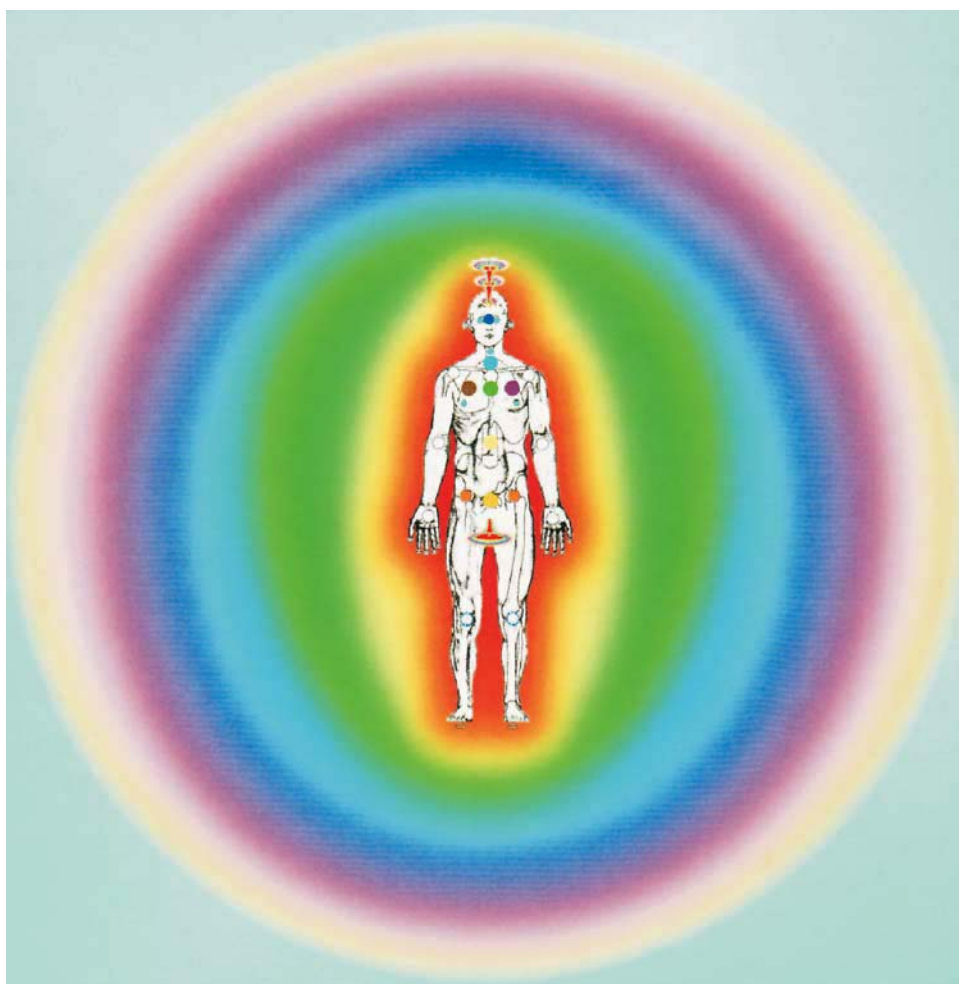


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 14 (80)**

Львів 2013

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 (відп.секретар), **Панишко Ю.М.** – канд.мед.н., доцент, (відп. редактор), **Петлін В.М.** – 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

Редакційна рада:

Джафаров М.А., д-р мед.н., професор (Львів), **Дроздовська В.А.** – д-р геол.-мін. н., професор (Київ), **Dubala A.** – д-р екон. (Кельце, Польща), **Кравців Р.Й.** – д-р біол. н, професор (Львів), **Курик М.В.** – д-р фіз-мат.н, професор (Київ), **Позаченюк К.А.** – д-р геогр.н, професор (Сімферополь), **Svák Ján** – д-р юрид. н., професор (Братислава, Словаччина), **Tůma Jiří** – д-р філос. (Прага, Чехія)

Друкується за ухвалою Української міжнародної 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, 2013. – Вип. 14. – 64 с.

До збірника увійшли 12 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

ISSN 2307-0722

© Ю. М. Панишко, 2013

ЗМІСТ

Відомості про авторів.....		4
Білинський Б.Т. , Огорчак М.А.	Помилки в діагностиці та лікуванні пухлин органів білопанкреатодуоденальної зони	5
Васильчук А.Л.	Особливості чакри вішудхи	11
Кузьмій М.Б.	Психологічне здоров'я школяра як важливий чинник формування особистості	20
Матвієнко Ю.О.	Кальцифікація базальних гангліїв	23
Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Томашевська Н.Я., Бумбар З.О.	Звіт ендокринологічної секції УМАПМ про наукову роботу.....	28
Tůmova Alena	Zvládání krize v manželství	32
<i>Хроніка</i>		
Редколегія	Поздоровлення ювілярів	36
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка квітня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	37
Федоренко В.І., Панишко Ю.М.	Олександр Микитович Марзєєв. До 130-річчя від дня народження	42
Федоров Ю.В., Панишко Ю.М.	Любов Трохимівна Мала. До 10-річчя від дня смерті	47
Сологуб-Лозинська Д.І., Лозинська С.С.	Леонід Ілліч Сологуб. До 5-річчя від дня смерті	50
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка квітня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	52
Панишко Ю.М., Васильчук А.Л., Лозинська Я. М.	Вільям Гарвей. До 435-річчя від дня народження	58
Редколегія	Інформаційний матеріал	63

Відомості про авторів

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

Бумбар Зиновія Олегівна – лікар стоматолог, старший лаборант кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Бумбар Олег Іванович – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології ФПДО 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.

Кузьмій Марія Богданівна – практичний психолог, спеціаліст I категорії Пониквянської ЗОШ I-III ступенів Бродівського району Львівської області.

Лозинська Світлана Сергіївна – директор КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Лозинська Ярослава Михайлівна – завідувач відділу обслуговування КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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.

Огорчак Мирон Адріянович – завідувач відділення абдомінальної хірургії Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру.

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

Сологуб-Лозинська Дарія Іванівна – бібліотекар I категорії КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Томашевська Наталія Яремівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри гематології та трансфузіології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Томашевський Ярема Ілліч – доктор медичних наук, професор кафедри ендокринології та клінічної фармакології, Заслужений професор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Třimová Alena – Mgr. Univerzita Karlova v Praze, odbor pro Vědu a výzkum.

Федоренко Віра Іларіонівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної гігієни з екологією Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Федоров Юрій Володимирович – доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, проректор з наукової роботи Львівського медичного інституту.

Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ, М.А.ОГОРЧАК

**ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ОРГАНІВ
БІЛІОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

В статті зроблена спроба уявити причини поганого стану діагностики і відповідно незадовільних результатів лікування пухлин біліопанкреатодуоденальної зони. Рання симптоматика у цих пухлин практично відсутня, а перші симптоми, що часто бувають пізніми, не носять достатньо специфічних рис, які могли би служити дороговказом при діагностиці. Важливою, як і при інших локалізаціях раку, залишається онкологічна настороженість, послідовне використання додаткових методів від простіших до складніших, своєчасне формулювання показів для лапаротомій і примат морфологічного заключення. Нехтування прийнятих алгоритмів і мінімальних рекомендацій, а також тривале спостереження за хворими, є першопричиною лікарських помилок, які при цих локалізаціях, крім суб'єктивних, мають багато об'єктивних причин.

Ключові слова: рак жовччовивідних протоків, підшлункової залози і дванадцятипалої кишки, лікування, лікарські помилки

В статье сделана попытка выяснить причины плохого состояния диагностики и соответственно неудовлетворительных результатов лечения больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. Ранняя симптоматика у этих опухолей практически отсутствует, а первые симптомы, которые часто бывают уже поздними, не имеют достаточно специфических черт, которые могли бы служить указателями при диагностике. Важной, как и при других локализациях рака, остается и онкологическая настороженность, последовательное использование дополнительных методов исследования – от простейших к более сложным, своевременном формировании показаний к лапаротомии и примат морфологического заключения. Пренебрежение к принятым алгоритмам и минимальным рекомендациям, а также длительное наблюдение за пациентами – это первопричина врачебных ошибок, которые при этих локализациях, кроме субъективных, имеют много объективных причин.

Ключевые слова: рак желчевыводящих протоков, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, лечение, врачебные ошибки

In this article is a attempt to understand the reasons of a bad diagnostiks and unsufficational results of bilio – pancreato – duodenal tumors treatment undertaken.

The early os this tumors is practically absent. The first symptoms are often the late one and they not specific enaugh to help in diagnostiks. It is very important to use correctly diagnostiks methods heginning from the simple ones to the more complicated, including laporotomy and morphological investigation.

One has to take care to the minimal recommendation and the used algorithmes. The long observation of the patients is false. In this localisatiobs not only the subjective but also the many objective mistakes reasons have the place in clinical praxis.

Key word: billiar cancer, pancreats cancer, duodenal cancer, diagnostics, treatment, medical mistakes.

Жовччовивідні шляхи, дванадцятипала кишка і підшлункова залоза тісно об'єднані між собою функціонально, що відбивається на клінічній картині пухлин, які розвиваються у цих органах.

Спільним для всіх пухлин названих органів є постійний ріст захворюваності і смертності від них у всьому світі. Загальна частота раку вказаних органів досягає 10 % усіх злоякісних

пухлин і майже 20% новотворів органів травлення. Особливо зростає смертність від раку підшлункової залози, що за останні 50 років збільшилась більше, ніж в 3 рази.

Із перших прямих симптомів, яким маніфестується названа патологія, слід назвати жовтяницю. Правда, зустрічаються локалізації (рак жовчевого міхура, тіла і хвоста підшлункової залози, дванадцятипалої кишки), при яких жовтяниця може появлятися пізно, як симптом проростання в сусідні органи або не появлятися зовсім. Непрохідність жовчевих шляхів з обов'язковою жовтяницею швидше проявляється при розвитку пухлини в жовчевих протоках, пипці дванадцятипалої кишки, голівці підшлункової залози. Звичайно хворі звертаються за медичною допомогою ще до появи жовтяниці з неясною симптоматикою, що зумовлює труднощі ранньої діагностики і можливі помилки на даному етапі. До появи різких болів ні самі пацієнти, ні лікарі не надають невиразним симптомам належного значення. Тільки поява жовтяниці переводить цих хворих у розряд серйозних пацієнтів. З цим пацієнти звичайно звертаються до свого сімейного лікаря чи дільничного терапевта, а він, запідозривши гепатит, скеровує їх в інфекційну лікарню. Переважну кількість пацієнтів для операцій на гепатодуоденопанкреатичній зоні хірурги одержують саме від інфекціоністів, при умові, що діагностичний процес проходить згідно з прийнятими алгоритмами.

Деякі хворі, у яких превалює больовий синдром, потрапляють з діагнозом гострого або хронічного холециститу в загальнохірургічні відділи. Ми спостерігаємо, що багато хворих, у яких діагностуємо пухлинний процес біліопанкреатодуоденальної зони, в недалекому минулому перенесли холецистектомію. Чи завжди ці холецистектомії були показані? Питання риторичне.

До ранніх проявів раку підшлункової залози слід віднести вперше виявлений в дорослому віці цукровий діабет. Цей факт недостатньо враховується ендокринологами, до яких звертаються такі хворі. При аналізі причин занедбаності раку підшлункової залози з'ясовується, що значна кількість пацієнтів з нерезектабельним раком підшлункової залози останні 1 – 2 роки лікувалися з приводу «діабету» в ендокринологах.

Резектабельні випадки раку підшлункової залози, на жаль, найчастіше виявляються випадково (УЗД органів живота з різних причин, не пов'язаних з підозрінням на рак).

Тут доцільно проаналізувати основні симптоми, які можуть появлятися в переджовтяничний період. Це найчастіше біль, що не має специфічних ознак, локалізується переважно в епігастральній ділянці і іррадіює в попереково – крижову зону. Другим частим симптомом є різке похудання, яке хворий не може пояснити, далі – виражена анорексія, нудота, кишкові розлади, втомлюваність, апатія, лихоманка, а також паранеопластичні синдроми, про які ми розмовлятимемо окремо. Як уже сказано, жовтяниця є кардинальним симптомом і з нею пов'язані інші прояви: свербіж шкіри, брадикардія, дрощі – прояв холангіту, безсоння, шкірні екскоріації, геморагічний синдром.

Рівночасно можуть появлятися фізикальні можливості визначити пухлину – пропальпувати її, що вдається у 20 % хворих з раком підшлункової залози, виявити симптом Курвуаз'є, який є можливим у 50 – 60 % хворих з раком в голівці підшлункової залози, визначити асцит, що є ознакою пізньої стадії процесу. Поява вищевказаних клінічних симптомів, на жаль, в більшості випадків є ознакою інкурабельності, тобто запущеності процесу.

Для діагностики пухлин органів біліопанкреатодуоденальної зони широко використовуються додаткові діагностичні методи, як неінвазивні (ультрасонографія + доплерографія, КТ з контрастним підсиленням, ЯМР, томографія), так і інвазивні прямі методи (пункційна, черезшкірна, черезпечінкова холангіографія, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ультрасонографія + тонкокишкова біопсія, цитологічне дослідження панкреатичного соку). Широко використовуються лабораторні методи дослідження (α – фетопротейн, лужна фосфатаза, РЕА, СА – 19, трансамінази). Дослідження коагулограми також може дати додаткові дані для діагностики і планування лікування.

До цих досліджень обов'язково додати і завжди скеровані на виявлення віддалених метастазів – рентгенографія легенів, КТ грудної клітки, лапароскопія, остеографія.

Гепатогенні метастази виявляються у легенях, кістках, нирках, мозку. Можливі також віддалені метастази Вірхова, Шніцлера, Крукенберга.

Діагностика раннього раку підшлункової залози майже неможлива. За даними японських авторів, пухлини, діаметром до 2 см, діагностуються випадково, причому усі сучасні методи діагностики цих пухлин недостатньо інформативні. Так, за допомогою УЗД ці пухлини виявляють тільки у 30 – 50 % випадків. Навіть при використанні КТ виявляється тільки 40 – 70 % випадків цих пухлин.

Діагноз раку підшлункової залози встановлюють, в основному, через 6 місяців після появи перших симптомів і на момент діагнозу 80% всіх хворих мають віддалені метастази. Тому дуже важливо правильно проводити диференційну діагностику. Пухлини підшлункової залози необхідно диференціювати з кістами підшлункової залози, хронічним індуративним панкреатитом, калькульозним панкреатитом, раком шлунку, раком товстої кишки, пораженням органів біліопанкреатодуоденальної зони при лімфопроліферативних захворюваннях. Рак великої пипки дванадцятипалої кишки диференціюють з аденомою папіли, папілітом, тубулярним стенозом холедоха, низькою дуоденальною виразкою. Рак позапечінкових жовчевих шляхів диференціюють із склерозуючим холангітом, тубулярним стенозом, холедохохолангітом, раком дуоденальної папіли, раком підшлункової залози.

Чи можливі профілактичні заходи для попередження захворювання пухлинами цієї зони і хто зобов'язаний їх проводити? На розвиток раку підшлункової залози і сусідніх органів впливають фактори, подібні до тих, що спричиняють рак товстої кишки: їжа з підвищеним вмістом білків і жирів, нестача вітамінів (зокрема А і С), шкідливі звички (зложивання алкоголем і курінням), наявність канцерогенів в продуктах харчування.

Передрак та фактори ризику для захворювання на пухлини органів біліопанкреатодуоденальної зони не такі очевидні, як для інших пухлин. Частина пухлин підшлункової залози пов'язана з діабетом, але причинно – наслідкові відношення у цьому випадку не очевидні, певне значення має генетичний фактор. Останні дані показують, що у більшості пухлин підшлункової залози, видалених при операції, виявляють мутації гену К – Ras. Відзначають рак підшлункової залози в сім'ях з раком грудної залози, колоректальним раком, сімейним поліпозом Пейтца – Єгерса. Пухлини цієї зони швидко дають метастази, лімфогенно пухлина метастазує передусім у лімфатичні вузли ділянки головки підшлункової залози, а згодом у ворота печінки, печінку.

Лікування пухлин біліопанкреатодуоденальної зони, в основному, хірургічне. Вибір методу та обсягу операції залежить від локалізації пухлини, ступеня поширення процесу, порушення функцій органів і систем, віку хворого. Слід вказати, що ступінь складності операції в цій зоні належить до найважчих, що ставить вимоги до матеріального і технічного забезпечення операції і особливо до рівня кваліфікації провідного хірурга та хірургічної бригади. Радикальні операції виконуються тільки в 10-15% хворих. При раку головки підшлункової залози виконується панкреато – дуоденальна резекція. Під час цієї складної операції одним блоком видаляють голівку підшлункової залози, дистальний відділ шлунку, дванадцятипалу кишку, кінцеву частину загальної жовчної протоки. Накладають чотири анастомози: гастроентероанастомоз, холецистоентероанастомоз, панкреатоєно-холецистоентероанастомоз, панкреатоєно і ентоентероанастомоз. Інколи її виконують у два етапи.

Післяопераційна летальність висока. В минулому вона становила 25 %, а в даний час у спеціалізованих клініках, що займаються лікуванням раку підшлункової залози, знижується до 8 %. Більшість хворих помирає на першому – другому році після операції, 80 % хворих з резектабельними пухлинами – через 2 роки. П'ятирічне виживання хворих після радикальних операцій становить 5-10%, хоча в США внаслідок удосконалення методик операцій п'ятирічне виживання цих хворих сягає 25%. Частіше проводяться симптоматичні операції –

холецистоентеростомія, холедоходуоденостомія. Усуваючи жовтяницю, ці операції продовжують життя хворих на 5-9 місяців.

Причиною лікувальних помилок під час лапаротомії часто буває недостатньо кваліфіковано проведена ревізія черевної порожнини. Такі помилки виникають через недостатню кваліфікацію лікарів або при шаблонному підході до оперативного втручення хірургів широкого профілю. Має значення і неоптимістичне відношення до даної патології і впевненість в «безперспективності» лікування онкологічних хворих. В результаті таких настроїв і дій оперативне лікування може виявитись неефективним і навіть погіршити стан хворого.

До помилок, які трапляються під час лапаротомії, треба віднести такі:

а) Помилково кваліфікується механічний характер жовтяниці, коли хірург бачить позапечінкові шляхи не розширеними, а ставиться діагноз гепатиту або початкового цирозу печінки. При повторних операціях, які виявляються необхідними, знаходять опустілий жовчевий міхур при розширеній загальній печінковій протоці. Це трапляється, коли пухлина перекриває міхуреву протоку і «виключає» жовчевий міхур з пасажу жовчі. Вияснення прохідності жовчевих проток на усіх рівнях є дуже важливим моментом лапаротомії і може попередити серйозні тактичні помилки хірурга.

Щоб уникнути подібних помилок, треба звертати увагу на збільшену печінку зелено – бурого характеру, що свідчить про застій у печінці, отже і про механічний характер жовтяниці. Навіть у тих випадках коли не знайдено місця (чи факту) обтурації жовчевих шляхів і хірург схиляється до діагнозу «гепатит» закінчувати операцію слід біопсією для вияснення природи холестазу.

Доцільно зауважити, що сучасна діагностично – лікувальна тактика при жовтяницях пройшла певну еволюцію. Так, питання характеру жовтяниці (механічна чи паренхіматозна) і фактору, що її викликає (холетіаз, пухлина, холангіт), а також рівень блокади жовчевих шляхів повинен бути встановлений перед хірургічним втручанням за допомогою сучасних діагностичних методів (УЗД, КТ, МРТ, РХПТ), субопераційна діагностика вищевказаних обставин стала другорядною.

б) Досить часто при лапаротомії не вдається виявити пухлину. Це може бути наслідком об'єктивних труднощів або недостатньо кваліфіковано проведеної ревізії черевної порожнини. Часом, виявивши в жовчевому міхурі конкременти, хірург негайно приступає до холецистектомії, не закінчивши ревізії усіх органів біліопанкреатодуоденальної зони. Пухлина може лишитись поза його увагою.

в) Під час лапаротомії може бути неправильно визначений рівень обтурації жовчевивідних шляхів. Причина таких помилок – недостатньо повна оцінка ситуації, в результаті чого при паліативних операціях накладають обхідні анастомози з ділянками жовчевих шляхів, що ізольовані пухлиною. Як наслідок жовтяниця не ліквідується.

с) Неправильне визначення розповсюдженості раку і резектабельності пухлини. В результаті можлива неоправдана відмова від радикальної операції. Оманливе враження недостатньо досвідченого хірурга документується і вводить в оману лікарів при наступних етапах лікування.

Хіміотерапія при цих локалізаціях неефективна. Паліативний ефект отримують від хіміо – радіотерапії нерезектабельних пухлин. Таке лікування продовжує медіану виживання від 6 до 10 місяців. Крім цього, досягають часто симптоматичного ефекту – зменшення болю.

Треба врахувати також, що гістологічна форма пухлини в значній мірі визначає прогноз. Найагресивнішими є протокові карциноми, які складають біля 90% пухлин підшлункової залози. Цистаденокарциноми, папілярні карциноми і нейроендокринні пухлини, прогноз при яких є сприятливішим, зустрічаються значно рідше.

Випадок 1. Хвора С., 61 років. Поступила до віддлу абдомінальної хірургії онкологічного центру зі скаргами на болі в правому підребер'ї, що іррадіюють в епігастрій. Протягом трьох років періодично виникає жовтяниця. Після першої появи жовтяниці

діагностовано хронічний холецистит і в лікарні сусідньої області проведено холецистектомію. Клінічна картина після цього практично не змінилась – періодично виникала жовтяниця і посилювались болі. Хвора лікувалась амбулаторно і стаціонарно з діагнозом «холангіт». Так хвороба протікала три роки і при черговому рентгенологічному і ендоскопічному обстеженні виявлено пухлину дванадцятипалої кишки. При лапаротомії виявлено пухлину нисхідного відділу дванадцятипалої кишки, що проростала в голівку підшлункової залози. Загальна печінкова протока розширена до 5 см в діаметрі, печінка циротично змінена. Проведено пункційну біопсію пухлини дванадцятипалої кишки, яка виявила аденокарциному. Операцію закінчили холедохогастростомією з перспективою проведення радикальної операції через деякий час після покращення функціональних показників печінки. На запропоновану операцію хвора не з'явилась.

Резюме: У хворої була пухлина нисхідної гілки дванадцятипалої кишки, що здавлюючи загальну печінкову протоку, викликала періодичну жовтяницю. Діагноз хронічного холециститу був помилковим і проведена холецистектомія виявилась не виправданою. Зрештою, вона не дала жодних результатів і не вплинула на перебіг хвороби. Дійсна причина хвороби – пухлина дванадцятипалої кишки була виявлена з великим запізненням – через 3 роки від першої появи жовтяниці. За цей час печінка була скомпрометована, що не дозволило планування обширної радикальної операції. Мабуть вибір паліативних операцій (накладання обхідних анастомозів) був в цьому випадку правильним, хоч і вимушеним. Радикального лікування хворої забезпечити не вдалося.

Випадок 2. Хворий У., 62 років. Звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на загальне нездужання, слабкість, поганий апетит і періодичні болі в епігастрію. До цього хворів 3 місяці, але до лікаря не звертався. Відмічає загальну втрату ваги. Хворий оглянений терапевтом, назначено рентгеноскопію шлунку, в результаті якої поставлений діагноз гастрит і назначене відповідне лікування. Хворий багаторазово звертався до свого дільничного лікаря, в очач якого набув опінії «настирливого» пацієнта. Прохання хворого щодо звільнення від роботи і госпіталізації задовільнено не було. І тільки через півроку, коли з'явилась жовтяниця, хворий був госпіталізований з діагнозом хронічний холецистит. Терапевт засумнівався в такому діагнозі і хворого перевели в інфекційну лікарню, запідозривши «гепатит». Там діагноз гепатиту був відхилений і в важкому стані хворий переведений в онкохірургічний стаціонар. Запідозрено рак голівки підшлункової залози. Проведено лапаротомію, під час якої виявлено рак підшлункової залози, що широко інфільтрував сусідні тканини аж до печінки. Встановлено множинні метастази в заочеревинні лімфовузли, множинне обсіменіння очеревини з асцитом. Випадок визнано інкурабельним, операція завершилась лапаротомією.

Резюме: Терапевт, до якого звертався хворий ще в дожовтяничний період не мав «онкологічної настороженості» і не застосував доступних методів (ультрасонографія) для виявлення діагнозу. Операція виявилась запізною і непотрібною.

Випадок 3. Хворий З., 45 років, лікар – хірург, вступив в клініку загальної хірургії з явищами гастродуоденальної кровотечі. Після відповідного обстеження у хворого діагностовано виразку тіла шлунку. Зроблена резекція шлунку з накладанням гастроентероанастомозу за Гофмейстером-Фінстерером, як це було прийнято в цей час (60 – ті роки ХХ століття). Хворий добре переніс операцію, виписався з лікарні і приступив до роботи. Через рік хворий знову вступив в цю ж клініку з загостренням виразкової хвороби і кальозною виразкою кукси шлунку. Після відповідного обстеження і підготовки проведено повторну операцію – гастректомію. Хворий переніс операцію задовільно, пройшов реабілітацію на курорті Моршин і знову приступив до роботи. Приблизно через рік від останньої операції і три роки від початку захворювання у хворого знову відновились симптоми виразкової хвороби. Було запідозрено наявність пухлини підшлункової залози – аденоми з острівців підшлункової залози, що виробляє гормон гастрин і синдрому Золлінгера – Еллісона. Хворому запропоновано третю лапаротомію, під час якої в хвості підшлункової залози виявлено вузлувату пухлину

діаметром 2,5 см. Проведено резекцію хвоста підшлункової залози. Хворий і цю операцію переніс задовільно. Симптоми виразкової хвороби його більше не турбували.

Резюме: Випадок інсуломи підшлункової залози з розвитком синдрому Золлінгера – Еллісона, для якого характерні рецидивуючі виразки шлунку. Лікарська помилка полягала в тому, що не було запідозрено можливості такого захворювання. Під час двох лапаротомій не було достатньо ретельно оглянуто і пропальповано підшлункову залозу.

Випадок 4. Молода пацієнтка І., 29 років, була переведена з психіатричної лікарні, де лікувалась протягом двох років з приводу епілепсії. Медична сестра психіатричної лікарні з великим досвідом роботи під час чергування спостерігала «епілептичний напад» у хворої і засумнівалась в тому, що він дійсно викликаний епілепсією. Подальше дослідження хворої підтвердило, що «напади» у неї носять характер гіпоглікемічної коми. З підозрою на інсулому підшлункової залози хвора переведена в клініку загальної хірургії. Після відповідної підготовки була проведена лапаротомія і виявлена кулевидна пухлина хвоста підшлункової залози, яка була видалена. Гістологія підтвердила діагноз інсуломи, а хвора повністю позбулася свого «психіатричного» захворювання і її психологічний статус повністю нормалізувався.

Резюме: Випадок цікавий не тільки для онкохірургів, але й для психіатрів. Описані події відбувались в 60 – ті роки ХХ століття, коли ми ще не мали можливості проводити УЗД. Але допитливе спостереження за хворою з нетиповим “нападом епілепсії” дозволив змінити погляд на захворювання і прийти до правильного діагностичного та лікувального висновку.

Спостереження 5 (за Н.І. Забазним). Хворий А., 41 рік. В іншому місті була проведена операція з приводу механічної жовтяниці. Виявили збільшений жовчевий міхур і розширений “гепатикохоледох”. Незважаючи на відсутність запальних змін і конкрементів в жовчевих шляхах, проведена холецистектомія. При подальшій ревізії черевної порожнини виникла думка про можливість пухлини у великій папілі дванадцятипалої кишки і проведено холедоходуоденостомію. Через 2 місяці хворий повторно вступив для дообстеження і лікування. При фібродуоденоскопії виявлено рак великої папіли дванадцятипалої кишки. Проведена повторна операція (через 3 місяці після першої). В черевній порожнині множинні зрости. З великими зусиллями виділена печінково – дуоденальна зв'язка і дванадцятипала кишка. Розпочато мобілізацію підшлункової залози. Виявлена пухлина великого сосочка дванадцятипалої кишки в вигляді виразки діаметром 3 см, що інфільтрує голівку підшлункової залози. Метастази не виявлені. В подальшому операція проходила більш типово, але значні труднощі виникли при виділенні загальної жовчної протоки, яка виявилась замурованою в зоні холедоходуоденоанастомозу. Печінково – дванадцятипала зв'язка укорочена внаслідок рубцьового процесу, що тривалий час не дозволяло звільнити достатню ділянку для пересічення протоки. В кінцевому результаті вдалося виконати ПДР. Стінка жовчевої протоки деформована рубцями, неодноразово прорізлася швами при накладенні холедоходуоденоанастомозу. Операція закінчена дренажуванням підпечінкового простору і зони панкреатоентероанастомозу. Ранній післяопераційний період проходив гладко. З п'ятого дня через дренаж почала виділятися жовч. Утворилася жовчева нориця, через яку виділялося до 400 мл жовчі за добу. Стан хворого не викликав особливої тривоги. Раптово виникла профузна кровотеча з нориці і почалося блювання кров'ю. Незважаючи на масивну трансфузійну і гемостатичну терапію, хворий помер. На секції виявлено недостатність холедоходуоденоанастомозу, жовчеву норицю, ерозію шлунково-дванадцятипалої артерії.

Резюме: В даному випадку були допущені хірургічні помилки при першій операції, які дуже ускладнили проведення завершальної операції і спричинили сумний фінал. Даремно був видалений жовчевий міхур і накладений холедоходуоденоанастомоз. Більш правильним було б використати жовчевий міхур для утворення біліодигестивного анастомозу або навіть провести холецистостомію, після чого перевести хворого до спеціалізованого лікувального закладу.

Спостереження 6 (за В.І. Чісовим і А.Х. Трахтенбергом). Хворий Ц., 58 років. Звернувся до дільничого лікаря зі скаргами на болі в епігастрії, загальну слабкість, поганий апетит. Раніше нічим не хворів, а згадані скарги з'явилися три місяці тому. За цей час

схуд на 10 кг. Проведено клінічне обстеження, включаючи лабораторне дослідження крові і сечі, рентгендіагностику шлунку. Діагноз не встановлений. Назначено загальне лікування від можливого «гастриту». Через 6 місяців у хворого виявлено механічну жовтяницю і проведено оперативне втручання. Під час операції виявлено масивну інфільтративну пухлину, що проростає в голівку підшлункової залози. Проведено дуоденотомію і біопсію пухлини. Гістологічне заключення – папілярна аденокарцинома. Накладено гастроентеро – і холецистоентероанастомози. Пухлину маркували танталовими скобами. В післяопераційному періоді проведено курс дистанційної телегаматерапії на пухлину (вогнищева сумарна доза 55,5 Гр). Протягом 7,5 років почувався задовільно і працював. Через 8 років появились симптоми холангіту і жовтяниця. В місцевій поліклініці встановлено прогресування раку і назначена симптоматична терапія. Стан хворого погіршувався і його госпіталізовано у відділ абдомінальної хірургії. Проведено клінічне детальне обстеження (включаючи лапароскопію), даних за прогресування раку не виявлено. При гастродуоденоскопії в дванадцятипалій кишці виявлені тільки рубцеві зміни, пухлина повністю резорбована. Вдалося виконати ретроградну канюлізацію в дуоденальній папілі і ретроградну панкреатохолангіографію. Виявлено два великі конкременти в “гепатикохоледосі”. Проведено повторну операцію, пухлин і метастазів не виявлено. Раніше накладені анастомози прохідні. “Гепатикохоледох” розширений до 2 см, в ньому два конкременти. Здійснено холедохолітотомію і дренивання холедоха. При контрольній фістулографії виявлено добру прохідність дуоденальної папілі і холецистоентероанастомозу. Хворий виписаний в доброму стані після видалення дренажа. Працює за фахом.

Резюме: Описано казуїстичний випадок повної резорбції пухлини (гістологічно верифікованої) з тривалим виживанням хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Забазный Н.И.. Ошибки в диагностике и лечении рака билиопанкреатодуоденальной зоны // Ошибки в клинической онкологии. Руководство. Под редакцией В.И. Чиссова і А.Х. Трахтенберга. Москва. Медицина, 1993. – С.379-397.
2. Онкологія / за ред. Б.Білінського, Ю. Стернюка, Я. Шпарика. Київ: Здоров'я, 2007. – 528 с.
3. Алгоритмы современной онкологии. Под редакцией И.Щепотина, Г. Бондаря, В. Ганула. Киев, Книга плюс, 2006.
4. Schwappach D.L.B, Wernli M. Medication errors in chemotherapy. Includence, types and involment of patients in prevention. A review of the literature.
5. Sarker S.K., Vincent C. Errors in surgery. Int. Y. Sury. 2005. 3 (1) 75 – 81.
6. Barlett D.L., Pragatheeshwar. Thirunavukasu. Matthew D. Neal. Surgical oncology. Fundamental, Evidence based Approches and new Tecnology. 2012. 616p. YAPEE IMPORT.

А.Л.ВАСИЛЬЧУК

ОСОБЛИВОСТІ ЧАКРИ ВІШУДХИ

Вперше у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри вішудхи

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

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры вишудхи

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

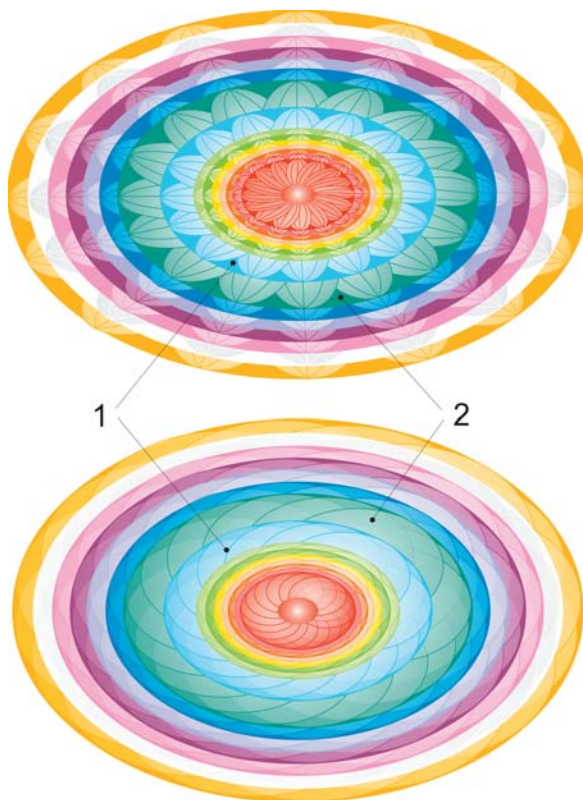
For the first time in the world, enioanatomic characteristics of vishuddha chakra are introduced.

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

Продовження з випуску 43-66 **Здоровий спосіб життя**
Збірник наукових статей
З випуску 1-8, (74) 11-13 (78-80) **Феномен людини. Здоровий спосіб життя**

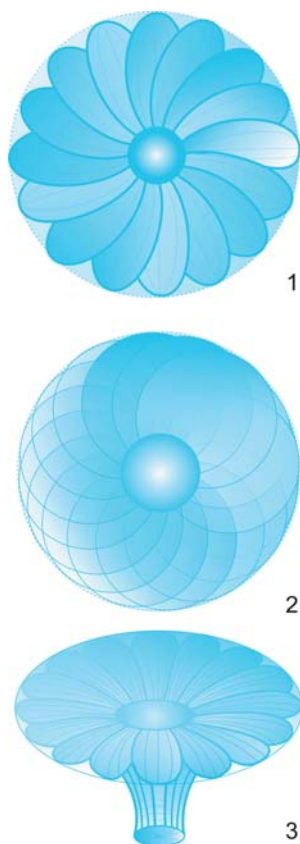
Еніоанатомічна норма чакри вішудхи

Розвинута до структурно-функціональної норми чакра вішудха (Мал. 1, 2) забезпечує інформаційно-енергетичні процеси усіх органів фізичного тіла, всіх структур тонкоматеріальних тіл, зокрема чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і меридіанів необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями та специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами. Чакра вішудха на розділ від чакри анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари інформаційно-енергетично уможлиблює людині доступ до більш високочастотних духовних інформаційно-енергетичних матерій, які є ідентичні людині і відповідають її філогенетичному, онтогенетичному, інтелектуальному, ментальному, емоціональному і духовному розвитку на вищому рівні інтегрування особистості. Лише при оптимально врівноваженому і гармонійному функціонуванні розкритих чакрових конусів чакри вішудхи поглинаються такі інформаційно-енергетичні матерії, які дають можливість людині орієнтуватися на проявлення в єдності матеріального та духовного, виявляти свої почуття, емоції, думки і вчинки вільно і ясно. Людина свідомо не обумовлює особисті прояви ніякими умовами і вимогами, досягає максимально можливого рівня комунікації з людським, земним, космічним і духовним Буттям. Свідомість людини досягає такого розвитку, який дає можливість усвідомлювати свою слабкість, свої помилки, а у випадку потреби виявити свою значущість і силу. У людини формується внутрішня відвертість і чесність до самого себе, бажання відверто і чесно комунікувати з людьми, суспільством, природою, тваринами, Землею, Всесвітом і духовним Буттям. У людини проявляється вміння вислухати інших, прислухатися серцем і внутрішнім розумінням, не допускаючи при цьому небажаних інформаційно-енергетичних змін своєї ідентичності, негативного інформаційно-енергетичного впливу на інформаційно-енергетичну індивідуальність своєї особи, не допускати нікому над собою володіти і переорієнтовуватися проти власних об'єктивних переконань. Людина має досить сили, щоб за будь-яких обставин сказати «Ні». У критичних і серйозних життєвих ситуаціях людина залишається сама собою, вміє відстояти і зберегти свою свободу, незалежність, індивідуальність свого розвитку, має сміливість відхилити заманливі пропозиції, вільно проявлятися і сказати «Ні» на користь правди. У процесі вербальної комунікації з людьми її мова логічна, ясна, чітка, має приємну інтонацію, виражає правду і викликає довіру у людей. Звукова частота такої мови створює інформаційно-енергетичне поле, що допомагає реалізувати бажання людини, сприяє духовному розвитку і розширенню свідомості інших людей. Тільки розкриті чакрові конуси чакри вішудхи можуть сприймати



Мал. 1. Основи вішудхи чакри:

1–2 — основні конуси чакри: 1 — блакитний конус, структура блакитного тонкоматеріального тіла; 2 — бірюзовий конус, структура бірюзового тонкоматеріального тіла (вверху — з овально-круглими пелюстками, внизу — з круглими пелюстками).



Мал. 2. Різновидності основи основного конуса вішудхи чакри:

1 — основа з овальними пелюстками; 2 — основа з круглими пелюстками; 3 — основа з овально-круглими пелюстками.

інформаційно-енергетичні матерії з фізичного, людського, земного, космічного і духовного Буття, допомагають розширенню свідомості людини, посилюють її тонкі почуття, екстрасенсорні, позасмислові сприйняття, інформаційно-енергетичну і духовну чутливість, що дає можливість проникати до інформаційно-енергетичного, фізичного, людського, природного, тваринного, земного, біосферного, ноосферного, космічного і духовного Буття, відчувати і усвідомлювати їх реальність. Розширена інформаційність, свідомість, тонкі почуття, екстрасенсорні, позасмислові, інформаційно-енергетичні і духовні почуття допомагають всебічному, збалансованому, гармонійному і універсальному розвитку чакри вішудхи. Розвинута чакра розширює потік інформаційного, мікрочасткового, світлового і енергетичного сприймання, інформаційно-енергетично посилює тонкочутливі екстрасенсорні, позасмислові, інформаційно-енергетичні та духовні почуття, і допомагає розвитку псі-феноменального інтелекту, менталітету, цілковитої екстрасенсорної чутливості, яснослуху, телепатії та інших псі-феноменальних здібностей. Оптимальне співвідношення чакри вішудхи з інформаційно-енергетичними полями зовнішнього середовища спрямовує еволюційний розвиток людини до гармонії зі світом, до істини, розширює свідомість і комунікаційні здібності людини. Розширення функціональних можливостей людини уможливорює спілкування з інформаційно-енергетичними істотами тонкоматеріального, астрального та духовного світу, проявляється у взаємозалежності з минулим, теперішнім і майбутнім, єдністю матеріального і духовного, людського, земного і космічного, людського і божественного, з усвідомленням того, що світ є цілісний, неподільний і проявляється єдністю.

Функціональний стан чакри вішудхи інформаційно-енергетично обумовлює індивідуальний характер прояву людини у фізичному, людському, тваринному, природному, земному, біосферному, ноосферному, космічному, астральному і духовному Бутті, міру усвідомлення взаємозалежності минулого, теперішнього і майбутнього, матеріального і духовного, людського, земного, космічного і духовного, об'єм і зміст інформаційно-енергетичного наповнення тіл людини, перехід інформаційно-енергетичних матерій з духовного на фізичний рівень і навпаки, єдність у людині органічного і неорганічного, біологічного і духовного, а також міру причинно-наслідкового програмування індивідуального морфогенезу, фізичного, соціального, психічного, псі-феноменального і духовного розвитку та життєвих проявів.

Чакра вішудха інтегрально з чакрами анахатою, маніпурою, свадхістханою і муладхарою може інформаційно-енергетично впливати на інформаційно-енергетичні процеси окремих людей, суспільства, природи, тварин, води, вогню, плазми, повітря, газоподібних речовин, ефіру, простору, часу, хвилеподібного стану матерії, Землі, біосфери, ноосфери і квантових властивостей вакууму, їх мікрочасток та фізичних елементів матеріального Всесвіту. Якщо людина оволодіє методами свідомого еніопсихічного, ментального, інформаційно-енергетичного та духовного управління цими чакрами, їй відкриваються можливості цілеспрямованого впливу на матеріальні процеси фізичного світу, біологічні, біохімічні, психічні, емоціональні, інтелектуальні, ментальні, функціональні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні, електромагнітні та інші процеси людини, її тіл і організму. У процесі управління чакрами можна використовувати один чакровий елемент або декілька їх варіантів та чакрових принципів (Ігнатенко А.В., 1992).

При систематичному свідомому контролюванні чакр можна навчитися генерувати п'ять видів енергії і використовувати їх відповідним чином для власного розвитку і прояву. Для генерування енергії апана необхідно функціонально активізувати чакри муладхару і свадхістхану. Для генерації енергії прана і самана необхідно функціонально активізувати чакру маніпуру. Для генерування енергії вьяна найкраще функціонально активізувати чакру анахату. Для генерування енергії удана потрібно функціонально активізувати чакру вішудху.

Без всебічного, гармонійного, збалансованого та універсального розвитку і оптимального функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів чакри вішудхи неможливо наповнювати людину інформаційно-енергетичними матеріями цілісності особистості, соціальної ідентифікації особистості, поєднання людських життєвих проявів минулого і теперішнього часу, поєднання минулого, сучасного і майбутнього, поєднання в людині

матеріального і духовного, поєднання людського, земного, космічного, духовного і божественного. Тільки за умови розвитку чакри до відповідного рівня людина може отримувати достатню кількість інформації для розуміння причинно-наслідкового програмування індивідуального морфогенезу, фізичного, соціального, психічного, психофеноменального і духовного розвитку та життєвих проявів.

Гіпотрофія і гіпофункція чакри вішудхи

Гіпотрофія і гіпофункція чакри вішудхи проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурною атрофією, деформаціями формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основ чакрових конусів, функціональною недостатністю інформацій, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів та тривалим інформаційно-енергетичним виснаженням тіл людини. При цьому сповільнюється інформаційно-енергетичний генез тимчасових тонкоматеріальних тіл, морфогенез фізичного тіла, формується фізичне тіло, нездатне максимально проявляти свої функції та функціональні можливості, особливо тих анатомічних структур нервової системи, котрі є основою розвитку і прояву цілісності особи, соціальної ідентифікації, тонкочутливих, екстрасенсорних, позасеміолових, інформаційно-енергетичних і духовних почуттів, яснослуху і телепатії. Людина постійно знаходиться у стані інформаційно-енергетичної невірноваженості, їй не дістається інформаційно-енергетичних матерій для досягнення в ній єдності людини минулої, теперішньої і майбутньої, матеріального і духовного, людського, земного, космічного, духовного і божественного. Гіпотрофія та гіпофункція супроводжується тим, що людина має проблеми з комунікацією і спілкуванням, логікою висловлювання, вимовлянням слів, мляво вимовляє слова, слабим, тихим голосом, без виразності та монотонною мовою. Упродовж промови людина відчуває себе невпевнено, сковано, заціпеніло та її охоплює страх. Тому вона відмовляється від публічних лекцій і виступів, їй важко проявлятися публічно. Позиція та орієнтація людини залежить від думок, оцінок і положення інших людей щодо її діяльності, тому людина часто не знає чого хоче і не може визначитися у своїх проявах. Функціональна недостатність чакри обмежує людині сприймання інформаційно-енергетичних матерій, обмежує інформаційно-енергетичний доступ до послання своєї душі, знижується чутливість до тонкочутливих, екстрасенсорних, позасеміолових, інформаційно-енергетичних та духовних почуттів, деякі аспекти тонкочутливого сприймання зникають, внаслідок чого проявляється недовіра до своїх інтуїтивних почуттів і втрата інтуїтивної сили.

Структурно-функціональна недорозвиненість чакрових конусів чакри вішудхи супроводжується цілковитою обмеженістю життєвих проявів людини. Чакра реалізує свій недостатній інформаційно-енергетичний потенціал в обмеженому життєвому просторі, тому людина позбавлена можливості варіабельної комунікації, різнохарактерного спілкування, розвивається односторонньо, відчуває себе скутою, абсолютно не усвідомлює в собі взаємозалежності минулого, теперішнього і майбутнього, єдності духовного і матеріального, єдності людського, земного, космічного, духовного і божественного. Прояви людини обмежені і можливі лише у земному фізичному світі, і лише в межах інформаційно-енергетичної підтримки свого біологічного життя, і зовсім неможливі на космічному, астральному і духовному рівнях Буття.

Дисгармонія функцій і дисфункції чакри вішудхи супроводжуються інформаційно-енергетичним виснаженням тонкоматеріальних тіл і організму та виникненням інформаційно-енергетичної основи для проявів демагогії, тиранії, маніпуляції людьми, недодержання своїх слів і різних зловживань.

Блокади чакрових конусів, блокади в чакрі і самої чакри психічно проявляються страхом, відчуттям провини, неможливістю оптимального психоемоціонального прояву людської особистості у суспільстві і природі, обмеженим соціальним спілкуванням і комунікацією, неадекватним співвідношенням інтуїтивних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних,

соціальних, духовних та біологічних проявів. Людина обмежується в інтелектуальності і раціональності, ігнорує емоціональну сферу життя, її емоціональні реакції є хаотичні, пригнічені, часом проявляються на самоті і не проявляються відкрито перед людьми. Підсвідоме почуття страху і провини не дають можливості людині об'єктивно усвідомлювати себе, всебічно і вільно проявляти свою інтегральність, соціальну ідентифікацію, індивідуальність, розкрити свої емоції і висловити власну думку. Людина розмовляє грубо, дуже голосно, з неприємними холодними інтонаціями, голос сильний, слова без глибшого смислу, висловлювання категоричні, необдумані і необгрунтовані. Людина за будь-яку ціну хоче проявитися силою, за якою скривається її підсвідомий страх.

Закриті основи чакрових конусів чакри і **заблокована** чакра не можуть приймати потрібну кількість інформаційно-енергетичних матерій з інформаційно-енергетичних полів людей, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, астрального і духовного Буття, зовсім не можуть поглинати високочастотні інформаційно-енергетичні матерії духовного, емоціонально-позитивного і емоціонально-духовного змісту, що не дає можливості людині комунікувати і спілкуватися з високодуховними та емоціонально розвинутими людьми, унеможлиблює їй доступ до інформацій емоціональної гармонії, духовності, радості з духовних почуттів, краси і духовної любові. При таких структурно-функціональних станах чакрових конусів і чакри припиняється надходження інформаційно-енергетичних матерій від вищих духовних чакр до чакри вішудхи, а від неї до нижче розміщених основних, життєво важливих і функціонально забезпечувальних чакр, що значно обмежує інформаційно-енергетичний взаємообмін у чакровій системі та між фізичним і тонкоматеріальними тілами. Вішудховий інформаційно-енергетичний потенціал є недостатній, щоб людина могла відчувати, усвідомлювати і проживати духовно-емоціональні прояви, щоб була здатна зрозуміти причинно-наслідкову взаємозалежність минулого, теперішнього і майбутнього, єдність матеріального і духовного, єдність людського, земного, космічного, духовного і божественного. При цьому інформаційно-енергетично обмежується комунікаційні і контактні можливості, формується одностороннє спілкування, сповільнюється еволюційний розвиток людини. Закриті чакрові конуси і заблокована чакра не дають можливості людині інформаційно-енергетично впливати і суттєво переорієнтувати причинно-наслідково запрограмовані закономірності процесів розвитку своєї індивідуальної особистості і своїх життєвих проявів. Людина може тільки пасивно спостерігати розвиток своєї особистості і розпад своїх життєвих проявів, і не здатна усвідомити і зрозуміти ці процеси. Навіть у випадку, якщо людина високо інтелектуально розвинута, володіє глибокими знаннями, має великий внутрішній емоціонально-духовний потенціал, вона не може всебічно проявлятися, бути в гармонії, зрозуміти єдність світу і причинно-наслідкові закономірності розвитку, щоб переорієнтувати свій розвиток, тому, що недостатній вішудховий інформаційно-енергетичний потенціал викликає страх, який блокує відвагу до всебічного індивідуального життєвого прояву, високодуховного розвитку в єдності матеріального і духовного, людського, земного, космічного і божественного, і будь-які внутрішні та зовнішні зміни лякають людину.

Деформація формоструктури, функціональні порушення, інформаційно-енергетичні блокади чакри і блокади у чакрі вішудха на фізичному рівні проявляються порушеннями мови, її інтонацій, хрипким голосом, судомами голосових м'язів, порушенням слуху, шумом у вухах, функціональними порушеннями і хворобами щитоподібної залози, щитоподібних залоз, гіпотериозом, тиреотоксикозом, струмою, хворобами горла, глотки, трахеї, бронхів, легень, запаленням мигдалин, ангінами, фарингітом, ларингітом, бронхітом, астмою, хворобами стравоходу, шлунка, кишок, імунної системи, розсіяним склерозом, частими стресами, почуттями страху і провини, порушеннями процесів метаболізму, росту і розвитку дітей та ін.

Порушення формоструктури і функції правої половини чакри проявляються частими вербальними конфліктами, невмінням толерантно вести дискусію, людина починає сваритися, кричати, словесно погрожувати своїм співбесідникам.

Порушення лівої половини чакри на фізичному рівні проявляється гіперболізованим почуттям особистої провини.

При довготривалих блокадах задньої частини чакри людина не здатна виявити свої найкращі індивідуальні професійні здібності, не може досягнути успіху і не здатна мобілізувати силу волі для реалізації своєї індивідуальності. Людиною володіє почуття страху і неспіху в професійній діяльності, в соціальному і особистому житті та в реалізації індивідуального прояву. Почуття страху і відсутності успіху, людина часто компенсує проявом гіперболізованої гідності, що ще в більшій мірі посилює цей психоемоціональний стан (Barbara Ann Brennan, 1994). Подібні ситуації людина мусить сприймати покірно, спокійно, стараючись усвідомити події, зосередитися на навчанні, не відмовлятися від допомоги інших і поступово переорієнтовуватися на всебічну діяльність, що з часом розблоковує чакру, ослабить почуття страху і зорієнтує на успіх.

Посилене інформаційно-енергетичне стимулювання чакри вішудхи при її недостатній структурно-функціональній збалансованості і домінантному розвитку супроводжується тим, що людина може проявлятися зухвалою поведінкою, зневажливим ставленням, нахабством, надмірністю, зарозумілістю, пихатістю, сарказмом, властолюбством та ін.

Гіпертрофія і гіперфункція чакри вішудхи

Гіпертрофія і гіперфункція чакри вішудхи проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінантним функціонуванням, частим і функціонально недоцільним повним розкриттям основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів, що призводить до сповільнення переходу з одного до іншого функціонального стану чакрових конусів чакри, до сповільнених 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, настає передчасний розвиток людини, який перевершує інформаційно-енергетичні змісти чакр анахати, маніпури, свідхістхани і муладхари, що уможлиблює ще в дитячому віці досягнути всебічного індивідуального самовираження, широкої соціальної комунікації, гармонійних відносин з людьми, багатої, виразної і логічної мови, міміки, жестикуляції, досягнути психоемоціонального стану натхнення, мати сміливість відстоювати правду, заперечувати неправду і відкрито казати «Ні». Помірно часто такі молоді люди випереджають своїх однолітків і старше покоління, що може спричиняти конфлікти в комунікації та відношеннях зі старшими людьми. У таких випадках, щоб конфлікти не стали нормою поведінки і людина уникла антидуховного, антидушевного і антибожественного впливу, необхідно розпочати духовний розвиток та перебувати у духовно і природно чистому інформаційно-енергетичному середовищі.

При гіперфункції чакрових конусів чакри вішудхи створюється інформаційно-енергетична основа для формування деспотичного типу людини. Людина проявляється демагогією, вступає в дискусію заради дискусії, із задоволенням свариться, сперечається, хоче все зробити згідно своїх переконань, не рахується з кращими пропозиціями інших. Під час вербальної комунікації голос людини звучить сильно, безкомпромісно, рішуче, настійливо, але непереконливо.

Всі позитивні властивості, особливості і здібності людини, які обумовлені структурно-функціональною нормою чакри при її гіпертрофії і гіперфункції, трансформуються у негативні. Наприклад: здатність зовнішнього гармонійного прояву людини за допомогою слів, міміки, жестів, танцю, скульптур, малювання, спорту, науки, професійної і соціальної діяльності, поступово переорієнтовується на поблажливість, високомірність, нетолерантність, категоричне заперечування хороших пропозицій і рішень інших людей. Особисте «Я» мусить домінувати над усім і усіма, що може привести до неповаги до людей, до бажання панувати над людьми, до антидуховних, антидушевних і антибожественних проявів. Наслідки гіпертрофії і гіперфункції чакрових конусів чакри вішудхи в основних сферах життя людини ще не дослідженні.

Особливості чакри вішудхи

Особливості чакри вішудхи притаманні тільки їй, не можуть спостерігатися в будь-якій іншій чакрі і не можуть бути компенсовані жодною іншою чакрою.

До них належить:

- чакра є інформаційно-енергетичним центром інформаційно-енергетичної єдності людини теперішньої, минулої і майбутньої, яка забезпечується причинно-наслідковими інформаціями;
- в порівнянні з іншими чакрами чакра вішудхи в більшій мірі класифікує причинно-наслідкові інформації філогенетичного і онтогенетичного розвитку людини, що було причиною назвати цю чакру за цією функцією – чакрою карми;
- являється інформаційно-енергетичним центром життя тому, що творить таку інформаційно-енергетичну основу, яка дає можливість людині всебічного проявлення в умовах Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття, і яку не можуть створити інформаційно-енергетичні основи чакр анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари разом взяті;
- є інформаційно-енергетичним центром індивідуального самовиявлення, комунікації, мови, міміки, жестикуляції, натхнення і заперечення;
- інформаційно-енергетична основа чакри уможливорює зовнішні гармонійні прояви людини за допомогою слів, міміки, жестів, танців, музики, скульптур, малювання, спорту, науки, професійної і соціальної діяльності;
- інформаційно-енергетичний зміст чакри більш точно обумовлює причинно-наслідковий характер життя людини;
- чакра створює інформаційно-енергетичну основу псі-феноменальних тонкочутливих почуттів, екстрасенсорного і позасемантичного сприймання, інформаційно-енергетичної і духовної чутливості, телепатії, яснослуху, вдосконаленого і всебічного прояву цілительства, яснобачення, яснознання, аж до сприймання апріорних знань, психокінезу і життєвої мудрості;
- інформаційно-енергетично відображає і зберігає інформації індивідуальності особи у філогенетичному і онтогенетичному розвитку людини;
- забезпечує інформаційно-енергетичний резонанс із земним, космічним і духовним Буттям;
- перерозподіляє причинно-наслідкові інформації між тонкоматеріальними тілами і фізичним тілом, між органами фізичного тіла та інформаційно-енергетичними основами властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, між внутрішніми і зовнішніми проявами людини, що обумовлює характер внутрішніх і зовнішніх проявів людини в усіх аспектах її діяльності;
- причинно-наслідково об'єднує життєві прояви людини минулого, теперішнього і майбутнього, минуле, теперішнє і майбутнє в людині, причинно-наслідкове співвідношення людської, земної, космічної і духовної єдності;
- передня частина чакри інформаційно-енергетично обумовлює особисту відповідальність людини за реалізацію своїх потреб і життєвих проявів; задня частина – професійні властивості, соціальну ідентифікацію і усвідомлення своєї належності до людського суспільства, професійного середовища, соціального положення, до батьків і сім'ї.

Те, що невідомо про чакру вішудху

Те, що невідомо про чакру вішудху:

- яке значення має червоний, світлосяючий червоний, оранжевий, світлосяючий оранжевий, жовтий, бірюзовий, синій, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий та

золотий чакрові конуси для людини, її тіл, виховання, навчання, розвитку, вдосконалення властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей, для лікування, регенерації, реабілітації, рекондиції, зокрема для причинно-наслідкового розвитку людини, її морфогенезу, інформаційно-енергетичного генезу, причинно-наслідкової обумовленості життєвих проявів людини і причинно-наслідкових співвідношень розвитку людини, суспільства, природи, тварин, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття;

- функції та функціональні можливості червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, бірюзового, синього, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого чакрових конусів;
- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергії у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах з підвищеним вмістом причинно-наслідкових інформацій розвитку людини, розміщених в порожнинах чакрових конусів і субультраканалів внутрішньоконусових сіток чакри;
- як інформаційний причинно-наслідковий зміст високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри обумовлює, впливає і визначає їх режими функціонування, функціонування чакрових конусів інших чакр та внутрішні і зовнішні прояви людини в усіх сферах її діяльності;
- як причинно-наслідкове співвідношення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри впливає на розвиток людини, її тіла, властивості, особливості, здібності, функції, функціональні можливості, соціальну діяльність і будь-які внутрішні і зовнішні прояви людини.

Все те, що не є відомо про основні чакри може стосуватися будь-якої чакри. Щоб можна було на рівні окремої чакри зрозуміти те, що про неї невідомо, потрібно усвідомити все, що відноситься до кожної окремої чакри, а також те, що відноситься до усіх чакр.

Пізнання цього принесе нову інформацію про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини, необмежені можливості створення нових технологій, методів і засобів, в основі яких закладені причинно-наслідкові закономірності розвитку людини. Це дасть можливість досягнути такого рівня пізнання філогенетичного, онтогенетичного, емоційного та інтуїтивного розвитку людини, який уможливить пізнати причинно-наслідкову закономірність її розвитку, причинно-наслідкове співвідношення розвитку людини з розвитком людства, природи, тварин, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття.

Продовження у випуску 15 (81)

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 р.
5. **Васильчук А.Л.** Феномен людини. Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. / Ред. – Ю.М.Панишко. – Львів, 2012. – Вип. 1-8 (74), 11-13 (77-79).
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
7. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalica: MM a spol., s.r o., 2012 r.–1 592 s.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРА, ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Стаття присвячена проблемі психологічного здоров'я школяра.

Ключові слова: школяр, психологічна характеристика, обстановка, здоров'я.

Статья посвящена проблеме психологического здоровья школьника.

Ключевые слова: школьник, психологическая характеристика, обстановка, здоровье

The article is devoted to the psychological health of the student.

Keywords: student, psychological characteristics, environment, health

Наразі гостро постає проблема порушення психічного здоров'я дитини через соціально - економічну ситуацію, що склалася в країні. Негаразди на роботі, матеріальна скрута, емоційне незадоволення дорослих та інше - все це переноситься на дітей і порушує психологічну рівновагу.

Хто може заперечити думку, що майбутнє психічне здоров'я нації залежить від того, наскільки сьогодні ми зуміємо забезпечити зростаючій особистості такий важливий для неї психологічний комфорт, створити умови, в яких гарантувалося б душевне здоров'я, оптимальне фізичне і соціальне благополуччя. Однак невблаганна статистика попереджає: неухильно збільшується кількість нервових, неврівноважених, гіперактивних дітей, малюків з порушенням психіки.

У нас час варто приділити особливу увагу стану психічного здоров'я дитини та психологічним чинникам його порушення. Терміном “психологічне здоров'я” позначається стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки й діяльності.

Внутрішньосімейні відносини

Часто батьки ставлять запитання: «Ну, звідки взялася ця поведінка у дитини? Чому вона така балувана та неслухняна? Чому вона так часто хворіє?». Забезпечуючи дитині правильне харчування, можливість перебувати на свіжому повітрі та різноманітну фізичну активність, батьки часто забувають про найголовнішу складову повноцінного розвитку дитини – психологічну рівновагу. Здорова психіка дитини – це більше, ніж просто відсутність нервово-психічних розладів, це сукупність якостей та здібностей, які дозволяють їй безболісно адаптуватися у соціальному середовищі. Психічне здоров'я дітей уявляється як стан благополуччя, при якому кожна дитина може реалізовувати свій власний потенціал, справлятися з повсякденними перепонами, продуктивно навчатися та виконувати суспільні і домашні обов'язки. Загальновідомо, що психічне здоров'я дитини залежить від оточуючого середовища, як на рівні сім'ї, так і на рівні суспільства. Батьки об'єктивно не можуть впливати на суспільство та зробити його зручним та комфортним для дитини, але вони однозначно самі створюють ще більш важливий аспект для нормального розвитку дитини – атмосферу в сім'ї. Важливо

створити у сім'ї здоровий простір стосунків між батьками, де дитину люблять та цінують, слухають та чують, направляють, дають знання, свободу вибору та виховують з урахуванням духовних цінностей. Цей простір і є «повітрям» для дитини. І тільки в цьому випадку ми можемо говорити про цілісне формування дитини в різних його аспектах: фізичне здоров'я та гармонійні взаємовідносини зі своїм внутрішнім світом та соціумом. І навпаки, всі негаразди та суперечки між батьками відбиваються перш за все на психологічному здоров'ї дитини. Хвороба – це її реакція на негативну, агресивну поведінку дорослих, а також спосіб привернути до себе увагу, якщо дитині її недостатньо. Слабкість характеру, відсутність сили волі, інтересу до життя та здатності до самореалізації, моральна деградація і такі подібні характеристики підлітків говорять тільки про те, що батьки в свій час щось упустили, а точніше їх поведінка, дії, думки призвели до таких проблем.

Для дітей з конфліктних сімей, де дезорганізовані, дисгармонійні стосунки, характерний широкий спектр аномалій у психиці.

Неблагополучна психологічна атмосфера в сім'ї майже завжди викликає в дитини емоційно загострені переживання, які вона не може подолати через вікову незрілість психіки. Конфлікти між батьками викликають глибокий внутрішній конфлікт у дитини, який може зумовити розвиток психогенного захворювання, що впливає на важливі сфери формування особистості, систему стосунків у сім'ї, з однолітками, з іншими дорослими.

Одним із психотравмуючих факторів є насилля над дитиною, коли щось робиться проти її волі. Це не обов'язково фізичне покарання, а й словесне незадоволення у гострій формі, нищівна безапеляційна критика, знуцання у вигляді примусу, насмішок, перенесення своїх проблем та поганого настрою на стосунки з дитиною.

Фактори впливу інформаційного простору

На свідомість дитини впливають ЗМІ. Більшість дітей у наш час починають регулярно дивитися телевізор у віці до 3-х років, а до 15 - просиджують за телеекраном більшу частину свого вільного часу.

Сьогодні ми знаємо, що перегляд телевізійного насилля робить дітей «товстошкірими» і вони спокійно ставляться до міжособистісного насилля.

Особливої уваги потребує спільний сімейний перегляд кінофільмів. Якщо при цьому відсутня негативна оцінка, то з часом агресивна поведінка сприйматиметься, як норма і як єдиний вихід з різних ситуацій.

Сцени агресії забирають усі сили і дорослого глядача, і дитини, що йдуть на боротьбу з погіршеним настроєм.

Поняття « психічне здоров'я » охоплює шляхи гармонізації людини, її бажання, амбіції, здібності, ідеали, почуття і свідомість. Психічне здоров'я учнів та педагога охоплює, крім цього, такі характеристики: здатність сприймати і аналізувати інформацію, здатність до організації навчальної діяльності та самоорганізації з урахуванням норм навантаження та власного психічного стану.

Ознаками психічного здоров'я учня є: адаптованість дитини до умов шкільного навчання; наявність особистого простору; сприйманність у групі; низька тривожність; відсутність вираженої акцентуації; емоційна стабільність; здатність сортувати інформацію.

Існують внутрішні і зовнішні чинники психічного здоров'я. Внутрішні чинники є самодетерміновані, вплив на них може бути лише опосередкований. Зовнішні чинники психічного здоров'я учня напряму залежать від дотримання психологічних норм організації навчання. Психічне здоров'я педагога - запорука психологічного комфорту дитини.

Існуючі методи педагогічної корекції у роботі з школярами: використання гумору; ігнорування; посилена увага; використання прийомів активного слухання.

Кожен з методів необхідно ретельно добирати.

Щоб створити стан психологічного комфорту учня, необхідно: дозволяти їй відмовлятися від дискомфортної діяльності, уникати практики примусу; надавати право на вільний час; давати змогу доводити розпочату справу до кінця і бачити кінцевий результат своєї діяльності; забезпечувати спокій удома, відмовлятися від криків, різних жестів, авторитарних дій, від принизливих, недоброчесливих висловлювань; відмовлятися від надмірної опіки; стимулювати бажання самостійно проявляти ініціативу.

Ні в якому разі не варто допускати: примусового залучення дитини до небажаної діяльності; надміру шумових подразників, емоційної нестабільності, дорослого оточення, різких змін настрою; жорстокої регламентації життєдіяльності дитини в сім'ї; зловживання оцінним підходом у навчанні і вихованні.

Діти – це наше майбутнє! І від того, який внесок ми зробимо в їхній розвиток, виховання, чи зможемо закласти поняття цінностей, залежить, яке майбутнє вони будуть створювати. Кожного разу, говорячи про те, що сучасна молодь деградує, задумайтесь – адже причини в нас самих! Саме доросле покоління власним прикладом, створеним ним рівнем життя, вихованням, телебаченням та іншими інформаційними системами, вплинуло на становлення своїх дітей. На завершення хочеться побажати дорослим залишатися у душі дітьми, для кращого розуміння своїх дітей. Зробіть свій світ та світ своїх дітей більш добрим та барвистим. Частіше робіть сімейні яскраві свята. Наповніть свій дім світлом дитячих посмішок та сміху!

ЛІТЕРАТУРА

1. Костюк В.Н. Психічний розвиток та навчально - виховний процес. – К., 1991.
2. Максименко С.Г. Психічне здоров'я школяра. Практична психологія та соціальна робота, 2002.
3. Психічне здоров'я особистості / укл. М. Андрос, за ред. Л.Карамушки. – 2002. – Т.5. – №2. – С.132-150.
4. Шанскова Т.І. Соціально-педагогічна підготовка до роботи з батьками учнів: Методичні рекомендації для студентів педвузів. –Житомир: ЖДПУ, 2000. – 100 с.
5. Вплив інформаційного простору на внутрішній світ і поведінку людини. // Психолог. – 2007. – № 16.

КАЛЬЦИФІКАЦІЯ БАЗАЛЬНИХ ГАНГЛІЇВ

Стаття присвячена рідкісному захворюванню центральної нервової системи, пов'язаному із порушенням метаболізму кальцію – кальцифікації базальних гангліїв.

Ключові слова: кальцифікація базальних гангліїв, хвороба Фара, патоморфологія, клініка, діагностика, лікування

Статья посвящена редкому заболеванию центральной нервной системы, связанному с нарушением метаболизма кальция – кальцификации базальных ганглиев.

Ключевые слова: кальцификация базальных ганглиев, болезнь Фара, патоморфология, клиника, диагностика, лечение

The article is dedicated to the rare CNS disease associated with disordered calcium metabolism – basal ganglia calcification.

Key words: basal ganglia calcification, Fahr's disease, pathology, clinical picture, diagnostics, management

Головний мозок захищений від впливів різних токсичних чинників гематоенцефалічним бар'єром. Винятком залишаються базальні ганглії, чутливі до дії мінеральних факторів, котрі спричиняють багато розладів. Прикладами є накопичення міді при хворобі Вільсона, заліза – при хворобі Галленвордена-Шпатца, органічної ртуті – при хворобі Мінамата і марганцю – при токсичному паркінсонізмі. Кальцифікація базальних гангліїв й інших підкіркових ядер лежить в основі значної клінічної проблеми, пов'язаної з багатьма неврологічними порушеннями. Ця стаття є коротким оглядом актуальних знань із цього “нейрорадіологічного” захворювання.

1. ІСТОРІЯ

У 1850 році Delacour вперше описав судинні кальцифікати в базальних гангліях у 56-річного чоловіка, який клінічно мав м'язову ригідність нижніх кінцівок і тремор. Він помер від гострого розладу, що включав важку діарею, гіпотензію і кому. Патоморфологічне дослідження засвідчило наявність двобічної кальцифікації головного мозку і склерозу. Vamberger у 1855 році згадає про гістопатологічну одиницю типу кальцифікації дрібних мозкових судин у жінки з затримкою психічного розвитку й судомами. У 1930 році Fahr описує 81-річного пацієнта із тривалою деменцією, котрого госпіталізували у шпиталь із лихоманкою, кашлем, пролежнями, “знерухомленням без паралічу” і який через 3 дні помер. На секції виявили ущільнену гранулярну кору, шлуночки, заповнені серозною рідиною, та кальцифікацію півкružного центру і стріатума. Ім'я цього вченого асоціювалося з усіма формами двобічної кальцифікації базальних гангліїв й інших частин головного мозку, незважаючи на той факт, що не він перший описав такий розлад. Так, Fritzsche уперше занотував рентгенологічні прояви останнього у 1935 році. Існує багато термінів (близько 35) для означення названої хвороби, що створює значні труднощі (табл. 1).

“Хвороба Фара” – неправильна назва, незважаючи на її широке застосування. Оскільки кальцифікати при ній мають тенденцію до формування в зубчастих ядрах і базальних гангліях, найадекватнішим залишається термін “двобічний стріопалідозубчастий кальциноз” (ДСПЗК).

Деякі терміни, згадані у медичній літературі, для опису двобічної кальцифікації стріатума, блідої кулі і зубчастого ядра

Рік	Дескриптивний термін
1939	Симетрична церебральна кальцифікація
1951	Кальцифікація смугастого тіла і зубчастих ядер
1954	“Ідіопатична” кальцифікація мозкових капілярів
1957	Симетрична (або сімейна) кальцифікація базальних гангліїв
1960	Сімейна ідіопатична кальцифікація головного мозку
1961	Ідіопатична неатеросклеротична кальцифікація мозкових судин
1964	Сімейна двобічна судинна кальцифікація ЦНС
1968	Кальцифікація стріопалідозубчастої системи
1969	Ідіопатичний сімейний цереброваскулярний ферокальциноз
1976	Симетрична кальцифікація стовбурових гангліїв
1982	Синдром Фара
1983	Прогресуючий ідіопатичний стріопалідозубчастий кальциноз
1985	Симетричний внутрішньочерепний прогресуючий псевдокальциноз
1997	Ідіопатична кальцифікація базальних гангліїв

2. ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Патоморфологічні дослідження свідчать, що кальцій є головним елементом, відповідальним за радіологічні прояви захворювання. Також виявляють сліди мукополісахаридів, алюмінію, миш'яку, кобальту, міді, молібдену, заліза, свинцю, марганцю, магнію, фосфору, срібла й цинку. Кальцій та інші мінеральні відкладення наявні у стінках капілярів, артеріолах, дрібних венах і периваскулярних просторах. Є повідомлення про нейрональну дегенерацію і гліоз навколо цих відкладень. Електронна мікроскопія свідчить про наявність мінеральних елементів у перицитах.

Хоча деталі патологічного процесу при ДСПЗК залишаються невідомими, припускають, що гіперінтенсивні МРТ-зображення в T2-режимі відображають повільно-прогресуючий метаболічний чи запальний процес головного мозку, котрий згодом зазнає кальцифікації і відповідальний за клінічні прояви. Також вважають, що накопичення заліза та кальцію є реакцією на позасудинне відкладення комплексу кислих мукополісахаридів – лужного білка. МРТ-дослідження дають підставу думати, що порушення з боку судинної мембрани відповідальні за відтікання плазми з подальшим ураженням нейропілю і мінеральною акумуляцією.

І якщо точних причин того, чому базальні ганглії дуже чутливі до накопичення кальцію, так і не з'ясовано, ці утвори є мішенями для акумуляції багатьох інших немінеральних речовин, наприклад, білірубину при ядерній жовтяниці новонароджених чи МРТР і монооксиду вуглецю при токсичному паркінсонізмі.

3. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

ДСПЗК є рідкісним розладом. Його клінічна верифікація затуманена багатьма факторами. Симптоми, згадані в літературі, базуються на одиничних клінічних повідомленнях. Їх аналіз у поєднанні з даними реєстрів засвідчив, що з 99 осіб із явними накопиченнями кальцію 67 були симптомними із середнім віком 47 ± 15 років, а 32 – безсимптомними у середньому віці 32 ± 20 років. Співвідношення між чоловіками й жінками становить 2 : 1. Найпоширенішими проявами

ДСПЗК були рухові розлади (55%), із них половину становить паркінсонізм, решта – гіперкінези (хорея, тремор, дистонія, атетоз, орофасціальна дискінезія). Когнітивні порушення є другим частим синдромом, за ним ідуть мозочкові симптоми й розлади мови. Нерідко виявляють перекривання різних клінічних одиниць, наприклад гіпокінезій, когнітивних дисфункцій і церебелярних ознак. Іншими неврологічними мікросимптомами залишаються патологічні пірамідні знаки, психіатричні феномени, порушення ходи, чутливі розлади й біль.

4. НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЕЕГ, дослідження невральної провідності і зорові викликані потенціали при ДСПЗК зазвичай нормальні. Стовбурові слухові викликані потенціали демонструють незначні зміни, наприклад, міжпікові латентності між хвилями I і V чи посилену латентність хвилі V. Сомато-сенсорні потенціали переважно без змін.

5. НЕЙРОРАДІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Перед ерою КТ інструментальні спостереження цієї хвороби ґрунтувалися на даних рентгенографії черепа чи автопсії. Після розвитку томографічних методик кількість таких спостережень різко зросла. Вважається, що при ДСПЗК КТ є чутливішим діагностичним підходом, ніж МРТ. При аналізі великої кількості сканів (19 080 у 3 дослідженнях) виявили, що частота кальцифікації базальних гангліїв коливається в діапазоні 6–7,49 на 1000 осіб. Більшість таких змін дуже незначні й обмежуються блідою кулею, в інших ділянках мозку вони є рідкістю. Загалом найчастіше уражаються базальні ганглії, зубчасте ядро, таламус і півкруглий центр. Жодних специфічних патернів, типових для конкретної підгрупи, в популяції пацієнтів не виявлено. В одному дослідженні провели вимірювання кількості кальцію з допомогою КТ в 31 хворого, при цьому не зауважено міжпівкульної різниці. Середній загальний об'єм кальцифікації становив у базальних гангліях $1,39 \pm 0,28 \text{ см}^3$; таламусі – $0,26 \pm 0,05 \text{ см}^3$; зубчастому ядрі – $1,02 \pm 0,35 \text{ см}^3$; півкруглому центрі – $0,64 \pm 0,22 \text{ см}^3$ (у цілому – $3,16 \pm 0,64 \text{ см}^3$). Також не виявлено жодних відмінностей у рівні кальцифікації між групами симптомних і безсимптомних та молодих і старших хворих.

Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія із радіомаркером засвідчила двобічне зниження перфузії у зоні базальних гангліїв та корі великих півкуль при ДСПЗК. Позитронно-емісійна томографія із флюородопою не показала достовірної різниці між цими пацієнтами і контрольними особами.

6. ДІАГНОСТИКА

Клінічні прояви хвороби можуть досить варіювати, її діагноз встановлюється з допомогою нейровізуалізації і виключення розладів метаболізму кальцію чи дефектів розвитку. Незважаючи на широку доступність КТ чи МРТ і часті випадкові знахідки відкладень кальцію в підкіркових ядрах у безсимптомних пацієнтів, ДСПЗК залишається рідкісним розладом. Коли паркінсонізм асоціюється з деменцією і мозочковими симптомами, то КТ головного мозку залишається важливою, оскільки назване захворювання часто супроводжується вищезгаданими синдромами. Головним викликом у диференціальній діагностиці залишається гіпопаратиреоз. Визначення кальцію і паратгормону сироватки допомагає розрізнити ці два стани, якщо при томографії видно двобічну кальцифікацію стріопалідозубчастих структур. Інші можливі причини, при яких наявна двобічна кальцифікація підкіркових утворів, представлено у табл. 2.

Ці стани супроводжуються також багатьма іншими неврологічними симптомами. Мінімальний вік, коли негативні результати КТ виключають ДСПЗК, не з'ясовано. В одному дослідженні таких хворих засвідчено зниження рівня кальцію в лікворі при нормальних його показниках у сироватці та параметрах фосфору й альбуміну в сироватці та лікворі.

Імовірні причини двобічної кальцифікації стріатума, блідої кулі і зубчастого ядра

СТРІОПАЛІДОЗУБЧАСТИЙ КАЛЬЦИНОЗ	
Первинний	Автосомно-домінантний Сімейний Спорадичний
Вторинний	
Ендокринний	Гіпопаратиреоз Псевдогіпопаратиреоз Псевдо-псевдогіпопаратиреоз Гіперпаратиреоз
Вроджений	Синдром Кокейна Синдром мікроцефалії, демієлінізації і стріопалідозубчастої кальцифікації
Ревматологічний	Системний червоний вовчак
Токсичний	Плюмбізм
ДВОБІЧНИЙ СТРІОПАЛІДАРНИЙ КАЛЬЦИНОЗ (“КАЛЬЦИНОЗ БАЗАЛЬНИХ ГАНГЛІВ”)	
Фізіологічний	Вік понад 50 років
Вроджений	Ангіоматозна мальформація з аневризмою галенової вени Синдром Дауна Синдром Кірнза-Сейрі
Дегенеративний	Дифузна церебральна мікроангіопатія Гіперкінетичний мутизм Хвороба Коутса
Генетичний	Недостатність біотинідази Недостатність карбоангідази II (остеопетроз, нирковий тубулярний ацидоз і кальцифікація базальних гангліїв) Синдром COFS із сімейною транслокацією 1; 16 Ліпомембранозна полікістозна остеодисплазія Тапеторетинальна дегенерація
Інфекційний	СНІД Активна інфекція вірусом Епштейна-Барра Менінгоенцефаліт Паротитний енцефаліт
Метаболічний	Недостатність дигідроптеридинредуктази Синдром MELAS Постгіпоксичні й постішемичні стани
Неопластичний	Гостра лімфоцитарна лейкемія
Фізичний	Променева терапія
Токсичний	Отруєння монооксидом вуглецю
ДВОБІЧНА КАЛЬЦИФІКАЦІЯ МОЗОЧКА	
Первинна	Ідіопатична
Вторинна	
Інфекційна	Сифіліс
Судинна	Гематома

7. ЛІКУВАННЯ

Селективне видалення скупчень кальцію без впливу на кальцій інших тканин є нездійсненою метою з будь-якого погляду лікування. Терапія специфічними нейротропними блокаторами кальцієвих каналів (німодипін) виявилася неуспішною. Зниження 25-ОН вітаміну D₃ при нормальних рівнях 1,25(OH)₂ вітаміну D₃ дає підставу думати про вроджений дефект його метаболізму у трьох осіб з автосомним успадкуванням, наявністю стріопалідозубчастих кальцифікатів і рухових розладів. З метою оптимізації терапевтичних перспектив цей факт вимагає подальшого з'ясування. В одного хворого призначення динатрієвого етидронату дало симптоматичне поліпшення без зменшення ступеня кальцифікації, що потребує вивчення на більшій кількості осіб у контрольованих дослідженнях.

8. ВИСНОВОК

Беручи до уваги наявність принаймні 35 різних термінів (деякі з них подано у таблиці 1), краще уникати визначення “хвороба Фара”. Оскільки є багато розладів, що супроводжуються двобічною кальцифікацією підкіркових структур, оптимально застосовувати термін, що відштовхується від анатомічної локалізації, наприклад, “стріопалідозубчастий”, “стріопалідарний” чи “мозочковий кальциноз”. У таких вогнищах наявні й інші хімічні елементи, окрім кальцію, однак саме він візуалізується при томографії, що і визначає суть терміна “кальциноз”. Ці скупчення не пов'язані з єдиним хромосомним локусом. Geshwind et al. виявили автосомно-домінантну, пов'язану із 14 хромосою форму захворювання з неврологічними проявами в одній великій родині. Brodaty et al. заперечили наявність такого локуса за відсутності неврологічних, когнітивних і психіатричних симптомів. Крім того, пов'язаність гіпотиреозу з локусом 11-ї хромосоми, псевдогіпаратиреозу – 20-ї, а синдрому Дауна – 21-ї виключає можливість того, що єдиний ген відповідальний за накопичення кальцію й інших мінералів у головному мозку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Abubakar SA, Saidu S. Idiopathic bilateral strio-pallido-dentate calcinosis (Fahr's disease): a case report and review of the literature. *Ann Afr Med.* 2012 Oct-Dec;11(4):234-7.
2. Bekiesinska-Figatowska M, Mierzewska H, Jurkiewicz E. Basal ganglia lesions in children and adults. *Eur J Radiol.* 2013 Jan 9. doi:pii: S0720-048X(12)00608-0.
3. Bonazza S, La Morgia C, Martinelli P, Capellari S. Strio-pallido-dentate calcinosis: a diagnostic approach in adult patients. *Neurol Sci.* 2011 Aug;32(4):537-45.
4. Cartier L, Passig C, Gormaz A, López J. Neuropsychological and neurophysiological features of Fahr's disease. *Rev Med Chil.* 2002 Dec;130(12):1383-90.
5. Duran-Ferreras E, Hidalgo-Castellon A, Martinez-Aparicio N. Idiopathic Fahr's disease. *Rev Neurol.* 2012 Jul 16;55(2):121-2.
6. Faria AV, Pereira IC, Nanni L. Computerized tomography findings in Fahr's syndrome. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004 Sep;62(3B):789-92.
7. Goswami R, Sharma R, Sreenivas V, Gupta N, Ganapathy A, Das S. Prevalence and progression of basal ganglia calcification and its pathogenic mechanism in patients with idiopathic hypoparathyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2012 Aug;77(2):200-6.
8. Iványi A, Takács M. Intracerebral, non-arteriosclerotic vascular calcification: Fahr's disease. *Orv Hetil.* 1989 Jan 8; 130(2): 83-5.
9. Kumar KR, Lohmann K, Klein C. Genetics of Parkinson disease and other movement disorders. *Curr Opin Neurol.* 2012 Aug;25(4):466-74.
10. Lauterbach EC, Cummings JL, Duffy J, Coffey CE, Kaufer D, Lovell M, Malloy P, Reeve A, Royall DR, Rummans TA, Salloway SP. Neuropsychiatric correlates and treatment of lenticulo-striatal diseases: a review of the literature and overview of research opportunities in

- Huntington's, Wilson's, and Fahr's diseases. A report of the ANPA Committee on Research. American Neuropsychiatric Association. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998 Summer;10(3):249-66.
11. Manyam BV. What is and what is not 'Fahr's disease'. Parkinsonism Relat Disord. 2005 Mar; 11(2):73-80.
 12. Manyam BV, Walters AS, Narla KR. Bilateral striopallidodentate calcinosis: clinical characteristics of patients seen in a registry. Mov Disord. 2001 Mar; 16(2): 258-64.
 13. Oliveira JR, Steinberg SS. Far from rare: revisiting the relevance of idiopathic basal ganglia calcifications. Neurol Sci. 2010 Oct;31(5):679.
 14. Paschali A, Lakiotis V, Messinis L, Markaki E, Constantoyannis C, Ellul J, Vassilakos P. Dopamine transporter SPECT/CT and perfusion brain SPECT imaging in idiopathic basal ganglia calcinosis. Clin Nucl Med. 2009 Jul;34(7):421-3.
 15. Penín Alvarez M, Araújo Ayala R, Rodríguez Ferro R, Sesma Sánchez P. More Fahr's syndrome? Rev Clin Esp. 2005 Dec; 205(12): 633-4.
 16. Rosenblatt A, Leroi I. Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders. Psychosomatics. 2000 Jan-Feb; 41(1): 24-30.
 17. Rossi M, Morena M, Zanardi M. Calcification of the basal ganglia and Fahr disease. Report of two clinical cases and review of the literature. Recenti Prog Med. 1993 Mar; 84(3):192-8.
 18. Shenoy AM, Volpe D, Ensrud ER. Fahr's disease. Pract Neurol. 2009 Apr; 9(2): 100-1.
 19. Vega MG, de Sousa AA, de Lucca Júnior F, Purich S, Tenassi ML. Extrapyramidal syndrome and hypoparathyroidism. On the identity of Fahr disease. Arq Neuropsiquiatr. 1994 Sep;52(3):419-26.
 20. Wider C, Dickson DW, Schweitzer KJ, Broderick DF, Wszolek ZK. Familial idiopathic basal ganglia calcification: a challenging clinical-pathological correlation. J Neurol. 2009 May;256(5):839-42.

**Я.І.ТОМАШЕВСЬКИЙ, О.І.БУМБАР,
Н.Я.ТОМАШЕВСЬКА, З.О. БУМБАР**

**ЗВІТ ЕНДОКРИНОЛОГІЧНОЇ СЕКЦІЇ УМАПМ
ПРО НАУКОВУ РОБОТУ**

Наведено звітну доповідь ендокринологічної секції УМАПМ

Ключові слова: академія профілактичної медицини

Приведен отчетный доклад эндокринологической секции УМАПМ

Ключевые слова: академия профилактической медицины

Shows annual report endocrinology section UMAPM

Key words: academy of Preventive Medicine

Академія профілактичної медицини формувалася з 1946 року як «Львівська терапевтична школа профілактичного спрямування» та «Ендокринологічний центр». Її фундатори: професори Т.Т. Глухенький, О.М. Кевдін, В.І. Чернов, П.Г. Подорожний, В.П. Виговський, А.І. Гнатишак, Д.А. Макар, С.М. Мартинів, С.Ф. Олійник, М.П. Павловський, І.І. Даценко, доцент С.Р. Барвінський, кандидати медичних наук М. Лотович та В. Станева.

Новий напрям діяльності Академії очолив професор Ярема Томашевський згідно із «Наказом № 662/193 за 27 травня 1993 року» Львівського медичного інституту та Обласного відділу охорони здоров'я.

Першим завданням було визначити «Динаміку поширеності цукрового діабету (ЦД) за 60 років (1950-2010 роки)» у Прикарпатському регіоні (табл.1)

Таблиця 1.

Показники поширеності ЦД на 10000 населення упродовж 60 років (1950-2010) і прогноз до 2036 року

Рік	Поширеність ЦД	Рік	Поширеність ЦД	Рік	Поширеність ЦД
1950	100	1980	170	2010	240
1953	107	1983	177	2013	247
1956	114	1986	184	2016	254
1959	121	1989	191	2019	261
1962	128	1992	198	2022	268
1965	135	1995	205	2025	275
1968	142	1998	212	2028	282
1971	149	2001	219	2031	289
1974	156	2004	226	2034	296
1977	163	2007	233	2036	301

$$\frac{240 - 100}{2010 - 1950}$$

Примітка. Щорічний приріст поширеності ЦД = $\frac{240 - 100}{2010 - 1950} = 2,33$ на 10000 населення. Період, за який кількість хворих на ЦД збільшиться удвічі, визначається за

формулою : $\frac{200 - 100}{2,33} = 43$ роки.

З цією метою використано два показники: 1. Поширеність ЦД у 2010 році, яка становила 240 /10 тис. населення і 2. Поширеність ЦД у 1950 році-100/10 тис. населення. При цьому отримано «Показник щорічного приросту кількості хворих на ЦД». Згідно із

наступною формулою: $\frac{240 - 100}{2010 - 1950} = 2,33/10000$.

При складанні таблиці (табл.1). зручніше використовувати «Показник трирічного приросту кількості хворих на ЦД», він становить 7,0 (2,33*3).

Таблиця 2

Динаміка спадкової схильності населення Прикарпатського регіону до цукрового діабету упродовж 60 років (1950-2010 роки)

Рік	Відсоток	Рік	Відсоток
1950	20%	1980	30%
1953	21%	1983	31%
1956	22%	1986	32%
1959	23%	1989	33%
1962	24%	1992	34%
1965	25%	1995	35%
1968	26%	1998	36%
1971	27%	2001	37%
1974	28%	2004	38%
1977	29%	2007	39%
		2010	40%

Примітка. Річний приріст спадкової схильності населення до цукрового діабету

визначається за формулою: $\frac{40\% - 20\%}{2010 - 1950} = 0,33$; трирічний приріст становить 1%.

Спадкова схильність населення Прикарпатського регіону до цукрового діабету

Для вирішення цього завдання в літературі [1-13] знайдено тільки один показник, згідно з яким у 1950 році спадкова схильність населення до ЦД становила 20-25%. Наші дослідження із використанням постпрандіального альфа-кетонуричного тесту дали можливість визначити динаміку спадкової схильності населення до ЦД упродовж 60 років (1950-2010 роки; табл.2).

Виконана пошукова оптимізація є доказовою базою, що вказує на зростання удвічі кількості осіб із діабетичними порушеннями вуглеводного обміну за період з 1950-го до 2010 року (із 20% до 40% загальної популяції).

Таблиця 3

Показники постпрандіальної альфа-кетонурії

	2-годинна постпрандіальна альфа-кетонурія, мг
Нормотолерантність ЦТК	6,4-11,4
Гіпотолерантність ЦТК I ступеня	11,8-15,0
Гіпотолерантність ЦТК II ступеня	15,1-20,0
Гіпотолерантність ЦТК III ступеня	20,1-25,0
Гіпотолерантність ЦТК IV ступеня	25,1-30,0
Гіпотолерантність ЦТК V ступеня	>30,0

Показники постпрандіальної альфа-кетонурії віддзеркалюють стан толерантності циклу трикарбонових кислот (ЦТК) до глюкози.

Дослідження інсулінорезистентності циклу Корі (глюконеогенезу) до глюкози

Показники вмісту альфа-кетокислот у нічній сечі віддзеркалюють функціональний стан глюконеогенезу.

У здорових людей нічна екскреція із сечею альфа-кетокислот становить 15-24 мг.

Виявлено 10 ступенів інсулінорезистентності печінкової:

Таблиця 4

Ступені печінкової інсулінорезистентності

Ступінь інсулінорезистентності печінкової	Сумарний вміст альфа-кетокислот, мг
I ступінь	25-34
II ступінь	35-44
III ступінь	45-54
IV ступінь	55-64
V ступінь	65-74
VI ступінь	75-84
VII ступінь	85-94
VIII ступінь	95-104
IX ступінь	105-114
X ступінь	>114

Опрацьована методика рекомендується для широкого впровадження у сімейну практику самоконтролю вуглеводного обміну.

Наведено удосконалений взірець бланку реєстрації даних дослідження.

**Бланк
реєстрації показників вуглеводного обміну**

ПІБ _____

Рік нар. _____ Адреса: _____

_____ Тел: _____

Діагноз: _____

Пульс _____ Арт. тиск _____ мм рт. ст

Маса тіла _____ кг. Зріст _____ м. ІМТ $\frac{\text{кг}}{\text{м}^2}$

1. Рівень глюкози у крові:

1.1. Натщесерце _____ ммоль/л (Норма: 3,3-4,7 ммоль/л);

1.2. На 120-й хв. _____ після стандартного вуглеводного сніданку (200 г білого хліба і 20 г (3 чайні ложки) цукру на 300 мл води). _____ ммоль/л (норма: 3,8-5,6 ммоль/л);

2. Піруватдегідрогеназна активність крові на 120-й хвилині дослідження _____ мккат/л (Норма: 8,01-16,30 мккат/л);

3. Альфа-кетонурія		
Інтервал часу	Об'єм сечі, мл	Показник альфа-кетонурії, мг <i>вміст, мг</i> <i>рівень, мкмоль / л</i>
3.1. Передпрандіальний, 2-годинний, 7.00-9.00 (норма:)	(40-90)	$\frac{(2,8 - 6,0)}{(450 - 750)}$
3.2. Постпрандіальний, 2-годинний, 9.00-11.00 (норма:)	(50-100)	$\frac{(6,4 - 11,4)}{(550 - 850)}$
3.3. Постпрандіальний, 6-годинний, 7.00-13.00 (норма:)	(100-150)	$\frac{(7,0 - 15,0)}{(550 - 850)}$
3.4. Післяобідній 13.00-18.00 (норма:)	(200-250)	$\frac{(7,0 - 16,0)}{(500 - 800)}$
3.5. Вечірній 18.00-23.00 (норма:)	(150-250)	$\frac{(7,0 - 14,0)}{(500 - 800)}$
3.6. Нічний 23.00-7.00 (норма:)	(200-350)	$\frac{(15 - 24)}{(500 - 800)}$
3.7. Добовий 24 год. (норма:)	(800-1200)	$\frac{(31 - 69)}{(500 - 800)}$

Результати виконаних досліджень рекомендуються для широкого впровадження на рівні первинного медичного обстеження населення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М., Щербак О.В. Цукровий діабет // Ендокринологія / За ред. проф. П.М. Боднара. – Київ: Здоров'я, 2002. – С. 207-302.
2. Ендокринологія / За ред. проф. Я.І. Томашевського і проф. О.О. Сергієнка.- Львів: НІШ 2009. - 291 с.
3. Коваль С.М., Божко В.В., Снігурська О.І. Сучасні уявлення про можливість прогнозування перебігу артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі // Артеріальна гіпертензія. – №6 (26), 2012. – С. 34-39.
4. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія. - Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. - 224 с.
5. Подорожний П.Г., Томашевский Я.И. Клиническая витаминология. - Київ: "Здоров'я", 1977,- 144 с.
6. Томашевський Я.І., Томашевська О.Я. Основи профілактичної діабетології. - Львів: НТШ, 1992. - 128 с.
7. Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань / За ред. проф. Я.І. Томашевського. - Львів: НТШ, 1999. -215 с.
8. Мітохондріальний діабет. Піровиноградний діабет. Цукровий діабет /За ред. проф. Я.І. Томашевського. - Львів: НТШ, 2003. – 168
9. Томашевський Я.І., Сергієнко О. О., Бумбар О.І., Вендзілович Ю.М., Мілько Л.Ю. Виявлення ендокринної патології//Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2010, - №1 (25). - С. 115.
10. Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Томашевська О.Я., Бумбар З.О. Дослідження гормональної регуляції вуглеводного обміну у загальній популяції. Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2011. - №6 (38). - С. 24-34.
11. Томашевський Я.І., Вендзілович Ю.М., Макар Р. Д., Томашевська Н.Я., Фірчук М.В., Данилевич Н. Р., Сулига І. Б., Хрупович Л.Б. До 65-ї річниці від дня заснування Академії профілактичної медицини Наукового товариства ім. Шевченка та Львівського обласного ендокринологічного диспансеру // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2012. – №1 (41). - С. 105-106.
12. Уніфікована програма загальної диспансеризації населення та профілактики йододefіцитних захворювань (Ендокринологічний профіль) / За ред. засл. проф. ЛНМУ імені Данила Галицького Яреми Томашевського. – Львів: НТШ, 2011. - 22 с. - Друге видання.
13. Диабет / под. ред. Р. Уильямса, пер.с англ.. – М.: Медицина, 1964. – 294 с.

Alena Tůmová

ZVLÁDÁNÍ KRIZE V MANŽELSTVÍ

Tento článek se zaměřuje na problematiku manželství. Zpracovávám jak formy manželství, tak se zmiňuji o náboženském pojetí manželství. Samotné manželství je dost složité, aby se dalo na vše jednoduše odpovědět.

Klíčová slova: *Manželství, svatba, krize v manželství, vztah, děti*

Ця стаття пов'язана з проблемами подружнього життя. Пропрацюючи види подружжя торкаюся релігійного поняття сімейного життя. Саме подружнє життя є досить складне для того, щоб можна було на все просто відповісти і вирішити.

Ключові слова: подружжя, весілля, криза в сімейному житті, відносини, діти.

Эта статья касается проблем в браке. Анализируя виды брака касаюсь религиозного понятия брака. Сам брак является довольно сложной темой для того, чтобы все вопросы решались просто.

Ключевые слова: брак, свадьба, кризис в браке, отношения, дети.

This article deals with marriage issues. Forms of marriage and religious concept of marriage are mentioned. Marriage itself is so complex, that it's quite hard to find simple answers.

Key words: Marriage, wedding, marital crisis, relationship, children

Úvod

Manželství je společenská a právní instituce, která tvoří pro vznik rodiny legislativní základ. Ostatně způsob výběru partnera, práva a povinnosti v manželství, tradice manželského obřadu, počet a pohlaví partnerů i právo vstoupit do manželství se v závislosti na kultuře mohou značně lišit. Dlouhodobě je manželství právně, nábožensky, ekonomicky a sociálně uznáváno pro výchovu dětí jako primární společenská instituce. V České republice je manželství v zásadě trvalým soužitím dvou osob různého pohlaví, je dobrovolným svazkem, které je založeno zákonem stanoveným způsobem – sňatkem. Hlavním účelem manželství je dle zákona založení rodiny a výchova dětí. Takže manželství má funkci biologickou a výchovnou.

Manželská krize a jak jí předejít

Ve fázi přechodu manželství ze zamilovanosti ke zralé manželské lásce se objevuje první manželská krize. Pokud se tato krize nezvládne, bývá dost velké procento manželství zbytečně rozvedeno do pěti let od svatby.

Člověk vstupuje do manželství s různými představami, které se týkají různých nároků na partnera, a následuje očekávání, že bude jiný než najednou ve skutečnosti je. Sobecky vyžadujeme naplnění svých představ a pokud se tak nestane, výčitkami zaplavujeme manželský vztah. Čím větší je naléhání, tím větší následuje stažení se a ochladnutí vztahu. Z původní rodiny si odnášíme zvyklosti a poměry mezi rodiči, které nás dostatečně ovlivňují v některých našich očekáváních. Může jít proto i o protichůdná přání, například představoval-li si jeden z manželů poklidný, usazený manželský a rodinný život a druhý naopak po svatbě kulturní vyžívání s hodně cestováním. Představy se týkají různých nároků na partnera. V souvislosti s očekáváním bývá provokativní chování, zpočátku neuvědomělé, a týká se většinou různých návyků. Má – li láska či zamilovanost potřebnou sílu, dá se mu odvyknout nebo na ně zvyknout.

Čím jsou očekávání při vstupu do manželství vyhrocenější, více zvnitřnělé, i více zařixovaná, tím bývá stabilita manželství menší. Krize může vzniknout ze zcela malicherných věcí, které se v jiném manželství tolerují. Manželé si sami určují nakolik se respektují, nakolik jsou snášenliví a trpěliví, z toho vyplývá velikost příčin, z nichž vzniká krize. Ke krizím přispívají projevy afektu, netaktní odmítání návrhů druhého, hodnocení znevažující druhého, hněv, nečestné jednání a další negativní chování. Příčinou krize může být nezralá láska, schopná milovat jen

proto, že cítí potřebu druhého. Zde jde o přesvědčení - беру si toho druhého proto, aby mě stále miloval, uspokojoval. Když tato potřeba není uspokojena, uvažuje hned o výměně partnera[3].

Druhý mýtus se týká upřímnosti a říká: Všechno si budeme říkat, nebudeme mít před sebou žádné tajnosti. Ne všechno je správné a vhodné si říkat. není rozhodně dobré zdůrazňovat partnerovi, co by ho zraňovalo. Například nespokojenost s jeho zdravotním stavem, nespokojenost s jeho postavou. Také není dobré problémy vyvolávané opakovaně v zaměstnání vnášet do rodinné atmosféry a tlačit tak partnera k projevu litování, nebo rázné odpovědi, která jen zvýší napětí. Navíc celá rodina může pocítit zbytečné psychické zatížení. Není vhodné řešit konflikty před dětmi[5]. K přijetí přiměřené reakce. Kdo co říká, nebo neříká, ovlivňují nálady a schopnosti druhého. Musíme postupovat taktně a bez výčitek při zlepšení toho, co se nám na druhém občas nelíbí. Je dobře pokud známe své povahy a schopnosti[2].

Nemá význam přehnané slibování, že všechno si řekneme, ale budeme otevření, citliví a vnímaví vůči potřebám druhého. Empatii doplníme moudrostí a láskyplností.

Setkáváme se často se zlovykem stále se snažit mluvit za druhého, domníváje se, že vidíme do druhého, a že to za něj řekneme lépe. To vše může manželské soužití narušovat. Je to jeden z negativních projevů v manželství.

Rozdíly mohou být také v otázce osobní autonomie, kde se rodina dovede těšit ze vzájemné blízkosti. Tam se její rozvoj podporuje. Tam kde se bude projevovat úzkost, případně bude klíčit vzpoura a nenávisť, a to právě pro ten pocit ohrožení osobní autonomie, kde se obáváme vyslovení rozdílného názoru, není zdravé klima pro rodinu.

Rodina a děti

Jeden z krizových problémů může nastat s narozením dítěte. Pokud se žena upne na dítě a manžela bude odsouvat, přestane soužití fungovat. Narození dítěte a jeho péče o něj má manželství upevňovat, nikoliv narušovat[1].

Jednou z posledních zákonitých krizí se objevuje opět při změně poměrů v rodině. Je to období odchodu dětí po jejich osamocení. Kdy opět manželé zůstávají sami.

Správně fungující rodina alespoň občas povzbudí své děti k vlastním rozhodnutím a vede je k odpovědnosti za svá rozhodnutí. V takových rodinách generační hranice zůstávají zachovány stejně jako vedoucí role i přes to, že s něčím děti nesouhlasí[6]. Naopak kde je funkce rodiny narušena, nebývá podpora k vlastním rozhodnutím a pokud ano, tak jsou tlumena. To všechno vede u dětí ke ztrátě pochybnosti o sobě, o svých hodnotách, o ztrátě pocitu sebedůvěry.

Psychické příčiny – jejich spouštěcím mechanismem bývá nejčastěji odchod dospělých dětí z domova. Rodiče nevědí co teď budou dělat? Mají manželé vůbec nějaký společný zájem? Společné záliby?

Problém bydlení

Další krize v manželství může nastat po dostavbě domu. Při stavbě domu může krásně fungovat komunikace mezi manžely. Po dokončení stavby, kdy se očekává spokojené užívání života, najednou nastane krize. Dřívější čas, energie i peníze odčerpala stavba a nyní se vše na využití liší. Snad pro změnu poměrů ? Nebo pýcha stavitele? Zdroje těchto příčin až rozvratů spočívají v oblasti psychické, psycho-sexuální nebo sexuální.

Úskalí konzumní sexuality

Úskalími konzumní sexuality jsou nechuť k vzájemnému sdílení, neochota k intimním aktivitám, únava ze vzájemné komunikace, podrážděnost, pocity osamělosti, pohotovost ke

konfliktům, jejichž příčinami jsou prkotiny a banality, svárlosti, nespokojenosti[4]. Tomu všemu se říká koroze párového soužití. Existují dokonce časově přesně určené období, kdy dochází k ochlazení vzájemného okouzlení a kdy je třeba soužití začít chápat jako povinnost, společenský úkon, životní nutnost. Po třech měsících již vyprchává zamilovanost. Po pěti letech manželství nastává manželská krize. Zachovat okouzlení po celý život snad mohou jen romantičtí blouznivci a nenapravitelní utopisté. MUDr. Miroslav Plzák, buldozer české mantrimonologie (vědy o manželství), jde tak daleko, že ve své knize *Poznání a léčba poruch manželského soužití*, podává informaci, že manželské krizi nelze předejít. Říká, že je podstatné si uvědomit, že v současném manželství není možné předejít krizi. Krize je zákonitý jev v manželství.

Závěr

Věta, která zní u každého svatebního obřadu „dokud nás smrt nerozdělí“ se zdá, že ztrácí pomalu na významu, protože roste a stále se zvyšuje trend rozvodovosti. Mladí lidé tvoří čím dál častěji nesezdaný pár, sňatek odkládají na dobu neurčitou nebo jsou jednoduše single. Proto je instituce manželství v dnešní době stále více v ohrožení.

Pro většinu lidí je však manželství stále přirozenou součástí života. O jeho podporu se stará mnoho institucí a jednou z nich je i Worldwide Marriage Encounter (celosvětová iniciativa usilující o posílení manželského svazku). WME má pod patronátem Světový den manželství, každoroční událost, podporující manželství a rodinu. Světový den manželství vznikl za účelem uctění muže a ženy jako hlav rodiny. Vyjadřuje krásu jejich věrnosti a radosti v jejich každodenním manželském životě. Oslavte 12. února Světový den manželství!

LITERATURA

[4] DOLISTA, J., TŮMA, J. *Problematika a prevence „nových náboženských hnutí“*. 1. vyd. Brno: L. Marek, 2010. s. 66. ISBN 978-80-87127-25-4.

[3] MÜLLEROVÁ, L. 5 nečastějších typů manželství. Kdo v nich bude šťastný? [online]. 5. 11. 2012. [citované 2013-02-22]. Dostupné na internetu: <<http://www.prozeny.cz/magazin/sex-a-vztahy/laska-a-vztahy/35058>>

[2] Šťastná rodina. [online]. 2. 8. 2012. [citované 2013-02-22]. Dostupné na internetu: <<http://www.recepty.biz/jak-resit-krizi/>>

[6] TŮMA, J., HANOBIK, F. *Nová náboženská hnutí v pojetí sociální práce*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. s. 55. ISBN 978-80-8132-001-9.

[5] TŮMA, J. *Sociální práce a nová náboženská hnutí*. 1. vyd. Brno: L. Marek, 2011. s. 47. ISBN 978-80-87127-31-5.

[1] Wikipedia. *Manželství*. [online]. 18. 2. 2013. [citované 2013-02-22]. Dostupné na internetu: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Man%C5%BElstv%C3%AD>>

ХРОНІКА

У березні 2013 р. відзначають свої ювілеї люди, які причетні до охорони здоров'я

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

45 річчям

Шаповалову Наталію Валентинівну

Брейдак Юлію Геннадіївну

50 річчям

Рябець Любов Степанівну

Новицького Олександра Олександровича

55 річчям

Олійника Юрія Юрійовича

Вовка Юрія Володимировича

Богдан Оксану Михайлівну

60 річчям

Руденя Василя Володимировича

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

Редколегія

Хроніка квітня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 квітня – 100 років від дня народження **Романа Ковальського**. Народився у 1913 р. в родині вчителя в с. Либохори (Бойківщина). В 1939 р. закінчив медичний факультет Варшавського університету. Медичну практику проходив у Янові, Самборі. В 1943 р. став лікарем української дивізії “Галичина”. Брав участь у воєнних діях. Інтернований в таборі Ріміні. В 1947 р. емігрував до Аргентини, а в 1960 р. переселився до США. Був завідувачем медичної лабораторії в клініці Корбет (Чикаго). Був активним членом УЛТ ПА, товариства “Бойківщина”.

Помер 4 травня 1973 р. в Чикаго на 74 році життя.

1 квітня – 75 років від дня народження **Мирона Юрійовича Клевця**. Народився в с. Негровець Закарпатської області. Закінчив біологічний факультет Ужгородського університету в 1963 р. Навчався в аспірантурі Київського університету, яку закінчив у 1967 р. У 1967-1968 рр. – старший викладач кафедри біофізики Ужгородського університету, в 1968-1971 рр. – старший викладач Рівненського загальнонаукового факультету Київського університету, в 1971-1976 рр. – асистент кафедри фізіології людини і тварин Львівського університету, в 1976-1991 рр. – доцент, а в 1991-2010 рр. – завідувач кафедри, з 2011 р. – професор кафедри фізіології людини і тварин Львівського університету. Автор (співавтор) понад 230 наукових праць в галузі електрофізіології, іонних каналів, фізіології травлення. Керівник 6 кандидатських дисертацій, консультант 4 докторських дисертацій. Член Українського фізіологічного та біофізичного товариств, член редколегій “ВЛУ. Серія Біологія”, “Науковий вісник Волинського університету”, Заслужений професор Львівського національного університету імені Івана Франка (2004).

1 квітня – 60 років від дня народження **Василя Володимировича Руденя**. Народився в с. Стеблі Волинської області. В 1976 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медичного інституту. В 1976-1977 рр. працював лікарем-інтерном в Ковельській ЦРЛ, в 1977 – лікар-педіатр дільничної лікарні в с. Кримно Волинської області, а 1977-1985 рр. – військовий лікар в РА, в 1991-1995 рр. – асистент кафедри управління охорони здоров'я, а 1993-1994 рр. – начальник управління охорони здоров'я ЛОДА, в 1995-1997 рр. – старший викладач кафедри управління охорони здоров'я ФПДО. В 1996 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1997-1999 рр. – доцент кафедри охорони здоров'я, від 1999 р. – завідувач кафедри соціальної медицини, економіки й організації охорони здоров'я ЛМУ. В 2003 р. захистив докторську дисертацію. В цьому ж році присвоєно вчене звання професора. В 2009 р. присвоєно звання “Заслужений лікар України”. Автор понад 300 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі монографії, навчальних посібників, підручника, авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 1 кандидата наук.

10 квітня – 95 років від дня народження **Степана Федоровича Олійника**. Народився в с. Кудлаї Вінницької області. Закінчив військовий факультет Саратовського медичного інституту в 1943 р. В 1943-1945 рр. – військовий лікар, в 1946 р. – лікар санітарної частини УВС м. Вінниця, в 1946-1948 рр. асистент кафедри факультетської терапії, в 1951-1952 рр. – доцент кафедри шпитальної терапії Вінницького медичного інституту. В 1951 р. – присвоєно вчений ступінь кандидата медичних наук. В 1952-1954 рр. Степан Федорович – докторант кафедри шпитальної терапії Одеського медичного інституту, в 1954-1955 рр. – доцент кафедри терапії Одеського інститут удосконалення лікарів, в 1956-1957 рр. – завідувач кафедри терапії Запорізького інститут удосконалення лікарів. В 1957 р. С.Ф. Олійник отримав вчений ступінь доктора медичних наук, в 1958 р. – вчене звання професора, в 1957-1959 рр. – завідувач кафедри терапії Дніпропетровського медичного інституту. В 1959 р. був обраний за конкурсом

на посаду завідувача кафедри факультетської терапії Львівського медичного інституту, яку очолював до 1985 р. З 1986 р. – професор кафедри.

С.Ф. Олійник – автор (співавтор) близько 200 наукових та навчально-методичних праць, в тому числі 11 монографій. Коло наукових зацікавлень надзвичайно широке: питання кардіології, ревматології, нутріціології; займався проблемами ранньої госпіталізації хворих з інфарктом міокарду, проблемами саногенезу. Підготував 33 кандидатів та 7 докторів наук.

Помер 6 травня 1992 р. на 75 році життя.

11 квітня – 120 років від дня народження **Степана Рубеля**. Народився в с. Колодному (Львівщина) в родині вчителя. Закінчив гімназію в 1913 р. і вступив на медичний факультет Львівського університету. Під час I світової війни – служба в австрійській армії, пізніше – санітарний поручник УГА. В 1920 р. – лікар 3-ої Залізної дивізії генерала О. Удовиченка. Згодом виїхав в Прагу і в 1924 р. закінчив навчання з медицини. В 1925 р. став членом УЛТ, нострифікував свій диплом і з 1926 по 1944 р. працював окружним лікарем та лікарем “Каси хворих” у Солотвино. В кінці війни виїхав до Німеччини, працював у шпиталі Гільдесгайму у туберкульозному відділі. В 1950 р. емігрував до США, працював у різних шпиталях.

Помер 2 квітня 1958 р., проживши майже 65 років.

13 квітня – 90 років від дня народження **Данила Івановича Проніва**. Народився в с. Грабівка Івано-Франківської області. Закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту в 1950 р. Працював клінічним ординатором в 1950-1953 рр.; в 1953-1956 рр. – асистент кафедри нервових хвороб Львівського медичного інституту. В 1954 р. захистив кандидатську дисертацію, в 1956-1960 рр. – асистент кафедри нервових хвороб Київського інституту вдосконалення лікарів, в 1960-1964 рр. – доцент. В 1963 р. захистив докторську дисертацію, в 1964 р. отримав вчене звання професора. В 1964 р. – професор кафедри нервових хвороб Київського інституту вдосконалення лікарів. В 1964 р. обраний завідувачем кафедри нервових хвороб із курсом нейрохірургії Львівського медичного інституту. На цій посаді пропрацював до 1977 р.

Автор (співавтор) близько 100 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі 2 монографій. Підготував 8 кандидатів та 2 докторів наук.

Помер 2 червня 1991 р. на 69 році життя.

13 квітня – 90 років від дня народження **Романа Васильовича Рудого**. Народився в м. Підгайці Тернопільської області. У 1948 р. закінчив Львівський медичний інститут. В 1948-1949 рр. працював педіатром в м. Здолбунів Рівненської області, в 1949-1952 рр. – аспірант кафедри фармакології Львівського медичного інституту. В 1953 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1952-1957 рр. – асистент кафедри фармакології. В 1957-1970 рр. – доцент кафедри фармакології. В 1970 р. захистив докторську дисертацію. В 1970-1998 рр. – завідувач кафедри фармакології, в 1998-1999 рр. – професор кафедри фармакології Львівського медичного інституту.

Сфера наукових досліджень охоплює проблеми фармакології органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи; фармакологічне тестування нових біологічно активних лікарських речовин.

Р.В. Рудий – автор (співавтор) близько 120 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі 2 авторських свідоцтв на винаходи. Підготував 6 кандидатів та 1 доктора наук.

Помер 17 січня 2002 р. на 79 році життя.

17 квітня – 115 років від дня народження **Євгена Вертипороха**. Народився в с. Ляшки Королівські Львівської області. Закінчив у 1926 р. хімічний факультет Вищої технічної школи у Гданську. В 1926-1934 рр. – асистент кафедри органічної хімії і технології Вищої технічної школи. В 1929 р. – доктор хімії та інженерії, в 1934 р. – асистент кафедри технології нафти Львівської політехніки, в 1936-1941 рр. – керівник наукової лабораторії хімічно-

фармацевтичної фабрики у Варшаві, в 1941-1942 рр. – керівник Краківської хіміко-фармацевтичної фабрики, в 1942-1944 рр. – керівник кафедри загальної хімії, викладач фармацевтичної хімії, декан фармацевтичного відділу Львівських медико-природничих фахових курсів, в 1946-1948 рр. – професор загальної і фармацевтичної хімії, декан фармацевтичного факультету Українського техніко-господарського інституту в Мюнхені, в 1948-1958 рр. – професор Торонтського технологічного інституту. Був Президентом Головної ради НТШ, головою Українського технічного товариства Канади.

Сфера інтересів була пов'язана з технологією виготовлення гормональних, вітамінних, галенових препаратів. Автор понад 30 наукових праць українською, польською, англійською, німецькою мовами.

Помер у 1972 р. в Торонто на 75 році життя.

17 квітня – 55 років від дня народження **Миколи Кузьмича Хобзея**. Народився в м. Інта Комі АРСР. Закінчив у 1981 р. медичний факультет Івано-Франківського медичного інституту. В 1981-1982 рр. працював лікарем-інтерном з хірургії Волинської обласної лікарні, в 1982-1990 рр. – хірург лікарні с. Дубляни Львівської області, в 1990-1991 рр. – головний лікар Дублянської лікарні, в 1991-1993 рр. – головний лікар Жовківської ЦРЛ, в 1993-1994 рр. – головний лікар Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру, в 1994-2002 рр. – начальник управління охорони здоров'я ЛОДА, за сумісництвом асистент (1996-1999) кафедри пульмонології та фтизіатрії, в 1999-2000 рр. – доцент кафедри пульмонології та фтизіатрії, в 2000-2002 рр. – завідувач кафедри організації та управління охорони здоров'я ФПДО Львівського медичного університету, з 2002 р. – заступник директора Українського інституту громадського здоров'я (Київ).

Автор понад 20 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі 2 посібників.

20 квітня – 55 років від дня народження **Юрія Володимировича Вовка**. Народився у Львові. В 1981 р. закінчив стоматологічний факультет Львівського медичного інституту. В 1981-1983 рр. – клінічний ординатор кафедри стоматології дитячого віку. В 1984-1992 рр. – асистент кафедри хірургічної стоматології. В 1984 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1992 р. захистив докторську дисертацію. В 1993-1996 рр. – завідувач кафедри хірургічної стоматології ФПДО, від 1996 р. – завідувач кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО Львівського медичного університету. В 2001 р. одержав вчене звання професора.

Сфера наукових досліджень охоплює проблеми щелепо-лицевої імплантології, парадонтології, діагностики та лікування захворювань скронево-нижньощелепового суглобу, знеболення в стоматології.

Автор (співавтор) 130 наукових праць, в тому числі 14 авторських свідоцтв на винаходи та патенти України. Підготував 4 кандидатів наук.

24 квітня – 120 років від дня народження **Костянтина Парфановича**. Народився у Львові в родині залізничного службовця. Навчався у Львові, диплом лікаря одержав після I світової війни. Працював лікарем у Тернополі, а потім – у Кракові. В 1940 р. був заарештований НКВС, вивезений до Сибіру, де пробув 2 роки. Після II світової війни опинився в Німеччині, а потім в США. Працював звичайним медичним працівником в американських шпиталях. Був членом УЛГ з 1926 р.; володів багатьма іноземними мовами.

Помер 3 липня 1958 р. на 66 році життя.

26 квітня – 125 років від дня народження **Мартина Ваврика**. Народився в с. Підкамін (Львівщина). Після закінчення гімназії вступив до медичного факультету Краківського університету. З початком I Світової війни був мобілізований до австрійської армії, де пробув два роки. Опісля вступив у лави УГА, воював на східному Поділлі. З частинами УГА перейшов у Чехію, де перебував у таборах полонених. Повернувся в Галичину, працював лікарем у

Бузьку. З 1928 р. – член УЛТ. В 1944 р. виїхав до Німеччини, працював лікарем у таборах біженців. В 1949 р. емігрував до Австралії, працював в Аделаїді.

Помер 2 лютого 1964 р. на 76 році життя.

29 квітня – 85 років від дня народження **Михайла Петровича Шлемкевича**. Народився в с. Серафінці Івано-Франківської області. Закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту у 1950 р. В 1950-1951 рр. працював лікарем-рентгенологом, завідувачем райздороввідділу м. Локач Волинської області, в 1951-1969 р. військовий лікар, в 1961-1964 рр. – завідувач відділення Львівського шпиталю інвалідів війни, в 1964-1967 рр. – аспірант кафедри біохімії, в 1967-1972 рр. – асистент, в 1972-1973 рр. – доцент кафедри біохімії. В 1968 р. захистив кандидатську, а в 1986 р. докторську дисертацію. В 1987 р. отримав вчене звання професора. Коло наукових досліджень охоплює проблеми зобної хвороби, експериментальної та клінічної онкології.

Автор близько 80 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 3 кандидатів наук.

Помер 3 листопада 1998 р. на 71 році життя.

30 квітня – 140 років від дня народження **Василя Юрійовича Чаговця**. Народився на х. Патичис (тепер Роменський р-н Сумської обл.). В 1897 р. закінчив Військово-медичну академію в Петербурзі. Працював в лабораторіях І.В. Тарханова та І.П. Павлова. В 1903 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Очерк электрических явлений на живых тканях с точки зрения новейшей физико-химической теории”. Був приват-доцентом кафедри фізіології ВМА з 1903 по 1909 р. В 1909 р. обраний професором кафедри фізіології Харківського університету. В 1910 р. обраний професором і завідувачем кафедри фізіології Київського університету, а з 1921 р. – завідувач кафедри фізіології Київського медичного інституту, з 1936 р. – 2-го Київського медичного інституту. Основним науковим досягненням В.Ю. Чаговця є роботи із встановлення фізико-хімічної природи електропотенціалів у живих тканинах і механізму електричного подразнення останніх. В 1935 р. розробив і впровадив у практику метод електрогастрографії. Вивчав електронаркоз, сприяв розвитку наукового приладобудування. В 1939 р. обраний академіком АН УРСР.

Помер 15 травня 1941 р. на 69 році життя.

30 квітня – 70 років від дня народження **Ігоря-Северина Степановича Флюнта**. Народився в м. Дрогобич Львівської області. В 1969 р. закінчив медичний факультет Івано-Франківського медичного інституту. В 1969-1977 рр. працював лікарем санаторію “Каштан”. В 1977-1978 рр. – завідувач відділення, заступник головного лікаря пансіонату “Південний”, в 1978-1984 рр. – уролог лікарні м. Трускавця, від 1984 р. заступник головного лікаря санаторію “Весна”, а від 1993 р. – асистент кафедри реабілітації і нетрадиційної медицини Львівського медичного університету. Кандидат медичних наук з 1991 р., доктор медичних наук з 2005р. Коло наукових досліджень охоплює проблеми водно-сольового обміну при дії води “Нафтуса”, вплив лікувальних факторів курорту Трускавець на організм учасників Чорнобильської катастрофи. Автор (співавтор) понад 40 наукових і навчально-методичних праць, в тому числі монографія, патент на винахід.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів, Чикаго. – 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Ковальський Роман]. – С. 101.
2. Манько В. Клевець Мирон Юрійович // Encyclopedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.І.: А – К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011. – С. 606.

3. Яхно Г. Рудень Василь Володимирович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 291.
4. Панчишин М. Олійник Степан Федорович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 242.
5. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів, Чикаго. – 1994. – 328 с.: – Зі змісту: [Рубель Степан]. – С. 203
6. Піняжко О., Січкоріз Л. Рудий Роман Васильович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 291-292.
7. Пшик С. Пронів Данило Іванович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 275.
8. Калинюк Т., Ганіткевич Я. Вертипорох Євген // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 41.
9. Ільницький І. Хобзей Микола Кузьмич // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 341.
10. Мигович М. Вовк Юрій Володимирович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 51-52.
11. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів, Чикаго. – 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Парфанович Костянтин]. – С. 175.
12. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів, Чикаго. – 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Ваврик Мартин]. – С. 44.
13. Фартушок Н. Шлемкевич Михайло Петрович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 357-358.
14. Костюк П. Чаговец Василий Юрьевич // БМЭ: в 36-ти т. Т. 34 / гл. ред. А.Н. Бакулев. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1964. – С. 571-572.
15. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Київ: Наукова думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Чаговец Василий Юрьевич]. – С. 682-683.
16. Лабінський А., Надрага О. Флонт Ігор-Северин Степанович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 334-335.

В.І. ФЕДОРЕНКО, Ю.М. ПАНИШКО
ОЛЕКСАНДР МИКИТОВИЧ МАРЗЄЄВ
До 130-річчя від дня народження

“Я застав земство і був земським санітарним лікарем, був на фронті в Першу світову війну, мав щастя брати участь в організації радянської охорони здоров'я та санітарно-епідемічної служби. Я пережив грізну епоху громадянської війни, масових епідемій, господарської руїни, голоду, брав участь в боротьбі з ліквідації всіх величезних епідемій 20-30 рр. Я мав щастя керувати українською санітарною службою, працювати в першому складі НКОЗ України. Упродовж 30 років я вчив і виховував тисячі санітарних лікарів в медінститутах і в інститутах удосконалення лікарів”.

Олександр Марзєєв

“Воспоминания санитарного врача”



Олександр Микитович Марзєєв народився 6 квітня 1883 років в с. Гордівка Балахнінського повіту Нижегородської губернії в бідній селянській родині. В 1895 р. закінчив сільську школу і вступив у Клінське міське чотирикласне реальне училище, яке закінчив у 1899 р. Олександр переїздить у Москву, живе у квартирі відомої меценатки В.О. Морозової та готується до конкурсних іспитів у Московський вчительський інститут, який готував вчителів для міських чотирикласних училищ. О.М. Марзєєв захоплювався книжками, багато читав, декілька разів зустрічався з Л.М. Толстим, який в 1901 р. проживав у Хамовниках. В листопаді 1901 р. взяв участь у демонстрації, присвяченій пам'яті М.О. Добролюбова. В березні 1902 р. О.М. Марзєєва виключили з інституту, а в квітні – заарештували. Судовий процес провалився і Олександра Марзєєва вислали в село. Тут він готується до іспитів на атестат зрілості. В 1903 р. йому дозволили переїхати в Рязань. В 1904 р. в Тверській класичній гімназії успішно здає іспити, що відкриває йому можливість поступити на медичний факультет Московського університету.

В 1909 р. студент IV курсу проходить практичний курс щеплення проти віспи в Норовчатському повіті Пензенської губернії. Саме під час практики формується переконання бути лікарем профілактичної медицини. На V курсі пробує свої сили в бактеріологічній лабораторії, якою керував до 1907 р. Г.Н. Габричевський. В 1910 р. почав працювати в нічліжно-продовольчому пункті для робітників у Алчевську, брав участь в ліквідації спалаху холери в Бахмутському повіті.

22 грудня 1911 р. О.М. Марзєєв отримав диплом лікаря з відзнакою. За державну стипендію потрібно було відпрацювати 3 роки, але в Уфімській та Віленській губерніях кандидатура Марзєєва не була затверджена губернаторами і тому О.М. Марзєєв поїхав у Катеринославську губернію в якості епідеміолога. Очолив епідзагін в с. Яковлевському Бахмутського повіту.

За період з квітня по жовтень 1914 р. загін медиків, яким керував О.М. Марзєєв ліквідував вогнище холери в 12 поселеннях. Із 170 хворих виздоровлення наступило у 80.

Восени в журналі “Врачебно-санитарная хроника” Єкатеринославського губернського земства вийшла перша робота О.М. Марзеєва “Холерная эпидемия”. У серпні 1911 р. О.М. Марзеєв переходить на роботу постійного санітарного лікаря Верхньодніпровського повіту. Він багато працює: будує земські лікарні, дитячі ясла, амбулаторії, обстежує житло працівників, починає будівництво бань. У 1912 р. виходить у світ його робота “О чтениях для народа по медицине”.

У 1913 р. О.М. Марзеєв навчався у Петербурзі на курсах удосконалення санітарних лікарів та епідеміологів у проф. Г.В. Хлопіна, брав участь в роботі XII Пироговського з'їзду (29 травня – 6 червня). В 1914 р. О.М. Марзеєв виступив з доповіддю “Про санітарне опікунство”.

В липні 1914 р. почалася Перша світова війна. З початком війни О.М. Марзеєв був мобілізований в армію і в 1914-1915 рр. служив старшим лікарем 61-ої піхотної дружини. З вересня 1915 р. О.М. Марзеєва призначили санітарним лікарем 39 армійського корпусу, а в жовтні 1915 р. він організував щеплення воякам проти холери та черевного тифу. Взимку 1915-1916 рр. брав участь в ліквідації зворотнього тифу в резервній армії. О. Марзеєву вдалося намовити військово командування залишити армію в резерві, щоби ліквідувати спалах інфекції. В травні 1916 р. О. М. Марзеєв взяв участь в “Брусилівському прориві”. В 1917 р. був санітарним лікарем 39 корпусу Особливої армії Південно-Західного фронту, де зіштовхнувся із масовим захворюванням вояків скорбутом. На початку війни в 1914-1915 рр. харчування в армії було цілком задовільне, але на кінець 1916 р. погіршилося: зникло свіже м'ясо, вершкове масло, картопля, цибуля, капуста та інші овочі. Почали застосовуватися консерви, солонина, сушена риба, чечевиця. Скорбут розвивався надзвичайно швидко. Щодня виявлялися десятки, сотні захворівших вояків. Армія стала недієздатною. В травні 1917 р. О.М. Марзеєва призначили уповноваженим із боротьби зі скорбутом в Особливій армії. О.М. Марзеєв добився від інтендантів негайного покращення харчування: з'явилася цибуля, картопля, квашена капуста. Захворювання скорбутом майже припинилося.

Доповідь О.М. Марзеєва в ставці Верховного командування на спеціальній нараді про перемогу над скорбутом викликала щирі поздоровлення таких відомих спеціалістів як Тарасевич Л.О. та Заболотний Д.К.

26 жовтня 1917 р. з Петрограда прийшло повідомлення про революцію і падіння Тимчасового уряду. Влада в Україні перейшла до Центральної Ради, а в квітні 1918 р. до Гетьманату. Під час вибуху артилерійського складу О.М. Марзеєв був тяжко поранений і все літо пролежав у шпиталі. Лише в серпні 1918 р. виїхав у Катеринослав на стару санітарну роботу.

В серпні 1918 р. О.М. Марзеєва призначили санітарним лікарем Маріупільського повіту. Щоб зрозуміти всю складність того часу, в якому працював О.М. Марзеєв, треба знати епідеміологічну ситуацію, що сталася в Україні. З 1919 р. почалося зростання випадків паразитарних тифів та віспи, а з 1920р. – холери, черевного тифу та дизентерії. Ці інфекції швидко охопили всю Україну, перетворились у великі епідемії, які тривали чотири роки (1918-1922). Офіційна, далека від дійсності, статистика повідомила такі вражаючі цифри (табл. 1).

Інфекційна захворюваність в Україні в 1919-1922 рр.

Інфекції Рік	1919	1920	1921	1922	Всього
Зворотний тиф	11897	321216	326753	504877	1164740
Висипний тиф	98365	630486	166359	359914	1255094
Черевний тиф	16537	127133	174830	102593	421093
Дизентерія	3781	50193	71071	53921	178966
Холера	10148	14580	43955	68683	137366
Віспа	7099	35171	36392	11725	90387

Аналізуючи причини пандемії 1919-1922 рр. О. М. Марзєєв зробив висновок, що основною причиною були три війни: I світова (1914-1918), громадянська (1918-1919), радянсько-польська (1920).

В грудні 1921 р. у Харкові О.М. Марзєєв виступив на з'їзді лікарів, присвяченого охороні здоров'я дітей і отримав запрошення Наркома охорони здоров'я перейти на роботу завідувача санепідемвідділу Народного комісаріату охорони здоров'я.

1 лютого 1922 р. О.М. Марзєєв переїхав у Харків і приступив до роботи. В квітні 1922 р. О.М. Марзєєв виступив з проектом перебудови санітарної служби і планом боротьби проти паразитарних тифів та холери в Україні на III Всеукраїнському з'їзді бактеріологів, епідеміологів і санітарних лікарів. Згодом була створена нова організаційна структура – Всеукраїнські санітарні ради, які регулярно скликалися упродовж 1922-1938 рр. На з'їзді О.М. Марзєєв запропонував створити комплексні санітарно-протиепідемічні установи – санітарні станції. Організаційно вони були оформлені лише в жовтні 1927 р.. В жовтні 1922 р. були організовані і почали працювати перші в Україні курси удосконалення лікарів.

В 1923 р. О.М. Марзєєв відбув у службове відрядження в США. Справа в тому, що Ліга Націй, яка виникла після Першої світової війни в коло своєї діяльності включала питання здоров'я. З 1922 р. Ліга Націй почала щорічно влаштовувати поїздки (курси) гігієністів та епідеміологів із різних країн в ту чи іншу країну для ознайомлення із санітарною справою. Восени 1923 р. була запланована поїздка в США групи лікарів із різних країн. Разом з критикою американської системи охорони здоров'я О.М. Марзєєв відзначав цікаві, позитивні, з його точки зору, моменти в організації раціонального харчування, в пропаганді вживання свіжих овочів і фруктів. Сподобалась О. Марзєєву організація протидифтерійної служби. Гарне враження склалося від огляду великої кількості американських початкових та середніх шкіл, обладнання їх гімнастичними, ігровими залами, душовими, порохотягами, індивідуальними партами, шафами для одягу. В подарунок від правління Рокфеллерівського фонду та Американської асоціації лікарів делегація отримала книги, бакпрепарати для щеплень проти дифтерії та ящик інсуліну.

Після повернення в Україну О.М. Марзєєв приступив до організації протидифтерійних щеплень. В 1925 р. О.М. Марзєєв організував кафедру гігієни в

Харківському інституті удосконалення лікарів, якою керував до початку війни. Створення у 1927 р. в УРСР загальнореспубліканської мережі санітарно-епідеміологічних станцій було підсумком особистих зусиль вченого. Лише в 1939 р. НКОЗ СРСР затвердив загальносоюзне “Положення про районні та міські санітарно-епідеміологічні станції”.

Інститут гігієни харчування був відкритий в Харкові у 1930 р., а в 1931 р. вчений підготував проект наказу про організацію Українського державного інституту комунальної гігієни. В цьому ж році Олександр Микитович став директором Українського науково-дослідного інституту комунальної гігієни. В грудні 1935 р. за видатні заслуги в галузі науки та підготовки українських кадрів О. Марзєєву було присвоєно звання “Заслуженого діяча науки УРСР”.

Вже у 1935 р. інститут організував у Харкові першу в СРСР наукову конференцію з охорони чистоти атмосферного повітря.

В 1935-1936 рр. за ред. О.М. Марзєєва вийшло 2 томи наукових праць Інституту комунальної гігієни.

В 1936-1938 рр. виходить з друку 2 томи посібника з комунальної гігієни “Основи комунальної гігієни” (автори О.М. Марзєєв, В.А. Яковенко, А.Н. Сисін).

11.02.1940 р. ВАК затвердив О. Марзєєва в науковому званні професора по кафедрі “Комунальна гігієна”.

Вивчення водоймищ Донбасу було покладено в основу генеральної схеми водопостачання та каналізації цього промислового району. На основі розроблених гігієнічних рекомендацій здійснювалася реконструкція і будівництво поселень, гідротехнічне будівництво на Дніпрі.

22 червня 1941 р. Німеччина напала на СРСР. В перші години війни Харків став об’єктом повітряних бомбардувань. 20 вересня 1941 р. О.М. Марзєєв виїхав в Казахстан. Через 2 тижні ешелон прибув в Алма-Ату. Вже на другий день О.М. Марзєєв був призначений в Санбакінститут заступником директора з наукової роботи і консультантом санепідемвідділу НКОЗ Казахстану. Велика заслуга О. М. Марзєєва в боротьбі з епідеміями, які мали місце в тилу. Особливо небезпечним був спалах холери восени 1942 р. серед людей, які евакуювалися з Астрахані по Каспійському морю. Були проведені оперативні заходи, вогнища локалізовані і ліквідовані.

В 1943 р. при Алма-Атинському медінституті він створив і очолив кафедру епідеміології. В 1943 р. зворотний тиф в Середній Азії мав епідемічний характер і частина реєвакуйованих осіб занесла його на Європейську частину СРСР. Мали місце і випадки висипного тифу в північних районах Казахстану. Були великі проблеми з дефіцитом бань, мила. В лютому 1944 р. на нараді в НКОЗ СРСР було прийнято рішення повертатися у звільнені райони СРСР. У О.М. Марзєєва був вибір: залишитися в Казахстані, поїхати в Москву, повернутися в Україну. Він вибрав Україну і в липні 1944 р. повернувся в Київ.

14 листопада 1944 р. О.Марзєєв був затверджений Раднаркомом СРСР дійсним членом АМН СРСР. Рішенням Раднаркому України Український інститут комунальної гігієни був переведений в Київ.

В 1945 р. О. Марзєєв очолив кафедру загальної гігієни КМІ і одночасно був завідувачем кафедри комунальної гігієни в Інституті підвищення кваліфікацій лікарів.

Ціла п'ятирічка пішла на відбудову зруйнованого війною народного господарства, на ліквідацію санітарних наслідків війни.

В 1945 р. О. М. Марзєєв очолив Українське наукове товариство гігієністів. 28 травня 1947 р. О.М. Марзєєв був затверджений директором НДІ комунальної гігієни, а з грудня 1947 р. – обраний членом Ради Академії Архітектури УРСР. В 1944-1948 рр. вийшло 3-є видання “Учебника гигиены для фельдшерских школ”.

В 1948 р. в Києві відбувся 5-й Український з'їзд гігієністів, епідеміологів, мікробіологів, інфекціоністів. В зв'язку з переводом Українського інституту комунальної гігієни з Харкова до Києва прийшлося створювати фактично новий інститут. Із старих кадрів залишилися О.М. Марзєєв, В.З. Мартинюк, Н.В. Євмен'єв, Д.Н. Калюжний. Прийшло нове покоління гігієністів.

О.М. Марзєєв гостро поставив питання про відкриття відділу шкільної гігієни, що було позитивно вирішено.

В одній статті неможливо описати всіх проблем, якими займався інститут, керований О.М. Марзєєвим.

О.М. Марзєєв був нагороджений 2 орденами Леніна, орденом “Знак Пошани”.

В січні 1956 р. стан здоров'я вченого швидко погіршився і 1 лютого 1959 р. Олександра Микитовича не стало. Він прожив 72 роки і 9 місяців.

Його ім'я присвоєно Київському науково-дослідному інституту загальної і комунальної гігієни (тепер – Державна установа “Інститут гігієни і медичної екології імені О.М. Марзєєва АМН України”.

ЛІТЕРАТУРА

1. Марзєєв Александр. Воспоминания санитарного врача / А. Марзєєв / под. ред. акад. АМН Украины, проф. А.М. Сердюка. – Киев: Деркул, 2008. – 288 с.
2. Шандала М.Г. Марзєєв Александр Никитович // БМЭ / гл. ред. акад. Б.В. Петровский. – 3-е изд. – Т.13. – М.: Советская энциклопедия, 1980. – С. 422.
3. Сердюк А.М. Завещание врача – профилактика / А.М. Сердюк, В.Л. Прицкер. – К.: Деркул, 2003. – 192 с.
4. Марзєєв Александр Микитович // УРЕ. В 12 т. Т.6 / гол. ред. М.П. Бажан. – Київ: Гол. Ред. УРЕ, 1981. – С. 360.
5. Ганіткевич Я. Історія Української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 368 с.: Зі змісту: [Марзєєв Олександр Микитович]. – С. 146, 253.

Ю.В. ФЕДОРОВ, Ю.М. ПАНИШКО
ЛЮБОВ ТРОХИМІВНА МАЛА
До 10-річчя від дня смерті



Десять років тому 14 квітня 2003 року відійшла у Вічність Велика Людина, ціла епоха української терапії – Мала Любов Трохимівна.

Вона народилася 13 січня 1919 р. в с. Копані Орехівського району Запорізької області в селянській родині. Батьки мріяли про те, щоб донька стала лікарем і вона виправдала їх сподівання. Змалку в Люби проявилися великі здібності до науки. Вже в 1933 р. вона вступила на лікувальний факультет 1-го Харківського медичного інституту, який закінчила в 1938 р. Своєю спеціальністю обрала терапію.

Молодість Любові Трохимівни пройшла в тяжкий час. Це був період страшного голоду, постійних репресій, соціальної демагогії про переваги соціалістичного ладу. Після закінчення інституту з 1938 по 1941 рр. Л.Т. Мала працювала лікарем сільської лікарні в с. Петровеньки Іванівського району Ворошилоградської області.

22 червня 1941 р. Німеччина розпочала війну проти СРСР. В цей час молодий лікар Л.Т. Мала стала помічником начальника евакогоспіталю №1826 з медичної частини і направлена на Південний фронт. Із спогадів Люби Трохимівни: **“Досвіду в мене не було, але я дуже старалася і результати були. Вже у вересні цього ж року мене перевели в сортувальний евакогоспіталь №3416 в м. Ворошилограді. Праця була важкою, виснажливою, без сну та відпочинку, в стані повної готовності. Без жорсткої самодисципліни, постійної зібраності фронтовий режим було би неможливо витримати”**. Після Південного фронту були евакогоспіталі Північно-Кавказького, Закавказького фронтів. В листопаді 1943 р. після звільнення Харкова Любов Трохимівна стала помічником начальника лікувального відділення санітарного відділу Харківського військового округу, якому підлягали військово-медичні установи 8 областей України. В 1946 р. вона демобілізувалася. Була нагороджена медалями **“За бойові заслуги”**, **“За оборону Кавказу”**. Подальша доля Л.Т. Малої тісно пов'язана з Харківським державним медичним інститутом. Військовий начальник Люби Малої привіз її в медінститут до професора С.Я. Штейнберга і дав дуже позитивну характеристику. Так вона потрапила в ординатуру і стала ученицею проф. С.Я. Штейнберга. **“Він зліпив з мене не лише лікаря, але й людину”** – згадувала Л.Т. про свого наставника, портрет якого висів у неї в кабінеті як пам'ять про талановитого вчителя.

В 1950 р. під керівництвом С.Я. Штейнберга Любов Трохимівна захистила кандидатську дисертацію на тему: **“Туберкулінодіагностика в клинике внутрених болезней”**, а в 1954 р. – докторську дисертацію на тему: **“Об изменении сердечно-сосудистой системы при туберкулезе”**. Таким був шлях до головної мети життя – кардіології. В Харківському медичному інституті вона пройшла дорогу від клінічного ординатора до завідувача кафедри госпітальної терапії. В 31 рік – кандидат, в 35 років – доктор медичних наук, в 36 років – професор, завідувач кафедри. Життя показало, що Любов Трохимівна стала чудовим педагогом. Вона створила свою наукову школу і виховала когорту талановитих лікарів та вчених. Під її керівництвом виконано 188 кандидатських та 36 докторських дисертацій.

В 1961 р. вона створила при кафедрі проблемну кардіологічну лабораторію, яка почала займатися профілактикою та лікуванням артеріальної гіпертензії, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда.

В 1967 р. Любов Трохимівна на базі клінічної лікарні №27 створила перше в УРСР спеціалізоване відділення для хворих інфарктом міокарда з палатою інтенсивного спостереження. Перше інфарктне відділення з блоком інтенсивної терапії, перша спеціалізована бригада швидкої допомоги, перший кардіоревматологічний диспансер, перше реабілітаційне відділення, кардіологічний санаторій – ось система поетапного лікування хворих інфарктом міокарда.

В 1981 р. в Харкові за ініціативою Л.Т. Малої було відкрито філію Київського НДІ кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, на базі якого у 1986 р. створено єдиний в Україні НДІ терапії МОЗ, а з 1993 р. – Інститут терапії АМН України, який вона очолювала до смерті.

Любов Трохимівна Мала була головою дисертаційної ради із присудження вчених ступенів (по терапії, кардіології, педіатрії) при Харківському державному мед університеті, членом редакційної ради 11 українських та російських наукових журналів. Вона була автором (співавтором) понад 700 наукових робіт, в тому числі 24 монографій. Наукові розробки захищені 26 охоронними документами: 5 авторськими свідоцтвами, 16 патентами України, 5 патентами РФ.

Величезна **громадська робота** Л.Т. Малої:

- 1963 р. – член Комітету радянських жінок;
- 1964 р. – член Президії товариств терапевтів і кардіологів УРСР та РСФСР;
- 1968 р. – член Міжнародної асоціації інтерністів;
- 1973 р. – член Президії Всесоюзного наукового товариства кардіологів;
- 1975 р. – заступник голови Всесоюзного наукового товариства терапевтів, член Всесоюзного комітету по боротьбі із захворюваннями серцево-судинної системи при президії АМН СРСР;
- 1993 р. – член Міжнародного товариства кардіоваскулярної фармакотерапії;
- 1996 р. – член Міжнародного товариства гіпертензіологів;
- 1997 р. – заступник генерального директора Міжнародного біографічного центру (Кембрідж).

Праця Л.Т. Малої була гідно пошанована:

- 1967 р. – обрана членом-кореспондентом АМН СРСР;
- 1968 р. – присвоєно звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”;
- 1974 р. – обрана академіком АМН СРСР;
- 1980 р. – присвоєно звання Лауреата Державної премії СРСР;
- 1981 р. – нагороджена премією ім.. Ф.І. Шатілова;
- 1983 р. – нагороджена премією ім. М.Д. Стражеска, премією ім.. Ф.І. Шатілова;
- 1987 р. – нагороджена премією ім.. Ф.І. Шатілова;
- 1989 р. – лауреат премії ім. С.І. Вавілова;
- 1992 р. – обрана академіком НАН України,
- 1993 р. – обрана академіком АМН України,
- 1995 р. – академічна премія з клінічної медицини АМН України;
- 1997 р. – премією ім.. М.Д. Стражеска АМН України.
- 2003 р. – нагороджена Державною премією України за цикл наукових фундаментальних праць з кардіології (посмертно).

Державні нагороди і світове визнання:

- 1960 р. – нагороджена орденом Трудового Червоного Прапора;
- 1979 р. – присвоєно звання Героя Соціалістичної праці;
- 1985 р. – нагороджена орденом Вітчизняної війни II ст.;
- 1995 р. – нагороджена орденом Богдана Хмельницького III ст.;
- 1996 р. – Американський біографічний інститут вручив почесне звання “Людина року”,
- 1997 р. – цей ж Інститут відзначив “Міжнародним культурним дипломом пошани”;
- 1998 р. – нагороджена орденом князя Ярослава Мудрого II ст.;
- 1998 р. Кембріджський Міжнародний біографічний центр включив Л.Т. Малу у видання “2000 видатних наукових працівників XX століття”.
- 1999 р. – присвоєно звання “Герой України з врученням ордена Держави”,
- 1999 р. – орден Держави і золота медаль Польської АМН.

В 1999 р. їй присвоєно звання “Почесний громадянин міста Харкова”.

Л.Т. Мала мріяла, щоб останній день життя був останнім днем роботи. Небеса прислухались до прохання Великої Людини. Доля відпустила їй 84 роки і 3 місяці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Черненко В.Д. Малая Любовь Трофимовна / В.Д. Черненко // БМЭ. Т. 13. – М.: Советская энциклопедия, 1980. – С. 371.
2. УРЕ. В 12-ти томах / гол. ред. М. Бажан. – 2-е вид. – Київ: гол. ред. УРЕ. – Т.2: Боронування – Гервелі. – 1978. – 544 с.: – Зі змісту [Мала Любов Трохимівна]. – С. 322.
3. Петрова З.П. Малая Любовь Трофимовна / З.П. Петрова // Выдающиеся педагоги высшей школы г. Харкова: Биограф. слов. – Х., 1998. – С. 399-402.
4. Мала Любов Трохимівна // Медична еліта України: Нац. довід. – К., 1999. – С. 152.
5. Черв’як П.І. Медична енциклопедія. – Київ: Просвіта, 2001. – 1022 с. – Зі змісту: [Мала Любов Трохимівна]. – С. 971.
6. Яковенко Г. Любовь Малая – врач, человек, целая эпоха в терапевтическом мире / Г. Яковенко // Здоров’я України: спец. Вид. для лікарів. – 2004. – №95.
7. Ганіткевич Я. Історія Української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 368 с.: Зі змісту: [Мала Любов Трохимівна (Мала Л.Т.)]. – С. 173,176,190,210,287.
8. Бабак О.Я. Любовь Трофимовна Малая / О.Я. Бабак. Воспоминания об учителе // Український терапевтичний журнал. – 2009. – №1. – С. 4-7.

ЛЕОНІД ІЛЛІЧ СОЛОГУБ

До 5 річниці від дня смерті



Леонід Ілліч Сологуб народився 30 липня 1931 року у м. Белзі Сокальського району Львівської області

Ще в старших класах школи він захопився фізикою і радіотехнікою, сам змайстрував спочатку детектор, а згодом ламповий радіоприймач, дротовий телефон. Одним із його захоплень стала філателія. В клясерах у нього зберігалася не одна сотня рідкісних марок. В студентські роки Леонід Ілліч захоплювався музикою: грав прекрасно на гітарі, колекціонував платівки, і вдома завжди лунала прекрасна класична музика.

Крім того, вивчав іноземні мови. Вільно володів німецькою, англійською, польською, чеською та російськими мовами.

Ще одним захопленням на все життя, окрім науки, були гори. Майстер спорту з альпінізму .інструктор гірського туризму, він обійшов Карпати, Кавказ, Памір, Урал, Курили, Тянь-Шань, Татри. Вивчав культуру і побут цих народів.

У 1953 р. закінчив Львівський зооветеринарний інститут. Із березня 1962 р. по квітень 1965 р. навчався в аспірантурі при Українському науково-дослідному інституті фізіології і біохімії сільськогосподарських тварин. У травні 1965 р. захистив дисертацію на ступінь кандидата біологічних наук.

Після закінчення аспірантури з квітня 1965 по 1969 рр. працював молодшим, а згодом старшим науковим співробітником Українського науково-дослідного інституту фізіології і біохімії сільськогосподарських тварин. У 1969 р. – провідний науковий співробітник у Львівському відділенні Інституту біохімії ім. О.В. Палладіна АН УРСР.

У 1973 р. захистив дисертацію на здобуття вченого ступеня доктора біологічних наук у Львівському державному університеті ім. Івана Франка. У 1994 р. Леоніду Іллічу було присвоєно вчене звання професора.

Професор Сологуб Л.І. зробив значний внесок у вивчення онтогенетичних особливостей вуглеводного та мінерального обмінів, детоксикаційних процесів у травному тракті жуйних тварин та їх регуляторних механізмів. Багато уваги приділяв дослідженням протеолізу в клітинах тварин і людини та впливу на ці

процеси поліпептидних факторів росту і гормонів, процесів трансдукції до внутріклітинних ефекторів сигналів.

Вперше в Україні він розпочав дослідження метаногенезу в травному тракті жуйних тварин та емісії, як парникового газу в атмосферу.

Паралельно з основною роботою Л.Сологуб працював професором кафедри біохімії університету, читав лекції для студентів з різних ділянок біохімії, керував науковою роботою та виконанням дипломних робіт випускників факультету університету. У 1997 р. перейшов на роботу до Інституту землеробства і біології тварин УААН на посаду завідувача лабораторії обміну речовин, яку створив і багато років очолював професор С.З.Гжицький.

Результати досліджень професора Л.І. Сологуба опубліковані у 250-ти наукових статтях у вітчизняних та зарубіжних виданнях та трьох монографіях.

Під його керівництвом підготовлено та захищено 10 кандидатських дисертацій. Наукові праці професора Л. Сологуба широко відомі серед науковців України та світу. Їх творчо розвивають його учні. Наукові надбання та наукова діяльність принесли йому заслужений авторитет визнання.

Крім того, що Леонід Ілліч був відомим вченим і дослідником в галузі фізіології і біохімії, він був всесторонньо освіченою людиною. Мав енциклопедичні знання з усіх галузей науки, мистецтва і культури і всебічні інтереси.

Впродовж багатьох років Л.І.Сологуб був активним членом Асоціації белзчан. Сприяв та допомагав в проведенні урочистостей до 1000-ліття заснування міста Белза.

Помер Сологуб Л.І. раптово 15 квітня 2008 року. Похований на Янівському кладовищі м.Львова.

Хроніка квітня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

квітень - 220 років від дня народження **Томаса Аддісона (Еддісона)** – англійського лікаря, клініциста, патологоанатома. Навчався в Единбурзькій медичній школі, звання доктора медицини отримав в 1815 р. за працю “О сифилисе”. Працював в лондонських лікарнях. Досвід клінічної та педагогічної роботи узагальнив в лекціях, надрукованих в 1837-1837 рр. Світову славу Т. Аддісону принесло виділення нової нозологічної одиниці – хвороби наднирників, яка отримала назву “morbus Addisonii”, класичний опис якої він дав у 1855 р. Цікаві роботи Аддісона з анатомії та патології легень, які він здійснював у патанатомічному музеї лікарні.

Помер Т. Аддісон 21 червня 1860 р. на 67 році життя.

3 квітня - 140 років від дня народження **Яна Янського** – відомого чеського лікаря. З 1909 р. – доцент, з 1914 р. – професор неврології та психіатрії Карлова університету в Празі. В процесі обстеження психічнохворих Янський провів аналізи 3 тис. проб крові і пояснив явище реакцій аглютинації, що мають значення при визначенні приналежності крові обстежених до окремих груп. Янський описав четверту групу крові. Роботи Янського свідчать про те, що він відкрив всі чотири групи крові самостійно і незалежно від К.Ландштейнера.

Помер Ян Янський 8 вересня 1921 р. на 49 році життя.

6 квітня – 100 років від дня народження **Адріано Антоніо Буццаті-Траверсо**. Народився в Мілані. В 1936 р. закінчив Міланський університет. В 1937 р-1944 рр. працював в Інституті зоології університету в Павії, в 1948-1962 рр. – директор Інституту генетики цього ж університету, одночасно в 1953-1954 рр. – директор Відділу морської генетики Італійського інституту гідробіології, в 1960-1969 рр. – експерт Всесвітньої організації охорони здоров'я з медичної генетики, в 1969-1973 рр. – заступник Генерального директора ЮНЕСКО.

Наукові дослідження вченого присвячені проблемам морської біології, вивченню ефектів іонізуючої радіації, мутацій, що виникають внаслідок рентгенівського опромінення.

Помер в 1983 р. на 71 році життя.

6 квітня – 85 років від дня народження **Джеймса Дьюї Уотсона**. Народився в Чикаго. В 1943 р. одержав стипендію для навчання в експериментальному коледжі Чиказького університету. В 1947 р. став бакалавром природознавчих наук. Продовжив навчання в Індіанському університеті Блумінгтона. Зацікавився генетикою, написав дисертацію про вплив рентгенівських променів на життєдіяльність бактеріофагів і в 1950 р. одержав ступінь доктора філософії. Працював у Копенгагенському університеті (1950-1951 рр.), Кембріджському (Англія, 1951-1953 рр., 1955-1956 рр.), в Каліфорнійському технологічному інституті в Пасадені (1953-1955 рр.), Гарвардському університеті (з 1956 р.), У 1958 р. Уотсон був призначений ад'юнкт-професором, а в 1961 р. – повним професором. З 1962 р. Уотсон консультант президента США з науки. З

1968 р. – директор лабораторії молекулярної біології в Колд-Спрінг-Харборі (шт. Нью-Йорк).

Наукові роботи присвячені проблемі синтезу білка та вивченню структури ДНК. Провів класичні дослідження бактеріальних рибосом і вивчав роль РНК у білковому синтезі (1958-1959). Разом з Френсісом Харрі Комптон Кріком розшифрував (1953) структуру ДНК і запропонував її модель у вигляді подвійної спіралі, що стало початком вивчення механізмів передачі спадкової інформації. Вивчав структуру вірусів та їх роль у виникненні злоякісних пухлин..

В 1962 р. Джеймс Дьюї Уотсон, Френсіс Харрі Комптон Крік, Моріс Х'ю Фредерік Уілкінс отримали Нобелівську премію “за відкриття в галузі молекулярної структури нуклеїнових кислот та визначення їх ролі для передачі інформації у живій матерії”.

Серед численних премій та нагород Уотсона – премія ім. А. Ласкера, Американського національного товариства здоров'я (1960), Золота медаль ім. Д. Карті НАН США (1971), президентська медаль Свободи (1977). Уотсон є членом багатьох наукових товариств, почесним доктором багатьох університетів.

8 квітня – 250 років від дня народження **Йоганна Валентина фон Гільденбранда**. Народився у Відні. У 1784 р. закінчив медичний факультет Віденського університету. У цьому ж році – міський лікар м. Вайдгофен. В 1784-1787 рр. – приватний лікар графа Мнішеха (Волинь). В 1784-1793 рр. – придворний лікар короля Станіслава-Августа. В 1793-1805 рр. – професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб, в 1798-1801 рр. – декан медичного факультету Львівського університету, в 1805-1807 рр. – професор, завідувач кафедри патології і терапії Ягеллонського університету, в 1807-1818 рр. – професор клініки Віденського університету, одночасно в 1811-1818 рр. – директор Віденського загального шпиталю, в 1814-1818 рр. – радник уряду Австрії.

Помер 31 травня 1818 р. на 56 році життя.

10 квітня – 115 років від дня народження **Карла Ломана** – німецького біохіміка. Народився в Бьельфельді. Освіту отримав в університетах Мюнстера, Геттінгена, Гейдельберга (1923). В 1924-1929 рр. працював асистентом О.Ф. Мейєргофа (1884-1951) в Інституті біології Кайзера Вільгельма в Берліні-Далеме, в 1937-1951 рр. – професор Берлінського університету і директор Інституту фізіології цього ж університету. Наукові роботи присвячені вивченню біохімії м'язового скорочення. Вперше виділив (1928) із м'язів пірофосфорну кислот, яка існує у вільному стані та може з'єднуватися з аденоловою кислотою. Разом з О.Ф. Мейєргофом відкрив (1929) аденозинтрифосфорну кислоту, встановив формулу АТФ і розрахував кількість енергії, що виділяється при її розщепленні. Відкрив (1934) реакцію переносу фосфату з АТФ на креатин (реакція Ломана). Встановив (1937) структуру кокарбоксілази і показав, що її коферментом є тіамініпрофосфат. Був членом АН НДР (з 1949). Нагороджений національною премією НДР (1951), почесний президент Інституту харчування і почесний доктор Берлінського університету імені О. та В. Гумбольдів (з 1961), президент Товариства

експериментальної медицини НДР, член Німецької академії природознавців “Леопольдіна”.

Помер 22 квітня 1978 р. на 81 році життя.

12 квітня – 135 років від дня народження **Ріхарда Гольдшмідта**. Народився у Франкфурті-на-Майні. Закінчив у 1902 р. Гейдельберзький університет. В 1903-1913 рр. працював у Мюнхенському університеті в 1913-1935 рр. – в біологічному інституту Кайзера Вільгельма в Берліні. В 1936-1958 рр. – професор Каліфорнійського університету в Берклі (США). Наукові роботи присвячені цитології та гістології найпростіших, а також – генетиці статі. Запропонував теорію гена як фермента, пояснював деякі явища спадковості кількісними змінами ферментів.

Помер 24 квітня 1958 р. на 81 році життя.

12 квітня – 160 років від дня народження **Джеймса Макензі** – відомого англійського кардіолога. В 1878 р. закінчив медичну школу в Единбурзі. Упродовж 28 років займався лікарською діяльністю в м. Бернлі. В 1908 р. переїхав до Лондона, де прославився як спеціаліст із серцевих хвороб. В 1918 р. переїхав у Шотландію і в м. Сент-Ендрюс заснував Інститут клінічних досліджень. Макензі першим ввів систематичне спостереження діяльності серця у здорових та хворих людей (з 1883 р.), дав глибокий аналіз патології серцевих скорочень для лікування та прогнозу. В 1902 р. видав працю про пульс “The study of the pulse”. В 1908 р. надрукував другий класичний твір про хвороби серця “Diseases of the heart”. Макензі удосконалив сфігмограф Доджа, який був здатний записувати одночасно коливання тиску в a. radialis і v. jugularis (так званий поліграф Макензі). Макензі написав праці про діагностику і лікування хвороб серця (1916), стенокардію (1923).

Помер Д. Макензі 26 січня 1925 р. на 72 році життя.

14 квітня – 135 років від дня народження **Петра Петровича Лазарєва** – радянського фізика та біофізика. Народився в Москві. В 1901 р. закінчив Московський університет. З 1903 р. працював у фізичній лабораторії цього ж університету. В 1912-1925 рр. – професор Московського вищого технічного училища, в 1920-1931 рр. – директор створеного ним Державного біофізичного інституту, в 1938-1942 рр. – очолив Біофізичну лабораторію АН СРСР.

Основні роботи присвячені проблемам біофізики. Завершив створення фізико-хімічної теорії збудження, створив єдиний закон подразнення, розвивав теорію фізіологічної адаптації органів слуху, смаку, нюху. Розробляв проблему застосування законів термодинаміки до біологічних процесів. Один із піонерів сучасної біофізики. Академік АН СРСР (з 1917 р.).

Помер 23 квітня 1942 р. на 65 році життя.

21 квітня – 250 років від дня народження **Франциска Мазоха**. Народився в Уймолдові (Румунія). Закінчив медичний факультет Віденського університету в 1788 р. В 1788-1793 рр. – асистент клініки хірургії Віденського загального шпиталю, в 1793-1805 рр. – професор, керівник кафедри хірургії, у 1801-1802 рр. – декан медичного факультету, в 1802-1803 рр. – ректор Львівського університету, в 1817-1845 рр. –

керівник кафедри хірургії, в 1827-1828 рр. – ректор Львівського університету. Займався проблемами організації щеплення проти віспи у Львові (1802), на теренах Галичини (1806); брав участь в ліквідації віспи (1806) та холери (1818) у Львові. Вивчав проблеми гідротараксу (1824).

Помер у Львові 18 березня 1845 р. не доживши 1 місяць до свого 82-річчя.

21 квітня 135 років від дня народження **Петра Павловича Іванова** - ембріолога. Народився у Петербурзі. В 1901 р. закінчив Петербурзький університет. З 1912 р. і до кінця життя пропрацював в Психоневрологічному інституті. З 1918 р. – професор, з 1924 р. – завідувач кафедри зоології. Одночасно з 1922 р. працював у Петербурзькому університеті, з 1932 р. в Всесоюзному інституті експериментальної медицини (з 1933 р. – завідувач лабораторії експериментальної ембріології). Основні роботи присвячені вивченню ембріонального та постембріонального розвитку деяких видів тваринного світу.

Помер 15 лютого 1942 р. не доживши до 64 років.

21 квітня – 105 років від дня народження **Яна Вайса** – фармацевта. Народився в с. Бялолойніца (Польща). У 1935 р-1936 рр. заступник асистента кафедри фармації Львівського університету. Подальша доля невідома.

23 квітня – 165 років від дня народження **Гжегожа Зембицького** – доктора медицини. Народився в м. Перемишль. Закінчив медичний факультет Паризького університету в 1875 р. В 1876-1879 рр. лікар в м. Батіньюль (Франція). У 1880 р. нострифікував лікарський диплом у Відні. В 1880-1882 рр. – хірург Львівських лікарень, в 1883-1913 рр. – керівник хірургічного відділення Львівського загального шпиталю. В 1897-1903 рр. – доцент, в 1903-1911 рр. – професор кафедри хірургії Львівського університету. Наукові інтереси стосувалися питань хірургічного лікування аневризм судин, сечоанальних норниць, удосконалив методи простатектомії, екстирпації матки, займався проблемами дитячої хірургії. Був членом товариства хірургів Парижу (з 1890 р.), Президентом Львівського лікарського Товариства (1891), членом Галицької крайової ради здоров'я (1888-1897), організатором і керівником урологічної і ларингологічної амбулаторій Львова, загального шпиталю, шпиталів Червоного Хреста у Львові (1914-1915). нагороджений залізним орденом корони III ст. (1901).

Помер 30 квітня 1915 р. на 68 році життя.

25 квітня – 145 років від дня народження **Еріха Гоффмана** – німецького дерматосифілідолога. В 1900 р. закінчив Берлінський університет. Працював у цьому університеті. З 1908 р. – професор університету в Галле, в 1910-1959 рр. – професор Боннського університету. Наукові роботи, в основному, присвячені вивченню шкірних захворювань. В 1905 р. разом з Ф. Шаудіном відкрив збудника сифілісу – білду спірохету. Багато праць присвятив вивченню експериментального сифілісу. Запропонував пункцію регіонарних лімфовузлів для ранньої діагностики сифілісу, лікування сальварсаном. Вивчав і описав деякі шкірні захворювання, в тому числі дерматофібросаркому.

Помер 8 травня 1959 р. на 92 році життя.

25 квітня – 140 років від дня народження **Фелікса д'Ерреля** – американського бактеріолога. Народився в Канаді. В 1886 р. закінчив Монреальський університет. Як мікробіолог працював у бактеріологічних лабораторіях Гватемали (1901-1906), Мексики (1907-1908), в Пастерівському інституті (1909-1921), в Лейденському університеті в Голландії (1921-1923) в Єгипті (1923-1927). З 1928 р. працював в Єльському університеті в Нью-Хейвені (США), в 1933-1935 рр. – брав участь в організації Грузинського бакінституту. З 1935 р. – професор Єльського університету. В 1907 р. спостерігав явище бактеріофагії, але описав цей феномен лише в 1917 р. Вивчав механізм взаємодії бактеріофага з мікробом. Створив бактеріофаги для профілактики й лікування дизентерії, холери, чуми. Нагороджений медаллю ім. А. Левенгука (1925), медаллю ім. Ф. Р. Шаудина (1930), Малою медаллю Паризької АН (1944).

Помер 22 лютого 1949 р. на 76 році життя.

30 квітня – 180 років від дня народження **Бенедикта Тадеуша Дибовського** – біолога, медика. Народився в с. Адамчино Мінської губернії. Закінчив медичний факультет Берлінського (1860) та Дерптського (1862) університетів. Спеціалізація з зоології, ботаніки і палеонтології в університетах Берліна, Дерпта, Вроцлава. В 1861-1864 рр. надзвичайний професор Варшавської вищої школи, в 1864-1876 рр. перебував на засланні в Сибіру за участь у січневому повстанні, в 1882-1906 рр. – професор, зав. кафедри зоології (з 1883); в 1886-1887 рр. – декан філософського факультету Львівського університету, в 1900 р. обраний ректором Львівського університету, але від посади відмовився. Наукові інтереси багатогранні: гідробіологія, антропологія, лімнологія. Організатор зоологічного музею Львова. Описав понад 200 нових видів тварин. Автор (співавтор) близько 350 праць. Член Польської АН (1894), Петербурзької АН, почесний професор Львівського, Варшавського, Вільно університетів, член-кореспондент АПН СРСР. Нагороджений орденом “Відродження Польщі”, почесний мешканець Львова, нагороджений Золотою медаллю за дослідження в іхтіології.

Помер 30 січня 1930 р. у Львові на 97 році життя.

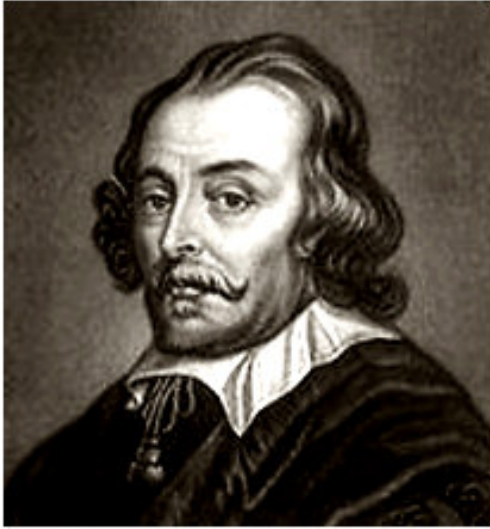
ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Аддисон Томас]. – С. 10.
2. БМЭ. В 36-ти т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.35. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – 1184 с.- Из содерж.: [Янский Ян]. – С.1180.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Буццати-Траверсо Адриано Антонио]. – С. 109.
4. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ: Закарпаття, 2003. – 420 с. – Зі змісту: [Уотсон Джеймс]. – С. 326-328.

5. Білінська І. Гільденбранд Йоганн Валентин фон / І. Білінська, ВА. Гриновець, С. Різничок, М. Надрага // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011 . –С. 346.
6. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Ломан Карл]. – С. 378.
7. БМЭ. В 36-ти т. / гл. ред. А.Н. Бакулев. – Т.17. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – 1184 с.- Из содерж.: [Макензи Джеймс]. – С.690.
8. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Гольдшмидт Рихард]. – С. 183.
9. Луцик О., Різничок С, Надрага М. Мазох Франциск // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 200-201.
10. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Иванов Петр Павлович]. – С. 273.
11. Сіромський Р. Вайс Ян / Р. Сіромський // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011 . – С. 262.
12. Павловський М., Різничок С., Зембицький Гжегож // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011 . – С. 533-534.
13. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Гоффман Эрих]. – С. 190.
14. Біологи: біограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Д'Эррель Феликс]. – С. 237-238.
15. Шидловський І. Дибовський Бенедикт Тадеуш // Encyclopaedia. Львівський національний університет імені Івана Франка: в 2 т. Т.1: А-К. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2011 . – С. 441.

ВІЛЬЯМ ГАРВЕЙ

До 435-річчя від дня народження



Вільям Гарвей (Харві) народився 1 квітня 1578 р. у Фолкстоуні, графство Кент, в сім'ї багатого купця, але торгівля його не цікавила. У 1588 р. вступив до Королівської школи в Кентербері, де вивчав латинь. У травні 1593 р. був прийнятий в Кіз-коледж Кембріджського університету, отримав стипендію з медицини і перші 3 роки присвятив вивченню класичних мов (латині і грецької), риторики, філософії, математики. Наступні 3 роки Гарвей вивчав дисципліни, що безпосередньо відносилися до медицини. У 1597 р. Гарвей отримав звання бакалавра, а в жовні 1599 р. остаточно покинув Кембрідж.

В.Гарвей вдосконалювався у Франції, Німеччині та Італії. Точна дата відвідування Падуї В. Гарвесем невідома. Падуанський університет був заснований у 1222 р. і вважався одним із найстаріших університетів світу після Болоньї (1088), Оксфорду (1117), Кембріджу (1209), Парижу (1215), Саламанки (1218).

Падуанський університет славився своєю анатомічною школою, яка була представлена когортою видатних вчених. Італійський анатом Мондіно де Луці (1275-1326) провів перший публічний розтин тіла в Падуї в 1315 р., а вже в 1316 р. написав перший підручник з анатомії, за яким вивчали анатомію упродовж століть (до 1580 р. підручник витримав 25 видань). У Падуї, починаючи з 1341 р. розтин трупів допускався владою двічі на рік. В 1490 р. в Падуї побудовано стаціонарний анатомічний театр. Тут працювали: Якопо Беренгаріо да Карпі Яков (1460-1530), професор Падуанського університету, Бартоломео Євстахій (1510-1574), Андреас Везалій (1514-1564), який в 1537 р захистив дисертацію і отримав ступінь доктора медицини, Реальдо Коломбо (1516-1552) Габріель Фалоппій (1523-1562), Андреа Чезальпіно (1519-1603), Леонардо Боталло (1530-1600), Героніmus Фабрицій (1533-1616), Констанцо Варолій (1543-1575), Джуліо Кассеріо (1545-1616).

Історія розвитку вчення про анатомію та фізіологію серцево-судинної системи розпочинається з XIII ст. Сірійський лікар Ібн аль Нафіс (1210-1288) описав легеневий кровообіг. В своїй праці “Коментарі до розділу анатомії в “Каноні” Ібн Сіні” він дійшов висновку що кров з правого шлуночка по легеневому стовбурі надходить в легені, де збагачується повітрям і повертається в ліве передсердя, а потім – в лівий шлуночок, де формується душа. Андреас Везалій в своїй книзі “Про будову тіла людини” (1543) вперше в історії медицини систематично виклав наукові дані про структуру людського тіла і виправив близько 200 помилок К. Галена. Він доказував, що анатомічні дослідження К. Галена не можуть бути науковою основою медицини. В 1553 р. вийшла книга іспанського лікаря і богослова Мігеля Сервета (1514-1553) “Відновлення християнства”, в якій подано

приблизний опис малого кола кровообігу. В 1559 р. Р. Коломбо опублікував працю “De re anatomica”, в якій було описано мале коло кровообігу. В 1571 р. італійський лікар А. Чезальпіно в книзі “Перипатетичні питання” застосував термін “циркуляція крові”, описав мале коло кровообігу, передбачив замкнутість кровоносної системи.

Відомо, що в 1600 р. В. Гарвей обіймав посаду “старости” – представника англійських студентів в університеті, вивчав анатомію, ембріологію та хірургію під керівництвом Геронімуса Фабриція з Аквапенденте – італійського анатома, хірурга, учня Г. Фаллопія. Г. Фабрицій в 1559 р. здобув ступінь доктора медицини і філософії, а в 1562 р. став професором анатомії та хірургії Падуанського університету. На відміну від своїх попередників, значно більше уваги приділяв зв'язку між будовою органів та їх функціями. Найважливішою заслугою Г. Фабриція було описання в 1574 р. венозних клапанів “De venarum ostiis”. І хоча Г. Фабрицій показав, що клапани відкриті в напрямку серця, він не побачив в цьому зв'язок з кровообігом. Без сумніву, на В. Гарвея створили враження книги Г. Фабриція “Про формування плоду” (“De formato foetu”, 1600 р.) та “Про розвиток яйця і курчати” (De formatione ovi et pulli”, 1619 р.), У Трактаті “Про формування плоду” – першій спробі в історії науки Г. Фабрицій описав окремі стадії розвитку різних тварин та дав порівняльно-ембріологічну характеристику розвитку плоду людини.

25 квітня 1602 р. Гарвей завершив свою освіту, отримав ступінь доктора медицини і повернувся до Лондона. Ступінь доктора медицини Падуанського університету була визнана Кембріджським університетом, але ліцензія на лікарську практику видавалася Колегією лікарів, куди В. Гарвей звернувся у 1603 р. Він витримав іспити 1603 р. і був допущений до практики до наступного іспиту через рік. Тричі поставав Гарвей перед екзаменаторами і 5 жовтня 1604 р. був прийнятий у члени Колегії. У 1607 р. він став дійсним членом Колегії лікарів, а в 1609 р. звернувся з клопотанням про зарахування його лікарем у лікарню св. Варфоломія. Робота в цій лікарні вважалася престижною для практикуючого лікаря і тому разом з клопотанням від додав прохання президента Колегії, інших її членів і навіть самого короля Якова. 14 жовтня 1609 р. В. Гарвей був офіційно зарахований до штату лікарні. В його обов'язки входило відвідування лікарні не менше 2 разів на тиждень, огляд хворих і призначення ліків. Іноді хворих посилали до нього додому. Упродовж 20 років Гарвей акуратно виконував свої обов'язки, маючи і приватну практику, роботу в Колегії лікарів і проводячи власні експериментальні дослідження. У 1613 р. В. Гарвей був обраний доглядачем Колегії лікарів, а в 1615 р. став лектором Ламліанських читань. На цих читаннях лектор читав 1-годинну лекцію 2 рази на тиждень упродовж всього року, щоб за 6 років студенти пройшли повний курс анатомії, хірургії та медицини. Цей курс В. Гарвей читав упродовж 41 року. Паралельно читав лекції з анатомії в Колегії лікарів. В 1616 р. йому запропонували кафедру анатомії і хірургії в Колегії лікарів. В цьому ж році Гарвей уперше висловив думку про те, що **“безупинний круговий рух крові створюється биттям серця”**. Суттєво нове, що зробив В. Гарвей в фізіології заключалося в методі аналізу, в кількісній перевірці гіпотез, що були запропоновані його попередниками. Він вимірював величину систолічного об'єму, частоту серцевих скорочень в одиницю часу і загальну кількість крові та встановив, що **“у всьому тілі її не більше 4 фунтів, як я в цьому переконався на вівці”**. В. Гарвей доказав, що за 1,5-2 хв. вся кров повинна пройти

через серце, а за 30 хв. через серце повинна пройти кількість крові, що дорівнює вазі тварини. Лише через 12 років після численних дослідів, вівісекцій, розтинів та математичних розрахунків він зважився опублікувати у Франкфурті свою працю: “*Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*” (Анатомічні дослідження про рух серця і крові у тварин), в якій обґрунтував своє вчення про велике та мале коло кровообігу (1628). Базуючись на цих дослідженнях, В. Гарвей стверджував, що вчення Клавдія Галена про кровообіг було помилковим.

Саме час згадати добрим словом і Клавдія Галена (131-211, за різними джерелами – 129-200 (216) – найвидатнішого лікаря Стародавнього світу, одного із класиків античної медицини, праці якого мали великий вплив на розвиток медицини. Грек за походженням, він народився в Пергамі в сім’ї архітектора. Батько забезпечив йому блискучу освіту у видатних лікарів того часу. Він багато мандрував, знав багато мов. В 164 р. переїхав у Рим і став придворним лікарем багатьох імператорів від Марка Аврелія (121-180) до Септімія Бассіанна Каракалли (186-217). Історичною заслугою Галена є введення експерименту в медицину. Гален анатомував тварин і дані, отримані під час розтинів тварин, переносив в анатомію людини. Він детально описав анатомічну будову серця, вінцеві судини, артеріальну протоку. Він думав, що кров безперешкодно переходить з правих відділів серця в ліві, через отвір в міжшлуночкової перегородці, минаючи периферичні судини. Вчення К. Галена було побудовано на припущеннях, що до серця кров протікає з органів, які цю кров продукують (печінка, шлунково-кишковий тракт) і із серця по венах та артеріях знову повертається у всі органи, де вона споживається. Цей помилковий погляд упродовж тисячоліття уважався єдино правильним і недосяжним для критики. Ще гостріше, ніж А. Везалій, на помилки К. Галена, вказував Р. Коломбо, називаючи вчення К. Галена про кровообіг “абсолютно хибним”.

В. Гарвей допускав повернення крові до серця через замкнутість кровообігу. Цю замкнутість кола кровообігу В. Гарвей пояснив прямим сполученням артерій і вен за посередництвом “дрібних трубочок”, які були відкриті лише через 4 роки після його смерті Марчелло Мальпігі (1628-1694), який у 1661 р. описав капіляри та шлях переходу крові з артеріального русла у венозне.

Книжка В. Гарвея, яку він видав у Франкфурті в 1628 р., зробила автора безсмертним. Не випадково, що 1628 р. вважається роком появи нової дисципліни – фізіології людини. Реакція на книгу В. Гарвея була ворожою: серед його противників були і великі вчені, і прості лікарі-практики. Гарвея навіть обізвали “шарлатаном”. Писали листи Королю. До честі Карла I, він не повірив наклепам. Лише окремі науковці зрозуміли суть нового вчення. Першим високу оцінку новому вченню дав французький філософ Рене Декарт (1566-1650). Після Декарта інші вчені поступово прийняли теорію кровообігу Гарвея.

На початку 1631 р. В. Гарвей став лейб-медиком короля Карла I (1600-1649). Зацікавившись дослідженнями В. Гарвея, Карл I надав у його розпорядження королівські мисливські угіддя у Віндзорі та Хемптон-Корте для проведення експериментів з відтворення оленів. У травні 1633 р. В. Гарвей супроводжував Карла I під час його візиту до Шотландії.

В 1640 р. в Англії почалася революція. Населення Лондону повстало. Король Карл I залишив Лондон і перебрався на Північ. В. Гарвей був з королем. Лондонське населення розграбувало Уайтхолл і квартиру Гарвея: при цьому були знищені його роботи з порівняльної та патологічної анатомії, ембріології. Влада в Англії перейшла до парламенту. 10 січня 1642 р. Карл I виїхав на Північ під захист лендлордів, а 22 серпня 1642 р. король Карл I, що знаходився в Ноттінгемі, оголосив війну парламенту. 23 жовтня 1642 р. королівська армія розбила парламентську армію при Еджгіллі. В. Гарвей брав участь в цій битві як лікар. Він оселився в Оксфорді, який на той час став резиденцією короля Карла I. У 1645 р. король призначив В. Гарвея деканом Мертон-коледжу. Але 14 червня 1645 р. при Нейзбі парламентська армія під керівництвом Олівера Кромвеля (1599-1658) розгромила королівську армію. В серпня 1646 р. Оксфорд взято в облогу військами О. Кромвеля. В. Гарвей повернувся в Лондон і продовжив свої наукові дослідження.

В 1646 р. видав у Кембріджі нарис “*Exercitationes duae de circulatione sanguinis*” (Дослідження кровообігу). В Лондоні В. Гарвей побудував для лондонської колегії лікарів будинок, в якому знаходилася бібліотека і відбувалися засідання лікарів.

30.01.1649 р. король Карл I за вироком Верховного суду, створеного “Довгим парламентом”, був страчений у Лондоні.

В 1651 р. вийшло латинське видання другої праці Гарвея “*Exercitationes de generatione animalium*” (Дослідження про походження тварин). В. Гарвей робив численні розтини самиць. В цій книзі були узагальнені результати його багаторічних досліджень, присвячених вивченню ембріонального розвитку безхребетних і хребетних (птахів і ссавців). Він стверджував, що “яйце є загальний першопочаток всіх тварин” – “*Ex ovo omnia*”. Це твердження В. Гарвея було справді геніальною здогадкою, оскільки він не знав справжньої яйцеклітини ссавців, відкритої лише через 175 років після появи його книги Карлом Максимовичем Бером (1792-1876), який в 1827 р. описав яйцеклітину ссавців. Дослідження В. Гарвея із ембріології стали потужним поштовхом для розвитку теоретичного та практичного акушерства.

Останні роки В. Гарвей жив самотньо. Нове покоління англійських лікарів бачило в ньому свого патріарха. Лондонська медична колегія поставила в залі засідань його статую, а в 1654 р. обрала його своїм президентом. Але В. Гарвей скромно відмовився від цієї посади, посилаючись на свій похилий вік.

3 червня 1657 р. він тихо попрощався з рідними і спокійно відійшов у Вічність.

Йому було 79 років і 2 місяці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аршавский И. Гарвей Уильям // БМЭ. В 36-ти т.6: В – Г / гл. ред. А.Н. Бакулев. – М.: Советская энциклопедия, 1958. – С.388-390.
2. БСЭ. В 30-ти томах. Т.6. Газлифт – Гоголево / гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1971. – 624 с.: – Из содерж.: [Гарвей Уильям]. – С. 351-352.
3. УРЕ. В 12-ти томах / за ред. М. Бажана. – 2-е вид. – Київ: гол. ред. УРЕ. – Т.2: Боронування – Гервелі. – 1978. – 544 с.: – Зі змісту [Гарвей Уільям]. – С. 482.

4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с.- Из содерж.: [Гарвей Уильям]. – С. 160-161.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. засл. діяча науки України проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА Тріумф, 2001. – 320 с.: – Зі змісту: [Гарвей Вільям]. – С. 38-39.
6. Визначні імена у світовій медицині / за ред. засл. діяча науки України проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА Тріумф, 2001. – 320 с.: – Зі змісту: [Везалій Андреас]. – С. 36-37.
7. Черкасов В.І. Історія анатомії / В.І. Черкасов, Ю.Й. Гумінський, Е.В. Черкасов, В.С. Шкільников. – Луганськ, ТОВ “Віртуальна реальність”, 2012. – С. 26-33.
8. Бондаренко П. Гален Клавдий // БМЭ. В 36-ти т.6: В – Г / гл. ред. А.Н. Бакулев. – М.: Советская энциклопедия, 1958. – С.264-267.
9. Визначні імена у світовій медицині / за ред. засл. діяча науки України проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА Тріумф, 2001. – 320 с.: – Зі змісту: [Бер Карл Ернест (Карл Максимович)]. – С. 50-51.
10. Барг М.А. Английская буржуазная революция 17 века // БСЭ. В 30-ти томах. Т.1. / гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1970. – С. 1727-1735.

ВИМОГИ

до робіт, що подаються до збірника наукових статей “Феномен людини. Здоровий спосіб життя”

Загальні вимоги

1. До друку приймаються завершені неопубліковані статті за основними напрямками клінічної, профілактичної медицини, гігієни, феноменології людини, огляди літератури, рецензії, короткі повідомлення тощо.
2. Мова статей: українська, російська (для авторів з РФ), польська, чеська, словацька, англійська, французька, німецька.
3. Наукові статті повинні відповідати вимогам (Бюлетень ВАК України, 2003. – №1. – С.2).
Постановка проблеми.
Аналіз останніх досліджень і публікацій.
Мета статті.
Виклад матеріалу з висновками.

Вимоги до оформлення статті

1. Обсяг статті до 10 сторінок включно з літературою, таблицями, рисунками та анотаціями.
2. Порядок оформлення першої сторінки статті: великими літерами друкується ініціали та прізвище автора (авторів); заголовки статті, нижче – анотація (до 600 знаків) українською, російською, англійською мовою та ключові слова (до п'яти).

Технічні вимоги щодо оформлення матеріалів

1. Статті подаються в електронному варіанті (Word 97-2003) та у друкованому вигляді.
2. Формат А4.
3. Таблиці подаються безпосередньо в тексті після абзаців, де на них вміщено посилання. Кожна таблиця повинна мати заголовок, який пишеться в окремому рядку над таблицею. Над заголовком в окремому рядку справа пишеться слово “Таблиця” та її порядковий номер (арабською цифрою). Примітки та виноски до таблиць подаються під ними.
4. Ілюстровані матеріали (фотографії, малюнки, креслення, діаграми, графіки тощо) позначаються як “Рис.” Подаються в тексті після посилання на них та нумеруються за порядком згадування у статті. Статті можуть містити хімічні та математичні формули. Розмір кегля тексту на ілюстраціях не більше 10 пт.
5. Список використаної літератури за алфавітом. Спочатку кирилицею, а потім латиницею в оригіналі (Бюлетень ВАК України. – 2008. – №3. – С. 9-13). Скорочення слів та словосполучень наводяться за стандартами “Скорочення слів та словосполучень на іноземних європейських мовах у бібліографічному описі друкованих творів” (ГОСТ 7.11-79 та 7.12-77), а також за ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові в бібліографічному описі”.
6. Відомості про автора (-ів) на окремому аркуші: прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь і звання, посада, місце праці, повна поштова адреса, телефон (код країни, код міста), e-mail.

Автори відповідають за точність викладених фактів, цитат, статистичних даних, географічних назв, власних імен.

Роботи, які не відповідають цим вимогам, редакція не приймає. Оригінали, не прийняті до опублікування, авторам не повертаються. Редакція залишає за собою право на їх наукове і літературне редагування. Гонорар авторам не виплачується. Публікація матеріалів у збірнику платна.

Матеріали до редакції також можуть надходити пересиланням на e-mail адресу:

joun_dim@mail.lviv.ua; server36@ukr.net

або безпосередньо Ю.М. Панишку +38(032)-275-56-45

Наукове видання

ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
Здоровий спосіб життя
Збірник наукових праць
Випуск 14 (80)

Видання здійснено частково за рахунок авторів, частково за допомогою спонсорів:
С.Д. Бабляка – кардіолога ЛОКЛ
А.Л. Васильчука – канд. пед. н., доцента, народного цілителя України
В.І. Гельнер – приватного підприємця
В.А. Токового – приватного підприємця
Ю.В. Федорова – д-ра мед. наук, професора

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

Підписано до друку 26.04.2013
Формат 60*84/8. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman
Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 7,44. Фіз. друк. арк. 8.
Наклад 90 прим.

Надруковано:
ТзОВ «Графік Стар»