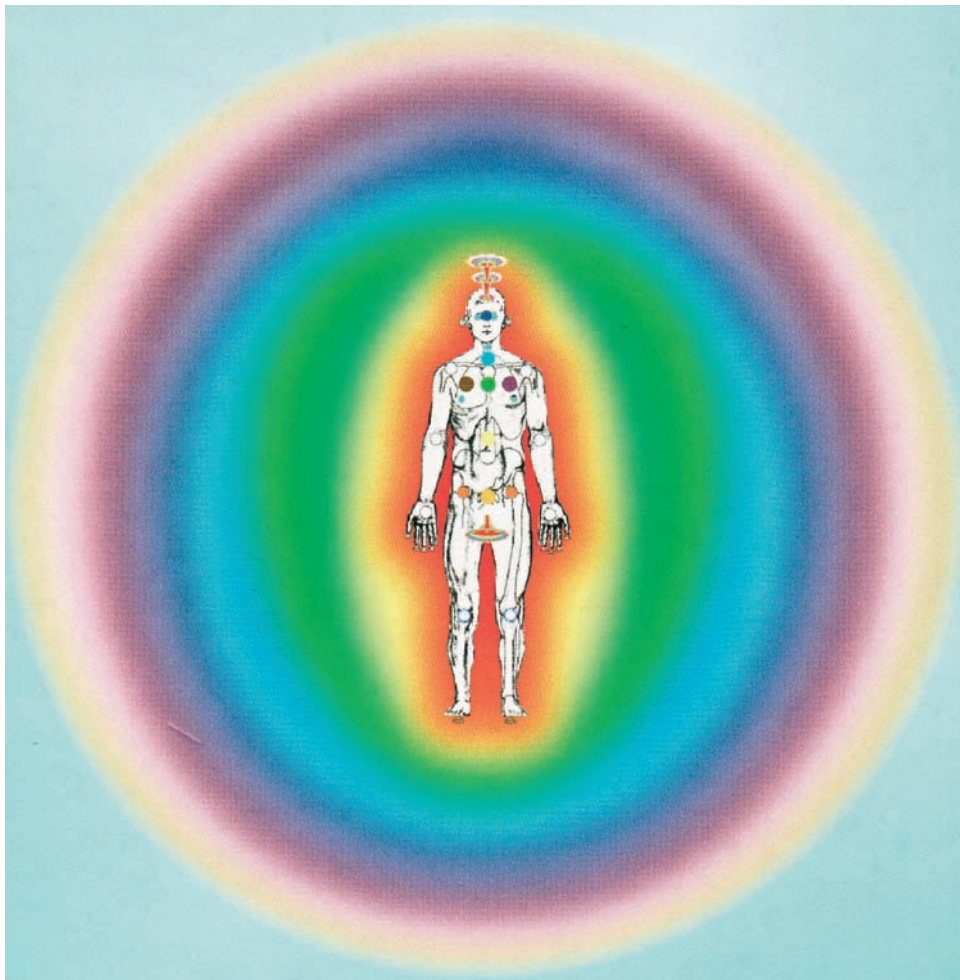


**Західний центр енергоінформаційних наук
Академія профілактичної медицини НТШ**

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ



**Збірник наукових праць
Випуск 6**

Львів 2012

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

Білинський Б.Т. – д-р.мед.н., професор
Васильчук А.Л. – канд.пед.н., доцент
Джунь В.В. – канд.філос.н., доцент (відповідальний секретар)
Дроздовська В.А. – д-р. геол.-мін. н., професор
Курик М.В. – д-р.фіз-мат.н, професор
Панишко Ю.М. – канд.мед.н., доцент (відповідальний редактор)
Петлін В.М. – д-р.геогр.н, професор
Позаченюк К.А. – д-р.геогр.н, професор
Томашевський Я.І. – д-р.мед.н., професор
Федоров Ю.В. – д-р.мед.н., професор
Шевчук Л.Т. – д-р.екон.н., професор

Рецензент: **Джафаров М.А.**, д-р.мед.н., професор, Заслужений працівник ФК і спорту України, Заслужений діяч ФК і спорту Азербайджанської Республіки

Друкується за ухвалою Академії профілактичної медицини НТШ №1 від 19.03.2012 р.

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2012. – Вип. 6. – 48 с.

До збірника увійшли 10 наукових та науково-методичних робіт. Збірник наукових робіт розрахований на працівників науково-дослідних інститутів, викладачів вищих та середніх навчальних закладів, лікарів, психологів, педагогів, філософів, біологів, географів, фахівців фізичного виховання та всіх, хто цікавиться феноменом людини.

Відповідальність за достовірність фактів, цитат, власних імен та інших відомостей, а також стилістику викладу несуть автори.

На обкладинці: фото з книги **А. Васильчука “Neznámé emoce”**

Комп’ютерна верстка та макетування: **О.М.Зварич**

Адреса редколегії: 79000, Львів, вул. Університетська, 1, ЛНУ імені Івана Франка, кафедра філософії; Джунь Валерій Володимирович, тел.: 239-43-72
e-mail: joun_dim@mail.lviv.ua

ISBN 978-966-665-682-0

© Ю. М. Панишко, 2012

ЗМІСТ

Відомості про авторів.....		4
Білинський Б.Т.	Клінічні помилки – результат некомпетентності лікаря	5
Васильчук А.Л.	Чакра муладхара	10
Готь І.М, Винарчук-Патерега В.В., Боровкова Я.Д.	Перспективи застосування у хірургічній практиці прокальцитоніну – нового маркера інфекційного запалення	17
Кравців Р.Й., Осташевський В.І.	Відродимо вівчарство – підсилимо народне господарство України	20
Матвієнко Ю.О.	Фармакотерапія аутистичних розладів	24
Стасів Я.В.	Започаткування та становлення руху тверезості в Галичині у 1840 – 1850-х роках ...	30
<i>Хроніка</i>		
Редколегія	Поздоровлення ювілярів	35
Панишко Ю.М.	Юрій Володимирович Федоров. До 55-річчя від дня народження	36
Панишко Ю.М.	Андрій Цезарович Боржієвський. До 40-річчя від дня народження	38
Куш О.О., Панишко Ю.М.	Пам'яті Володимира Михайловича Омельченка.....	40
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка серпня: Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини	41

Відомості про авторів

Білинський Борис Тарасович – доктор медичних наук, професор кафедри онкології та радіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Заслужений діяч науки і техніки України, академік АНВШ України.

Боровкова Ярослава Дмитрівна – магістрант кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Васильчук Анатолій Леонідович – кандидат педагогічних наук, доцент анатомії, лікар еніопсихолог, магістр психотроніки та біомагнітології, народний цілитель України, майстер спорту України.

Винарчук-Патерега Віра Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Готь Іван Мирославович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Кравців Роман Йосипович – доктор біологічних наук, професор, академік НААН України, голова ЛОО товариства “Знання”.

Куц Олег Олегович – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургічних хвороб Львівського медичного інституту.

Матвієнко Юрій Олександрович – кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Метельська Людмила Стефанівна – завідувач відділу автоматизації бібліотечно-бібліографічних процесів наукової бібліотеки Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Осташевський Василь Ігорович – кандидат сільськогосподарських наук, асистент Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького.

Панишко Юрій Митрофанович – кандидат медичних наук, доцент, почесний донор України.

Стасів Ярослав Васильович – магістр історії, викладач історії Львівського вищого професійного художнього училища.

КЛІНІЧНІ ПОМИЛКИ – РЕЗУЛЬТАТ НЕКОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ

В статті обговорюється необхідність знань в онкології для лікарів усіх фахів. Аналізується поняття ефективності діагностики на різних етапах розвитку рака. Приводиться принципова схема онкологічної служби, а також викладання онкології.

Ключові слова: лікар, діагностика, онкологія, онкологічна служба.

В работе обсуждается необходимость знаний онкологии врачами различных специальностей. Анализируется понятие эффективности диагностики на различных этапах развития рака. Приведена принципиальная схема онкологической службы, а также обучение онкологии на студенческом и последипломном этапе.

Ключевые слова: врач, диагностика, онкология, онкологическая служба.

The paper represents the necessity of oncological clinical knowledge for all medicals. The effectiveness of diagnostics on different level of cancer development are analysed. The status of oncology clinical studies is discussed.

Key words: doctor, diagnosis, oncology, oncology service.

Незалежно від вузького фаху, кожен лікар під час своєї клінічної практики зустрічається з онкологічними хворими, тому знання діагностики та лікування пухлин необхідне всім медикам. Це зумовлено поширенням пухлинної патології в сучасному світі. Як причина смерті злоякісні пухлини посідають друге місце після серцево-судинних захворювань.

Останніми роками спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на рак в усіх регіонах світу. Це пов'язано не тільки з удосконаленням методів діагностики та збільшенням тривалості життя людей, але й з об'єктивними причинами – значним погіршенням екологічного стану довкілля. Тому лікар повинен бути обізнаний із причинами раку, мати уявлення про зв'язок між виникненням пухлин і забрудненням середовища, а також розуміти механізми розвитку раку, що необхідно для обґрунтування профілактичних заходів і методів лікування. Цими знаннями повинні володіти усі лікарі і розуміти екологічні особливості свого регіону.

Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики. Лише рання діагностика пухлин може забезпечити надійне вилікування хворих.

Пухлинний процес, поряд із запальним чи дистрофічним, є одним з основних загальнопатологічних явищ і трапляється в усіх органах. Вже починаючи з студентської лавки, майбутній лікар стикається з онкологічними проблемами на більшості як теоретичних, так і клінічних кафедр. Викладання онкології в медичних вищих навчальних закладах покликане дати лікареві цілісне уявлення про онкологію як самостійну науку та практичну дисципліну. Оволодіння принципами і практичними навичками з профілактики, ранньої діагностики, знання показань та протипоказань до сучасних методів лікування онкологічних захворювань і організації онкологічної служби необхідні для своєчасного направлення хворих з пухлинами до спеціалістів-онкологів. Часто перший контакт онкологічного хворого з медициною є вирішальний для його подальшої долі – яка буде колективна думка лікарів, чи буде висловлена підозра на злоякісну пухлину і, відповідно, скеровано напрям пошуку, чи хворий надовго загубиться в системі діагностичних кабінетів і потрапить до онкологів в стадії завансованого процесу.

Визначення діагнозу покладає на лікаря велику моральну та юридичну відповідальність. Встановлення діагнозу “рак” хворому інколи завдає непоправної психічної травми, яка в осіб з лабільною психікою може призвести навіть до самогубства. Але наслідком псевдодіагнозу раку є застосування неадекватного лікування. Неправильний діагноз призводить не тільки до проведення небайдужої для організму променевої чи хіміотерапії, а також інвалідизації хворих (абляція грудної залози, накладання протиприродного заднього проходу та ін.).

Установлення діагнозу «підозра на рак» є теж багатоаспектним фактором. Такий діагноз вимагає застосування всіх наявних у розпорядженні лікаря діагностичних заходів або консультацій. Украй шкідливим і неприпустимим є лікування “*ex juvantibus*” хворих при підозрі на рак. Небажаним є також тривале дослідження хворих чи нагляд за ними. Своєчасна діагностика важлива для будь-якого захворювання, але особливого значення набуває вона в онкології, бо вилікування багатьох пухлин у ранніх стадіях можливе. У пізніх стадіях лікування більшості пухлин малоефективне.

На сьогодні практична медицина має багато засобів, що дають змогу розпізнати рак у початковій внутрішньоепітеліальній і мікроінвазивній стадії росту. Залежно від того, в якому з періодів розвитку діагностується злоякісна пухлина, розрізняються такі рівні діагностики: надзвичайно рання, рання, своєчасна і несвоєчасна (пізня). Розпізнавання злоякісних пухлин пов’язане з їхнім стадійним розвитком, динамікою росту, локалізацією процесу, місцевими та загальними проявами хвороби. Тому діагностика раку на певних рівнях має специфічні особливості, що стосуються як оцінки семіотики пухлини, так і методів її розпізнавання.

Надзвичайно рання діагностика – це “пренатальне” розпізнавання пухлини. Воно можливе тільки в обмеженій кількості випадків, наприклад, при нейробластомах, що супроводжуються олігофренією, нефробластомах. Сучасні методи діагностики розпізнають деякі форми лейкозу ще в тій стадії, коли формула крові не порушена, а характерні цитологічні зміни визначаються лише в кістковому мозку. Аналізуючи хромосомний склад ядра клітини, можна визначити специфічні маркери захворювання (наприклад, так звану філадельфійську хромосому при хронічних мієлолейкозах, гени BRCA-1, BRCA-2 при ракові грудної залози). До надзвичайно раннього визначення можна зарахувати діагностику таких облігатних передракових процесів, як пігментна ксеродерма, дерматоз Боуена та еритроплакія Кейра, які розцінюються як своєрідна форма внутрішньоепітеліального раку. В даний час стає можливим доклінічна діагностика деяких спадкових раків (грудної залози чи товстої кишки).

Рання діагностика можлива при початкових стадіях процесу, коли вже відбулася трансформація нормальної клітини в ракову, і почалося розмноження пухлинних клітин. У цій стадії рак росте в епітелії, не проростає базальної мембрани, тобто спостерігаємо «рак на місці» (*cancer in situ*), внутрішньоепітеліальний, або преінвазивний. Такі пухлини не дають метастазів, а тому їхні носії можуть бути повністю вилікувані.

До групи ранньодіагностованого раку можна зарахувати процеси з мікроінвазією, при яких імовірність метастазування незначна, а ефект від адекватної терапії досягає 97-98% повного вилікування.

Одним з джерел лікарських помилок є недоліки в онкологічній освіті лікарів. Коли в 60-ті роки минулого століття за ініціативою проф. А.І.Гнатишака були засновані кафедри онкології, планувалася перманентна схема підготовки онколога за «міжкафедральною програмою з онкології», яка передбачала вивчення теоретичної онкології на початкових курсах (кафедри патологічної анатомії, патологічної фізіології, біохімії), основ діагностики

на пропедевтичних кафедрах терапії і хірургії, диференціальної діагностики на факультетських і шпитальних кафедрах терапії і хірургії, і завершувалася курсом онкології на спеціальних профільних кафедрах. На жаль, зараз йде процес скорочення викладання онкології студентам, «Болонська система» взагалі не передбачає існування таких кафедр. Безумовно, це відіб'ється на рівні підготовки молодих спеціалістів з онкології і, закономірно, збільшить частоту лікарських помилок.

В нашій країні існує система післядипломного навчання – курси спеціалізації, удосконалення, тематичного удосконалення. Ця система успадкована від радянської медицини і не відповідає сучасній світовій післядипломній освіті. Безумовно, вона буде реформуватися, але, боюся, що не на користь онкології.

Несвоєчасною (пізньою) є діагностика в усіх стадіях (Т) в поєднанні з метастазами в лімфатичні вузли (N3) та віддаленими метастазами (M1). Виявлення первинного хворого в пізній (запущеній, занедбаній) стадії хвороби розцінюється як недолік онкологічної служби, за яким можуть скриватися діагностичні помилки лікарів.

Система допомоги онкологічним хворим в Україні відрізняється від сучасної західної медицини. Вона централізована. Ряд положень нашої системи мають переваги, від яких не варто відмовлятися. Це, перше за все, принцип концентрації усіх онкологічних хворих в онкологічних лікарнях. Відомо, що віддалені результати лікування онкологічних хворих в спеціалізованих стаціонарах кращі в порівнянні з загальними. Крім того, в онкологічних установах легше здійснити принцип комплексного лікування, бо під одним дахом об'єднані лікування усіх онкологічних локалізацій від пухлин шкіри до торакальної хірургії і усіх відомих методів – хірургічного, променевого, медикаментозного (в т.ч. таргетної і імунотерапії). Згідно з діючими правилами вердикт щодо лікування онкологічного хворого приймається колегіально онкохірургом, променевим терапевтом і клінічним онкологом (хіміотерапевтом) при участі морфолога і інших зацікавлених лікарів (променевого діагноста, клінічного лаборанта та інших). В провідних клініках Заходу обговорення долі кожного онкологічного хворого перетворюється в своєрідну наукову міні-конференцію, результати дискусії обов'язково повідомляються хворому чи його родичам і від «інформованої згоди» пацієнта в кінцевому результаті залежить сам процес діагностики і лікування. Цей вельми цікавий процес автор мав нагоду спостерігати в медичній школі Гарвардського університету США. Лікар зобов'язаний володіти вмінням переконувати хворого і його родичів в оптимальності рішення, яке пропонується. Тут не зайве згадати старий вислів, що лікар лікує «словом, отрутою і ножем», тобто – словесне спілкування хворого з лікарем часто має суттєве значення для вибору об'єму діагностичних та лікувальних засобів. Доречно пригадати, що принцип «placebo» у деяких хворих дає майже 60% або і більше реального успіху. Тому не слід легковажити роль віри хворого у свого лікаря. Цю віру підсилює право хворого вибирати собі лікуючого лікаря (зрозуміло серед тих, хто за досвідом і кваліфікацією відповідає складності конкретного випадку). Ми повинні пам'ятати, що невміле і невідповідне втручання немедичних чинників (адміністрації, владних структур, журналістів) може мати дуже негативні щодо долі хворого наслідки – воно веде до руйнування авторитету лікаря, який в даному випадку є одним з лікувальних факторів і більше потрібен пацієнту, ніж самому лікареві, з іншого боку – обмежує дії лікаря, робить їх нерішучими, що уникають ризикованих рішень і тим самим посилюють важкий стан хворого, характерний для онкологічної патології. В цьому аспекті також скриваються джерела можливих лікарських помилок, якщо не більше.

Хворий, відчувши прояви хвороби, вибирає спеціаліста на свій розсуд. Тому лікар будь-якої спеціальності повинен володіти знаннями, які при першому ж огляді хворого

допоможуть йому запідозрити раковий процес, а також особливим психологічним налаштуванням, яке називають «онконастороженістю».

Поняття «онконастороженості» передбачає:

1. знання симптоматики ранніх форм злоякісних пухлин;
2. обізнаність з передраковими захворюваннями та методами їхнього лікування;
3. знання організації онкологічної допомоги і порядку скерування хворого за призначенням;
4. всебічне обстеження хворого, що звернувся до лікаря будь-якої спеціальності, з метою виключення раку;
5. у діагностично важких випадках слід думати про атипичний перебіг пухлини. Тому, не починаючи лікування, необхідно запросити більш досвідченого спеціаліста.

Унаслідок вираженої в клінічній медицині тенденції до спеціалізації з'явилися «вузькі» спеціалісти, а то й відділи діагностики захворювань окремих органів та систем. Вузька спеціалізація не завжди дає змогу бачити хворого як єдине ціле, раціонально використати діагностичні методи для дослідження окремого хворого. Усунути ці недоліки можна лише за умови, що кожен лікар достатньою мірою буде володіти медичними знаннями й орієнтуватись у можливостях будь-якого діагностичного дослідження. Під час обстеження хворого з підозрою на рак застосовуються всі методи, відомі з курсу пропедевтики, - анамнез життя і захворювання, огляд хворого, дані пальпації і перкусії. Уважно зібраний анамнез життя може виявити несприятливий генетичний фон (пухлинні захворювання в родичів) або шкідливі умови виробництва, що можуть призвести до виникнення цього захворювання. Наприклад, у робітників, що працюють з аніліновими барвниками, слід звернути особливу увагу на стан сечового міхура. «Хронічна пневмонія» у зятого курця може виявитися пухлиною легенів.

Анамнез захворювання, детально зібраний і правильно інтерпретований, інколи може дати не менше, ніж складні методи дослідження для цілеспрямованого пошуку злоякісної пухлини. Елементарні методи об'єктивного дослідження (пальпація всіх периферійних лімфатичних вузлів, дослідження *per rectum* тощо) може зробити зайвим застосування більш складних, дорогих і не зовсім безпечних методів діагностики. Перше, ніж застосовувати сучасні агресивні методи діагностики, лікар зобов'язаний повністю використати класичні способи розпитування, огляду і фізичного дослідження хворого.

До початку будь-якого виду лікування онкологічного хворого необхідно отримати відповідь на наступні питання:

1. Локалізація первинної пухлини і визначення її поширення в межах органа.
2. Анатомічний тип росту пухлини:
 - а) екзофітний;
 - б) ендофітний;
 - в) змішаний.
3. Морфологічний тип пухлини.
4. Стадія захворювання:
 - а) величина первинної пухлини чи ступінь її поширення;
 - б) характеристика регіонарних лімфатичних вузлів;
 - в) характеристика стану інших органів та віддалених лімфатичних вузлів.

Із сказаного слідує, що кожен лікар, який займається клінічною практикою (сімейний, дільничний, інтерніст широкого профілю та інші) мусить володіти певним запасом знань із області онкології. Ці знання в ідеалі він здобуває в медичному навчальному закладі і поповнює усе життя. Відсутність або недостатність таких знань веде до лікарських

помилки, характерних для першої низової ланки медицини. Таким чином, під гносеологічними джерелами онкологічних помилок розуміємо недостатні знання з онкології, отримані студентами в стінах alma mater, а також недостатню інформованість і зацікавленість лікарів загальної практики проблемами онкології. Це є дуже тривожним моментом і для виправлення його потрібне удосконалення викладання онкології студентам як і реформування системи післядипломного навчання. Важливо виявити той мінімальний об'єм знань з області онкології, без якого лікар не має морального і юридичного права здійснювати лікарську практику.

Другим важливим джерелом клінічних помилок в онкології є психологічні моменти. Внаслідок слабкої інформованості суспільства (в т. ч. і медичного) про можливості лікування рака і про реальний прогноз, який не завжди є фатальним, сам діагноз "рак" несе на собі значне негативне психологічне навантаження. Цього діагнозу бояться не лише пацієнти, але і лікарі інших фахів. Тому терапевт в сумнівному випадку погоджується на діагноз «хронічна пневмонія», ніж "рак легенів", психологічно легше поставити діагноз «пігментна папілома» ніж «меланобластома». Особливо, якщо лікаря і пацієнта ще пов'язують певні емоційні зв'язки. До технічних джерел помилок слід віднести недосконалу інтерпретацію даних рентгенологічного (в т.ч. КТГ і інших нових методів), ультразвукового, ендоскопічного, а також морфологічного дослідження. Застосування нових методів в медичній діагностиці має свою тіньову сторону, що виражається в гіпер- і гіподіагностиці. Що стосується онкології, то обидва відхилення є надзвичайно небезпечні, бо тягнуть за собою або надмірну активність лікарів, або їх невиправдану бездіяльність?

Все сказане виправдовує нашу боротьбу за збереження викладання онкології студентам в медичних університетах і вдосконалення післядипломної онкологічної освіти. Незнання засад онкології значною частиною лікарів неонкологічного профілю є однією з причин низької діагностики раку і незадовільних результатів його лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білінський Б., Стернюк Ю., Шпарик Я.. Онкологія. – Київ: Здоров'я, 2007. – 530с.
2. Сімейна медицина. Енциклопедія у 5 т. / За ред. В.Г.Передерія, Є.Х.Заремби. – Т.4. – Київ: Здоров'я, 2011. – С. 7-234.
3. Гнатьшак А.И. Общая клиническая онкология. – Львів:Вища школа, 1988. – 239с.
4. Справочник по онкологии / Под ред. С.Шалимова, Ю.Гриневича, Д.Мясоедова. – Київ: Здоров'я, 2000. – 558 с.
5. Алгоритмы современной онкологии / Под ред. И.Б.Щепотина, Г.В.Бондаря, В.Л.Гапула. – Київ: Книга плюс, 2006. – 302 с.
6. Ошибки в клинической онкологии / Под ред. В.И.Чиссова, А.Х.Трахтенберга. – М.: Медицина, 1993. – 54 с.
7. Cancer princples and practice of oncology. 1993. Red. V.T.Devita, S.Hellman, S.A.Rozenberg. 2745 p.
8. Clinical oncology. American cancer society. Editor: P.Rubin, R.F. Bakemeier, S.K.Krackov. Six edition. 1983.

ЧАКРА МУЛАДХАРА

Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри муладхари

Ключові слова: муладхара; основна чакра; еніоанатомічна норма; значення; гіпотрофія; гіпертрофія; особливості; те, що невідомо про чакру.

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры муладхары

Ключевые слова: муладхара; основная чакра; эниоанатомическая норма; значение; гипотрофия; гипертрофия; особенности; то, что неизвестно о чакре.

For the first time in the world, enioanatomic characteristics of muladhara chakra are introduced.

Key words: muladhara, basic chakra, enioanatomic standard, importance, hypotrophy, hypertrophy, specificity, what is unknown about the chakra.

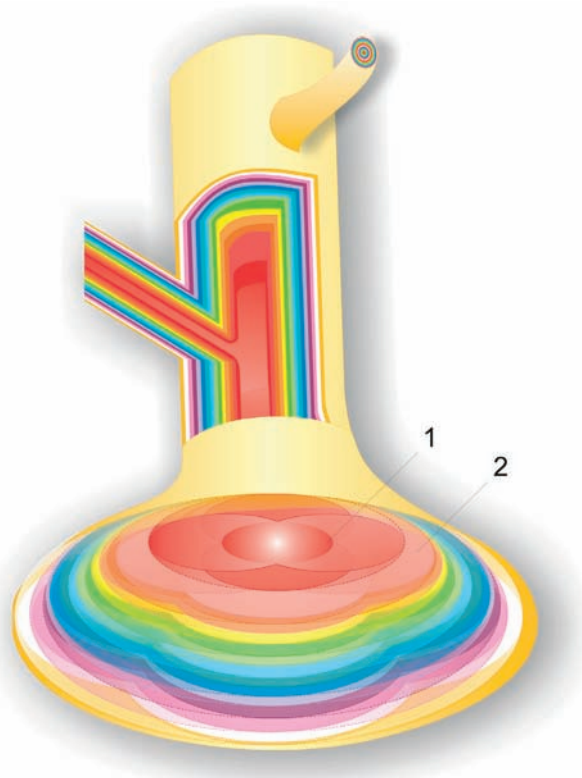
Щоб можна було зрозуміти будову, форму, структуру, внутрішню архітектуру, функції, функціональні режими і функціональні можливості окремої основної чакри, необхідно спочатку вивчити еніоанатомію чакр, монолітні і сегментні чакри, орієнтацію чакр в площинах простору, непарні, парні і спаровані чакри, великі чакри та еніоанатомію основних чакр.

У санскриті слово муладхара означає: мула – «корінь» а дхара – «опора, допомога».

Чакра муладхара є сукупністю чотирипелюсткових порожнистих конусів, телескопічно розміщених і з'єднаних до єдиної багаторівневої структури тонкоматеріальних тіл (Мал. 1, 2).

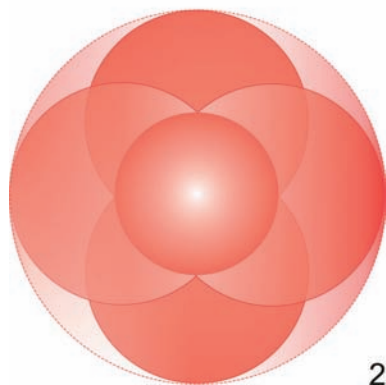
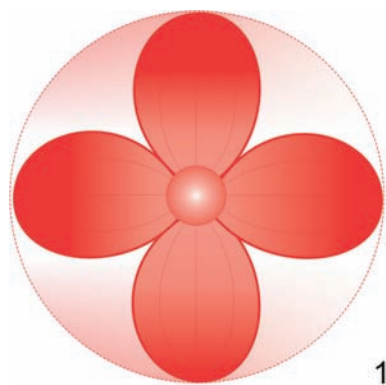
Еніоанатомічна характеристика чакри муладхари:

1. За своєю участю в побудові системи каналів вона належить до **основних** чакр, тому що бере участь у будові сушумни, в якій утворює внутрішній муладхаро-сушумновий сегмент. Це є найголовнішою анатомічною структурною ознакою, за якою чакру відносять до основної. Мікроканали чакри муладхари будують додаткові структури меруданди, іди, пінгали, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу, усіх меридіанів, зокрема меридіану товстого кишечника, тонкого кишечника, шлунка, селезінки-підшлункової залози, сечового міхура, нирок, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього серединного і переднього серединного, чакрової автономної муладхарової системи каналів, чакрової системи, підсистеми і субультрасистеми каналів та мікроканалів.
2. З точки зору функціонального значення вона належить до **основних** чакр тому, що своїм функціонуванням створює інформаційно-енергетичну основу філогенетичного і онтогенетичного розвитку людини, безперервно доповнює новими інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями морфогенез фізичного тіла та інформаційно-енергетичний генез тонкоматеріальних тіл. Це найважливіша функція, що відносить чакру до основних. Стовідсоткова функціональна компенсація чакри муладхари неможлива будь-якою іншою чакрою, навіть найвищими духовними чакрами.
3. З точки зору будови чакрового конуса вона належить до **сегментарних** чакр. Кожен чакровий конус має 4 пелюстки і цілком чакра має 60 пелюсток (15 x 4). Кожній пелюстці чакрового конуса чакри муладхари відповідають звукові вібрації мантр **САМ, ШАМ, САМ і ВАМ**, чакрі в цілому мантра **ЛАМ** і вібрація ноти **До**.
4. Відповідно до локалізації належить до чакр **тазу**. Її вершина локалізована на дистальному кінці куприка або на анусі, чи на будь-яку точку між анусом і куприком.



Мал. 1. Муладхара чакра:

1–2 – основні конуси чакри: 1 – червоний конус, структура червоного тонкоматеріального тіла; 2 – світлосяючий червоний конус, структура світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла.



Мал. 2. Різновидності основи основного конуса муладхари чакри:

1 – основа з овально-круглими пелюстками; 2 – основа з круглими пелюстками.

5. Відповідно до орієнтації основи чакрових конусів чакри у просторі відноситься до **горизонтально орієнтованих** чакр тому, що основи її конусів орієнтовані горизонтально і направлені вниз.
6. За величиною діаметра розкритого базового внутрішнього (червоного) конуса чакри вона відноситься до **великих** чакр тому, що повністю розкритий основний конус має діаметр 6-8 см і більше.
7. За кількістю відноситься до **непарних** чакр тому, що в тонкоматеріальних тілах не існує жодних подібних чакр.

Чакра розміщена на нижньому кінці сушумни, її мікроканали розпочинають побудову і розвиток сушумни. Від вершини чакри починається сушумна і там закінчується меруданда, іда та пінгала, які проводять інформації, мікрочастки, світло, енергії і специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми не лише від чакри муладхари, але й від кундаліні шакті до морфофункціональних структур фізичного тіла і структур тонкоматеріальних тіл.

У місці з'єднання нижніх кінців меруданди, іди, пінгали, сушумни і вершини чакри муладхари утворюється нижній муладхаровий анастомозний вузол-з'єднання, створений сушумною, мерудандою, ідою, пінгалою і вершиною чакри муладхари. Кундаліні шакті знаходиться на внутрішній поверхні золотого конуса муладхари чакри. Кундаліні є згорнута до трьох с половиною лівих обертів, її внутрішня структура не вивчена.

Чакра своїми мікроканалами з'єднується з усіма основними, життєвоважливими і з більшістю функціонально забезпечувальних чакр, і таким чином, стає невіддільною частиною чакрової системи. Її мікроканали утворюють автономну муладхарову систему мікроканалів. Муладхарові мікроканали з'єднуються з вихідними сушумновими, мерудандовими, ідовими, пінгаловими, зірковими, оболонковими, меридіановими і чакровими мікроканалами інших чакр, створюючи інтегральну систему каналів, яка складається з муладхаро-сушумнової, муладхаро-мерудандової, муладхаро-ідової, муладхаро-пінгалової, муладхаро-правозіркової, муладхаро-лівозіркової, муладхаро-оболонкової, муладхаро-меридіанової, муладхаро-чакрової підсистем. Причому, необхідно мати на увазі, що муладхаро-оболонкових, муладхаро-меридіанових і муладхаро-чакрових підсистем є стільки, скільки існує оболонок, меридіанів і чакр. Муладхарових субультрасистем існує стільки, скільки є структур організму і тонкоматеріальних тіл. В кожній муладхаровій системі мікроканалів здійснюється циркуляція, транспортування, перерозподіл і утворення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій усіх природних діапазонів електромагнітного спектра.

У світовій літературі існує думка (переконання), що чакра має вогняно-червоний колір. Це є колір енергійності, активності, вітальності і це колір ядра Землі. З точки зору анатомії чакри є помилковою та думка, що чакра має тільки вогняно-червоний колір. Цей колір має лише її один базовий (внутрішній) чакровий конус. Тому різноманітні інформації про чакру муладхари, які існують у світовій літературі, за інформаційним змістом стосуються тільки червоного чакрового конуса. Значення інших чакрових конусів дотепер описане не було.

Елемент чакри – Земля; **потреба** – фізичний контакт і збереження видів; **основний принцип** – сила волі до життя і виживання; **духовний аспект** – усвідомлення себе самого; **психічна потреба** – безпека і довіра; **емоції** – страх і сміливість (Ігнатенко А.В., 1992, 1998; Shalila Sharamon, Bodo I. Baginski, 1993; Christine R. Page, 1999).

Чакра являється одним з головних центрів обігу інформаційно-енергетичних матерій в інформаційно-енергетичній системі людини і важливим джерелом життєвої інформаційної, енергетичної, інформаційно-енергетичної, енергоінформаційної та електромагнітної сили у порівнянні з усіма життєвоважливими і функціонально забезпечувальними чакрами. У чакрових конусах чакри концентруються інформації, мікрочастки, світло, енергія, специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції з інформаційним змістом колективної підсвідомості, апани і прани, а на внутрішній поверхні золотого конуса знаходиться кундаліні шакті, яка вміщає у собі божественну інформаційно-енергетичну суть. Кундаліні шакті є джерелом енергії еволюційної сили Творця, котра під час земного життя людини допомагає їй досягнути природної і божественної інформаційно-енергетичної чистоти, пробудити всі рівні свідомості, досягнути пси-феноменальних здібностей, полегшити страждання і біль, прискорити

власний еволюційний, душевний, духовний і божественний розвиток, досягнути інформаційно-енергетичної єдності з інформаційно-енергетичними полями божественного Буття Творця.

Чакра муладхара інформаційно, енергетично, інформаційно-енергетично, енергоінформаційно та електромагнітно поєднує людину з інформаційно-енергетичними полями Землі і фізичним світом, що відповідає поглядам Christine R. Page. З точки зору професора А.В. Ігнатенка ця чакра з'єднує людину із першим космічним фізично-енергоінформаційним світом червоного кольору і є основою для фізично-енергоінформаційного (червоного) тіла. Чакра допомагає з'єднанню фізичного тіла з тонкоматеріальними тілами і тонкоматеріальних тіл між собою. Одночасно проводить інформаційно-енергетичні матерії Всесвіту і Землі до системи каналів людини і передає космічну інформаційно-енергетичну матерію до тілесно-земного рівня. Посередництвом чакри муладхари Святий і Людський Дух інформаційно-енергетично з'єднується з грубою матерією фізичного тіла, а Душа людини з'єднується із Землею, причому людина набуває єдності матеріального і духовного (Christine R. Page, 1999). Будь-яка інформаційно-енергетична матерія чакри відображає єдність матеріального і духовного. Тому людина у умовах Землі невіддільна від матеріального і духовного. Посередництвом чакри муладхари в людині починається єдність матеріального і духовного Буття.

Чакра муладхара є джерелом інформаційно-енергетичної сили у боротьбі за виживання, збереження життя і людської ідентичності (Walter Lübeck, 1994). Деколи її називають чакрою «**виживання**» тому, що вона інформаційно, енергетично, інформаційно-енергетично, енергоінформаційно і електромагнітно забезпечує і посилює автоматичні механізми організму, які дозволяють зберегти життя фізичному тілу і пережити критичні, несподівані і небезпечні ситуації (Eimy Uolis, Billy Chenkin, 1994). В таких ситуаціях чакрові конуси обов'язково розкриваються, збільшують частоту коливань та вібрацій і прискорюють обертання інформаційно-енергетичних матерії за напрямом руху годинникової стрілки над своїми відкритими основами. Максимально збільшується кількість поглинання інформаційно-енергетичних матерії, максимально інтенсифікуються усі чакрові функції і чакра виділяє необхідну кількість потрібного інформаційного змісту інформаційно-енергетичної біоплазми для збереження життя, або передає цю матерію іншим людям, щоб допомогти їм пережити критичні ситуації.

Вважається, що у чакрі, в більшій мірі, акумулюється енергія червоного діапазону електромагнітного спектра у відповідних співвідношеннях з енергіями інших діапазонів, апани, прани і кундаліні шакті. Це твердження відповідає дійсності на рівні червоного чакрового конуса чакри і мусить поширюватися до всіх чакрових конусів. Тільки в цьому випадку така думка є правильною.

Еніоанатомічна норма чакри муладхари

Чакра муладхара розвинута до структурно-функціональної норми (мал. 1, 2) забезпечує інформаційно-енергетичні процеси всіх органів фізичного тіла, всіх структур тонкоматеріальних тіл, особливо чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і меридіанів необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями та специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами. Інформаційно наповнює, енергетично посилює, контролює і керує інформаційно-енергетичними процесами будови клітин, скелету, м'язів, зубів, нігтів, тонкого і товстого кишечника, органів видільної і статевої системи, наднирників, крові, куприкового нервового сплетення, тканин фізичного тіла, внутрішніх органів, меридіанових біологічно активних точок, найбільш тих, які знаходяться на меридіанових гілках і меридіанах розміщених в області куприка, ануса, промежини, меридіана товстого кишечника, тонкого кишечника, шлунка, селезінки-підшлункової залози, сечового міхура, нирок, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього середнього і переднього середнього меридіанів. Інформаційно впливає на температуру тіла, загальну життєздатність, фізіологічні функції організму, всі сексуальні функції, фізичні сприйняття і почуття, ріст і розвиток немовлят та дітей. Для забезпечення фізичного існування і життя людини в умовах Землі чакра інформаційно-енергетично впливає на усі фізичні, фізіологічні, біохімічні,

біофізичні, біомеханічні, інформаційні, енергетичні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні, електромагнітні, духовні і душевні прояви земного життя людини. При цьому червоний, світлосяючий червоний, оранжевий, світлосяючий оранжевий, жовтий, зелений, світлосяючий зелений, блакитний, бірюзовий, синій і бузковий чакрові конуси забезпечують повну взаємодію людини з інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями Землі і Всесвіту, і часткову взаємодію з духовним Буттям; фіолетовий чакровий конус – повну взаємодію людини, Землі, Всесвіту і духовного Буття Божої Матері; рожевий, білий і золотий чакрові конуси – повну взаємодію людини, Землі, Всесвіту і духовного Буття Творця, Святого Духа, Ісуса Христа і Божої Матері. Чакра переорієнтовує свої функції для потреб виживання, для безперервного філогенетичного, онтогенетичного та еволюційного розвитку людини, для забезпечення організму інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями для життєздатності, життєдіяльності, творчої діяльності, матеріального забезпечення, збереження індивідуальної ідентичності, імунітету, гомеостазу, створення сім'ї і продовження людського роду.

Тільки при оптимально врівноваженій діяльності конусів чакри муладхари в усіх структурно-функціональних режимах є можливий гармонійний розвиток людини. Чакра муладхара інформаційно-енергетично посилює інші чакри для забезпечення всебічного контакту та взаємної інформаційно-енергетичної дії з навколишнім середовищем і гармонійний індивідуальний розвиток. Без інформацій, мікрочасток, світла, енергії і специфічних інформаційно-енергетичних біоплазм чакри муладхари у людини зникає сила волі до життя, до боротьби за виживання, а також сповільнюється фізичний, соціальний, психічний, інтелектуальний, ментальний, емоційний і духовний розвиток (Walter Lübeck, 1994). При гармонійно виважених функціях чакри муладхари встановлюється необхідний рівень інформаційно-енергетичного взаємообміну з інформаційно-енергетичними полями людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, духовного Буття та будь-яких об'єктів Всесвіту. Цим людина набуває достатньої життєздатності, волі до життя, стабільності, внутрішньої впевненості, мудрості у подоланні перешкод при переходу від стану спокою до активності і від смерті до нового життя. Життя людини бере свій початок у прадавній довірі до Землі, людина розкривається усьому земному, може реалізувати себе в багатьох аспектах земного життя, досягнути визначеної мети і бути вдячною Землі за все, що одержує від неї. Людина досягає почуття Землі, щоб зрозуміти залежність свого життя на ній і починає усвідомлювати і сприймати Землю як місце, де у симбіозі може проявитися білково-біологічна та інформаційно-енергетична форма людського життя. Лише на землі людина може забезпечити своє життя усім необхідним.

Люди зі структурно-функціонально врівноваженою і високоактивною чакрою муладхари є фізично сильні і здорові, на відміну від людей зі структурно-функціонально неврівноваженою і малоактивною чакрою, які фізично слабкі і невпевнені, мають слабку силу волі, вони фізично виснажені і хворобливі. У старших людей спостерігається інформаційна, енергетична, інформаційно-енергетична, енергоінформаційна і електромагнітна недостатність чакри муладхари і її функціональна нездатність поглинати необхідну кількість інформації, мікрочасток, енергії, синтезувати, модулювати і трансформувати необхідну кількість специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій для потреб фізичного тіла. Тому у старих людей фізичне тіло слабе, поступово зменшуються його морфологічні величини, деформується хребет, виникає схильність до частих артритів.

З'ясована пряма залежність між структурно-функціональним станом чакри муладхари і анатомічно-морфофункціональною кондицією фізичного тіла. Сильна чакра означає міцне фізичне тіло, слаба чакра – слабке фізичне тіло (Choa Kok Sui, 1996). Всебічні, адекватні, раціональні, цільові, врівноважені та гармонійно функціонуючі прояви чакри муладхари можливі тільки при врівноважених структурно-функціональних співвідношеннях передусім з чакрою свадхістханою та всіма основними і життєвоважливими чакрами.

Без всебічного, гармонійного, збалансованого і універсального розвитку, оптимально врівноваженого функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів чакри муладхари неможливо досягнути всебічного інформаційно-енергетичного взаємообміну новонародженої людини з усіма інформаційно-енергетичними полями Землі, неможливо досягнути всебічного розвитку і оптимально реалізувати властивості, особливості, здібності,

функції та функціональні можливості людини в умовах Землі і неможливо мати здорове та міцне фізичне тіло.

Гіпотрофія і гіпофункція чакри муладхари

Гіпотрофія і гіпофункція чакри муладхари проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурною атрофією, деформацією формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основи чакрових конусів, функціональною недостатністю інформацій, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і в порожнинах чакрових конусів та інформаційно-енергетичним довготривалим виснаженням тіл людини. При цьому сповільнюється морфогенез фізичного тіла, формується слабе фізичне тіло, людина знаходиться у стані енергетичного виснаження, їй не вистачає фізичної і духовної енергії для активного життя. Буденні життєві обставини створюють проблеми, людина втрачає впевненість у собі, нездатна захищати себе і власну позицію, знайти своє місце у суспільстві, бере життя як важкий вантаж. Функціональна недостатність чакри муладхари і однобічний розвиток серцевої чакри, чакри камешвара-камешвари, сахасрари і магатми сприяють виникненню у людини відчуття відчуженості від Землі і непотрібності земного життя. Гіпотрофія і гіпофункція чакри на фізичному рівні призводить до болю у кістках, суглобах, хребті, м'язах, зубах, кишечнику, органах видільної і статевій системі, сповільнення регенерації організму, зниження життєздатності, значно довшого загоєння ран, зростання переломів кісток, а у дітей виникають проблеми з ростом і розвитком фізичного тіла.

Структурно-функціональні порушення у чакрі муладхари являються первинними причинами розвитку хвороб хребта, артритів, остеоартрозу кульшових суглобів, вродженої деформації стопи, хвороб крові, гіпертонії, геморою, недостатнього кровопостачання нижніх і верхніх кінцівок, онкологічних захворювань, пухлин костей, лейкозу, атонії, діареї, спазмів, розладів сечовиділення, циститу, нефриту, імпотенції, фригідності, вагінізму, астми, алергії, ожиріння, та ін., а також недостатнього прояву основних інстинктів людини. Заблокована чи закрита чакра не може відповідно до потреб організму і тонкоматеріальних тіл приймати інформаційно-енергетичні матерії від інформаційно-енергетичних полів зовнішнього середовища, нездатна, в достатній кількості, передавати специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції фізичному тілу і тонкоматеріальним тілам, тому людина стає малоактивною у фізичному світі (Barbara Ann Brennan, 1994). У неї виникають почуття страху з життя, смерті, агресивність, нетерпеливість, залежність від людей і обставин, проблеми з часом і порядком (Walter Lübeck, 1994).

Гіпертрофія і гіперфункція чакри муладхари

Гіпертрофія і гіперфункція чакри муладхари проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінуючим функціонуванням, частим і зазвичай цілком непотрібним розкриванням основи чакрових конусів, надлишком інформації, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів та в порожнинах чакрових конусів, що може призвести до сповільнення переходу чакрових конусів з одного функціонального стану до іншого, сповільнення інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і на кінець до самозаблокування і самодеструкції окремих структур чакри та її чакрових конусів. При цьому, прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло, людина знаходиться у стані посиленого інформаційно-енергетичного забезпечення, є активна, енергійна, невтомна. Довготривале перебування чакри у гіпертрофічному та гіперфункціональному (гіперактивному) стані створює інформаційно-енергетичну основу орієнтації людини на матеріальний добробут, її інтелект починає бути матеріально прагматичним, інтелект сприймає, оцінює і визнає тільки

матеріальне, все сприймається з точки зору матеріальної вигоди. Духовна сфера життя людини не визнається, вважається за непотрібну, підлягає критиці, соціально пригнічується, в окремих випадках є заборонена, а носії духовності фізично ліквідуються. Матеріально орієнтована людина все, що бачить, хоче привласнити собі, не замислюючись про наслідки, які понесе Земля, природа, інші люди, суспільство, власна родина і на кінець вона сама. Порушується природне співвідношення між співвідношенням брати і давати. Виникає тенденція страху і захисту власного добробуту і маєтку, небажання ділитися, віддавати і справедливо ділити матеріальні цінності. Створюються перешкоди іншим людям для створення нормального матеріального добробуту. Діяльність таких людей спрямована лише на задоволення власних фізичних потреб, а потреби інших людей ігноруються. У випадках, коли треба поділитися деякими матеріальними цінностями або поступитися соціальним станом, людина реагує роздратовано, сердито і може проявляти агресію. Злість, гнів, насилля, агресія – це є захисна реакція людини з низьким рівнем довіри і присутнім страхом, що є наслідком доміантного функціонування чакри муладхари. При доміантних дисгармонійних функціях чакри виникає страх перед втратою або неможливістю придбання того, що приносить людині впевненість у собі. Страх в результаті породжує нервовість, злість, гнів, злобу, насилля, агресію і посилює негативну функціональну доміантність чакри. Людина сприймає Землю як місце, де мусять бути за будь-яких умов задоволені її потреби. Попередити подібний розвиток і життєву орієнтацію можливо всебічним, гармонійним, збалансованим і універсальним розвитком чакри муладхари з досягненням оптимального прояву її функцій.

Особливості чакри муладхари

Особливості чакри муладхари притаманні тільки їй, не можуть проявлятися в будь-якій іншій чакрі і не можуть бути компенсовані іншою чакрою. До них відносяться:

- присутність в ній кундаліні шакті;
- інформаційно-енергетично поєднує людину з інформаційно-енергетичними полями Землі;
- дозволяє перебування і виживання людини в життєвонебезпечних умовах;
- є інформаційно-енергетичним джерелом життєвої сили організму;
- її посередництвом починається інформаційно-енергетичне поєднання Духа Святого з Людським Духом; Духа Святого, Людського Духа і матерії; Душі людини і Землі.

Те, що невідомо про чакру муладхару

Те, що невідомо про чакру муладхару:

- функції і функціональні можливості світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого чакрових конусів;
- будова, структура і внутрішня архітектоніка кундаліні шакті, функції і значення кундаліні шакті у вихованні, навчанні, лікуванні, регенерації, реабілітації і рекондиції людини, зокрема для її псі-феноменальних, душевних, духовних і божественних властивостей;
- як інформаційний обсяг сильного фізичного тіла, доброго здоров'я і перспективного соціального статусу високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів обумовлює, впливає і визначає режими їх функціонування і функціонування чакрових конусів інших чакр.

Все те, що невідомо про основні чакри може стосуватися будь-яких чакр. Щоб можна було, на рівні окремої чакри, зрозуміти те, що про неї невідомо, треба усвідомити все те, що стосується кожної окремо взятої чакри і те, що може мати відношення до усіх чакр загалом.

Пізнання цього принесе нові інформації для еніоанатомії, еніопсихології і для тонкоматеріальної суті людини, необмежені можливості створення нових технологій, методів і

засобів поєднання виховання, навчання, розвитку, вдосконалення, гармонійності, лікування, регенерації, реабілітації і рекондиції людини, що дасть можливість досягнути такого рівня пізнання людини, який уможливить більш глибоке і об'єктивне пізнання Світу і Творця.

Продовження у випуску 7

ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А. Л.** Функціональна анатомія чакр. - Львів.: Каменяр, 2003. – 208 с., з іл.
2. **Васильчук А. Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. – Львів.: „Каменяр”, 2003. – 648 с. з іл.
3. **Васильчук А. Л.** Розвиток чакр у переднатальному та постнатальному періодах онтогенезу людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. Вип. 7. - Львів, 2005, С. 18-24.
4. **Васильчук А.Л.** Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М. Панишко. – Львів, Вип. 43-66 (2009-2012 рр.).
5. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalica: MM a spol., s.r o., 2012.– 592 s.

І.М ГОТЬ, В.В., ВІНАРЧУК-ПАТЕРЕГА, Я.Д.БОРОВКОВА

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ – НОВОГО МАРКЕРУ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАПАЛЕННЯ

У статті висвітлюється актуальність та перспективи дослідження прокальцитоніну - нового маркера інфекційного запалення і доцільність його застосування у хірургічних відділеннях.

Ключові слова: стоматологія, запалення, прокальцитонін

В статтє идет рєчь об актуальности и перспективах исследования прокальцитонина - нового маркера инфекционного воспаления и целесообразности его использования в хирургическом отделении.

Ключевые слова: стоматология, воспаление, прокальцитонин.

The article deals with actuality and perceptivity of researching a new marker of inflectional inflammation; it's practicability at surgery department.

Key words: dentistry, inflammation, procalcitonin

Частота інфекційних ускладнень хірургічних ран після планових хірургічних втручань коливається від 2,8 до 23,5% [1,2,3], а після термінових операцій їх кількість зростає [4,5]. Причинами активації та прогресування інфекції є зниження реактивності організму. В'ялопротікаючі захисні реакції призводять до тривалого перебування патогенних мікроорганізмів у вогнищі запалення, що обтяжує загальний стан хворого.

Як відомо, розвиток післяопераційних ускладнень значно обтяжує стан хворих, різко погіршує результати та подовжує терміни лікування. Тому проблема прогнозування післяопераційного періоду у хірургічних хворих є одним з найважливіших завдань у хірургії [6]. Проведення будь-якого хірургічного втручання може супроводжуватися розвитком місцевих і загальних ускладнень у післяопераційному періоді. Цьому сприяють різні фактори ризику, що залежать як від хірурга (тривалість, травматичність і характер оперативного втручання), так і від стану пацієнта (соматичні захворювання). Тому

надзвичайно важливою є розробка заходів, що спрямовані не тільки на лікування патологічних станів післяопераційного періоду, а й на їх профілактику [7,8].

Важливим аспектом профілактики післяопераційних гнійних ускладнень є раціональне застосування антибіотиків [9]. Дослідження останніх років свідчать про значний ріст стійкості до антимікробних препаратів збудників як позалікарняних, так і внутрішньолікарняних інфекцій [10]. А необгрунтоване застосування антибіотиків, у свою чергу, сприяє появі резистентних штамів збудників. Якщо на сьогоднішній день антибіотики є препаратами, що рятують життя, то у найближчому майбутньому людство може втратити ці цінні лікувальні засоби [11]. Обгрунтуванням та показом до призначення антибіотиків можуть стати підвищені рівні маркерів інфекційного запалення. Маркером, що часто використовується для оцінки важкості системної запальної відповіді на інфекцію, є С-реактивний білок. Багато дослідників підкреслюють користь цього маркеру у клінічній практиці. Однак, прокальцитонін (PCT) може перевершити С-реактивний білок у визначенні та оцінці важкості інфекції, про що свідчить досвід багатьох досліджень [12,13,15-17].

Прокальцитонін вперше був описаний у 1984 році як білок, що складається з 116 амінокислот із молекулярною масою 14.5 кДа [13]. Спочатку PCT привернув увагу як можливий маркер злоякісних новоутворень. Воһуон С. з науковцями інституту G. Roussy вивчали кальцитонін як маркер медулярного раку щитоподібної залози і паралельно почали вивчати інформативність попередника кальцитоніну, для чого було отримано моноклональні антитіла до PCT і розроблено радіоімунометричний тест для визначення його концентрації [14]. З початку 1990-х до прокальцитоніну прикута увага вчених, які намагаються в'яяснити – чи є він специфічним маркером інфекції. Вперше дані про підвищення концентрації PCT в крові при запаленні було отримано групою французьких військових, і було виявлено, що його концентрації були у більшості випадків значно підвищені у випадках виявлення інфекції, ніж при новоутворах. Ретроспективний аналіз виявив, що у хворих з найбільш високим рівнями PCT у крові, розвивались інфекційні ускладнення, у т.ч. сепсис і септичний шок [14]. Такі результати вперше дозволили встановити зв'язок між рівнем PCT у крові і наявністю системного запалення. При дослідженні PCT у дітей з менінгітом було виявлено, що при бактеріальному менінгіті його рівень вищий, ніж при вірусному [14,15].

Визначення PCT крові, за даними різних авторів, може бути інформативним у наступних випадках: для діагностики та моніторингу сепсису, септичного шоку і важких бактеріальних інфекцій, для диференційного діагнозу захворювань інфекційної і неінфекційної етіології, лихоманки неясного генезу. Особливо для хірургічних пацієнтів, реципієнтів після пересадки органів, пацієнтів інтенсивної терапії та при застосуванні штучної вентиляції легень, з імуносуперсією, з нейтропенією, із захворюваннями неясного генезу. PCT можна використовувати для диференційного діагнозу таких захворювань: інфекційної і неінфекційної етіології, бактеріальних і вірусних інфекційних захворювань, гострих бактеріальних інфекцій і хронічних запальних процесів, реакцій на трансплантат і характерних інфекційних ускладнень бактеріальної та грибкової природи [16,17].

Підсумовуючи вищезазначене, слід відмітити, що успіх лікування хворих з гострими гнійно-запальними захворюваннями значно залежить від ранньої діагностики, об'єктивної оцінки важкості стану і своєчасного кваліфікованого етіотропного лікування. Запропоновані різними дослідниками методики прогнозування і профілактики інфекційно-запальних ускладнень у хірургії недостатньо ефективні, неоднозначні та часто невчасні. В

контексті даної проблеми прокальцитонін заслуговує на увагу і потребує подальшого дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. Профилактическое применение антибиотиков в плановой абдоминальной хирургии / М.И. Кузин, Г.К. Вандяев, М.И. Мухаметбаева и др // Хирургия. – 1986. – № 3. – С.7-11.
2. Wolff H., Sperling P. Die chirurgische Therapie des Leberkarzinoms. – Zbl.Chir., 1986, Bd. III, № 1. – S.3-15.
3. Abu Hanifah Y. Post-operative surgical wound infection // Med J. Malaysia, 1990 Dec;45(4). – P. 293-297.
4. Билич Г.Л. Влияние некоторых стимуляторов регенерации на заживление операционных ран желудочно-кишечного тракта у детей. // Клиническая хирургия, 1968. – №2. – С.22-27.
5. Kampf G., Schumacher M., Daschner F., Ruden H. «Postoperative wound infections in surgery-prevalence in Germany (Nosocomial Infections in Germany-Assessment and Prevention Study)».Langenbecks Arch. Chir. Suppl. Kongressbd. 1996. – P. 698-703.
6. Милонов О.Б. и соавт. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – С. 5-11.
7. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы и флегмоны шеи. – М. МЕДпресс, 2001. – 230 с.
8. Страчунский Л.С., Козлов Р.С. Антибиотикопрофилактика в хирургии: взгляд клинического фармаколога // Рациональные подходы к профилактике инфекционных осложнений в хирургии (методические рекомендации). М.: Универсум Паблишинг, 1997. – С. 12-21.
9. Богомолова Н.С. Профилактика и лечение инъекционных осложнений у хирургических больных // Клиническая фармакология и терапия, 1994.
10. Страгунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск : МАКМАХ, 2007. – С. 117.
11. Майданник В.Г., Поскрипко Ю.А. Две стороны одной медали. Нерациональная антибиотикотерапия и антибиотикорезистентность // Medicus Amicus, 2005. – №3. – С.26-30.
12. Зубарев А. Прокальцитонин – новый маркер для диагностики тяжелой инфекции (обзор) / www.criticare.chat.ru, 2010
13. Le Moullec J.M, Jullienne A, Chenais J, Lasmoles F., Guilana J.M, Mihaud G, Mukhtar MS: The complete sequence of human procalcitonin. FEBS 167,1984. – P. 93-97.
14. Bohuon C. A Brief history of procalcitonin // Intensive Care Medicine. – 2000, 26. – P.146-147.
15. Assicot M., Gendrel D., Carsin H., Raymond J., Guilbad J., Bohuon C. High serum procalcitonin concentrations in patients with sepsis and infection. // Lancet 1993. – P. 515-518.
16. Meisner, Michael. PCT, Procalcitonin – a new, innovative infection parameter // Berlin: Brahms Diagnostica, 1996 - P. 3-41 .
17. O'Connor, B. Venkatesh, J. Lipman, C. Mashongonyika, J. Hall. Procalcitonin in Critical Illness // Critical Care and Resuscitation - 2001- P. 236-243.

Р.Й. КРАВЦІВ, В.І. ОСТАШЕВСЬКИЙ
ВІДРОДИМО ВІВЧАРСТВО – ПІДСИЛИМО НАРОДНЕ
ГОСПОДАРСТВО УКРАЇНИ

Стаття присвячена характеристиці продуктів вівчарства.

Ключові слова: вівця, вівчарство, вовна, м'ясо, молоко, молокопродукти.

Статья посвящена характеристике продуктов овцеводства.

Ключевые слова: овца, овцеводство, шерсть, мясо, молоко, молокопродукты.

Article is devoted to characterization of sheep products.

Key words: sheep, wool, meat, milk and milk products.

Вівця свійська (*Ovis aries*) – відноситься до роду парнокопитних, підряду жуйних, родини бичачих, сімейства напіврогих. Приручення та одомашнення відбулося в Середній та Південно-Західній Азії, Північній Африці та середземноморському басейні. Вівці вважаються найбільш древніми домашніми тваринами і широко розповсюджені по всій земній кулі.

Зображення на гробницях та інших предметах Стародавньої культури, залишки скелетів, що були знайдені при розкопуваннях, свідчать про те, що вівці приручені більш ніж 6-7 тис. років до н.е. Пращурами домашніх овець були наступні раси баранів, які ще зустрічаються в дикому стані: муфлон, архар, аргалі.

Муфлон – прародитель великої групи домашніх овець, що заселяють простори Європи та Азії і відомі під назвою північних короткохвостих овець. Муфлон зустрічається в дикому стані на островах Середземного моря: Корсиці, Сардинії.

Архар (степовий муфлон) зустрічається в дикому стані в степах, напівпустелях, рідко в передгір'ях Казахстану, Афганістану, Середньої Азії. Архар – прародитель 2 групи домашніх овець – довгохудохвостих та жирнохвостих, розповсюджених в південній частині Європейської частини України, РФ, азійської частини РФ, Казахстану.

Аргалі живе в горах Алтаю, Тянь-Шаню, Гімалаїв, Камчатки, Аляски.

Тривалість життя овець складає 10-15 років. Барани-плідники використовуються в господарстві 4-5 років, матки – 5-6 років, а цінні особини – відповідно 8-9 років. Вік овець визначається по зубах. Дорослі особини мають 32 зуби: 8 нижніх різців та по 12 кутніх зубів на верхній та нижній щелепі. Вперше парують овець віком 12-20 міс. Вагітність 145-155 днів. В окоті – 1-2, зрідка більше ягнят. Маса плоду – 3,5-6,5 кг. Закінчується ріст овець в 2-3-річному віці.

Жива маса овець, яких розводять в Україні – маток: 30-70 кг; баранів – 40-110 кг (максимальна вага – 183 кг). Температура тіла тварин – 38,5-40,5⁰ С, число дихань: у ягнят – 15-20; у дорослих овець – 12-15; у старих тварин – 9-12; частота пульсу: у ягнят 80-120; в 1-річному віці – 85-95; у дорослих овець – 70-90; у баранів – 68-80 уд/хв.

Ємність травних органів складає: рубця – 15-20 л, книжки – 5 л, сітки – 1,5-3,5 л, кишківника – біля 10 л. Час проходження їжі через шлунково-кишковий тракт складає: через рубець – 4-5 год, через тонкий кишківник – 1-2 год, через весь тракт – 14-19 год. Жуйка починається через 20-45 хв. після прийому корму. Для пережовування однієї

жуйки вівця робить 40-60 жуйних рухів. Організм овець виділяє за добу 1-3 кг фекалій та 0,5-1,5 кг сечі.

Із всіх домашніх тварин вівці краще всіх використовують грубий корм. Дослідами встановлено, що із 600 видів різних рослин, які були на пасовищі, вівці поїдали 570, коні – 81, а корови – лише 56 видів.

Травний тракт овець добре перетравлює грубі корми. На одиницю приросту живої маси вони витрачають менше кормів, ніж велика рогата худоба.

Вівці, безумовно, вигідні для вирощування, порівняно з іншими видами тварин. На 1 вівцю в середньому за 1 рік витрачається – 6 ц к.од., а на 1 особину ВРХ – 40 ц.к.од.

У всіх країнах світу розводять біля 1000 порід овець. Зоологічна класифікація порід враховує форму хвоста та його довжину. Розрізняють 5 груп порід: короткохудохвості, довгохудохвості, короткожирнохвості, довгожирнохвості, курдючні.

Виробнича класифікація (акад. М.Ф. Іванов) враховує основні продукти вівчарства: тонкорунні, напівтонкорунні, напівгрубововнові, грубововнові, шубні, смушкові, м'ясосальні, м'ясо-вовно-молочно-грубововнові, м'ясо-вовногрубововнові породи.

Овеча вовна є основою і незамінною сировиною для багатьох видів легкої промисловості. Овеча вовна – це дійсно “золоте руно”.

У народній медицині давно помічені лікувальні властивості овечої вовни: ковдра з овчини не тільки зігріває, а й благотворно діє на організм. Вовна вбирає вологу, дозволяє тілу дихати і нейтралізує шкідливі речовини, які виділяються з потом. Вовна є ідеальним терморегулятором. Завдяки особливій структурі вовняних волокон, вона виконує функцію “термоса”: у жару не допускає перегріву, у холод – переохолодження. Ковдра з вовни допоможе відновити і зберегти здоров'я: вона не оброблена хімічними препаратами і барвниками, має унікальні цілющі властивості. З давніх часів відомо, що це прекрасний засіб від хвороб суглобів, радикуліту, простатиту, запалення сечових шляхів у чоловіків і жінок. Вартість пошитої вовняної ковдри залежно від розміру становить від 600 до 1500 грн., а вартість вовняного поясу в середньому 80 грн. Сьогодні вигідно розводити овець з метою пошиття цих виробів. Правда, вартість 1 ц вовни становить в середньому 500 гривень.

Отож, відродження галузі повинно відбуватись із міркувань національної безпеки, в яке ми вміщуємо стан здоров'я і довголіття людей, профілактику і лікування продуктами вівчарства за обов'язковим наглядом лікаря.

Виробництво м'яса. Харчову цінність баранини визначають, в основному, органолептично за наступними ознаками: аромат, колір, ніжність, вологоємність, жорсткість вареного м'яса. Для повної оцінки харчової цінності м'яса використовують біологічні, фізичні та хімічні методи. Оптимальний вміст жиру в туші м'яса 18 кг повинен бути наступним (в %) – підшкірний – 13; міжм'язовий та внутрішньом'язовий – 10; нирковий – 2; особлива увага приділяється якості жиру.

Молоко є одним із найцінніших продуктів харчування в світі. Овече молоко посідає одне з перших місць за своїми властивостями. Хімічний склад молока деяких тварин, які використовуються людством, представлені в табл. 1. , а овець деяких порід в табл. 2.

**Хімічний склад молока деяких одомашнених тварин
та його енергетична цінність
(за Р.Б. Давидовим, К.С. Петровським, 1974))**

Тварина	Хімічний склад молока (%)						Енергетична цінність, ккал/кг
	Жир	Білок казеїн	Глоб / альб	Цукор	Мінерал. речовини	Сухі речовини	
1. Північний олень	18,7	8,3	2,0	3,6	1,4	33,8	2300
2. Буйловиця	7,7	3,8	0,7	4,8	0,8	17,9	1100
3. Вівця	7,2	4,5	1,2	4,6	0,9	18,5	1090
4. Зебу	7,0	3,7	0,5	3,5	0,8	15,9	980
5. Як	6,8	3,6	0,7	5,0	0,9	17,8	1040
6. Верблюдиця	4,5	2,6	0,9	4,9	0,7	13,6	760
7. Коза	4,3	3,0	0,6	4,5	0,8	13,4	730
8. Корова	3,9	2,7	0,5	4,7	0,7	13,0	690
9. Кобилиця	1,8	1,2	0,9	6,4	0,3	10,7	520
10. Ослиця	1,4	0,9	1,0	6,2	0,5	9,9	460

Хімічний склад молока а овець деяких порід представлено в табл. 2.

**Хімічний склад молока овець деяких порід
(за У.Х. Аріповим та ін., 1990)**

Породи	Хімічний склад молока (%)					Енергетична цінність, ккал/кг
	Жир	Білок казеїн	Цукор	Мінерал. речовини	Сухі речовини	
1. Каракульська	8,50	5,20	4,70	0,93	19,33	1273
2. Сокольська	7,60	5,31	4,66	0,90	18,47	1195
3. Асканійська	7,30	6,52	4,27	0,87	18,96	1234
4. Прекос	7,12	5,06	4,75	0,87	17,80	1140
5. Гірськокарпатська	6,72	5,20	4,99	0,88	17,79	1120
6. Асканійська чорноголова	6,70	5,81	5,10	0,87	18,48	1159
7. Цигайська	6,60	6,08	4,90	0,94	18,52	1167
8. Асканійська кросбредна	6,00	5,90	5,07	0,90	17,87	1098

Склад і властивості овечого молока. Молоко овець – цінний харчовий продукт. За хімічним складом та фізичними властивостями овече молоко переважає коров'яче. В ньому більше сухих речовин (в 1,4 рази), жиру (в 1,8 рази), калорійність вище в 1,5 рази. Білок овечого молока перетравлюється в організмі на 99%, а білок коров'ячого молока –

на 92,5%. Молоко овець містить в середньому: 82,1% води, 6,7% жиру, 5,8% білка, 4,6% цукру, 0,8% мінеральних речовин. В молоці містяться різні мікроелементи (мг/кг): залізо – 0,09-0,27; мідь – 0,96 – 1,98; цинк – 9,6 – 10,8; свинець – 0,9 – 0,22; марганець – 0,27 – 0,33; срібло – 0,001 – 0,003; алюміній – 0,09 – 0,22; магній – 9,20 – 10,60; кобальт < 0,10; хром – 0,01; олово – 0,01 – 0,02; стронцій – 0,02 – 0,29. В 1 кг овечого молока міститься біля 110 мг аскорбінової кислоти, є значна кількість вітамінів групи В, є вітамін А, але відсутній каротин. Свіже молоко має білий колір із сіруватим відтінком, більш густої консистенції (1,035 – 1,040 г/см³), ніж коров'яче. Точка плавлення жиру овечого молока 35,5-36,0⁰ С, затвердіння – 24,5 – 25⁰ С, кислотність від 20 до 27⁰ Т, дещо вища, ніж коров'ячого.

Фактори, що впливають на молочність овець неоднакові і залежать від багатьох чинників як генетичного, так і негенетичного характеру (порода, вік, вгодованість, здоров'я, лактація по рахунку, місяць лактації, число народжених ягнят, годівля, утримання).

Таблиця 3

Молочна продуктивність овець деяких порід

Порода	Максимальна молочна продуктивність за лактацію, кг
1. Цигайська	275
2. Асканійська	235
3. Романівська	225
4. Балбаська	210
5. Північнокавказька	190
6. Мазехська	170
7. Тушинська	105
8. Каракульська	80

Найбільш висока молочність спостерігається в овець східноафриканської породи. Загальна молочність такої вівці за лактацію складає 900-1000 кг, в тому числі товарна – до 500 кг. Найбільший добовий удій припадає на період з 20 по 30 день лактації (2 кг). До початку 3 місяця лактації надої утримуються, а далі – знижуються. Найменші вони стають в кінці лактації (100-200 г). Тривалість лактації складає 90-120 днів після відокремлення ягнят. Молочність маток зростає до 3 року життя і утримується на максимальному для цієї тварини рівні до 6-річного віку.

Виробництво продуктів з овечого молока.

Бринза. Бринза з пастеризованого молока готова до вживання через 20 діб, а бринза, виготовлена із свіжого молока, – через 60 діб. В сухій речовині бринзи повинно бути не менше 50% жиру, 3-8% солі, не більше 53% вологи. Смак молочнокислий, дещо солодкуватий. Для виробництва сирів використовують молоко I та II сорту. Розрізняють сири розсольні, тверді та м'які.

Розсольні сири виробляють в республіках Кавказу, Середньої Азії. Відомі сорти: чанах, осетинський, ереванський, кобійський. В сухій речовині сиру міститься не менше 40-50% жиру, не більше 50% води та 5-8% солі.

Тверді сири: арагацький, овечий, молдавський копчений. В сирі – 40-50% жиру, 3-5% солі.

М'які сири: качкавал, рокфор, пекаріно. Містять не менше 50% жиру, не більше 40% води, 3,5% солі.

Потрібна чітка і реальна програма державного розвитку вівчарства, яка б забезпечувала підвищення економічної ефективності вівчарства шляхом зростання поголів'я овець планових порід, їх вовнової і м'ясної продуктивності. Безперечно, що це є шлях до створення сотні нових і забутих робочих місць в країні. Ми готові не лише своїми порадами, але практичною участю підтримувати громадян країни для відродження тваринництва. Для уього потрібно лише бажання і клопітка повсякденна праця, яка принесе свої результати. Немає збиткових галузей, є лише збитковий і необдуманий підхід при її веденні. Чому за кордоном ця галузь прибуткова, а у нас вона збиткова?

ЛІТЕРАТУРА

1. Вівчарство // УРЕ. – Т.2. – Вид. друге. Гол. ред. УРЕ. – Київ. – 1978. – С. 260.
2. Давыдов Р.Б., Петровский К.С. Молоко / БСЭ. – Т.16. – Третье изд. – М.: Советская энциклопедия, 1974. – С. 1431-1434.
3. Литовченко Г.Р., Воробьев П.А. Овцеводство. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. Колос, 1982. – 271 с.
4. Овцеводство и козоводство: Справочник / Х.Х. Арипов, В.М. Виноградова, В.А. Воробьев и др. – М.: Агропромиздат, 1990. – 352 с.
5. Справочник по овцеводству / Под ред. Д.Г. Степанова. – К.: Урожай, 1979. – 152с.

Ю.О. МАТВИЄНКО

ФАРМАКОТЕРАПІЯ АУТИСТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Представлений матеріал стосується сучасних підходів до медикаментозного лікування аутистичних розладів.

Ключові слова: аутистичний розлад, нейролептики, антидепресанти, нейрофармакологія

Представленный материал касается современных подходов к медикаментозному лечению аутистических расстройств.

Ключевые слова: аутистическое расстройство, нейролептики, антидепрессанты, нейрофармакология

This review article is dedicated to the modern aspects of drug therapy in autistic disorder.

Key words: autistic disorder, neuroleptics, antidepressants, neuropharmacology

Вступ

Проблема психофармакології аутистичного розладу (АР) ускладнена клінічними, методологічними та етичними суперечностями, оскільки існує багато перешкод для вивчення цієї ділянки клінічної психіатрії. По-перше, АР є описовим терміном, щодо якого немає міжнародного консенсусу стосовно точного визначення. Як вказують Brereton and

Tonge, інколи він стосується групи різних, подібних до аутизму станів – як у разі наявності, наприклад, первазивних розладів розвитку. Іноді АР пов'язують з єдиною концепцією аутизму, вираженою у вигляді континууму важкості, починаючи від відсторонених дітей із затримкою інтелектуального розвитку (синдром Каннера) і закінчуючи менш інвалідизованими хворими (синдром Аспергера). Тому так важко порівнювати результати різних досліджень, проведених у багатьох центрах. Фактично дуже часто знаходять добре розроблені дослідження з абсолютно протилежними висновками.

По-друге, етіологія АР залишається незрозумілою, незважаючи на той факт, що багато досліджень наводять багато доказів на предмет генетичних і нейробиологічних факторів як таких, що відіграють важливу роль у патогенезі. Досі невідомо, чи АР – моноетіологічний стан, чи він є сукупністю більш-менш подібних фенотипів з мультіваріантними причинами. Willemsen-Swinkels і Buitelaar зазначають, що суперечності цього захворювання не будуть розв'язані доти, доки не ідентифікують його біологічної причини чи хоча би відносно стійкого маркера.

По-третє, бракує добрих тваринних моделей, котрі можна було б використати для підтвердження гіпотез розвитку патологічної поведінки і преклінічної перевірки нових фармакологічних середників. Нещодавно Pletnikov et al. описали нову тваринну модель АР, базовану на введенні вірусу хвороби Борна в головний мозок новонароджених щурів, щоб викликати псевдо-аутистичні зміни поведінки. Вона має певний потенціал у забезпеченні інформацією на предмет варіабельності реагування на деякі психотропні ліки.

І останньою значною проблемою залишаються труднощі вимірювання ефективності препаратів через брак чутливих і обґрунтованих методів. Більшість останніх розроблені швидше для діагностики, а не оцінки особистісних змін. Багатогранність проявів аутизму означає, що ці методи можуть бути грубими для виявлення незначних, але важливих змін, спричинених певними ліками. Все сказане ускладнюється тим, що будь-яка оцінка поведінки неunikнено затінюватиметься у процесі природного росту дитини, а також під дією різних чинників зовнішнього середовища, що діють на нас постійно.

У подібних обставинах слід усвідомлювати обмеження різних досліджень фармакотерапії АР і з застереженнями інтерпретувати їх результати. Оскільки цей стан нині залишається невиліковним, то його медикаментозна терапія завжди має бути елементом всесторонньої програми лікування із залученням спеціалізованої освіти, поведінкових модифікацій, працетерапії, а також розробки соціальних та комунікативних навиків у структурованому міждисциплінарному підході.

Baghdadli et al. класифікували психофармакологічну терапію при аутистичних розладах на три категорії. До першої належать препарати, спрямовані на лікування самого патологічного процесу, що лежить в основі хвороби і викликає її ключові симптоми. Це мають бути речовини, націлені на специфічні мішені в нейрохімічних ланцюгах. Друга категорія включає препарати, застосовувані в терапії специфічних порушень поведінки, часто асоційованих з АР, з метою симптоматичного полегшення. Третя – стосується широкого діапазону ліків, щодо яких існують лише поодинокі дослідження і повідомлення про ситуативні позитивні ефекти.

Наукові дослідження патогенезу АР, проведені останніми роками, не дали вражаючих результатів, а нейрохімічний базис цього розладу досі залишається невідомий. Хоча в більш ніж в 30% пацієнтів виявляють підвищення рівня серотоніну у крові, клінічна значущість цього факту є нез'ясованою. Тому нині немає добре обґрунтованої фармакотерапії при патофізіологічних змінах, які запускають аутистичні розлади. Разом з тим, є певні докази,

котрі вказують, що деякі ліки можуть мати певний ефект у лікуванні поведінкових розладів, пов'язаних з АР. Далі подано огляд актуальних досліджень різних класів препаратів.

Нейролептики

Нейролептики належать до групи найбільш використовуваних психофармакологічних середників у лікуванні порушень поведінки при АР. Вважається, що дія звичних антипсихотиків типу галоперидолу, хлорпромазину і тіоридазину стосується їх здатності блокувати постсинаптичні D₂-дофамінові рецептори лімбічної системи і стріатума. Ще ранні дослідження засвідчили, що, наприклад, галоперидол ефективний у терапії збудження, гіперактивності, агресії, стереотипної поведінки, моторних і вокальних тіків, афективної лабільності, чого не можна сказати про його дію при розладах комунікації або соціальної взаємодії. Разом з тим, ці конвенційні препарати мають небажані побічні ефекти, наприклад, дистонії та пізні дискінезії, які обмежують їх клінічне застосування і комплаєнтність з боку пацієнтів, особливо в разі довготермінового використання. Останні огляди літератури свідчать, що нині фокус учених змістився до нейролептиків другого покоління, котрі мають набагато менший ризик екстрапірамідних ускладнень. З фармакологічної точки зору вони відрізняються від звичних ліків цього класу, маючи набагато нижчу афінність до D₂-дофамінових рецепторів, високу афінність до рецепторів серотоніну (5-гідрокситриптаміну – 5-НТ) і норадреналіну, а також здатність модулювати функції (зокрема, поведінкові), опосередковані глутаматними рецепторами. Вважається, що саме низький рівень антагонізму між D₂-дофаміновими і 5-НТ_{2a}-рецепторами є визначальним для якостей цих агентів.

Рисперидон – бензисоксазолова похідна з сильними антидофамінергічними і антисеротонінергічними властивостями. У систематичному огляді, проведеному Barnard et al. з використання атипичних нейролептиків при аутизмі, автори дійшли висновку, що цей середник може бути ефективний у зниженні гіперактивності, агресії і поведінкових стереотипів, часто без індукції важких побічних реакцій.

Scahill et al. провели багатоцентрове, рандомізоване, подвійно сліпе дослідження рисперидону порівняно з плацебо при лікуванні АР, супроводжуваного важкими спалахами збудження, агресією і саморуйнівною поведінкою у дітей віком 5-17 років. Більшість досліджуваних осіб (91%) жили вдома з батьками, їх психічний вік максимально наближався до 18 місяців. Із 49 дітей, котрих лікували рисперидоном протягом 8 тижнів (дозовий діапазон – 0,5-3,5 мг/добу), у 57% виявляли зниження балів “дратівливості” за Контрольною шкалою патологічної поведінки порівняно з 14% зниженням у групі плацебо (P < 0,001). Однак бали підшкали “соціального відособлення”, в якій оцінюють суспільну ізоляцію і бажання комунікації з іншими, суттєво не відрізнялися між двома групами. Побічні ефекти, включаючи збільшення маси тіла, загальну слабкість, запаморочення, посилену саливацію, тремор і закрепи, були поширеніші у групі рисперидону, хоча в більшості випадків і мали доброякісний характер.

Diler et al. повідомляють про 6-місячне відкрите дослідження рисперидону в 16 аутистичних дітей віком 3-7,5 років. Середня доза препарату становила 1,5 мг/добу. 13 дітей продемонстрували поліпшення принаймні на 1 бал за Шкалою загального клінічного уявлення від важкості хвороби, а бали 11 з 15 підшкал Рейтингової шкали дитячого аутизму також були суттєво ліпшими. Інше відкрите дослідження, здійснене Casaer et al., у семи дітей з аутизмом (середній вік 7,6 року) виявило, що загальні бали Контрольної шкали патологічної поведінки були виражено ліпші після 4 тижнів лікування рисперидоном. Частота побічних ефектів була низька, також не виявлялося якихось порушень у лабораторних показниках, на ЕКГ та у вітальних параметрах.

У двох інших дослідженнях повідомлялося про позитивні результати від використання рисперидону в аутистичних дітей з гіперактивністю, дратівливістю й агресивністю. У першому з них (проведеному Boon-Yasidhi et al.) автори пишуть про п'ять випадків у дітей віком 2,1-3,7 років. У другому дослідженні (проведеному Raheja et al.) повідомляється про успішне використання рисперидону для лікування 30-річного чоловіка з синдромом Аспергера. У цьому випадку спостерігали зниження агресивної поведінки і поліпшення соціальних взаємин.

Оланзапін, тіснобензодіазепінова похідна, є другим атипичним нейролептиком. За хімічною структурою і фармакологічним профілем він нагадує клозапін, але не має такого самого ризику розвитку патологічних змін у крові. Позитивні ефекти оланзапіну в дітей, підлітків і дорослих з первазивними розладами розвитку описано в одному з пілотних досліджень. Kemner et al. провели відкрите дослідження у 23 дітей (віком 6-16 років) з цим порушенням на амбулаторному етапі і виявили виражене поліпшення за трьома підшкалами Контрольної шкали патологічної поведінки (“дратівливості”, “гіперактивності” і “посиленої говірливості”). Проте лише три дитини добре відреагували на лікування в поняттях Шкали загального клінічного уявлення від важкості хвороби. Найпоширенішими побічними ефектами, про які повідомлялося, були збільшення маси тіла, астения і посилення апетиту. Не були серйозною проблемою й екстрапірамідні симптоми – вони зникали при зниженні дози використовуваного препарату.

Хоча збільшення маси тіла є одним з основних недоліків оланзапіну, цей феномен доброякісний, він спонтанно зникає і, ймовірно, пов'язаний з низьким індексом маси тіла на початку лікування. Метаболічні порушення є ще одним ускладненням лікування цим препаратом. Є повідомлення про гіперглікемію, діабет і підвищення рівнів тригліцеридів сироватки. Ці феномени не є винятковими лише для застосування оланзапіну, вони трапляються у хворих на шизофренію, котрі, як відомо, мають вищу частоту захворюваності на діабет навіть без використання нейролептиків. Невідомо, чи такі метаболічні розлади також виникають у хворих з АР, лікованих оланзапіном, але, ймовірно, в подібного контингенту пацієнтів слід регулярно проводити моніторинг лабораторних показників.

Зипрасидон – це бензотіазоліпіперазин, хімічно не пов'язаний з будь-яким із поточних антипсихотиків. З фармакологічної точки зору він є агоністом 5-HT_{1A}-рецепторів, а також пригнічує зворотне захоплення серотоніну і норадреналіну. У попередньому відкритому дослідженні безпеки та ефективності зипрасидону у 12 хворих (віком 8-20 років) з аутизмом 6 (50%) з них відреагували на 6-місячний курс терапії. Оцінку пацієнтів проводили за Шкалою загального клінічного уявлення. Найпоширенішим побічним ефектом була седація. Актуальною проблемою терапії зипрасидоном є його вплив на серцево-судинну систему, зокрема, подовження інтервалу QT_c на електрокардіограмі. Згідно з даними попереднього дослідження у хворих, пролікованих цим середником, не спостерігали болів у грудній клітці, тахікардії, перебоїв у серці, запаморочення чи втрати свідомості.

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну

За результатами як відкритих, так і контрольованих досліджень повідомлялося про симптоматичне полегшення при застосуванні селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні дітей та дорослих з АР. Попередні докази дозволяють припустити, що цей клас препаратів може мати особливі переваги в контролі над поведінковими стереотипіями, агресією і, можливо, саморуйнівною поведінкою. Більшість ранніх досліджень стосувалися флуоксетину, в останніх же вивчаються й інші представники

цієї фармакологічної групи. У Канадському дослідженні, проведеному Couturier і Nicolson, 17 хворих віком 4-15 років (з них 14 страждали на АР, решта три – на синдром Аспергера) лікували циталопрамом протягом 1-15 місяців у дозі 5-40 мг/добу. Наслідки такої терапії ґрунтувалися на консенсусі між лікарями і батьками з використанням як директивної Шкали загального клінічного уявлення. У 10 (59%) дітей спостерігали поліпшення поведінки (інколи доволі значне), але ключові симптоми (соціальна взаємодія і комунікація) суттєво не змінилися. Також повідомлялося про деякі побічні ефекти. За результатами іншого невеликого дослідження двоє з п'яти аутистичних дітей добре відреагували на флувоксамін – до того в них такі прояви захворювання, як агресія і саморуйнівна поведінка, не відгукувалися на галоперидол чи карбамазепін.

Деяких успіхів досягли DeLong et al., які вивчали певні фактори, що можуть вплинути на реагування до флуоксетину. У цілому було досліджено 129 дітей (віком 2-5 днів), хворих на АР. З'ясувалося, що реакція на цей препарат чітко корелює із позитивним сімейним анамнезом на предмет великого афективного розладу (особливо біполярного) і незвичайних інтелектуальних досягнень. Припускають, що АР може мати певну спільність з деякими генетичними детермінантами цих станів.

З другого боку, з посиленням застосування селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в педіатричних популяціях виникає потреба в інтенсивнішому з'ясуванні їх фармакокінетики в цих вікових групах. Директиви з дозування, екстрапольовані з дорослих досліджень, не завжди можна застосовувати щодо дітей. Strauss et al. використали магнітно-резонансну спектроскопію головного мозку з фтором для оцінки вікових впливів на концентрацію флувоксаміну і флуоксетину в 16 дітей (віком 6-15 років) з діагнозом первазивних розладів розвитку. Їх результати засвідчили, що рівні цих речовин у дітей суттєво не відрізнялися від показників у дорослих з точки зору розрахунку дози на одиницю маси тіла. Отже, можна визначити дозові діапазони для вищезгаданих препаратів у дітей з цим порушенням, відштовхуючись від дорослих доз з поправкою на масу тіла.

Інші підходи

У кількох недавніх дослідженнях оцінювали ефекти інших препаратів при АР.

Засвідчено, що антихолінестеразні агенти знижують чи тимчасово стабілізують когнітивні розлади при хворобі Альцгеймера. Також є повідомлення, що вони знижують рівень психозу, розгальмування чи патологічної поведінки на фоні цього захворювання. Невідомо, чи наявні аналогічні розлади холінергічних систем при АР. Hardan і Handen пишуть про результати ретроспективного відкритого дослідження донепезилу, зворотного інгібітору холінестерази, у восьми дітей і підлітків (віком 7-19 років) з аутистичними порушеннями. У чотирьох з них виявлено суттєве поліпшення згідно з Контрольною шкалою патологічної поведінки і Шкалою загального клінічного уявлення від важкості хвороби. Спостерігали зниження балів “дратівливості” і “гіперактивності”, але відсутність змін за підшкалами “неадекватної мови”, “летаргії” чи “стереотипій”. Оскільки всі пацієнти з цього дослідження також одночасно приймали психоактивні ліки, потрібні подальші дослідження, щоб зробити якісь висновки стосовно переваг донепезилу при АР.

У огляді біохімічних аспектів аутизму Shattock і Whiteley розвинули теорію опіоїдної надмірності при цьому розладі. Згідно з їхньою концепцією АР – це наслідок метаболічних розбалансувань. Надмірна кількість пептидів з опіоїдною активністю в дієті, зокрема у продуктах, що містять глютен та казеїн, проходить через патологічно проникну стінку кишківника і проникає в центральну нервову систему, впливаючи на нейротрансмісію. Така теорія (також відома під назвою екзорфінової) відкриває двері новим напрямкам терапевтичного втручання. Замість обмежень дієти Brudnak et al. доповнили її новим

ензимним препаратом у 46 хворих з АР віком 5-31 років. Еволюцію клінічної картини оцінювали з допомогою Оглядової прогностичної шкали. Результати продемонстрували позитивні ефекти за всіма 13 параметрами в діапазоні поліпшення від 50 до 90%. На думку авторів, доцільні подальші контрольовані дослідження.

Хоч антиконвульсанти призначають головним чином при епілепсії, їх вплив на стабілізацію настрою та поведінки вивчають усе інтенсивніше. Леветирацетам – протисудомний середник, показаний для застосування як ад'ювантна терапія при парціальних судомах. Rugino і Samsok досліджували його ефекти в 10 аутистичних хлопчиків віком 4-10 років. При цьому виявлено поліпшення показників неухважності, гіперкінезів, імпульсивності, нестабільності настрою та агресії. Також не спостерігали жодних ноотропних впливів. Учені дійшли попередніх висновків, що леветирацетам може стати перспективним у терапії дітей з аутизмом, які мають вищезгадані проблеми.

Протягом останніх років посилюється інтерес дослідників до потенційної ролі секретину, пептидного гормону кишківника, при аутизмі. Horvath et al. повідомляють, що він позитивно діє на розвиток соціальних навиків і мови в дітей з АР. Однак рандомізоване, подвійно сліпе, плацебо-контрольоване дослідження 85 дітей, хворих на аутизм (вік 3-12 років, середній IQ = 55), не навело доказів полегшення симптомів цього розладу порівняно з плацебо після призначення одиничної дози природного чи синтетичного секретину. Таких же висновків дійшли і Patel et al. у своєму критичному огляді щодо цього агента. Беручи до уваги недостатню кількість клінічних даних, використання секретину в лікуванні АР на цій стадії навряд чи виправдане.

Висновки

У статті подано найостанніший огляд щодо психофармакології АР. Практично будь-яке дослідження цієї проблеми було методологічно неадекватне, тому інтерпретація результатів досить складна. Зокрема, багато вчених не брали до уваги рівень інтелектуального функціонування досліджуваних осіб чи їх місце проживання. Разом з тим, із розвитком сучасних нейронаук і психофармакології стає все більш очевидним, що призначення нейролептиків другого покоління чи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну є ефективним і добре переноситься в терапії хоча б деяких проявів АР. Нині також тривають дослідження, в яких вивчають потенційні можливості інших підходів, зокрема, застосування антихолінергічних агентів, антиконвульсантів, ферментних дієтичних добавок і секретину при цьому порушенні.

Хоча в лікуванні аутизму найнеобхіднішим є мультимодальний підхід, фармакологічні середники часто потрібні для того, щоб пацієнт одержав хоча б певні переваги від поведінкових та освітніх втручань. Фармакотерапія має ґрунтуватися на доказах і бути спрямованою на специфічні симптоми, визначені частотою, інтенсивністю та еволюцією останніх. Якщо ми розглядаємо можливість такої фармакотерапії, то її слід супроводжувати ґрунтовною оцінкою пацієнта на початку лікування і чітким документуванням симптомів-мішеней. Подальший моніторинг ефективності і побічних ефектів повинні проводити спільно лікар, хворий і той, хто його доглядає. Оскільки сьогодні наші знання етіології, патофізіології і фармакології АР не є достатніми, існує необхідність у додаткових, добре розроблених клінічних дослідженнях, результати яких у майбутньому можуть стати директивними для медиків у визначенні напрямків фармакотерапії в цього контингенту хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Blenner S, Reddy A, Augustyn M. Diagnosis and management of autism in childhood. *BMJ*. 2011 Oct 21;343:d6238.

2. Correll CU, Kratochvil CJ, March JS. Developments in pediatric psychopharmacology: focus on stimulants, antidepressants, and antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2011 May;72(5):655-70.
3. Deokar AM, Huff MB, Omar HA. Clinical management of adolescents with autism. *Pediatr Clin North Am*. 2008 Oct;55(5):1147-57, viii.
4. Faras H, Al Ateeqi N, Tidmarsh L. Autism spectrum disorders. *Ann Saudi Med*. 2010 Jul-Aug;30(4):295-300.
5. Huffman LC, Sutcliffe TL, Tanner IS, Feldman HM. Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *J Dev Behav Pediatr*. 2011 Jan;32(1):56-68.
6. Inglese MD. Caring for children with autism spectrum disorder. Part II: screening, diagnosis, and management. *J Pediatr Nurs*. 2009 Feb;24(1):49-59.
7. Malone RP, Waheed A. The role of antipsychotics in the management of behavioural symptoms in children and adolescents with autism. *Drugs*. 2009;69(5):535-48.
8. Matson JL, Sipes M, Fodstad JC, Fitzgerald ME. Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*. 2011 Jul;25(7):597-606.
9. Nazeer A. Psychopharmacology of autistic spectrum disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011 Feb;58(1):85-97, x.
10. O'Hare A. Autism spectrum disorder: diagnosis and management. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2009 Dec;94(6):161-8.

Я. В. СТАСІВ

ЗАПОЧАТКУВАННЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ РУХУ ТВЕРЕЗОСТІ В ГАЛИЧИНІ У 1840 – 1850-Х РОКАХ

У статті охарактеризовано зародження та становлення руху тверезості в Галичині в середині XIX ст. під патронатом греко-католицького митрополита Михайла Левицького.

Ключові слова: алкогольні речовини, Михайло Левицький, рух тверезості, братства тверезості, греко-католицьке духовенство.

В статье рассмотрено зарождение трезвеннического движения в Галиции в середине XIX века под предводительством греко-католического митрополита Михаила Левицкого.

Ключевые слова: алкогольные вещества, Михаил Левицкий, трезвенническое движение, братства трезвости, греко-католическое духовенство.

Creation and formation of the first stage sobriety movement in Halychyna in the middle of the XIX th. under the leadership of Mykhailo Levytskyi, Greek-catholic metropolitan is considered in the article.

Key words: alcohol(ic) substances, Mykhailo Levytskyi, a sobriety movement, brotherhoods of sobriety, Greek-catholic clergy.

Зародження руху тверезості у світі на початку XIX ст. було закономірною реакцією провідних інтелектуалів на цілеспрямовану алкоголізацію населення. Рух тверезості став, і в багатьох країнах (Швеція, Норвегія, Фінляндія та ін.) залишається головною дієвою силою у протидії поширенню вживання алкоголю.

Для України на даний час питання руху тверезості особливо актуальне не лише з наукової, а, перш за все, з практичної точки зору. Україна входить до десятки країн з

найвищим рівнем вживання абсолютного алкоголю на душу населення (за даними ВООЗ 15, 6 л спирту за рік) [12]. За останніх 20 років під загрозу поставлено молоде покоління: бл. 80 % хлопців та 60 % дівчат – курять тютюн, і бл. 80 % обох статей – вживають алкоголь [1, с. 104-105]. За прогнозами експертів ООН до 2050 р. населення України може скоротитися на 10 %. Визначальним чинником демографічної кризи в Україні є малорухомий спосіб життя та вживання найдоступніших наркотиків: алкоголю і тютюну.

Тверезницький рух у Галичині впродовж майже 100 років був запорукою здоров'я нашого народу. Тому відродження тверезих традицій в молодій українській державі продиктоване потребою збереження та виховання молодого покоління – генофонду нації. Ключовою ідеєю у цьому процесі повинна стати орієнтація дітей, підлітків та молоді на культуру здоров'я та тверезості як норму життя людини.

Як наукова проблема рух тверезості вивчений недостатньо. На даний час єдиною узагальнюючою працею є монографія Б. Савчука, і ще деякі роботи цього дослідника [7-8]. Організаційний аспект діяльності тверезницького руху під патронатом греко-католицького духовенства відображені у працях М. Кузик [2] та І. Рудянин [6]. Досить оригінальними є праці В.Лаби [3-4] та В. Садового [9], які на основі багатого документального матеріалу розкривають зміст та етапи становлення тверезницького руху в Галичині. Стаття доповнюється збірником праць діячів руху тверезості періоду перебудови в СРСР [5], соціологічним дослідженням центру ім. О. Яременка [1], енциклопедичними публікаціями [10-11], а також даними ВООЗ [12].

Метою даної статті є висвітлення зародження та стану тверезницького руху в Галичині на початковому етапі, а саме в 1840-х початку 1850-х роках.

На початку XIX ст. у провідних країнах світу на місці крихітних винокурень та гуралень постали заводи й фабрики з виробництва алкогольних речовин. Відтоді їх виготовлення почалось у промислових масштабах. Власники бізнесу за рахунок кількості зробили алкоголь максимально доступним для усіх верств суспільства, отримуючи колосальні прибутки.

Широка доступність спиртовмісних хімікатів зумовила зростання рівня їх ужитку, і, як закономірний наслідок – появу масового пияцтва (або алкоголізму) – шкідливої звички не лише окремих людей, а й цілих народів. У той же час, реакцією та формою відвернення цього згубного явища став рух тверезості. Він був започаткований у США, завдяки книзі психіатра Бенджаміна Раша «Про вплив спиртних напоїв на розум і тіло людини» (1785 р.) [10, с. 625-626; 11]. Першим тверезницьким товариством у світі було Товариство тверезості, засноване у США (1808 р., діє донині) [5, с. 112].

Проповідування тверезницьких ідей представниками греко-католицького духовенства на українських землях почалося ще задовго до появи перших братств тверезості. До прикладу, у своєму творі «Нравоученію Мірскимъ Іереом» (1687 р.) видатний просвітник, єпископ Йосип Шумлянський подав священникам настанови щодо проповідування тверезості. На думку Й.Шумлянського, тверезість є основою всіх чеснот людини, натомість пияцтво – корінь усіх людських пороків [7, с. 75-76].

Показовою у контексті проповідування ідеї тверезості є куренда єпископа Петра Білянського (1787 р.) в якій сказано, що в деяких парохіях служителі культу приносили до

* Абсолютний алкоголь на душу населення – це міжнародний уніфікований показник споживання алкоголю у певній країні. Алгоритм обчислення наступний: питома кількість купленого в країні та імпортованого в неї алкоголю за рік ділиться на кількість населення країни.

Алкологи, підрахували: якщо в країні рівень вжитку абсолютного алкоголю рівний або перевищує 8 л – це веде до незворотного згасання етносу.

* Куренда – світське або церковне послання, розпорядження.

церкви горілку, яка була елементом застілля під час парастасів та інших обрядів. Єпископ суворо заборонив будь-який алкоголь за столом, і наказав вести нагляд за дотриманням його розпорядження [Цит. За: 9, с.11].

Спробою ідеологічного згуртування широких кіл галицької інтелігенції у проповідуванні ідеї тверезості було заснування Товариства галицьких священиків (Перемишль, 1816 р.). Його засновники митрополит Михайло Левицький та священик Іван Могильницький головним завданням ставили відродження національних та духовних традицій українського народу шляхом просвітництва. На їхню думку, головною перешкодою у цьому було пияцтво українців. Тому проповідування тверезих ідей серед українського населення повинно було зміцнити патріотизм та підвищити рівень національної свідомості українців [7, с. 77-78].

У 1830 – 1840-х рр. у Галичині відбулася модернізація алкогольного промислу. Зокрема, в 1841 р. тут діяли 203 новообладнані підприємства, які виробляли по 60-100 тис. пляшок горілки на рік, або 50 % алкогольних отрут від усіх 2300 гуралень Галичини [2, с. 86].

Пияцтво, як лихо цілого суспільства, з усіма наслідками, не оминуло Австрійську імперію та її коронний край Галичину. Саме в Галичині, на думку дослідників, пияцтво набрало найбільших масштабів у межах держави [4, с. 48-49].

Проблема ускладнювалася тим, що від XVII ст. шляхта володіла правом пропінації. Завдяки цьому, пани могли будувати по селах корчми та здавати їх в оренду. Відтоді, корчми стали джерелом пияцтва в цілій Галичині.

Як форма соціально-політичного протесту цілеспрямованій алкоголізації населення під егідою греко-католицького духовенства виник рух тверезості. Засновником та ідеологом руху став вищезгаданий митрополит М. Левицький (1774 – 1858). Він один із перших організував намагання тогочасної галицької інтелігенції запобігти величезній проблемі – духовній та фізичній деградації українського суспільства під впливом алкоголю.

Слушна думка щодо започаткування руху тверезості в Галичині була висунута Б. Савчуком. Він вважає, що головним поштовхом його створення серед українців стало польське повстання 1830 – 1831 рр. Австрійська влада, на противагу польському сепаратизму сприяла піднесенню національних почуттів українського населення. Зокрема, на зібранні крайових владик у вересні 1844 р. галицький намісник архикнязь Фердинанд закликав їх створювати антиалкогольні організації, які б залучали людей до складання обітниць тверезості та стриманості від вживання алкоголю [7, с. 77-78].

Уже 3 жовтня 1844 р. М.Левицький видав куренду, в якій обґрунтовував потребу заснування братств тверезості, як організованої форми відвернення пияцтва. У цьому розпорядженні були дані чіткі інструкції щодо діяльності братств тверезості. Також усі священики, котрі керували братствами, повинні були щоквартально звітувати про свою роботу.

Невдовзі в західній частині краю ініціатива М.Левицького була підтримана відомим просвітником, перемишльським єпископом Іваном Снігурським. Він видав куренду, в якій гостро засудив пияцтво як важкий гріх, що є причиною багатьох вад людини [2, с. 86].

У 1845 р. о. Іван Козакевич заснував братства тверезості в селах Голинь та Брошнів (Калуський повіт). У своїх лавах вони нараховували 771 та 302 члени відповідно [6, с. 34]. Братства, як правило, засновувалися при церквах. Перші із них були створені у Львівській,

* Або примус пропінаційний – право панів, поміщиків та інших землевласників виготовляти та продавати алкогольні вироби, передусім пиво, вино, горілку, етер та інші в межах своїх володінь, при цьому звільняючись від податків.

Перемишльській та Станиславівській єпархіях. Кожне братство мало облікову книгу своїх членів – «Книгу братства тверезості» (або «Золоту книгу тверезості»), куди вносилися короткі дані про кожну людину, а згода її вступу скріплювалася підписом. Кожному членові видавалася грамота, як свідчення приналежності до братства.

Вступ до братства тверезості був добровільним, хоча траплялися випадки, коли священники вважали відмову вступу гріхом. Сам митрополит М.Левицький у своїх відозвах до духовенства постійно наголошував на виключній добровільності запису до нього [2, с. 85]. Вступаючи до братства людина складала обітницю тверезості – публічну клятву відречення будь-яких алкогольних речовин на певний період часу (від декількох років до вічності). Присяга виглядала так: «Чиню перед Господом Богом, Пречистою Дівою Марією і святим Ангелом Хоронителем урочисте постановлення в уживанню палених напоїв хоронитися за поміччю Бога і в міру сил своїх до того других побуджати». Для віруючого вона мала глибоке духовне значення, утримуючи його від спокуси вживання алкоголю. Також, клятва до певної міри зобов'язувала людину допомагати своїм ближнім, котрі зійшли з правильного життєвого шляху [4, с. 23].

У тих церквах, де діяли братства тверезості кожен священник зачитував проповіді про шкоду вживання алкоголю й тютюну під час богослужінь. У проповідях говорилося про згубний вплив цих отрут не лише для організму, а й для душі людини.

Усередині 1840-х рр. рух тверезості набув справжньої масовості: до братств вступали цілими селами. Заслугує уваги той факт, що в 1845 р. із 855 тис. віруючих греко-католиків Перемишльської єпархії 272 тис. вступили до братств [8].

Важливо відзначити, що антиалкогольна агітація з боку священників вимагала великої рішучості. Як правило, кандидата на посаду пароха затверджував той самий поміщик, на території якого розташовувалися корчми. Фінансова підтримка та жалування священникові також надавалися паном. Тому для нього було вкрай важливо наперед знати, чи не є кандидат прихильником, або активістом тверезості. Дуже часто саме цей фактор ставав перешкодою поширення тверезих ідей серед населення [2, с. 87].

Окрім створення братств дієвим інструментом руху тверезості була організація проти корчемних плебісцитів. З ініціативи священника скликала громада села, дідичі та вїйт, де піднімалося питання про подальше перебування корчми в цьому селі. Більшістю голосів «проти» корчма зносилася, а в знесеній будівлі засновували будинок культури [9, с. 39-45].

Незважаючи на наявність такого права через адміністративний опір шляхти та євреїв-орендарів, а також лобізм у владі історія знає поодинокі випадки знесення корчем. Дієвішим способом їх усунення було бойкотування, агітація громади не ходити до корчми, і не купувати алкоголю. Подекуди, активісти вдавалися до підпалів або побиття питущих [3, с. 19-28].

Дієвість тверезницького руху засвідчує той факт, що в 1844 – 1845 рр. – період найбільшого його піднесення – ціни на горілку в Галичині були найнижчими – 20 крейцерів за декалітр. Це означає, що зниження вартості цієї отрути є констатацією відсутності попиту на неї [7, с. 84].

Хвиля руху тверезості помітно скоротила кількість відвідувачів корчми. Відтак, скоротилися прибутки власників алкогольного промислу. Обструктивні заходи активістів руху у єврейській пресі, навіть, були змальовані як прояв антисемітизму. Також, шинкарі часто поширювали серед селян чутки про те, що за вступ до братства тверезості влада буде обкладати їх додатковими податками, або панщиною. Траплялися випадки, коли громади навіть виступали проти заснування братств.

У численних петиціях корчмарів та дідичів до галицького сейму та віденського уряду

необхідність скасування руху тверезості мотивувалася великими втратами до бюджету держави [2, с. 87-88]. Тому, стараннями алкогольного лобі у владних колах, наприкінці 1840-х поч. 1850-хх рр. перша хвиля руху тверезості пішла на спад.

Стратегічним результатом першої хвилі руху тверезості було започаткування просвітництва про шкоду алкоголю та тютюну серед селян. Другим важливим аспектом, як зауважив Б. Савчук, було піднесення національної та зародження «тверезницької свідомості» серед галицьких українців. Безперечно найважливішим результатом стали тисячі збережених людських життів та сімей.

У середині XIX ст. в Галичині, стараннями греко-католицького духовенства, очолюваного митрополитом Михайлом Левицьким, був організований рух тверезості. Він став закономірною реакцією української інтелігенції на цілеспрямовану алкоголізацію суспільства з боку іноземної влади.

Результати діяльності руху, на перший погляд, непомітні. Але з другого боку, завдяки активному донесенню ідеї тверезості вдалося відвернути найгірше – генетичний та духовний занепад тогочасного українського суспільства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т.В. Бондар, Н.О. Рингач та ін. – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
2. Кузик М. Роль греко-католицького духовенства в боротьбі за тверезість // Історія. – 2010, № 4. – С. 84-89.
3. Лаба В. Як галичани йшли шляхом національного відродження 100 років тому. (З історії бойкотування коршми в Галичині у 1902 – 1914 роках). – Львів, 2008. – 87 с.
4. Лаба В. «Не пийте, хлопці», – Україна просить. Історія боротьби галицьких українців за своє духовне визволення. – Львів, 2000. – 87 с.
5. Беседи о трезвости / Сост. В.А. Рязанцев. – К.: Вища школа, 1987. – 144 с.
6. Рудянин І.П. Греко-католицьке духовенство в боротьбі за тверезість у Східній Галичині (друга половина XIX – початок XX ст.) // Збірник навчально-методичних матеріалів і наукових статей історичного факультету Волинського національного університету ім. Л. Українки. – Рівне, 2008. – С.33-36.
7. Савчук Б. Корчма: алкогольна політика і рух тверезості в Західній Україні у XIX – 30-х роках XX ст. – Івано-Франківськ, 2001. – 248 с.
8. Савчук Б., Білавич Г. Учня гірських шкіл про антиалкогольний рух на Прикарпатті [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.gs.frankivsk.org/Content/files/Magazine/1/docs/
9. Садовий В. Пияцтво і боротьба з ним на українських землях у XV – XX століттях. – Дрогобич: ПП «Швидкодрук», 2009. – 72 с.
10. Алкоголізм // Энциклопедический словарь / Издатели: Ф.А. Брокгауз, И.А. Эфрон. – Т.21. – СПб, 1897. – С.624-626.
11. Rush Benjamin (1746 – 1813) // Encyclopedia Americana. – 1997. – Vol.23. – p.871.
12. The World Health Organization database from alcohol. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.euro.who.int/hfad/profile/profile.php?w=1280&h=1024>

ХРОНІКА

В серпні 2012 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Ісаєву Катерину Юріївну
Романюк Оксану Борисівну
Боржієвського Андрія Цезаровича

45 річчям

Крупник Наталію Миколаївну
Кіцеру Олександра Олександровича

50 річчям

Ягенського Андрія Володимировича

55 річчям

Леб'яка Михайла Мар'яновича
Громовика Богдана Петровича
Лотоцьку Маргариту Степанівну
Федорова Юрія Володимировича

60 річчям

Дудок Василя Васильовича

**Бажаємо міцного здоров'я
на Многая і Благая Літа!**

ЮРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ ФЕДОРОВ**До 55-річчя від дня народження**

Юрій Володимирович Федоров народився 2 серпня 1957 р. в с. Шахта 3 біс Луганської області. В 1960 р. сім'я переїхала в м. Червоноград. Батько – Володимир Павлович працював спочатку гірничим майстром, а потім головним енергетиком Великомоствівської шахти №4. Мати – Анфіса Лук'янівна (з родини Сілевич) працювала вчителькою української мови та літератури. Дитинство пройшло в Червонограді. Багато часу проводив в бібліотеках міста. В школі захопився біологією, їздив на біологічні олімпіади до Львова, посів друге місце на обласній олімпіаді. Навчання в СШ №5 закінчив із срібною медаллю. Сумнівів у виборі життєвої дороги не було. В 1974 р. поступив на медичний факультет Львівського державного медичного інституту, який закінчив у 1980 р. з відзнакою. В медінституті працював в студентському науковому гуртку з II курсу. Відвідував операції, допомагав працювати старшим колегам на апараті штучного кровообігу. З 1980 р. по 1992 р. працював лікарем-ординатором кардіохірургічного центру ЛОКЛ, займався проблемами інвазійної та загальної кардіології, електрокардіостимуляції. Спочатку працював анестезіологом-реаніматологом в 1981-1983 рр. Потім робота кардіохірургом в кардіохірургічному центрі. Далі була аспірантура при Всесоюзному центрі хірургічного лікування порушень ритму серця (м. Вільнюс, Каунас). Тема дисертації “Комплексная оценка электростимуляции с целью прогнозирования выживания и реабилитации больных с полной атриовентрикулярной блокадой”. Науковими керівниками були відомі кардіохірурги: член-кореспондент НАН та АМН України Михайло Васильович Даниленко та академік АМН Литви Юргіс Юозович Бредикіс. Захист дисертації відбувся на медичному факультеті Вільнюського університету в 1989 р. В 1992 р. Юрій Володимирович стає асистентом кафедри терапії №2 ФПДО і на цій посаді працював до 1998 р., згодом перейшов на кафедру сімейної медицини (1998-2000 рр.), а потім працював асистентом (2000-2001), доцентом (від 2001 р.) кафедри клінічної імунології та алергології. Постійно підвищував кваліфікацію з кардіології та терапії: 1985 р. – курси з постійної електрокардіостимуляції з основами електрофізіологічних досліджень провідної системи серця у Всесоюзному центрі ЕКС (м. Каунас), одномісячні курси з електрофізіологічних досліджень провідної системи серця в Інституті серцево-судинної хірургії (м. Москва); 1991 р. – курси з кардіохірургії та

електростимуляції в Інституті серцево-судинної хірургії (Київ); 1994 р. – тематичні курси удосконалення для викладачів інституту за темою “Сучасні аспекти навчання в терапії”; 2000 р. – тематичні курси удосконалення для викладачів медінститутів КМАПО; 2001 р. – присвоєна перша кваліфікаційна категорія з кардіології та вища кваліфікаційна категорія з терапії; 2003 р. – отримує вчене звання доцента; 2004 р. – захищає докторську дисертацію на тему: “Кальцинуюча хвороба клапанів серця: механізми розвитку, морфофункціональний стан серця, клінічний перебіг, діагностика та підходи до медикаментозного лікування” (науковий консультант: член-кореспондент АМН України, проф. К.М. Амосова).

З 2004 р. Юрій Володимирович стає завідувачем кафедри внутрішніх хвороб №1 Львівського медичного інституту.

Ю.В. Федоров є професором кафедри імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, проректором з наукової роботи Львівського медичного інституту, куратором (з 1999 р.) клініки кардіології Військового-медичного клінічного центру Західного регіону.

В 2006-2011 рр. навчався на робочому місці з питань інвазивної кардіології, діагностики та лікування набутих вад клапанів серця в Інституті кардіології та Військовому медичному інституту в м. Варшава (проф. Ружилю В., проф. Коревіцький Д.), проходив навчання з питань кардіології та терапії в науково-дослідних інститутах і клініках Києва, Вільнюса, Каунаса, Москви, Санкт-Петербурга, Праги, Катовіце, Лодзі, Любліна, Кракова.

Ю.В. Федоров є автором понад 150 наукових та науково-методичних праць, 1 патента, 2 інформаційних листів, 2 рацпропозиції, в тому числі 7 монографій та брошур.

Безумовно, локомотивом наукових досягнень Юрія Володимировича є дружина, науковий партнер, колега, знаний в Україні та Європі імунолог і алерголог – доктор медичних наук, професор Чоп'як Валентина Володимирівна.

Діти обрали дорогу батьків. Донька, Віра Юріївна, закінчила магістратуру, працює над кандидатською дисертацією, син Володимир Юрійович вчиться в магістратурі з хірургії.

З РОСИ І ВОДИ, ШАНОВНИЙ ЮВІЛЯРЕ!

АНДРІЙ ЦЕЗАРОВИЧ БОРЖІЄВСЬКИЙ

До 40-річчя від дня народження



Андрій Цезарович Боржієвський народився 15 серпня 1972 р. в м. Львові у відомій в Галичині лікарській родині: батько – Цезар Кайтанович – заслужений професор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, знаний в Європі, СНД уролог, мати – Оксана Євгенівна (з родини Островських) – лікар вищої кваліфікаційної категорії, обласний пульмонолог.

Під час навчання в СШ №7 у Андрія проявилися здібності до математики, але батьки хотіли бачити сина лікарем і тому вони часто брали його в лікарню по суботах, показуючи атласи з анатомії та хірургічних операцій. За час навчання в школі Андрій отримував кожний рік похвальні листи за відмінні знання та зразкову поведінку, неодноразово нагороджувався грамотами за активну участь в громадському житті школи. У 8-9 класах (1987-1988 рр.) Андрій вже працював санітаром в приймальному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні.

Закінчив навчання в школі із срібною медаллю і одночасно завершив навчання у Львівській музичній школі. Робота в ЛОКЛ сприяла вибору життєвого шляху і він прийняв остаточне рішення присвятити себе служінню медицині.

В 1989 р. поступив на лікувальний факультет Львівського медичного інституту. За час навчання неодноразово нагороджувався грамотами та дипломами за науководослідницьку роботу та участь в студентських наукових конференціях. В 1995 р. з відзнакою закінчив медичний інститут. З 1995 по 1997 р. навчався в магістратурі за спеціальністю “урологія”, яку достроково закінчив в грудні 1997 р. Одночасно пройшов ТУ “Ультразвукова діагностика”. З 1995 р. починає публікувати свої роботи в фахових журналах та матеріалах конференцій. Підвищував свій фаховий рівень: проходив стажування у Франції (1996), багато разів у Польщі (1992-2005). Виступав з доповідями на Європейському конгресі урологів (1996), на 15 Всесвітньому конгресі з ендouroлогії в Единбурзі (1997). За три роки надрукував 22 наукові роботи по темі дисертації, в тому числі 5 робіт в міжнародних виданнях. Науковим керівником дисертаційної роботи був академік НАН і АМН України, доктор медичних наук, професор О.Ф. Возіанов, директор інституту урології і нефрології АМН України. Кандидатська дисертація “Застосування екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ) в лікуванні хворих з каменями сечоводу” була успішно захищена 31 березня 1998 р.

Весь час напружено працює і виступає з доповідями на престижних форумах вчених: на 17 Всесвітньому конгресі з ендouroлогії в Греції (1999), 4 Конгресі Центральної Європейської асоціації урологів (2002), Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні питання урології”(м. Чернівці, 2003). З 2001 р. працює на посаді доцента кафедри урології. 18 лютого 2003 р. Андрію Боржієвському присвоєно вчене звання доцента кафедри урології.

А. Боржієвський друкується в провідних фахових виданнях України, Європи. Підготував докторську дисертацію на тему: “Оптимізація ендоскопічних методів лікування і реабілітації хворих з каменями нирок та сечоводів”, яку успішно захистив 21 грудня 2004 р. За матеріалами дисертації надруковано 64 роботи, в тому числі 12 робіт іноземними мовами.

28 грудня 2005 р. Андрія Цезаровича обрано на посаду професора кафедри урології. В 2006 р. йому присвоєно вищу кваліфікаційну категорію з урології. В цьому ж році опублікована монографія “Черезшкірна ендоскопічна нефролітотрипсія в лікуванні коралоподібних та великих каменів нирок”, в 2007 р. у співавторстві з С.О. Возіановим опублікована монографія “Уретеролітіаз”. В 2007 р. Андрій Цезарович виступив організатором першої науково-практичної конференції “Малоінвазивні технології в урології” (м. Яремче). Обраний головою оргкомітету V Українсько-польського симпозіуму урологів (2007). В 2007 р. в співавторстві опублікував книгу “Професор Микола Миколайович Болярський – видатний український хірург та уролог”. Активно впроваджує в роботу клініки урології складні оперативні втручання: радикальну нефректомію з лімфаденектомією при раку нирки, цистектомію з лімфаденектомією при раку сечового міхура і формуванням нового сечового міхура з тонкого або товстого кишківника, радикальну простатектомію при раку простати, ендоскопічну контактну уретеронефролітотрипсію з ендопієлотомією. Опрацьовані сучасні алгоритми лікування хворих із каменями нирок та сечоводів. В 2008 р. за втілення наукових праць в практику охорони здоров'я призначена іменна стипендія Верховної Ради України.

На сьогодні Андрій Цезарович є автором близько 200 наукових та навчально-методичних праць. Він володіє високою оперативною технікою, блискуче виконує найрізноманітніші хірургічні урологічні втручання. Чудовий педагог, що постійно передає свої знання, навички студентам. Виняткова працелюбність, добрі стосунки з колегами, чуйне ставлення до хворих – результати виконання життєвого кредо: “якою б не була робота, її треба зробити досконало”. А. Ц. Боржієвський є головним позаштатним спеціалістом з урології Головного управління з охорони здоров'я ЛОДА.

З РОСИ І ВОДИ, ШАНОВНИЙ ЮВІЛЯРЕ!

О.О. КУЩ, Ю.М. ПАНИШКО

ПАМ'ЯТІ ВОЛОДИМИРА МИХАЙЛОВИЧА ОМЕЛЬЧЕНКА



На життєвій дорозі зустрічаються люди, знайомство з якими (розмови, творчі контакти) залишають вагомий слід в пам'яті серця. Такою людиною був Володимир Михайлович Омельченко. Здається, що лише недавно була зустріч, тепла розмова, мудрі поради. А вже минуло 30 років, як його не стало. Сьогодні є добра нагода згадати цю чудову людину.

Володимир Михайлович Омельченко народився в с. Водотій Брусилівського р-ну Житомирської обл. в сім'ї вчителя. Закінчив 7 класів і Робфак Харківського транспортного інституту. Починаючи з кінця 1939 р. – військова служба. В 1940-1941 рр. – курсант 1 Московського авіаучилища. Під час Другої світової війни служив авіатехніком 5 гвардійського авіаполку. В кінці війни поранений і демобілізований. В 1945-1946 рр. – тривале лікування. В 1946 р. Володимир Михайлович обирає дорогу медицини і поступає на лікувальний факультет Львівського державного медичного інституту, який закінчив в 1951 р. Під час навчання проявив здібності до анатомії і в 1952 р. зарахований в аспірантуру при кафедрі топографічної анатомії та оперативної хірургії (науковий керівник – проф. І.В. Студзінський). В 1954 р. закінчив аспірантуру і в 1955 р. захищає кандидатську дисертацію на тему: “Хирургическая анатомия крупных сосудов и нервов нижнего отдела шеи”. З 1954 по 1959 рік працював асистентом кафедри. В червні 1959 р. отримав вчене звання доцента кафедри і працював доцентом до 1965 р. В 1965 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Анатомо-експериментальное изучение сосудов желудка, тонкой и толстой кишок в связи с пластическими операциями на пищевомоде”. В лютому 1967 р. затверджений у вченому званні доктора медичних наук і в цьому ж році затверджений на посаді професора кафедри. З 1966 по 1982 рік кафедру топографічної анатомії очолював Володимир Михайлович Омельченко. За цей час він багато зробив для розширення матеріально-технічної бази кафедри. Були створені експериментальні відділення, операційна, рентгенкабінет, лабораторії. В 1965 р. В.М. Омельченко у співавторстві з В.М. Войленком, А.М. Медеяном опублікували “Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости”. В зв'язку із закінченням повноважень проректора з наукової роботи Я.Л. Складярова в 1970 р. Володимир Михайлович Омельченко почав працювати проректором ЛДМІ з наукової роботи. Саме на цей час відмічається покращення наукової роботи ЛДМІ.

В.М. Омельченко є автором близько 80 наукових і навчально-методичних робіт. Підготував 8 кандидатів наук. Від 1972 до 1982 року Володимир Михайлович очолював Львівське обласне товариство анатомів, гістологів, ембріологів.

23 серпня 1982 р. Володимир Михайлович відійшов у Вічність, проживши на землі майже 62 роки. Коротке, але насичене життя, подароване людям.

**Світла пам'ять про Володимира Михайловича Омельченко
залишиться в наших серцях.**

Хроніка серпня: ЛАУРЕАТИ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ З ФІЗІОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

1 серпня 1941 р. в м. Ехтернах (Люксембург) народився Жуль Альфонс Оффман. Після завершення навчання в університеті в 1964-1968 рр. працював дослідником у Французькому Національному центрі наукових досліджень. В 1969 р. отримав вчений ступінь доктора наук з біології в Страсбурзькому університеті. В 1973-1974 рр. займався постдокторською роботою в Марбурзькому університеті (ФРН). В 1974 р. став керівником науково-дослідних робіт Центру. В 1978-2005 рр. він обіймав посаду директора відділення 9022 “Імунні відповіді та їхній перебіг у комах”. У період з 1993 р. по 2005 р. також керував Інститутом молекулярної і клітинної біології в Страсбурзі.

За наукові дослідження Жуль Оффман отримав в 2003 р. премію Вільяма Корі, в 2004 р. – премію Роберта Коха, в 2007 р. – премію Бальцано, в 2010 р. – премію Кейо з медицини, в 2011 р. – премію Шао та Золоту медаль Національного центру наукових досліджень.

В 2011 р. Жуль Оффман, Брюс Бетлер, Ральф Стейнман отримали Нобелівську премію “за роботи з вивчення активації вродженого імунітету”.

Жуль Оффман є членом кількох академій: німецької Леопольдіни, Французької академії наук, Європейської академії, ЕМВО, Американської АН та мистецтв, іноземним членом РАН.

6 серпня 1881 р. в графстві Ейршир (Шотландія) у фермерській сім’ї народився Александер Флемінг. В 1894 р. відправився в Лондон, де працював клерком, відвідуючи одночасно заняття у Політехнічному інституті. У 1900 р. Флемінг вступив до Лондонського шотландського полку. В 1901 р. А. Флемінг поступив до медичної школи при лікарні св. Марії, де вивчав хірургію. У 1906 р. склавши іспити, Флемінг став членом Королівського коледжу хірургів. Працював в лабораторії патології в лікарні св. Марії, в 1908 р. одержав ступені магістра і бакалавра наук у Лондонському університеті. Під час I Світової війни Флемінг служив капітаном у медичному корпусі Королівської армії, брав участь в бойових діях у Франції. У 1922 р. Флемінг випадково відкрив лізоцим-фермент, який має бактерицидні властивості, але не вбиває патогенну мікрофлору. Дивна неохайність Флемінга, який довго не мив чашки після закінчення роботи з бактеріальними культурами привела до того, що він звернув увагу на плісняву в одній із посудин, яка пригнічувала посіяну культуру стафілокока. Неохайність та спостережливість Флемінга привели до відкриття в 1928 р. плісняви, яка належала до рідкісного виду *Penicillium*.

Перші дослідження з пліснявою показали, що пеніцилін володіє ефективною бактерицидною дією на піогенні коки та дифтерійну паличку. Флемінг призначив пеніцилін декільком пацієнтам. В жодній статті або лекції, які Фемінг опублікував в 1930-1940 рр. (всього 27) він не згадав про пеніцилін.

Ернст Боріс Чейн, Говард Волтер Флорі зайнялись вивченням терапевтичних властивостей пеніциліну.

В 1945 р. Нобелівська премія була присуджена Александеру Флемінгу, Ернсту Боріс Чейну, Говарду Волтеру Флорі “за відкриття пеніциліну та його цілющого впливу при різних інфекційних хворобах”.

В останні 10 років свого життя Флемінг був удостоєний 25 почесних ступенів, 26 медалей, 18 премій, 13 інших нагород та почесного членства у 89 академіях наук та наукових товариствах.

Помер А. Флемінг 11 березня 1955 р. на 74 році життя після інфаркту міокарда.

11 серпня 1858 р. в Ньойкерку (Нідерланди) народився **Хрiстiан Ейкман**. В 1875 р. вступив до Військової медичної школи Амстердамського університету. В 1883 р. Ейкман з відзнакою закінчив університет, написав докторську дисертацію і отримав ступінь доктора медицини. Працював на воєнній медичній службі на о. Ява (Індонезія), тяжко перехворів малярією і через 2 роки повернувся в Європу. Після одужання переїхав у Берлін, щоб працювати у Роберта Коха, який запропонував Х. Ейкману зайнятися проблемою “бері-бері”, хворобою, поширеною на о. Ява. В 1887 р. Х. Ейкман був призначений директором Японської медичної школи на о. Ява. Почав проводити дослідження на курчатах, яких годували очищеним рисом і викликали паралічі, подібні за клінікою до “бері-бері” внаслідок поліневритів. Годування курчат неочищеним рисом викликало одужання курчат. В 1890 р. у статті “Поліневрит у курчат” описав клініку поліневриту у курчат, подібну до проявів “бері-бері” у людей. У 1896 р. Ейкман повернувся в Нідерланди і в 1909 р. був призначений професором охорони здоров’я та судової медицини в Університеті Утрехта.

У 1911 р. польський хімік К. Функ виділив із рисового лушпиння речовину, що запобігала хворобі “бері-бері” – це виявився вітамін В₁ або тиамін. Фредерік Хопкінс назвав ці речовини, що необхідні для організму, “додатковими факторами”.

В 1929 р. Х. Ейкман та Ф. Хопкінс отримали Нобелівську премію “за внесок у відкриття вітамінів” та “за відкриття вітамінів, що стимулюють процеси росту”.

Х. Ейкман був членом Нідерландської королівської АН та мистецтв, іноземним членом НАН США, почесним членом Лондонського королівського інституту санітарії.

Помер Х. Ейкман 5 листопада 1930 р. на 73 році життя.

13 серпня 1912 р. у Турині народився **Сальвадор Едуард Лурія**. В 1929 р. вступив до медичної школи Туринського університету. Після одержання медичного ступеня (1935 р.) упродовж 3-х років служив офіцером медичних військ в італійській армії. В 1938 р. Лурія зацікавився бактеріофагами і почав проводити експерименти з опромінення бактеріофагів рентгенівськими променями. В 1940 р. залишив Францію, переїхав до США і став асистентом Коледжу лікарів та хірургів Колумбійського університету в Нью-Йорку. Проводив дослідження у Принстонському університеті і в Університеті Вандербільта у Нешвіллі. У 1943 р. Лурія став викладачем бактеріологічного відділення Індіанського університету у Блумінгтоні. В 1945 р. він отримав посаду асистента професора, а в 1947 р. – ад’юнкт-професора, у 1950 р. став професором бактеріології Іллінойського університету у Урбана-Шампейні. В 1951 р. він опублікував докази того, що гени бактеріофагів зазнають спонтанних мутацій. Генетична інформація переноситься білком фага, а не ДНК. У 1959 р. Лурія призначили професором та завідувачем відділу мікробіології Массачусетського технологічного

інституту (МТІ) у Кембриджі. З 1965 р. він був професором-консультантом Солківського інституту біологічних досліджень у Сан-Дієго.

В 1969 р. Сальвадор Лурія, Макс Дельбрюк та Альфред Херш поділили Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються механізму реплікації та генетичної структури вірусів”.

У 1970 р. Лурія – професор відділу біології МТІ, з 1974 р. – директор Центру ракових досліджень . нагороджений премією Ленчі Італійської НАН (1965), Луїзи Гросс-Хорвіц Колумбійського університету (1965). Він був членом Американського мікробіологічного товариства, НАН США, Американської асоціації сприяння розвитку науки, Американського філософського товариства.

С. Лурія помер в лютому 1991 р. на 79 році життя.

15 серпня 1896 р. в Празі народилася **Герті Тереза Корі (Радніц)**. В 1914 р. вступила до Германського університету в Празі вивчати медицину. У 1920 р. Г. Корі отримала медичний диплом, вийшла заміж за Карла Корі і переїхала у Відень, де 2 роки пропрацювала в Каролінській дитячій лікарні. У 1922 р. Карл Корі став біохіміком у Нью-Йоркському державному інституті злоякісних пухлин у Баффало, а Герті Корі почала працювати асистентом-біохіміком. В 1931 р. подружжя переїхало в Сент-Луїс для роботи в Медичній школі Вашингтонського університету, де досліджували обмін вуглеводів. Глікоген був відкритий в 1857 р. французьким фізіологом Клодом Бернаром. Харчовий крохмаль, що складається з 2 полісахаридів – амілози та амілопектину, перетворюється під дією амілази в глюкозу, яка всмоктується в тонкому кишківнику, переноситься до печінки і перетворюється на глікоген. Повний цикл цього перетворення називається циклом Корі. У 1936 р. Корі відкрили глюкозо-1-фосфат. Через деякий час Корі встановили біохімічний механізм дії інсуліну.

В 1944 р. Корі синтезувала в пробірці глікоген. Дістала посаду ад’юнкт-професора біохімії, а в 1947 р. стала професором біохімії.

В 1947 р. подружжя Корі отримало Нобелівську премію “за відкриття каталітичного перетворення глікогену”.

Герті Корі була нагороджена премією Сквібба Ендокринологічного товариства (1947), медаллю Гарвена Американського хімічного товариства (1948), премією Бордена за медичні досягнення Американської асоціації медичних коледжів. Вона була членом Американського товариства біохіміків, НАН США, Американського хімічного товариства, Американського філософського товариства; удостоєна почесних звань Бостонського, Йельського, Колумбійського, Рочестерського університетів.

Г. Корі страждала в останні роки життя мієлосклерозом і 26 жовтня 1957 р. померла на 63 році життя.

20 серпня 1913 р. в Хартфорді (США) народився **Роджер Уолкотт Сперрі**. Після закінчення середньої школи вступив до Оберлін-коледжу і в 1935 р. одержав ступінь бакалавра з англійської мови. Він продовжив навчання і в 1937 р. захистив магістерську роботу з психології, а в 1938 р. вивчав зоологію, потім вступив до Чиказького університету і в 1941 р. отримав докторський ступінь. Упродовж 5-ти років Сперрі працював науковим співробітником Гарвардського університету в лабораторії приматів у Флориді. В 1946 р. Сперрі повернувся до Чиказького університету на посаду асистент-професора анатомії, в 1952 р. був призначений ад’юнкт-професором психології, а в 1954 р. дістав посаду професора психобіології в Каліфорнійському технологічному інституті

в Пасадені. З 1961 р. почав співпрацювати з нейрохірургами медичного центру імені Уайта в Лос-Анджелесі. Сперрі розробив новий спосіб тестування пізнавальних функцій обох півкуль незалежно одна від одної. Цими дослідженнями доведено, що кора лівої півкулі відповідає за вербальні операції, а кора правої півкулі контролює виконання невербальних функцій.

У 1981 р. Сперрі отримав Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються функціональної спеціалізації півкуль головного мозку”.

Р. Сперрі був гідно пошанований при житті: медаль Говарда Кросбі Уоррена Американського товариства психологів-експериментаторів (1969), премія Американської психологічної асоціації (1971), нагорода Уільяма Томпсона Уейкмана Національного паралегічного фонду (1972), премія Карла Спенсора Лешлі Американського філософського товариства (1976), премія Альберта Ласкера (1979), премія Ральфа Джерарда за видатний вклад у нейронауку Нейронаукового товариства (1979). Він мав почесні ступені Кембриджського університету, Оберлін-коледжу, Чиказького університету, Кеніон-коледжу, Рокфеллерівського університету. Він був членом НАН США, Американської АН та мистецтв, багатьох товариств.

Помер Р.У. Сперрі в 1964 р. на 81 році життя.

23 серпня 1899 р. в с. Лонлієрі (Бельгія) народився Альберт Клод. Під час Першої світової війни Клод записався добровольцем у британську розвідку. У 1921 р. Клод склав вступні іспити в школу гірничої справи у Льежі. Але згідно декрету бельгійського уряду про право ветеранів війни вступати до університету без документів про середню освіту, Клод в 1922 р. став студентом медичної школи Льезького університету. У 1928 р. А. Клод отримав докторський ступінь з медицини. Далі було навчання в аспірантурі в Інституті раку в Берліні. Закінчував аспірантуру в лабораторії А. Фішера в Інституті Кайзера Вільгельма. Влітку 1929 р. Клод приїхав в США в Рокфеллерівський інститут медичних досліджень в Нью-Йорку і пропрацював там 20 років. Працюючи в лабораторії Д. Мерфі, А. Клоду вдалося виділити онкогенний фактор з пухлинних клітин. Йому вдалося доказати зв'язок вірусів з розвитком пухлин. В 1943 р. Клод встановив, що в нормальних клітинах містяться також частинки з РНК (назвав їх мікросомами – тепер це рибосоми). Згодом було доведено, що в рибосомах синтезуються клітинні білки. В 1942 р. почав працювати з електронним мікроскопом. В 1945 р. Клод опублікував результати своїх досліджень мітохондрій. За допомогою біохіміків він встановив, що в мітохондріях відбувається клітинне дихання та утворення енергії. В 1946 р. опублікував статті про структури клітин, досліджених за допомогою електронного мікроскопа. В 1950 р. поновив бельгійське громадянство, працював директором Інституту Ж. Борде. У 1971 р. вийшов на пенсію і став викладачем Католицького університету в Лувені.

В 1974 р. А.Клод, К.Дюв, Дж.Паладе отримали Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються структурної та функціональної організації клітин”.

Альберт Клод був гідно пошанований при житті: 11 премій, членство в багатьох академіях, державні нагороди.

Помер А. Клод 22 травня 1983 р. на 84 році життя.

23 серпня 1931 р. в Нью-Йорку народився Гамільтон О. Сміт. У 1948 р. вступив до Іллінойського університету для здобуття вищої математичної освіти. У 1950 р. перейшов до Каліфорнійського університету в Берклі вивчати біологію, у 1952 р. дістав

ступінь бакалавра і вступив до медичного коледжу Джонса Хопкінса. В 1956 р. одержав медичний диплом і рік працював інтерном у лікарні Барнса Вашингтонського університету. В 1957 р. був призваний в ВМС США, де 2 роки служив старшим офіцером медичної служби. З 1960 по 1962 р. стажувався у лікарні Генрі Форда в Детройті. У 1962 р. вступив у докторантуру Національного інституту здоров'я і став вивчати генетику бактеріофагів у відділі генетики людини Мічиганського університету. Пропрацював 2 роки в університеті, дістав посаду наукового співробітника у відділі мікробіології коледжу Джонса Хопкінса. З 1967 р. працював асистент-професором мікробіології, а з 1969 р. – ад'юнкт-професором, в 1973 р. дістав звання професора мікробіології в коледжі Джонса Хопкінса, а в 1975 р. став членом ради товариства Гуггенхайма в Інституті молекулярної біології Цюріхського університету, де працював упродовж року.

У 1978 р. Г.Сміт, В.Арбер та Д.Натанс отримали Нобелівську премію “за виявлення рестрикційних ферментів і їх застосування в молекулярній генетиці”.

У 1981 р. Г. Сміт отримав посаду професора молекулярної біології та генетики коледжу Джонса Хопкінса і продовжив досліджувати ферментативні механізми систем рестрикції – модифікації, зокрема, просторові механізми молекулярної взаємодії між ДНК та ендонуклеазою.

Сміт – член НАН США, член-кореспондент Американської АН та мистецтв, Американського мікробіологічного товариства, Американського товариства біохіміків, Американської асоціації сприяння розвитку науки.

25 серпня 1841 р. в Берні (Швейцарія) народився Еміль Теодор Кохер. Закінчивши СШ в Берні. Е. Кохер вступив до медичної школи Бернського університету і в 1865 р. закінчив її з відзнакою. Упродовж 5 років стажувався з хірургії у Відні, Парижі, Берліні, Лондоні (під керівництвом Джозера Лістера). У Відні Кохер навчався хірургії під керівництвом Теодора Більрота. Кохер створив цілий ряд хірургічних інструментів (зокрема затискач Кохера). В 1870 р. Кохер повернувся в Берн. В 1872 р. він отримав посаду професора хірургії та директора хірургічної клініки Бернського університету. Кохер написав декілька книжок. Його книга “Вчення про хірургічні операції” витримала 6 видань, була перекладена багатьма мовами світу. Основна заслуга Кохера полягає у вивченні функції щитоподібної залози, розробці методів хірургічного лікування її захворювань. За свою багаторічну хірургічну практику Кохер зробив понад 5000 операцій видалення щитоподібної залози.

У 1909 р. Кохер отримав Нобелівську премію “за праці у галузі фізіології, патології та хірургії щитоподібної залози”.

Кохер помер 27 липня 1917 р. на 76 році життя.

25 серпня 1900 р. в Хільдесхаймі (Німеччина) народився Ганс Адольф Кребс. В 1918 р. закінчив гімназію. Медицину вивчав у Геттінгентському, Фрейбурзькому, Мюнхенському та Берлінському університетах і в 1925 р. отримав медичний диплом у Гамбурзькому університеті. Упродовж року вивчав хімію в Інституті Берлінського університету. Працював асистентом-лаборантом в Отто Варбурга в Інституті біології Кайзера Вільгельма. У 1930 р. знову захопився клінічною медициною і почав працювати в госпіталі в Алтоні (Гамбург) та приват-доцентом у медичній клініці Фрейбурзького університету, одночасно продовжуючи біохімічні дослідження. Кребс на експериментальній установці описав цикл утворення сечовини – кінцевого продукту

азотистого обміну. Вияснилося, що амінокислота орнітин відіграє роль каталізатора цього циклу, тобто прискорює синтез сечовини, але сама при цьому не витрачається. Виявилось, що орнітин перетворюється в цитрулін, який переходить в аргінін. Аргінін розщеплюється до сечовини та орнітину. Весь цикл повторюється знову. В 1933 р. Кребс переїхав у Великобританію і прибув у Кембридж. В 1935 р. став викладачем Шеффілдського університету. В 1937 р. зробив друге важливе відкриття в біохімії: він описав цикл лимонної кислоти або цикл трикарбонових кислот, який тепер називається циклом Кребса. В 1945 р. Кребс отримав посаду професора, завідувача кафедри біохімії.

В 1953 р. Кребс отримав Нобелівську премію “за відкриття циклу лимонної кислоти”.

В 1954 р. Кребс отримав посаду професора Наффілдського відділу клінічної медицини Оксфордського університету. В 1967 р. Кребс вийшов на пенсію.

Ганс Адольф Кребс був гідно пошанований при житті. Помер Г.А. Кребс в Оксфорді 22 листопада 1981 року на 82 році життя.

26 серпня 1850 р. в Парижі народився Шарль Роберт Ріше. Після закінчення школи вступив на медичний факультет Паризького університету і в 1877 р. отримав медичний диплом. В 1878 р. в докторській дисертації довів, що в шлунковому соці міститься соляна кислота і став професором медичного факультету Паризького університету. В 1883 р. Ріше досліджував механізми терморегуляції. В 1901 р. Ріше почав вивчати явища, які він назвав анафілаксією.

В 1913 р. Ріше отримав Нобелівську премію “в знак визнання його робіт з анафілаксією”.

Ріше був гідно пошанований при житті: в 1926 р. став кавалером ордена Почесного легіону.

Помер Ш. Ріше 4 грудня 1935 р. на 86 році життя.

28 серпня 1878 р. в Ашленді (США) народився Джордж Хойт Уїпл. Після закінчення школи поступив в Йельський університет, який закінчив в 1900 р. зі ступенем бакалавра мистецтв. У 1901 р. через 2 роки після вступу до медичної школи Джонса Хопкінса він став викладачем. В 1905 р. отримав медичний ступінь і став асистентом патології в цій школі. У 1920 р. Уїпл став деканом медичної школи Каліфорнійського університету, а в 1921 р. став деканом медичного комплексу при Рочестерському університеті. З групою однодумців почали лікувати анемію у людей екстрактом печінки.

В 1934 р. Дж.Уїпл, Дж. Майнот, У. Мьорфі отримали Нобелівську премію “за відкриття, пов’язані із застосуванням печінки у лікуванні перніціозної анемії”.

Д.Х.Уїпл був гідно пошанований при житті: медалі, премії, членство в багатьох товариствах, почесні ступені багатьох університетів.

Помер Д.Х.Уїпл 1 лютого 1976 р. на 98 році життя.

28 серпня 1919 р. в Ньюарку (Великобританія) народився Годфрі Ньюболд Хаунсфілд. В школі цікавився фізикою та математикою. Під час Другої світової війни служив в ВПС Великобританії. В 1946 р. демобілізувався, а в 1947 р. вступив до електротехнічного інженерного коледжу Фарадея в Лондоні. З 1951 р. працював в компанії ЕМІ, яка досліджувала процеси електроніки. В 1958-1959 рр. в групі спеціалістів створив стаціонарну транзисторну ЕОМ.

Алан Кормак – спеціаліст з медичної фізики (США) розробив математичний метод визначення поглинання рентгенівських променів біологічними тканинами. З розвитком і доступністю швидкісних комп'ютерів метод став відомим як комп'ютерна аксіальна томографія (КАТ) або комп'ютерна томографія (ТМ). У 1967 р. Хаунсфілд незалежно від Кормака почав працювати над своєю КАТ-системою. В 1972 р. була зроблена перша сканограма головного мозку жінки.

З 1976 р. Хаунсфілд став провідним науковим співробітником компанії ЕМІ.

В 1979 р. Г.Хаунсфілду та А.Кормаку була присуджена Нобелівська премія “за розробку комп'ютерної томографії” .

Г.Н. Хаунсфілд гідно пошанований при житті. На сьогодні йому 93 рік життя.

29 серпня 1904 р. в Берліні народився Вернер Теодор Отто Форсман. У 1922 р. Форсман став студентом медичного факультету Берлінського університету. В 1929 р. отримав медичний ступінь Берлінського університету.

Починаючи з 1929 р. провів серію експериментів по введенню катетера в праві відділі серця. Результати досліджень знайшли своє відображення в статті “Зондування відділів серця”. В квітні 1931 р. зробив повідомлення на XXV конференції Німецького хірургічного товариства. Сучасники Форсмана не змогли оцінити значення його роботи.

В 1956 р. А. Курнан, В. Форсман, Д. Річардс отримали Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються катетеризації серця й патологічних змін у системі кровообігу”.

З 1962 р. В. Форсман був членом виконкому Німецького хірургічного товариства. Гідно пошанований при житті.

Помер В. Форсман 1 липня 1979 р. на 75 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Довгий С. О. Лауреати Нобелівської премії: 1901-2001: енцикл. довід. / С.О. Довгий, В.М. Литвин, В.Б. Солоїденко. – К.: Укр. вид. центр, 2001. – 768 с.
2. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біогр. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д.Герич, О.О.Куш. – Ужгород:Закарпаття, 2003.– 420 с.
3. Лауреаты Нобелевской премии: энцикл.: в 2-х кн.: пер. с англ. / отв. ред. Е.Ф.Губский. – М.: Прогресс, 1992. – 1636 с.
4. Оффманн Жюль Альфонс – профіль на сайті РАН / [http:// www.ras.ru/win/db/show_per.ars](http://www.ras.ru/win/db/show_per.ars)

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
Здоровий спосіб життя
Збірник наукових праць
Випуск 4

Видання здійснено частково за рахунок авторів, частково за допомогою спонсорів:

С.Д. Бабляка – кардіолог ЛОКЛ

А.Л. Васильчука – доцента, народного цілителя України

В.А. Токового – приватного підприємця

М.М. Цьоми – Майстра спорту України, приватного підприємця

Комп'ютерна верстка і макетування: **О.М. Зварич**

Підписано до друку 26.07.2012
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 6. Фіз. друк. арк. 5,58
Наклад 85 прим.

Надруковано:
ТзОВ «Графік Стар»