simon and Wahl, 1993. 153 s.
5. *Covltete Aromatherapy and Essential Oils Handbook for Everyday Wellens/Purchon*, Nerys.-Robert Rose, 2014. 480 p.
6. *Essential Oils Natural Remedies: The Complete A-Z Reference of Essential Oils for Health and Healing*. Althea Press, 2015. 456 p.

7. *Essential Oils & Aromatherapy, an Introductory Guide: More Than 300 Reciper for Health, Home and Beauty*. Sonoma Press, 2014. 328 p.
8. *Encyclopedia of Essential Oils: The Complete Guide to the Use of Aromatic Oils in Aromatherapy, Herbalism, Health & Well-Being/ Lawless, Julia*. Conari Press, 2013. 226 p.
9. *Complete Book of Essential Oils and Aromatherapy: Over 600 Natural, Non-Toxic and Fragrant Recipes to Create Health – Beauty – A Safe Home Environme/Worwood, Valerie Ann*. New World Library, 1993. 448 p.
10. *DIY Aromatherapy: Over 130 Affordable Essential Oils Blends for Health, Beauty and Home /Harris, Lea*. Rockridge Press, 2015. 254 p.
11. *Aromatherapy Bible: The Definitive Guide to Using Essential*

Oils /Farrer-Halls, Gill, 2005. 400 p.

12. Lawless J. The illustrated encyclopedia of essential oils. The Complete Guide to the Use of Oils in Aromatherapy and Herbalism. Boston, 1999. 256 p.

13. Солдатченко С.С., Кащенко Г.Ф., Пиддаев А.В. Ароматерапія. Профілактика і лічення захворювань ефірними маслами. Симферополь: Таврида, 1999. 208 с.

14. Солдатченко С.С., Белоусов Е.В., Пиддаев А.В. Ароматерапія для кожної сім'ї. К.: Здоров'я, 2001. 480 с.

15. Дудченко Л.Г., Коновалова О.Ю., Гарник Т.П. та ін. Ефіроолійні та жиролійні рослини. К.: ЧП «Блудний М.І.», 2010. 496 с.

16. Healing Intelligence of Essential Oils: The Science of Advanced Aromatherapy /Schnaubelt, Kurt. Healing Arts Press, 2011. 233 p.

17. Дудченко Л.Г., Потебня Г.П., Кривенко Н.А. Ароматерапія і ароматичний масаж. К.: Изд. дом «Максимум», 1993. 352 с.

18. Surviving When Modern Medicine Fails: A Definitive Guide to Essential Oils That Could Save Your Life During a Crisis/ Johnson, Scott A. Createspace, 2014. 178 p.

19. Ковальов В.М., Павлій О.І., Ісакова Т. І. Фармакогнозія з основами біохімії. Харків: Прапор, вид. НФАУ, 2000. 704 с.

20. Державна Фармакопея України. - I-е вид. Доповнення П.Х.: РІПЕГ, 2008. 554 с.

21. Миргородская С. Ароматерапія: мир запахів – запахи мира. М.: Медицина, 1990. 72 с.

22. Aromatherapy for Healing the Spirit: Restoring Emotional and Mental Balance with Essential Oils (Original)/ Mojay, Gabriel. Healing Arts Press, 2000. 192 p.

23. Chemistry of Essential Oils / Stewart, David. Care, 2005. 625 p.

24. Ягодка В.С. Лекарственные растения в дерматологии и косметологии. Киев.: Наук. Думка, 1991. 272 с.

25. Молодожникова Л. М., Рождественская О.С., Сотник В.Ф. Лесная косметика: Справочное пособие. М.: Экология, 1991. 336 с.

26. Молодожникова Л.М., Панова О.С., Сотник В.Ф. Натуральная косметика. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2000. 350 с.

27. Tisserand R.B. The art of aromatherapy. - Vermont: Yealing arts press Rochester, 1990. 323 p.

28. Пашиковский А.И., Гарник Т.П. Целебные растения (методы и способы лечения): научно-популярное издание Житомир, Рута, 2014. 442 с.

29. Гарник Т. П., Князевич В.М., Туманов В.А. та ін. Основи фармакогнозії і фітотерапії. Навчальний посіб. За заг. ред. Гарник Т.П., Князевича В.М., Туманова В.А. Житомир: Вид. ПП «Рута», 2015. 456 с.

Надійшла до редакції 02 квітня 2021 р.

Прийнято до друку 23 квітня 2021 р

УДК 615.322(89)+61.004.14+630.166.1(035)

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-35

Т. П. Гарник, Н. А. Добровольська, К. В. Гарник,
В. О. Петрищева, А. Б. Пилипчук, В. В. Шусть

АРОМАТЕРАПІЯ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я

Ключові слова: лікарські рослини, фітотерапія, ароматерапія, натуропатичні методи, косметичні засоби, медичне застосування.

В останні роки набувають все більшого розвитку і досконалості немедикаментозні, натуропатичні методи і засоби профілактики та лікування, у тому числі фітотерапії та ароматерапії.

Ароматерапія є одним із методів фітотерапії, що використовує природні натуральні леткі ароматичні сполуки рослин – ефірні олії. При правильному використанні вони є комфортними, безболісними, доступними засобами, які впливають на всі системи та органи, дозволяють подолати порушення стану здоров'я та можливі психічні розлади.

Мета – аналіз літературних даних та власних спостережень щодо застосування фіто-, ароматичних у збереженні і примноженні здоров'я, комплексній, відновно-реабілітаційній та превентивній терапії різних захворювань: порушень опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи та підвищення працездатності тощо.

Для вирішення поставленої мети нами були використані загальноприйняті аналітичні дослідження електронних і паперових джерел інформації та аналіз власних спостережень.

На основі аналізу літературних даних та власних досліджень проведено аналіз запропонованих фітозасобів для застосування з використанням доступної рослинної сировини та натуральних ефірних олій.

У цьому дослідженні акцентовано увагу на критеріях оцінки якості ефірних олій, придатних як для медичного застосування та способах їх використання для широких верств населення, як для дітей, так і дорослих у повсякденному побуті як здорового осередку помешкання.

Висновки

Таким чином, наведені науково обгрунтовані добірки ефірних олій для профілактики та лікування респіраторних захворювань, можливих порушень функцій різних органів і систем, у тому числі опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, регуляції емоційного фону та при роботі на комп'ютері, а також для усунення косметичних дефектів шкіри та передчасного старіння шкірних покривів.

Т. П. Гарник, Н. А. Добровольська, К. В. Гарник,
В. А. Петрищева, А. Б. Пилипчук, В. В. Шусть

АРОМАТЕРАПІЯ – ЗАЛОГ ЗДОРОВ'Я

Ключевые слова: Лекарственные растения, фитотерапия, ароматерапия, натуропатические методы, косметические средства, медицинское применение.

В последние годы все большего развития и совершенства приобретают немедикаментозные, натуропатические методы и средства профилактики и лечения, в том числе фитотерапия и ароматерапия.

Ароматерапия является одним из методов фитотерапии, которая использует природные натуральные летучие ароматические соединения растений – эфирные масла. При правильном использовании они являются комфортными, безболезненными, доступными средствами, которые влияют на все системы и органы, позволяют преодолеть нарушения состояния здоровья и возможные психические расстройства.

Цель – анализ литературных данных и собственных исследований по применению фито-, ароматических средств в сохранении и приумножении здоровья, комплексной, восстановительно-реабилитационной превентивной терапии разных заболеваний: нарушений опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы и повышения работоспособности и т.д.

Для решения поставленной цели нами были использованы общепринятые аналитические исследования электронных и бумажных источников информации, а также анализ собственных наблюдений.

На основе анализа литературных данных и собственных исследований проведен анализ предложенных фитосредств для применения с использованием доступного растительного сырья и натуральных эфирных масел.

В этом исследовании акцентировано внимание на критериях оценки качества эфирных масел, пригодных как для медицинского применения, так и способах их применения для широких слоев населения как для детей, так и взрослых в повседневном быту как здоровой среды обитания.

Выводы

Таким образом, приведенные научно обоснованные подборки эфирных масел для профилактики и лечения респираторных заболеваний, возможных нарушений функций различных органов и систем, в том числе опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, регуляции эмоционального фона и при работе на компьютере, а также для устранения косметических дефектов кожи и преждевременного старения кожных покровов.

T. P. Harnyk, N. A. Dobrovolska, K. V. Harnyk,
V. O. Petrishcheva, A. B. Pylypchuk, V. V. Shust

AROMATHERAPY – A GUARANTEE OF HEALTH

Keywords: medicinal plants, phytotherapy, aromatherapy, naturopathic methods, cosmetics, medical use.

In recent years, non-drug, naturopathic methods and means of prevention and treatment, including herbal medicine and aromatherapy, have become more and more developed and perfected.

Aromatherapy is one of the methods of phytotherapy that uses natural volatile aromatic compounds of plants – essential oils. When used properly, they are comfortable, painless, affordable means that affect all systems and organs, help to overcome health disorders and possible mental disorders.

The aim is to analyze the literature data and own observations on the use of phyto-, aromatic agents in preserved and increased health, complex, rehabilitation and preventive therapy of various diseases: disorders of the musculoskeletal system, cardiovascular system and efficiency, etc.

To solve this goal, we used conventional analytical studies of electronic and paper sources of information and analysis of our own observations.

On the basis of the analysis of literature data and own researches the analysis of the offered phytomedicines for application with use of available vegetable raw materials and natural essential oils is carried out.

This study focuses on the criteria for assessing the quality of essential oils suitable for both medical use and methods of their use for the general population, both children and adults in everyday life as a healthy home.

Conclusions

Thus, scientifically substantiated selections of essential oils for the prevention and treatment of respiratory diseases, possible disorders of various organs and systems, including the musculoskeletal system, cardiovascular system, regulation of the emotional background and when working on a computer, as well as to eliminate cosmetic skin defects and premature aging of the skin.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок авторів:

Гарник Т.П. – ідея, дизайн дослідження, корекція статті;

Добровольська Н.А. – аналіз першоджерел літератури і дослідження на психічне здоров'я;

Гарник К.В. – аналіз клінічного матеріалу, аналіз літератури щодо застосування у медичній практиці, участь у написанні статті;

Петрішева В.О. – літературно-науковий аналіз лікарських форм і їх стандартизації на основі ефіролетких олій як в медичній практиці, так і харчовій промисловості;

Пилипчук А.Б. – набір клінічного матеріалу із застосування лікарських форм ефіролетких олій в дерматології, косметології;

Шуст В.В. – участь у написанні і корекції статті, анотації, редагуванні.

Електронна адреса для спілкування з авторами:

phitotherapy.chasopys@gmail.com (Гарник Тетяна Петрівна).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-45
УДК 616.34+615.874

ПРОФИЛАКТИКА АЛИМЕНТАРНОГО СТОМАТИТУ ФИТОПРЕПАРАТОМ «КВЕРТУЛИН»

¹ А. П. Левицкий, д. биол. н., проф., проф. каф. комбикормов и биопалива,

² І. О. Селіванська, к. техн. н., ст. викл. каф. клін. хімії та лаборатор. діагност.,

¹ А. П. Лапінська, к. техн. н., доц., доц. каф. комбикормов і біопалива

¹ Одеська національна академія харчових технологій

² Одеський національний медичний університет

Вступ

Роль аліментарних факторів в розвитку стоматологічних захворювань не викликає сумніву [5]. Достатньо перелічити численні публікації про розвиток карієсу зубів при надмірному споживанні цукру або дефіциті фтора [9], про виникнення стоматитів за умов авітамінозів [14], про пародонтопротекторну дію надмірного споживання жирів з великим вмістом пальмітинової кислоти [1], або жирів після термічної обробки [7].

У патогенезі стоматологічних захворювань аліментарного генезу вирішальну роль відіграє ендогенна мікробіота, фізіологічні відносини якої з макроорганізмом порушуються при дисбактеріозах, що призводить до розвитку дисбіотичного синдрому [6]. Проявами дисбіотичного синдрому є ендотоксинемія, бактеріємія, системне запалення і поліорганна недостатність. На тлі дисбіотичного синдрому виникають такі захворювання як ожиріння, атеросклероз, цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром та ряд інших, так званих, неінфекційних захворювань [6, 12, 17, 18].

Метою даної роботи було дослідження профілактичного впливу антидисбіотичного засобу фітопрепарату квертулін на стан слизової оболонки ротової порожнини (СОПР) щурів, у яких відтворювали аліментарний стоматит шляхом введення з кормом пальмової олії на тлі експериментального дисбіозу [4, 11].

Вибір фітопрепарату квертулін обумовлено тим, що він відноситься до групи поліфункціональних антидисбіотичних засобів (ПФАДЗ), які впливають на різні ланки розвитку дисбіотичного синдрому, а саме усувають дисбактеріоз, знижують проникність кишкового бар'єру для бактерій та їх токсинів, стимулюють антимікробну функцію печінки, проявляють антизапальну і антиоксидантну активність [4].

До складу квертуліну входять пребіотик інουλін, біофлавоноїд кверцетин і цитрат кальцію. На препарат розроблена нормативно-технічна документація (ТУ У 10.8-13903778-040:2012) і отримано дозвіл Міністерства охорони здоров'я України на застосування як профілактичного засобу (Висновок Державної санітарно-епідеміологічної експертизи МОЗ України № 05.03.02-06/44464 від 17.05.2012 р.).

Матеріали та методи дослідження

В роботі було використано пальмову олію з вмістом 44 % пальмітинової кислоти, виробництва «Dukees RBD» (Малайзія).

Фітопрепарат квертулін застосовували виробництва НВА «Одеська біотехнологія». Антибіотик лінкоміцин – виробництва «Дарниця» (Україна).

Аліментарний стоматит відтворювали у щурів, які отримували високожировий раціон з вмістом 15 % пальмової олії (табл. 1) на тлі експериментального (лінкоміцинового) дисбіозу [12]. Для цього шурам давали з питною водою лінкоміцин у дозі 60 мг/кг на протязом перших 5 днів.

Таблиця 1

Склад раціонів для щурів, % [10]

Компоненти	Безжировий раціон (БЖР)	Жировий раціон
Крохмаль кукурудзяний	65	50
Соевий шрот знежирений	20	20
Овальбумін	6	6
Сахароза	4	4
Пальмова олія	0	15
Мінеральна суміш	4	4
Вітамінна суміш	1	1

Усього було використано 28 білих щурів лінії Вістар (самці 8-9 місяців, жива маса 255 ± 12 г), яких розподілили на 4 рівних групи: 1-а – отримувала безжировий раціон (БЖР), 2-а, 3-я і 4-а групи отримували високожировий раціон (ВЖР) з 15 % пальмової олії. У щурів 3-ої і 4-ої груп відтворювали дисбіоз, і щурі 4-ої групи отримували регоф фітопрепарат квертулін у дозі 300 мг/кг на протязом 40 днів.

Евтаназію тварин здійснювали на 41-й день досліді під тіопенталовим наркозом (20 мг/кг) шляхом тотальної кровотечі із серця. Виділяли слизову оболонку щоки, в гомогенаті якої визначали активність еластази [13], каталази [3], уреаз [2], лізоциму [8] і вміст малонового діальдегіду (МДА) [15].

За співвідношенням активності каталази і вмісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс АПІ [10], а за співвідношенням відносних активностей уреаз і лізоциму розраховували ступінь дисбіозу за А. П. Левицьким [11].

Отримані результати піддавали стандартній статистичній обробці [16].

Результати дослідження та їх обговорення

В таблиці 2 представлено результати визначення в СОПР біохімічних маркерів запалення

Таблиця 2

Вплив фітопрепарату «Квертулін» на біохімічні маркери запалення в СОПР щурів, які отримували пальмову олію на тлі дисбіозу

Групи	Еластаза, мк-кат/кг	МДА, ммоль/кг
1. БЖР	38,7±3,0	12,2±1,7
2. Раціон з 15 % пальмової олії	46,7±5,6 p>0,05	17,1±1,7 p>0,05
3. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз	53,3±2,4 p<0,01; p ₁ >0,05	29,3±4,0 p<0,01; p ₁ <0,01
4. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз + «Квертулін»	47,8±2,6 p<0,05; p ₂ >0,05	13,5±1,2 p>0,05; p ₂ <0,01

Примітки: p – в порівнянні з гр. 1; p₁ – в порівнянні з гр. 2; p₂ – в порівнянні з гр. 3.

Таблиця 3

Вплив фітопрепарату «Квертулін» на активність каталази та індекс АПІ в СОПР щурів, які отримували пальмову олію на тлі дисбіозу

Групи	Каталаза, мкат/кг	АПІ
1. БЖР	8,06±0,14	6,61±0,25
2. Раціон з 15 % пальмової олії	5,71±0,43 p<0,01	3,34±0,28 p<0,01
3. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз	4,83±0,27 p<0,01; p ₁ >0,05	1,65±0,14 p<0,001; p ₁ <0,01
4. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз + «Квертулін»	7,34±0,05 p<0,05; p ₂ <0,01	5,44±0,23 p<0,05; p ₂ <0,001

Примітки: див. табл. 2

(активність еластази і вміст МДА). З цих даних видно, що у щурів, які отримували пальмову олію, рівень еластази зростає на 20,7 %, а рівень МДА – на 40,2 %. Споживання олії на тлі дисбіозу підвищує активність еластази на 37,7 %, а вміст МДА – на 140,2 %. Застосування фітопрепарату квертулін знижує рівень біохімічних маркерів запалення: еластази на 10,3 % і МДА на 53,9%.

У таблиці 3 представлено результати визначення в СОПР активності антиоксидантного фермента каталази та індексу АПІ. Видно, що у щурів, які отримували пальмову олію, активність каталази знижується на 29,2 %, а у щурів, які споживали пальмову олію на тлі дисбіозу, активність каталази знижується на 40,1 %. Однак, введення фітопрепарату квертулін підвищує активність ка-

талази на 52 % (порівняно з III групою). Індекс АПІ в СОПР щурів, які отримували пальмову олію, знижується на 49,5 %, а у щурів, які отримували пальмову олію на тлі дисбіозу – на 75 %. Застосування квертуліну, навпаки, значно збільшує індекс АПІ – на 99,6 %.

У таблиці 4 представлено результати визначення в СОПР активності бактеріального фермента уреаз, антимікробного фермента лізоциму, а також ступеня дисбіозу. З цих даних видно, що споживання пальмової олії збільшує активність уреаз на 200 %, а у щурів, які споживали олію на тлі дисбіозу, активність уреаз зростає на 400 %. Введення квертуліну знижує активність уреаз на 55 %.

Активність лізоциму у щурів, які отримували

Таблиця 4

Вплив фітопрепарату «Квертулін» на активність уреаз, лізоциму і ступінь дисбіозу в СОПР щурів, які отримували пальмову олію на тлі дисбіозу

Групи	Уреаза, мк-кат/кг	Лізоцим, од/кг	Ступінь дисбіозу
1. БЖР	0,04±0,01	220±22	1,00±0,16
2. Раціон з 15 % пальмової олії	0,12±0,02 p<0,01	215±21 p>0,5	3,06±0,39 p<0,01
3. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз	0,20±0,02 p<0,01; p ₁ <0,05	129±35 p<0,05; p ₁ <0,05	8,47±1,20 p<0,001; p ₁ <0,01
4. Раціон з 15 % пальмової олії + дисбіоз + «Квертулін»	0,09±0,01 p<0,05; p ₂ <0,01	197±14 p>0,3; p ₂ <0,05	2,50±0,31 p<0,01; p ₂ <0,001

Примітки: див. табл. 2

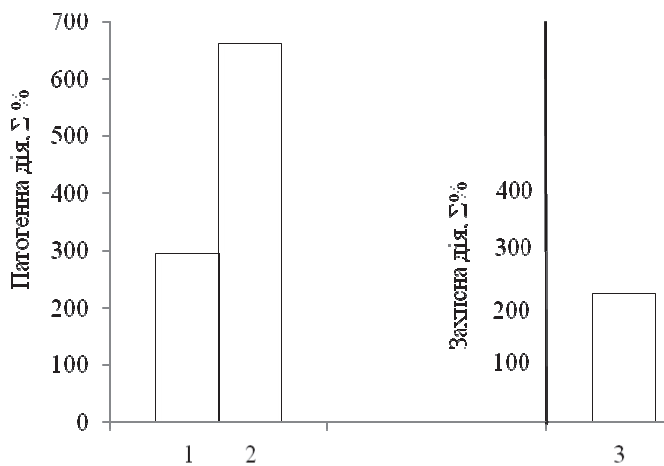


Рис. Патогенна дія (ПД) на СОПР пальмової олії (1) і пальмової олії на тлі дисбіозу (2) та захисна дія (ЗД) фітопрепарату «Квертулін» (3).

пальмову олію, практично не змінюється (зниження лише на 2,5 %), тоді як споживання олії на тлі дисбіозу знижує активність лізоциму на 41,4 %. Введення квертуліну збільшує активність лізоциму на 52,7 %.

Розрахована за даними змін активностей уреазі і лізоцима ступінь дисбіозу в СОПР достовірно зростає: у щурів, які отримували олію, на 206 %, у щурів, які отримували олію на тлі дисбіозу – на 747 %, тоді як введення квертуліну знижує ступінь дисбіозу на 70,5 %.

За результатами змін (у %) біохімічних маркерів (елазази, МДА, каталази, уреазі і лізоциму) була розрахована патогенна дія пальмової олії і комбінації пальмової олії і дисбіозу за формулою:

$ПД = \Sigma[\text{елазаза}] + [\text{МДА}] + [\text{каталаза}] + [\text{уреаза}] + [\text{лізоцим}]$, де

ПД – патогенна дія;

[елазаза] – підвищення активності, %;

[МДА] – підвищення вмісту, %;

[каталаза] – зниження активності, %;

[уреаза] – підвищення активності, %;

[лізоцим] – зниження активності, %.

Захисну дію (ЗД) фітопрепарату квертулін розраховували за аналогічною формулою, але брали до уваги зниження активності еластази, вмісту МДА, зниження активності уреазі та збільшення рівня каталази і лізоциму.

Лікувально-профілактичну ефективність (ЛПЕ) фітопрепарату квертулін розраховували за формулою:

$$ЛПЕ = \frac{ЗД}{ПД} \cdot 100 \%$$

Відповідні дані представлені на рисунку, з якого видно, що патогенна дія пальмової олії на тлі дисбіозу збільшується в 2,3 разів, а лікувально-профілактична ефективність (ЛПЕ) фітопрепарату квертулін становить 34,0 %.

Отримані дані дають додаткові підстави розглядати дисбіотичний синдром як патогенетичну основу аліментарного стоматиту та обумовлюють необхідність створення нових, більш ефективних антидисбіотичних засобів для його профілактики і лікування.

Висновки

1. Наявність дисбіотичного синдрому обумовлює розвиток аліментарного (стеатогенного) стоматиту при споживанні пальмової олії.

2. Використання фітопрепарату «Квертулін» забезпечує на 34,0 % лікувально-профілактичний ефект при аліментарному стоматиті.

3. Необхідні подальші розробки нових, більш ефективних антидисбіотичних засобів.

Литература

1. Величко В. И., Ткачук В. В., Левицкий А. П. Развитие дисбиоза в тканях крыс, получавших высокожировую рацион J. Health Sci. 2015, 4(12): 84-92.

[Velichko V. I., Tkachuk V. V., Levitsky A. P. Development of dysbiosis in tissues of rats fed with a high fat food. J. Health Sci. 2014; 4(12): 84-92].

2. Гаврикова Л. М. Уреазная активность ротовой жидкости у больных со строийодонтической инфекцией челюстно-лицевой области. Стоматология. 1996. Спецвыпуск. С. 49-50.

[Gavrikova L. M., Segen I. T. Urease activity of oral liquid in patients with acute odontogenic infection of maxillo-facial part. Stomatol. 1996; The extra issue: 49-50. (Ru)].

3. Гирин С. В. Модификация метода определения каталазы в биологических субстратах. Лаборатор. диагност. 1999. № 4. С. 45-46.

[Girin S. V. The modification of the method of the determination of catalase activity in biological substrates. Laboratory diagnosis. 1999; 4:45-46. (Ru)].

4. Квертулин (витамин Р, пребиотик, гепатопротектор) [А. П. Левицкий и др.]. Одесса: КП ОИТ, 2012. 20 с.

[Levitsky A. P., Makarenko O. A., Selivanskaya I. A. [and others]. "Querthulin", Vitamin P, prebiotic, hepatoprotector. Odessa, KPOGT, 2012: 20. (Ru)].

5. Левицкий А. П. Алиментарные факторы в патогенезе, профилактике и терапии стоматологических заболеваний. Вісник стомат. 2005. № 2. С. 5-7.

[Levitsky A. P. Alimentary factors in the pathogenesis, prevention and treatment of dental diseases. Dentistry Bulletin. 2005; 2: 5-7. (Ru)].

6. Левицкий А. П. Дисбиотический синдром: этиология, патогенез, клиника, профилактика, лечение. *Вісник стоматол.* 2019. № 10. С. 14-20.

[Levitsky A. P. Disbiotic syndrome: etiology, pathogenesis, clinic, prevention and treatment. *Dentistry Bulletin.* 2019; 10 (special issue): 14-20. (Ru)].

7. Левицкий А. П. Жареное масло: польза или вред? Одесса: Экология, 2021. 42 с.

[Levitsky A. P. Fried butter: benefit or harm? Odessa, Ecology, 2021: 42. (Ru)].

8. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков. Одесса: КПОГТ, 2005. 74 с.

[Levitsky A. P., Denga O. V., Ivanov V. S. [and others]. The experimental methods of restoration and estimation of the degree of dysbiosis in oral tissues. *Dentistry Bulletin.* 2010; 2: 22-23. (Ru)].

9. Левицкий А. П., Деньга О. В., Иванов В. С. [и др.]. Экспериментальный кариез зубов / В кн. Шнайдер С. А. и Левицкий А. П. Экспериментальная стоматология. Ч. I. Экспериментальные модели стоматологических заболеваний. Одесса: КПОГТ, 2017. С. 59-67.

[Levitsky A. P., Denga O. V., Ivanov V. S. [and others]. The experimental stomatology. P. I. The experimental models of stomatological diseases. Odessa: KPOGT, 2017: 59-67. (Ru)].

10. Левицкий А. П., Макаренко О. А., Демьяненко С. А. Методы экспериментальной стоматологии (учебно-методическое пособие). Симферополь: Тарпан, 2018. 78 с.

[Levitsky A. P., Makarenko O. A., Demyanenko S. A. Methods of experimental dentistry. Simferopol, Tarpan, 2018: 78. (Ru)].

11. Левицкий А. П., Макаренко О. А., Деньга О. В. [и др.]. Экспериментальные методы воспроизведения и определения степени дисбиоза в тканях полости рта *Вісник стоматол.* 2010. № 2. С. 22-23.

[Levitsky A. P., Makarenko O. A., Denga O. V. [and others]. The experimental methods of restoration and estimation of the degree of dysbiosis in oral tissues. *Dentistry Bulletin.* 2010; 2: 22-23. (Ru)].

12. Левицкий А. П., Рейзвих О. Э. Взаимосвязь дисбактериоза и стоматологических заболеваний у детей (обзор литературы) // *East Eur Sci. J. (Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe).* 2016; 5(9): 99-103.

[Levitsky A. P., Reizvikh O. E. The correlation of dysbiosis and stomatological diseases in children (review). *East European Scientific*

Journal (Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe). 2016; 1(5(9): 99-103].

13. Левицкий А. П., Стефанов А. В. Методы определения активности эластазы и ее ингибиторов: методические рекомендации. Киев: ГФЦ, 2002. 15 с.

[Levitsky A. P., Stefanov A. V. The methods of the determination of the activity of elastase and its inhibitors: method guide lines. Kiev, GFK, 2002:15. (Ru)]

14. Левицкий А. П., Шнайдер С. А., Скиба В. Я. [и др.]. Экспериментальные методы воспроизведения стоматита: методические рекомендации. Одесса, 2015. 19 с.

[Levitsky A. P., Shnaider S. A., Skiba V. Ia. [and others]. The experimental methods of stomatitis reproduction: method guidelines. Odessa, KPOGT, 2015: 19. (Ru)]

15. Стальная И. Д., Гаришвили Т. Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты. *Современные методы в биохимии (ред. В. Н. Орехович).* – М.: Медицина, 1977. С. 66-68.

[Stalnaya I. D., Garishvili T. G. The method of revelation of malonic dialdehyde with thiobarbituric acid. Moskva, Meditsina, 1977:66-68. (Ru)].

16. Трухачева Н. В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 379 с.

[Truhacheva N. V. Mathematical Statistics in biomedical research using application package Statistica. Moskva, GJeOTAR-Media, 2012: 379. (Ru)].

17. Levitsky A. P., Egorov B. V., Lapinskaya A. P. [and others]. Inadequate fat diet. *Journal of Education Health and Sport.* 2020; 10(7):248-255. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.07.029>.

18. Silva F., Oliveira E. E., Ambrósio M. G. E. [and others]. High-fat diet-induced obesity worsens TH2 immune response and immunopathologic characteristics in murine model of eosinophilic oesophagitis. *Clin Exp Allergy.* 2020; 50(2): 244-255. doi: 10.1111/cea.13533.

Надійшла до редакції 19 березня 2021 р.

Прийнято до друку 02 квітня 2021 р.

УДК 616.34+615.874

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-45

А. П. Левицкий, І. О. Селіванська, А. П. Лапінська

ПРОФИЛАКТИКА АЛИМЕНТАРНОГО СТОМАТИТУ ФИТОПРЕПАРАТОМ «КВЕРТУЛИН»

Ключові слова: аліментарний стоматит, високожирове харчування, дисбіоз, антидисбіотичний засіб.

Мета: дослідити профілактичну дію антидисбіотичного фітопрепарату квертулін на стан слизової оболонки ротової порожнини (СОПР) щурів з аліментарним стоматитом.

Методи. Аліментарний стоматит відтворювали у щурів, які отримували з кормом 15 % пальмової олії, а з питною водою лінкоміцин. Через 40 днів годівлі у щурів в СОПР визначали активність еластази, каталази, уреаз, лізоциму і вміст малонового діальдегіду (МДА). За співвідношенням активності каталази і вмісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ), а за співвідношенням відносних активностей уреаз і лізоциму розраховували ступінь дисбіозу. Одна з груп щурів з аліментарним стоматитом отримувала фітопрепарат квертулін у дозі 300 мг/кг.

Результати: У щурів, які споживали пальмову олію на тлі дисбіозу, достовірно зростає в СОПР рівень еласта-

зи, МДА, уреаз та знижується рівень каталази і лізоциму. Знижується також індекс АПІ, однак зростає ступінь дисбіозу. У щурів, які отримували пальмову олію на тлі дисбіозу і одночасно фітопрепарат квертулін, в СОПР знижувались рівні еластази, МДА, уреаз, однак суттєво підвищувався рівень каталази, лізоциму, індекса АПІ. Знижувалась значно ступінь дисбіозу.

Висновок.

Профілактична ефективність препарату «Квертулін» при аліментарному стоматиті становить 34 %.

А. П. Левицкий, И. А. Селиванская, А. П. Лапинская

ПРОФИЛАКТИКА АЛИМЕНТАРНОГО СТОМАТИТА ФИТОПРЕПАРАТОМ «КВЕРТУЛИН»

Ключевые слова: алиментарный стоматит, высокожировое питание, дисбиоз, антидисбиотическое средство.

Цель: исследовать профилактическое действие антидисбиотического фитопрепарата «Квертулин» на состояние слизистой оболочки ротовой полости (СОПР) крыс с алиментарным стоматитом.

Методи. Алиментарный стоматит вызывали у крыс, которые получали с кормом 15 % пальмового масла, а с питьевой водой линкомицин. Через 40 дней кормления у крыс в СОПР определяли активность эластазы, каталазы, уреазы, лизоцима и содержание малонового диальдегида (МДА). По соотношению активности каталазы и содержания МДА рассчитывали антиоксидантно-прооксидантный индекс АПИ, а по соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима рассчитывали степень дисбиоза. Одна из групп крыс с алиментарным стоматитом получала фитопрепарат квертулин в дозе 300 мг/кг.

Результаты: У крыс, получавших пальмовое масло на фоне дисбиоза, в СОПР увеличивается уровень эластазы, МДА, уреазы и степень дисбиоза, однако снижается активность каталазы, лизоцима и индекс АПИ. У крыс, которые получали квертулин, в СОПР снижается активность эластазы, уреазы, степень дисбиоза и содержание МДА и возрастает активность каталазы, лизоцима и индекс АПИ.

Вывод.

Профилактическая эффективность препарата квертулин при алиментарном стоматите составляет 34 %.

A. P. Levitsky, I. A Selivanskaya, A. P. Lapinskaya

PREVENTION OF ALIMENTARY STOMATITIS WITH PHYTOPREPARATION "KVERTULIN"

Keywords: alimentary stomatitis, high-fat diet, dysbiosis, antidiabetic agent.

Aim: to investigate the prophylactic effect of the antidiabetic phytopreparation kvertulin on the condition of the oral mucosa (OM) of rats with alimentary stomatitis.

Methods. Alimentary stomatitis was reproduced in rats fed

with 15% palm oil and with drinking water - lincomycin. After 40 days of feeding the rats, the activity of elastase, catalase, urease, lysozyme, and the content of malondialdehyde (MDA) were determined in the OM. The antioxidant-prooxidant index (API) was calculated from the ratio of catalase activity and MDA content, and the degree of dysbiosis was calculated from the ratio of relative urease and lysozyme activities.

Results: In rats that consumed palm oil on the background of dysbiosis, the level of elastase, MDA, urease in OM significantly increased and the level of catalase and lysozyme decreased. The API index also decreases, but the degree of dysbiosis increases. In rats treated with palm oil on the background of dysbiosis and at the same time phytopreparation kvertulin, the levels of elastase, MDA, urease decreased in OM, but the level of catalase, lysozyme, API index significantly increased. The degree of dysbiosis was significantly reduced.

Conclusion.

Prevention of alimentary stomatitis by preparation kvertulin equal to 34 %.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Участь авторів:

Левицький А.П. – ідея, дизайн дослідження, корекція статті;

Селіванська І.О. – проведення дослідження, на основі поставленої мети і методів дослідження, аналіз результатів, їх обговорення, участь у написанні статті, анотації;

Лапінська А.П. – участь у дослідженнях, аналіз літератури і статистичних результатів, висновки.

Електронна адреса для листування з авторами:

irina.selivanskaya@gmail.com (Селіванська Ірина).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-50
УДК: 615.322:[581.144.4:633.878.32].074

ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЛУК, ЩО ПЕРЕГАНЯЮТЬСЯ З ВОДЯНОЮ ПАРОЮ, ЛИСТЯ *POPULUS×BEROLINENSIS* DIPPEL.

- А. М. Рудник, к. фарм.н., доц. каф. фармакол., фармакогноз. та ботан.
С. Д. Тржецинський, д. біол. н., зав. каф. фармакол., фармакогноз. та ботан.
- Запорізький державний медичний університет

Вступ

Тополя берлінська (*Populus×berolinensis* Dippel) – природний спонтанний гібрид тополі лавролистий (*Populus laurifolia* Ledeb) та тополі чорної пірамідалної (*Populus italica* (DuRoi) Moench.), який вперше був виявлений і досліджений у ботанічному саду Берліна у 1870 році, звідки власне і отримав назву. В умовах України це велике дерево заввишки до 30 м з широко піра-

мідалльною густою кроною з тонкими гілками, кінці яких загнуті вгору і розміщені регулярно. Листки 7-12 см завдовжки і 4-7 см завширшки, яйцеподібно-еліптичні або яйцеподібно-ромбічні, найширші посередині або в нижній частині з довгою видовжено-загостреною верхівкою і клиноподібною або заокругленою основою. З верхньої сторони ясно-жовто-зелені, блискучі, знизу зеленувато-сірі до білуватих, матові, з характерни-

ми жовтими смолистими смугами зі споду. Край листка крупно-пилчастий, просвічує, як у чорних тополь, хвилястий, що вирізняє цей гібрид серед інших тополь [1, 2].

Тополя берлінська відрізняється швидким ростом, морозостійкістю, здатна рости на засоленних ґрунтах, посухо- та вітровитривка, завдяки чому широко культивується по всій території України приблизно з 40-х років XX століття. Тополю берлінську використовують як у алейних посадках для озеленення міст, так і у лісовому господарстві для отримання деревини та створенні полезахисних насаджень [1].

Листя різних видів тополь (т. чорної, т. тремтячої, т. білої) здавна застосовують в народній медицині України в якості протизапальних, сечогінних, анагетичних, протимікробних засобів, для лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи (простатити, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, цистит), суглобів (подагра, ревматоїдний артрит), дихальної системи (бронхіти, пневмонії), як внутрішньо (настої, настойки), так і зовнішньо [3]. На фармацевтичному ринку України, на жаль, є лише один препарат, який містить екстракт листя осики (т. тремтячої) – таблетки Простамед (Німеччина).

Такий широкий спектр біологічної активності, за літературними даними, обумовлений наявністю великої кількості фенольних сполук (флавоноїди (галангін, хризин, піностробін, піноцембрин,

кверцетин), фенологлікозиди (саліцин, популін), гідроксикоричні кислоти (ферулова, кавова, хлорогенова, неохлорогенова), ефірної олії та дубильних речовин [4].

Спираючись на багатовіковий досвід застосування листя тополь у народній медицині, продовжуючи комплексне фітохімічне дослідження сировини рослин роду тополя, метою дослідження стало вивчення складу та вмісту сполук, що переганяються з водяною парою, листя тополі берлінської, для оцінки можливості використання цієї сировини як лікарської.

Матеріали та методи дослідження

Сировину для досліджень заготовляли з дерев, що ростуть в ботанічному саду Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (50°01'46" N 36°14'02" E.) у червні 2019 р. Ідентифікацію рослин проводили за сприяння кандидата біологічних наук, доцента Гамулі Ю.Г., порівнюючи з гербарними зразками, які зберігаються на кафедрі ботаніки та екології Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Сировину сушили за кімнатної температури протягом трьох днів. Після збору сировину приводили у стандартний стан відповідно до загальних вимог належної практики культивування та збору лікарських рослин (GACP) [5].

Компонентний склад сполук, летких з водяною парою досліджували на хроматографі Agilent

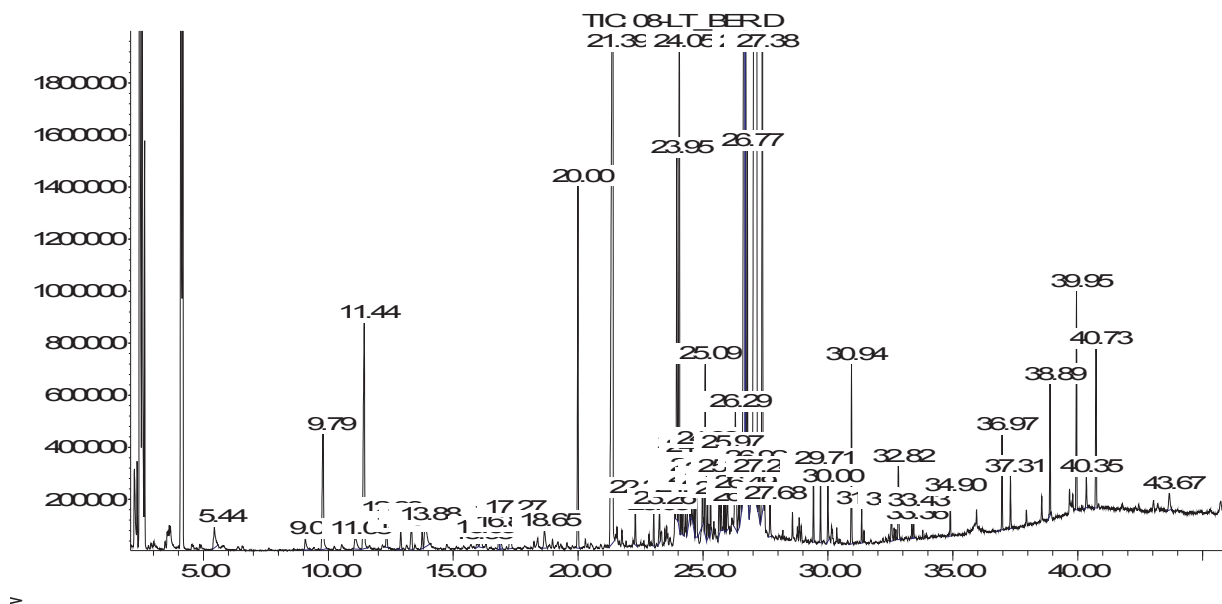


Рис. 1. Схема хроматограми сполук, що переганяються з водяною парою, листя *Populus × berolinensis* Dippel.

Сполуки, щопереганяються з водяною парою, листя *Populus × berolinensis* Dippel. (n = 3, p ≤ 0,05)

№ з/п	Час утримання, хв	Сполука	Вміст, мг/кг
<i>Ациклічні монотерпеноїди</i>			
1	13,33	ліналоол	5,9 ± 0,05
2	12,33	транс-ліналоолоксид	5,2 ± 0,05
3	12,9	цис-ліналоолоксид	3,6 ± 0,03
4	15,95	епоксиліналоол	1,3 ± 0,03
<i>Моноциклічні монотерпеноїди</i>			
5	16,82	α-терпінеол	5,4 ± 0,06
6	16,8	борнеол	3,5 ± 0,05
<i>Ациклічні сесквітерпеноїди</i>			
7	23,02	транс-α-бергамотен	3,9 ± 0,05
8	25,3	фарнезол	5,5 ± 0,07
9	29,42	гексагідрофарнезиллацетон	7,6 ± 0,09
10	18,65	гераніол	5,3 ± 0,06
11	23,25	геранілацетон	5,2 ± 0,07
<i>Моноциклічні сесквітерпеноїди</i>			
12	24,42	β-бісаболен	8,8 ± 0,08
13	27,37	α-бісаболол	82,5 ± 1,35
14	23,95	α-куркумен	50,2 ± 1,22
15	25,64	дигідрокуркумен	7,5 ± 0,08
<i>Біциклічні сесквітерпеноїди</i>			
16	27,14	β-евдесмол	677,0 ± 8,32
17	26,67	γ-евдесмол	234,0 ± 5,11
18	26,77	хінесол	39,0 ± 1,23
19	24,21	α-аморфен	10,9 ± 0,36
20	24,64	δ-кадінен	5,6 ± 0,05
21	25,97	δ-кадінол	10,1 ± 0,24
22	24,71	α-каламенен	12,6 ± 0,33
23	25,08	α-калакорен	21,3 ± 0,45
24	25,83	каріофіллоксид	6,0 ± 0,07
25	26,68	кубенол	92,3 ± 1,45
<i>Трициклічні сесквітерпеноїди</i>			
26	24,98	спатуленол	4,8 ± 0,04
<i>Ароматичні сполуки</i>			
27	21,38	евгенол	217,7 ± 3,33
28	9,08	фенол	3,6 ± 0,03
29	11,43	саліциловий альдегід	53,6 ± 0,84
30	29,99	бензилсаліцилат	7,5 ± 0,07
31	11,07	бензиловий спирт	5,3 ± 0,05
32	17,27	етоксибензиловий спирт	6,8 ± 0,07
33	13,87	β-фенілетилловий спирт	10,0 ± 0,22
34	24,05	β-фенілетил-2-метилбутират	79,7 ± 0,85
35	24,12	β-фенілетил-3-метилбутират	4,5 ± 0,07
36	25,72	β-фенілетилтиглат	4,2 ± 0,08
<i>Інші сполуки</i>			
37	32,81	фітол	11,6 ± 0,11
38	39,94	сквален	27,4 ± 0,32
39	5,43	цис-3-гексен-1-ол	7,0 ± 0,07
40	13,75	2,6-диметилциклогексанол	3,5 ± 0,04
41	9,78	1,2-циклогександіон	30,1 ± 0,35
42	30,94	пальмітинова кислота	20,7 ± 0,25
43	31,35	етилпальмітат	4,0 ± 0,05
44	33,35	етиллінолеат	1,9 ± 0,03
45	33,43	етилліноленат	3,1 ± 0,05
46	16,88	додекан	3,7 ± 0,03
47	22,29	тетрадекан	6,2 ± 0,05
48	34,9	трикозан	5,2 ± 0,07
49	36,97	пентакозан	11,6 ± 0,11
50	38,89	гептакозан	15,2 ± 0,12
51	40,73	нонакозан	22,2 ± 0,34

Technologies 6890N (США) з мас-спектрометричним детектором 5973N, за методикою наведеною у [6]. Сполуки ідентифікували порівнянням отриманих мас-спектрів з даними бібліотеки мас-спектрів NIST05 і WILEY 2007 з використанням програм для ідентифікації AMDIS і NIST. Розрахунок вмісту компонентів проводили методом внутрішнього стандарту.

Статистичне оброблення результатів здійснювали відповідно до вимог ДФУ 2.0 5.3.N.1 «Статистичний аналіз результатів хімічного експерименту N» із використанням програми «SPSS Statistics 26.0». Використовували непараметричний критерій Манна-Вітні, при порівнянні статистичних показників був прийнятий рівень значущості $p < 0,05$ [7].

Результати дослідження та їх обговорення

При хроматографічному аналізі (рис. 1), у листі тополі берлінської встановили присутність 65 сполук, що переганяються з водяною парою, загальним вмістом 2026,4 мг/кг, 51 з яких вдалось ідентифікувати (1881,3 мг/кг). Вміст 14 неідентифікованих сполук становив 145,1 мг/кг. Склад та вміст ідентифікованих сполук наведений у таблиці.

Як видно з таблиці, сполуки, що переганяються з водяною парою листя тополі берлінської представлені терпеноїдами, ароматичними сполуками, насиченими і ненасиченими вуглеводнями. Співвідношення цих груп речовин складо: 69,9 : 20,9 : 9,2.

Серед ідентифікованих, переважають кисневмісні сполуки – 32 сполуки, загальним вмістом 1674,2 мг/кг (82,6 % від загального вмісту), на частку 15 безкисневих припадає 212,3 мг/кг. Серед кисневмісних сполук левову частку займають спирти – 21 сполука (1606,7 мг/кг), також містяться 7 естерів (147,8 мг/кг), 1 альдегід (53,6 мг/кг), 3 кетони (42,9 мг/кг) і 3 оксиди (14,8 мг/кг).

Найбільший вміст становлять сполуки терпенової природи, а саме 26 сполук (1315,0 мг/кг), серед яких значно переважають біциклічні сесквітерпеноїди β - і γ -евдесмол (677,0 та 234,0 мг/кг відповідно), що є характерною ознакою для веге-

тативних і генеративних органів бальзамічних тополь [8, 9]. На думку авторів, при стандартизації сировини, саме ізомери евдесмолу можуть бути речовинами-маркерами. Також у значній кількості містяться кубенол 92,3 мг/кг, хінесол 39,0 мг/кг, моноциклічні сесквітерпеноїди α -бісаболл та аг-куркумен 50,2 мг/кг, решта компонентів терпеноїдної природи міститься у міnorних кількостях.

Частка 10 ароматичних сполук листя тополі берлінської складає 392,9 мг/кг. Серед них у найбільшій кількості міститься евгенол (217,7 мг/кг), естер β -фенілетилового спирту – β -фенілети-2-метилбутират (79,7 мг/кг) та характерний для всіх рослин роду тополя саліциловий альдегід (53,6 мг/кг) – агліконфенологлікозидів рослин роду тополя.

Таким чином, отримані дані значно розширюють відомості про компонентний склад сполук, що переганяються з водяною парою, листя тополі берлінської і дають підставу прогнозувати антибактеріальну та протизапальну активність екстрактів на її основі.

Висновки

1. Вперше методом хромато-мас-спектрометрії визначений вміст та склад сполук, що переганяються з водяною парою листя *Populus ×berolinensis* Dippel., яка культивується в Україні.

2. Встановлено, що загальний вміст сполук, що переганяються з водяною парою склав 2026,4 мг/кг. Ідентифіковано 51 сполуку. Домінують за вмістом: β -евдесмол (677,0 мг/кг), γ -евдесмол (234,0 мг/кг), α -бісаболл (125,9 мг/кг), евгенол (217,7 мг/кг), кубенол (92,3 мг/кг), хінесол (39,0 мг/кг).

3. Отримані дані свідчать про перспективність подальших фітохімічних досліджень листя тополі берлінської як перспективного джерела для створення нових лікарських засобів з протизапальною, антибактеріальною, анальгетичною активністю.

Литература

1. Іщук Л. П. Особливості використання видів і гібридів роду *Populus* L. у ландшафтах урбанізованого середовища [Електронний ресурс] / Л. П. Іщук // Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Лісівництво та

декоративне садівництво. – 2016. – Вип. 255. – С. 107-120. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvnaul_is_2016_255_14.

2. Худолєва Л. В. Біотехнологічні аспекти вирощування короткочасних плантацій *Populus* та *Salix* в Україні: автореф. дис.

на здобуття наук. ступеня. канд. біол. наук: спец. 03.00.20 «Біотехнологія» / Л. В. Худолєєва. – К., 2019. – 22 с.

3. Тополя / Бородіна Н.В. // Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/6796/topolya>.

4. Бородіна Н. В. Фармакогностичне дослідження рослин роду Вербові та створення на їх основі лікарських засобів: дис. ... докт. фармац. наук: 15.00.02 / Бородіна Наталія Валеріївна. – Харків, 2021. – 575 с.

5. WHO guide lines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants // World Health Organization Geneva. – 2003. – 72 p. <https://www.who.int/medicines/publications/traditional/gacp2004/en/>.

6. Krechun, A.V., Mykhailenko, O.A. & Kovalev, V.N. Analysis of essential oils from several hybrid *Iris* varieties. *Chem Nat Compd.* – 2020. – N. 56. – P. 361-363.

7. Державна фармакопея України / ДП «Український науковий

фармакопейний центр якості лікарських засобів». 2-ге вид. – Харків: ДП «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів». – 2015. – Т. 1. – 1110 с.

8. Хромато-мас-спектрометричне дослідження ефірної олії бруньок тополі лавролистий та тополі берлінської / А. М. Рудник, Н. В. Бородіна, В. М. Ковальов, С. І. Мазурець // Журнал клінічної та експериментальної медицини. – 2012. – №1 (16). – С. 120-123.

9. Рудник А. М. Дослідження сполук, що перегоняються з водяною парою, листя тополі волосистоплідної / А. М. Рудник // *Norwegian Journal of development of the International Science.* – 2019. – № 37. Vol. 1. – С. 40-43.

Надійшла до редакції 22 квітня 2021 р.

Прийнято до друку 06 травня 2021 р.

УДК: 615.322:[581.144.4:633.878.32] .074

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-50

А. М. Рудник, С. Д. Тржецинський

ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЛУК, ЩО ПЕРЕГОНЯЮТЬСЯ З ВОДЯНОЮ ПАРОЮ, ЛИСТЯ *POPULUS × BEROLINENSIS* DIPPEL.

Ключові слова: *Populus × berolinensis* Dippel., вербові, листя, сполуки, що перегоняються з водяною парою, хромато-мас-спектрометрія.

Продовжуючи комплексне фармакогностичне дослідження сировини рослин роду Тополя, метою роботи було дослідження складу та вмісту сполук, летких з водяною парою, листя тополі берлінської (*Populus × berolinensis* Dippel), яку широко культивують в Україні.

Сировину для досліджень заготовляли з дерев, що ростуть в ботанічному саду Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна (50°01'46" N 36°14'02" E.) у червні 2019 р.

Встановлено, що загальний вміст сполук, що перегоняються з водяною парою, склав 2026,4 мг/кг. Ідентифіковано 51 сполуку. Домінують за вмістом: β-евдесмол (677,0 мг/кг), γ-евдесмол (234,0 мг/кг), α-бисабол (125,9 мг/кг), евгенол (217,7 мг/кг), кубенол (92,3 мг/кг), хинесол (39,0 мг/кг). Отримані дані свідчать про перспективність подальшого дослідження цього виду сировини, для оцінки можливості використання її як лікарської.

А. М. Рудник, С. Д. Тржецинський

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЕДИНЕНИЙ, ПЕРЕГОНЯЮЩИХСЯ С ВОДЯНЫМ ПАРОМ, ЛИСТЬЕВ *POPULUS × BEROLINENSIS* DIPPEL.

Ключевые слова: *Populus × berolinensis* Dippel., листья, вербовые, соединения, перегоняющиеся с водяным паром, хромато-масс-спектрометрия.

Продолжая комплексное фармакогностическое исследование сырья растений рода Тополь, целью работы было изучение состава и содержания соединений, перегоняющихся с водяным паром, листьев тополя берлинского (*Populus × berolinensis* Dippel), который широко культивируют в Украине.

Сырье для исследований заготавливали с деревьев, растущих на территории ботанического сада Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина (50°01'46" N 36°14'02" E.) в июне 2019 г.

Установлено, что общее содержание соединений, перего-

няющихся с водяным паром, составило 2026,4 мг/кг. Идентифицировано 51 соединение. Доминируют по содержанию: β-эвдесмол (677,0 мг/кг), γ-эвдесмол (234,0 мг/кг), α-бисабол (125,9 мг/кг), эвгенол (217,7 мг/кг), кубенол (92,3 мг/кг), хинесол (39,0 мг/кг). Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения этого вида сырья, для оценки возможности использования его как лекарственного.

Anna M. Rudnyk, Serhiy D. Trzhetsynskyi

THE STUDY OF COMPOUNDS DISTILLED WITH WATER VAPOR OF *POPULUS × BEROLINENSIS* DIPPEL. LEAFS

Keywords: *Populus × berolinensis* Dippel., leaves, compounds distilled with water vapor, gas chromatography-mass spectrometry

Continuing the comprehensive pharmacognostic study of raw materials of plants of the genus Poplar, the aim of the study was to study the composition and content of compounds volatile with water vapor, Berlin poplar leaves (*Populus × berolinensis* Dippel), which is widely cultivated in Ukraine.

Raw materials for research were harvested from trees growing in the botanical garden of Kharkiv National University. V.N. Karazin (50° 01'46" N 36° 14'02" E.) in June 2019.

It was found that the total content of compounds distilled with water vapor was 2026.4 mg / kg. 51 compounds were identified. Dominated by the content of: β-eudesmol (677.0 mg / kg), γ-eudesmol (234.0 mg / kg), α-bisabolol (125.9 mg / kg), eugenol (217.7 mg / kg), cubenol (92.3 mg / kg), quinesol (39.0 mg / kg). The obtained data indicate the prospects for further study of this type of raw material to assess the possibility of using it as a drug.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Участь кожного автора у написанні статті:

Рудник Анна Михайлівна – концепція і дизайн дослідження; збір матеріалу; написання тексту.

Тржецинський Сергій Дмитрович – написання тексту; редагування.

Електронна адреса для листування з авторами:

+380939249684; anmiru@meta.ua (Рудник Анна Михайлівна).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-55
УДК 572.02: 611/612

АКТИВНЕ ДОВГОЛІТТЯ: ШЛЯХИ ДОСЯГНЕННЯ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

■ В. В. Крутов, д. юридич. н., к. пед. н., проф., почесн. акад.

■ Нац. акад. пед. н. України

Постановка проблеми

Нескінченні дискусії на тему відповідності медичних знань критеріям традиційної науки сьогодні, коли гострота ситуації у сфері боротьби людства з його фатальними недугами, вимагає системних зусиль, створюють своєю деструктивною роботою реальну небезпеку для життя світового соціуму. Постановка знаку тотожності між словосполученнями «наукове знання» та «правильне знання» некоректна та шкідлива, бо сфера наукового знання про людське здоров'я простягається лише на білково-нуклеїновий субстрат людини, тобто склад її фізичного тіла, тоді як причинна основа *Homo sapiens* є енергоінформаційною. Тому нині все очевиднішим стає факт, що займатися здоров'ям людини необхідно комплексно, і в новому підході до нього поряд з традиційною медициною своє належне місце має посісти інформаційно-енергетична медицина.

«Дивись у корінь!», – сказав відомий персонаж. З правотою цієї поради не посперечатися. У системній природі Людини енергоінформаційна основа – коренева, а тому звернення до неї є звернення до Людини як цілісної суті, що містить у собі причини й наслідки всього, що відбувається в її організмі. Саме цілісність багатовимірної та багаторівневої Людини і становить предмет інформаційно-енергетичної медицини, тоді як алопатична медицина працює лише з окремими її сегментами і тому нездатна охопити весь масштаб проблематики здоров'я, яке розуміється нами як відновлення повноти людської істоти і балансу її інформаційної, енергетичної та речової складових.

У тексті цієї статті нас, перш за все буде цікавити застосування енергоінформаційної медицини до вирішення проблеми активного, тобто здорового та плідного, довголіття людини. Чому саме його? Тому, що досягнення активного довголіття – наріжне завдання цивілізації, яка прагне, щоб кожен індивід жив максимально довго і продук-

тивно. Над цим завданням б'ється з давніх часів уся світова наука про Людину. І допомогти його вирішенню – обов'язок усіх, хто зараховує себе до найважливішої та найбільш затребуваною соціумом сфери життєдіяльності людини – сфери охорони її здоров'я.

Аналіз досліджень і публікацій по темі статті

Вивчення проблеми якісного довголіття в аспекті польових поглядів на здоров'я людини, субліматом яких є інформаційно-енергетична медицина, було підготовлено фундаментальними дослідженнями у сфері фізіологічного (природного) і прискореного (протиприродного) типу старіння, авторами яких є такі видатні вчені як С.П. Боткін, І.І. Мечніков, О.О. Богомолець, Н.Д. Стражеско, Д.Ф. Чеботарьов, О.В. Коркушко, В.П. Войтенко, А.В. Токар, Н.Б. Маньковський, В.В. Фролькіс, F. Bourliere, V. Korenchevsky, W.F. Anderson та низка інших. Їх різнобічні та плідні дослідження створили міцну платформу для досліджень нової плеяди вчених, таких як А.Є. Акімов, Г.Л. Апанасенко, В.О. Гаврилюк, М.Г. Гончаренко, О.Г. Гурвич, П.П. Гаряєв, Д. Діспенза, В.А. Караваєв, Г.М. Кібардін, Ф. Кінслоу, Д. Кехо, С.П. Ситько, В. Стайбл, Р. Шелдрейк, Д. Хемілтон та ін. З уявлень мислителів цих двох шкіл, «матеріалістів» та «полевіків», ціною величезної роботи склався фундамент інформаційно-енергетичної медицини – науково-практичної дисципліни, яка активно розвивається сьогодні черговим поколінням вчених із застосуванням авангардних технологій XXI століття.

У рамках багаторічного пошуку істинних знань про природу Людини автор статті сформував свій системний погляд на сутність та шляхи прогресу нової медицини. У складі його – низка концептів, впровадження яких, сподіваємося, зробить свій скромний внесок у розвиток інноваційної науки про здоров'я Людини.

Виклад основного матеріалу

Проблема досягнення якісного довголіття

— одна з найбільш фундаментальних проблем людської цивілізації, і причина тут у тім, що вона далеко виходить за рамки психофізіологічних аспектів людського здоров'я. У сучасному трактуванні Людини як біосоціальної розумної одиниці ця проблема прямо упирається в потребу її досягнення як *Homo cosmicus* — космологічної антропної сутності, яка несе в собі не тільки тілесний та психічний початки, а, істинно, всю повноту Всесвіту та діючих в ньому законів.

На жаль, цей підхід не властивий сучасній, заснованій на іманентних догматах матеріалізму у науці про довголіття: висуваючи тезу, що тривале і активне життя є пріоритетним завданням людини, вона не стосується багатьох інших фундаментальних питань, і в першу чергу питання про те, щоб, власне, є саме Життя і як людині досягти відповідності його законам. Тому, приступаючи до статті, спочатку з'ясуємо сам її предмет з позиції здорового глузду та без ілюзій, що панують над людиною через матеріалістичність її погляду на речі.

Головною ілюзією людства на цьому шляху є переконання, що Людина це фізичне тіло — і тільки. Тотальне панування цієї думки в науковому пізнанні з головою занурює нас увивчення виключно матеріального субстрату *Homo sapiens*, яким є його білково-нуклеїновий каркас, — тоді як останній є не більш ніж прояв у спостережуваному фізичному світі енергетичної, тонкої основи Людини. Дійсно, дані авторитетних наукових пошуків свідчать, що саме вона є сутнісною базою Людини, де сховані вищі причини всього, що складає нашу справжню природу, включаючи й те, що ми називаємо здоров'ям.

Життя показує: останнім часом позиції матеріалізму все більш тіснить справжнє Знання, яке неухильно зміщує пізнавальний процес у напрямку цільної, енерго-речової Людини. Динаміка цього руху стримується багатьма факторами, серед яких особливе місце займає відсутність у медичній науці сьогодення єдиного погляду на поняття здоров'я. Доводиться констатувати, що ця наука міцно заплуталася в самих його дефініціях, адже станом на сьогодні існує понад 150 (!) їх варіантів, і жоден з них не отримав твердого визнання в умах наукової спільноти. Серед них і «благополуччя» (ВООЗ, 1947, 1998), і «оптимальне функціонування організму» (Г.І. Царегородцев, 1973), і «повнокровне існування людини» (І. Смирнов, 1985), і «рівновага між індивідом і навколишнім

середовищем» (Weber, 1982), та багато інших. За П.І. Калью (1988), здоров'ям найчастіше вважають: 1) відсутність хвороби (з найбільшою частотою); 2) статистично мислиму «нормальну» функціональність організму — оптимальний перебіг фізіологічних та біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню; 3) здатність до виконання основних соціальних функцій; 4) благополуччя — фізичне, душевне, соціальне; 5) «динамічну рівновагу» організму, його функцій та чинників навколишнього середовища: чим стійкіше їх баланс, тим міцніше здоров'я; 6) здатність пристосовуватися до постійно мінливих умов існування в навколишньому середовищі, тобто адаптивність людського організму.

Найбільш просунутим на загальному тлі дефініцій є, на наш погляд, визначення Г.Л. Апанаценка, (1992) [1], який вважає основою здоров'я індивіда феномен життя, або життєздатність. Біологічна сутність здоров'я, вказує цей автор, випливає з основної властивості живих систем — їх здатності до самоорганізації: саморегулювання, самовідновлення, самооновлення, саморозвитку та самовідтворення. На жаль, і це визначення, при всій його вірності за суттю, не несе у собі повноти розуміння свого предмета, і правий Р. Долл (1978), який писав, що «...незважаючи на багато спроб виміряти здоров'я, не було запропоновано жодної шкали, яка мала б у цьому плані практичну цінність, і критерії позитивного здоров'я залишаються такою ж ілюзією, як вимірювання щастя, краси і любові».

В нашому розумінні і трактуванні, шкалою, про яку пише Долл, є сутнісна повнота Людини в єдності речовини (яку ми спостерігаємо), інформації та енергії (які приховані від нас). З цієї тріади традиційна медицина працює лише з речовою компонентою, а двох інших, причинних їй, по суті не знає і не стосується. Виходячи з цього визначення, ми розглядаємо здоров'я як сутнісну повноту, або інтегральну цілісність, Людини, що корениться в її енергоінформаційній природі. Оскільки це так, то життєво важливим інструментом досягнення здоров'я людини повинна стати інформаційно-енергетична медицина. Ми переконані, що при синергії можливостей теорії і практики класичної та нової медицини система охорони здоров'я суттєво підвищить свій ресурс, щоб адекватно та всебічно відповідати на найкритичніші загрози та виклики здоров'ю сучасної цивілізації.

У ранніх роботах, присвячених пошуку інноваційних знань про природу Людини, нами приділялося чимало уваги ролі та місцю в ній Тонкого, Причинного Світу. Туди, в Основу нашої природи, спрямовані погляди багатьох всесвітньо відомих учених, які підняли науку про Людину на відповідний їй суті рівень. Особливе місце серед них посідає Джо Діспенза, творець і популяризатор унікальної системи знань про людську природу. Він пише: «У квантовій фізиці є таке поняття, як «ефект спостерігача». Суть його в тім, що напрямок нашої уваги збігається з напрямком нашої енергії. Як наслідок, ми самі впливаємо на матеріальний світ (який, до речі, складається в основному з енергії). Якщо ви трохи подумаете над цим, то, ймовірно, віддасте перевагу спрямуванню уваги на те, чого ви хочете, а не навпаки. І, можливо, ви навіть подумаете: «Якщо атом на 99,99999 % складається з енергії і тільки на 0,00001% – з матерії, виходить, насправді я набагато більшою мірою ніщо, ніж щось! Так навіщо ж я буду зосереджуватися на цьому нікчемному відсотку фізичної складової, якщо насправді я – щось набагато більше? І чи не є найбільшим обмеженням те, що я визначаю власну реальність лише через чуттєве сприйняття?» [2].

Паростками зріючого усвідомлення цього факту багатьма дослідниками світу є авангардний напрям, який швидко розвивається в описі властивостей Живого – інформаційно-польовий. Пріоритет тут належить радянському вченому О.Г. Гурвичу, який у 20-х роках ХХ ст. створив свою знамениту «Теорію біологічного Поля», де, сміливо заглядаючи в майбутнє, намагався довести, що хромосоми та гени мають свій польовий еквівалент [3]. П.П. Гаряєв (1997) стверджував, що хромосомний апарат біосистеми функціонує одночасно і як джерело електромагнітних полів, і як їх приймач [4]. З цих та інших фундаментальних етапів складається шлях розвитку інформаційно-енергетичної медицини, успіх якої вирішений тією простою обставиною, що тільки її неподільним завданням є істинно цілісна, тобто цілком здорова людина. «Ми здатні створити собі кращу долю, адже ми не лінійні істоти з їх лінійним життям, а багатовимірні суті, які проживають багатовимірне життя», – пише Джо Діспенза [5], маючи на увазі цю цілісність і той суворий факт, що повнокровне, потужне життя, яке проживає людина, є поняття тотожне їй: хто цілісний, той істинно живий.

Знання цієї істини дозволяє зрозуміти, що ос-

нова здоров'я міститься у нетілесній, духовній природі Людини, і що здоров'я людини не є її метою, воно є умова і засіб вирішення нею її головного завдання – самореалізації, тобто виконання своєї життєвої Місії. Це означає: успішна, тобто у повноті самореалізована людина – це людина цілком здорова, і перш за все не в тілесному, а в духовному, кореневому своєму розумінні. Пояснимо цю думку на прикладі.

Відомо, що видатний фізик-теоретик, космолог і астрофізик Стівен Хокінг був надзвичайно успішною людиною. Почесний член Королівського товариства мистецтв і довічний член Папської академії наук, він був удостоєний Президентської медалі Свободи – найвищої нагороди цивільних осіб у США. Внесок цього вченого в науку визнаний одним з найбільших в історії. Однак при всьому цьому Хокінг був тяжко хворим – страждав на рідкісну форму хвороби моторних нейронів, яка повільно розвивається (також відому як бічний аміотрофічний склероз або хвороба Лу Геріга), що поступово паралізувала його. Невже в такому випадку наше твердження спростовано: успішний Хокінг був, однак, хворим? Відповідь єдина: він був абсолютно здоровий, але здоровий у фундаментальному, вищому сенсі. Тілесно хворий, Хокінг мав могутній дух стародавнього атлета, який призвів його, незважаючи на тяжку біду, до вершин всесвітнього визнання. Виходить, у високому та істинному розумінні він був одним з найбільш здорових людей, яких тільки знає історія, і саме цим великим здоров'ям він буде пам'ятний людям завжди.

Тільки одного цього прикладу з безлічі подібних досить, щоб зробити єдино вірний логічний висновок: здоров'я по суті своїй – це, перш за все, велич людського духу. Дух є Альфа і Омега всього найкращого, що приховано в людині і може бути нею проявлено в собі. Дух – це невичерпне Джерело мудрості та розсудливості, чистоти спонукань та морального зростання. І критично важливо знати кожному, що незмірно величезний Його потенціал несемо ми в собі за фактом народження. Але щоб ця вселенська Сила стала дієвим інструментом здоров'я людини, їй потрібно пройти шлях визнання своєї істинної природи і значущості в контексті завдань медицини нової ери, про яку ми говоримо у статті.

* * *

У визнанні справедливості сказаного дамо своє розгорнуте робоче визначення інформаційно-

енергетичної медицини. Вона є науково-практична дисципліна, яка має своїм предметом відновлення та підтримання цілісності людини як ключового фактора здоров'я у своєму справжньому розумінні. Саме ця медицина повинна у перспективі стати одним з найбільш дієвих інструментів досягнення активного довголіття. Її цілюща дія на людину виходить не ззовні, а з внутрішнього світу індивіда завдяки своїй відповідності законам енергетичної – тонкої, причинної природи людського Я. Це означає, що інформаційно-енергетична медицина є, перш за все, інструментом не лікаря як зовнішнього чинника, який входить з об'єктом лікування в суб'єкт-об'єктні відносини, а самої людини як активного діяча свого зцілення: в ньому вона на рівних і Лікар і Пацієнт, який формує таким чином відносини суб'єкт-суб'єктної властивості. І завдяки роботі з істинним Собою людина як цілитель-творець досягає не тільки свій життєвий Оптимум, а й алгоритм здорового перебігу всіх своїх життєвих етапів – від дитинства до глибокої старості, не дозволяючи стороннім впливам порушувати їх хід. Природно, досягти цього можливо лише завдяки навчанню людей за спеціальними програмами, впровадженими по всій вертикалі освітньої системи.

Пошук підходів до створення концептуальних основ інформаційно-енергетичної медицини, завдання якого поставив перед собою автор у складі групи вчених, зажадало розробки певного базису інтегральної системи знань про Людину у складі Природи, Соціуму та Космосу [6]. Верифікація її основних положень дозволяє в перспективі розглядати їх як органічну частину нової інтегральної картини Світу, яка синтетично об'єднує в собі достовірні фундаментальні знання про Всесвіт і Людину. Як відомо, сьогодні в рамках традиційної парадигми Людина представлена як фізична, психічна та соціальна сутність, що недостатньо для сприйняття її вусій повноті дійсної природи. Зазначена вище інтегральна система, вибудована нами на нових методологічних підходах, дозволила отримати більш системні знання про Людину. Ниніможемо констатувати: знайдено шлях її пізнання як багатовимірної та багаторівневої Реальності, що являє собою морфогенетичну та квантово-механічну систему, цілісний біоенергоінформаційний комплекс, пси-ментальну та духовну сутність.

Правильний підхід до вирішення цієї проблеми дозволяє дослідникам досягнути не тільки ба-

гатоаспектність Людини, а й домінантність в її природі тонкого, психічного (енергетичного) початку, керуючого її щільним (фізичним) тілом. Сьогодні настав той момент, коли це знання має перетворитися на реальну методологію формування здорової людини з генетично притаманним їй потенціалом активного довголіття. Дану задачу і покликана вирішувати інформаційно-енергетична медицина – наука, що апелює до тонкої, сутнісної природи Людини, робота з якою дозволяє не лікувати хвороби, стоячи перед ними як перед доконаним фактом, а вирішувати їх проблему шляхом профілактики, таким чином не допускаючи їх зародження.

Ця наука особливо важлива для літніх людей, енергетика яких, а, отже, і супротив негативним факторам середовища, прогресивно послаблюється і часто набуває фатальних темпів. Методи інформаційно-енергетичної медицини за допомогою спеціальних технологій та нескладних вправ дозволяють підвищити енергетичний статус організму і тривало підтримувати його без ослаблення, що на практиці означає забезпечити людині правильне (природне) старіння, а тим самим і досягнення рекордних рубежів довголіття. Саме цю мету нинімає геронтологія, з успіхами якої світ пов'язує надії на перетворення людської старості в пору здорового і повного енергії життя.

Історія людства знає величезну кількість прикладів, коли здорові думки, які живляться енергією любові та вдячності, щастя та радості, зцілюють організм без вживання лікарських препаратів. Безперечно, міць Думки творить дива! Ось чому найважливішим завданням людей є їх підготовка до старості не тільки на загальнобіологічному, а й, перш за все, на енергоінформаційному рівні. Люди, що з ранніх років займаються такими оздоровчими практиками і психотехніками, як йога, цигун, ушу, тайцзи-цюань, аутотренінги та афірмації, а також різними видами медитації, включаючи трансцедентальну, фундаментально стають на шлях підвищення якості життя та збільшення її тривалості. Ці заняття дозволяють їм не лише досягти тілесної гармонії, а й забезпечити не менший успіх у роботі з базовими ресурсами людини – її енергетикою та інформацією.

Загальновідомо, що у тибетській медицині лікування починається з процедур зміни структури свідомості, як ості мислення та всього духовного початку людини, здійснюваних шляхом формування таких особистісних рис, як добро-

зичливість, відкритість, здатність та прагнення відповідати добром на добро, любов до ближніх і світу навколо. На цій основі, привівши до оптимуму енергоінформаційний та біологічний потенціал організму, люди здатні будуть забезпечити собі повнокровне, радісне життя на довгі роки.

Приказка каже: людина – коваль свого щастя. Ми лише з роками починаємо усвідомлювати, наскільки мудра ця фраза. І оскільки кожен з нас сам буде своє життя, настала пора усвідомити, що матеріальні умови нашого буття без духовної – моральної та енергоінформаційної – складової безсилі дати нам бажане щастя.

Сучасна світова наука, яка досліджує причини довгожителства, дійшла до ствердження неможливості фізичного безсмертя людини, що і природно: як сутність підвладна часу і другому закону термодинаміки – закону самовільного зростання ентропії вселенської матерії, людина зобов'язана померти вже самим фактом свого народження. Але поборотися за довге та щасливе життя на Землі вона має всі шанси! Новітні досягнення квантової фізики, нейрофізіології, нової молекулярної біології та інших сучасних наук визначають сьогодні оптимальну тривалість життя в межах 120-130 років. Зрозуміло, це чимала надбавка до тих 70-80 середньостатистичних років, які для сучасної цивілізації є еталоном. Від чого ж можна отримати таку надбавку в наше життя? Відповідь очевидна: перш за все від самої людини. Якщо розум її відкритий для нових ідей і думки її спрямовані таким чином, щоб через Любов, Віру і Добро досягти гармонії зі своїм внутрішнім і зовнішнім середовищем, вона буде не тільки наповнюватися силою Духа, а і створювати навколо себе позитивне високочастотне енергоінформаційне поле. Щоб світ став добріше і краще, а людина жила довше, вона повинна трансформувати свій розум, налаштувавши його на Добро.

Відомий психолог Анатолій Некрасов у своїй книзі «Живі думки. Пігулка на кожен день» аналізує світогляд людини, піднімаючи питання усвідомлення та переоцінки цінностей, здатних змінити життя не тільки індивіда, але і всього людства Землі. Він пише: «Через перетворення себе і всього навколо, йдучи цим шляхом не зупиняючись, кожна людина може позбутися всіх хвороб і проблем! Для тонких планів (...) ми постаємо у вигляді енергій, які, у свою чергу, залежать від нашого внутрішнього стану. Чим більшою любов'ю наповнена людина, тим світліше (і тому сильні-

ше) думки, тим більше вона помітна для інших світів, для Світлих Сил, і тоді з нею йде більш активна взаємодія. Необхідно тут, у фізичному тілі, вчитися сприймати Світ більш тонко, через відчуття, почуття та думки». Взаємодії та зіткнення людей з будь-чим, а також події життя, за словами автора, відбуваються на енергоінформаційному рівні. Некрасов пише про це: «Кожна зустріч з будь-якою річчю, явищем, подією, а особливо з людиною – це складна кризова енергоінформаційна взаємодія. Навіть якщо не стикаються фізичні тіла на фізичному рівні, то на тонкому рівні взаємодіють тонкі тіла людини. Заповідь «Возлюби ближнього свого...» має енергоінформаційні обґрунтування». «Довіряйте першому руху вашого «Я», коли не встигає підключити розум, тому що енергетичний посыл іде спочатку в серце, а потім у мозок, і перше рішення часто є найоптимальнішим у даній ситуації» [7].

Важко сказати краще про сенс роботи, якою являє Некрасов суть інформаційно-енергетичної медицини – науки про те, як жити довго і щасливо. З цими думками перегукуються слова Джо Діспензи, який сказав: «Якщо все матеріальне у Всесвіті випромінює специфічну унікальну енергетичну сигнатуру (оскільки все складається з атомів), тоді ми з тобою теж випромінюємо свої власні специфічні енергетичні сигнатури. Ми з тобою незмінно поширюємо інформацію у вигляді електромагнітної енергії, ґрунтовану на стані нашого буття. Коли ти приймаєш такий піднесений емоційний творчий стан, як натхнення, посвята, подяка або відчуття непереможності, ти змушуєш свої атоми крутитися швидше (...) і випромінювати більш сильне енергетичне поле навколо твого тіла, що в свою чергу впливає на твою фізичну матерію. Тепер фізичні частинки, з яких складається твоє тіло, реагують на енергію, що зростає. Ти стаєш скоріше енергією, ніж матерією. Ти тепер скоріше хвиля, ніж частка. Використовуючи свою свідомість, ти створюєш більше енергії, піднімаючи матерію на нову частоту, і твоє тіло реагує на новий стан свідомості» [8].

Висновки та рекомендації

Проблема набуття здорового людського життя та активного довголіття як її сублімованого виразу неможлива без опори на знання істинної природи Людини. Взявши його за основу, автор статті звертає увагу на необхідність розвитку інформаційно-енергетичної медицини

як найважливішого ресурсу здоров'я людини, дає їй робоче визначення і вказує низку шляхів розвитку цієї перспективної науково-практичної дисципліни.

Результат цієї роботи полягає у встановленні істинно активного та дієвого характеру зрілому середовищі соціуму нової тенденції, суть якої полягає в трансформації Людини з об'єкта медичного впливу на суб'єкта-самозцілювача, який планомірно удосконалює інструментарій та стратегії роботи над собою [9].

З цією обставиною прямо пов'язана наша рекомендація колегам: ми закликаємо вас, друзі,

скориставшись інноваційними поглядами на природу Людини – в тому числі й висловленими нами – активно включитися в роботу з розвитку інформаційно-енергетичної медицини та зміцнення її союзу з класичною медициною. Світ вже давно чекає цієї зв'язки Здоров'я! Перед вами і автором цієї статті – величезне поле завдань: медицина Незримого, пізнати гігантські можливості якої людям ще належить, знаходиться у самому початку свого шляху. І віримо: коли ми об'єднаємо свої зусилля, цей шлях стане переможним, а його результати доступними всім тим, хто має в них потребу.

Литература

1. Апанасенко Г.Л., Гаврилюк В.А. Человек: эволюция, здоровье, бессмертие. Винница, изд-во «Вінницька газета», 2014. с.
2. Диспенза Джо. Сила подсознания, или Как изменить жизнь за 4 недели. Электронный ресурс: <https://monster-book.com/sila-podsoznaniya-dzho-dispenza>.
3. Гурвич А. Г. Теория биологического поля. – М.: Советская наука, 1944. с.
4. Гаряев П.П. – Волновой генетический код. М: Изд-во, 1997. ISBN 5-7816-0022-1.
5. Диспенза Джо. Сверхъестественный разум. Как обычные люди делают невозможное с помощью силы подсознания. М.: Бомбора, 2018, с. 17.
6. Крутов В.В. Эпистемологические основы квантовой революции и мировой системы безопасности в свете кризиса материалистической парадигмы мышления. *The International Scientific and*

Practical Conference «Education And Science Of Today: Intersectoral Issues And Development Of Sciences», 2021, Cambridge, GBR.

7. Некрасов А. Живые мысли. Таблетка на каждый день / А. Некрасов, 3-е изд., стер. – М.: Изд-во Центрполиграф, 2012. 248 с.: илл.; с. 8.

8. Диспенза Джо. Сам себе плацебо: как использовать силу подсознания для здоровья и процветания: [перевод с английского] / Джо Диспенза. – М.: Изд-во «Э», 2017. 416 с.:

9. Крутов В.В. Новая система знаний про Людину як методологія Медицини здоров'я. *Фітотер. Час.* 2019., № 4, с. 75-77.

Надійшла до редакції 25.03.2021 р.

Прийнято до друку 12.04.2021 р.

УДК 572.02: 611/612

DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-55

В. В. Крутов

АКТИВНЕ ДОВГОЛІТТЯ: ШЛЯХИ ДОСЯГНЕННЯ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ ІНФОРМАЦІЙНО-ЕНЕРГЕТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Ключові слова: здоров'я, Дух, енергія, синергетичний підхід, геронтологія, якісне довголіття, алопатична медицина, інформаційно-енергетична медицина.

У статті розглянуто питання про стратегії активного довголіття, відмінні від застосовуваних у традиційній медицині. Практика показує: ресурси останньої недостатні для успішного подолання системних проблем людей, наростаючих у міру старіння і сягаючих максимуму у похилому віці. Накопичення проблемності фізичного тіла у довгоживучих людей вимагає особливого, комплексного підходу в лікуванні з проникненням у кореневу природу Людини. Спираючись на інноваційні знання, в тому числі дані власних досліджень, автор веде мову про синергетичний підхід, що включає у себе, поряд з існуючою практикою лікування літніх людей, методи інформаційно-енергетичної медицини. Медицини, яка працює на рівні тонкої, причинної сфери людини, де лежать і розвиваються коріння всіх її захворювань. Такий шлях вирішення, вважає автор, несе максимальний лікувальний ефект організму на всіх поверхах його багатовимірності – речовини, інформації, енергії.

В. В. Крутов

АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ: ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Ключевые слова: здоровье, Дух, энергия, синергетический подход, геронтология, качественное долголетие, аллопатическая медицина, информационно-энергетическая медицина.

В статье рассмотрен вопрос о стратегии активного долголетия, отличающейся от применяемых в традиционной медицине. Практика показывает: ресурсы последней недостаточны для успешного преодоления системных проблем людей, возрастающих в меру старения и достигающих максимума в пожилом возрасте. Накопление проблемности физического тела у долгоживущих людей требует особенного, комплексного подхода в лечении с проникновением в корневую природу Человека. Опираясь на инновационные знания, в том числе данные собственных исследований, автор ведет речь о синергетичном подходе, который включает в себя, рядом с существующей практикой лечения пожилых людей, методы информационно-энергетической медицины. Медицины, которая работает на уровне тонкой, причинной сферы человека, где лежат и развиваются корни всех ее болезней. Такой путь решения, считает автор, несет максимальный лечебный эффект.

фект організму на всіх етажах его багатовимірності – речовина, інформація, енергія.

V. V. Krutov

ACTIVE LONGEVITY: WAYS TO ACHIEVE IN THE CONTEXT OF THE DEVELOPMENT OF INFORMATIONAL-ENERGETIC MEDICINE

Keywords: health, Spirit, energy, synergistic approach, gerontology, quality longevity, allopathic medicine, informational-energetic medicine.

The article discusses the issue of active aging strategies that differ from those used in traditional medicine. Practice shows that the resources of the latter are insufficient for successfully overcoming the systemic problems of people, growing with aging and maximum in old age. The accumulation of the problematic nature of the physical body in long-lived people requires a

special, comprehensive approach to treatment with penetration into the root nature of a person. Based on innovative knowledge, including data from his own research, the author is talking about a synergistic approach that includes, along with the existing practice of treating the elderly, methods of informational-energetic medicine. Medicine, working at the level of the subtle, causal sphere of a person, where the roots of all his diseases lie and are revealed. This way of solving, the author believes, bears the maximum healing effect for the body on all levels of its multidimensionality – substance, information, energy.

Конфлікт інтересів відсутній.

Крутов Василь Васильович – концепція, дизайн дослідження, написання тексту, редактування, висновки, анотація.

Електронна адреса для листування з автором:

kv.gusp@gmail.com Vasyl Krutov (Крутов В. В.).



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-61

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ 07.11.2016 Р. № 1171

ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОВІДНИКА КВАЛІФІКАЦІЙНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОФЕСІЙ ПРАЦІВНИКІВ. ВИПУСК 78 «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я»

Відповідно до абзацу 2 статті 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу 10 підпункту 8 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267, Указу Президента України від 03.12.2015 № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» наказую:

1. Затвердити зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого та впровадженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 (зі змінами), що додаються.

2. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра Лінчевського О. В.

В. о. Міністра У. Сунгур

Затверджено Наказ МОЗ України
07.11.2016 р. № 1171

Зміни

до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»

II. До розділу «Професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)» додати пункт 26: Ерготерапевт.

Кваліфікаційна характеристика Ерготерапевт
Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, реабілітацію, освіту, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, освіти, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Сприяє набуттю людьми з обмеженнями життєдіяльності максимального рівня функціональ-

ності та незалежності у всіх аспектах життя через певний набір занять (діяльності) та активних реабілітаційних технологій, відновленню у них фізичного, соціального та психічного здоров'я, поверненню людини до нормального соціального, професійного та побутового функціонування, відновлення автономності, інтеграції її у суспільство у закладах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та за їх межами.

Безпосередньо проводить та приймає участь у проведенні кількісної та якісної оцінки активності та участі особи, визначенні напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, обмежень життєдіяльності людини.

Розробляє на засадах пацієнт-центричності та індивідуальних реабілітаційних цілей відповідно до чинного законодавства в галузі охорони здоров'я, реабілітації, освіти та соціального захисту, компоненти індивідуальної програми реабілітації щодо ерготерапевтичних реабілітаційних втручань та безпосередньо проводить ці втручання. Основуючись на рішеннях мультидисциплінарних команд реабілітаційних закладів, за скеруванням лікаря фізичної та реабілітаційної медицини або фахівців спеціальної освіти (в немедичному середовищі), або безпосередньо (в монопрофесійному середовищі).

Бере участь у аналізі виконання реабілітаційної програми та внесенні корективів на кожному з етапів. Постійно веде встановлену профільну оцінкову та звітну документацію з ерготерапії.

Співпрацює в тісному контакті з лікарями, фізичними терапевтами, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками та іншими членами мультидисциплінарної команди.

Бере участь у консультації щодо влаштування доступного і безпечного функціонального середовища вдома, на роботі, в громадських місцях, у соціальному оточенні осіб з обмеженими фізичними можливостями. Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень і шляхів досягнення особами з обмеженими фізичними можливостями максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення реабілітаційної програми та надання необхідної їм допомоги.

Проводить наукову та адміністративну діяльність. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації. Дотримується правил і норм професійної етики та деонтології.

Виконує професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах і організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Повинен знати: основи законодавства та нормативні документи України, міжнародні документи з питань охорони здоров'я, реабілітації, ерготерапії, освіти, соціального захисту, прав осіб з інвалідністю; цілі, принципи реабілітації дітей, дорослих та осіб літнього віку, методологію та зміст ерготерапевтичних заходів та вправ; принципи пристосування навколишнього середовища; теорію і практику ерготерапевтичних, корекційно-реабілітаційних заходів та процесів, психологічної допомоги, соціально- побутової адаптації, професійної реабілітації, соціально-середовищної реабілітації осіб усіх вікових категорій з обмеженнями життєдіяльності; стандартизовані методи оцінки активності та участі, напрямку та ступеня впливу контекстових факторів, загальні та спеціальні ерготерапевтичні, медичні, психологічні, педагогічні та соціальні дисципліни; ефективні методи, форми, прийоми реабілітаційної допомоги, корекційного та компенсуючого навчання і виховання; принципи роботи в мультидисциплінарній команді; індивідуальні психологічні особливості, вікові та нозологічні характеристики дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10); правила використання технологічних засобів та обладнання кабінетів ерготерапії та інших спеціалізованих реабілітаційних приміщень закладів охорони здоров'я, навчальних кабінетів, класів, спортивних та ігрових залів, спеціалізованих приміщень, які створено для реабілітаційної та корекційної роботи; сучасні досягнення науки та практики у відповідних галузях реабілітації та абілітації; основи управління й організації ерготерапевтичних та корекційно-реабілітаційних процесів в закладах охорони здоров'я, у масових і спеціалізованих закладах для дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку; етичні норми і правила організації реабілітації осіб усіх вікових груп з обмеженнями життєдіяльності; норми і правила ведення реабілітаційної, психологічної, педагогічної та статистичної документації.

Кваліфікаційні вимоги

Ерготерапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти

«Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Постійна участь у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства. Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Ерготерапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти

«Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Досвід участі у навчальних практиках студентів-ерготерапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 5 років.

Ерготерапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти

«Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Ерготерапевт: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Ерготерапія». Без вимог до стажу роботи.

III. До розділу “Професіонали в галузі медицини (крім сестринської справи та акушерства)” додати пункт 27: Фізичний терапевт.

Кваліфікаційна характеристика

Фізичний терапевт

Завдання та обов'язки. Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я,

реабілітацію, соціальний захист, права осіб з інвалідністю та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Здійснює реабілітаційні заходи з метою усунення, припинення або зменшення болю, відновлення функцій організму, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб (дітей та дорослих) з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату, ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, наслідками неврологічних, серцево-судинних, респіраторних та інших захворювань, людей літнього віку з віковими ускладненнями.

Здійснює обстеження, тестування, визначення функціонального стану та рівня фізичного розвитку особи, складанні компонентів індивідуальної програми реабілітації щодо реабілітаційних втручань фізичного терапевта та безпосередньо проводить ці втручання. Застосовує фізичні вправи, масаж та преформовані фізичні чинники.

Здійснює розробку та впровадження комплексу заходів і рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій.

Бере участь у аналізі виконання реабілітаційної програми та внесенні корективів на кожному з етапів. Постійно веде встановлену профільну оцінкову та звітну документацію з фізичної терапії.

Співпрацює в тісному контакті з лікарями, ерготерапевтами, педагогами, логопедами, психологами, соціальними працівниками та іншими членами мультидисциплінарної команди.

Проводить наукову та адміністративну діяльність. Постійно удосконалює свій професійний рівень. Зберігає таємницю індивідуальних програм реабілітації. Дотримується правил і норм професійної етики та деонтології.

Виконує професійні обов'язки в реабілітаційних центрах, медичних, освітніх, санаторно-курортних закладах, соціальних службах, установах

і організаціях державного, громадського і приватного секторів.

Повинен знати: чинне законодавство та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність фізичного терапевта; організацію реабілітаційної допомоги; пріоритетні технології, що застосовуються в сучасній реабілітаційній практиці; анатомію і фізіологію людини; основи медичної патології; методи профілактики і корекції м'язово-скелетних, неврологічних та кардіореспіраторних дисфункцій на підставі виявлення анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик; теорію застосування фізичних вправ; біомеханіку, моторний контроль, розвиток людини, кінезіологію та патокінезіологію, фізіологію праці; методiku, доцільність і обсяг застосування заходів профілактики і корекції рухових дисфункцій у осіб різного віку, зокрема при неврологічних, опорно-рухових, серцево-судинних і респіраторних захворюваннях; основи психології, стандартизовані методи оцінки активності та участі, напрямку та ступеня впливу контекстових факторів; ефективні методи, форми, прийоми реабілітаційної допомоги; принципи роботи в мультидисциплінарній команді; індивідуальні психологічні особливості, вікові та нозологічні характеристики дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ, 2001) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), правила використання технологічних засобів та обладнання спеціалізованих реабілітаційних приміщень закладів охорони здоров'я, навчальних кабінетів, класів, спортивних та ігрових залів, спеціалізованих приміщень, які створено для реабілітаційної та корекційної роботи; сучасні досягнення науки та практики у відповідних галузях реабілітації та реабілітації, основи управління й організації корекційно-реабілітаційних процесів в закладах охорони здоров'я, у масових і спеціалізованих закладах для дітей, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку; етичні норми і правила організації реабілітації осіб усіх вікових груп з обмеженнями життєдіяльності; норми і правила ведення реабілітаційної, психологічної, педагогічної та статистичної документації, основи наукових досліджень та науково доказових принци-

пів, планування і виконання експериментальних робіт, основи організації праці, адміністрації і менеджменту в державному і приватному секторах.

Кваліфікаційні вимоги

Фізичний терапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Постійна участь у навчальних практиках студентів - фізичних терапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства).

Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Фізичний терапевт вищої кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до фізичних терапевтів I кваліфікаційної категорії і, крім того, також повинен вміти:

- проводити та оцінювати результати складних методів фізичної терапії;
- консультувати складні випадки із залученням при необхідності спеціалістів відповідного профілю.

Фізичний терапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти

«Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Досвід участі у навчальних практиках студентів - фізичних терапевтів у якості супервізора. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) першої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 7 років.

Фізичний терапевт I кваліфікаційної категорії зобов'язаний відповідати вимогам, які ставляться до фізичних терапевтів II кваліфікаційної категорії, і, крім того, також повинен вміти:

- володіти удосконаленими методиками фізичної терапії;
- застосовувати новітні методи відновлення,

підтримки, розвитку рухових функцій людини;

- володіти спеціальними методами обстеження та тестування в лабораторних та клінічних умовах;

- оцінювати та використовувати результати обстеження, що були отримані за допомогою сучасних інструментальних методів;

- оцінювати та корегувати ефективність проведеної реабілітаційної програми та профілактичних заходів на основі об'єктивних показників.

Фізичний терапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Наявність сертифікатів, що підтверджують здатність застосовувати на практиці відповідні методики реабілітаційної допомоги у клінічному та неклінічному середовищах. Підвищення кваліфікації (відповідно до чинного законодавства). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) другої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Фізичний терапевт II кваліфікаційної категорії зобов'язаний володіти знаннями та навичками фізичного терапевта, крім того, *має вміти*:

- фізична терапія при неврологічних розладах внаслідок прогресуючих захворювань;

- фізична терапія при ураженнях опорно-рухового апарату внаслідок прогресуючих захворювань;

- визначати необхідність спеціальних методів обстеження та тестування в лабораторних та клінічних умовах;

- оцінити результати обстеження та тестування за допомогою сучасних інструментальних методів;

- провести диференційну діагностику ру-

хового порушення і встановити реабілітаційний прогноз, використовуючи прогресивні методи реабілітаційного обстеження.

Фізичний терапевт: вища освіта (магістр) в галузі освіти «Охорона здоров'я», спеціалізація «Фізична терапія» (або сертифікація за еквівалентністю). Без вимог до стажу роботи.

Фізичний терапевт *повинен вміти*: проводити комплексний огляд, обстеження та оцінювання окремого пацієнта / клієнта або потреб групи клієнтів; встановлювати рухове порушення, визначати реабілітаційні цілі, здійснювати прогноз та розробляти план реабілітаційного втручання; надавати консультації в межах своєї компетенції та визначати коли саме пацієнтам / клієнтам слід звернутися до інших фахівців сфери охорони здоров'я; виконувати програму реабілітації; визначати очікувані результати будь-якого втручання / програми реабілітації; надавати рекомендації щодо самостійної роботи:

- фізична терапія при травматичних ураженнях опорно-рухового апарату;

- фізична терапія при порушенні діяльності серцево-судинної та дихальної систем;

- фізична терапія при неврологічних розладах внаслідок непрогресуючих станів (черепно-мозкові та спінальні травми, інсульти);

- дослідженні у фізичній терапії;

- класифікувати тип порушення рухової функції, користуючись МКФ;

- проводити профілактику виникнення рухових порушень;

- проводити пропагування здорового способу життя і профілактику виникнення рухових порушень, які можуть перешкоджати проведенню комплексної реабілітації.



DOI:10.33617/2522-9680-2021-2-66

УДК 61: 001.5+61-0.28.82]:005.745(083.97)



Науково-практична конференція з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів пройшла за науково-методичним сприянням:
Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського, м. Київ
Національного еколого-натуралістичного центру учнівської молоді МОН України
ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»
Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи України
Національної наукової медичної бібліотеки МОЗ України
ТОВ «Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини», м. Дніпро
ТОВ «Академія натуральної і комплементарної медицини», м. Київ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ» (ДАЛІ – КОНФЕРЕНЦІЯ)

Гасло і тематика Конференції – «Здорова Родина – Здорова Країна» і «Здоров'я – це здоровий спосіб життя: від рослини до людини».

Конференцію внесено до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових семінарів і пленумів, які проводитимуться у 2021 році МОН України» (Посвідчення МОН України від 02.02.2021г., №144).

Конференція була проведена онлайн 16-17 квітня 2021 року з 9.00 до 17.00 у Національній науковій медичній бібліотеці МОЗ України за адресою м.Київ, вул. Льва Толстого, 7 та Таврійському національному університеті імені В.І. Вернадського за адресою м. Київ, вул. Джона Маккейна, 33, (метро Дружби народів), актову залу.

Мета Конференції – обговорення сучасного стану комплементарної/альтернативної (народної і нетрадиційної) медицини (далі – НіНМ) в Україні і світі, як єдиного цілісного медичного спрямування, так і окремих методів і практик у

контексті щодо здоров'я людства, здорового способу життя.

ТЕМАТИЧНІ НАПРЯМКИ КОНФЕРЕНЦІЇ

були представлені наступними проблемними питаннями:

- Сучасний стан розвитку комплементарної/альтернативної медицини в Україні та світі у відповідності з основними напрямками, викладеними в «Стратегії ВООЗ по народній медицині на 2014-2023 роки».

- Концепція та програма розвитку комплементарної/альтернативної медицини в Україні у контексті реформування системи охорони здоров'я.

- Медико-біологічні та соціальні аспекти здоров'я:

«Здорова Родина – Здорова Країна».

«Здоров'я і здоровий спосіб життя: від рослини до людини».

- Структура НіНМ в Україні, правові та юридичні аспекти.

- Науково-методичне обґрунтування застосу-

вання методів НІНМ у комплексній, превентивній терапії та медичній, фізичній терапії, ерготерапії і реабілітації на етапах первинної, вторинної і третинної профілактики захворювань із впровадженням стандартів і принципів доказової медицини.

- Проблеми якісної освіти фахівців у сфері НІНМ. Інтегрування методів НІНМ у навчальний процес.

- Економічна доцільність ефективності застосування методів НІНМ в умовах соціально-економічних проблем в Україні і світі.

- Психічне і фізичне здоров'я. Комплементарні/альтернативні скринінг-методи діагностики і корекції здоров'я.

- Методи психологічної реабілітації та їх вплив на здоров'я людини.

- Астропсихологія.

- Фітотерапія і фармакогнозія: досвід викладання за спеціальностями «Лікувальна справа», «Стоматологія» та «Фармація», «Фізична терапія, ерготерапія».

- Фітооздоровчі практики: від народних рецептів до науково обгрунтованих, зареєстрованих фітопрепаратів. Фіто – extempore.

- Нутрицевтики і парафармацевтики.

- Гомеопатія: досвід викладання і застосування в медицині і фізичній терапії, ерготерапії, медичній реабілітації.

- Гомеопатія і фармакологія – дві «сторони однієї медалі» здоров'я і лікування.

- Остеопатія, мануальна терапія: досвід викладання і застосування в медицині, фізичній терапії, ерготерапії, реабілітації

- Аюрведа і тибетська медицина: особливості, реалії і перспективи в Україні і світі.

- Китайська традиційна медицина: реалії і перспективи в Україні і світі.

- Іридодіагностика: експрес і скринінг-діагностика у практиці лікаря.

- Ароматерапія і фітоергономіка.

- Інформаційна медицина: досвід викладання і застосування в медицині, фізичній терапії, ерготерапії. Реалії і перспективи.

Інформаційна гігієна у сучасному світі. «Інформаційні хвороби сьогодення».

- Електропунктурна і інформаційна діагностика: досвід викладання і впровадження як скринінг-методу діагностики та контролю ефективності лікування і стану фізичного здоров'я.

- Цілителство: нормативно-правові аспекти врегулювання в Україні і світі.

- Питання деонтології і лікарської етики у сфері НІНМ. Культура спілкування і оздоровлення: «Слово лікує, слово зцілює».

- Лікувальна фізична культура як лікувально-профілактичний метод оздоровлення.

- SPA– процедури як метод реабілітації та оздоровлення.

- Актуальні питання і перспективи громадських організацій-асоціацій.

- ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України» – 17 років: історія становлення та перспективи.

- Сьогодення і майбутні реалії молодих науковців. Формування майбутньої наукової еліти. Біоетика в наукових дослідженнях.

МЕТОДИ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ / АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ЯКІ БУЛИ РОЗГЛЯНУТІ НА КОНФЕРЕНЦІЇ:

- Ароматерапія. Фітотерапія. Нутрицевтики, парафармацевтики.

- Апітерапія, гірудотерапія. Анімалотерапія

- Аюрведа, традиційні системи детоксикації та харчування.

- Інформаційна медицина. Біорезонансна терапія.

- Гомеопатія.

- Масаж, мануальна терапія, остеопатія, краніо-сакральна терапія, ерготерапія.

- Акупунктура, рефлексотерапія, суджок терапія. Електропунктурна діагностика.

- Традиційна китайська медицина, цигун терапія.

- Психологічна підтримка і корекція здоров'я.

SPA – процедури.

У Конференції були задіяні різні форми участі науковців, практичних лікарів, цілителів, молодих вчених, студентів:

- Усна доповідь з можливістю презентації в PowerPoint.

- Прес-конференція.

- Круглий стіл

- Презентація компанії.

- Учасник.

- Майстер-клас

- Семінар

- Публікація тез, статей.

- Заочна участь.

- Онлайн-участь учасників з країн ближнього і дальнього зарубіжжя, а також учасників з українських міст.

Згідно загальноприйнятих рекомендацій і умов наукових публікацій МОН України, що були попередньо доведені учасникам наукового заходу:

Матеріали Конференції опубліковані у фаховому науково-практичному журналі «Фітотерапія. Часопис» відповідно до вимог і рекомендацій до наукових статей.

Офіційні мови Конференції: українська, англійська.

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ І СЕРТИФІКАТИ із зазначенням кількості балів були видані після завершення Конференції: надіслані поштою за адресою, указаною в анкеті учасника.

Таким чином, Конференція була проведена згідно регламенту і програми, які були затверджені рішенням Вченої Ради Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського (протокол № 6 від 03.02.2021 року).

Вся інформація щодо участі у науковому заході як виступи, публікації надходила на **e-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com** та була розміщена на сайтах: **www: uanm. org.ua**

<http://www.tnu.edu.ua/>

<http://medinstitut.dp.ua/>

І була скерована Оргкомітетом, визначеним учасниками організаторами згідно програми науково-практичної конференції з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів: **«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ» 16-17 квітня 2021 р., м. Київ.**

У процесі наукового заходу Оргкомітет висловив вдячність усім за підтримку та надану допомогу у проведеному науково-практичній конференції з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ /
АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В
ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ», а саме:**

**Біонорика, Німеччина
Pharmaceutical Company «World Medicine»
ТОВ» Міжнародний центр гомеопатії»,
Медичний центр Familycare**

Медичний центр ТОВ «ФІТО-ДАНІМІР»

Ботанічний сад ім. акад. О.В. Фоміна

Астроцентр «Селена», м. Київ

Центру нетрадиційної медицини

«Енергетика», м. Київ

Медико-діагностичному центру «Яна», м. Луцьк

Центру здоров'я Миколи Яковчука, м. Київ

Інформаційне забезпечення:

«Здоров'я і довголіття»

«Фітотерапія. Часопис»

«Зелена планета Земної»

Інтернет-портали

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ БУВ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ВІДОМИМИ ВЧЕНИМИ УКРАЇНИ І ЗАРУБІЖЖЯ

Голова:

Казарін Володимир Павлович, доктор філологічних наук, професор, в.о. ректора Таврійського національного університету ім. В.І. Вернадського, м. Київ.

Остапенко Тетяна Анатоліївна, в.о. Генерального директора Національної наукової медичної бібліотеки України, м. Київ.

Костильолі Вінченцо, доктор медицини/ МД, президент Європейської Медичної Асоціації, Бельгія.

Поліщук Олександр Іванович, ВООЗ, Європейське бюро, м. Копенгаген.

Співголови:

Скаун Юлія Володимирівна, кандидат юридичних наук, доцент, Перший проректор Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського, м. Київ.

Наконечний Олександр Григорович, доктор фізико-математичних наук професор, Президент Академії наук вищої школи України.

Вербицький Володимир Валентинович, заслужений працівник освіти, доктор педагогічних наук, професор Київського національного університету ім. Т. Шевченка, директор Національного еколого-натуралістичного центру учнівської молоді МОН України.

Добровольська Наталія Анатоліївна, доктор психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського.

Гарник Тетяна Петрівна, доктор медичних наук, професорка кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського Націо-

нального університету імені В.І. Вернадського; головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Народна та нетрадиційна медицина»; президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»; експерт комісії з фітопрепаратів та гомеопатичних засобів ДЕЦ МОЗ України; академік Академії наук вищої школи України.

Москевіцієна Даїва, доктор медицини/ МД, професор, завідувачка кафедри холистичної медицини та реабілітації факультету наук про здоров'я, Клайпедський університет, Клайпеда, Литва.

Абрамов Сергій Вікторович, кандидат медичних наук, доцент, ректор Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини.

Андріюк Лук'ян Васильович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри реабілітації і нетрадиційних методів лікування ДВНЗ «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; головний позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації за спеціальністю «Народна та нетрадиційна медицина».

ЧЛЕНИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО КОМІТЕТУ:

Абрамов Віктор Васильович, доктор медичних наук, професор, президент Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини (ДМІТНМ).

Байбаков Володимир Михайлович, доктор медичних наук, професор, перший проректор ДМІТНМ.

Волошин Олександр Іванович, доктор медичних наук, професорка кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, академік Академії наук вищої школи України.

Горчакова Надія Олександрівна, доктор медичних наук, професорка кафедри фармакології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Коваленко Ольга Євгенівна, доктор медичних наук, професорка кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика; президент ВГО «Українська асоціація рефлексотерапії та медичної акупунктури».

Літвінова Лада Іванівна, керівник проекту Best Medical Practice, Україна-Бельгія-Велика

Британія.

Мороз Світлана Михайлівна, доктор медичних наук, професор ДМІТНМ.

Радиш Ярослав Федорович, доктор наук з державного управління, професор Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика.

Соколовський Сергій Іванович, кандидат медичних наук, доцент, проректор з міжнародних зв'язків ДМІТНМ.

Скрипнюк Зеновій Дмитрович, доктор біологічних наук, професор., ТОВ «Науково-дослідний інститут інформаційної медицини», м. Київ.

Шкляр Сергій Петрович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри організації охорони здоров'я, сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології ХМАПО.

Жукова Людмила Петрівна, директор центру нетрадиційної медицини «Енергетика», м. Київ.

Терехов Ерік, голова правління Міжнародної асоціації комплементарної медицини, Латвія.

Гокхен Айдогду, голова правління Асоціації комплементарної медицини, Туреччина.

НА ЗАСІДАННІ 16 КВІТНЯ 2021 РОКУ, яке розпочалося після реєстрації учасників Конференції он-лайн відкрила науково-практичну конференцію **Гарник Тетяна Петрівна**, яка надала слово для урочистого привітання:

Вінченцо Костильолі, доктор медицини/ МД, президент Європейської медичної асоціації, Бельгія, який акцентував увагу учасників на важливості наукової співпраці в аспекті розвитку комплементарної медицини.

Літвінова Лада Іванівна – керівник проекту BestMedicalPractice, Україна – Бельгія – Велика Британія, вітаючи учасників Конференції звернула увагу присутніх на включення до оздоровчих програм у Європі і Україні якісних перевірених комплементарних методів, які у Європі, зокрема, покриваються страховими компаніями.

Даїва Москевіцієна, завідувачка кафедри холистичної медицини та реабілітації факультету наук про здоров'я Клайпедський університет, Клайпеда. Литва інформувала учасників про науково-методичне забезпечення і співпрацю із ВНЗ України, зокрема з Дніпровським медичним інститутом традиційної і нетрадиційної медицини.

Сюй Мінтан, Гранд-майстер Ци-Гун, професор Університету ТКМ провінції Гуансі, тримач прямої лінії передачі імідж-медицини, заснов-

ника американського медичного дослідницького інституту «Кундавелл», директор пекінського інституту «Кундавелл», директор Міжнародного фонду «Мінтан», віце-президент Всесвітнього товариства медичного Ци-Гун побажав всім плідної співпраці, залучаючи практики Китайської традиційної медицини в Україні, з якою він тісно співпрацює, починаючи із середини 90-х років, маючи учнів і послідовників.

Гокхен Айдогду, Голова правління комплементарної медицини, Туреччина привітав учасників з надією на активний розвиток НІНМ в Україні і співпрацю із вченими Туреччини.

Наконечний Олександр Григорович, доктор фізико-математичних наук професор, Президент Академії наук вищої школи, Україна відмітив Відділення фундаментальних проблем медицини Академії наук вищої школи України, яке приділяє велику увагу фундаментальним дослідженням у галузі НІНМ, активній участі у наукових заходах, публікаціях.

Литвинчук Надія Юхимівна, державний експерт служби з питань інформаційної безпеки апарату, Рада національної безпеки і оборони України (РНБОУ) у телефонному режимі привітала учасників наукового зібрання і побажала всім організаторам і учасникам розвивати натуральну медицину і інтегрувати у первинну ланку охорони здоров'я, забезпечуючи і впроваджуючи якісні, ефективні, безпечні і перевірені науково і практично методи НІНМ.

Євтушенко В'ячеслав Вікторович, заступник завідувача відділу запитань охорони здоров'я Департаменту гуманітарної та соціальної політики Секретаріату Кабінету Міністрів України звернув увагу учасників конференції на актуальність тематики програми конференції і тих наукових заходів, які проходять за участі ВНЗ України і Європи і залученням громадських інституцій.

Вербицький Володимир Валентинович, заслужений працівник освіти, доктор педагогічних наук, професор Київського національного університету ім. Т. Шевченка, директор Національного еколого-натуралістичного центру учнівської молоді МОН України як співорганізатор озвучив плани на перспективу щодо співпраці з відомими вченими і громадською спільнотою над проблемою здоров'я і профілактичних оздоровчих практик серед молоді, школярів України із залученням центру учнівської молоді МОН України.

Терехов Ерік, голова правління Міжнародної

асоціації комплементарної медицини, Латвія передав через проректора з міжнародних зв'язків **Соколовського Сергія Івановича** свої вітання і сподівання на подальшу співпрацю у галузі НІНМ.

Горова Елла Володимирівна, заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги Управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України у телефонному режимі привітала учасників наукового зібрання і побажала всім творчої наснаги.

Радиш Ярослав Федорович, доктор наук з державного управління, професор Національного університету охорони здоров'я України, прийняв участь дистанційно у телефонному режимі, звернув увагу учасників на належні етичні і юридичні питання у проведенні як наукових, так і медичних практик при впровадженні методів НІНМ.

Абрамов Сергій Вікторович, ректор ДМІТНМ і Соколовський Сергій Іванович окреслили актуальність ВНЗ у підготовці майбутніх спеціалістів, звернувши увагу, що кордони науки і освіти у сучасному інформаційному просторі розширені і доступні. Цю тему продовжив у вітальному слові вчений із Німеччини Циганов Віктор Анатолійович, який упродовж 30 років співпрацює з вченими України, Європи.

Скакун Юлія Володимирівна, перший проректор Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського, вітаючи учасників наукового зібрання, звернула увагу на роль вченого, ім'я якого носить університет, у становленні здоров'я і відношенні до природи як значних оздоровчих чинників та впровадженні у ВНЗ нової спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» та якісного навчання майбутніх спеціалістів як для науки, так і для практичної діяльності.

Добровольська Наталія Анатоліївна, доктор психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського у зверненні до учасників Конференції, вітаючи усіх представників, наголосила на ролі майбутнього молодих вчених, студентів у їх зростанні і примноженні наукових і практичних надбань в ім'я відновлення і збереження здоров'я.

МОДЕРАТОРАМИ онлайн засідань були **Гарник Тетяна Петрівна**, **Головаха Марина Олександрівна** і **Жукова Людмила Петрівна**, які вели засідання, забезпечуючи сценарій і регламент програми.

НА ПЕРШОМУ ПЛЕНАРНОМУ ЗАСІДАННІ (9:45-12:30).

Гарник Т.П., Добровольська Н.А., Євтушенко В.В., Гарник К.В., Київ. Актуальні питання комплементарної / альтернативної медицини в оздоровчих практиках при підготовці фахівців в Україні і світі.

Андріюк Л.В., Львів. Скандинавська ходьба як ефективна форма кінезітерапії.

Марушко Ю.В., Київ. Терапія гострих респіраторних захворювань з кашлем у дітей з позицій доказової медицини. Обґрунтування фітотерапії в педіатрії.

Шитіков Т.О. Клініко-патобіохімічна іри-додіагностичні критерії проведення мануальної кінезітерапії при післякомоційному синдромі.

Зубицька В.О. Авторська фітотерапія в сучасній оздоровчій практиці лікаря.

Гарник Т.П., Київ. Застосування пробіотиків у постковідному періоді.

Андріюк Л.В., Грабоус О.В., Мацко Н.В., Магулка І.В., Львів. Додипломна і післядипломна освіта за фахом «Народна і нетрадиційна медицина» в оздоровчих практиках, медичній реабілітації. Навчально-методичне забезпечення.

Сюй Мінтан, Китай. Через активацію фізического тіла, енергетическої системи ісознання к нормализации иммунной системы.

Моцич О.П., Київ. Запалення в практиці педіатрії і сімейної медицини, сучасні можливості оптимізації та ефективного лікування.

Вакуленко Д.В., Тернопіль. Актуальність застосування Медичних інформаційних систем, «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для народної медицини на прикладі Китайської образної медицини та Рейки.

Бакалюк Т.Г., Вакуленко Д.В., Лупенко С.А., Тернопіль. Актуальність застосування «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я» для народної медицини на прикладі Китайської образної медицини та Рейки (он-лайн).

Хілініч В., Київ. Введення в Ци-Гун, Даоїнь, Бацзи і Китайську традиційну медицину.

Коваленко О. Є., Київ. Гострі питання впровадження комплементарних лікувально-оздоровчих методів у сучасну медицину: на чому ґрунтуються прихильність і недовіра.

Мацшин В.С., Київ. Медитація як інструмент розвитку стресостійкості. Види медитацій та від-

мінність за механізмом впливу на організм людини.

Глоба О.П., Київ. Інформаційна медицина та комплементарна реабілітологія в системі заходів профілактики захворювань і відновлення здоров'я.

Лисенко Н.І., Україна-Індія. Коронавірусна хвороба (COVID-19). Рекомендації Аюрведичної медицини щодо супроводу хворих і профілактики ускладнень.

Чорна Т.В., Київ. Комплексна ігрова кінезітерапія як метод сенсорної інтеграції у дітей із патологією розвитку.

13:00-19:30 ДРУГЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ, он-лайн трансляція (Україна-Литва).

Юдін О.В., Одеса. Інформаційно-енергетична структура людини.

Головаха М.О., Скрипнюк З.Д., Київ. Оптимізація навчання електропунктурної діагностики за методом Р. Фолля і інформотерапії.

Потоцька С.В., Київ. Іридодіагностика – скринінг діагностика захворювань щитоподібної залози.

Галян Я.О., Дніпро. Програма самовідновлення спеціаліста Східної медицини.

Крутов В.В., Київ. Якісне довголіття: шляхи досягнення у контексті розвитку інформаційно-енергетичної медицини.

Анохіна Г.А., Київ. Харчування хворих у постковідний період.

Осипенко О.Д., Буянов Ю.В., Київ. Вплив і використання біокосмічних ритмів для профілактики і лікування психосоматичних захворювань.

Горова Е.В., Київ. Комплементарна/альтернативна медицина – можливості і перспективи сьогодення.

Назарчук І.А., Харків. Гірудотерапія вертеброневрологічних розладів.

Абрамов В.В., Абрамов С.В., Соколовський С.І., Дніпро. Проблеми і питання комплементарної/ альтернативної медицини при підготовці майбутніх спеціалістів. Міжнародний досвід і співпраця.

Ковальова О.В., Ковальова А.А., Ковальова А.В., Запоріжжя. Інноваційні технології в комплексних програмах реабілітації осіб різних вікових груп та постраждалих в антитерористичній операції.

Маляренко Ю.О., Ковальова А.А., Ковальова А.В., Галустьян А. Запоріжжя. Сучасні методики відновлення хребта.

Пущина І.В., Ковальова А.А., Ковальова О.В., Запоріжжя. Інноваційні технології викладання у Технічному університеті за фахом «Фізична терапія. Ерготерапія».

Волков А.Д., Ковальова А.В., Ковальова О.В., Кошля О.В., Запоріжжя. Сучасні системи у комплексному лікуванні і реабілітації осіб після травми у тому числі – спортивної.

Жукова Л.П., Войтенко А.В., Київ. Погляд на комплементарну медицину в Україні і світі.

Таран Г.І., Губенко В.П. Дніпро. Київ. Значення фізичних факторів у формуванні м'язево-скелетних порушень у віковому аспекті

Євтушенко Т.В., Дніпро. Методи комплементарної медицини у лікуванні хронічних захворювань.

Таран Г.І., Сидоренко С.В., Волошин С.Є., Бовшик К.О., Дніпро. Мануальна терапія, як основа лікування пологової травми хребта і реабілітації у дітей з ДЦП.

Юдін О.В., Одеса. Дистанційна діагностика і корекція функціональних систем людини на різних відстанях.

Мацько Н.В., Грабоус О.В., Львів. Застосування ефірних олій в лікарській практиці.

Лабінський П.А., Львів. Апітерапевтичні методи в комплексному лікуванні пацієнтів з функціональними розладами біліарного тракту.

Грабоус О.В., Мацько Н.В., Львів. Су Джок акупунктурата реабілітація постінсультних розладів.

Пленарні засідання, майстер-класи, семінари, лекції он-лайн 16-17.04.2021 р.

Науковий захід було проведено дистанційно (онлайн) наблизили до робочих місць, до студентів, а також до молодих і зрілих практикуючих фахівців!

Презентація компаній і технологій: обмін інформацією.

17.04.2021 Майстер-клас, Конференційна зала Таврійського Національного університету імені В.І. Вернадського 10:00-16:55.

Скачко Б.Г., Київ. Особливості приготування багатокомпонентних зборів із лікарських рослин у періоді післяковідної реабілітації.

Земна Н.П., Київ. «Зелена планета» і здоров'я.

Жукова Л.П., Київ. Комплементарна медицина: біоенерго-інформаційні методики діагностики.

Галян Я.О., Дніпро. Вправи для системи відновлення і захисту спеціалістів Східної медицини.

Федорич О.В., Київ. Техніка безконтактної корекції положення хребта і тазу методами «Цигун».

Парахін А.І., Київ. Остеопатія. Мануальна терапія у практиці лікаря.

Крамар Е.Д., Київ. Біоінформаційна активність ароматичних олій у професійній ароматерапії.

Назарчук І.А., Харків. Гірудотерапія в неврологічній і загально-соматичній практиці.

Горбенко В.О., Одеса. Гірудотерапія в клініці внутрішніх хвороб.

Мишук О.Ф., Федорич О.В., Київ. Методика корекції крижово-клубового суглобу.

Головаха М.О., Київ. Електропунктурний підбір натуропатичних засобів при неускладненій легкій формі перебігу COVID-19 та на етапі медичної реабілітації.

Євтушенко І.П., Київ. Застосування трансових станів у практиці фізичної терапії.

Нагорняк С.М., Одеса. Авторські бальзами на травах у лікуванні захворювань шкіри.

Шитіков Т.О., Дніпро. Алгоритм експрес-діагностики і терапії віддалених наслідків після-комоційного синдрому методами мануальної кінезітерапії.

Яковчук М.С., Київ. Авторські методики оздоровлення. Причини, наслідки, лікування.

Мацишин В.С., Київ. Діагностика функціонального стану методом кардіоінтервалограми для оцінки ефективності аюрведичного лікування.

Алексєєнко С.І., Мелітополь. Комплементарна / альтернативна медицина. Універсальна програма відновлення психічного і фізичного здоров'я в лікуванні, профілактиці і попередженні захворювань.

14:00-16:30 СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ (ОН-ЛАЙН) 16.04.2021 року

Зайченко Г.В., Горчакова Н.О., Дорошенко А.І., Савченко Н.В., Київ. Рослинні засоби народної медицини в клінічній практиці.

Назарчук І.А., Харків. Гомеопатія і конституціональний підхід в оптимізації психоемоційного стану хворих із вертебологічними розладами.

Філіппов Ю.О., Євтушенко Т.В., Дніпро. По-

дагра. Варіанти лікування сучасної і альтернативної медицини.

Герасимець І.І., Л.С. Фіра, Тернопіль. Зміни цитокінового профілю в організмі щурів при експериментальному гострому гепатиті та після застосування густого екстракту з грибів майтаке.

Мельник А.І. Дубно, Рівненська обл. Калібратор сили шупа на біологічно активну точку.

Назарчук І.А., Харків. Лікування цервікалгій методами народної і нетрадиційної медицини: ефективні поєднання.

Філіппов Ю.О., Євтушенко Т.В., Дніпро. Ранній рак шлунку: діагностика, лікування і профілактика.

19:00-19:30 ЗАКЛЮЧНЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

19:00-19:30 – Обговорення доповідей. Дискусії. Звіти головуючих на засіданнях.

19:35-19:50 – Ухвалення резолюції Конференції (додається до звіту).

Вручення сертифікатів, посвідчень – всім учасникам були розіслані Новою поштою

19:55-20:00 – Урочисте закриття Конференції.

РЕЗОЛЮЦІЯ

Конференції з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ»

16-17 квітня 2021 р.

На сьогоднішній день Всеукраїнська громадська організація «Асоціація фахівців народної і нетрадиційної медицини України» (далі – Асоціація) та організатори наукових заходів: МОН України, Таврійський національний університет ім. В.І. Вернадського, Національний еколого-натуралістичний центр учнівської молоді МОН України, Національна наукова медична бібліотека України, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Академія наук вищої школи, Відділення фундаментальних проблем медицини, Дніпровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, ТОВ «Науково-дослідний інститут інформаційної медицини», Київ, ТОВ «Академія натуральної і комплементарної медицини, Київ» приділяли особливу увагу професійному навчанню і перепідготовці фахівців з комплементарної/альтернативної (народної і нетрадиційної) медицини (далі – КМ), що знайшло відображення в тематиці даної Конференції. Доробок науковців різних куточків України та світу представлений у доповідях пленарних засідань, майстер-класах, стендових доповідях, дискусіях.

16-17 квітня 2021 року в м. Києві, за адресою вул. Льва Толстого, 7 і Джона Маккейна, 33 відбулася Конференція з міжнародною

участю, залученням молодих вчених, студентів «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ» (далі – Конференція), у якій взяли впродовж двох днів онлайн участь понад 180 учасників, заслухали до 70 осіб, які донесли інформацію до учасників у вигляді доповідей, семінарів, майстер-класів: фахівці КМ, первинної ланки охорони здоров'я, науковці, викладачі вищих навчальних медичних і педагогічних закладів, практичні лікарі, психологи, реабілітологи, молоді вчені, студенти, а також науковці інших вищих навчальних закладів України, близького і далекого зарубіжжя.

Науковці і фахівці у галузі КМ на майданчиках у Києві, Львові, Дніпрі, Харкові, Запоріжжі, Одесі, підготували свої напрацювання і представили їх шляхом використання онлайн-технологій (ZOOM-платформа матеріали Конференції викладені <https://youtu.be/Rz8JF5YJX1Q>).

Адреси площадок в Україні:

Київ – вул. Льва Толстого, буд. 7, Джона Маккейна, 33.

Львів – проспект Червоної Калини, буд. 68, 4 міська клініка, 7-й поверх, аудиторія кафедри.

Дніпро – вул. Тітова, буд. 10, аудиторія.

Харків – кафедра сімейної медицини ХМАПО.

Запоріжжя – вул. Жуковського, буд. 64, 1-й корпус, третій поверх, аудиторія 320.

Одеса – вул. Сахарова, буд. 16, 2-й поверх медичний центр Янко-Медіком.

Міжнародна участь представлена майданчиками і учасниками з **Литви, Латвії, Німеччини, Бельгії, Туреччини**.

Було розглянуто багато аспектів і проблемних питань підготовки фахівців з КМ (НіНМ), фізичної терапії, ерготерапії. – від навчальних програм, методичного забезпечення до технічних засобів, міжнародного досвіду для різних напрямків і народної та нетрадиційної медицини, зокрема фітотерапії, ароматерапії, гомеопатії, рефлексотерапії, апітерапії, гірудотерапії, Аюрведи Китайської традиційної і Тибетської медицини, інформаційної медицини, біорезонансних технологій, нутріціології в аспекті сучасної проблематики – поширення COVID-19.

Представлені доповіді та практичні майстер-класи означили ефективність методів ароматерапії, фітотерапії, апітерапії, гірудотерапії та Аюрведи, Китайської традиційної медицини при різних захворюваннях, зокрема і при COVID-19.

Обговорені питання методології технічного забезпечення різних методів КМ (НіНМ) у комплексній, превентивній терапії і медичній та фізичній реабілітації, у тому числі і в постковідних станах.

Обговорені питання якості додипломної та післядипломної освіти фахівців, методів контролю рівня знань.

У зв'язку з цим, учасники науково-практичної Конференції з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів «**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ**» пропонують:

1. Надалі впроваджувати методи комплементарної/альтернативної (НіНМ) у первинну ланку охорони здоров'я, медичну і фізичну реабілітацію шляхом подальшого включення у програми ВНЗ додипломної та післядипломної освіти України;

2. Враховуючи сучасний стан тимчасових карантинних заходів, рекомендувати осередкам Асоціації фахівців з НіНМ застосовувати для роботи онлайн-технології з метою активізації співпраці;

3. Поінформувати фахівців щодо наявних онлайн-курсів, семінарів, курсів підвищення кваліфікації, методичних посібників, у тому чис-

лі через сайт і осередки НіНМ.

4. На основі матеріалів конференції ВНЗ підготувати інформаційні листи, методичні рекомендації за тематикою «Оздоровчі практики для різних вікових груп населення».

5. Навчальні напрацювання, програми, методичне забезпечення систематизувати та надати інформацію більш доступною через розміщення на електронних носіях (сайтах) ВМНЗ;

6. Надалі активно розширювати міжнародне співробітництво ВГО «Асоціація фахівців з народної та нетрадиційної медицини України», кафедр, установ та вищих навчальних закладів.

7. Залучити якомога більше фахівців з НіНМ до поширення інформації щодо позитивного впливу методів НіНМ на принципах доказової медицини, а також позитивного міжнародного досвіду, керуючись рекомендаціями і настановами ВООЗ до виступів у засобах масової інформації.

Обговорено та прийнято на заключному пленарному засіданні Конференції з міжнародною участю, залученням молодих вчених, студентів «**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕМЕНТАРНОЇ/АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ОЗДОРОВЧИХ ПРАКТИКАХ**» 17 квітня 2021 р. одногосно.

МОДЕРАТОРИ:

В.о. ректора Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського, доктор філологічних наук, професор – **В.П.Казарін**.

В.о. Генерального директора Національної наукової медичної бібліотеки України – **Т.А.Остапенко**.

Президент Європейської Медичної Асоціації, Бельгія, доктор медицини/МД – **Костильоли Вінченцо**.

Перший проректор Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського, кандидат юридичних наук, доцент – **Ю.В.Скакун**.

Президент Академії наук вищої школи України, д. фізико-матем. н., професор – **О.Г.Наконечний**.

Директор Національного еколого-натуралістичного центру учнівської молоді МОН України, заслужений працівник освіти, доктор педагогічних наук, професор Київського національного університету ім. Т. Шевченка – **В.В.Вербицький**.

Завідувач кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського, доктор психологічних наук, доцент – **Н.А.Добровольська**.

Президент ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»; професор

кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського; головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Народна та нетрадиційна медицина»; експерт комісії з фітопрепаратів та гомеопатичних засобів ДЕЦ МОЗ України; академік Академії наук вищої школи, Україна д. мед. н., професор – **Т.П. Гарник**.

Завідувачка кафедри холистичної медицини та реабілітації факультету наук про здоров'я, Клайпедський університет, Клайпеда, Литва, доктор медицини/ МД, професор – **Даїва Москевіцісене**.

Ректор Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини, к. мед. н., доцент – **С.В. Абрамов**.

Зав. каф. реабілітації і нетрадиційних методів лікування ДВНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького»; головний позаштатний спеціаліст департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації за спеціальністю «Народна та нетрадиційна медицина» д. мед. н., професор – **Л.В. Андріюк**



Шановні колеги, студенти та друзі!

Редколегія і редакція журналу вітає вас

ЗІ СВЯТОМ ХРИСТОВОГО ВОСКРЕСІННЯ!

*Щиро бажаємо здоров'я, Вам і Вашим сім'ям,
благополуччя, процвітання, віри в найкраще,
любові, миру, щастя Вашому дому, радості та
достатку, а в душі – гармонії та спокою!*



МАРЧИШИН СВІТЛАНИ МИХАЙЛІВНИ



Марчишин Світлана Михайлівна народилася 5 червня 1951 року у містечку Хоростків Копичинецького (нині Чортківського) району Тернопільської області у сім'ї службовців.

У 1968 році закінчила Хоростківську середню школу із золотою медаллю. 1968-1973 рр. – навчання у Львівському державному медичному інституті, закінчивши який отримала диплом з відзнакою та кваліфікацію провізора.

Трудову діяльність розпочала провізором-рецептарем аптеки № 122, м. Тернопіль (1972-1976 рр.). 1976-2009 рр. працювала старшим лаборантом, асистентом кафедри фармакології Тернопільського державного медичного інституту, старшим викладачем, доцентом кафедри загальної біології Тернопільського державного педагогічного інституту ім. Володимира Гнатюка, доцентом кафедри медичної біології з фармакогнозією і медичною ботанікою, доцентом, професором кафедри фармакогнозії з медичною ботанікою Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського

У 2000 р. брала участь у створенні фармацевтичного факультету Тернопільської державної медичної академії. У 2000–2003 рр. була деканом

фармацевтичного факультету Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, а з 2009 р. і на даний час завідувач кафедри фармакогнозії з медичною ботанікою Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

У 1983 р. Світлана Михайлівна захистила кандидатську дисертацію «Способи виділення фенольних сполук арніки гірської і арніки листяної, їх фармакодинаміка і ефективність при ураженнях печінки» (науковий керівник д-р мед. наук, проф. М. П. Скакун), у 2007 р. – докторську «Фармакологічне обґрунтування створення нового лікарського препарату на основі екстракту пирію повзучого» (науковий консультант – д-р фармац. наук, проф. Л. В. Яковлева) за спеціальністю 14.00.05 – фармакологія. Вчене звання доцента С. М. Марчишин отримала у 1993 р., професора – у 2011 р.

Сферою наукових інтересів С. М. Марчишин є вивчення лікарських рослин і створення на основі їх біологічно активних речовин нових лікарських засобів та фармакологічне обґрунтування створення нових лікарських засобів на основі субстанцій лікарських рослин.

Професор Марчишин С. М. підготувала 24 кандидати фармацевтичних наук, понад 35 магістрів, під її керівництвом захищено понад 100 дипломних робіт. На даний час виконується 3 кандидатських дисертації та дві дисертації на здобуття наукового ступеня доктора фармацевтичних наук.

Понад 20 років Світлана Михайлівна є позаштатним педагогічним працівником Тернопільського обласного комунального територіального відділення МАН України, керівником секції «Медицина». Підготувала більше 20 учнів, які стали призерами III етапу Всеукраїнського конкурсу-захисту науково-дослідницьких робіт.

Світлана Михайлівна володіє великим досвідом педагогічної роботи, прекрасний лектор і доповідач, її люблять і поважають студенти. Вона є кваліфікованим спеціалістом у галузі фармації і фармакології; учасником багатьох з'їздів і конференцій, у т.ч. і міжнародних.

Замісник редактора науково-практичного журналу «Фармацевтичний часопис», член редколегії журналу «Медична та клінічна хімія», «Клінічна фармація», член редакційної ради журналу «Современная фармація».

Є членом спеціалізованої вченої ради Д 64.605.03. при Національному фармацевтичному університеті; входить до складу галузевої конкурсної комісії II туру Конкурсу з галузі знань «Теоретична медицина».

Автор і співавтор більше 500 наукових праць, серед яких 7 монографій (Марчишин С.М., Сушко Н.О. Лікарські рослини Тернопільщини. Тер-

нопіль: Навчальна книга – Богдан, 2007. 312 с.), 3 підручники (у тому числі 1 національний підручник – Фармакогнозія: базовий підруч. для студ. вищ. фармац. навч. закл. (фармац. ф-тів) IV рівня акредитації / В. С. Кисличенко, І. О. Журавель, С. М. Марчишин та ін.; за ред. В. С. Кисличенко. Харків: НФаУ : Золоті сторінки, 2015. 736 с. (Національний підручник); 1 підручник англ. мовою – Pharmaceutical botany: textbook / Т. М. Gontova, А. Н. Serbin, S. М. Marchyshyn et al.; edited by Т. М. Gontova / Ternopil: TSMU, 2013. 380 p.), 4 посібників, 7 інформаційних листів, 9 методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України, 39 патентів, 1 авторського свідоцтва, 1 словника-довідника (Марчишин С. М. Екологічний словник-довідник (Основні терміни і поняття). К.: Рідна мова. 1998. 221 с.).

За свою плідну творчу роботу нагороджена Почесною грамотою Міністерства охорони здоров'я України (2007 р.), грамотою освіти і науки Тернопільської обласної державної адміністрації (2016 р.), подякою Міністерства освіти і науки України (2017 р.), Почесною грамотою Міністерства освіти і науки України, Національної Академії наук України (2018 р.), грамотою міського голови, грамотою за винахідницьку діяльність.

*ВГО «Асоціація фахівців з народної
нетрадиційної медицини України»*

*Редколегія і редакційна
Рада журналу «Фітотерапія. Часопис».*

УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ СТАТЕЙ У ЖУРНАЛІ «ФІТОТЕРАПІЯ, ЧАСОПИС».

Статті публікуються українською, англійською та російською мовами.

Авторський оригінал слід подавати обов'язково у двох формах – роздрукований на папері та в електронному вигляді, вони мають бути аналогічними і містити:

- індекс УДК, назву статті; прізвища та ініціали авторів; назву установи, де працюють автори, міста, країни (для іноземців);
- текст (стаття – до 9 стор.; огляд, проблемна стаття – до 12 стор.; коротка інформація – до 3 стор.). Питання про публікацію у журналі великої за обсягом інформації вирішується індивідуально;
- список цитованої літератури: загальна кількість до 20 джерел, для оглядів – до 50, при цьому до 50 % з них не раніше п'ятирічної давнини;
- резюме з повним заголовком статті, прізвищами та ініціалами авторів, ключовими словами (від 5 до 10 слів чи словосполучень, що розкривають зміст статті) **трьома мовами: українською, російською та англійською** (переклад має бути якісним);
- поштову та електронну адресу, номер телефону одного з авторів для опублікування у журналі;
- заповнений бланк ліцензійних умов використання наукової статті;
- номери телефонів для забезпечення оперативного зв'язку редакції з авторами.

Додатково **трьома мовами** надаються: прізвища, імена та по батькові всіх авторів, назви установ, у яких працюють автори, міста, наукові ступені, звання, посади, контактні дані. **УВАГА! Прізвища та імена редакцією не коригуються, друкуються в авторській редакції.**

Статтю підписують всі автори та надсилають у редакцію з офіційним направленням від закладу, в якому виконано роботу.

У кінці статті подають дані щодо конфлікту інтересів (наприклад, конфлікту інтересів немає) та **участі кожного автора у написанні статті**, а саме: (концепція і дизайн дослідження; збір матеріалу; статистична обробка даних; написання тексту; редагування).

У статті, називаючи лікарський препарат, перевагу надавати міжнародній непатентованій назві (INN), її писати з малої літери.

СТАТТЯ має містити нові наукові дані (для оглядів) та нові наукові результати (для оригінальних досліджень).

СТРУКТУРА основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей, публікацій.

Так, статті, що містять результати експериментальних досліджень, зокрема дисертаційних, складаються з таких розділів: вступ – актуальність, мета роботи, матеріали та методи дослідження, результати дослідження та їх обговорення, висновки.

У вступі необхідно чітко сформулювати мету роботи, яка відповідає на питання: що досліджується, в яких осіб (хворих), яким методом. У розділі: Матеріали та методи дослідження, крім основних методів, за якими проводили дослідження, обов'язково слід зазначити та описати методи статистичної обробки. Обговорюючи результати дослідження, не потрібно дублювати дані таблиць і рисунків, необхідно обмежитися найважливішими відомостями, які аналізуються. В обговоренні нові і важливі аспекти своєї роботи необхідно порівняти з даними інших досліджень, авторів, не повторювати інформацію зі

вступу чи результатів дослідження. Висновки статті мають розкривати проблему, яка обґрунтована в меті роботи.

РЕЗЮМЕ ДО СТАТТІ, в якій публікуються результати експериментальних досліджень, повинно мати ту ж структуру, що й стаття, і містити ті ж рубрики. Обсяг резюме – одна друкована сторінка.

Статті, які висвітлюють клінічні спостереження, огляди, статті з історії медицини, лекції оформляють інакше. Кожна публікація не англійською мовою супроводжується резюме англійською мовою обсягом не менше як 1800 знаків, у тому числі – ключові слова. Кожна публікація не українською мовою супроводжується резюме українською мовою обсягом не менше як 1800 знаків, у тому числі – ключові слова.

ФОТОГРАФІЇ, ЕХОГРАМИ мають бути виконані професійно вручну. **МАЛЮНКИ** подають в оригіналі (на зворотному боці ілюстрацій слід зазначити прізвища авторів, назва статті, номер та підпис до рисунка, верх та низ зображення) або в електронному вигляді (відскановані з роздільністю не менше 300 dpi і збереженні у форматах TIFF чи JPEG). Фотографії пацієнтів подаються з їхньої письмової згоди у такому вигляді, щоб особу хворого неможливо було встановити.

СПИСКИ ЛІТЕРАТУРИ складають тільки за алфавітом: спочатку праці українською та російською мовами (кирилицею), а потім латиницею. Порядок оформлення: для монографій – прізвище, ініціали, назва книжки, місце видання (місто, видавництво), рік, кількість сторінок; для статей із журналів та збірників – прізвище, ініціали, повна назва статті, стандартно скорочена назва журналу або назва збірника, рік видання, том, номер сторінки (початкова і остання), на яких вміщено статтю.

УВАГА! У зв'язку з необхідністю створення англomовного сайту як однієї з вимог входження до міжнародних наукометричних баз вносяться зміни до оформлення списків літератури. Бібліографічні посилання кирилицею дублюють англійською мовою (назву беруть з англійського резюме) і позначають мову написання статті в дужках (Ukr) або (Ru). Якщо в першоджерелі немає резюме, слід зробити кваліфікований переклад або транслітерацію назви латинськими літерами. З української мови прізвища автоматично можна транслітерувати згідно зі стандартом КМУ 2010 (паспортний), географічні назви – згідно зі стандартом УКППТ 1996 (спрощений) за посиланням [https:// www.slovnkyk.ua/ translit.php](https://www.slovnkyk.ua/translit.php). Транслітерацію з російської мови можна зробити за посиланням <http://translit.net/accaunt=bsi>.

Наприкінці потрібно вказувати цифровий ідентифікатор статті DOI, якщо такий є. Перевірити наявність у статті ідентифікатора DOI можна на сайтах [http:// search.crossref.org](http://search.crossref.org) [https:// www.citethisforme.com](https://www.citethisforme.com). Для отримання інформації щодо DOI потрібно ввести в пошуковий рядок назву статті англійською мовою.

Усі статті, надіслані для публікацій підлягають рецензуванню. Редакція залишає за собою право змінювати стиль оформлення статті. За необхідності стаття може бути повернута авторам для доопрацювання та відповідей на запитання.

Коректура авторам не висилається, вся друкарська підготовка проводиться редакцією за авторським оригіналом. Відхилені рукописи авторам не повертають.

P.S.! Передрук статей можливий лише з письмової згоди редакції та з посиланням на журнал.

Статті надсилати за адресою:

Редакція журналу «Фітотерапія. Часопис»

(Голова редакційної ради Т. П. Гарник)

04123, Київ, вул. Червонопільська, буд. 2В, к. 16

ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»

тел.: +38 (050) 353-03-26.

E-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com

<http://phytotherapy.vernadskyjournals.in.ua>

www.uanm.org.ua

ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВОЇ СТАТТІ У ЖУРНАЛІ «ФІТОТЕРАПІЯ, ЧАСОПИС»

Ліцензіар _____

(ПІБ автора, співавторів)

надає Ліцензіату, виданню журналу «Фітотерапія, часопис», безоплатно невиключну ліцензію на використання наукової статті

(назва статті)

згідно з нормами чинного законодавства України.

Ліцензіар гарантує, що володіє виключними авторськими правами на надану Ліцензіату наукову статтю, і передає йому такі права:

- 1) на опублікування статті у журналі «Фітотерапія, часопис»,
- 2) на розміщення наукової статті повністю або частково у мережі Інтернет на сайті журналу,
- 3) на адаптацію та переклад статті згідно з редакційними вимогами,
- 4) надає довідку про перевірку статті щодо плагіату,
- 5) на використання метаданих статті (назва, ПІБ авторів, анотації, бібліографічні матеріали) шляхом оброблення і систематизації, доведення до загального відома,
- 6) на внесення до різноманітних пошукових систем, наукометричних баз, зокрема міжнародних,
- 7) на передачу, зберігання й опрацювання персональних даних без обмеження строку відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р.

Ліцензіар

*(М.П. наукової установи,
що засвідчує підпис Ліцензіара)*

Шановні читачі!

Журнал «Фітотерапія, часопис» можна передплатити в усіх відділеннях Укрпошти.

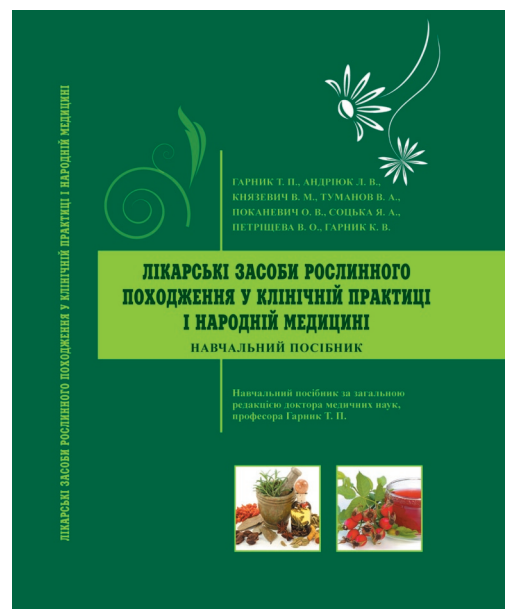
ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС – 06684



ЗАЛУЧАЙТЕСЬ ДО СПІВПРАЦІ!



ЗАЛУЧАЙТЕСЬ ДО СПІВПРАЦІ!





Засновники журналу:

**Всеукраїнська громадська організація
«Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної
медицини України»**

**Таврійський національний університет
імені В.І. Вернадського**

**Товариство з обмеженою відповідальністю
«Дніпровський медичний інститут традиційної
і нетрадиційної медицини»**

Журнал зареєстрований Міністерством юстиції
України 23 грудня 2020 року: Свідоцтво про державну
реєстрацію друкованого засобу масової інформації
Серія КВ № 24626 -14566ПР

Мова видання:

статті – українська, російська, англійська; анотації,
ключові слова – українська, російська, англійська.

Електронну версію наведено на сайті журналу

**<http://phytotherapy.vernadskyjournals.in.ua>
і на сайтах НБУ ім. В.І. Вернадського, Таврійського
національного університету ім. В.І. Вернадського**

Журнал є фаховим науково-практичним рецензованим
виданням для публікацій основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних, фармацевтичних,
біологічних наук, у тому числі: медична і фізична
реабілітація, ерготерапія.

Відповідальність за зміст, добір, достовірність наведених
у науково-практичних публікаціях журналу фактів,
статистичних даних, цитат, посилань несуть автори.

Передрук опублікованих статей можливий за згоди
редакції та з посиланням на джерело

Рекомендовано до друку Вченою Радою Таврійського
національного університету імені В.І. Вернадського
(Протокол № 8 від 24 квітня 2021 року).

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань
України (категорія «Б») з біологічних наук
(**спеціальність: 091. Біологія**) відповідно до
Наказу МОН України від 15.04.2021 № 420 (додаток 3),
медичних та фармацевтичних наук
(**спеціальності: 222. Медицина, 226. Фармація,**
промислова фармація) відповідно до
Наказу МОН України від 27.09.2021 № 1017 (додаток 3).

Підписано до друку: 28.09.2021

Формат 60х90/8.

Ум. друк. арк. 9,8

Зам. № 140 від 28.09.21

Наклад – 500 прим.

Дизайн та верстка Школярєнко Л. В.

Друк: ФОП Клевцова Г. Є.

м. Київ, вул. Кибальчича, 8 А, оф. 87

Тел. (044) 425-60-44,

e-mail: k_gala@ukr.net

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 5836 від 05.12.2017 р.

Адреса редакції:

**04123, м. Київ,
вул. Червонопільська, буд. 2В, к. 16,
м. Київ, Нова пошта, від. 153
ВГО «Асоціація фахівців з народної
і нетрадиційної медицини України»
тел.: +38 (050) 353-03-26.**

e-mail: phitotherapy.chasopys@gmail.com

www.uanm.org.ua