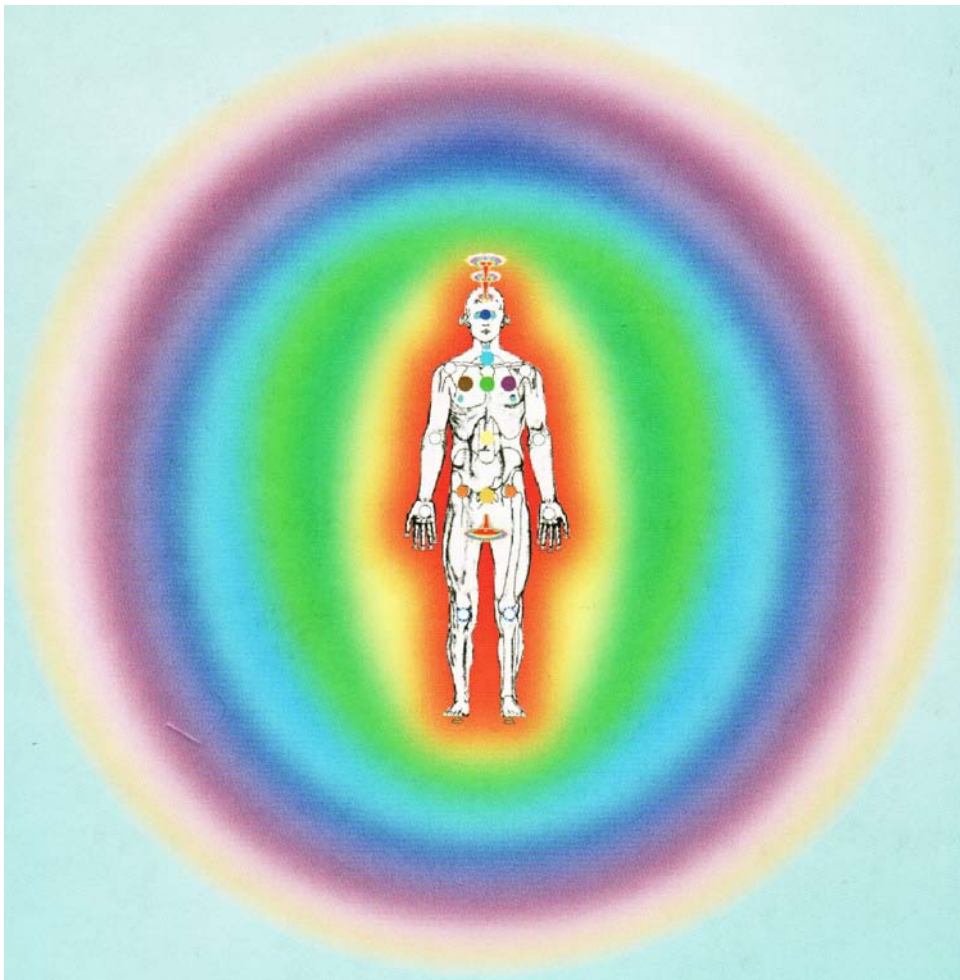


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 15 (81)**

Львів 2013

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

Білінський 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. 15. – 59 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., Шпарик Я.В.	Помилки в медикаментозній терапії раку	5
Васильчук А.Л.	Чакра Аджна	13
Матвієнко Ю.О.	Інсульт в хірургічній практиці	19
Рябуха О.І., Терещенко А.В.	Вірус простого герпесу як причина погіршення здоров'я та якості життя людей	28
Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Бумбар З.О.	Про студентську Всеукраїнську Академію профілактичної медицини НТШ	32
Tůma Jiřı	Problém životního prostředí z teologického hlediska...	35
<i>Хроніка</i> Редколегія	Поздоровлення ювілярів	38
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка травня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	39
Іванюшко В.Л., Панишко Ю.М.	Анатолій Іванович Трещинський. До 90-річчя від дня народження	44
Панишко Ю.М., Лозинська Я.М.	Надія Олександрівна Пучківська. До 105-річчя від дня народження	46
Панишко Ю.М., Лозинська С.С., Цимбала О.М.	Костянтин Павлович Бутейко. До 10-річчя від дня смерті	48
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка травня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	51
Панишко Ю.М., Кордонєць І.Г., Васильчук А.Л.	Франс Корнеліс Дондерс До 195-річчя від дня народження	56
Редколегія	Інформаційний матеріал	58

Відомості про авторів

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

Іванюшко Василь Леонідович – кандидат медичних наук, доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Кордонєць Ірина Гаврилівна – кандидат медичних наук, доцент (м. Львів).

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.

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

Рябуха Ольга Іллівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри валеології та спортивної медицини Львівського державного університету фізичної культури.

Терещенко Аліна Віталіївна – член наукового гуртка кафедри валеології та спортивної медицини Львівського державного університету фізичної культури.

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

Tůma Jiřı́, - PhDr. PhD. Vysokoškolský pedagog, Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety v Bratislavě, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Přebíram.

Цимбала Оксана Миронівна – бібліограф інформаційного відділу КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

Шпарик Ярослав Васильович – кандидат медичних наук, завідувач відділу хіміотерапії Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, доцент Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ, Я.В. ШПАРИК

ПОМИЛКИ В МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ ТЕРАПІЇ РАКУ

В статті розглядається хіміотерапія злоякісних пухлин, як одна з складових лікування раку, поряд з хірургією і радіологією. На відміну від інших методів, хіміотерапія має системний вплив на організм, що вимагає особливої підготовки і знань лікаря, який проводить такі заходи. Обговорюються покази і протипокази до лікування, можливі ускладнення і помилки.

Ключові слова: рак, лікування, тактичні помилки

В статье рассматривается химиотерапия злокачественных опухолей, как одна из составляющих лечения рака, наряду с хирургией и радиологией. В отличие от других методов, химиотерапия имеет системное воздействие на организм, требующий особой подготовки и знаний врача, который проводит такие мероприятия. Обсуждаются показания и противопоказания к лечению, возможные осложнения и ошибки.

Ключевые слова: рак, лечение, тактические ошибки

The article discusses the place of medical treatment in the cancer therapy in cooperation with surgery and radiology. The medical treatment has a systemic action on the human organism and therefore the physician who deals with chemotherapy needs special training and knowledge. The indications and contraindication as well the possible complications and mistakes are discussed.

Key words: cancer, treatment, tactic mistakes

ВСТУП

Медикаментозна терапія раку займає важливе місце в системі лікування злоякісних пухлин. Хоч медикаментозна терапія найчастіше вживається у вигляді ад'ювантного або неoad'ювантного лікування, тобто додаткового, і рідше грає самостійну роль - саме хіміотерапія сприяла виділенню онкології в окремий фах із хірургії, гінекології, чи урології, де хворі з пухлинами продовжують до цього часу лікуватися.

Медикаментозна терапія раку є специфічною ділянкою, яка вимагає відповідної кваліфікації фахівця і тому не повинна застосовуватися лікарями інших спеціальностей, навіть якщо до цього вони лікували конкретного хворого. Єдиним винятком є застосування ад'ювантної медикаментозної терапії, яку може проводити лікар, що веде даного пацієнта при умові попередньої консультації клінічного онколога (хіміотерапевта) і з дотриманням його рекомендацій.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Основою роботи послужив багаторічний досвід авторів у проведенні медикаментозної терапії онкологічних захворювань, а також спостереження результатів лікування злоякісних пухлин у Львівському онкологічному центрі та інших установах. Акцент зроблено на помилках, які були допущені при плануванні та проведенні медикаментозної терапії. До уваги були прийняті і сучасні вимоги до хіміотерапії, які опубліковані в авторитетних керівництвах і прийняті на міжнародних форумах онкологів.

Метою роботи є необхідність звернути увагу лікарів на можливі організаційні, діагностичні, тактичні помилки при проведенні медикаментозного лікування злоякісних пухлин.

Поняття медикаментозна терапія об'єднує три різні способи впливу на пухлинний ріст: цитостатичний, або хіміотерапію, гормонотерапію, імунотерапію. У цій статті зупинимося на власне хіміотерапії, тобто лікуванні цитостатиками.

Хіміотерапія злоякісних пухлин передбачає застосування лікарських засобів синтетичного або природного походження з метою незворотнього пошкодження проліферації злоякісних клітин. Перші повідомлення про успішну медикаментозну терапію злоякісних пухлин починаються з 1940-х років і стосуються досягнення об'єктивної регресії хвороби Годжкіна, за допомогою препарату синтетичного походження мехлоретаміну. З того часу арсенал протипухлинних препаратів значно розширився, зросла їхня ефективність. Вони стали важливими, а при гемобластозах -єдиними засобами лікування генералізованих форм злоякісних пухлин. При деяких локалізаціях злоякісних новоутворень застосування хіміотерапії зумовлює одужання хворих, при інших - збільшує тривалість життя. Чутливість пухлин до цитостатиків різна, тому назначати хіміотерапію слід там, де є реальна надія на успіх, що відображено в нижче наведених даних.

А. Пухлини, які можуть бути вилікувані за допомогою тільки хіміотерапії

<i>Тип пухлини</i>	<i>Вилікування, %</i>
1. Пухлини трофобласта:	
локальний процес	90
дисемінований	до 60
2. Гострий лімфобласний лейкоз	75
3. Хвороба Годжкіна	80
4. Негоджкінські лімфоми (у дітей)	60
5. Дифузна гістіоцитарна лімфома	50
6. Лімфома Беркітта	50
7. Пухлини яєчка	90

Б. Пухлини, які виліковуються за допомогою ад'ювантної хіміотерапії

1. Пухлина Вільмса	65
2. Остеогенна саркома	65
3. Рабдоміосаркома	70

В. Пухлини, при яких вдається отримати повну регресію процесу і збільшити тривалість життя

1. Рак грудної залози
2. Дрібноклітинний рак легені
3. Гострий мієлобласний лейкоз
4. Негоджкінські лімфоми
5. Рак передміхурової залози
6. Волосковоклітинний лейкоз
7. Хронічний гранулоцитарний лейкоз

Г. Пухлини, при яких вдається отримати повну або часткову регресію з помірним збільшенням тривалості життя хворих.

1. Множинна мієлома
2. Рак яєчників
3. Гострий мієлобласний лейкоз
4. Нейробластома
5. Рак товстої кишки
6. Рак печінки

Д. Пухлини, які дають мінімальну відповідь на стандартну хіміотерапію без збільшення тривалості життя хворих.

1. Недрібноклітинні форми раку легень
2. Пухлини голови та шиї
3. Рак шлунка

4. Рак підшлункової залози
5. Рак шийки матки
6. Меланобластома шкіри
7. Пухлини кори надниркових залоз
8. Саркома м'яких тканин.

Цитостатичні препарати стали важливим елементом комплексного лікування онкологічних хворих, доповнюючи і розширюючи можливості хірургії та променевої терапії. На практиці вже апробовано понад 50 протипухлинних препаратів. Мистецтво і знання лікаря визначає ефективність вибору адекватного лікування. Призначення медикаментозної терапії у випадках, де вона завідомо не може дати ефекту є помилкою. Хіміотерапія, як і інші методи лікування, має свої покази і протипокази, застосовувати хіміотерапію «на всякий випадок», «для заспокоєння хворого і його родичів» є грубою помилкою. В онкологічній клініці застосовуються різні протипухлинні препарати, які пройшли складну процедуру перевірки і дія яких є доведеною. Наукова медицина користується різними рівнями доказовості і рангами рекомендацій, прийнятими міжнародним співтовариством.

Рівні доказів (прийняті Американським товариством клінічної онкології/ASCO)

- I. Доказ отримується з мета-аналізу численних добре оформлених досліджень. Рандомізовані дослідження з низьким рівнем хибно-позитивних помилок (висока точність).
- II. Доказ отримується з щонайменше одного добре спланованого дослідження. Рандомізовані дослідження з високим рівнем хибно-позитивних і (або) хибно-негативних помилок (низька точність).
- III. Доказ отримується з добре спланованих напівекспериментальних досліджень, таких як нерандомізовані, контрольовані одногрупні, з історичним контролем, випадок - контроль і т. ін.
- IV. Доказ отримується з добре спланованого не експериментального дослідження, такого як порівняльне, описове корелятивне вивчення клінічних випадків.
- V. Доказ отримано з опису окремих випадків і клінічних прикладів.

Ступені рекомендацій (прийняті ASCO)

- A. Докази I типу або численні стійкі дані II, III або IV типу.
- B. Докази II, III або IV типу і загалом стійкі дані.
- C. Докази II, III або IV типу, але дані невідповідні.
- D. Є невеликі або відсутні систематичні емпіричні докази.

РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Зупинимося на типових помилках, які спостерігаються в онкологічній практиці в поєднанні з нашими особистими спостереженнями. Першою засадничою помилкою, яку можуть здійснювати лікарі інших фахів (хірурги, урологи, гінекологи) це намагання самостійно без узгодження з хіміотерапевтом вести хворого, якого вони перед тим лікували (оперували).

Другою помилкою є застосування «власних» схем поліхіміотерапії, які не передбачені інструкціями компетентних установ. Помилкою є самовільна «заміна» в стандартних протоколах одних препаратів іншими (у випадку їх відсутності чи з економічних міркувань). Сучасна хіміотерапія є дуже складною наукою і вона діє на основі апробованих схем лікування, складання яких є дуже відповідальною і контрольованою процедурою.

Тому дивно, коли поміж пацієнтами, а часом і лікарями передаються рекомендації, взяті з так званої «народної медицини», які рекомендують або кустарно виготовлені «протиракові препарати», що застосовуються напівлегально і дані про які публікуються тільки в щоденній пресі, а не визнаних наукових виданнях. Ще більше дивовижні рекомендації застосування різних речовин - сечі, наварів з трав, екстрактів з різних тваринних органів. Склад цих

“медикаментів” не досліджений, ефект не передбачувальний, шкода для пацієнта від їх застосування безсумнівна. Участь лікарів у такому “лікуванні” виходить за межі поняття “лікарська помилка”, а відноситься до категорії недопустимих для лікаря дій.

Інший тип помилок стосується невластивого назначення препаратів і схем поліхіміотерапії. Це помилки, які можна кваліфікувати як викликані недостатньою інформованістю лікарів.

У кожній країні існують спеціальні державні організації, які мають великі повноваження щодо дозволу на клінічне випробування, чи широке застосування фармацевтичних препаратів. У США діє відома Food and Drug Administration, в Україні – Фармакологічний комітет. Застосування ліків, неапробованих Фармакологічним комітетом, є недопустимим порушенням лікарських норм і може тягти за собою відповідальність лікаря.

З огляду на вже визначену або можливу дію та походження цитостатичні препарати поділяються на кілька груп:

1. Алкілюючі препарати.
2. Структурні аналоги метаболітів або антиметаболіти.
3. Протипухлинні антибіотики.
4. Препарати рослинного походження.
5. Ферменти.
6. Різні синтетичні препарати:
 - а) похідні сечовини;
 - б) андрогени;
 - в) похідні метилгідразину
 - г) інші цитостатики.

Гормональна терапія розглядається в іншій статті. Таргетні препарати, які в даній статті нами не будуть розглядатися, бо їх застосування фактично знаходиться в фазі клінічного експерименту, і про лікарські помилки в їх застосуванні говорити рано.

Терапевтичний ефект переважної більшості протипухлинних препаратів, зумовлений їх впливом на різні етапи біосинтезу та функцій нуклеїнових кислот. Протипухлинні препарати виявляють свою цитостатичну дію на фракцію тих клітин, а також нормальних клітин, які інтенсивно діляться. Якщо з певних причин пухлинні клітини перестають ділитися, то вони стають нечутливими до дії цитостатичних препаратів.

Для застосування цитостатика в клініці його вибирають на основі тривалого і складного лабораторного, експериментального і клінічного дослідження, що проводиться в високоавторитетних онкологічних наукових установах під постійним контролем компетентних інстанцій.

Можливість знищення пухлинних клітин зростає із збільшенням дози цитостатичних препаратів. Довільне збільшення разової дози препарату призводить безпосередньо до появи гострої токсичності, оскільки сучасні цитостатики мають невеликий терапевтичний інтервал. Водночас зниження разової дози протипухлинного препарату зменшує ефективність лікування. Це зумовлює необхідність застосування у хворих оптимальних доз цитостатиків. Відхилення від цього правила є лікарською помилкою, що знижує ефективність терапії.

Вибір способу цитостатичного лікування кожного конкретного хворого є індивідуальним і ґрунтується на детальній характеристиці процесу, його чутливості до препаратів, характеристиці препарату або їх комбінацій, оцінці загального стану хворого.

Характеристика патологічного процесу містить дані про його первинну локалізацію та морфологічну будову, ступінь поширення та розміщення метастазів, величину пухлинного навантаження на організм, характер попереднього спеціального лікування.

При однаковій локалізації первинної пухлини ефективність хіміотерапії може залежати від особливостей морфологічної будови пухлини та її метастазів. Метастази можуть мати іншу гістологічну будову, ніж первинна пухлина, це так звана прогресія процесу. Частіше метастази є більш чутливими до цитостатиків, ніж первинна пухлина. На ефективність хіміотерапії впливає характер локалізації метастазів. Високочутливими до лікування є метастази пухлини в м'які тканини, лімфатичні вузли, відносно резистентними - метастази в кістки, печінку, легені, резистентними - у головний мозок. Чим більшим є пухлинне навантаження на організм, тим менша ефективність цитостатичного лікування. Попередньо застосовані променева терапія та хіміотерапія можуть змінити, частіше послабити, чутливість пухлини до цитостатиків.

Для лікування хворого вибираються тільки ті цитостатичні препарати, ефективність яких щодо певної пухлини доведена на практиці. При наявності декількох ефективних препаратів перевагу надають найефективнішому, а при однаковій їх протипухлинній активності - найменш токсичному. Разову дозу цитостатичних препаратів визначають із розрахунку на площу поверхні тіла або на кілограм маси. Курсова доза протипухлинних препаратів в більшості випадків не є твердо фіксованою, а визначається моментом появи побічної дії ліків.

При одночасному застосуванні кількох протипухлинних препаратів ефективність лікування вища, ніж при монохіміотерапії або поетапному введенні окремо кожного препарату. При чутливих до цитостатиків пухлинах саме перший курс лікування визначає його віддалені результати. Тому першочергово застосовують найефективніші терапевтичні схеми з ретельним дотриманням рекомендованих разових доз цитостатиків, ритму та способу їх введення, інтервалів між курсами та циклами лікування.

Вищесказане підтверджує відому істину, що до застосування хіміотерапії необхідно підходити з не меншою обережністю, ніж до хірургічного втручання. Хіміотерапія є методом системного впливу на організм, її супутні явища часто переважають супутні впливи хірургії чи променевої терапії. Застосування хіміотерапії може супроводжуватися небажаними ефектами (нудота, блювання, болі голови і м'язів, анемія, алергічні зміни зі сторони травного тракту і серцево-судинної системи) і серйозними ускладненнями, що можуть мати навіть летальний результат. Тому до проведення хіміотерапії треба відноситися як до процедури, що таїть в собі певний ризик. "Медикоментозний" онколог мусить мати достатній досвід інтерніста, і тому займатися хіміотерапією як "побічним" заняттям паралельно з основним фахом (хірургія, радіологія) є небезпечно і помилково.

Важливою передумовою високої ефективності та зведення до мінімуму побічної дії протипухлинної терапії є врахування факторів, які вимагають проведення корекції разової дози цитостатиків або негайного припинення лікування. Це стосується насамперед показників гемопоезу, функціонального стану нирок і печінки.

Тому лікар, що проводить цитостатичне лікування, повинен бути ознайомленим з механізмами дії препарату і можливими ускладненнями. Нехтування цими обставинами є проявом неуцтва і відноситься до серйозних лікарських помилок.

Найбільшого поширення набув цикловий інтермітивний спосіб комбінованої хіміотерапії, тобто проведення коротких циклів лікування з їх обов'язковим повторенням через певні проміжки часу. Тривалість перерви між циклами хіміотерапії вибирається таким чином, щоб за цей час настало відновлення можливих пошкоджень у нормальних тканинах та органах. Відомо, що репарація пошкоджень у клітинах відстає в часі та інтенсивності від аналогічних процесів у нормальних тканинах. Тому кожен наступний цикл хіміотерапії поглиблює пошкодження в пухлині і ніби заново діє на нормальні структури.

Курсовий спосіб комбінованої хіміотерапії відрізняється від циклового інтермітуючого тим, що лікування є тривалим і не передбачається перерви для репарації пошкоджень у нормальних тканинах та органах. Разові дози цитостатиків, спосіб і ритм їх введення визначають терапевтичним протоколом, а тривалість лікування обмежена моментом появи побічної дії препаратів.

Немотивоване втручання в апробовану схему хіміотерапії може звести нанівець очікуваний ефект і принести хворому не користь, а шкоду. Тому такі дії зараховуємо до лікарських помилок.

Згідно з рекомендацією комітету експертів В003, розрізняють чотири ступені об'єктивного ефекту при хіміотерапії солідних форм злоякісних пухлин:

1. Повна регресія - зникнення усіх об'єктивно зареєстрованих уражень.
2. Часткова регресія - зменшення розмірів усіх або окремих (за умови відсутності прогресування інших) об'єктивно зареєстрованих вогнищ на 50% та більше.
3. Стабілізація - зміна розмірів усіх або окремих вогнищ патологічного процесу на 25%.
4. Прогресування - збільшення розмірів усіх або окремих вогнищ патологічного процесу на 25% та більше або поява нових уражень.

Тривалість повної регресії відраховується від дати появи до моменту прогресування хвороби. Тривалість часткової ремісії відраховується від першого дня лікування, яке дало ефект, до моменту появи перших ознак прогресування хвороби. Суб'єктивно ефект хіміотерапії оцінюється за зміною загального стану хворого, зменшенням або ліквідацією больового синдрому, зміною маси тіла.

Ступінь регресії пухлин необхідно визначати, оцінювати і документувати. Ці дані потрібні для планування наступних циклів і курсу хіміотерапії в цілому.

Оптимальна тривалість перерви між окремими циклами хіміотерапії встановлена не емпірично, а базується на підставі відповідних досліджень, як на лабораторних моделях, так і на онкологічних хворих. Вони встановили, що репарація пошкоджень в пухлинних клітинах, зумовлених цитостатиками, відстає в часі від аналогічного процесу в нормальних клітинах тих органів і тканин, які зазнали пошкоджуючого впливу протипухлинних препаратів. В першу чергу це стосується кровотворної системи. За час перерви нормальні показники кровотворення досить швидко відновлюються, в той час, як клітини пухлини ще знаходяться під впливом цитостатичної терапії. Тому кожний наступний цикл лікування у випадку індивідуальної чутливості пухлини до застосованих цитостатиків призводить до поглиблення терапевтичного ефекту.

Редукція числа циклів хіміотерапії, разових доз протипухлинних препаратів, як і збільшення інтервалів між проведенням чергових циклів лікування є основними причинами зменшення ефективності цитостатичної терапії. На моделі лікування хворих на лімфому Годжкіна за терапевтичним протоколом МОРР, раку грудної залози - за схемою CMF показано, що максимального ефекту вдається досягнути лише при проведенні 6 циклів хіміотерапії. Самовільна модифікація схем, що на жаль зустрічається в практиці навіть досвідчених лікарів, зменшує ефективність хіміотерапії і тому зараховується до лікарських помилок.

У процесі проведення хіміотерапії нерідко виникають небажані реакції організму хворого на препарат, або ускладнення. У переважній більшості ці ускладнення не залежать від лікаря, що проводить хіміотерапію, вони передбачені в інструкціях заводів-виробників, тому не можуть розглядатися як лікарські помилки. Але недостатня обізнаність лікарів з такими явищами і некомпетентна поведінка при їх появі можуть бути джерелом лікарських помилок.

Ця обставина ще раз підтверджує правило, що хіміотерапія злоякісних пухлин повинна проводитися спеціалістами.

Сучасним протипухлинним препаратам властива обмежена вибіркова дія. Їхній терапевтичний індекс дуже низький і в кращому випадку не перевищує 5, тоді як для лікарських засобів, які застосовуються при хіміотерапії інфекційних захворювань, він становить 100 і навіть більше. На сьогодні ми не маємо протипухлинного препарату, позбавленого токсичної дії на організм хворих. Є багато класифікацій такої дії на організм хворих, наприклад, тератогенна, канцерогенна, токсична. Ці побічні ефекти та методи боротьби з ними розглядаються у спеціальних посібниках.

Вважаємо за доцільне привести власне спостереження, яке демонструє, як своєчасне виявлення помилки може виправити ситуацію і вести до можливого позитивного результату лікування.

До нас на консультацію направлено хворого А, 42 років, історика за фахом, відомого у своєму місті громадського діяча. Незадовго до того хворий відзначив появу невеликого пухлинного утвору в ділянці міжреберного простору по передній аксиллярній лінії. Елементарні інструментальні обстеження з'ясували численні пухлинні утвори в легенях, печінці, лімфатичних вузлах черевної порожнини та грудної клітки. Гістологічний висновок після видалення утвору грудної стінки свідчив про наявність метастазу недиференційованої карциноми. Було поставлено діагноз дисемінованого раку без виявленого первинного вогнища. Загальний стан хворого упродовж останніх двох тижнів прогресивно погіршувався.

Як повідомив лікар, що супроводжував хворого, фактичною метою консультації було підтвердження безнадійності ситуації і викликано значним соціальним резонансом стану здоров'я пацієнта. Вважалось, що спеціальне протипухлинне лікування недоцільне.

Погоджуючись із серйозністю прогнозу, ми бачили певну перспективу системного лікування лише у випадку чутливого до хіміотерапії процесу, яким міг бути, наприклад, герміногенний рак. На питання щодо можливості ембріонального раку патоморфолог нашого центру відповів, що це не виключено. Одразу було визначено, що рівень альфа-фетопротейну перевищував норму в понад 100 разів, а хоріонічного гонадотропіну в десятки разів. Було зроблено висновок, що маємо справу з дисемінованою екстрагонадною герміногенною пухлиною (попри відсутність патології з боку яєчок).

Хворому призначена типова для такого варіанту пухлин хіміотерапія комбінацією ВЕР (блеоміцин, етопозид, цисплатин). Загальний стан почав поліпшуватися вже під першого дня п'ятиденного циклу цитостатичного лікування. Після 4-х циклів досягнуто понад 90% регресії утворів. Хворий повернувся до праці. Регресія тривала понад два роки.

Відзначимо ще кілька типових «технічних» помилок, які трапляються у практиці лікарів-онкологів. Найчастіше вони стосуються введення паклітакселу. Паклітаксел має яскраво виражені гідрофобні властивості. Застосування ж у якості розчинника похідного касторової олії Stemorhor EL та етанолу спричинює серйозні побічні ефекти лікування (зокрема, саме з розчинником пов'язується високий ризик розвитку реакцій гіперчутливості). Профілактика реакцій гіперчутливості (гіпотензія, бронхоспазм, порушення дихання) досить ефективно здійснюється десенсибілізуючими препаратами (метою є повна блокада гістамінових рецепторів як H1, так і H2), хоча і при цьому в окремих випадках лікування доводиться припиняти. Для інфузій розчину паклітакселу застосовуються спеціальні системи з фільтрами (0,22 мкм), які не містять полівінілхлориду. Розчин паклітакселу може готуватися і вводиться лише зі скляних флаконів. При застосуванні паклітакселу у дозі 80 мг/м² підготовка

дексаметазоном може бути спрощеною - перед першою інфузією паклітакселу застосовують 8 мг дексаметазону дом'язово, поступово знижуючи при добрій переносимості дозу до 2 мг.

Введення доцетакселу вимагає також профілактичного застосування дексаметазону по 8 мг двічі на день упродовж трьох днів, починаючи за день до введення препарату. На відміну від паклітакселу, розчин доцетакселу може вводитися звичайними системами. Такі технічні деталі властиві і іншим препаратам, що детально описані у відповідних інструкціях і спеціальній літературі.

ВИСНОВКИ

Хіміотерапія злоякісних пухлин є складною наукою і непростою лікарською процедурою, яка може ускладнюватися різними небажаними ефектами, в процесі лікування яких можливі лікарські помилки.

Хіміотерапія зайняла постійне місце в сучасному протираковому лікуванні, це складний і часом ризикований метод, який вимагає серйозного відношення як зі сторони хворого, так і лікаря.

Найчастіші помилки, які стосуються цитостатичної терапії відносяться до:

1. Недостатньої інформованості хворого про позитивні результати проведення неoad'ювантної чи ад'ювантної терапії.

2. Недостатня інформація хворого про недопустимість і небезпеку лікування науково неапробованими «лікарствами».

3. Недостатня компетенція лікарів-неонкологів, які стараються самостійно лікувати хворих, в т.ч. цитостатичними препаратами, без участі онколога.

4. Неправильне назначення хіміопрепаратів у випадках чи за схемами, які в конкретному випадку не можуть бути ефективними.

5. Недооцінка можливостей хіміотерапії і відмова від цитостатиків там, де за даними науки вони повинні бути ефективними.

6. Застосування цитостатиків в комбінаціях і схемах, які неапробовані компетентними установами.

7. Недооцінка небажаних ефектів хіміотерапії або ускладнень від застосування та неадекватне лікування таких станів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білинський Б.Т., Шпарик Я.В. «Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози». Львів. Галицька видавнича спілка. 2001. – 155с.
2. Я.В.Шпарик, Б.Т.Білинський: Посібник для лікарів – Ад'ювантна хіміотерапія раку грудної залози. Львів, 1997. – 64с.
3. Клинические испытания лекарственных средств в Украине. Киев. 2006. Минздрав Украины, АМН Украины, Гос. фармакологический центр Украины, Международный фонд клинических исследований. – 109 с.
4. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено МОЗ України. Київ. 2007. – 200 с.
5. Vincent T DeVita, Jr., Theodore S Lawrence, Steven A Rosenberg, Ronald A DePinho, Robert A Weinberg. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. Lippincott Williams & Wilkins (LWW). 2011. 3546 p.
6. H.M. Pinedo and Brace A. Chabner. Cancer Chemotherapy. Annual, 1986.
7. Ian Magrath. New Directions in Cancer Treatment. Springer-Verlag, 1989. – 631с.

ЧАКРА АДЖНА

Впервые у світі даються основні еніоанатомічні характеристики чакри аджни

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

Впервые в мире представлены основные эниоанатомические характеристики чакры аджны

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

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

Key words: ajna, 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), 11-14 (77-80) Феномен людини. Здоровий спосіб життя

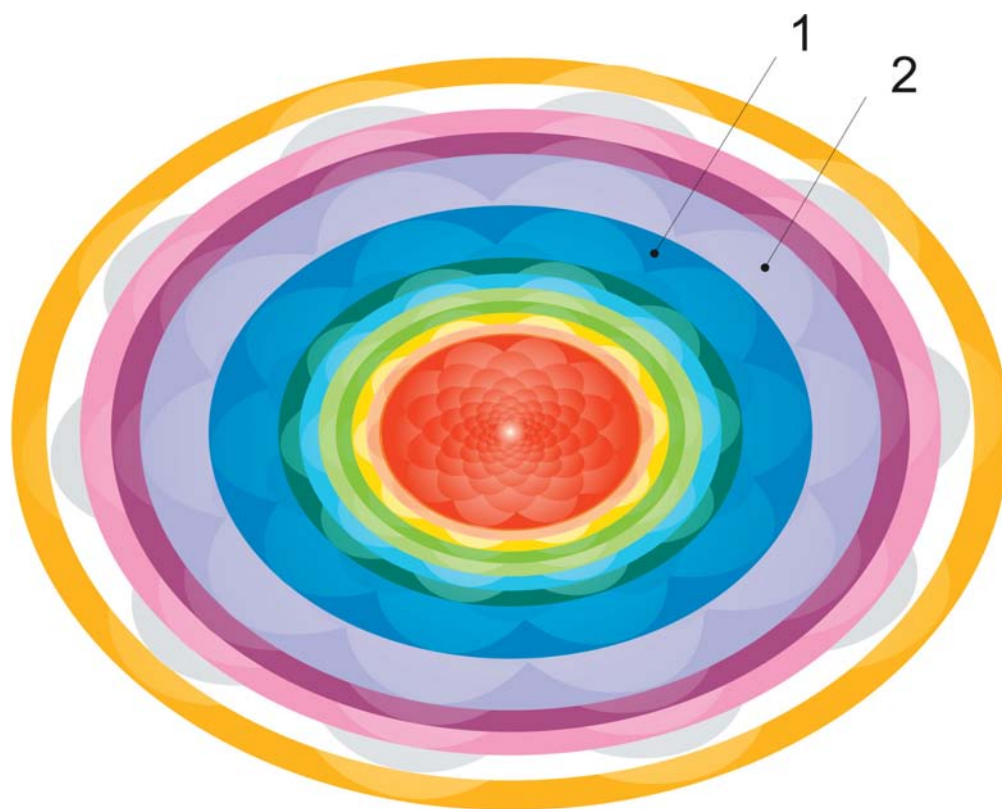
У санскриті слово аджна означає «керуючий центр» або «наказ» або «Шіва нетра», що означає «Око Шіви» чи «Унана Нетра» – око мудрості. Звичайно її називають «третє око».

Чакра аджна є сукупністю дев'яностошестипелюсткових порожнистих конусів, телескопічно розміщених і з'єднаних до інтегральної багаторівневої структури тонкоматеріальних тіл (*Мал. 1-3*).

Еніоанатомічна характеристика чакри аджни:

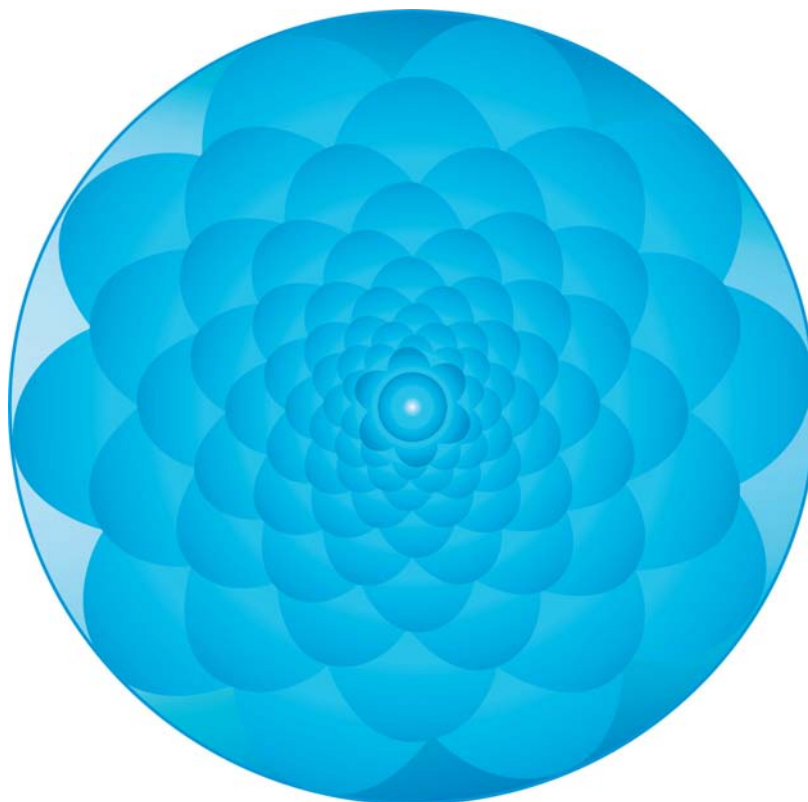
1. За своєю участю у будові системи каналів відноситься до **основних** чакр тому, що вона бере участь у побудові основи сушумни, де утворює середній аджно-сушумновий сегмент, котрий огортає вішудхо-сушумновий, анахато-сушумновий, маніпуро-сушумновий і муладхаро-сушумновий сегменти. Це найважливіша структурна ознака, за якою чакру відносять до основних. Мікроканали чакри аджни беруть участь у будові додаткових структур меруданди, іди, пінгали, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу, усіх меридіанів, зокрема меридіану товстого кишечника, шлунка, селезінки – підшлункової залози, тонкого кишечника, сечового міхура, трьох обігрівачів, жовчного міхура, печінки, заднього серединного і переднього серединного, чакрової автономної аджнової системи каналів, чакрової системи, субсистем і ультрасубсистем каналів та мікроканалів.
2. З точки зору функціонального значення належить до **основних** чакр тому, що своїм функціонуванням створює інформаційно-енергетичну основу філогенетичного і онтогенетичного розвитку людини і безперервно доповнює новими інформаціями, мікрочастками, світлом та енергіями морфогенез фізичного тіла та інформаційно-енергетичний генез тонкоматеріальних тіл. Це найважливіша функціональна ознака, що відносить чакру до основних. Стовідсоткова компенсація функціональних ознак чакри аджни неможлива будь-якою іншою чакрою, навіть найвищими духовними чакрами.
3. З точки зору будови чакрового конуса належить до **сегментарних** чакр. Кожний чакровий конус має 96 пелюсток і цілком чакра має 1 440 пелюсток (15 x 96). Кількість пелюсток дорівнює кількості хвилин дня, що може бути пов'язано з інформаційно-енергетичним забезпеченням керування хвилиних біоритмів людини. Кожній пелюстці чакрового конуса чакри вішудха відповідає звукова вібрація мантри **ОМ** і вібрація ноти **До**.

4. Відповідно до локалізації належить передня і задня частини чакри до чакр **ГОЛОВИ**. Вершина передньої частини локалізована між бровами, вершина задньої частини – протилежно, у будь-якій точці зовнішнього потиличного гребеня між нижньою і

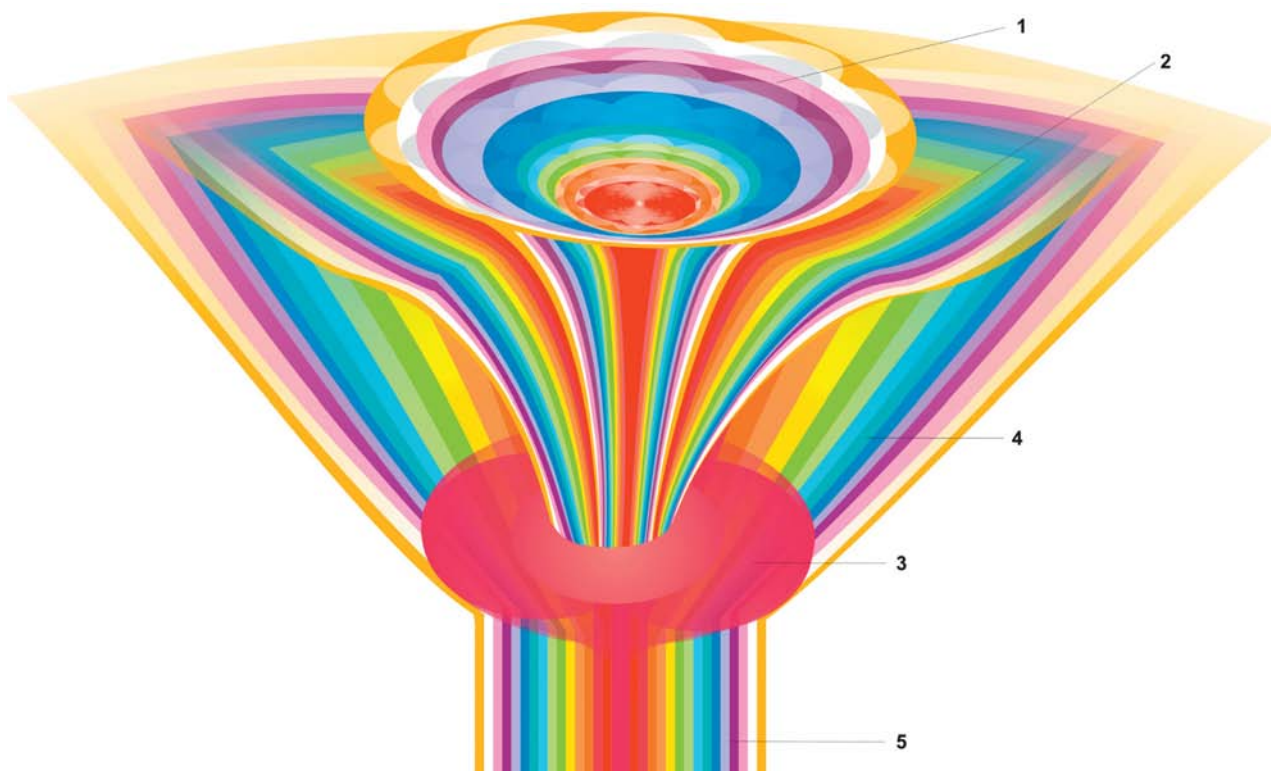


Мал. 1. Основа аджни чакри:

1–2 – основні конуси чакри: 1 – синій конус, структура синього тонкоматеріального тіла; 2 – бузковий конус, структура бузкового тонкоматеріального тіла.



Мал. 2. Основа основного – синього конуса аджни чакри
(основи всіх решти конусів аджни чакри мають подібну будову)



Мал. 3. Аджново-медулярна чакрова структура:

1 – аджна; 2 – оболонкові мікроканали зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл, які утворюють структуру аджни чакри; 3 – медулярна чакра; 4 – оболонкові мікроканали зовнішніх оболонок тонкоматеріальних тіл, які утворюють структуру медулярної чакри; 5 – вершини аджни і медулярної чакри.

верхньою вийними лініями потиличної кості. Деякі автори (Ігнатенко А.В., 1998) стверджують, що вершина задньої частини чакри аджни локалізується у просторі проекції 1-2-го шийних хребців. У такому випадку задня частина чакри відноситься до чакр **ший**.

5. Відповідно до орієнтації основи чакрових конусів чакри у просторі відноситься до **фронтально орієнтованих** тому, що основи її чакрових конусів орієнтовані фронтально, передньої частини чакри спрямовані вентралью, а задньої частини – дорзально.
6. За величиною діаметра розкритого базового внутрішнього (червоного) конуса чакри вона відноситься до **великих** чакр тому, що повністю розкритий базовий конус має діаметр 6-8 см і більше.
7. За кількістю, відноситься до **непарних** чакр тому, що в тонкоматеріальних тілах не існує жодна подібна їй чакра. Це є **комбінована** чакра, тому що вона складається з двох ідентичних частин передньої і задньої.

Чакра розміщується в просторі біля фізичного тіла. Її вершини з'єднуються із сушумною у місці, де починається меруданда, іда, пінгала, в області проекції таламуса або між таламусом і середнім мозком, де утворюється верхній аджно-медулярний анастомозний вузол з'єднання, створений сушумною, мерудандою, ідою, пінгалою, вершинами передньої та задньої частини чакри аджни, медулярної чакри, чакр камешвара-камешвари, сахасрари, магатми та іншими чакрами. Вершини чакри не тільки утворюють аджно-сушумновий сегмент, але беруть участь у створенні додаткових структур меруданди, іди, пінгали, правого зіркового каналу, лівого зіркового каналу і меридіанів.

Чакра своїми мікроканалами з'єднується з усіма основними, життєво важливими і з більшістю функціонально забезпечувальних чакр, і тим самим стає невід'ємною складовою чакрової системи. Її мікроканали утворюють автономну аджнову систему мікроканалів. Аджнові мікроканали з'єднуються з вихідними сушумновими, мерудандовими, ідовими, пінгаловими, зірковими, оболонковими, меридіановими і чакровими мікроканалами інших чакр і таким чином беруть участь у створенні інтегральної системи каналів, яка складається з аджно-сушумнової, аджно-мерудандової, аджно-ідової, аджно-пінгалової, аджно-правозіркової, аджно-лівозіркової, аджно-оболонкових, аджно-меридіанових і аджно-чакрових субсистем. При цьому слід пам'ятати, що аджно-оболонкових, аджно-меридіанових та аджно-чакрових субсистем існує стільки, скільки є оболонок, меридіанів і чакр. Аджнових субультрасистем існує стільки, скільки є структур організму і тонкоматеріальних тіл. У кожній аджновій системі мікроканалів відбувається циркуляція, транспортування, перерозподіл і утворення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій усіх природних діапазонів електромагнітного спектра.

Чакра має дві ідентичні частини – передню і задню.

Чакрові конуси передньої частини чакри аджни своїм функціонуванням інформаційно-енергетично забезпечують візуалізацію, розуміння ментальних концепцій та концентрацію інформації реальності і Всесвіту. Структурно-функціональні стани різних функціональних режимів та специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми чакрових конусів передньої частини чакри обумовлюють бачення світу і взаємовідносини з ним. Якщо основи чакрових конусів передньої частини чакри аджни обертають інформаційно-енергетичні матерії проти годинникової стрілки, людина не здатна систематизувати свої ментальні концепції, у неї формується неправильна і негативна уява про реальність. Інтенсивне обертання інформаційно-енергетичних матерії проти годинникової стрілки створює інформаційно-енергетичну основу для формування негативних ментальних концепцій та ідей. При активному синхронному функціонуванні чакрових конусів передньої і задньої частин чакри з обертанням інформаційно-енергетичних матерії проти годинникової стрілки, створюється інформаційно-енергетична основа, при якій негативні концепції можуть матеріалізуватися, реалізуватися і спричинити руйнування. Якщо основи чакрових конусів задньої частини чакри аджни обертають інформаційно-енергетичні матерії за годинниковою стрілкою і одночасно чакрові конуси передньої частини проти годинникової стрілки – утворюються інформаційно-енергетичні умови для реалізації непрогресивних і негативних концепцій та ідей (Barbara Ann Brennan, 1994). Людина з такими функціональними проявами чакри аджни не усвідомлює, що може бути небезпечною і може негативно впливати на еволюційний розвиток суспільства, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття.

Чакрові конуси задньої частини чакри аджни являються вольовим виконавчим центром, який своїми специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами і субстанціями забезпечує процес реалізації ментальних концепцій та ідей, які сформувалися на інформаційно-енергетичній основі чакрових конусів передньої частини чакри. Оптимальне функціонування розкритих основ чакрових конусів задньої частини чакри інформаційно-енергетично забезпечує перетворення ментальних концепцій та ідей у відповідну діяльність, спрямовану на матеріалізацію ментальних концепцій та ідей у фізичному світі.

У світовій літературі панує думка, що чакра має індигово-синій, жовтий і фіолетовий колір, але її основний колір – індигово-синій. З точки зору анатомії чакри є помилковою думка, що чакра має тільки індигово-синій, жовтий і фіолетовий колір. Синій колір має лише один її, середній – основний (синій) чакровий конус, жовтий може мати один із середніх – жовтий

чакровий конус, а фіолетовий колір може мати один із середніх – фіолетовий чакровий конус. Тому вся інформація про чакру аджну, яка заходиться у світовій літературі, своїм інформаційним змістом відноситься тільки до синього чакрового конуса чакри, і в меншій мірі – до фіолетового чакрового конуса чакри. Деякі автори стверджують, що чакра має жовтий колір, але при цьому значення жовтого чакрового конуса не вказують. Значення інших чакрових конусів чакри досі не описані.

Потреба чакри – бути в гармонії із Всесвітом; **основний принцип** – пізнання Буття; **духовний аспект** – відповідальність за себе самого; **психічна потреба** – знання та рівновага; **емоції** – ясність і безлад (Ігнатенко А.В., 1992, 1998; Shalila Sharamon, Bodo I. Baginski, 1993; Christine R. Page, 1999). У чакрі переважає психічна енергія (псі-енергія) у відповідних співвідношеннях до інформаційно-енергетичних матерій інших спектральних кольорових діапазонів.

Чакра аджна являється одним з інформаційно-енергетичних центрів управління, центром вищого інтуїтивного пізнання світу і центром психічних інформаційно-енергетичних матерій. Чакра трансформує космічну енергію прана, апана, самана, удана, व्याна, інь та ян. Концентрована чакрою аджною сніжно-біла психічна енергія може енергетично підсилювати і контролювати енергії п'яти пран, інь та ян, інформаційні, енергетичні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні та електромагнітні процеси червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, синього і бузкового тонкоматеріальних тіл і всіх органів та систем організму фізичного тіла. Інформації, мікрочастки, світло, енергії, специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції чакрових конусів чакри допомагають завершенню свідомого сприймання Буття, особливо його духовної частини, поглибленому розумінню інтелектуальних здібностей, запам'ятовувати, аналізувати і розрізняти характеристики, явища і процеси внутрішнього і зовнішнього середовища. Чакра своїм функціонуванням інформаційно-енергетично забезпечує управління центральної нервової системи, процесів раціонального та інтегрального мислення, інтуїтивного, підсвідомого, надчутливого, позасеміолового, екстрасенсорного, інформаційно-енергетичного і духовного сприйняття. У чакрі концентруються інформації, мікрочастки, світло та енергії духовної сили, всіх форм мислення, психічної діяльності, псі-феноменальних здібностей, що дає можливість людині всебічно проявлятися в людському, природному, земному, космічному, духовному і матеріальному світі створювати нові інформаційно-енергетичні реальності, змінювати їх існування, володіти духовними інформаційно-енергетичними процесами матеріалізації і дематеріалізації. Розвиток свідомості, ментальної уяви, ясності візуалізації, інтуїтивного, позасеміолового, екстрасенсорного, інформаційно-енергетичного і духовного сприйняття, відчуття і усвідомлювання духовного світу та використання духовних інформаційно-енергетичних матерій обумовлюється всебічним розвитком чакри аджни.

Чакра аджна інформаційно, енергетично, інформаційно-енергетично, енергоінформаційно і електромагнітно поєднує людину із шостим космічним інтуїтивним світлом синього кольору, є основою для інтуїтивного (синього) тіла (Ігнатенко А.В., 1998). За допомогою чакри людина досягає єдності з енергоінформаційними матеріями, флюїдами, голограмами та егрегорами інтуїтивних знань земних і космічних інформаційно-енергетичних полів. Чакра допомагає з'єднанню фізичного тіла з тонкоматеріальними тілами і тонкоматеріальних тіл між собою. Інформаційно-енергетично забезпечує, посилює, контролює і керує процесами синього, бірюзового, блакитного, світлосяючого зеленого, зеленого, жовтого, світлосяючого оранжевого, оранжевого, світлосяючого червоного і червоного тонкоматеріальних тіл, чакри вішудхи,

анакати, маніпури, свадхістхани та муладхари, всіх життєво важливих та функціонально забезпечувальних чакр, макро-, мікро-, ультра- і субультраанатомічних структур фізичного тіла, зокрема черепа, органів зору (насамперед лівого), слуху, нюху, смаку, центральної і периферичної нервової системи, кісткового мозку, гіпофізу і частково епіфізу. Ці функції може виконувати тільки розвинута чакра, що підтверджує думку Ігнатенка А.В., 1998. Специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми і субстанції чакри допомагають розширювати свідомість людини, що створює умови для її розвитку і вдосконалення, для контролю та управління всіх нижче розміщених чакр. Між розвитком чакри аджни і розширеною свідомістю людини встановлюється пряма взаємозалежність. Розвинута чакра дає людині можливість проявляти високочутливу інтуїцію, позасмислове, екстрасенсорне і духовне сприйняття, яснобачення, яснослух, яснонюх, ясносмак, яснознання, апріорні знання, психокінетичні, психометричні, телепатичні, біолокаційні, цілительські та інші пси-феноменальні здібності, що дозволяє людині проникати до усіх рівнів матеріального і духовного Буття, приймати об'єктивні інформації про світ, розширювати свою свідомість, фізичний і духовний розвиток, досягнути гармонії, проявлятися в матеріально-духовній єдності, переорієнтовувати і прискорювати свій еволюційний розвиток. Розширена свідомість, візуалізація, яснобачення, позасмислове, екстрасенсорне, інформаційно-енергетичне і духовне сприймання дають можливість людині мати контроль над чакрою аджна, створювати інформаційно-енергетичні умови для її структурно-функціонального вдосконалення, всебічного, гармонійного, збалансованого та універсального розвитку. Розвиток чакри аджни інформаційно-енергетично поєднаний з інтуїцією, тонкочутливими почуттями, мисленням, мудрістю, з пси-феноменальними почуттями і духовною любов'ю. Співвідношення інформацій позитивних і негативних проявлень людини впливає на структурно-функціональні стани, функції і функціональні можливості чакри, її розвиток та характер розширеної свідомості людини.

Після смерті фізичного тіла, людина може вступити до вищого духовного Буття, якщо перед і у момент смерті фізичного тіла людина буде у блакитному, бірюзовому, синьому, бузковому, фіолетовому, рожевому, білому і золотому чакрових конусах чакри аджни, свідомо акумулювати свої психічні та духовні інформаційно-енергетичні матерії, чим автоматично досягається інформаційно-енергетична єдність з інформаційно-енергетичними полями духовного Буття.

Продовження у випуску 16 (82)

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), 11-14 (77-80).
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.

ІНСУЛЬТ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

В статті розглянуті патофізіологія периопераційного інсульту і дані рекомендації щодо стратифікації ризику останнього та його корекції.

Ключові слова: периопераційний інсульт, патофізіологія, стратифікація ризику

В статье рассмотрены патофизиология периоперационного инсульта и представлены рекомендации относительно стратификации риска последнего и его коррекции.

Ключевые слова: периоперационный инсульт, патофизиология, стратификация риска

The article is dedicated to the pathophysiology of perioperative stroke and covers recommendations concerning its risk stratification and correction.

Key words: perioperative stroke, pathophysiology, risk stratification

Інсульт є одним із найбільш важких ускладнень хірургічного втручання. Для забезпечення адекватних профілактичних і терапевтичних заходів лікарі мають знати про фактори ризику цього стану у периопераційний період. В статті ми розглянемо патофізіологію такого варіанту інсульту і дамо рекомендації щодо стратифікації ризику останнього та його корекції.

Частота

Частота периопераційного інсульту залежить від типу і складності хірургічного втручання. Його ризик після загальнохірургічних (не-серцевих) операцій дуже низький. Операції ж на серці і судинах, а зокрема їх поєднання, асоціюються із набагато вищим ризиком (Таблиця 1). Вибір часу для втручання також важливий. Більшість інсультів розвиваються після невідкладних операцій, порівнюючи з плановими.

Таблиця 1.

Частота інсульту після різних хірургічних втручань

Втручання	Ризик інсульту (%)
Загально-хірургічне втручання	0,08-0,7
Операція на периферичних судинах	0,8-3,0
Резекція пухлини голови або шії	4,8
Каротидна ендартеректомія	5,5-6,1
Ізольоване АКШ	1,4-3,8
Комбінація АКШ з операцією на клапанах	7,4
Ізольоване втручання на клапанах	4,8-8,8
Операція на двох-трьох клапанах	9,7
Реконструктивне втручання на аорті	8,7

Не дивлячись на досягнення в хірургічних методиках та лікуванні у периопераційному періоді частота інсультів упродовж останнього часу не зменшується, що відображає процес старіння населення і збільшення кількості хірургічних пацієнтів похилого віку із

коморбідними станами. Наслідками названого ускладнення є тривале перебування в лікарні, підвищені рівні інвалідизації, госпіталізації в спеціалізовані установи тривалого догляду і післяопераційної смертності.

Патофізіологія

Радіологічні і патоморфологічні дослідження вказують, що периопераційні інсульти переважно є ішемічними та емболічними. У дослідженні 388 хворих з гострою цереб्रो-васкулярною подією після операції аорто-коронарного шунтування (АКШ) крововилив відбувся лише в 1%; 62% мали емболічні інфаркти. Час розвитку емболічних інсультів після операції має бімодальний розподіл. Приблизно 45% периопераційних інсультів виявляють в перший день після втручання. Решта 55% виникають після затяжного виходу з наркозу, починаючи із другого дня післяопераційного періоду. Рання емболізація особливо часто є наслідком маніпуляцій на серці і аорті чи внаслідок функціонуючого апарату штучного кровообігу (АШК). Пізню емболію часто пов'язують із післяопераційною фібриляцією передсердь, інфарктом міокарда внаслідок дисбалансу між забезпеченням останнього киснем та його потребами, і коагулопатією. Хірургічна травма з асоційованим пошкодженням тканини викликають посилене згортання крові. Декілька досліджень засвідчили активацію системи гемостазу і зниження фібринолізу після оперативного втручання, що підтверджується зниженням активності тканинного активатора плазміногену (тАП), і підвищенням – інгібітора активатора плазміногену 1 типу, а також зростанням рівнів продуктів розпаду фібриногену, комплексу “тромбін-антитромбін”, тромботичного білка-попередника і D–димера відразу після операції аж до 14-21 дня. Наркоз, дегідратація, ліжковий режим, післяопераційний стаз, стримане використання в периопераційному періоді антикоагулянтів та антитромбоцитарних агентів можуть погіршувати індуковану хірургічним втручанням гіперкоагуляцію і підвищувати ризик периопераційних тромбогенних подій включно з інсультом.

Зараз все більше визнають появу коротко- і довготермінових когнітивних змін (короткотермівової втрати пам'яті, розладів виконавчих функцій, сповільнення психомоторних процесів) після АКШ. Мультифакторними причинами подібних трансформацій є ішемічне пошкодження внаслідок мікроемболізації, хірургічної травми, преморбідних змін у судинах і температури тіла під час операції.

На відміну від поширених уявлень, більшість інсультів у кардіохірургічних пацієнтів, включаючи і тих, хто має стеноз каротид, не пов'язані із гіпоперфузією. Гіпотензія, індукована анестезією, ймовірно, як не впливає негативно на церебральну перфузію, так і не підвищує суттєво ризик периопераційного інсульту внаслідок гіпоперфузії у хворих із стенозом сонних артерій. Більшість подібних цереб्रो-васкулярних катастроф в таких пацієнтів є емболічні і контралатеральні щодо ураженої артерії, або двобічні, тому їх не можна пов'язати лише з самим стенозом магістральних артерій шиї. У одному дослідженні лише 9% інсультів після АКШ були в межових зонах гіпоперфузії. Як і очікувалося, більшість їх виявляли в перший день після втручання. Пізні гіпоперфузійні інсульти, якщо і виникали, часто провокувалися післяопераційною дегідратацією та крововтратою. Іншими, менш поширеними причинами периопераційного інсульту є повітряна, жирова чи парадоксальна емболія, або розшарування артерії внаслідок маніпуляцій на шиї при індукції наркозу чи втручаннях у цій ділянці (Таблиця 2).

Непоширені причини периопераційного інсульту

Повітряна емболія після ендоскопічних процедур, ендоваскулярних втручань чи з апарату штучного кровообігу
Жирова емболія після ортопедичних операцій
Парадоксальна емболія внаслідок післяопераційного тромбозу глибоких вен у хворих із незарощеним овальним отвором
Розшарування екстракраніальних частин сонної чи хребтової артерії внаслідок хірургічних втручань на шії чи перерозгинання останньої при індукції наркозу або стоматологічних маніпуляціях
Зміщення артеріальних атеросклеротичних бляшок внаслідок маніпуляцій на екстракраніальних частинах внутрішньої сонної або хребтової артерії при операціях на шії
Інфаркт спинного мозку після реконструктивної операції аневризми черевної аорти

Стратифікація ризику

Кілька факторів, асоційованих із пацієнтом та процедурою, пов'язані із підвищеним ризиком периопераційного інсульту (Таблиця 3). Оцінка співвідношення “ризик-користь” для кожного хворого перед операцією є важливою у оптимізації лікування.

Таблиця 3.

Фактори ризику периопераційного інсульту

Преопераційні (пов'язані із пацієнтом) фактори ризику
Похилий вік (понад 70 років)* Жіноча стать Анамнестичні дані щодо гіпертензії, цукрового діабету, ниркової недостатності (креатинін понад 2 мг/дл [177 мкмоль/л]), куріння, хронічних обструктивних захворювань легень, хвороб периферичних судин, кардіологічних розладів (ішемічної хвороби серця, аритмій, серцевої недостатності) і систолічної дисфункції (фракція викиду менше 40%)+ Анамнестичні дані щодо інсульту або транзиторної ішемічної атаки Стеноз сонних артерій (особливо, симптомний) Атеросклероз висхідної аорти (у кардіохірургічних пацієнтів) Раптове припинення антитромботичної терапії перед операцією
Внутрішньоопераційні (пов'язані з процедурою) фактори ризику
Тип і суть хірургічного втручання Тип анестезії (локальна чи наркоз) Тривалість втручання і, при кардіохірургічних процедурах, підключення до апарату штучного кровообігу та час перетискання аорти Маніпуляції на атеросклеротичних вогнищах проксимальних відділів аорти Аритмії, гіперглікемія, гіпо- або гіпертензія
Післяопераційні фактори ризику
Серцева недостатність, низька фракція викиду, інфаркт міокарда або аритмії (фібриляція передсердь) Дегідратація і крововтрата Гіперглікемія
* Вік сам по собі не передбачає ризик інсульту, а 70-річний бар'єр вибраний довільно. Однак похилий вік є маркером зниженого церебро-васкулярного резерву і численних співіснуючих станів. + Вплив систолічної дисфункції на ризик периопераційного інсульту є чітко виражений серед хворих, що зазнали реваскуляризації головного стовбура лівої коронарної артерії або з фібриляцією передсердь.

Існують кілька моделей стратифікації ризику периопераційного інсульту. Учені з Дослідницької групи серцево-судинних захворювань північної Нової Англії застосували методику самонастроювання для розвитку і обґрунтування моделі, що передбачає ризик інсульту після АКШ у відповідності до важливості, визначеної щодо семи передопераційних величин. Останні були визначені в обсерваційному дослідженні 33062 пацієнтів, що зазнали згаданої операції. Таблиця 4 резюмує головні елементи цієї предиктивної моделі.

Таблиця 4.

Модель передбачення ризику інсульту серед хворих, що зазнали АКШ*

Фактор ризику	Бал важливості
Похилий вік	
60-69 р.	1,5
70-79 р.	2,5
Понад 80 р.	3,0
Позапланова операція	
Негайна	1,5
В інтервалі годин	3,5
Жіноча стать	1,5
Фракція викиду менше 40%	1,5
Судинне захворювання ⁺	1,5
Креатинін понад 2 мг/дл [177 мкмоль/л] або пацієнт перебуває на гемодіалізі	2,0
Загальний бал	Ризик інсульту (%)
0-1	0,4
2	0,6
3	0,9
4	1,3
5	1,4
6	2,0
7	2,7
8	3,4
9	4,2
10	5,9
11	7,6
12	Понад 10,0
* Фактори ризику мають сумарний ефект, продукуючи комплексну величину ризику периопераційного інсульту серед хворих, що зазнали АКШ.	
⁺ Включає анамнестичні дані щодо інсульту або транзиторної ішемічної атаки, ангіохірургічних втручань, стенозу сонної артерії або ампутації кінцівки або накладання судинного шунта.	

Модифікація ризику

Лікарі можуть вдаватися до діагностичних, терапевтичних або процедурних заходів для модифікації периопераційного ризику, щоб запобігти інсульту і мінімізувати захворюваність. Анамнестичні дані щодо транзиторної ішемічної атаки або гострого порушення мозкового кровообігу є сильним передвісником периопераційного інсульту. Тому медик має з'ясувати всі деталі подібних фактів, діагностувати і лікувати причини вищеназваних розладів, які сталися протягом минулих 6 місяців, особливо коли не було проведено адекватного діагностичного пошуку в минулому, а неврологічний статус пацієнта після згаданої події погіршився. Судинний резерв головного мозку в перші дні після інсульту зазвичай незначний, отже потрібно достатньо часу після цереброваскулярного епізоду для стабілізації гемодинамічних показників і неврологічних симптомів, перш ніж вдаватися до планових хірургічних втручань.

Ризик периопераційного інсульту високий серед хворих із симптомним стенозом каротид. Їх слід оцінити з допомогою доплер-сонографії; пацієнти із стенозом сонних артерій, котрий став симптомним в інтервалі минулих 6 місяців, одержать переваги від реваскуляризації каротид перед масивними кардіо- чи ангіохірургічними операціями. У хворих із одночасними серцевими та каротидними проблемами, котрі потребують негайного кардіохірургічного втручання – тобто в яких ризик ускладнень і смерті від серцевих причин переважає ризик інсульту – використовують зворотний (спочатку АКШ, потім реваскуляризація сонних артерій) або комбінований підхід (обидві операції їдуть паралельно). Останній ймовірно пов'язаний із вищою захворюваністю. Зараз досліджують безпеку каротидної ендартеректомії в порівнянні з стентуванням сонної артерії. Попередні докази стверджують, що стентування, ймовірно, більш придатне для пацієнтів із одночасними симптомними захворюваннями каротид та ішемічною хворобою серця, у яких розглядають можливість преопераційної каротидної реваскуляризації.

Вплив безсимптомного (особливо, однобічного) стенозу сонних артерій на ризик периопераційного інсульту часто перебільшують. Огляд літератури за період 1970-2000 рр. засвідчив загальний ризик інсульту у 2% після АКШ; він збільшувався до 3% у хворих із безсимптомним однобічним стенозом (50-99%) сонної артерії, до 5% серед пацієнтів із двобічним стенозом (50-99%), і до 7% серед тих, хто мав оклюзію каротид. 60% периопераційних інфарктів у хворих із стенозом сонних артерій пов'язувалися із некаротидними причинами.

Детекція безсимптомного стенозу каротид часто починається із виявлення аускультативного шуму на шиї при передопераційній оцінці пацієнта. Оскільки сам по собі шум не корелює із ризиком периопераційного інсульту або важкістю стенозу сонних артерій, за таких обставин рутинна доплер-сонографія не є обов'язковою. Виправданою вона залишається в хворих із аускультативним шумом, котрі недавно мали епізоди, що нагадували транзиторну ішемічну атаку. Більше того, наявні деякі дані на користь рутинного застосування профілактичної реваскуляризації перед значними серцево-судинними операціями у хворих із безсимптомним стенозом каротид.

Реваскуляризація перед хірургічним втручанням загалом не виправдана, оскільки вона піддає пацієнта подвійному ризику периопераційного інсульту і інфаркту міокарда без достовірного зниження ризику першого. Проте деякі хворі із гемодинамічно значущим

безсимптомним стенозом (особливо, двобічним) каротид високого ступеня можуть мати переваги від каротидної ревазуляризації перед плановими операціями. Тому діапазон передопераційної оцінки подібного пацієнта слід індивідуалізувати. Як мінімум, треба детально оцінити його неврологічний статус, зібрати анамнез щодо наявності в минулому транзиторних ішемічних атак, провести комп'ютерну (КТ) і магнітно-резонансну (МРТ) томографію для виключення "німих" інфарктів на стороні стенозу. Інші дослідження типу транскраніальної доплер-сонографії, комп'ютерної чи магнітно-резонансної ангіографії, з допомогою яких реально оцінити мікроемболічні сигнали, внутрішньочерепний кровоплин і гемодинамічну значущість стенозу каротид, дають додаткову інформацію щодо ідентифікації пацієнтів для каротидної ревазуляризації перед операцією. Разом з тим клінічна цінність і співвідношення "ціна-ефективність" у оцінці стану гемодинаміки перед хірургічним втручанням залишаються предметом дебатів, потрібні подальші дослідження щодо їх обґрунтування перед впровадженням у рутинну практику.

Атеросклероз аорти є незалежним передвісником ризику периопераційного інсульту, зокрема серед кардіохірургічних пацієнтів, що зазнали ревазуляризації головного стовбура лівої коронарної артерії. З'ясування діапазону і локалізації атеросклеротичних вогнищ перед чи на момент операції з допомогою черезстравохідної ехокардіографії або внутрішньоопераційного підаортального УЗД є важливим у модифікуванні хірургічної методики і зміні місця накладання аортальної канюлі чи перетискання аорти з метою уникнення кальцифікованих бляшок. Застосування канюлювання аорти під ехографічним контролем чи внутрішньоаортальної фільтрації при АКІШ може знижувати ризик периопераційного інсульту.

Систолічна дисфункція підвищує ризик останнього, зокрема у хворих із фібриляцією передсердь. Передопераційна ехокардіографія з метою оцінки фракції викиду і пошуку внутрішньосерцевих емболів та атеросклерозу аорти може допомогти стратифікувати ризик інсульту і модифікувати лікувальну стратегію при серцевій недостатності, фібриляції передсердь чи підозрі на захворювання клапанів і в тих, хто зазнав ревазуляризації головного стовбура лівої коронарної артерії.

Фібриляція передсердь зустрічається у 30-50% хворих після кардіохірургічних втручань; її пік – 2-4 день післяопераційного періоду і вона є серйозною причиною багатьох периопераційних інсультів. Післяопераційні порушення електролітного балансу і зсуви у внутрішньосудинному об'ємі рідини підвищують ектопічну активність передсердь, що сприяє аритмії (Таблиця 5). Тому важливо проводити моніторинг подібних хворих на предмет аритмії принаймні протягом 3 днів після кардіохірургічних процедур, а також коригувати електроліти і об'єм рідини в післяопераційному періоді. Частоту післяопераційної фібриляції передсердь і інсульту реально знизити шляхом профілактичного призначення аміодарону і бета-адреноблокаторів, починаючи за 5 днів перед втручанням. Пацієнти, що вже мають даний стан і приймають антиаритмічні середники, мають продовжувати їх вживати і в периопераційному періоді, при потребі навіть внутрішньо. Ні в одному контрольованому дослідженні чітко не вивчали застосування антикоагулянтів при свіжій післяопераційній фібриляції передсердь, котра часто спонтанно зникає через 4-6 тижнів. Американський коледж торакальних лікарів рекомендує призначення гепарину, особливо в пацієнтів високого ризику, наприклад, із транзиторною ішемічною атакою чи інсультом в анамнезі, у яких фібриляція розвивається

після операції, і продовження лікування антикоагулянтами протягом 30 днів після повернення до нормального синусного ритму.

Таблиця 5.

Передвісники післяопераційної фібриляції передсердь

Похилий вік
Анамнестичні дані щодо фібриляції передсердь або надшлуночкових аритмій перед операцією
Серцева недостатність або низька фракція викиду перед операцією
Припинення використання інгібіторів АПФ або бета-адреноблокаторів в периопераційному періоді
Недавній інфаркт міокарда по нижній стінці
Комбінація АКШ із операцією заміни клапанів
Високий рівень магнію після операції

Припинення вживання варфарину чи антитромбоцитарних препаратів перед хірургічним втручанням підвищує ризик периопераційного інсульту, особливо це стосується тих, хто має ішемічну хворобу серця. Прогностичний огляд хворих, які потребували довготермінової терапії варфарином, засвідчив, що рівень тромбоемболічних подій залежав від стратегії терапії; він становив 0,6% при припиненні вживання варфарину без внутрішнього призначення гепарину і 0% при припиненні вживання варфарину із внутрішнім призначенням гепарину. Рівень значних кровотеч, що виникали на терапевтичних дозах варфарину, становив 0,2% при стоматологічних маніпуляціях і 0% при артроцентезі, видаленні катаракти, ендоскопії верхніх відділів ШКТ чи колоноскопії з біопсією та без неї.

Дослідження пацієнтів із високим ризиком тромбоемболії, котрі зазнали операції заміни колінного або кульшового суглоба, засвідчило, що тривале застосування помірних доз варфарину (при міжнародному нормалізованому індексі 1,8-2,1) протягом периопераційного періоду було безпечним та ефективним у запобіганні емболічних подій. Ці дослідження дозволяють думати, що більшість хворих можуть зазнавати стоматологічних маніпуляцій, артроцентезу, видалення катаракти, діагностичних ендоскопічних процедур і навіть ортопедичних операцій без переривання режиму лікування антитромбоцитарними агентами або пероральними антикоагулянтами. Коли від використання останніх слід утриматися при інших інвазивних процедурах, то цей період має бути мінімізований. Рекомендують призначення гепарину після припинення застосування варфарину і відновлення перорального прийому антикоагулянтів в ранньому післяопераційному періоді, особливо у пацієнтів із високим ризиком тромбоемболії, наприклад, тих, хто мав у анамнезі системну емболію, фібриляцію передсердь або котрим імплантували штучні серцеві клапани.

Хірурги мають при можливості намагатися мінімізувати тривалість самого втручання. Тривалі операції пов'язані із підвищеним ризиком периопераційних ускладнень та інсульту. Також важливий вибір хірургічної методики відносно профілю ризику хворого. Серед хворих із низькою фракцією викиду ризик інсульту може бути нижчий при коронарній ангіопластиці, порівняно з АКШ, а АКШ без підключення до АШК може асоціюватися із меншим ризиком церебро-васкулярних катастроф, порівняно з АКШ з АШК, серед

пацієнтів із важким атероматозним захворюванням аорти. “Безконтактні” підходи із уникненням маніпуляцій на висхідній аорті бажані настільки, наскільки це можливо при захворюванням аортальної дуги.

Додатково треба розглядати тип анестезії і анестезуючого агента. Порівняно із наркозом регіонарна анестезія менш ймовірно спричинить периопераційні ускладнення. Деякі дані стверджують, що ізофлуран і тіопентал натрію забезпечують нейропротекторний вплив.

Оптимальний рівень артеріального тиску під час операції дискутується. У одному дослідженні частота серцевих і неврологічних ускладнень включно з інсультом при АКШ була достовірно нижча при середньому артеріальному тиску 80-100 мм рт. ст., порівняно з 50-60 мм рт. ст., що дозволяє припускати, що підвищений середній системний артеріальний тиск при названому втручанні безпечний і поліпшує прогноз. Charlson et al. припускають, що внутрішньоопераційний артеріальний тиск необхідно оцінювати відносно передопераційного; вони повідомляють, що тривалі коливання в діапазоні більш ніж 20 мм рт. ст. або 20% відносно передопераційних показників викликають периопераційні ускладнення. Міри, скеровані на збалансування інтра- і післяопераційного артеріального тиску відносно передопераційних параметрів, можуть знижувати ризик периопераційного інсульту і смерті.

Контроль над температурою тіла пацієнта при оперативному втручанні також впливає на прогноз. Загальний огляд засвідчив тенденцію до зниження частоти периопераційного інсульту, якщо температура пацієнта при підключенні до АШК становила 31,4-33,1°C, порівняно з більш ніж 33,2°C. Разом з цим, подібна перевага нівелювалася підвищеним рівнем смертності серед хворих із нижчою температурою. Збалансовані рекомендації полягають в підтримці легкої гіпотермії (приблизно 34°C) при підключенні до АШК і уникненні швидкого зігрівання та гіпертермії після операції задля мінімізації ризику когнітивних розладів після АКШ.

Інтра- чи післяопераційна гіперглікемія асоційована із підвищеним рівнем фібриляції передсердь, інсульту і смерті. Інтенсивний моніторинг і контроль за рівнем глюкози у хворого в периопераційному періоді залишається важливим. Призначення інсуліну і калію під час і після хірургічного втручання з метою утримання показників глюкози крові нижче 140 мг/дл (7,8 ммоль/л) пов’язаний із кращим прогнозом.

Запобігання і терапія запалень та інфекцій в пери- та післяопераційному періоді є завжди показані. Високий рівень лейкоцитів корелює із підвищеною частотою інсульту, негативного прогнозу і розвитку післяопераційної фібриляції передсердь.

Післяопераційні систолічна дисфункція і аритмії асоціюються із підвищеною частотою післяопераційного інсульту. Тому відразу після втручань необхідно оптимізувати рівні електролітів і об’єм рідини, а пацієнта треба моніторити на предмет появи ознак серцевої недостатності і розладів ритму. Також корисно заохочувати рухливість у післяопераційному періоді і використовувати профілактичні заходи щодо тромбозу глибоких вен. Парадоксальна емболія, ускладнена інсультом, може виникати у пацієнтів із шунтом справа наліво.

На кінець, існують докази, що ініціація антитромбоцитарної терапії, наприклад, аспірину, після операцій на серці або сонних артеріях зменшує частоту післяопераційного інсульту без підвищення ймовірності геморагічних ускладнень. Наявні також дані, які

підтримують передопераційне застосування статинів незалежно від ліпідного профілю пацієнта з метою зниження ризику периопераційного інсульту у тих, хто зазнав ангіо- чи кардіохірургічних втручань.

Лікування

У хворих, що недавно зазнали масивних хірургічних операцій, внутрішнє застосування тАП протипоказана внаслідок підвищеного ризику кровотеч. Проте альтернативним вибором залишаються внутріартеріальне введення цього препарату і ендovasкулярне усунення тромба. Кілька серійних повідомлень дозволяють припускати, що внутріартеріальний тромболізис в інтервалі 6 годин після початку периопераційного інсульту відносно безпечний. У дослідженні 36 пацієнтів, котрі одержували внутріартеріально тАП після периопераційного інсульту, часткова або повна реканалізація досягалася у 80% пацієнтів, в 38% всі симптоми зникали або спостерігали лише мінімальну інвалідизацію, а рівень смертності наближався до показників нехірургічних хворих, пролікованих шляхом внутріартеріального тромболізу. Кровотеча (зазвичай, мінімальна) в зоні хірургічного втручання мала місце у 17% пацієнтів. Внутрішньочерепний крововилив спостерігали у 25% хворих, проте, лише у 8% виявляли погіршення симптомів. Таке ускладнення було найпоширенішим серед тих, хто зазнав краніотомії. Наявно недостатньо даних щодо застосування механічної тромбектомії або емболектомії у пацієнтів із периопераційним інсультом. Проте, подібні підходи можуть бути корисними в післяопераційному періоді, особливо при наявності протипоказань до внутріартеріального тромболізу. Обмежений діапазон застосування цих методів підкреслює важливість раннього розпізнавання периопераційного інсульту і негайної консультації невролога.

Майбутні напрямки

Передопераційна профілактика периопераційного інсульту є перспективним підходом. В кількох рандомізованих дослідженнях оцінювали вплив нейропротекторних препаратів на ризик інсульту і когнітивного дефіциту у хворих, що зазнали АКШ. Передопераційне призначення статинів і бета-адреноблокаторів ймовірно знижує частоту названих укладень після згаданого втручання. Існують певні, хоча і контроверсійні дані, що інгібітор фібринолізу аprotинін має схожий ефект. Ці результати стверджують, що нейропротекція може бути успішною в периопераційному періоді і заслуговує подальшого вивчення. Також необхідні рандомізовані контрольовані дослідження для ідентифікації найкращих превентивних і терапевтичних стратегій при периопераційному інсульті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Adam C, Quabach R, Standl T. Neurological complications following anesthesia--part I. Perioperative stroke, postoperative visual loss, anticholinergic syndrome. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2010 Jul;45(7-8):440-7.
2. Bijker JB, Gelb AW. Review article: the role of hypotension in perioperative stroke. *Can J Anaesth.* 2013 Feb;60(2):159-67.
3. Kikura M, Bateman BT, Tanaka KA. Perioperative ischemic stroke in non-cardiovascular surgery patients. *J Anesth.* 2010 Oct;24(5):733-8.
4. Macellari F, Paciaroni M, Agnelli G, Caso V. Perioperative stroke risk in nonvascular surgery. *Cerebrovasc Dis.* 2012;34(3):175-81.

5. Morales-Vidal S, Schneck M, Golombieski E. Commonly asked questions in the management of perioperative stroke. *Expert Rev Neurother.* 2013 Feb;13(2):167-75.
6. Ng JL, Chan MT, Gelb AW. Perioperative stroke in noncardiac, nonneurosurgical surgery. *Anesthesiology.* 2011 Oct;115(4):879-90.
7. Poldermans D, Schouten O, van Lier F, Hoeks SE, van de Ven L, Stolker RJ, Fleisher LA. Perioperative strokes and beta-blockade. *Anesthesiology.* 2009 Nov;111(5):940-5.
8. Thiele RH, Huffmyer JL, Raphael J. Perioperative morbidity: lessons from recent clinical trials. *Curr Opin Crit Care.* 2012 Aug;18(4):358-65.
9. Touzé E, Trinquart L, Chatellier G, Mas JL. Systematic review of the perioperative risks of stroke or death after carotid angioplasty and stenting. *Stroke.* 2009 Dec;40(12):e683-93.
10. Ullery BW, McGarvey M, Cheung AT, Fairman RM, Jackson BM, Woo EY, Desai ND, Wang GJ. Vascular distribution of stroke and its relationship to perioperative mortality and neurologic outcome after thoracic endovascular aortic repair. *J Vasc Surg.* 2012 Dec;56(6):1510-7.

О. І. РЯБУХА, А. В. ТЕРЕЩЕНКО

ВІРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ ЯК ПРИЧИНА ПОГІРШЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ

В статті розглядається проблема стану здоров'я людей, уражених вірусом простого герпесу – з'ясовується рівень захворюваності та етіопатогенез зумовлених ним хвороб, описуються їхні основні клінічні прояви, розглядаються сучасні підходи до поліпшення якості життя осіб, хворих на вірус простого герпесу, зокрема, основні принципи лікування та профілактичні заходи.

Ключові слова: вірус простого герпесу, герпетичні захворювання, якість життя.

В статье рассматривается проблема состояния здоровья людей, пораженных вирусом простого герпеса - выясняется уровень заболеваемости и этиопатогенез обусловленных им болезней, описываются их основные клинические проявления, рассматриваются современные подходы к улучшению качества жизни лиц, больных вирусом простого герпеса, в частности, основные принципы лечения и профилактические мероприятия.

Ключевые слова: вирус простого герпеса, герпетические заболевания, качество жизни.

The problem of the health of people affected by the herpes simplex virus - it turns out the incidence and etiology and pathogenesis of diseases caused by it, and describes their main clinical manifestations, reviews current approaches to improving the quality of life of people living with the herpes simplex virus, in particular, the basic principles of treatment and prevention event.

Key words: herpes simplex, herpes disease, quality of life.

Актуальність. Нині назріла необхідність узагальнення наявних даних про герпес - зумовлену вірусами інфекційну патологію людини, яка має доволі актуальне значення. Це пов'язано зі значною поширеністю герпес-вірусів і тенденцією до її зростання. Так, згідно з

даними ВООЗ близько 90% міського населення багатьох країн інфіковано одним або декількома сероваріантами вірусу герпесу [4]. У країнах СНД на хронічні герпес-вірусні інфекції хворіє не менше ніж 22 млн осіб [7]. Встановлено, що герпес посідає друге місце за поширеністю серед захворювань, що передаються статевим шляхом. Загалом, захворювання, викликані вірусом простого герпесу (ВПГ) займають друге місце (15,8%) після грипу, як причина смерті, від вірусних інфекцій [15]. У США проблема герпесу є однією з провідних медико-соціальних проблем впродовж 30 років [8]. Окрім того, при ураженні вірусом герпесу суттєво погіршується якість життя людини.

Мета роботи – дослідити проблему погіршення стану здоров'я людей, уражених вірусом простого герпесу.

Методи дослідження – аналітичний огляд наукових та науково-методичних джерел.

Результати дослідження. Слово herpes походить від грецького герпейн – повзти. Цьому вірусу властиво "розповзатися" – переміщатися в організмі з місця на місце, залучаючи до інфекційного процесу багато органів і систем. Це зумовлює різноплановий характер захворювання, що варіює від слизово-шкірних проявів до загрозливих для життя генералізованих інфекцій.

Відповідно до сучасної класифікації залежно від типу клітин, залучених в інфекційний процес, характеру реплікації вірусів, структури їх генома герпес-віруси поділяються на три підродини: α -, β -, γ . Представниками α -герпес-вірусів є вірус простого герпесу 1-го і 2-го типів (ВПГ-1/2), вірус вітряної віспи - оперізуючого лишая.

Джерелом зараження є інфікована людина, причому як в період виразних клінічних проявів, так і в період латентного перебігу інфекції. Інфікування ВПГ-1 часто відбувається в перші три роки життя дитини, ВПГ-2 – з початком сексуального життя [10]. Однак цей поділ певною мірою є умовним, оскільки ВПГ-1 може уражати й аногенітальну ділянку, а ВПГ-2 клінічно виявляє себе і на інших ділянках шкіри та слизових оболонках. Причиною неонатального герпесу в 70% випадків є ВПГ-2 і тільки в 30% випадків – ВПГ-1 [10].

Герпес-віруси мають здатність до інфікування, суперінфікування і аутоінфікування практично будь-якого індивіда, довічної персистенції в нервових клітинах при дуже низькій смертності хазяїв, здатності в будь-який час переходити з латентного стану у форму, що може уражати інших людей, незалежно від наявності або відсутності клінічних проявів захворювання [1]. Вірус проникає в організм через слизові оболонки (ротоглотка, шийка матки, кон'юнктива, уретра, пряма кишка) або через мікротріщини шкіри. Далі вірус частково затримується в місці вхідних воріт, але в основному він мігрує периферичними нервовими закінченнями в сенсорні і вегетативні ганглії, де й персистує.

Виявлення вірусу герпесу в гангліях людей, які у минулому хворіли на ВПГ, свідчить про ймовірність реактивації інфекції, яка може перебігати як безсимптомно, так і з ураженням слизових оболонок і шкіри [16].

Вірус герпесу є політропним агентом. Він уражає різні тканини, викликаючи різноманітні клінічні форми захворювання:

- ураження шкіри (герпес червоної кайми губ, крил носа, пальців рук, сідниць та ін.);
- ураження слизових оболонок (стоматит, гінгівіт, фарингіт та ін.);
- офтальмогерпес (кон'юнктивіт, кератит, іридоцикліт, увеїт та ін.);
- генітальний герпес (запальні, везикулярні і виразкові ураження статевого члена, яєчок, вульви, піхви, цервікального каналу матки і придатків);
- вісцеральні ураження (пневмонія, гепатит, езофагіт та ін.);
- герпетичні ураження нервової системи (менінгіт, енцефаліт, неврит та ін.) [6].

Перші 4 форми є найпоширенішими, для їхнього клінічного перебігу характерна тенденція до прогресу та рецидивування. Встановлено, що персистенція герпес-вірусів в організмі людини пов'язана з їхньою здатністю «вислизати» від імунологічного пресу системи імунітету [6,11].

Існують дві гіпотези, які розглядають розвиток рецидивів на основі як статичного, так і динамічного стану вірусу [5]. Згідно з першою гіпотезою, вірус знаходиться в клітинах паравертебрального сенсорного ганглія в інтегрованому або вільному непродуктивному стані. Під впливом «пускового фактору» вірус, активуючись, переміщується з ганглія по аксону периферичного нерва в епітеліальні клітини, де і реплікується. Вважається, що цьому сприяють чутливість клітин і ослаблення імунного контролю. Згідно з гіпотезою динамічного стану, реплікація і викид з ганглія невеликих кількостей вірусу відбуваються постійно. Досягаючи по нерву шкіри, ВПГ викликає утворення мікрофокусів інфекції, активність яких певний час гальмують механізми захисту, що попереджає рецидиви або послаблює їх прояви. На розвиток рецидивів впливає також стан місцевого імунітету – його пригнічення створює умови для реплікації вірусу [18].

Чинниками, які сприяють прояву і/або рецидивуванню вірусу простого герпесу, є: зниження імунологічної реактивності, переохолодження або перегрівання організму, супутні захворювання, медичні маніпуляції.

У переважній більшості людей інфекція перебігає безсимптомно або субклінічно і лише у частини інфікованих проявляється клінічно [14]. Діапазон клінічних проявів захворювання широкий – від вірусоносійства до генералізованих форм. Він визначається як біологічними властивостями збудника, так і реактивністю організму [3].

Основними клінічними ознаками є поява на шкірі і слизових оболонках згрупованих дрібних напружених везикул, розташованих на набряклій гіперемованій основі. Відзначаються відчуття печіння, іноді нездужання, загальна слабкість. Вогнища зникають на 7 – 9-й день захворювання.

Нині існують два основних напрями лікування простого герпесу:

- 1) використання противірусної хіміотерапії;
- 2) комплексний метод лікування, що поєднує використання імунотерапії і противірусної терапії [9].

На жаль, сучасна медицина ще не має таких методів лікування, які дозволяють елімінувати ВПГ з організму людини. Тому метою лікувальних заходів є:

- а) пригнічення репродукції ВПГ у період загострення;
- б) формування адекватної імунної відповіді і її тривале підтримання з метою блокування реактивації ВПГ в осередках персистенції;
- в) запобігання розвитку/відновленню тих порушень, які викликає активація ВПГ в організмі.

Основним базовим лікуванням є застосування противірусних препаратів – ацикловіру, валацикловіру, пенцикловіру і фамцикловіру [2]. Серед препаратів, рекомендованих нині для лікування герпетичної інфекції, вони мають доведену ефективність. Медики роблять спроби одночасного застосування імуномодуляторів, індукторів інтерферону, гормонів тимуса, адаптогенів тощо з метою активізації чинників імунного захисту і підвищення ефективності лікування [12,17,19].

Також здійснюється місцеве лікування осередків ураження зовнішніми формами специфічних препаратів. Хоча деякі лікарі вважають місцеву терапію неефективною,

відмова від неї є недоцільною. Головне, щоб зовнішні засоби як і методи фізіотерапії, доповнювали, а не замінювали системну противірусну терапію[13].

Певний інтерес серед засобів лікування герпес-вірусних захворювань викликають дослідження з використанням світла різних частин спектру. Як правило, це дуже широкі за діапазоном цифрових значень світлової хвилі частини спектру – від декількох десятків до сотні нанометрів. Світло діє власне не на вірус, а на імунні клітини шкіри, стимулюючи їхню діяльність, а вже вони переводять вірус у неактивний стан, коли він нічим себе не проявляє. Водночас інші вчені вважають, що цей спосіб впливу мало перспективний, оскільки він не враховує механізми реплікації вірусу [8].

Незважаючи на численні і тривалі дослідження, досі не отримано ефективної профілактичної вакцини проти герпесвірусів, за винятком вірусу varicellazoster [6].

Профілактика герпетичних захворювань полягає, передусім, у зміцненні імунітету. Бажано дотримуватись режиму сну і відпочинку, здійснювати загартовуючі процедури. У період епідемій ГРВІ і грипу важливо уникати перебування в людних місцях. Тим, у кого часто бувають загострення герпесу, рекомендується перевірити стан імунітету і пройти обстеження, зокрема, на наявність інших прихованих інфекцій. Самостійний прийом антибіотиків, противірусних препаратів чи імуномодуляторів замість допомоги може створити низку проблем, які в подальшому призведуть до погіршення стану пацієнта. Профілактика генітального герпеса повинна полягати в дотриманні вимог здорового способу життя.

Висновки. Захворювання, викликані вірусом простого герпеса, надзвичайно поширені серед людської популяції всіх країн світу. У переважній більшості людей інфекція перебігає безсимптомно або субклінічно і лише у частини інфікованих проявляється клінічно. Діапазон клінічних проявів захворювання є широким – від вірусоносійства до генералізованих форм. Водночас сучасна медицина не має ефективних медикаментозних засобів лікування і профілактики ВПГ – їхні заходи спрямовані, передусім, на зміцнення імунітету, дотримання особистої гігієни та вимог здорового способу життя. Дотримання зазначених підходів до лікування та профілактики покликане поліпшити якість життя осіб, хворих на вірус простого герпесу.

Перспективи подальших досліджень. Проблема захворюваності на вірус простого герпесу не може розглядатися тільки з точки зору медичної допомоги, вона потребує детального вивчення й іншими фахівцями. Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у пошуках та практичній апробації заходів, за допомогою яких можна поліпшити якість життя таких хворих:

- розробка комплексів ЛФК, спрямованих на збільшення загальної рухливості та поліпшення психо-емоційного стану;
- підбір природних та преформованих фізіотерапевтичних засобів, призначених для усунення або зменшення місцевих хворобливих проявів;
- активне ознайомлення людей з проблемою захворюваності на вірус простого герпесу, передусім, в середовищі учнівської та студенської молоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анджапаридзе О.Г. Персистенція вірусів/ О.Г. Анджапаридзе, Н.Н Богомолва, Ю.С. Борискин. – М.: Медицина, 1984.–С. 28-31
2. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология : учеб. для студ. высш. мед. учеб. зав. / С. С. Арифов. – Ташкент, 2008. – С. 308-310

3. Гребенюк В.Н. Простой герпес (Простой пузырьковый лишай)/ Дерматология, 1997, № 11.
4. Диагностика герпес-вирусных инфекций человека: Меморандум совещания ВОЗ // Бюл. ВОЗ.— 1991.— С. 11–18
5. Исаков В. А. Герпес. Патогенез и лабораторная диагностика : рук. для врач / В. А. Исаков, В. В. Борисова, Д. В. Саков. – СПб.: Лань, 1999. – С.14-15
6. Ершов Ф.И. Современный арсенал антигерпетических лекарственных средств/ Ф.И. Ершов, Т.П. Оспельникова // Инфекции и антимикробная терапия. – 2001. – Т.3, № 4
7. Коломиец А.Г. Новые герпес-вирусы человека и вызываемая ими патология/ А.Г. Коломиец, Н.Д. Коломиец // Клин. мед.— 1997.— С. 524–526
8. Лечение герпеса инфракрасным светом // Наука и техника. – 2004, №7
9. Семенова Т.Б. Принципы лечения простого герпеса/ Т. Б. Семенова / Инфекция. – 2002, № 20.
10. Соколовский Е. В. Кожные и венерические болезни : учеб. пособ. для студ. мед. Вузов/Е. В. Соколовский.– СПб.: Фолиант, 2008. – С. 89-90
11. Сухих Г.Т. Иммуитет и генитальный герпес / Г.Т.Сухих, Л.В.Ванько, В.И. Кулаков.: Н.Новгород, 1997. – С. 220
12. Федченко П.П. Способ терапевтического воздействия на лиц, инфицированных вирусом герпеса / П.П.Федченко, П.А. Котов. – М. : Медицина, 2007. – С. 26
13. Халдин А.А. Местная терапия простого герпеса: PRO и CONTRA / А.А.Халдин, М.А.Самгин, Д.В.Баскакова, А.Н.Васильев. – Российский журнал кожных и венерических болезней, 2007. – С. 2
14. Ходак Л.А. Герпес-вирусные заболевания / Л.А. Ходак, О.В.Книженко, Н.М. Захарченко // Международный медицинский журнал. – 2003, №3
15. Шульженко А.Е. Герпетические инфекции человека: перспективы диагностики и противовирусной терапии / А.Е. Шульженко. – Цитокины и воспаление. – 2005, № 3
16. Fawl R. L. Seminars in VIROLOGY / R. L. Fawl, B.Roizman. – 1994. – Vol 5. –P. 261-271.
17. Minde C.A. Genital Herpes. A guide to pharmacological therapy. Drugs / C.A. Minde. – 1994. – Vol 47 (2). –P. 297–304
18. Roizman B. Herpes simplex viruses and their replication. In the Human Herpes viruses / B. Roizman, A. E. Sears. – New York: Rowen Press, 1993. – P. 11 - 68
19. Spruance S.L. Treatment of Herpes Simplex Labials / S.L. Spruance, J.D. Kriesel. – 2002. – Vol 9, № 3. – P. 64-69

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

**ПРО СТУДЕНТСЬКУ ВСЕУКРАЇНСЬКУ АКАДЕМІЮ
ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ НТШ**

В статті наведено Статут студентської Всеукраїнської Академії профілактичної медицини НТШ.

Ключові слова: студентство, Академія профілактичної медицини, Статут.

В статье представлен Устав студенческой Всеукраинской Академии профилактической медицины НТШ.

Ключевые слова: студенчество, Академия профилактической медицины, Устав.

In this article the Ukrainian Academy Charter Student Scientific Society for Preventive Medicine.

Key words: students, Academy of Preventive Medicine, the Charter.

СТАТУТ

Студентської Всеукраїнської Академії профілактичної медицини НТШ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Студентська Всеукраїнська Академія профілактичної медицини НТШ (СВА) є добровільним неприбутковим об'єднанням студентів, медичних працівників, викладачів та слухачів вищих і середніх навчальних закладів, працівників наукових та дитячих установ, санаторіїв та активістів серед населення України і зарубіжжя, що має за мету – допомогу органам практичної охорони здоров'я у боротьбі із порушеннями обміну речовин, включаючи метаболічний синдром, цукровий діабет, ендемічний зуб та інші йододефіцитні захворювання, дотримування засад здорового способу життя.

1.2. СВА діє згідно із чинним законодавством України, статутом і постановами НТШ та товариств ендокринологів, терапевтів, педіатрів, акушер-гінекологів, Українського лікарського товариства, цим статутом, керуючись наступними принципами:

- рівноправність і самоврядування;
- постійний зв'язок науково-дослідної роботи із впровадженням її результатів у медичну практику;
- відкритість і прозорість організаційної діяльності СВА.

1.3. СВА використовує емблему НТШ із назвою: Студентська і Всеукраїнська Академія профілактичної медицини Наукового товариства імені Шевченка.

1.4. Офіційна адреса СВА:

Студентська і Всеукраїнська Академія профілактичної медицини НТШ. Львівський обласний ендокринологічний центр, вул. Острозького, 1, Львів-10, Україна, 79010, тел. 275-95-10.

2. ЗАВДАННЯ СВА

2.1. Основні завдання СВА:

- Залучення студентів до профілактичної роботи на засадах діяльності Лікарської комісії НТШ та Українського лікарського товариства з присвоєнням звання “Кандидат у члени НТШ”;
- Організація осередків СВА у вищих і середніх навчальних закладах, серед духовенства, керівників дитячих колективів, на курортах, підприємствах України та зарубіжжя;
- Інформаційна та просвітницька діяльність серед населення;
- Впровадження у педагогічний процес методів ранньої діагностики та профілактики метаболічних розладів, цукрового діабету та йододефіцитних захворювань;
- Організація видання результатів наукових досліджень;
- Публікації практичних рекомендацій для населення на сторінках районних, обласних, вузівських газет.

3. СТРУКТУРА СВА

3.1. Структурними одиницями СВА є:

а/ осередки СВА у студентських групах, студентському науковому товаристві, наукових студентських гуртках, групах аспірантів та клінічних ординаторів, середніх навчальних закладах, церковних парафіях, установах, підприємствах;

3.2. План роботи осередку СВА і напрямки його діяльності опрацьовуються відповідно до потреб первинної медико-соціальної допомоги населенню;

3.3. Діяльність осередку СВА базується, виходячи із наступних положень:

- а/ Осередок СВА очолюється головою, обраним серед його учасників;
- б/ Загальне керівництво і відповідальність за роботу осередку покладається на Лікарську комісію НТШ та Українську Міжнародну Академію профілактичної медицини НТШ;
- в/ Голова осередку займається організацією профілактичної та просвітницької роботи в осередку та серед населення;
- г/ Голова осередку сприяє залученню до Академії нових членів та заохочує їх до активної участі у всіх заходах, що проводить Українська Міжнародна Академія і профілактичної медицини НТШ;
- д/ Голова осередку періодично звітується про свою діяльність на засіданнях Лікарської комісії НТШ Української Міжнародної Академії профілактичної медицини НТШ, (УМАІМ).

3.4. Науково-практична конференція СВА проводиться щорічно у березні;

3.5. Робота СВА фіксується протоколом.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЧЛЕНІВ СВА

4.1. Членом сва може стати кожен студент та громадянин, який бажає активно займатись просвітницькою та профілактичною роботою серед населення.

4.2. Прийом у члени сва проводиться на черговому засіданні сва на основі особистої заяви.

4.3. Член сва має право:

- дорадчого голосу на всіх зборах і конференціях СВА;
- бути присутнім і виступати на засіданнях СВА та Лікарської комісії НТШ;
- брати участь у всіх запланованих заходах СВА;
- вийти зі складу осередку за власним бажанням;
- бути рекомендованим у члени НТШ.

4.4. Член осередку СВА зобов'язаний:

- дотримуватись усіх вимог статуту СВА;
- виконувати постанови СВА та Лікарської комісії НТШ;
- покращувати рівень своєї професійної підготовки;
- брати участь у засіданнях СВА та Лікарської комісії НТШ;
- виконувати доручення голови осередку СВА;
- пропагувати рекомендації щодо профілактики захворювань серед населення;
- не мати шкідливих звичок.

5. ФІНАНСУВАННЯ ТА МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ АКАДЕМІЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ НТШ

5.1. СВА фінансової діяльності не здійснює;

5.2. СВА забезпечений “ Проблемною лабораторією ранньої діагностики станів гормональної регуляції вуглеводного обміну, цукрового діабету та йододефіцитних захворювань ”.

Проект «Статуту СВА» підготував дійсний член НТШ, заслужений професор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Президент Української Міжнародної Академії профілактичної медицини НТШ, доктор медичних наук Ярема Томашевський.

Проект «Статуту СВА» публікується для обговорення у ВУЗах та громадянським суспільством.

PROBLÉM ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ Z TEOLOGICKÉHO HLEDISKA

Tento příspěvek je poselstvím Jana Pavla II., který se zamýšlí nad poškozováním životního prostředí z teologického hlediska. Na závěr jsou v příspěvku naznačena některá možná východiska odvrácení nepříznivého stavu ničení světa.

Klíčová slova: *životní prostředí, člověk, ekologie.*

Цей допис є зверненням папи Яна Павла II, який замислювався над пошкодженням навколишнього середовища з теологічного погляду. На кінці вказується на деякі можливі застереження, здатні відвернути знищування світу.

Ключові слова: *навколишнє середовище, людина, екологія.*

Эта заметка является посланием папы Иоанна Павла II, который задумывался над уничтожением окружающей среды с точки зрения теологии. В конце заметки наводятся возможные предположения, способные предотвратить разрушение мира.

Ключевые слова: *окружающая среда, человек, экология.*

This paper is a message of John Paul II., which thinks about environmental damage from a theological point of view. In conclusion, the paper indicate some possible solutions how to deflect adverse state of destroying the world.

Key words: *environment, a person, ecology.*

Úvod

Jan Pavel II. Pronesl ve svém poselství „mír s Bohem stvořitelem, mír s veškerým stvořením“. Dále jeho encyklika Centesimus annus obsahuje relativně krátkou, ale velmi významnou výpověď o životním prostředí, kde se zmiňuje o tom, že člověk má touhu po majetku, po požitku a spotřebovává nesmírným způsobem zdroje Země a Zemi samotnou.

Teologický pohled na problematiku životního prostředí

Dále vedle starosti o věci sociální rozšiřuje starost církve i o problematiku životního prostředí, protože jeho stabilita je lidskými zásahy velmi narušena [4]. Spojení devastace životního prostředí se sociální nespravedlností nacházíme na každém kroku: umístění skládek toxického odpadu zejména v chudých čtvrtích i v chudých regionech a zánik některých kultur při ničení tropických deštných pralesů, nadprůměrná koncentrace olova a škodlivých toxických zplodin uprostřed měst. V současné době se řeší ve společnosti tyto problémy [1]:

1. Globální oteplování země: Oteplování Země způsobuje člověk tím, že stále více spaluje uhlí i plyny a tím stoupá ve vzduchu obsah oxidu uhličitého, které zejména způsobuje skleníkový efekt a vede k oteplování Země. Současné hladiny oxidu uhličitého je nejvyšší, jaká kdy byla dosažena od doby, kdy se na Zemi objevil člověk. Z důvodu globálního oteplování se očekává zvýšení hladiny moří a to jsou obavy ohrožení lidstva.
2. Znečištění vzduchu: Znečištění atmosféry způsobila průmyslová revoluce v 19. Století. Průmysl vyžaduje stále více ropy a uhlí. Zvýšený obsah chlórů narušuje globální proces, kterým Země reguluje množství ultrafialového záření, které prochází atmosféru na svůj povrch.
3. Kontaminace vodních zdrojů: Velkým ohrožením pro lidstvo je celosvětové znečištění vodních zdrojů chemickými zplodinami z průmyslu. Do spodních vod se dostávají pesticidy, hnojiva a jiné látky. Dále to je otrava spodních vod z různých toxických skládek. Civilizaci ohrožují kyselé deště z elektráren a tepláren a výfukové plyny automobilů. Kyselé deště poškozují obrovské plochy lesních porostů na celé planetě.
4. Úbytek ozónu v atmosféře: Úbytek ozónu znamená více ultrafialového záření, které mnoha formám života škodí. Ozónová díra se stále zvětšuje a hlavním důvodem ozónové díry jsou zejména freony.
5. Ničení deštných pralesů: Lesy udržují globální klimatickou rovnováhu. Ničení tropických pralesů probíhá stále větší rychlostí, v důsledku nadměrné těžby z důvodu potřeby dřevařského průmyslu.
6. Biodiverzita: Znamená rozmanitost nejrůznějších rostlinných druhů. Jedná se o vymírání těchto ohrožených druhů, které může mít negativní následky pro výživu obyvatelstva [5].
7. Odpady: V dnešní době se velmi rychle zvětšuje množství odpadů z továren, domácností apod. Do vodních toků se vypouští velké množství průmyslových a komunálních odpadů (otevřená kanalizace apod.)
8. Radioaktivní odpad: 40 let po tom, co se začalo s využíváním jaderné energie pro mírové účely, neexistuje do současné doby odpověď na otázku, kam trvale a bezpečně ukládat radioaktivní odpad na tisíce let. Ještě není na světě vybudováno jediné trvalé úložiště (Ve Švédsku se ukládá odpad do starého dolu na železnou rudu, Ve Francii se skladuje odpad v betonových blocích do oblasti krystalických hornin apod.) [6].

Možná východiska

Františkánské desatero pro ekologii

Katolický týdeník uvedl františkánské Desatero pro ekologii [2]:

1. Být spravedlivý vůči člověku a přírodě
2. O všechno stvořené se (bratrsky) dělit se všemi lidmi
3. Sjednotit síly se všemi lidmi, tvory i věcmi
4. Přetvářet přírodu zdravěji

5. Omezit ničení flory a fauny na planetě
6. Zachovat centra biologické rozmanitosti
7. Ozdravit poničené životní prostředí a oblasti
8. Podpora ekologické výchovy
9. Zaměřit se na růst a kvalitu života
10. Nejenom vidět co je užitečné, ale směřovat k oslavě celého stvoření.

Dále je zajímavý Globální Marshallův plán: vize spravedlivějšího světa, kde Albert Gore, který je odborník na ekologii vidí problém ekologické krize zejména v projevech vnitřních a duchovních [3].

Literatura

- [1] Encyklika Centesimus annus [online]. © ZVON, České katolické nakladatelství a vydavatelství, spol. s r.o., Praha 1996 ISBN 80-7113-154-7 [cit. 2013-02-03]. Dostupné na: <http://www.kebrle.cz/katdocs/soc_enc/CentesimusAnnus.htm>.
- [2] Františkánské desatero [online]. 12.12.2012 [cit. 2013-02-03]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jan_Duns_Scotus>.
- [5] HUNT, M. *Dějiny psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 163-198. 80-7367-175-1.
- [3] KLENOVSKÝ, L. *Terénna sociálna práca*. 1. vyd. Bratislava: Občianské združenie Sociálna práca, 2006. ISBN 80-89185-18-5.
- [4] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [6] JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

ХРОНІКА

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

Стояновського Ігора Володимировича
Хороз Лесю МIRONІВНУ
Крука Мирослава Мирославовича
Шапошнікову Наталію Всеволодівну
Лещука Олега Богдановича
Нагорняк Оксану Михайлівну
Гук-Лешневську Зоряну Орестівну

45 річчям

Лукович Ірену МIRONІВНУ

50 річчям

Келемана Івана Івановича
Добрянського Дмитра Олександровича
Чубучну Ірину Іванівну

55 річчям

Борчаковського Сергія Георгійовича
Дмитрієнка Володимира Васильовича
Вариводу Євгена Степановича
Добрик Ольгу Олександрівну
Зав'ялову Ольгу Ростиславівну
Черпак Оксану Мойсеївну

60 річчям

Закаля Юрія Петровича
Чаплика Віктора Васильовича

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

Редколегія

Хроніка травня. ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 травня – 130 років від дня народження **Бориса Яковича Падалки** – українського імунолога. В 1908 р. закінчив фізико-математичний факультет Петербурзького університету, в 1912 р. – медичний факультет Московського університету. Почав працювати на кафедрі інфекційних хвороб Київського медичного інституту. В 1930 р. присвоєно вчене звання доцента. В 1936 р. отримав ступінь кандидата медичних наук. В 1938 р. обраний професором кафедри інфекційних хвороб 2-го Київського медичного інституту. В 1940 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Лікування черевного тифу”. Здійснив широкомасштабні дослідження патогенезу хронічної дизентерії, свої результати узагальнив у монографії “Дизентерія” (1955). З 1954 по 1961 рік під керівництвом Б.Я. Падалки захищено 9 кандидатських дисертацій. В 1962 р. вийшов на пенсію.

Помер 5 січня 1964 р. на 81 році життя.

1 травня – 115 років від дня народження **Аркадія Йосиповича Генгриновича** – українського фармацевта. Народився в с. Чайковка Радомисльського повіту Київської губернії. В 1931 р. закінчив Київський фармацевтичний інститут. Вчився в аспірантурі цього ж інституту в 1933-1936 рр. Працював асистентом кафедри фармацевтичної хімії Одеського фармацевтичного інституту в 1936-1941 рр. Захистив кандидатську дисертацію на тему: “Новые йодометрические способы количественного определения фенолов” (1940). В 1946-1947 рр. – асистент інституту удосконалення провізорів у Києві, в 1947-1948 рр. – завідувач кафедри судової хімії Львівського медичного інституту, від 1949 р. – завідувач кафедри технології галенових препаратів Ташкентського фармацевтичного інституту; доктор фармацевтичних наук, професор. Подальша доля невідома.

2 травня – 105 років від дня народження **Георгія Йосиповича Бурчинського**. Народився в Києві в сім’ї залізничника. В 1931 р. закінчив Київський медичний інститут і почав працювати головним лікарем дитячої поліклініки в м. Луганську. З 1932 р. – військовий лікар, в листопаді 1932 р. скерований лікарем на Далекий Схід. З квітня 1935 по 1936 рік виконував обов’язки лікаря в частинах Далекосхідної армії. В 1936 р. за станом здоров’я Г.Й. Бурчинський був демобілізований з Червоної армії та повернувся у Київ і працював дільничним лікарем. Був зарахований в клінічну ординатуру, а згодом переведений в аспірантуру при кафедрі факультетської терапії 2-го Київського медичного інституту. В березні 1938 р. Г.Й. Бурчинський був знову мобілізований в Червону армію і став начальником військового лазарету Шепетівського військового шпиталю. З липня 1939 р. він ординатор Київського військового госпіталю. В грудні 1940 р. кандидату меднаук, старшому ординатору Г.Й. Бурчинському присвоєно військове звання “військлікар 2-го рангу”. Під час Другої світової війни Г.Й. Бурчинський працював в госпіталях. В Томську під керівництвом професора-консультанта М.М. Губергрица почалися наукові дослідження. Після війни (1946-1952 рр.) Г.Й. Бурчинський працював у Київському окружному військовому госпіталі. В 1954 р. він обраний завідувачем кафедри терапії стоматологічного факультету Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця; в 1959 р. став доктором медичних наук, а в 1961 р. – професором. В 1962 р. обраний завідувачем кафедри факультетської терапії КМІ, яку він очолював 24 роки. В 1968 р. Г.Й. Бурчинський став Заслуженим діячем науки УРСР, в 1977 р. опублікував підручник “Внутренние болезни”, а в 1980 р. став лауреатом Державної премії в галузі науки і техніки.

Основані праці присвячені питанням пульмонології та виразкової хвороби. Відзначений багатьма орденами та медалями СРСР.

Помер 21 січня 1993 р. на 85 році життя.

7 травня – 75 років від дня народження **Павла Михайловича Тимочківа**. Народився в с.м.т. Мельниця-Подільська Борщівського району Тернопільської області в селянській родині. В 1975 р. закінчив СШ і вступив на лікувальний факультет Чернівецького державного медичного інституту, який закінчив в 1961 . Почав працювати лікарем-інспектором лікувально-профілактичного сектору Хмельницького облздороввідділу і за сумісництвом ординатором ендокринологічного відділення Хмельницької обласної лікарні. В 1964 р. пройшов первинну спеціалізацію з клінічної ендокринології в Українському НД інституті ендокринології. В 1969-1970 рр. працював лікарем в Алжирській Народно-Демократичній Республіці. В 1974-1977 рр. навчався в аспірантурі Київського НДІ ендокринології та обміну речовин. В 1981 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Раннее выявление и диспансеризация больных с латентным сахарным диабетом”. В 1973 р. призначений на посаду директора Хмельницького базового медичного училища. Нагороджений орденом “Знак Пошани”, медалями. Присвоєно звання “Заслужений лікар України”, “Відмінник охорони здоров’я СРСР”, “Відмінник освіти УРСР”.

7 травня – 60 років від дня народження **Віктора Васильовича Чаплика**. Народився в с. Званівка Донецької області. В 1976 р. закінчив медичний факультет Івано-Франківського медичного інституту. В 1976-1981 рр. працював хірургом УВС в м. Кіров (РФ), в 1981-1983 рр. – клінічний ординатор кафедри хірургії Львівського медичного інституту, в 1984-1989 рр. – завідувач відділення детоксикації 5-ї лікарні м. Львова. В 1988 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Експериментальна терапія простагландином E2 важких гемотрансфузійних ускладнень гострої ниркової недостатності”. В 1989-1994 рр. – завідувач відділення екстракорпоральної детоксикації лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова, в 1994-1998 рр. – асистент кафедри невідкладних станів і медицини катастроф, в 1998-2005 рр. – доцент кафедри. Від 2005 р. – завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини Львівського медичного університету.

Наукові дослідження пов’язані з вивченням патогенезу гострої ниркової недостатності, з комплексним лікуванням шоку різного генезу, детоксикацією при невідкладних станах. Автор понад 150 наукових і навчально-методичних праць.

10 травня – 95 років від дня народження **Галини Шубської**. Народилася в м. Крем’янець Тернопільської області в інтелігентній сім’ї. Батько – Борис Козубський – юрист, політичний діяч, засуджений НКВС на 25 років у концтаборах ГУЛАГУ, де й загинув; мати – Олена Козубська, походила з давнього козацького роду, закінчила інститут шляхетних дівчат у Москві. Галина навчалася у Крем’янецькій українській гімназії (1928-1933 рр.), з 1931 р. – член молодіжної організації ОУН “Юнак”. В 1933 р. як неповнолітню засудили до перебування у виправному закладі при католицькому монастирі в Ченстохові. В 1938 р. отримала свідоцтво зрілості. В 1945 р. вступила до Львівського медінституту, але в 1948 р. була заарештована НКВС і засуджена до 25 років покарання за приналежність до ОУН. Покарання відбувала в Тайшетських і Мордовських концтаборах ГУЛАГУ. Після амністії 1953 р. переїхала в Хабаровський край і поступила в Благовещенський медичний інститут, який закінчила в 1960 р. З 1962 р. до виходу на пенсію працювала фтизіатром в Снятинському райтубдиспансері Івано-Франківської області. Брала активну участь в розбудові України.

12 травня – 50 років від дня народження **Дмитра Олександровича Добрянського** – українського педіатра. В 1986 р. закінчив педіатричний факультет Львівського державного медичного інституту. В 1986-1988 рр. працював клінічним ординатором, в 1988-1991 рр. – аспірант. В 1991 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Патогенетическое обоснование иммунокоррекции в профилактике и лечении инфекционных заболеваний кишечника у недоношенных детей”. В 1991-1998 рр. асистент кафедри дитячих хвороб, за сумісництвом в 1993-1995 рр. – головний неонатолог Львівського облздороввідділу, з 1998 р. – лікар-неонатолог відділення невідкладної та планової консультативної допомоги ЛОКЛ, в 1998-2004 рр. – доцент кафедри. В 2002 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Сучасні аспекти патогенезу та лікування захворювань у новонароджених дітей”. Від 2004 р. – професор кафедри факультетської та шпитальної педіатрії Львівського медичного університету. В 2005 р. присвоєне вчене звання професора. Напрями наукових досліджень охоплюють проблеми реанімації та інтенсивної терапії новонароджених, інфекційної патології, харчування новонароджених високого ризику. Був директором першого в СНД навчально-методичного центру з реанімації новонароджених, член Правління асоціації неонатологів України, національний координатор телемедичного проекту Україно-Швейцарської програми “Здоров’я матері і дитини”, член Європейського товариства педіатричних досліджень, експерт Європейського Регіонального бюро ВООЗ. Автор (співавтор) понад 200 наукових і навчально-методичних праць, 1 авторського свідоцтва, підручника, 3 посібників, 5 національних протоколів.

13 травня – 85 років від дня народження **Ореста Володимировича Фільца** – хірурга. Народився в м. Перемишль (Польща). В 1951 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. В 1953-1956 рр. – хірург лікарень Східно-Сибірської залізниці Іркутської області, в 1956 р. – лікар Щирецької лікарні Львівської області, в 1957 р. – хірург Львівської залізниці, в 1957-1960 рр. – аспірант кафедри факультетської хірургії. В 1960-1964 рр. – хірург ЛОКЛ. В 1961 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Алиментарно-энтерогенный вегетативный синдром после операций на желудке и тощей кишке”. В 1964-1973 рр. – асистент кафедри факультетської хірургії, в 1973-1985 рр. – доцент кафедри, в 1985-2000 рр. – завідувач кафедри хірургії ФПДО. В 1969 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Хирургические аспекты проблемы постхолецистэктомического синдрома”. В 1974 р. присвоєно звання доцента, в 1988 р. – звання професора. В 2000-2005 рр. – професор кафедри хірургії ФПДО Львівського медичного університету. Напрямок наукових робіт пов’язаний з хірургічним лікуванням захворювань органів черевної порожнини.

Автор (співавтор) близько 120 наукових і навчально-методичних праць. Підготував 18 кандидатів, 1 доктора наук.

Помер 9 липня 2005 р. на 78 році життя.

13 травня – 80 років від дня народження **Володимира Степановича Компанця**. Народився в Харкові в родині військовослужбовця. В 1957 р. закінчив Військово-медичний факультет Саратовського медичного інституту, аспірантуру з авіакосмічної медицини ЦОЛПУЛ, пройшов підготовку за програмою дублера лікаря-космонавта. Професор кафедри екстремальної військової медицини Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова, заступник директора з наукової роботи Вінницького медичного коледжу ім. Д.К. Заболотного.

Автор (співавтор) понад 400 наукових та навчально-методичних праць, 2 монографій, 30 посібників, 42 методрекомедацій, 10 винаходів, 1 відкриття, понад 300 рацпропозицій.

Автор понад 50 пісень та романсів, понад 100 віршів. Учасник II Світової війни, воєнних дій за кордоном (ОАР, 1964; Йємен, 1964; Єгипет, 1967).

15 травня – 105 років від дня народження **Миколи Тимчишина** – українського лікаря. Народився в с. Негівцях Калуського повіту в селянській родині. Після закінчення в 1926 р. Станіславівської гімназії поступив на медичний факультет Львівського університету, який закінчив у 1932 р. З 1933 р. – член УЛТ. Після однорічної практики у шпиталі Львова працював в м. Крамськ (Познанщина). Під час Другої світової війни був лікарем дивізії “Галичина”, брав участь в боях під Бродами. Заарештований і засланий до концтаборів у Красноярський край, де пробув майже 10 років. Після повернення в Україну, працював лікарем-рентгенологом у Перемишлянах, а потім на кафедрі онкології ЛДМІ.

Помер 2 травня 1972 р. майже в 64 роки.

23 травня – 145 років від дня народження **Володимира Васильовича Селецького** – українського невролога. Народився в сім’ї священослужителя. Після закінчення гімназії поступив у 1888 р. на медичний факультет університету св. Володимира. Після закінчення факультету упродовж 2 років був стипендіатом об’єднаної кафедри нервових і душевних хвороб, яку очолював відомий психіатр проф. І.О. Сікорський. В листопаді 1894 р. В.В. Селецького зарахували на посаду позаштатного ординатора кафедри нервових та душевних хвороб, в жовтні 1897 р. він став штатним ординатором неврологічної клініки, а в грудні 1897р. – штатним ординатором Києво-Кирилівського шпиталю, залишаючись ординатором університетської клініки. В липні 1899 р. із закінченням терміну служби ординаторів він був виключений із штату університету. В 1900 р. В.В. Селецький допущений до читання лекцій для студентів медичного факультету.

В травні 1901 р. В.В. Селецький захистив дисертацію на тему: “Опыт систематического и клинического изучения расстройств речи при прогрессивном параличе”. В жовтні 1901 р. йому присвоєно вчене звання приват-доцента, а з 1903 р. В.В. Селецький почав читати лекції на кафедрі нервових хвороб, яку очолював проф. М.М. Лапінський. З 1912 р. В.В. Селецький – професор кафедри нервових хвороб Київського жіночого медінституту, яку він очолював до 1919 р. В 1922 р. була організована кафедра факультетської неврології. В.В. Селецький керував нею до 1950 р.

Наукові дослідження В.В. Селецького присвячені інфекційним захворюванням нервової системи, пухлинам головного мозку, питанням медичної психології та психіатрії. За весь час своєї роботи він опублікував понад 60 наукових робіт.

Помер у 1955 р. на 87 році життя.

25 травня – 75 років від дня народження **Юрія Дмитровича Усенка**. Народився в с. Філіповичі Полтавської області. В 1954 р. вступив на лікувальний факультет Київського медичного інституту, який закінчив з відзнакою у 1960 р. В 1960-1962 рр. навчався в клінічній ординатурі, а в 1962-1964 рр. в аспірантурі на кафедрі туберкульозу КМІ. В 1965 р. захистив кандидатську дисертацію. В 1971-1978 рр. працював в апараті ЦК КПУ. В 1978 р. очолив відділ пульмонології Київського НДІ туберкульозу, пульмонології та грудної хірургії. В 1984 р. був обраний на посаду завідувача курсом пульмонології кафедри туберкульозу Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця. Конгрес пульмонологів СРСР, який проходив в 1990 р. в Києві, обрав Ю.Д. Усенка своїм президентом та віце-президентом наукового

товариства пульмонологів СРСР. В 1992 р. захистив докторську дисертацію і став доктором технічних наук. В 1997 р. удостоєний Державної премії України в галузі науки і техніки.

Ю.Д. Усенко був автором понад 160 наукових робіт, в тому числі 3 монографій, 5 патентів, 15 авторських свідоцтв.

Помер 8 січня 2005 р. на 67 році життя.

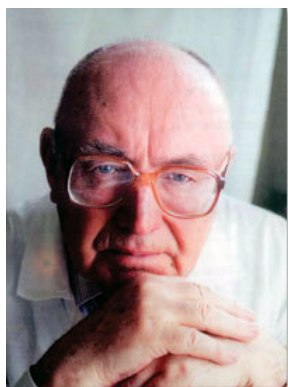
25 травня – 75 років від дня народження **Всеволода Чуми**. Народився у Львові. В 1961 р. закінчив лікувальний факультет ЛДМІ. Після захисту кандидатської дисертації працював асистентом, а згодом доцентом кафедри факультетської терапії. Тепер працює консультантом-терапевтом Фонду Св. Володимира у Львові. Член Головної Управи УЛТ у Львові (1992-1994) і голова комісії із зв'язків з іншими товариствами. Був головою видавничої комісії (1994-1996).

ЛІТЕРАТУРА

1. Калинюк Т. Генгринович Аркадій Йосипович // 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. 85.
2. УРЕ в 12 томах. Т. 2: Боронування – Гергелі / гол. ред. М.П. Бажан. – 2-е вид. – К.: Гол. ред. УРЕ, 1978. – 544 с. – Зі змісту: [Бурчинський Георгій Йосипович]. – С. 81.
3. Вчені Поділля (Фундаментальні наукові праці). Ч.1. Матеріали республ. наук.-практ. конф., присвяченої 55-річчя визволення України від фашистських загарбників / Під заг. ред. О.О. Шалімова, В.М. Мороза. – Хмельницький-Вінниця: “Поділля”, 1999. – 350 с.: – Зі змісту: [Тимочків Павло Михайлович]. – С. 54-56.
4. Надрага О. Чаплик Віктор 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. 344.
5. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України / Я. Ганіткевич, П. Пундій / наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с.: – Зі змісту: [Шубська Галина]. – С. 221-222.
6. Ткаченко С. Добрянський Дмитро Олександрович // 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. 109.
7. Павловський М. Фільц Орест 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. 333.
8. Вчені Поділля (Фундаментальні наукові праці). Ч.1. Матеріали республ. наук.-практ. конф., присвяченої 55-річчя визволення України від фашистських загарбників / Під заг. ред. О.О. Шалімова, В.М. Мороза. – Хмельницький-Вінниця: “Поділля”, 1999. – 350 с.: – Зі змісту: [Компанець Володимир Степанович]. – С. 47.
9. Пундій П. Українські лікарі. Біобібліографічний довідник. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження / Гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів, Чикаго. – 1994. – 328 с.: зі змісту: [Тимчишин Микола]. – С. 230.
10. www.neurology.org.ua/about/lastzavkaf/seleckij
11. uk.wikipedia.org/wiki/Падалка_Борис_Якович

АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ ТРЕЩИНСЬКИЙ

До 90-річчя від дня народження



Анатолій Іванович Трещинський народився 20 травня 1923 р. в с. Рогівці Роменського району Сумської області. Після закінчення середньої школи вступив до Вінницького медичного інституту, який закінчив у 1950 р. Після завершення навчання в інституті поступив в клінічну ординатуру за спеціальністю “Нейрохірургія”. В 1955 р. захистив кандидатську дисертацію і до 1957 р. працював молодшим науковим співробітником Київського інституту нейрохірургії.

1957 рік для Анатолія Івановича Трещинського став вирішальним: він вирішив присвятити себе новій медичній спеціальності – анестезіології, яка почала розвиватися в той час в СРСР. Відвідуючи клініку проф. П.А. Купріянова (1893-1964), де з 1946 р. почали застосовувати ендотрахеальний наркоз із штучною вентиляцією легень, А.І.Трещинський побачив захоплюючі можливості нової дисципліни. Він зрозумів, що це його шлях в медицині. Саме на кафедрі торакальної хірургії і анестезіології Київського інституту удосконалення лікарів, якою керував легендарний професор М.М. Амосов, почала розвиватися служба анестезіології. Вже в 1959 р. на цій кафедрі доцент А.І. Трещинський організував та очолив 4-х місячні курси анестезіології.

В 1960 р. А.І. Трещинського призначили головним анестезіологом МОЗ УРСР. Саме йому прийшлося взяти на себе відповідальність за організацію анестезіологічної служби в УРСР. 47 років він був незмінним головним анестезіологом МОЗ України. Він з честю вирішив це завдання і ця служба стала однією з найкращих в СРСР. Лише в 1959 р. з’являються в СРСР перші монографії та підручники з анестезіології: Є.М. Мешалкін, В.П. Смольніков “Современный ингаляционный наркоз” та І.С. Жоров “Общее обезболивание в хирургии”. В 1961 р. з’явилися нові книги: А. Атанасов, П. Абаджиев “Анестезиология” (переклад з болгарської), Б.М. Виноградов, П.К. Дьяченко “Основы клинической анестезиологии”. Анатолій Іванович написав цикл лекцій з анестезіології, які лікарі-курсанти передрукували і переплели. Один із авторів цієї статті дотепер зберігає цей цикл лекцій. Всі ці книги за глибиною викладу матеріалу з фізіології, патофізіології та біохімії процесів, які відбувалися в організмі під час наркозу, операції та в післяопераційний період не могли зрівнятися з лекціями Анатолія Івановича.

В 1963 р. А.І. Трещинський захистив докторську дисертацію на тему: “Обезболивание и обеспечение безопасности операций на открытом сердце с искусственным кровообращением”. Зрозуміло, що нова медична дисципліна вимагала кадрового наукового, педагогічного, апаратного забезпечення.

В 1964 р. за ініціативою А.І. Трещинського було створено товариство анестезіологів-реаніматологів УРСР – перше серед республік Радянського Союзу і на 2 роки раніше від Всесоюзного товариства.

В 1966 р. А.І. Трещинський організував проведення 1-го з’їзду анестезіологів УРСР, але чиновники МОЗ СРСР заборонили проведення з’їзду, оскільки ще не було Всесоюзного з’їзду. З’їзд в Києві відбувся, але офіційно отримав назву “конференція”, хоча на титульній сторінці було написано: “Обезболивание и реанимация в условиях клиники и скорой помощи (Материали 1-го съезда анестезиологов УССР)”. В цьому ж році в Москві відбулася Всесоюзна установча конференція, на якій було створено Всесоюзне товариство анестезіологів і реаніматологів, головою якого обрали Т.М. Дарбіняна, а заступниками А.І. Трещинського, С.М. Єфуні, Б.С. Уварова, В.О. Гологорського, О.А. Доліну, В.А. Кованева. В 1967 р. А.І. Трещинського обирають першим завідувачем першої в УРСР організованої самостійної кафедри анестезіології та реаніматології Київського інституту удосконалення лікарів, а в 1968 р. він отримав вчене звання професора.

В 1969 р. А.І. Трещинський очолив організаційний комітет з проведення 1-го офійного з'їзду анестезіологів УРСР. Заручившись підтримкою ректора ЛДМІ проф. М.В. Даниленка (заст. голови оргкомітету) з'їзд відбувся у Львові і зібрав практично весь “цвіт” радянської анестезіології та реаніматології. На з'їзді були представлені доповіді фахівців з медичних установ 54 міст СРСР, в тому числі 18 міст України. Найбільше доповідей представили Львів – 51, Москва – 35, Київ – 27, Харків – 17, Донецьк – 16, Ленінград – 13, Одеса – 7. Наступні з'їзди анестезіологів відбувалися майже регулярно через 4 роки: 1973, 1977, 1984, 1988, 1992, 1997, 2000, 2004.

Будучи головою республіканської проблемної комісії “Анестезіологія” Анатолій Іванович сприяв розвитку нових наукових напрямків, впровадженню іновацій в практику інтенсивної терапії при ураженнях нервової системи, шоку, сепсису, порушеннях імунної системи. Анатолій Іванович брав безпосередню участь в організації кафедри дитячої анестезіології КІУЛ в 1983 р.

В 1985 р. він взяв участь в розробці доктрини післядипломної освіти в СРСР, в 1986-1988 рр. – у створенні Уніфікованих навчальних програм з анестезіології та реаніматології МОЗ СРСР. В 1986 р. виступив ініціатором розробки професійно-посадових характеристик і вимог до лікарів-анестезіологів різних кваліфікаційних категорій.

В 1991 р. під керівництвом А.І. Трещинського створені комп'ютерні програми для навчання і контролю знань лікарів-анестезіологів. В 1992 р. за редакцією Анатолія Івановича виходить збірка питань і тестових завдань “Анестезіологія і реаніматологія”, в 1995 р. – книга “Неотложная медицинская помощь”, реферативна збірка “Токсикозы беременных”, в 1996 р. – реферативна збірка “Травмы”, в 1997 р. – реферативна збірка “Сепсис”, в 2004 р. – “Руководство по интенсивной терапии”, в 2008 р. – “Руководство по анестезиологии”.

Під його безпосереднім керівництвом виконувалися наукові дослідні роботи, присвячені екзогенним інтоксикаціям (1978-1983), епідуральному застосуванню наркотичних анальгетиків (1984-1985), гнійно-септичним станам (1986-1989), комбінованій спинальній анестезії (1988-1993), імунному статусу у реанімованих хворих (1990-1995), проблемам штучної гіпотермії, премедикації, внутрішньовенної анестезії, акупунктури та електроакупунктурної аналгезії, черепно-мозкової травми, менінгоенцефалітів, гострій печінковій недостатності, правцю, астматичному статусу, отруєнь грибами, ендолімфатичної антибіотикотерапії, ліпосомальних препаратів, екстракорпоральних методів детоксикації біологічних середовищ організму, сепсису і поліорганній дисфункції, шоківих станів, знеболювання пологів, панкреанекрозу, гемотрансфузійних ускладнень, міастенії, терапії ішемічного інсульту, лікуванню больових синдромів.

Анатолій Іванович Трещинський є автором (співавтором) 14 монографій, 16 навчальних посібників, 9 винаходів, 150 рацпропозицій, понад 300 друкованих праць. Під його керівництвом і консультацією захищено 100 кандидатських і 14 докторських дисертацій. Під його керівництвом проведено 5 з'їздів, 3 національні конгреси анестезіологів, 1 Міжнародний конгрес анестезіологів соціалістичних країн.

Він був засновником і головним редактором журналу “Біль, знеболювання і інтенсивна терапія”, членом редколегій журналів “Анестезиология и реаниматология”, “Клінічна медицина”.

В 1985 р. за монографію “Ферментативні процеси і їх корекція при екстремальних станах” він був удостоєний звання Лауреата премії імені Палладіана АН УРСР. Був нагороджений орденами Трудового Червоного Прапора, Дружби народів, князя Ярослава Мудрого V ст., медалями.

А.І. Трещинський помер 31 березня 2009 р. на 86 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Владыка А.С. Анестезиология в лицах / А.С. Владыка, В.В. Суслов, П.Н. Чуев / под. ред. проф. В.В. Сулова. – Сумы: Университетская книга, 2008. – 269 с. – Из содерж.: [Трещинский Анатолий Иванович]. – С. 148-150.
2. Пам'яті професора Анатолія Івановича Трещинського // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2009. – №2. – С. 3-4.

НАДІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА ПУЧКІВСЬКА

До 105-річчя від дня народження



Надія Олександрівна Пучківська народилася 25 травня 1908 р. в Смоленську в сім'ї лікаря. Батько Олександр Митрофанович був відомим отоларингологом Київського медінституту, в 1937 р. був репресований і в 1957 р. реабілітований посмертно. Мати – Юлія Опанасівна – сестра милосердя в роки I Світової війни, рано пішла із життя. Думка про майбутню долю лікаря прийшла із дитинства, коли їй приходилося з батьками їздити залізницями під час I Світової війни (батько був начальником санітарного поїзда).

В 1930 р. Надія Олександрівна закінчила Київський медичний інститут. Працювала санітарним лікарем в Херсоні, далі навчання в аспірантурі при Одеському медичному інституті, працювала асистентом кафедри гістології Київського медичного інституту. Ще в аспірантурі її помітив В.П. Філатов. В 1937 р. Н.О. Пучківська захистила кандидатську дисертацію на тему: “Регенерація епітелія переживаючої рогової”. Роботу на докторською дисертацією перервала Друга світова війна. Сім'ї було наказано евакуюватися в Ташкент (чоловік Н.О. Пучківської був фахівцем із бавовни). В Ташкенті Надія Олександрівна працювала асистентом очної клініки Ташкентського медичного інституту. Сюди ж із Пятигорська приїхав В.П. Філатов. В Ташкенті розгорнувся очний евакошпиталь, на базі якого відновилася діяльність Українського інституту очних хвороб.

Із спогадів Надії Олександрівни: *“На початку 1943 року в Червоній армії почали створювати спеціалізовані фронтові госпіталі: “голова” з чотирма відділеннями – нейрохірургічним, очним, отоларингологічним, щелепно-лицевим. Мене мобілізували в армію для роботи в одному з таких госпіталів”* (Епоха і моє життя).

В 1943 р. Н.О. Пучківську мобілізовано в лави Червоної армії і до кінця війни вона була начальником очного відділення фронтового евакошпиталю №1606 в складі 4-го Українського фронту, пройшла шляхами війни до Кракова. Нагороджена орденом Вітчизняної війни II ст.

В серпні 1946 р. – демобілізована і почала працювати в Інституті очних хвороб в Одесі, куди переїхала на запрошення академіка В.П. Філатова (1875-1956).

В 1946-1952 рр. Надія Олександрівна працювала керівником відділення реконструктивної офтальмології. В 1952-1956 рр. – вона заступник директора інституту з наукової роботи. В 1953 р. Н.О. Пучківська запропонувала методику операції пересадки роговочки з облямівкою склери при стафіломах великого (14-20 мм) діаметру.

В 1954 р. Н.О. Пучківська захистила докторську дисертацію на тему: “Пересадка рогової при стафіломах, выпяченних бельмах и некоторых других видах осложненных бельмах”. В 1955 р. їй присвоєно вчене звання професора. В 1956 р. після смерті академіка В.П. Філатова вона очолила інститут і упродовж майже 30 років (до 1985) зберегла, розвинула ідеї вчителя і створила власну наукову школу. В 1960 р. Н.О. Пучківській за монографію “Пересадка рогової оболочки при осложненных бельмах” присуджена премія Президії АМН СРСР імені В.П. Філатова. Адже в повоєнні роки було багато пацієнтів з важкими травмами та наслідками опіків, кому тотальна кератопластика не допомогли: на оперованих очах з'являлася вторинна глаукома, а трансплантат мутнів. Надія Олександрівна вивчала патогенез, розробляла нові методи лікування опіків очей, створила ефективний двохетапний метод ліквідації великих зрощень, що дало можливість в майбутньому робити пересадку роговочки з оптичною ціллю та відновлювати зір пацієнтам.

В 1960 р. Н.О. Пучківській було присвоєно звання Героя Соціалістичної праці, а в 1961 р. Надія Олександрівна була обрана членом-кореспондентом АМН СРСР.

Н.О. Пучківська запропонувала новий вид кератопластики – поширену периферичну пересадку роговочки. В 1968 р. розробила метод біологічного покриття при ерозіях, виразках,

глибоких інфільтраціях та інших патологічних процесах в рогівці. В 1968 р. вона удостоєна звання “Заслужений діяч науки і техніки УРСР”. Методика тектонічної кератоластики з двома трансплантатами при великих наскрізних дефектах рогівки запропонована вченою в 1971 р. В співавторстві з Н.С. Шульгіною, В.М. Непом’яшею розроблений метод патогенетичного лікування опіків очей ін’єкціями сироватки крові опікових реконвалесцентів та антистафілококової плазми. За цикл робіт по вивченню патогенезу та лікування опіків очей в 1978 р. групі лікарів на чолі з Н.О. Пучківською присуджена Державна премія УРСР.

В 1969 р. Н.О. Пучківська була обрана почесним членом Міжнародного товариства очних хірургів, в 1970-1985 рр. – почесним членом офтальмологічних товариств НРБ, НДР, ЧСС, ПНР, СРВ, УНР.

В 1974 р. Надія Олександрівна стала дійсним членом Міжнародної Академії офтальмологів. Багато часу вона присвятила вивченню проблеми кератопротезування. В 1987 р. за монографію “Оптическое кератопротезирование” Н.О. Пучківська та С.О. Якименко удостоєні премії президії АМН СРСР імені В.П. Філатова.

В 1992 р. Надія Олександрівна була обрана академіком НАН України, а в 1993 р. – академіком АМН України.

Н.О. Пучківська очолювала проблемні комісії наукових напрямків на рівні АМН СРСР та АН України, була членом правління Всесоюзного та Головою Українського наукового товариства офтальмологів. З 1957 по 1996 рік Надія Олександрівна – головний редактор “Офтальмологічного журналу”, заснованого В.П. Філатовим в 1946 р. З 1976 р. – голова спеціалізованої ради із захисту докторських та кандидатських дисертацій за спеціальністю “Очні хвороби”.

Н. Пучківська автор понад 300 наукових робіт, в т.ч. 11 монографій, з яких 5 перекладено на англійську, німецьку та японську мови, 9 авторських свідоцтв та патентів. Вона підготувала 54 кандидатів та докторів наук, багато з них очолюють лабораторії, клініки, кафедри, інститути.

В останні роки життя Н.О. Пучківська багато часу приділяла написанню спогадів: про батька (1995), про В.П. Філатова (2001), про себе – “Епоха і моє життя”, яка вийшла у 2004 р. Багато часу присвятила громадській роботі. Вона обиралася депутатом Верховної Ради УРСР 6-8 скликань, була заступником Голови Верховної Ради УРСР 7-8 скликань, в 1985-1987 рр. – була депутатом Одеської обласної ради народних депутатів, членом Комітету радянських жінок.

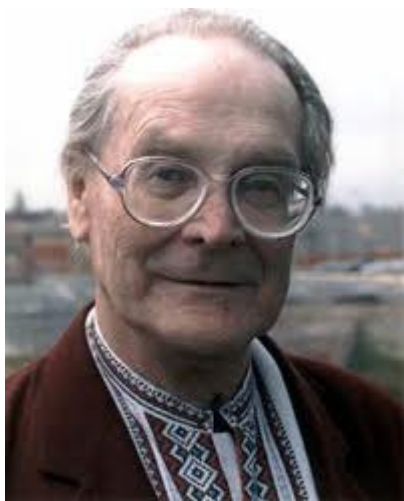
Н.О. Пучківська прожила щасливе життя і 15 травня 2001 р. відійшла у Вічність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Казаков Б.Н. Пучковская Надежда Александровна // БМЭ. В 30 томах. Т.21: Проба-Ременсы/ гл. ред А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1975. – С. 720-721.
2. УРЕ. В 12 томах. Т.9: Поплужне-Салуїл. – 2-е вид. – К.: Гол. ред УРЕ, 1983. – 560 с. – Зі змісту: [Пучківська Надія Олександрівна]. – С. 202.
3. Академик НАН и АМН Украины Надежда Александровна Пучковская. К 90-летию со дня рождения // Офтальмолог. журнал. – 1998. – №3. – С. 169-172.
4. Черв’як П.І. Медична енциклопедія / П.І. Черв’як. – К.: вид. центр “Просвіта”, 2001. – 1024 с.: Зі змісту: [Пучківська Надія Олександрівна]. – С. 989-990.
5. Памяти академика Надежды Александровны Пучковской // Офтальмолог. журнал. – 2001 – №2. – С. 88.
6. Ганіткевич Я. Історія Української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 368 с.: Зі змісту: [Пучківська (Пучковская) Надія Олександрівна]. – С. 124, 157, 279.
7. Імена в медицині у відгомінні часу. 2013 р. (перше півріччя) / уклад.: С.М. Булах, Ю.Г. Віленський, Л.Є. Корнілова, С. М. Науменко. – Київ, 2013. – 112 с. – Зі змісту [Пучківська Надія Олександрівна]. – С. 28.

КОСТЯНТИН ПАВЛОВИЧ БУТЕЙКО

До 10-ої річниці від дня смерті.



Костянтин Павлович Бутейко народився 27 січня 1923 року в селянській родині в с. Іваниця Недригайлівського району Сумської області. Батько цікавився механікою і постарався зацікавити механікою свого сина. Тому після закінчення середньої школи Костянтин Павлович поступив у Київський політехнічний інститут. Але в 1941 р. почалася війна і Костянтину Павловичу прийшлося піти в автоколонну по обслуговуванню фронту. Після війни в 1946 р. він поступив в І Московський медичний інститут. На третьому курсі почав займатися в науковому гуртку на кафедрі академіка Євгена Михайловича Тарєєва (1895-1986). Ще навчаючись в інституті на III курсі спостерігав за важкими хворими, стараючись розгадати тайну смерті. Звернув увагу на те, що погіршення стану хворого супроводжується поглибленням дихання. За показниками глибини дихання міг визначити час завершення життя. І ця інформація спостереження чітко визначила мету подальших наукових досліджень: фізіологія і патологія дихання в клініці внутрішніх хвороб. Після закінчення медінституту як здібний лікар був зарахований у клінічну ординатуру з терапії на кафедрі Є.М. Тарєєва.

7 жовтня 1952 р., молодий лікар К.П. Бутейко, який нещодавно закінчив з відзнакою І Московський медичний інститут під час нічного чергування у терапевтичному відділенні Московської лікарні №24 дійшов висновку, що причиною його важкої гіпертонічної хвороби є глибоке дихання (так звана альвеолярна гіпервентиляція).

Бутейко вирішив перевірити щойно зроблене відкриття на собі, як це зазвичай робили найбільш видатні лікарі. Він міркував так: “якщо ця хвороба від глибокого дихання, то єдиним методом порятунку може бути зменшення глибини подиху (об’єму вдиху)”. Із зменшенням глибини подиху відбулося неймовірне: усі симптоми його хвороби вже за хвилину почали зникати самі собою! Сильні головні, серцеві і ниркові болі слабшали. Холодні руки і ноги зігрівалися, нежить та кров’яний тиск почали зменшуватися. А через 3-4 хвилини майже усі хворобливі явища зникли. Костянтин Павлович ще раз вирішив переконатись, що причиною його недуг є саме глибокий подих і для цього знову повернувся до нього – зробив глибокий вдих... Після п’ятого вдиху стемніло в очах і він ледь не зомлів. Усього п’ять вдихів, якихось 15-20 секунд, дали такий нищівний результат! Так К.П. Бутейко сам для себе підтвердив, що причина його хвороб – саме глибоке дихання, або як кажуть “передихання”. Лікар К.П. Бутейко відразу ж перевіряв своє відкриття на хворих. Астматиків, які глибоко дихають, тих, хто страждав на стенокардію та інші хвороби, він просив дихати поверхово. Напади відразу знімались. Просив дихати глибше – з’являлись знову. Вранці Костянтин Павлович був абсолютно впевнений, що він зробив глобальне відкриття, а сучасна медицина має хибні погляди на дихання.

Через 2 роки навчання в ординатурі був залишений на кафедрі на посаді завідувача лабораторії функціональної діагностики. Але розпочати велику роботу не вдалося – не було обладнання, штату і, нарешті, грошей. Спроба створити лабораторію при лікарні МОЗ СРСР також не вдалася: з'явилася апаратура, але не було кадрового забезпечення. Лише в 1958 р. проф. Є.М. Мешалкін (1916-1997), який організовував у Новосибірську Інститут експериментальної біології і медицини при Сибірському відділенні АН СРСР запропонував К.П. Бутейку організувати в цьому інституті лабораторію функціональної діагностики.

В 1963 р. К.П.Бутейко став завідувачем лабораторії функціональної діагностики Інституту цитології і генетики Сибірського відділення АН СРСР. В лабораторії знаходився комплекс з 30-40 приладів, спроможних реєструвати майже всі основні функції організму людини і видавати біля 100000 одиниць інформації за годину.

У лабораторії пройшли спеціалізацію близько двох тисяч лікарів. Лікар К.П. Бутейко проводив семінари, виступав на вчених радах, але чим переконливішими виглядали наведені ним докази і факти, тим більше замикалася й повставала проти нього офіційна медицина. От як описував сам Костянтин Павлович події того періоду свого життя: “Мої неодноразові спроби і настійливі прохання експериментально перевірити наш метод не зустрічали підтримки і розуміння”.

Лабораторію відвідав акад. Б.В.Петровський і заявив, що він підтримає метод К.П. Бутейка, якщо цей метод забезпечить виліковування 80% хворих. В січні 1968 р. після публікації про метод К.П. Бутейка в радянських та закордонних ЗМІ апробація методу була проведена в ВНДІ пульмонології МОЗ СРСР в Ленінграді (керівник клініки – акад. АМН СРСР Ф.Г. Углов). Був встановлений позитивний ефект у 96% хворих.

В 1969 р. К.П. Бутейко виступив з гострою доповіддю в МДУ імені М.В. Ломоносова на захист запропонованого методу ВЛГД (вольовій ліквідації глибокого дихання), що викликало вибух в суспільній свідомості і супроводжувалося жорсткою реакцією офіційної медицини СРСР.

Зростання кількості людей, які використовуючи метод К.П. Бутейка, позбулися багатьох хвороб, привело до необхідності позитивного вирішення проблеми “методу К.П.Бутейка”.

В 1981 р. відбулася друга апробація методу на кафедрі дитячих хвороб ІМосковського медичного інституту імені І.М. Сеченова у хворих на бронхіальну астму (зав. каф. – проф. Л.А. Ісаєва). Позитивний ефект склав 94-96%. Були отримані позитивні відгуки вчених, спеціалістів цієї галузі (М.М. Амосова, М.Ф. Гулого, С.Є. Северина).

І нарешті визнання. 15.09.1983 р. Державний комітет СРСР в справах винаходів та відкриттів видав К.П. Бутейку свідоцтво за №1067640 на вказаний спосіб лікування “Спосіб лікування гемогіпокарбії (заявки №№76207113, 76207413 з пріоритетом від 28.12.1962 р. Майже 21 рік прийшлося чекати К.П. Бутейку на визнання своєї правоти. В 1995 р. Наказом №591 МОЗ СРСР від 30.04.1985 р. метод вольової регуляції глибини дихання впроваджено при лікуванні бронхіальної астми.

В 1987 р. по завданню МОЗ СРСР розроблені та затверджені методичні рекомендації для лікарів різних спеціальностей для застосування методу Бутейка в медичній практиці. В цьому ж році Головне управління охорони здоров'я м. Москви прийняло рішення про створення медичного кооперативу “Дихання” (клініка Бутейка) –

першої та єдиної в СРСР спеціалізованої лікувально-профілактичної установи, що застосовує метод Бутейка для лікування бронхіальної астми, бронхітів, алергій, пневмоній, хронічного риніту, гіпертонічної хвороби, стенокардії та низки інших захворювань і призначило К.П.Бутейка директором клініки.

В 1990 р. Державний комітет СРСР у справах винаходів та відкриттів 22.05.1990 р. видав авторське свідоцтво №1593627 (заявка №4136914 із пріоритетом від 17.10.1986 р.) на спосіб визначення вмісту вуглекислого газу в альвеолярному повітрі. В цьому ж році відбулася апробація методу Бутейка у хворих, що зазнали впливу іонізуючої радіації в зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС. Апробація відбулася у Всесоюзному Науковому центрі радіаційної медицини в Києві. Висновок: у 82% хворих наступило покращення багатьох показників (голова Вченої Ради – професор В.Г. Бебешко).

В 1991 р. відбулася державна апробація методу Бутейка у хворих СНІДом в установі: Київський НДІ епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського. Результати показали позитивну динаміку, рекомендовано продовжити дослідження (чл.-кор. АМН СРСР проф. А.А. Фролов). Там же відбулася апробація методу Бутейка у хворих з гострим та хронічним вірусним гепатитом, цирозом печінки. Була доказана висока ефективність методу, позитивна клінічна динаміка.

Костянтин Павлович Бутейко був обраний академіком Міжнародної Академії Інформатизації (МАІ), він автор понад 100 публікацій.

3 травня 2002 р. в Москві на 81 році життя він відійшов у Вічність.

Р.С.Ще при житті К.П. Бутейка почалася апробація його методу за кордоном. І застосування цього методу для лікування різних захворювань продовжується і дотепер.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фролов В. Эндогенное дыхание – медицина третьего тысячелетия. – Новосибирск, 1999. – С. 16-17.
2. Колобов Ф.Г. Дыхание по Бутейко / Ф.Г. Колобов. – М.: ООО Издательство АСТ; Донецк: Сталкер”, 2003. – 120 с.
3. Вилунас Ю. Рыдающее дыхание и другие методы естественной медицины. – СПб: ИК “Невский проспект”, 2003. – С. 14-15ю.
4. Панькович М., Панькович П. Зцілення – досвід і мудрість. – Львів: Мета, 2005. – 156 с.
5. Степанов А.А. Дыхательные гимнастики по методам Бутейко, Стрельниковой, Фролова и других авторов / А.А. Степанов. – СПб: Вектор, 2005. – С. 63-91.
6. Малахов Г.П. Современные дыхательные методики / Г.П. Малахов. – Донецк: Сталкер, Генеша, 206. – С. 30-58.
7. Неумывакин И.П. Резервные возможности организма. Дыхание и сознание. Мифы и реальность / И.П. Неумывакин, Л.С. Неумывакина. – СПб: Издательство “ДИЛЯ”, 2009.- С. 48-53.

Хроніка травня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

2 травня – 140 років від дня народження **Семена Івановича Златогорова**. Народився в Берліні. В 1897 р. з відзнакою закінчив Військово-медичну академію в Санкт-Петербурзі. В 1900 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини. Спеціалізувався з мікробіології в лабораторії І.І. Мечнікова в Пастерівському інституті. З 1911 р. став професором Психоневрологічного інституту. В 1920-1924 рр. – професор Військово-медичної академії і Петроградського медичного інституту. Брав участь в боротьбі з епідеміями на території Росії, Персії, Китаю. У 1924-1928 рр. – директор Українського санітарно-бактеріологічного інституту. Знаходився в закордонних відрядженнях в лабораторіях Берліна, Відня, Лозанни, Парижа, Нью-Йорка. У 1927 р. заснував Українське відділення Міжнародного товариства мікробіологів. З 1929 р. – директор Профілактичного інституту Військово-медичної академії в Ленінграді, член-кореспондент АН СРСР. Основні наукові дослідження присвячені вивченню мінливості та імуногенності мікроорганізмів. Першим висунув ідею про створення асоційованих вакцин. Заарештований 19 грудня 1930 р. за звинуваченням: “організатор і активний член контрреволюційної шкідницької організації лікарів-мікробіологів”. Перебував під слідством у Ленінградській в’язниці. Стан здоров’я погіршився і 17 березня 1931 р. помер в лікарні на 58 році життя.

4 травня – 85 років від дня народження **Василя Христофоровича Анестиаді**. Народився в с. Саратени (Молдавія). В 1951 р. закінчив Кишиневський медичний інститут. Працював в цьому інституті. З 1958 р. – завідувач кафедри патологічної анатомії, в 1962-1963 рр. – проректор, з 1963 р. – ректор інституту. Основні наукові роботи присвячені дослідженню морфології серцево-судинної системи в умовах норми, патології та старіння організму. Виявив динаміку вікових особливостей артерій, структурно-функціональні зміни в тканинах серця і судин при порушеннях метаболізму.

10 травня – 115 років від дня народження **Рудольфа Шенгеймера** – американського біохіміка німецького походження. Народився в Берліні. Закінчив у 1922 р. Берлінський університет. З 1931 р. очолив відділ патологічної хімії у Фрейбурзькому університеті. Емігрував у США. З 1933 р. – професор біохімії Колумбійського університету (США). Основні наукові роботи присвячені вивченню біохімії проміжного обміну в цілісному організмі. В 1935 р. застосував мічені атоми для вивчення обміну речовин в організмі. Застосував дейтерій для вивчення обміну жирів. Використав важкий ізотоп азоту для вивчення обміну амінокислот.

Помер 11 вересня 1941 р. на 44 році життя.

12 травня – 210 років від дня народження **Юстуса Лібіха** – німецького хіміка та агрохіміка. Народився в Дармштадті. Навчався в Бонському (1820) та Ерлангенському (з 1821) університетах. В 1825 р. організував першу в Німеччині хімічну лабораторію. З 1824 р. працював у Гісенському, а з 1852 р. – у Мюнхенському університетах. Основні наукові роботи відносяться до аналітичної, органічної, фізіологічної хімії, агрохімії.

В 1828 р. запропонував методи кількісного хімічного аналізу для дослідження біологічних систем. Вперше розділив поживні речовини та білки, жири та вуглеводи, вивчав хімізм фізіологічних процесів. В 1839 р. висунув хімічну теорію бродіння та гниття. Відіграв надзвичайно велику роль в організації декількох наукових лабораторій та створенні сільськогосподарських експериментальних станцій. В 1840 р. розробив теорію мінерального харчування рослин, що сприяло застосуванню мінеральних добрив у землеробство. Ю. Лібіх став одним із засновників агрохімії. В 1832 р. заснував хімічний журнал “Аннален дер

фармації”, який з 1874 р. носить назву “Лібіхс аннален дер хемі”. В 1830 р. був обраний іноземним членом Петербурзької АН.

Помер 18 квітня 1873 р. на 70 році життя.

15 травня – 165 років від дня народження **Карла Верніке** – видатного німецького психіатра. В 1870 р. закінчив медичний факультет університету у Бреслау. (Вроцлав). Учень Г. Неймана та К. Вестфала. З 1890 р. по 1904 р. завідував кафедрою невропатології та психіатрії в Бреслау, в 1904-1905 рр. – в Галле. Займався анатомо-фізіологічними дослідженнями психічних та нервових хвороб. Описав сенсорну афазію в 1874 р. і виділив сенсорний центр мови, які названі його ім'ям. Позитивними були пошуки анатомічного субстрату психопатологічних порушень. Були описані пресбіофренія, алкогольний галюциноз; подав поняття про галюциноз та галюцинаторну сплутаність; виокремив поняття “надцінні ідеї”, “розгубленість”, “транзитивізм”, “маячня”, “псевдодеменція”.

К. Верніке описав знічну реакцію при геміанопсії, контрактури типу Верніке-Манна, гострий верхній геморагічний поліоенцефаліт алкогольної етіології (алкогольна енцефалопатія Гайє-Верніке).

Помер у 1905 р. на 57 році життя.

19 травня – 120 років від дня народження **Сергія Васильовича Кравкова** - фізіолога. Народився в Рязані. В 1916 р. закінчив Московський університет. В 1931-1951 рр. був завідувачем лабораторії в Інституті психології АПН РРФСР, з 1936 р. – одночасно керував відділенням фізіологічної оптики при Державному НДІ очних хвороб імені Г. Гельмгольца. Основний напрямок наукових робіт – вивчення фізіології зору. Досліджував діяльність зорового аналізатора у людини, взаємодію органу зору з іншими аналізаторами. Встановив закономірності зміни зору під впливом світлових, слухових, нюхових та смакових подразників. Виявив можливість збільшення світлової чутливості ока при попередньому впливі на нього червоним світлом. Вивчав роль різних іонів в кольоровому зорі. В 1949 р. отримав премію імені М.І. Авербаха.

Помер 16 березня 1951 р. на 58 році життя.

20 травня – 95 років від дня народження **Едварда Льюїса** – американського генетика. Закінчив Університет Міннесоти в 1939 р. і отримав ступінь бакалавра гуманітарних наук, а в 1942 р. – диплом доктора філософії після закінчення Каліфорнійського технологічного інституту. В 1942-1945 рр. капітан Повітряних сил США на Тихоокеанському фронті. З 1946 р. – викладач Каліфорнійського технологічного інституту, в 1956 р. став професором біології. В 1947-1948 рр. входив до складу Рокфеллерівської вченої ради Кембриджського університету (Англія), в 1975-1976 рр. був запрошеним професором Інституту генетики Копенгагенського університету.

В 1995 р. Е. Льюїс разом із К. Нюслай-Фолхард та Е. Вісхаузом були удостоєні Нобелівської премії з фізіології та медицини “за відкриття, що стосуються генетичного контролю за раннім ембріональним розвитком”.

Е. Льюїс гідно пошанований при житті: був членом багатьох національних академій, товариств, мав почесні ступені декількох університетів, нагороджений іменними преміями.

Помер 21 липня 2004 р. на 87 році життя.

21 травня – 140 років від дня народження **Ганса Бергера** – німецького лікаря. Народився в Нейсе (Баварія). Закінчив Йенський університет. З 1901 р. працював у клініці психіатрії та неврології, з 1912 р. – професор психіатрії, з 1919 р. – директор клініки. Основні роботи присвячені питанням електрофізіології. В 1929 р. вперше зареєстрував біоелектричну активність головного мозку людини методом електроенцефалографії (ЕЕГ). Виділив в ЕЕГ α - та

β-ритми. Застосував метод ЕЕГ у клініці. Першим описав реакцію десинхронізації. Клініка психіатрії та неврології Йенського університету носить його ім'я.

Помер 1 червня 1941 р. на 69 році життя.

22 травня – 185 років від дня народження **Альбрехта фон Грефе** – німецького офтальмолога, одного з основоположників сучасної клінічної офтальмології. В 1847 р. закінчив медичний факультет Берлінського університету. Працював у клініці Берліна хірургом і офтальмологом. В 1847-1849 рр. удосконалювався з офтальмології у клініках Праги, Парижа, Лондона, Утрехта. В 1850 р. в берлінській лікарні Шаріте заснував офтальмологічну клініку. В 1854 р. заснував журнал “Archiv für Ophthalmologie”, який видається дотепер.

В 1857 р. був обраний екстраординарним професором офтальмології Берлінського університету. Оцінив значення винайденого Г.Гельмгольцем офтальмоскопа і описав раніше невідомі захворювання сітківки та зорового нерву. Вивчав прогресуючу зовнішню хронічну офтальмоплегію (хвороба Грефе), офтальмоплегічну міопатію (міопатія Грефе), спадкову патологію (синдром Грефе-Шегрена). Описав деякі симптоми та діагностичні тести. Модифікував операцію іридектомії при гострій глаукомі, удосконалив спосіб видалення катаракти, запропонував метод блефаропластики, операцію евісперації ока, вдосконалив техніку енуклеації ока, сконструював деякі інструменти для операцій.

В 1866 р. А. Грефе був обраний ординарним професором офтальмології Берлінського університету. В 1870 р. помер від гострої форми туберкульозу на 42 році життя. Перед будинком клініки Шаріте йому встановили пам'ятник. Офтальмологічне товариство Німеччини заснувало медаль його імені.

27 травня – 130 років від дня народження **Здзіслава Кароля Штойзінга** – польського лікаря. Народився в м. Станіславові. В 1910 р. закінчив медичний факультет Львівського університету. В 1910-1919 рр. працював асистентом кафедри біохімії, в 1921 р. – доцент, в 1923 р. – професор гігієни та бактеріології, одночасно в 1930-1931 рр. – декан медичного факультету Львівського університету – медичного інституту – медико-природничих фахових курсів, одночасно в 1941-1944 рр. – науковий співробітник Противотифозного інституту Р. Вайгля, в 1946-1952 рр. – керівник кафедри гігієни Вроцлавської медичної академії. Проблематика наукових досліджень вченого стосувалася гігієни харчування, вивчення мікрофлори питної води, очищення стічних вод м. Львова.

Помер 24 липня 1952 р. на 70 році життя.

28 травня – 135 років від дня народження **Сергія Романовича Миротворцева** – російського хірурга. Народився в сім'ї вчителя гімназії. В 1898 р. вступив на медичний факультет Харківського університету, який закінчив у 1903 р. з відзнакою. В цьому ж році переїхав в Санкт-Петербург, де працював ординатором Обухівської лікарні. Під час російсько-японської війни працював лікарем в шпиталях Порт-Артура. Доліковував поранених полонених в Японії, повернувся в Росію в 1905 р. На початку 1914 р. переїхав в Саратов і був обраний професором кафедри хірургічної патології Саратовського університету. В 1923 р. став ректором Саратовського університету. В 1928 р. С. Миротворцев перейшов на роботу до своєї кафедри. В 1935 р. йому було присвоєно звання заслуженого діяча науки РРФСР. Під час радянсько-фінської та Другої світової війни працював головним хірургом евакошпиталів Саратовської та Пензенської областей. В жовтні 1945 р. Сергій Романович був обраний академіком АМН СРСР.

С. Миротворцев був автором понад 80 наукових праць, в тому числі 23 монографій. Наукові інтереси вченого багатогранні. Оригінальний метод втручання при хворобах сечового міхура та уретри, метод пересадки сечоводів у товстий кишківник (“операція Миротворцева”), актуальні питання військово-польової хірургії, боротьби з шоком, гемотрансфузії у фронтових

умовах, саркоми костей і т.п. З 1923 р. входив у склад редколегії “Нового хірургічного архіву”. Нагороджений орденами та медалями Російської імперії та СРСР.

Помер 4 травня 1949 р. на 71 році життя.

28 травня – 115 років від дня народження **Сергія Миколайовича Муромцева** – радянського мікробіолога. Народився в с. Маккавєєво Рязанської області. В 1923 р. закінчив 1-й Московський університет. В 1923-1925 рр. працював у Бухарському тропічному інституті, в 1925-1928 рр. – в Московському обласному інституті інфекційних хвороб. В 1934-1937 рр. Сергій Миколайович працював завідувачем лабораторій мікробіології у Всесоюзному інституту ветеринарії та в Московському санітарному інституті; в 1937-1950 рр. працював у різних установах Москви. В 1948 р. обраний академіком ВАСГНІЛ. З 1951 р. працював у системі ВАСГНІЛ, з 1956 р. – директор Інституту епідеміології та мікробіології АМН СРСР, де створив декілька лабораторій: електронної мікроскопії, люмінесцентну, виробництва діагностичних люмінесцентних сироваток та аерозольну, якою завідував. Наукова діяльність пов’язана з питаннями загальної, медичної та ветеринарної мікробіології, фагопрофілактики та терапії інфекційних захворювань. Цікавився проблемами мінливості мікроорганізмів та імунітету. Впроваджував досягнення медицини в практику сільського господарства. В 1946 р. став лауреатом Державної премії СРСР.

Помер 14 грудня 1960 р. на 63 році життя.

31 травня – 155 років від дня народження **Фрідріха Крауса** – видатного німецького терапевта. В 1882 р. закінчив медичний факультет Празького університету, де і отримав звання приват-доцента в 1889 р. З 1892 р. – професор і директор медичної клініки в Граце, а після смерті Гергардта (1902) став директором II медичної клініки в Шаріте, де працював до 1927 р.

В 1910 р. Ф. Краус разом з Г. Ніколаї описав основні показники електрокардіограми здорової та хворої людини. Його праці в галузі патології травлення, обміну речовин, серцево-судинної патології, пухлин гепатобіліарної системи отримали визнання спеціалістів. Ф. Краус разом з Т.Бругшем був редактором 10-томного керівництва з внутрішніх хвороб. Разом з учнями розробляв проблему регуляції вегетативних функцій. Вегетативну систему розглядав як цілісну систему, що складається з вегетативної нервової системи, електролітів, гормонів, колоїдів.

Ф. Краус – автор концепції, згідно з якою життя – це результат трансформації енергії в системі, що постійно коливається і регулятором якого є “глибинна особа”. Вегетативна система або “Tiefenperson” (“глибинна особа”) протиставлялася “Kortikalenperson” (“кортикальній особі”).

Ф. Краус був головою Берлінського медичного товариства, почесним членом Московського терапевтичного товариства, співредактором багатьох німецьких медичних видань. В 1925 р. Ф. Краус разом з М. Семашко створили “Російсько-німецький медичний журнал”, де він був співредактором.

Помер 2 березня 1936 р. на 78 році життя.

31 травня – 110 років від дня народження **Езраса Асратовича Асратяна**. Народився в с. Мецик (тепер – Турція). Закінчив агрономічний (1922) та медичний факультет (1930) Єреванського університету. Працював в Інституті фізіології АН СРСР (1930-1941) і одночасно у Всесоюзному інституті експериментальної медицини (1932-1935). Учень І.П. Павлова та Л.А. Орбелі. В 1941-1943 рр. – професор Ташкентського медичного інституту, в 1944-1945 рр. – завідувач фізіологічної лабораторії АН СРСР і завідувач кафедри фізіології 2-го Московського медичного інституту. З 1950 р. працював в організованому ним Інституті вищої нервової діяльності і нейрофізіології АН СРСР (1950-1952), з 1960 р. – директор. Основні наукові

інтереси – проблеми вищої нервової діяльності головного мозку, ведуча роль кори великих півкуль в компенсаторних механізмах. Створив концепцію про динамічну спеціалізацію і локалізацію функцій в корі головного мозку.

Помер 24 квітня 1981 р. на 78 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Златогоров Семен Иванович]. – С. 265-266.
2. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України / Я. Ганіткевич, П. Пундій. Біобібліогр. довід. / наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с.: – Зі змісту: [Златогоров Семен Іванович]. – С. 284-285.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Анестиади Василий Христофорович]. – С. 21.
4. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Шенгеймер Рудольф]. – С. 701.
5. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Либих Юстус]. – С. 370.
6. Шмарьян А. Вернике Карл // БМЭ. В 36 томах. Т.5: Везикула-Вулканизация / гл. ред. А.Н. Бакулев. – М.: Советская энциклопедия, 1958. – С. 244.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Кравков Сергей Васильевич]. – С. 332.
8. 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: [Льюїс Едвард]. – С. 192-193.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Бергер Ганс]. – С. 61.
10. Визначні імена у світовій медицині / за ред. заслуж. діяча науки України, проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Грефе Альбрехт]. – С. 165-166.
11. Колеснік Я. Штойзінг Здзіслав Кароль // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутітус, 2009. – С. 362.
12. Захаров Н.В. Памяти Сергея Романовича Миротворцева // Хирургия. – 1919. – №10.
13. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Муромцев Сергей Николаевич]. – С. 437.
14. Визначні імена у світовій медицині / за ред. заслуж. діяча науки України, проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Краус Фрідріх]. – С. 135-136.
15. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Асратян Эзрас Асратович]. – С. 30.

**ФРАНС КОРНЕЛІС ДОНДЕРС
До 195-річчя від дня народження**



Франс Корнеліс Дондерс народився 27 травня 1818 р. (в Нідерландах). В 1839 р. закінчив медичний факультет Лейденського університету. В 1842 р. захистив докторську дисертацію на тему анатомопатологічного розгляду нервових центрів. Працював в університетах Лейдена та Утрехта, спеціалізуючись переважно в галузі очних хвороб і проводячи наукові дослідження з фізіології зору. В 1846 р. разом з ван Дееном та Молешоттом видав “Матеріали з анатомії та фізіології”, в яких описав результати своїх мікроскопічних і гістохімічних досліджень тваринних тканин, до яких його підштовхнули праці ботаніка М. Шлейдена (1804-1881) та т. Шванна (1810-1882). Саме останній в 1839 р. опублікував класичну працю “Мікроскопічні дослідження про відповідність у структурі й рості тварин і рослин”, в якій було сформульовано основні положення клітинної теорії будови всіх організмів.

В 1846 р. була опублікована його перша робота із фізіології зору “Про рух людського ока”, в якій на основі детального і глибокого вивчення питання був сформульований закон сталості орієнтування сітківки по відношенню до зовнішнього простору. Цей закон формулюється так: Кожному даному положенню зорової лінії відповідає визначена позиція очного яблука, що не залежить від шляху, який проходить око при нерухомій голові із свого вихідного положення до нового положення. Закон встановлений на основі спостережень за станом від’ємних послідовних образів, які при всіх нахилах голови дають з дійсною вертикаллю кут, рівний куту нахилу голови. Закон Ф. Дондерса пов’язаний із законом Лістинга (I. Listing, 1905) і разом з ним лежить в основі аналізу рухів кожного ока окремо.

В 1845 р. Ф. Дондерс почав видавати журнал “Нідерландський ланцет”.

В 1848 р. Ф. К. Дондерс став професором біології, фізіології та офтальмології Утрехтського університету.

В 1848 р. в журналі “Нідерландський ланцет” надрукував статтю “Про застосування призматичних шкелець з метою лікування косоокості”. В цьому ж році з’явилися його роботи із акомодатії очей та дослідження про відновлення рогівки.

З 1852 р. упродовж 10 років Ф. Дондерс займався переважно очними хворобами і підніс цю науку на високий рівень. Крім офтальмології він займався проблемами фізіології та біомеханіки дихання. Основні явища, що лежать в основі циклічних змін об’єму легень, були зрозумілі ще К. Галену, описані Леонардо да Вінчі та Джованні Бореллі [4, С. 19]. Схема, яка була запропонована Ф. Дондерсом (1853), пояснила зв’язок між плевральним тиском, еластичністю легень і положенням діафрагми. В 1853 р. провів ряд загальнофізіологічних досліджень, запропонував оригінальний пристрій для демонстрації ролі внутрішньоплеврального тиску в акті дихання. Цей пристрій (модель Дондерса) використовувався на лабораторних заняттях і в наш час (Ю.П.)

В 1855 р. Дондерс разом з Арльтом був співредактором “Архіву з офтальмології”, що видавався А. Грефе, і написав низку праць з офтальмології. В 1856 р. вийшла його книга “Фізіологія людини”. В 1858 р. він організував і очолив очну клініку. Багато часу приділив питанням акомодатії ока. Ослаблення акомодативної здатності в зв’язку з віком було вивчено Ф. Дондерсом.

В 1860 р. вчений опублікував криву змін обсягу акомодатції, засновану на дослідженні 139 людей різного віку. В подальшому вона була виправлена ним після збільшення числа спостережень. Крім кривої змін положення найближчої точки ясного зору в залежності від віку Ф. Дондерс подав криву зміни положень дальньої точки в залежності від віку еметропів.

В 1862 р. Ф.Дондерс отримав кафедру фізіології Утрехтського університету. Вчення про аномалії рефракції та акомодатції він виклав у книзі “Аномалії рефракції і акомодатції ока”, що вийшла в 1864 р. Ф. Дондерс дав систематичне описання астигматизму в залежності від віку. Вперше встановив, що характер аномалії рефракції та її ступінь залежить від положення дальньої точки зору даного ока. Широко розповсюджений в офтальмологічній практиці суб’єктивний метод визначення рефракції ока за допомогою очкового скла був запропонований Ф. Дондерсом.

Відомі роботи Ф. Дондерса, присвячені кольоровій сліпоті та кількісному визначенню сприйняття кольорових подразників. Його досягнення в науці принесли славу Утрехтському університету, до якого приїздили спеціалісти з багатьох країн для удосконалення.

Багато часу Ф.К. Дондерс приділив фізіології мови і опублікував низку робіт на цю тему. Крім цього, займався фізіологією психічних процесів і для визначення швидкості психічних процесів сконструював “Noëmotachometer” та “Noëmotachograph”.

Помер Франс Корнеліс Дондерс в 1899 р. на 81 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

16. БМЭ. В 36-ти т. Т.9: Десна-Желток / гл. ред. А.Н. Бакулев. – 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1959. – 1168 с. – Из содерж.: [Дондерс Франс Корнелис, Дондерса закон]. – С.750-751.
17. Золотарёва М.М. Глазные болезни (Пособие для практического врача-офтальмолога). – Минск: Гос. Изд-во БССР, 1961. – 548 с. – Из содерж.: [Дондерс]. – С. 100.
18. Многотомное руководство по глазным болезням. Т.1. В 2-х книгах. – М.: Медгиз, 1962. – 520 с. – Из содерж.: [Ф. Дондерс]. – С. 24, 262.
19. Физиология дыхания. В серии: “Руководство по физиологии”. – Л.: Наука, 1973. – 352 с. – Из содерж.: [Дондерс]. – С. 19, 24.
20. Сергиенко Н.М. Клиническая рефракция человеческого глаза. – К.: Здоров’я, 1975. – 64 с. – Из содерж.: [Дондерс]. – С. 3.
21. Руководство к практическим занятиям по физиологии / Авт. кол.: Квасов Д.Г., Глебовский В.Д., Антонова И.Т., Коровина М.В. – М.: Медицина, 1977. – 216 с. – Из содерж.: [Модель Дондерса]. – С. 142.
22. Глазные болезни: Учебник / под ред. Т.И. Ерошевского, А.А. Бочкарёвой. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 1983. – 448 с. – Из содерж.: [Ф. Дондерс]. – С. 7, 124.
23. Визначні імена у світовій медицині / за ред. засл. діяча науки України, проф. О.А.Грандо. – Київ, РВА “Тріумф”, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Дондерс Франс]. – С. 170-171.

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); заголовок 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 15 (81)

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 17.05.2013

Формат 60*84/8. Папір офсетний

Гарнітура Times New Roman

Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 6,97. Фіз. друк. арк. 7,5.

Наклад 90 прим.

Надруковано:

ТзОВ «Графік Стар»