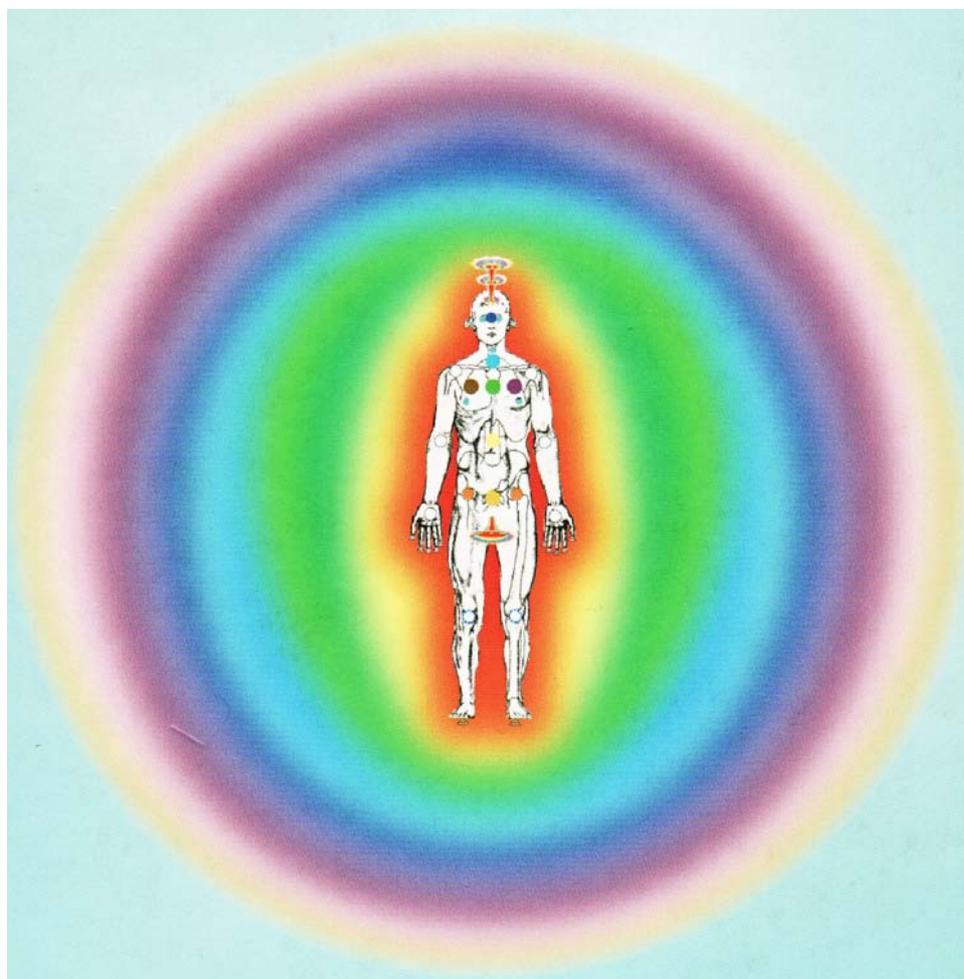


**Західний центр енергоінформаційних наук
Українська Міжнародна академія
профілактичної медицини НТШ**

**ФЕНОМЕН ЛЮДИНИ
ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ**



**Збірник наукових праць
Випуск 16 (82)**

Львів 2013

УДК:613 (082)
ББК 52.201
Ф423

Редакційна колегія:

Білинський Б.Т. – д-р мед.н., професор, **Васильчук А.Л.** – канд.пед.н., доцент, **Джунь В.В.** – канд.філос.н., доцент (відп.секретар), **Панишко Ю.М.** – канд.мед.н., доцент, (відп. редактор), **Петлін В.М.** – д-р геогр.н, професор, **Томашевський Я.І.** – д-р мед.н., професор **Федоров Ю.В.** – д-р мед.н., професор, **Шевчук Л.Т.** – д-р екон.н., професор

Редакційна рада:

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

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

Феномен людини. Здоровий спосіб життя [Текст]: зб.наук.ст. / За ред. доц. Ю.М. Панишка. – Львів, 2013. – Вип. 16. – 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
Васильчук А.Л.	Особливості чакри Аджни	5
Вінтюк Ю.В.	Рух за тверезий спосіб життя на Львівщині	13
Кравців Р.Й., Осташевський В.І.	Перепілки на службі здоров'я та бізнесу	22
Матвієнко Ю.О.	Неінвазивне лікування черепно-мозкової травми: для лікарів широкого профілю	26
Požárek Petr, Vobr Radek	Porovnání 5 mládežnických fotbalových týmů pomocí unifittest 6 – 60	31
Томашевський Я.І., Бумбар О.І., Бумбар З.О.	Стандартизація медичної допомоги при ранній стадії цукрового діабету та профілактика серцево- судинних і йододефіцитних захворювань	34
<i>Хроніка</i>		
Редколегія	Поздоровлення ювілярів	39
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка червня. Ювілейні дати вітчизняних лікарів та вчених	40
Лозинська С.С., Фільчагова І.О., Новицька І.М.,	Олексій Іванович Ступко. До 90-річчя від дня народження	46
Панишко Ю.М., Лозинська С.С.	Роман-Іван Михайлович Піняжко. До 30-річчя від дня смерті	48
Панишко Ю.М., Метельська Л.С.	Хроніка червня. Ювілейні дати зарубіжних лікарів та вчених	50
Томашевська Н.Я., Панишко Ю.М.	Карл Ландштейнер. До 145-річчя від дня народження	53
Панишко Ю.М., Пузич Я.І.,	Борис Васильович Петровський. До 105-річчя від дня народження	55
Редколегія	Інформаційний матеріал	58

Відомості про авторів

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.

Вінтюк Юрій Володимирович – кандидат психологічних наук, викладач кафедри соціології і соціальної роботи Національного університету “Львівська політехніка”.

Vobr Radek PhDr – Vysokoškolský pedagog, Pedagogická fakulta, katedra tělesné výchovy a sportu, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Кравців Роман Йосипович – доктор біологічних наук, професор, академік Національної академії аграрних наук, АН ВО, Української Академії наук, Нью-Йоркської АН, Міжнародної академії аграрних наук, Заслужений діяч науки і техніки України, голова ЛОО товариства “Знання”.

Лозинська Світлана Сергіївна – директор 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.

Новицька Ірина Миронівна – провідний бібліограф КЗ Львівської обласної ради “Львівська обласна наукова медична бібліотека”.

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

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

Požárek Petr Mgr– Vysokoškolský pedagog, Pedagogická fakulta, katedra tělesné výchovy a sportu, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Пузич Ярослав Іванович – кандидат медичних наук, завідувач поліклініки Славутської ЦРЛ Хмельницької області.

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

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

ОСОБЛИВОСТІ ЧАКРИ АДЖНИ

Вперше 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

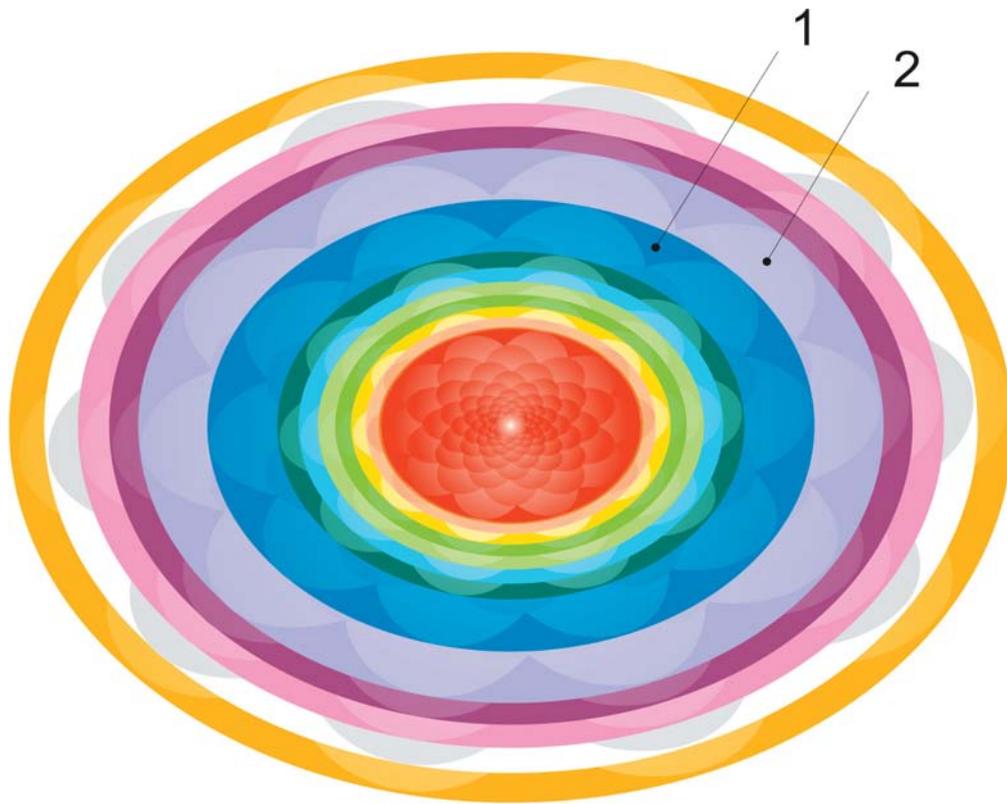
Збірник наукових статей

З випуску 1-8, 11-15 (77-81) Феномен людини. Здоровий спосіб життя

Еніоанатомічна норма чакри аджни

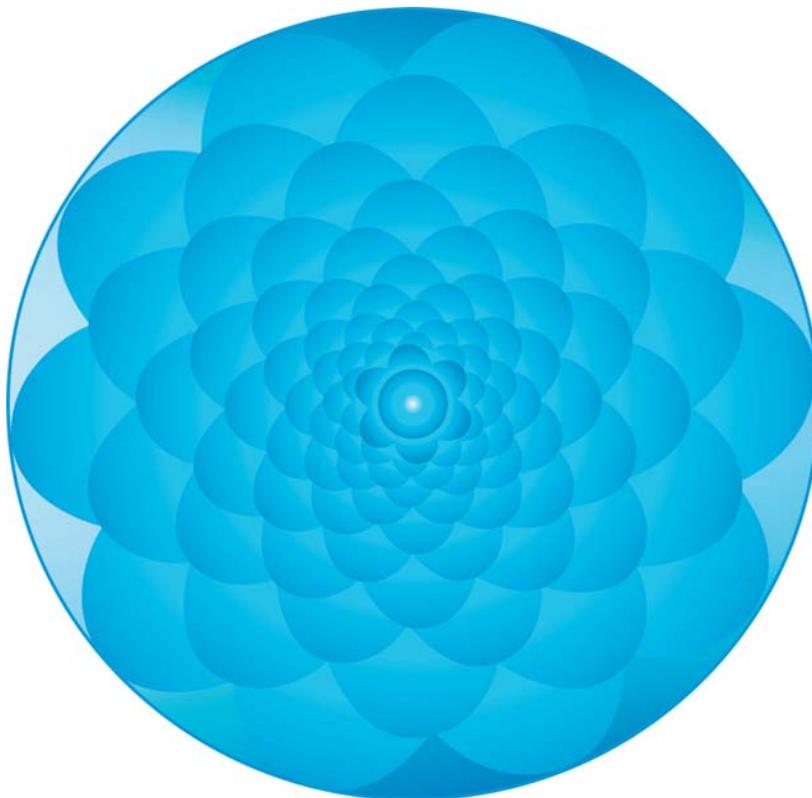
Розвинута до структурно-функціональної норми чакра аджна (Мал. 1, 2) забезпечує інформаційно-енергетичні процеси всіх органів фізичного тіла, усіх структур тонкоматеріальних тіл, зокрема чакр, сушумни, меруданди, іди, пінгали, зіркових каналів і меридіанів необхідними інформаціями, мікрочастками, світлом, енергіями та специфічними життєвими інформаційно-енергетичними біоплазмами. Чакра інформаційно-енергетично дає можливість людині, на відміну від чакри вішудхи, анахати, маніпури, свадхістхани і муладхари, доступ до більш високочастотних духовних інформаційно-енергетичних матерій, які є ідентичні людині і відповідають її філогенетичному, онтогенетичному, інтелектуальному, ментальному, емоціональному, духовному і псі-феноменальному розвитку та досягнути на вищому рівні інформаційно-енергетичної інтеграції особистості. Лише при оптимально збалансованому і гармонійному функціонуванні у різних режимах розкритих чакрових конусів чакри аджни поглинаються такі інформаційно-енергетичні матерії, які дають можливість людині володіти всебічно розвинутим розумом, широким спектром псі-феноменальних здібностей, мати можливість комплексно пізнавати світ і зрозуміти істину. Взаємна залежність життєвих проявів фізичного, людського, земного, космічного і духовного Буття пізнається інтуїтивно, правдиво і чисто, людина здатна пізнавати життєву мудрість, властивості інформацій, мікрочасток, світла, енергії, часу, простору, всіх форм матерій і життя на будь-якому рівні. Візуалізація, ментальна імагінація, яснобачення, апіорні знання, психометрія, психокінез, телепатія, позасмислове, екстрасенсорне, інформаційно-енергетичне, духовне сприйняття та інші псі-феноменальні здібності стають доступними людині і можуть використовуватися як методи пізнання Буття. З їх допомогою свідомість людини може проникати до простору на необмежену відстань, до минулого, теперішнього і майбутнього часу, до внутрішніх структур усіх форм матерій, до планет і зірок, і таким чином пізнавати їх будову, форму, структуру, архітектоніку, властивості, функції, взаємозалежності, еволюцію їх розвитку і прояви життя біологічних, інформаційно-енергетичних та духовних об'єктів. Людина стає відкритою до будь-яких форм пізнання, її думки та уявлення реалізуються, вона починає усвідомлювати, що основою і початком усього є духовність і, що духовність проявляється найрізноманітнішими формами і внутрішніми структурами матерій і є в єдності з матеріальним.

Всебічно розвинуті чакрові конуси чакри аджни створюють такі інформаційно-енергетичні умови, які дають людині можливість виходити за межі раціонального розуму, сприймати інформації від інформаційно-енергетичних полів окремих людей, суспільства, тварин, природи,



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)

Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття, мислити голографічно, в єдності матеріального, людського, земного, космічного, духовного і божественного. Підсвідоме, інтуїтивне, тонкочутливе, позасенсорне, екстрасенсорне, інформаційно-енергетичне і духовне сприймання ясно відчувається і усвідомлюється, розширюється сприймання світу, прискорюється формування фізичного тіла, і передусім космічної духовної свідомості, сприймаючи і усвідомлюючи інформаційні, енергетичні, інформаційно-енергетичні, енергоінформаційні, електромагнітні та духовні сили. Людина набуває властивостей спілкуватися і комунікувати з інформаційно-енергетичними і духовними істотами, що допомагає їй еволюційному розвитку, всебічному вдосконалюванню її тонкоматеріальних тіл, формуванню інтегральної свідомості, яка поєднує в собі людську, земну, космічну і духовну свідомість. У людини розширюється вміння цілеспрямовано впливати на окремі аспекти інформаційних, енергетичних, інформаційно-енергетичних, енергоінформаційних, електромагнітних і духовних сил, управляти ними, брати участь у проявах цих сил в умовах Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття. Міра доступності тонкоматеріального світу, тонких матерій, інформаційно-енергетичного, енергоінформаційного і духовного рівня життя людини залежить від всебічного розвитку, збалансованості структурно-функціональних станів різних режимів усіх чакрових конусів чакри аджни, від її інтелектуального, ментального, емоціонального, духовного і псі-феноменального розвитку.

Всебічно розвинуті та гармонійно функціонуючі розкриті чакрові конуси чакри аджни дають можливість людині бачити інформаційно-енергетичну реальність (інформації, мікрочастки, світло, енергії, інформаційно-енергетичні біоплазми, субстанції, флюїди, голограми, егрегори, ауру, ментальні процеси та ін.) людського, земного та духовного Буття, комунікувати з духовними істотами, проникати до тонкоматеріального і духовного світу, до інформаційно-енергетичних полів будь-яких об'єктів, стати носієм духовної мудрості, терпеливості, правди, доброти і любові.

Структурно-функціональні стани та функціональні режими чакрових конусів чакри аджни обумовлюють інтуїтивне пізнання світу, характер мислення, розширену свідомість, менталітет, псі-феноменальні здібності, концентрацію специфічних життєвих інформаційно-енергетичних матерій, особливо психічної енергії, прояви людини у фізичному, земному, космічному та духовному Бутті, процеси контролю керування та інформаційного, мікрочасткового, світлового, енергетичного, інформаційно-енергетичного, енергоінформаційного і електромагнітного забезпечування фізичного тіла та усіх тонкоматеріальних тіл. Об'єм інформаційно-енергетичного забезпечування відповідних тонкоматеріальних тіл залежить від розвитку відповідних конусів чакри аджна. Наприклад: якщо червоні чакрові конуси недостатньо розвинуті, то вони нездатні оптимально інформаційно-енергетично забезпечувати передусім червоне і світлосяюче червоне тонкоматеріальні тіла, а частково оранжеве, світлосяюче оранжеве, бузкове, фіолетове, рожеве, біле та золоте тонкоматеріальні тіла.

Без всебічного, гармонійного, збалансованого та універсального розвитку і оптимально врівноваженого функціонування різних функціональних режимів чакрових конусів чакри аджни неможливе наповнення людини інформаційно-енергетичними матеріями інтуїтивних знань, вищого інтуїтивного пізнання, інтегрального мислення, всебічного розуму, розширеної свідомості, усвідомлення духовного світу та інформаційно-енергетичними матеріями, котрі дають можливість усвідомити те, що початком і основою всього у людському Бутті є духовність. Також неможливий розвиток, вдосконалення та професійні прояви інтуїтивного пізнання світу, позасенсорного, екстрасенсорного, інформаційно-енергетичного і духовного сприймання, яснобачення, яснослуху, ясноюху, ясносмаку, яснознання, приймання апріорних знань, телепатії, психометрії, психокінезу, матеріалізації, дематеріалізації, бачення на відстані та інших псі-феноменальних здібностей. І в цьому випадку, тільки при відповідному рівні розвитку чакри, людина одержує достатню кількість високоспецифічних інформаційно-енергетичних матерій для розвитку, вдосконалення та інтегральних проявів будь-якої псі-феноменальності, ніби вона є вродженою властивістю людини.

Гіпотрофія і гіпофункція чакри аджни

Гіпотрофія і гіпофункція чакри аджни проявляється сповільненим структурно-функціональним розвитком, структурною атрофією, деформаціями формоструктури, функціональними порушеннями, функціональною недостатністю, енергоінформаційними блокадами, частим закриванням основ чакрових конусів, функціональною недостатністю інформацій, мікрочасток, світла, енергії, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів та тривалим інформаційно-енергетичним виснаженням тіл людини. При цьому сповільнюється інформаційно-енергетичний генез тимчасових тонкоматеріальних тіл, вічного блакитного, бірюзового, синього і бузкового тонкоматеріальних тіл, морфогенез фізичного тіла, формується фізичне тіло, нездатне максимально проявляти свої функції та функціональні можливості, особливо вищого інтуїтивного пізнання світу, тонкочутливого, позасмислового, екстрасенсорного, інформаційно-енергетичного і духовного сприйняття, яснобачення, яснослуху, ясноноху, ясносмаку, яснознання, приймання апріорних знань, телепатії, психометрії, психокінезу, матеріалізації і бачення на відстані та інших псі-феноменальних здібностей. Людина постійно перебуває у стані інформаційно-енергетичної невірноваженості, їй не дістається інформаційно-енергетичних матерій для життєздатності і життєвої діяльності, знаходиться на межі мінімальних можливостей організму. Людина стає безініціативним виконавцем, не має творчої ініціативи, не займає власної позиції, у неї відсутнє духовне життя і будь-які інтереси. Її життя обертається навколо задоволення власних матеріальних потреб, вона визнає тільки матеріальне і те, що дає можливість реалізувати матеріальні бажання, не визнає духовну правду, ігнорує духовні дискусії і критикує духовні позиції інших людей. Ментальні прояви і мислення людини орієнтовані на загальноприйняті погляди, навіть якщо вони є помилковими, а не на суть і правду. У складних, критичних і життєво небезпечних ситуаціях людина не має достатньо необхідних інформаційно-енергетичних матерій і тому втрачає можливість оптимального мислення, нездатна приймати правильні рішення, стає безпорадною, її поведінка обумовлюється емоціями, а не здоровим глуздом.

Слабо розвинуті та інформаційно-енергетично забруднені чакрові конуси передньої частини чакри не здатні інформаційно-енергетично забезпечувати утворення ментальних концепцій та ідей, концепції та ідеї інформаційно-енергетично блокуються і не можуть бути об'єктивними і реалізованими.

Дисгармонія функцій і дисфункцій чакри аджни супроводжуються тим, що людина нездатна глобально ментально бачити, нездатна зрозуміти повний процес, інтегрувати окремі дії, явища і знання до єдиного цілого і сама перебуває в ослабленій інформаційно-енергетичній єдності, є ослаблена її інтеграція з Буттям і взаємна інформаційно-енергетична залежність та єдність з інформаційно-енергетичними полями Буття. Людина керується власним розумом і лише тим, що вже науково досліджено і доведено, правдою є для неї прояв її власного раціонального інтелекту і мислення. Для ментально розвинутої людини гіпотрофія і гіпофункція чакри аджни супроводжується інтелектуальним перевантаженням, невизнанням інтуїтивного, позасмислового, апріорного, псі-феноменального і духовного пізнання. Людські інтуїтивно-духовні знання така людина відносить до нереалістичних і ненаукових. В неї часто виникає бажання впливати силою свого мислення на людей, суспільство і матерії з метою демонстрації власної інтелектуальної могутності або для задоволення своїх потреб. Подібне функціонування чакрових конусів чакри аджни поглиблюється функціональними порушеннями чакри маніпури і недостатнім структурно-функціональним розвитком чакр анахати і свадхістхани. Все це негативно впливає на функціонування чакри муладхари і може спричинити порушення інформаційно-енергетичного взаємообміну людини з інформаційно-енергетичними полями Землі. При цьому людина може мати інформаційно-енергетичний доступ до тонкочутливих інтуїтивних почуттів, але усвідомлювати значення інтуїтивної інформації не може. Дисгармонійні функціональні прояви чакрових конусів чакри високоінтелектуально розвинутої людини в житті її інформаційно-енергетично орієнтують на

власні знання, вміння і досвід, які часто стають домінуючою і єдиною реальністю. Таким чином, людина втрачає інформаційно-енергетичний взаємообмін з об'єктивною реальністю, в неї виникає почуття ізольованості від зовнішнього світу, інтелектуально набутий соціальний і матеріальний стан стає тимчасовим, а інтелектуальні знання людини не допомагають еволюційному розвитку людської цивілізації, Землі, Всесвіту та власній особистості.

Блокади чакрових конусів, блокади в чакрі і самої чакри психічно проявляються безцільним, лабільним та хаотичним життям, частою зміною життєвих партнерів, перебільшеним бажанням модно одягатися, невмінням творчо працювати, страхом з духовних проявів, фанатизмом і поклонінням ідолам (Walter Lübeck, 1994). Значно обмежуються інтелектуальні пізнання, комплексне інтелектуальне мислення, творче уявлення, сила інтуїції, настає неможливість усвідомлення взаємозалежності та єдності матеріального, духовного, людського, земного, космічного, божественного, минулого, теперішнього і майбутнього. Людина позбавлена інформаційно-енергетичної основи життєвої мудрості, у значній мірі проявляється раціоналізм і прагматичне мислення у напрямі забезпечення власних матеріальних потреб, відхиляючись від духовного життя. Якщо чакра заблокована, створюється інформаційно-енергетична основа формування егоїстичної і зарозумілої особистості, що не має нічого спільного з розумною людиною.

Слаборозвинуті та інформаційно-енергетично забруднені чакрові конуси передньої частини чакри аджни не можуть інформаційно-енергетично забезпечувати розвиток ментальних концепцій та ідей, ментальні концепції та ідеї інформаційно-енергетично заблоковані, не можуть об'єктивізуватися і практично реалізуватися.

При закритих чакрових конусах задньої частини людина не отримує достатню кількість специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм для реалізації ментальних концепцій та ідей, виникають проблеми, які важко перебороти. Розкритість чакрових конусів передньої частини чакри аджни і закритість чакрових конусів її задньої частини проявляється численним виникненням нових ментальних концепцій та ідей, які ніколи не можуть бути реалізовані.

Деформація формоструктури, функціональні порушення, інформаційно-енергетичні блокади чакри і блокади у чакрі аджни на фізичному рівні проявляються частими головними болями, підвищеним внутрічерепним тиском, гіпертензіями, болями у серці, безсонням, хворобами нервової системи, органів зору, короткозорістю, далекозорістю, глаукомою, катарактою, астигматизмом, хворобами органів слуху, носа, носових порожнин, верхніх дихальних шляхів, ендокринної системи, цукровим діабетом та ін.

Посилене інформаційно-енергетичне стимулювання чакри аджни при її недостатній структурно-функціональній збалансованості і домінантному розвитку супроводжується тим, що людина може проявлятися авторитарністю, маніпулятивністю і догматизмом. При недостатній інформаційно-енергетичній стимуляції, людина поступово стає покірною, втомленою і часто допускається помилкових рішень.

Гіпертрофія і гіперфункція чакри аджни

Гіпертрофія і гіперфункція чакри аджни проявляється прискореним структурно-функціональним розвитком, функціональними порушеннями, довготривалою функціональною активністю, дисфункціями, домінантним функціонуванням, частим і функціонально недоцільним повним розкриттям основ чакрових конусів, надлишком інформацій, мікрочасток, світла, енергій, специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм і субстанцій у внутрішньоконусових сітках субультраканалів і у порожнинах чакрових конусів, що призводить до сповільнення переходу з одного до іншого функціонального стану чакрових конусів чакри, до сповільнених інформаційно-енергетичних процесів в чакрових конусах з одночасним підвищенням інформаційно-енергетичної нечутливості і на кінець до самозаблокування і самодеструкції окремих структур чакри і навіть її чакрових конусів. При цьому прискорюється морфогенез фізичного тіла, формується сильне фізичне тіло, настає передчасний розвиток людини, який перевершує інформаційно-енергетичний зміст чакр

вішудхи, анахати, маніпури, свідхістхани і муладхари, що уможлиблює ще в дитячому віці досягнути вищих інтуїтивних та духовних знань, розвитку і прояву більшості псі-феноменальних здібностей, які не є сумісними з фізичним, психічним та соціальним розвитком людини. Але щоб псі-феноменальні здібності, передусім, не нашкодили молодій людині, щоб ними вона не зловживала, великого значення набуває духовний розвиток такої людини.

При гіперфункції чакрових конусів чакри аджни, створюється інформаційно-енергетична основа, що уможлиблює людині бачення, володіння психічним баченням, бачення аури, інформаційно-енергетичних полів будь-яких об'єктів, інформаційно-енергетичних і духовних істот. При цьому не виникає безпідставний страх перед можливими катастрофами, виникає бажання попередити людство про небезпеку, яка йому загрожує, навіть тоді, коли не настали умови для катастрофи. Гіперфункціональні прояви чакри енергетично виснажують організм, знижують його імунологічні, захисні, адаптаційні, компенсаційні та регенераційні можливості, розвивається астенія, неврастенія, при підвищених фізичних, психоемоціональних та енергоінформаційних перевантаженнях людина може втрачати свідомість. Порушується адекватне проходження і циркуляція інформаційно-енергетичних матерій у чакрі, сповільнюється досягнення гармонії особистості, знижується духовна активність людини, поступово втрачається її інтуїтивне мислення та посилюється раціональне мислення. Здібності яснобачення, телепатичної комунікації, здатність ментального цілительства і ментальні процеси спрямовані на створення нової прогресивної реальності сповільнюються у своєму розвитку, зупиняється їх подальше вдосконалення і може зовсім зникнути їх прояв.

Всі позитивні властивості, особливості і здібності людини, які обумовлені структурно-функціональною нормою чакри при її гіпертрофії і гіперфункції трансформуються до таких проявів, які не спрямовуються на прогресивний розвиток людства і власної особи. Наприклад: будь-яка псі-феноменальна здібність спрямовується тільки на досягнення і задоволення своїх власних потреб. Знання яснобачення, вищої ментальної та духовної інтуїтивності людина приховує і не передає іншим людям тому, що має нічим необґрунтований страх з конкуренції і втрати свого авторитету, і з того, що інші люди оволодіють псі-феноменальними здібностями, а вона залишиться у їх тіні. Ще не є досліджені гіпертрофія і гіперфункції чакрових конусів чакри аджни в основних сферах життя людини.

Особливості чакри аджни

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

До них належить:

- чакра є інформаційно-енергетичним центром найвищих ментальних і духовних інтуїтивних знань земного та космічного Буття, центром мудрості і «третьім оком» – центром духовного яснобачення і центром духовного творення;
- є найвищим духовним інформаційно-енергетичним центром керування духовної активності людини;
- є центром псі-феноменальних інформаційно-енергетичних матерій тонкоматеріальних почуттів, позасеміолового, екстрасенсорного, інформаційно-енергетичного і духовного сприйняття, яснобачення, яснослуху, ясноноху, ясносмаку, яснознання, сприймання апіорних знань, психокінезу, психометрії, телепатії, біолокації, ментального цілительства, матеріалізації і дематеріалізації;
- є центром інформаційно-енергетичного забезпечування і управління хвилинних біоритмів людини, рівноваги інформаційно-енергетичних матерій інь, ян і центром перерозподілу інформаційно-енергетичних матерій між сушумною, мерудандою, ідою та пінгалою;
- специфічні життєві інформаційно-енергетичні біоплазми чакри дають можливість зрозуміти всі рівні Буття, усвідомлювати присутність духовного Буття, значення духовної любові, уможлиблюють досягнути розширеного стану свідомості, розрізняти, пам'ятати, аналізувати, інтегрально мислити, мати всебічно розвинутий розум, ясність

- візуалізації та дозволяють позитивно використовувати духовну інформаційно-енергетичну силу для прогресивного розвитку людства;
- на інформаційно-енергетичній основі чакри розвивається здібність, яка дає можливість людині проникати до тонкоматеріального світу, до простору на будь-яку відстань, до минулого, теперішнього і майбутнього часу, до внутрішніх структур усіх видів матерій і будь-яких об'єктів, до інформаційно-енергетичних полів окремих людей, соціальних груп, суспільства, тварин, природи, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту, духовного Буття і будь-яких об'єктів;
 - ментальні процеси, думки та уяви людини, які виникають на інформаційно-енергетичній основі всебічно, гармонійно, збалансовано і універсально розвинутої чакри аджни мають таку силу, правдивість та значення, які завжди приводять до їх практичної реалізації у фізичному світі;
 - інформаційно-енергетичні матерії, які поглинаються чакрою, дають можливість людині зрозуміти, що основою і початком виникнення всього є духовність з найбільшим значенням її інформаційних, мікрочасткових, світлових, енергетичних, інформаційно-енергетичних, енергоінформаційних, електромагнітних та інших досі невідомих тонкоматеріальних компонентів;
 - інформаційно-енергетично відображає і зберігає інформацію індивідуального «Я» і всіх його аспектів, не допускає розпаду Єдиного «Я» та інформаційну антидуховну зміну індивідуальності та ідентичності «Я» у філогенетичному та онтогенетичному розвитку людини;
 - можливість створення інформаційно-енергетичної основи спогадів, почуттів, переживань, уявлень, прожитих подій та емоції в будь-якому часі і всього того, що людина будь-коли відчувала, чула, бачила, спробувала на дотик, скуштувала, нюхала, прочитала, позасвідомо, псі-феноменально і духовно пізнала, не лише в теперішньому, але й у минулих земних життях, що дає їй можливість відчувати і усвідомлювати присутність єдиного інформаційно-енергетичного поля Всесвіту та всіх його складових інформаційно-енергетичних полів, бачити їх структури, пізнати їх значення і вміти використати їх інформаційно-енергетичний потенціал у будь-яких сферах людського життя;
 - інформаційно-енергетична основа чакри дає можливість людині вступити до трансцендентальних рівнів, переступити границі земних інформаційно-енергетичних зв'язків і залежностей з досягненням інформаційно-енергетичного Буття свого походження і суті світу.

Те, що невідомо про чакру аджну

Те, що невідомо про чакру аджну:

- яке значення має червоний, світлосяючий червоний, оранжевий, світлосяючий оранжевий, жовтий, зелений, світло сяючий зелений, блакитний, бірюзовий, бузковий, фіолетовий, рожевий, білий та золотий чакрові конуси для людини, її тіл, виховання, навчання, розвитку, вдосконалення властивостей, особливостей, здібностей, функцій та функціональних можливостей, для лікування, регенерації, реабілітації, рекондиції, зокрема для розвитку найвищих ментальних і духовних інтуїтивних знань, псі-феноменальних здібностей, вищого інтуїтивного пізнання світу та для практичного використання інформаційно-енергетичного змісту єдиного інформаційно-енергетичного поля Всесвіту;
- функції та функціональні можливості червоного, світлосяючого червоного, оранжевого, світлосяючого оранжевого, жовтого, зеленого, світлосяючого зеленого, блакитного, бірюзового, бузкового, фіолетового, рожевого, білого і золотого чакрових конусів;

- співвідношення інформацій, мікрочасток, світла та енергії у високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазмах з підвищеним інформаційним змістом псі-феноменальності людини, розміщених в порожнинах чакрових конусів і в субультраканалах внутрішньоконусових сіток чакри;
- як інформаційний псі-феноменальний зміст високоспецифічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри обумовлює, впливає і визначає їх режими функціонування, функціонування чакрових конусів інших чакр та внутрішні і зовнішні прояви людини в усіх сферах її діяльності;
- співвідношення, симетричність і гармонія форм, структур, внутрішньої архітекtonіки, густини і функцій між основними, ідентичними і компонентними чакровими конусами, особливо при зміні інформаційно-енергетичного псі-феноменального змісту, їх специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм;
- співвідношення поглинання інформаційно-енергетичних матеріалів псі-феноменальності людського, земного, космічного і духовного Буття на рівні кожного чакрового конуса;
- технологія, методологія, методи і засоби розвитку, вдосконалення та всебічного практичного прояву не лише окремих, але й усіх псі-феноменальних здібностей і, як трансформувати будь-яку здібність людини на псі-феноменальну;
- як псі-феноменальні співвідношення специфічних життєвих інформаційно-енергетичних біоплазм чакрових конусів чакри впливають на розвиток людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функцій, функціональних можливостей, соціальної діяльності і будь-яких внутрішніх та зовнішніх проявів людини.

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

Пізнання цього принесе нову інформацію про еніоанатомію, еніопсихологію і про тонкоматеріальну суть людини, необмежені можливості створення нових технологій, методів і засобів, в основі яких закладені природні і природжені інформаційно-енергетичні можливості псі-феноменального і духовного розвитку людини, що дасть можливість досягнути такого рівня пізнання філогенетичного, онтогенетичного та еволюційного розвитку людини, яке дозволить витончено пізнати причинно-наслідкову закономірність її псі-феноменального і духовного розвитку, псі-феноменальне, духовне, душевне і божественне співвідношення розвитку людини з розвитком людства, природи, тварин, Землі, біосфери, ноосфери, Всесвіту і духовного Буття.

Продовження у випуску 17 (83)

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), 11-15 (79-81).
6. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomie jemnohmotných těl člověka. – Skalice: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s.: il.
7. **Vasil'čuk Anatolij.** Enioanatomický výkladový slovník – Skalice: MM a spol., s.r o., 2012 r.–1 592 s.

РУХ ЗА ТВЕРЕЗИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ НА ЛЬВІВЩИНІ (минуле, сучасний стан і перспективи)

В статті розглянуто історію боротьби за утвердження трезвого способу життя на Львівщині: в дорадянські часи, в радянський період та після здобуття незалежності. Зроблено огляд усіх державних та недержавних структур, які сьогодні становлять основу руху за утвердження трезвості. Проаналізовано сучасний стан боротьби за трезвий спосіб життя і розглянуто перспективи подальшого розвитку даного руху на майбутнє.

Ключові слова: спосіб життя, профілактика, подолання uzалежнень.

В статье рассмотрена история борьбы за утверждение трезвого образа жизни на Львовщине: в досоветские времена, в советский период и после обретения независимости. Сделан обзор всех государственных и негосударственных структур, которые сегодня составляют основу движения за утверждение трезвости. Проанализировано современное состояние борьбы за трезвый образ жизни и рассмотрены перспективы последующего развития данного движения в будущем.

Ключевые слова: образ жизни, профилактика, преодоление зависимостей

A history of fight for setting of sober way of life in Lviv region: in presoviet times, in soviet period and after gaining the independence is considered. A review of all state and unstate structures which today make the basis of activity for setting of sobriety is made. A modern state of fight for the sober way of life is analysed and the prospects of subsequent development of the given activity in the future are considered.

Key words: lifestyle, prevention, overcoming addictions

1. Вступ

Поряд з іншими видами алкогольне uzалежнення в наш час набуває дедалі більшого розповсюдження, що ставить під загрозу не лише здоров'я нації, її майбутнє, але й становить загрозу існуванню нашої держави. Проте, відповідно до непорушних природних та соціальних законів, чим більше поширюється якась загроза, тим більше наростає протидія їй; саме через це рух за утвердження трезвого способу життя набуває дедалі більшого розмаху. Для вирішення даної проблеми важливо вивчити наявний досвід, який накопичено в даній галузі, як в минулому, так і в наш час. Саме ця обставина зумовила актуальність даного дослідження.

Мета роботи: вивчення напрямків та проявів діяльності, спрямованої на утвердження трезвості (а саме профілактики та подолання алкогольного uzалежнення) на Львівщині, як у минулому, так і в роки незалежності України, її аналіз та узагальнення; а також розгляд подальших перспектив розвитку даного руху.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні **завдання:**

- зробити огляд діяльності, спрямованої на утвердження трезвого способу життя в регіоні у часи до здобуття незалежності;
- зробити огляд напрямків та проявів руху за утвердження трезвого способу життя в регіоні після здобуття незалежності та в даний час;
- розглянути можливості та перспективи подальшого розвитку даного руху.

Для вирішення першого завдання було зроблено огляд літератури з даного питання [2 – 13]; для вирішення другого необхідна інформація була здобута, головним чином, у результаті бесід та інтерв'ю з тими, хто займається даною проблемою. Для вирішення третього завдання було здійснено логічний аналіз зібраної інформації та співставлення необхідного та наявного стану речей.

2. Історія руху за трезвий спосіб життя на Львівщині

Як стверджують дослідники даної проблеми, рух за утвердження трезвого способу життя в нашому регіоні ще на початку XIX ст. не був актуальним. З одного боку, це було зумовлено

тверезницькими традиціями життя нашого народу, а з другого – тим, що до цього часу алкоголь виготовляли кустарними методами, тому масове споживання населення було неможливим. Проте на початку XIX ст. ситуація змінюється, кардинальним чином і не в кращий бік – це було пов'язано з тим, що в цей період було налагоджено промислове виробництво алкоголю, як в країнах Європи та Америки, так і на Галичині й Львівщині зокрема. Завдяки масовому виробництву алкоголь стає дешевим, а тому доступнішим для населення, а низький рівень життя широких мас стає тим соціальним підґрунтям, на якому поширюється масове вживання алкоголю [2]. Саме в цей час актуалізується проблема боротьби за утвердження тверезості.

Хоча на той час вплив алкоголю як на організм людини, так і на її психіку ще не було досліджено, та й через масову неписьменність населення такі знання навряд чи могли здобути значне розповсюдження, люди знали про його згубну дію із власного життєвого досвіду. Пияцтво на наших теренах і до цього було відомим явищем, хоча й не мало значного розповсюдження. Як сьогодні достеменно відомо, кожен здоровий організм – як біологічний, так і соціальний – на будь-яку загрозливу дію відповідає протидією, що є необхідною умовою його самозбереження та виживання. Відтак, разом із масовим поширенням алкогольної загрози бере початок і рух за утвердження тверезого способу життя на наших землях.

Рух за тверезість у нашому регіоні має свою історію. Так, перші Братства тверезості були створені на Галичині, зокрема, на Львівщині, за почином кардинала Михайла Левицького ще у 1844 році. Тоді боротьбу за тверезість ініціювали прогресивні миряни під проводом духовенства. Вони звертали увагу на релігійно-моральний аспект, на те що, як писав тоді у журналі “Відродження” Михайло Левицький, “п'яниця тратить людську гідність, худобіє, стає неробою, а часто і злочинцем, шкідником та тягарем родини, громади і цілої спільноти” [7, с. 7]. Практична робота Братств тверезості не достатньо висвітлюється в літературі з даної тематики, тому про їхню діяльність відомо не багато. Знаємо, що той, хто зголошувався вступити до Братства, привселюдно у церкві давав обітницю тверезості перед Богом, поклавши руку на Біблію, після чого його ім'я записували у спеціальну книгу.

Відомо також, що священники, які долучилися до даного руху, читали проповіді як про шкоду алкоголю, так і про користь тверезості, тобто проводили просвітницьку діяльність. Крім цього, як духовні особи, так і інші члени Братств проводили індивідуальну роботу з тими, хто зловживав алкоголем, наvertsали до тверезого способу життя. Нерідко священники також практикували зцілення молитвою від цієї недуги. Початок було покладено, проте відразу масового поширення даний рух не набув.

Заснований тоді тверезницький рух набув великого розповсюдження у 80-х роках XIX ст., завдяки активній підтримці Львівського митрополита Йосифа Сембратовича. У 1874 році він пише і видає послання до українських священників, в яких переконує, що пияцтво є страшним нещастям для нашого народу, та закликає до боротьби з цим лихом. Він спонукає священників до створення при церквах Братств тверезості. Його заклик підняв могутню хвилю боротьби за утвердження тверезості: за даними 1888 року, три чверті українських парохій мали Братства тверезості” [7, с. 7-8]. Цікаво, що фінансувався цей масовий рух теж, головним чином, громадянами: кожен, хто долучився до нього, гроші, які раніше витрачав на тютюн чи алкоголь, віддавав на боротьбу з всенародним лихом.

Подальшого розвитку антиалкогольний рух на Львівщині отримує на початку XX ст., коли за почином молодого вчителя Олександра Гарасевича, гурток прогресивно настроєних молодих людей, що працював у “Просвіті”, у 1908 році заснував у Львові протиалкогольне і протинікотинове товариство “Відродження”. Разом з цим починається новий етап боротьби за тверезість у нашому краї [7, с. 8]. Основною відмінністю даного товариства від Братств тверезості була та, що його діяльність носила світський характер. Товариство розгорнуло активну діяльність за поширення тверезості в регіоні, дієву підтримку йому надавав український єпископат, зокрема, митрополит Андрей Шептицький. Антиалкогольна та антинікотинова робота “Відродження” тривала до 1939 року, коли діяльність цього та інших громадських товариств Галичини була заборонена Радянською владою.

За радянської доби на Львівщині, як і скрізь на теренах Радянського Союзу, теж проводилася антиалкогольна робота, переважно відповідальними за цю ділянку державними

структурами (та, іноді, поодинокими ентузіастами). Проте ні антиалкогольна пропаганда та агітація серед різних верств населення, ні медичні способи та методи протидії алкоголізму тих часів не відзначалися високою ефективністю. Проводили таку роботу в основному лікарі-наркологи, що працювали у державних медичних установах; до цього слід додати роботу медвигверзників, якими опікувалася міліція; та примусове “ув’язнення” тих, хто зловживав алкоголем, у Лікувально-трудовах профілакторіях. Про масовий громадський рух за утвердження тверезості, залучення до нього широких верств населення, ще й фінансування його за рахунок громадян, як це було в недалекому минулому, тут не могло бути й мови.

Не можна сказати, що тодішня влада не усвідомлювала необхідності боротьби за утвердження тверезого способу життя, проте проголошена наприкінці доби соціалізму боротьба за тверезість виявилася фікцією і не дала бажаних результатів [9]. З огляду на це слід відзначити, що сам підхід до вирішення даної проблеми, що його розробляли, пропагували і втілювали в радянські часи, був хибним, оскільки не переслідував мету утвердження тверезого способу життя населення. Йшлося лише про подолання пияцтва та алкоголізму, що передбачало поширення серед населення “культурного вживання алкоголю”. Очевидно, що в країні, яка постійно поповнювала бюджет мільйонами рублів від продажу алкоголю, ні боротьба з пияцтвом, ні боротьба за тверезість не могли увінчатися успіхом. Сама влада спрямовувала цей рух по хибному колу: однією рукою споювала населення, а іншою “намагалася перешкодити” цьому... Але з розпадом Радянського Союзу навіть ця недосконала система припинила своє існування.

3. Рух за тверезий спосіб життя в часи незалежності

Після завоювання нашою державою незалежності все перебувало в занепаді, тому, не очікуючи на будь-яку допомогу, роботу почали налагоджувати ентузіасти. Так, у 1992 році у Львові було створено ініціативну групу, (яку зібрали Оля Сидоренко та Світлана Вдовіна) котра поставила собі за мету перейняти досвід роботи товариств Анонімних Алкоголіків (АА), які вже декілька десятиліть успішно діяли у різних країнах світу, і поширити його в регіоні, створивши аналогічні товариства. Для цього було налагоджено контакти з відповідними організаціями, що займаються налагодженням діяльності таких товариств, у Польщі, у Варшаві. Саме там було пройдено навчання (ведучих груп психологічної підтримки), запозичено досвід організації діяльності АА та отримано необхідну літературу; а невдовзі було організовано групи у Львові, перша з яких почала діяти у лютому 1994 року при Львівському обласному клінічному наркологічному диспансері. На початку руху ведучими груп були професійні психологи, згодом, у міру накопичення досвіду самими учасниками, вони були усунені від роботи, а їх замінили ведучі зборів.

Невдовзі також було налагоджено випуск спеціальної літератури на дану тематику, передусім перекладеної з інших мов: англійської та польської, що дозволило надати рухові АА більшого розповсюдження.

До кінця 90-х років у Львові та області вже діяло десять громад АА, а також одна для надання допомоги співузалежним (членам родин алкоголіків) і одна громада АН. Як відомо, такі товариства проводять регулярні зібрання, працюють за Програмою 12 кроків. На зібраннях ведуть роз’яснювальну роботу: про основні засади діяльності АА, можливості та досвід подолання алкогольного узалежнення, працюють над окремими кроками програми, традиціями тощо. Практикують наставництво та активно займаються взаємодопомогою, шанують традиції. Інформації про свою діяльність не поширюють, залучення нових членів відбувається в основному через самих учасників таких зібрань. Приміщення для діяльності їм надають переважно релігійні установи різних конфесій: як церкви, так і костели.

Дуже перспективною і багатообіцяючою була також спроба відновити діяльність товариства “Відродження”, зроблена наприкінці 90-х років. Цю ідею виношував і пропагував відомий львівський борець за тверезість, публіцист і громадський діяч Юрій Кирик, її схвалив голова УГКЦ, кардинал Гузар, за його підтримки було зроблено перші кроки з відновлення діяльності товариства. Проте, незважаючи на це, навіть після кількох років роботи у цьому напрямку, поновити “Відродження” так і не вдалося, відтак невдовзі ці спроби було припинено.

Приблизно у цей же час у Львові було відкрито приватну наркологічну амбулаторію, яка

діяла багато років, проте згодом через труднощі специфічного характеру була закрита і зараз не діє.

Цікавою також була ініціатива ентузіастів організувати діяльність постійно діючого лекторію з антиалкогольної тематики (як для молоді, так і для узалежнених, обмін досвідом ведучих груп тощо), що почав роботу при соборі Домініканів, перші лекції викликали чималий інтерес і зібрали багато людей, проте, з різних причин, він невдовзі припинив своє існування.

Іноді до вирішення проблеми долучалися також народні цілителі та екстрасенси. Так, у 90-х роках у Львові неодноразово виступав із сеансами демонстрації можливостей впливу на психіку людини, у т. ч. і з метою зцілення, екстрасенс із Чернівців Приходько. Відомо, що його сеанси для бажаючих позбутися алкогольного узалежнення, (які здійснювалися індивідуально) виявилися успішними, ці люди протягом багатьох років більше не вживали спиртного. Як саме він цього досягнув ні сам екстрасенс, ні ті, кому він допоміг вивільнитися від узалежнення, не розголошують.

Протягом останніх двох десятиліть, як і сьогодні, рух за утвердження тверезого способу життя у Львові та в області підтримується силами різних державних та недержавних структур у кількох напрямках. Наведемо огляд, а також коротку характеристику їхньої діяльності.

1. **Державні медичні заклади наркологічного профілю.** Головною з таких установ є Львівський обласний клінічний наркологічний диспансер, який проводить роботу в кількох напрямках: профілактика вживання алкоголю та наркотиків, як серед підлітків та молоді, так і серед дорослих; а також здійснює детоксикацію, лікування та реабілітацію узалежнених. Профілактична робота проводиться в основному в молодіжному середовищі, переважно в навчальних закладах міста та області – це лекції, тренінги, індивідуальна робота, у т. ч. з батьками учнів шкіл чи ПТУ.

Проте основна робота працівників диспансеру – це лікування узалежнених. Примусове лікування тепер не застосовується, тому тим, хто добровільно звертається за допомогою, забезпечують повну анонімність. Лікування відбувається стаціонарно або в поліклінічних відділеннях, як медикаментозне так і психологічне. Однак, оскільки статистичні дані про роботу даного закладу є закритою інформацією, з'ясувати ні кількість узалежнених, що звертаються за допомогою, ні можливості установи в наданні допомоги, ні її ефективність не можливо.

Аналогічну роботу проводить наркологічне відділення Львівської обласної психіатричної лікарні.

Крім названих установ, при державних лікувальних закладах та поліклінічних відділеннях міста діють т. з. “Клініки, дружні до молоді”, в яких лікарі надають всеможливу допомогу бажаючим, у т. ч. і з подолання узалежнень.

2. **Товариства АА.** За наявною інформацією, на сьогодні їх налічується вісім, шість із них діють у різних районах Львова та два в області (сmt. Винники і м. Стрий). Всі вони мають чималий досвід роботи, діють в основному в приміщеннях при храмах. Згідно з базовими положеннями організації таких товариств, зібрання їхніх членів є закритими, ніякої інформації про свою діяльність вони не поширюють, ніякої допомоги ні від кого не просять і рекламно-інформаційною чи пропагандистською діяльністю не займаються. Тому про те, що відбувається на зібраннях таких товариств, відомо, головним чином, зі спеціальної літератури [3; 4; 7]. Залучення нових потенційних членів відбувається переважно через самих учасників зібрань; також інформацію про осередки товариства розповсюджують соціальні служби. Заняття проводять керівники груп – це люди з досвідом, ті, хто зміг успішно позбутися узалежнення і вже багато років не вживає алкоголю. На заняттях вони діляться досвідом тверезого життя з іншими учасниками зібрань, які теж вирішили позбутися алкогольної недуги і залучитися до тверезого способу життя.

3. **Громадські організації.** Громадські організації, хоч і не дуже активно, проте теж займаються даною проблемою. Передусім це ЛМГО “Дорога”, а також ГО “Посол Плюс”, БФ “Салюс”; іноді такі акції проводить ЛМГО “Оселя” та деякі інші. Для здійснення своєї діяльності ці організації займаються фандрайзерською діяльністю, отримують фінансову допомогу та всеможливі гранти. При наявності такої підтримки, переважно з-за кордону, вони

проводять різноманітні акції, у т. ч. з протидії алкогольному uzалежненню. Проте, така допомога є непостійною, і тому, як тільки кошти закінчуються, їхня робота припиняється, а ефективна протидія лихові потребує постійних зусиль.

Регіональне відділення ВГО “Твереза Україна” у Львові в даний час тільки налагоджує свою роботу. Наразі вона є першою і єдиною громадською організацією в регіоні, яка повністю спеціалізується на діяльності з утвердження тверезого способу життя населення.

Чималий внесок у формування та пропаганду тверезого способу життя роблять також інші громадські організації, серед дітей та молоді – “Пласт”, що займається патріотичним вихованням; серед дорослих – Клуб велотуристів-друзів природи “Рух” та інші спортивні, туристичні та патріотичні організації.

4. Релігійні організації. Найбільше зусиль у цьому напрямку робить УГКЦ. Так, у Львові при шпиталі ім. Андрея Шептицького діє Центр духовної і психологічної підтримки uzалежнених від алкоголю, наркотиків та членів їх родин. У місті також діє Центр духовної та соціальної підтримки родин при Фонді Святого Володимира, який, хоч і не спеціалізується на протидії uzалежненню, надає різноманітну допомогу потребуючим, у т. ч. членам сімей алкоголіків, що страждають від пияцтва: жінкам та дітям.

Іноді до роботи долучаються також інші релігійні громади, наприклад, досить активно протягом ряду років її здійснює Євангелістська церква. Передовсім вони проводять профілактичну роботу, з запобігання різним видам uzалежнень, серед підлітків та молоді: влаштовують тематичні акції, проводять дискусії, надають консультації тощо.

Важливою ділянкою цієї роботи є відновлення діяльності при церквах Братств тверезості [11]. Зокрема, при Святотроїцькій церкві діє Львівське православне братство “Тверезіння”, що, як і інші аналогічні, займається утвердженням тверезого способу життя.

5. Соціальні служби. Державні соціальні служби іноді теж долучаються до боротьби за тверезість. Найбільша з таких установ – Львівський міський центр соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді. Дана установа безпосередньо не займається подоланням алкогольного uzалежнення, основний напрям її роботи – надання допомоги тим сім’ям, які перебувають у складних життєвих обставинах, передовсім багатодітним і малозабезпеченим. Важливою складовою роботи центру є протидія насильству в сім’ях, у т. ч. алкогольно uzалежнених осіб; відтак працівники центру надають підтримку сім’ям, переважно з дітьми, які потерпають від зловживання алкоголем когось із її членів. Таких осіб працівники установи “нейтралізують”, переконують пройти лікування, скеровують до фахівців. Тобто ведеться боротьба з наслідками зловживання алкоголем у неблагополучних сім’ях та її подолання. Відповідно, працівники установи виконують важливу частину роботи з протидії пияцтву та алкоголізму, оскільки фахівці закладів, що проводять лікування uzалежнених, цим не займаються.

Центр проводить також профілактичну роботу: рекламно-інформаційну, в школах та ПТУ – це відеолекції, тренінги та ін.; крім цього, проводить щорічні тренінги для соціальних педагогів шкіл м. Львова та закладів профтехосвіти. Відділення центру діють у всіх шести районах міста.

Деякі акції з протидії uzалежненню ініціює, до інших долучається кафедра Соціології та соціальної роботи Національного університету “Львівська політехніка”, яка готує кадри для соціальних служб. Саме тут вивчено досвід протидії алкогольному uzалежненню в товариствах АА, вивчено та апробовано методики А. Карра та Г. Шичко. На жаль, на сьогодні практичного застосування ці методики в нашому регіоні не мають. Але, студенти, що навчаються тут за спеціальністю “Соціальна робота”, не тільки слухають спецкурс “Протидія uzалежненню”, пишуть курсові та дипломні роботи з даної тематики, а також проходять практику в різних (як державних, так і громадських) організаціях, де отримують практичні навички такої роботи. Все це дає підстави сподіватися, що ефективні та перевірені часом методи подолання алкоголізму невдовзі будуть застосовуватися і в нашому регіоні.

6. Окремі ентузіасти. До сьогодні чималий внесок у вирішення проблеми роблять окремі особи. Це і члени першої ініціативної групи, яка розпочала рух АА в нашому регіоні: Оля Сидоренко, Світлана Вдовіна, Світлана Гринчишин та ін. Також ті, хто згодом долучився до справи: Володимир Кривдик, Тарас Кушнір (в основному займаються налагодженням

діяльності та опікуються АА), Роман Прочко (проводить як індивідуальну роботу, так і терапевтичні табори для uzалежнених); результативно працює в даній сфері також Юрій Кирик (проводить індивідуальну роботу з узалежненими, не використовує ні один із відомих методів вивільнення від узалежнення, хоча і заперечує те, що має свій власний) та ін. Крім цього, всі вони проводять велику інформаційну, агітаційну та пропагандистську роботу. На жаль, у невеликій за обсягом статті не можна загадати про всіх та їхні здобутки, хоча саме ентузіасти і сьогодні вносять чималу долю у спільну справу утвердження тверезості.

7. Сільські громади. Нерідко до руху за утвердження тверезого способу життя у власних селах долучаються сільські громади краю. Вони теж не сподіваються на будь-яку підтримку, і мають свої, перевірені часом способи вирішення проблеми. В основному селяни займаються викорінюванням самогоноваріння, а також наверненням на шлях тверезості злісних прихильників “Зеленого змія”, за підтримки місцевих священників. З власної ініціативи, селяни на загальному сході громади вирішують зайнятися викорінюванням пияцтва та алкоголізму, щоб зберегти сім’ї, врятувати дітей та дорослих від зла, що його несе оковита. Отримавши благословення, вони у свято після служби в церкві разом зі священником ідуть хресною ходою селом, несуть освячений хрест, співають молитви та релігійні гімни. Зупиняються біля кожної оселі, де женуть самогон, або ж зловживають алкоголем. Гуртом викликають господарів і від імені Спасителя Ісуса Христа та громади просять їх відмовитися від гріховної пристрасті, во ім’я Господа та власного спасіння, блага близьких та їхніх дітей. Той, хто погоджується, виходить до всіх, привселюдно кається – стає на коліна, священник читає над ним молитву – а потім кладе руку на хрест і клядеться більше не гнати самогон або ж не причащатися до алкоголю. Усвідомлюючи власний гріх та зло, що він чинить оточуючим, передусім найближчим людям, ніхто не осмілюється йти проти волі Господа та громади. Хоча дане явище не досліджується, іноді про такі акції повідомляють місцеві ЗМІ.

4. Сучасний стан руху за тверезість та завдання на майбутнє

Виконана робота не дозволяє зробити повноцінні узагальнення, що впливають із наявного стану справ, оскільки для цього необхідно провести повномасштабне аналітичне емпіричне соціологічне дослідження. Крім цього, потрібно здійснити також повноцінне психологічне емпіричне дослідження, для виявлення соціально-психологічних чинників, що сприяють появі алкогольного узалежнення чи протидіють йому, у т.ч. мотивів вживання алкоголю, індивідуально-психологічних особливостей, що сприяють появі узалежнень тощо. Необхідно також з’ясувати, наскільки розповсюджене в даний час це явище, яка кількість людей потребує допомоги і чи здатні допомогти всім бажаним наявні структури, що її надають.

Проте результати проведеної роботи дають змогу констатувати наступне:

- людина, що має узалежнення, котра вирішила його позбутися, має змогу отримати як інформаційно-консультаційну, так і будь-яку іншу кваліфіковану допомогу від фахівців, що займаються подоланням узалежнень, у різних закладах, як державних, так і недержавних, із використанням для цього різних способів та методів;
- незважаючи на те, що структур та організацій, які надають допомогу узалежненим, існує доволі багато, цього не достатньо для утвердження тверезого способу життя у скільки-небудь помітних масштабах, причому допомога, що надається, теж не завжди є ефективною;
- у даний час наявний, скоріше за все, кволий і хаотичний, а не потужний, злагоджений і цілеспрямований рух за утвердження тверезості, що теж зумовлює неспроможність вирішити дану проблему наявними силами та засобами на сучасному етапі;
- до причин низької ефективності руху за тверезість слід віднести, передусім, наступні: відсутність державної підтримки; низька громадська активність населення, молоді зокрема; відсутність координації зусиль учасників руху;
- найбільшого клопоту, як тим, хто займається протидією алкогольному узалежненню, так і суспільству, завдають не ті узалежені, що звертаються за допомогою (оскільки становлять незначну частину порівняно з усіма узалежненими від алкоголю), а ті, хто не хоче позбутися узалежнення і далі продовжує зловживати алкоголем; саме цей,

найважчий контингент, дуже мало охоплений будь-якими формами роботи з протидії алкогольному узалежненню;

- корінь проблеми, як і раніше, становлять ті соціальні умови, що не сприяють утвердженню тверезості, тому, для її вирішення не достатньо лише роботи з тими, хто зловживає алкоголем; проте саме ця ділянка роботи найменше освоєна борцями за тверезість та прогресивно налаштованою громадськістю.

Відтак, потрібна подальша велика робота, всіх структур та організацій, у цьому напрямку. Тому видається доцільним розглянути перспективи подальшого розвитку даного руху. Зокрема, такий розвиток включає: залучення нових учасників, створення нових осередків, підвищення кваліфікації учасників руху, залучення до співпраці фахівців, освоєння нових перспективних методів протидії різним видам узалежнень тощо, а також розбудову структури самого руху та управління ним. Причому належна організація і створення раціональної структури руху сприятиме успішному вирішенню інших завдань. Відтак, саме розробка ефективної моделі організації та структури руху за тверезість на рівні регіону повинна стати об'єктом пильної уваги борців за тверезість.

Перш, ніж створювати саму структуру, необхідно розробити її адекватну модель. В основу такої моделі закладено кілька раціональних принципів, дотримання яких дозволить забезпечити оптимальність та ефективність усієї запропонованої структури, тобто зробити її життєздатною. Ці принципи можна сформулювати наступним чином.

1. Першою необхідною умовою побудови такої структури є **врахування традицій і наявних здобутків**. Згідно з цим, передбачено не створювати без необхідності нових підрозділів для забезпечення діяльності руху, а максимально використати наявні, їхній потенціал, ресурси, досвід тощо.

2. Другою важливою умовою є необхідність **створювати і розвивати потенціал руху саме як громадської сили**, оскільки на підтримку держави, як свідчить досвід, не можна розраховувати. Цьому є достатньо доказів: легалізація реклами алкоголю на телебаченні, продаж алкоголю і цигарок поблизу навчальних закладів тощо. Керівники владних структур всіх рівнів нерідко є власниками алкогольного бізнесу або отримують прибутки від нього, тому не зацікавлені в наявності руху за тверезість і всіляко саботують його.

3. Третя важлива умова, необхідна для забезпечення ефективності руху: **основні зусилля спрямовувати не на подолання алкогольного узалежнення, а на профілактику вживання алкоголю**, серед усіх верств населення, підлітків і молоді передусім.

4. Необхідно забезпечити **співпрацю з державними структурами та організаціями**, які працюють у даному напрямку і готові до співпраці з рухом за тверезість. Хоча як раніше, так і в даний час вони працюють вкрай неефективно, проте, як показує досвід співпраці, можуть приносити значну користь рухові за тверезість.

5. В основі моделі повинно бути **ефективне управління даною структурою**, покликане забезпечити його злагодженість та організованість.

Враховуючи наведене можна запропонувати наступну структуру громадського руху за тверезість.

1. Перш за все, в дану структуру повинні увійти створені при храмах Братства тверезості. Не тільки тому, що вони історично стали першими осередками боротьби за тверезість у регіоні. Такі осередки не вичерпали свій потенціал, можуть приносити велику користь руху, і саме тому активно відроджуються при храмах краю, як у містах, так і в сільській місцевості.

2. У таку структуру необхідно включити всі діючі осередки Спільнот АА і АН. Причому, оскільки на сьогодні саме вони роблять найбільший внесок у рух за тверезість у регіоні, їх теж потрібно і надалі всіляко пропагувати, підтримувати, поширювати і зміцнювати.

3. Далі потрібно задіяти всі громадські організації – що займаються пропагандою здорового і тверезого способу життя, а також протидією поширенню різних видів узалежнень – як цивільні, так і релігійні. Поки що вони не роблять значного внеску у рух за тверезість, проте мають значний потенціал для розгортання такої діяльності.

4. Для подальшого розвитку руху та вдосконалення методів роботи необхідно налагодити роботу груп, що працюють за методами О. Довженка, А. Карра та Г. Шичко. Наразі

на Львівщині таких немає, проте саме у їх створенні слід вбачати найбільший нереалізований потенціал руху за тверезість.

5. Силами як громадських організацій, так і фахівців державних установ, які погодяться співпрацювати з рухом за тверезість, а також викладачів навчальних закладів необхідно організувати профілактичну роботу серед учнів шкіл та інших навчальних закладів. Такі групи фахівців повинні бути постійно діючими та охоплювати роботою по можливості всі навчальні заклади міста, а в перспективі і області (що стане можливим лише за умови залучення до співпраці керівництва та викладачів цих закладів). Профілактичну роботу можна налагодити за одною з відомих і перевічених на практиці методик [1].

6. Далі постає необхідність управління всіма існуючими підрозділами даної структури. Роль керівного та організуючого начала громадського руху повинна взяти на себе провідна громадська організація, яка має найбільший досвід та здобутки діяльності в даній галузі. Такою організацією могло би бути відновлене протиалкогольне та протитютюнове Товариство «Відродження», проте поновити його роботу не вдалося. Відповідно, потрібно шукати іншу громадську організацію, але наразі (спеціалізованої на поширенні тверезості та з великим досвідом роботи), такої немає. Доводиться сподіватися, що невдовзі такою стане і зможе взяти на себе керівництво рухом за тверезість на Львівщині місцева філія ВГО «Твереза Україна». Вона ж повинна взяти на себе функції з пропаганди, планування і подальшого поширення руху, обміну досвідом з іншими регіонами, налагодження міжнародної співпраці тощо. Перше завдання керівної організації – розбудова структури руху за тверезість, створення відсутніх, але вкрай важливих для забезпечення його ефективності елементів.

Щодо перспектив впровадження і подальшого поширення запропонованої структури та організації руху за тверезий спосіб життя, слід відзначити наступне. Очевидно, підключити державні структури (як владні різного рівня, так і медичні певного профілю) вдасться лише частково, оскільки вони не підпорядковуються громадським організаціям, переважно не підтримують громадські рухи і можуть співпрацювати з ними лише з доброї волі. Як свідчить накопичений досвід такої співпраці, активно долучаються до руху за тверезість лише окремі особи, що працюють у державних структурах.

Задіяти деякі методи, зокрема, О. Довженка теж вдасться лише частково, передусім через те, що працювати за ним можуть лише особи з відповідною медичною освітою. Можливі також чималі труднощі з отриманням ліцензій на застосування методу А. Карра.

Після апробації структури і накопичення певного досвіду її роботи, можна запропонувати її впровадження в інших регіонах, а надалі створити кілька рівнів її функціонування: державний, обласний, районний. Тільки коли такі структури будуть активно діяти у більшості областей, а їхні дії координуватися з єдиного центру (таким може стати ВГО «Твереза Україна»), можна буде стверджувати, що в нашій державі існує організований рух за утвердження тверезості.

Стосовно тривалої перспективи слід відзначити наступне. Державна підтримка руху за тверезий спосіб життя повинна бути наявною, і здійснюватися на всіх рівнях, вона може виражатися у реалізації програм, на загальнодержавному рівні, зокрема, профілактики вживання алкоголю серед підлітків та молоді, а також вирішення нагальних соціальних проблем, які породжують дане явище.

Необхідно також організувати та систематично проводити наукові дослідження з виявлення причин алкогольного uzалежнення у сучасних умовах, розробки, апробації і впровадження методик вивільнення від нього тощо.

Крім цього, потрібен реабілітаційний центр для алкогольноuzалежнених осіб, в якому необхідно налагодити роботу фахівців з протидії алкогольному uzалежненню, на всіх рівнях та серед різних контингентів населення.

Проведена робота дає підстави зробити наступні **висновки**:

1. Робота з утвердження тверезого способу життя на Львівщині сьогодні перебуває, як і інші соціальні інститути в державі, у стані затяжного та болісного становлення. Незважаючи на певні успіхи, до вирішення даної проблеми ще надто далеко.

2. Для налагодження ефективної діяльності руху за тверезість передусім необхідна його

організація, розбудова оптимальної структури, а також координація зусиль усіх сил, що займаються утвердженням тверезості, не тільки для проведення спільних акцій, але й для налагодження цілісної, систематичної і цілеспрямованої роботи в даному напрямку.

3. Враховуючи наявні традиції, досвід, а також залучаючи передусім існуючі організовані структури і окремих ентузіастів, можна запропонувати оптимальну структуру руху за тверезість на рівні регіону, побудовану згідно з запропонованою моделлю, котра базується на раціональних принципах і відповідає наявним вимогам та можливостям.

4. Оптимальна схема організаційної структури руху за тверезість максимально включає вже існуючі організації: Братства тверезості при храмах різної конфесійної приналежності; громадські організації відповідного спрямування (як цивільні, так і релігійні); Спільноти АА і АН; групи, що працюють за методами А. Карра і Г. Шичко; а також громадську організацію, що бере на себе функції управління та організації.

5. Для впровадження та поширення діяльності запропонованої організаційної структури руху за тверезість необхідно налагодити діяльність ГО, яка б взяла на себе функції управління і координації діяльності всіх осередків; нею повинна стати організація, спеціалізована на боротьбі за тверезість, що має найбільший досвід та здобутки. Вирішення цього завдання буде найважчим на шляху до створення організованого руху за тверезість.

Загалом, можна констатувати, що робота з вивчення досвіду утвердження тверезого способу життя на Львівщині потребує подальшого продовження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вінтюк Ю. В. Антиалкогольна профілактика серед учнів та студентів навчальних закладів у процесі залучення їх до здорового способу життя // Формування тверезого способу життя в сім'ї та суспільстві: Матеріали науково-практичної конференції. – Біла Церква, 2012. – С. 19-28.
2. Гадомський Тарас. Діяльність церковних братств тверезості угкц в галичині з хіх по і-шу пол. Хх ст.: історично-пасторальний аспект. Погляд в сучасність. Магістерська робота. – Львів, 2011. – 109 с. [електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.sober-way-of-life.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=175:-----ix-----&catid=31:2011-07-25-13-08-13&itemid=207
3. Гамільтон Б. Початок в АА: Життя у тверезості / Пер. з англ. Ю. Кирик. – Львів: Свічадо, 2005. – 224 с.
4. Додзюк А., Камецький В. Вирватись з пастки: Прості розмови про згубну пристрасть / Пер. з поль. З. М. Найди. – Львів: Ініціатива, 1996. – 216 с.
5. Історія боротьби УГКЦ проти пияцтва [електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.sober-way-of-life.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=1:2009-03-17-11-12-26&catid=1:2009-03-17-10-23-28&itemid=141
6. Історія тверезницького руху [Електронний ресурс]. Режим доступу: www.tvreza.info/sobriety/history/sobermovements.html
7. Кирик Ю. Алкоголь: Як вирватися із зачарованого кола. – Львів: Свічадо, 2007. – 128 с.
8. Лаба В. Не пийте, хлопці, Україна просить. Історія боротьби галицьких українців за своє духовне визволення. – Львів, 2000. – 156 с.
9. Латиш Ю. Антиалкогольна кампанія в УРСР на початку Перебудови // Питання історії України. – Чернівці, 2010. – Т. 13. – С. 76-80.
10. Мельничук Н. Пастка для розуму. – Львів: Каменяр, 1991. – 189 с.
11. Пастернак О. Українська Греко-Католицька Церква відроджує рух «За тверезість життя». // Духовність [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.dukhovnist.in.ua/uk/nevydymi-peremohy/87-vidnajdeno-duhovnu-zbrojy.html>
12. Роль греко-католицького духовенства в боротьбі за тверезість [електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.laityugcc.org.ua/myrjany_church_uk/articles/the-role-of-greek-catholic-clerigy-in-struggle-for-sobriety.html
13. Савчук Б. Корчма: Алкогольна політика і рух тверезості в Західній Україні у ХІХ - 30-х роках ХХ ст. – Івано-Франківськ, 2001. – 211 с.

Р.Й. КРАВЦІВ, В.І.ОСТАШЕВСЬКИЙ
ПЕРЕПЛІКИ НА СЛУЖБІ ЗДОРОВ'Я ТА БІЗНЕСУ

Стаття присвячена проблемі використання перепілок як джерела високоякісного продукту.

Ключові слова: перепілка, м'ясо, яйця, розведення.

Стаття посвящена проблеме использования перепёлок как источника высококачественного продукта.

Ключевые слова: перепелка, мясо, яйца, разведения

The article deals with the use quails as a source of high-quality product.

Key words: quail, meat, eggs, breeding.

Перепел звичайний (*Coturnix coturnix*) – птиця родини фазанових (ряд курячих), найменший представник ряду курячих, який має середню масу тіла в межах 80-150 г та довжину – 16-20 см. Забарвлення оперення буро-коричневе зі світлими плямами та рисочками. В самців на голові оперення більш яскраве – руде, в самочок – світліше. Крім перепела звичайного, якого ще називають європейським, розрізняють ще перепела японського (лат. *Coturnix Japonica*), що є основним видом, який вирощується на перепелиних фермах. Цей вид був одомашнений у Японії на межі 19 і 20 століть.

На сьогодні у світі розрізняють кілька порід перепелів, які відрізняються за забарвленням, масою та напрямками продуктивності: мармуровий, фараон, естонський, англійський чорний і білий та різні варіанти від схрещування цих порід - усі вони є результатом селекційної роботи з японським перепелом. До речі, всі ці види перепелів вирощують в присадибних та промислових господарствах з метою отримання яєць і м'яса.

Домашній перепел відрізняється від свого дикого родича більш високою живою масою та яєчною продуктивністю. Самці домашнього перепела важать близько 110-130 г, а самки 150-180 г (у бройлерів їх порід відповідно 200-250 г). При цьому птиця володіє високою скоростиглістю, оскільки молодняк досягає розмірів дорослих особин у віці 40-60 днів, а у віці 50-60 днів починає нести яйця, причому за рік перепілочки можуть знести до 300 яєць, кожне масою 10-14 г.

Доведено, що виробництво перепелиних яєць дешевше, ніж курячих, а тому розведення перепелів є найбільш рентабельним. Вчені дослідили, що самка перепела при масі 125 г та яйценосності 250-300 яєць має яєчну масу в 20-24 рази більшу, ніж маса самої птиці (для порівняння у курей цей показник становить лише 8). Окрім цього, перепели – це джерело високоякісного добре перетравлюваного м'яса, яке ціниться як дієтичний продукт, а на Сході навіть використовувалося в медицині.

Необхідно згадати, що у стародавні часи в Китаї перепелині яйця використовували в лікувальних цілях. В Японії з'ясували, що ці ж яйця сприяють поліпшенню розумових здібностей і роботі нервової системи. В нашій країні колись перепелині яйця використовували для виведення радіонуклідів з організму людини після аварії на Чорнобильській АЕС.

Перепелині яйця містять такі вітаміни: А, групи В (особливо багато холіну), з мінералів – калій, залізо, магній, кальцій, сірку, хлор, фосфор, натрій, кобальт, мідь, хром і марганець. В 100г міститься 170 ккал. У цих яйцях переважають жири, а не білки, але значна їх частина це ненасичені жирні кислоти.

Користь перепелиних яєць, безумовно, дуже велика. Вживання перепелиних яєць зміцнює кістки, нормалізує роботу всього організму (зокрема серця, печінки, нирок, шлунку і підшлункової, передміхурової залози та ін. органів).

Багато в профілактичних цілях їдять їх кожен день (хоча б пару місяців підряд). Від такого систематичного поїдання цих яєць шкоди ще не було помічено.

Пити перепелині яйця сирими найкорисніше. Найголовніше, щоб вони були свіжі. І не бійтеся захворіти на сальмонельоз, ця птиця на це захворювання не хворіє. Якщо ж їх піддавати термічній обробці, то вони втрачать велику частину корисних речовин.

Дозування за день рекомендується наступне:

- від року до трьох років – 1-2 яйця;
- від трьох до десяти років – 3 яйця;
- від десяти до вісімнадцяти років – 4 яйця;
- від вісімнадцяти до п'ятдесяти років – 5-6;
- від п'ятдесяти років і старше – 4-5 яєць.

Уже через два тижні починає проявлятися їх цілющий вплив на організм.

Протипоказань для вживання перепелиних яєць майже немає. Хіба що людина страждає на дуже складні алергії. Але в основному ніяких неприємних проявів не буває – (навіть у дітей з діатезом).

Про користь перепелиних яєць сперечатися нерозумно. Вони належать до тих продуктів, які не просто містять вітаміни, а збагачені ними. Але виникає багато питань з приводу того, як правильніше їх вживати в їжу, в яких кількостях.

Незважаючи на те, що перепелине яйце значно менше за розмірами, ніж куряче, в ньому в 4 рази більше заліза, фосфору і калію. Більше в ньому і міді, кобальту, вітамінів А, В₁ і В₁₂, містяться і незамінні амінокислоти, необхідні організму дорослих і дітей.

Існує ряд захворювань, при яких перепелині яйця приносять людині лише користь, про шкоду тут не може бути й мови: анемія, гіпо- і гіпертонічні стани, головні болі, імунodefіцит, захворювання шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет.

Даний продукт може стати основою лікувального харчування для дітей з ослабленим здоров'ям, їх можна рекомендувати їсти жителям екологічно несприятливих районів.

Одна з головних переваг перепелиних яєць полягає в тому, що в них міститься така речовина, як лізоцим, що стримує ріст бактерій. Завдяки лізоциму, вони багаті також незамінними амінокислотами, такими, як треонін, тирозин, гліцин, лізин. Вітамінів групи А і В в цих яйцях міститься в 2,5 рази більше, ніж в курячих, а фосфору, калію і заліза більше в 5 разів! Корисні властивості перепелиних яєць можна перераховувати нескінченно: вони зміцнюють нервову і травну системи, допомагають при недокрів'ї, бронхіальній астмі, у разі радіаційного зараження організму з успіхом беруть участь в лікуванні захворювань серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту (гастрити, коліти, холецистити, виразка шлунку), хвороб щитовидної залози, різних пухлин (у цьому бере участь лізоцим), очищають кров, підвищують гемоглобін і виводять токсини, нормалізують артеріальний тиск, мають оновлюючу дію після інфаркту і інсульту, зміцнюють імунітет. Як бачимо, користі перепелиних яєць варто віддати належне.

Доведено, що і сама шкаралупа має дивні оновлюючі властивості. Вона є оптимальним джерелом кальцію для людського організму, оскільки на 90 % складається з вуглекислого кальцію, який дуже легко засвоюється. Цікавий факт: хімічний склад шкаралупи такий, що протягом декількох годин вони повністю розчиняються в розчині столового оцту (2/3 оцту, 1/3 води), а приблизно через півгодини з них зникає строкате забарвлення, у такому вигляді їх можна забарвлювати, наприклад, для Паски.

Варто ще раз відмітити, що унікальність і користь перепелиних яєць полягає ще і в тому, що вони не викликають алергії (білок овомокцид, що міститься в таких яйцях, застосовується в лікуванні алергії) і діатезу, тому вони рекомендовані для вагітних і годуючих жінок. Калорійність перепелиних яєць – у 100 грамах продукту міститься близько 150 ккал.

Утримувати перепелів у домашніх умовах не складніше, ніж будь-яку іншу домашню птицю. Перепелів переважно утримують у клітках, оскільки вольєрне утримання більш небезпечно для самої птиці: вони дуже рухливі і здатні проникати навіть у невеликі щілини та отвори, а при високих стелях намагаються літати, що зазвичай призводить до травмування.

У господарствах, що планують випускати продукцію у промислових обсягах, доцільніше використовувати багатоярусні кліткові батареї. Таке рішення дозволяє збільшити продуктивність праці при зниженні собівартості та підвищенні виходу продукції на одиницю площі. Вигляд і розміри кліток залежать від кількості птиці, що буде в них утримуватися. Клітки можна виготовити самостійно, а можна закупити, оскільки останнім часом з'явилася ціла низка підприємств, що спеціалізуються на випуску обладнання для кліткового утримання специфічних тварин та птиці. Це послужить запорукою того, що клітки будуть виготовлені спеціально для перепелів з урахуванням всіх необхідних параметрів.

Утримання та догляд за перепелами доволі прості, однак для того, щоб отримати щоденні високі продуктивні показники, потрібно створити певні умови утримання, які включають у себе дотримання відповідного температурного та світлового режиму, забезпечення у приміщенні тиші та відсутності протягів для запобігання виникненню стресових ситуацій. Великий вплив на рівень продуктивності має годівля, яка повинна бути збалансована завдяки використанню спеціальних збалансованих раціонів із високим вмістом протеїну у кормі.

Приміщення, у якому планується утримувати перепелів, має добре вентилюватися та опалюватися. Повітрообмін потрібно підтримувати з розрахунку на 1 кг живої маси птиці не менше 1,5 м³/год. в холодну пору року та 5 м /год. в теплу. Ці показники зумовлені інтенсивним обміном речовин, притаманним перепелам. Однак, доступ до свіжого повітря не повинен супроводжуватися протягами, оскільки перепели дуже чутливі до дії холодного вітру. Ознакою наявності в приміщенні протягів стає інтенсивне випадання пір'я, зниження яйценосності та підвищення падежу.

Приміщення для утримання перепелів можуть бути як з вікнами, так і без них, однак останні є більш бажаними, оскільки дають можливість повністю контролювати інтенсивність світла та тривалість світлового дня за рахунок використання штучних джерел освітлення. Слід зауважити, що для штучного освітлення у приміщеннях для утримання перепелів використовують лампи розжарювання або люмінесцентні, потужністю 40-65 Вт. З таким розрахунком інтенсивність освітлення має бути помірною у межах 20 лк на рівні годівниць, або ж близько 4 Вт на м . Освітлення не повинно бути надто яскравим, оскільки при сильному освітленні птиця проявляє сильне занепокоєння, виникають бійки, перепели негативно реагують на перегрупування та через надмірну збудженість і агресивність можуть розпочинати розкльовування. При виробництві харчових яєць, з метою отримання максимальної яйценосності, тривалість світлового дня має сягати 20 год., у режимі 18 год. світла - 2 год. темряви - 2 години світла - 2 години темряви. При отриманні ж племінного яйця, слід намагатися, щоб тривалість світлового дня не перевищувала 17 год. на добу. Доведено, що максимально високі інкубаційні якості були отримані при використанні перервного режиму освітлення (3 год. світла - 2 год. темряви).

Шляхом тривалих спостережень встановлено, що для дорослої птиці оптимальною вважається температура у межах 20-22°C, оскільки вже при 16 °C значно знижується яйценосність, а при нижче 10°C самки можуть припинити яйцекладку. Слід зауважити, що перепели дуже чутливі до різких перепадів температури, протягів та холоду. При виникненні

холоду - птиця інтенсивно скупчується, спричиняючи стискування і загибель. Вологість у приміщеннях, де утримуються дорослі перепели, не повинна бути нижчою за 55 %, оскільки при нижчих показниках перепели починають більш інтенсивно споживати воду і значно менше від норми корми. Якщо низька вологість спостерігається тривалий час, птиця знижує яйценосність, виглядає скуйовдженою, оперення стає ламким. Небажаним є і підвищення вологості вище показника у 75 %. Оптимальний показник вологості в приміщенні становить 60-70 %.

Незалежно від конструкції клітки, слід суворо дотримуватися зоотехнічних параметрів утримання птиці. На 1 м² клітки можна утримувати 80-120 голів¹ птиці (приблизно 85 см² на птицю). При виробництві інкубаційних яєць - не більше, ніж 70 голів (125 см² на птицю). Однак в одній клітці не повинно бути більше, ніж 25-30 перепелів. Слід уникати зайвого шуму і різких рухів. Надмірна щільність посадки призводить до бійок, травматизму та канібалізму. Формування продуктивних груп проводять з молодняку в 4-6 - тижневому віці, більш пізні перегрупування не бажані, оскільки характеризуються підвищенням падежу. Догляд і утримання організовують таким чином, щоб птиця завжди знаходилася у чистоті і була ситою.

Годівля є одним із найважливіших елементів в утриманні перепелів. Перший раз молодняк годують не пізніше, ніж через 12 годин після виводу, оскільки більш пізнє згодовування призводить до зниження життєздатності та інтенсивності росту молодняку. Зважаючи на дуже швидкий ріст і розвиток, навіть короткочасна невідповідність раціону загальним потребам організму може спровокувати незворотні порушення у розвитку молодняку та навіть загибель.

Для започаткування цього цікавого бізнесу знадобиться спочатку вкласти на придбання перепелів і необхідного устаткування. У розрахунках ми беремо середню ціну однієї дорослої птиці = 50 грн. Середня вартість матеріалів на одну клітинну батарею 1500 грн. Середня вартість інкубатора 900 грн.

- 1) А тепер перший варіант - 20 птахів. Вартість птахів 20 x 50 грн. = 1000 грн. Клітка - 200 грн., інкубатора немає. Разом -1200 грн.
- 2) від 500 до 1000 птахів. Вартість птахів від 25 до 50 тис. грн. Вартість кліткових батарей (12 шт.) - 18000 грн., плюс 900 - інкубатор. Разом - від 43,9 до 68,9 тис. грн.
- 3) понад 1000 птахів - сума понад 80 тис. грн.

Таким чином, перепели являють собою швидкозростаючу птицю із високою продуктивністю і цінністю продукції. Забезпечення відповідних умов утримання та годівлі дозволяє тривалий час ефективно використовувати поголів'я, виводячи перепільництво практично на промисловий рівень. Звертаючи увагу на невибагливість птиці щодо ветеринарного обслуговування, і практично відсутність у неї переліку інфекційних хвороб, вирощування перепелів є безпечним і чистим виробництвом, що сприятливо впливає як на роботу господарства, так і на задоволення вимог кінцевого споживача.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондаренко СП. Содержание перепелов. Издательства: АСТ, Сталкер, 2003. – 96 с.
2. Задорожня Л.А. Перепеловодство. Издательства: Сталкер, АСТ, 2004. – 96 с.
3. Морозова О. Домашняя птица: куры, гуси, утки, индейки, цесарки, перепела и голуби. Издательство: Феникс, 2000. – 270 с.
4. Пигарева М.Д. Разведение перепелов. Издательство: Россельхозиздат, 1978. – 80 с.
5. Рахманов А.И. Разведение домашних и экзотических перепелов. Издательство: Аквариум-Принт, 2004. – 64 с.
6. Рахманов А.И. Домашняя птица. Содержание и разведение на приусадебном участке и в городских условиях Издательство: Аквариум, 1999. – 256 с.

НЕІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ: ДЛЯ ЛІКАРІВ ШИРОКОГО ПРОФІЛЮ

Названа стаття присвячена аналізу терапевтичних можливостей при черепно-мозковій травмі, адаптованих для розуміння загальних лікарів.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, неінвазивне лікування, огляд

Эта статья посвящена анализу терапевтических возможностей при черепно-мозговой травме, адаптированных для понимания врачей общего профиля.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, неинвазивное лечение, обзор

This review article is dedicated to analysis of the therapeutic possibilities in head injury, adjusted for general practitioners.

Key words: head injury, non-invasive treatment, review

Соціоекономічний вплив черепно-мозкової травми (ЧМТ) помірно-важкого ступеня є досить серйозний. Цей стан вже давно визнають як одну з ведучих причин захворюваності та смертності у західних країнах і, згідно епідеміологічних даних, він відповідальний майже за 30% смертей травматичного генезу. Беручи до уваги, що нейротравма, як хвороба, переважно уражає молодих людей, економічні наслідки подібного є ще гірші. Відомо, що навіть легкі травматичні ураження головного мозку призводять до довготермінових наслідків, напружуючи ресурси реабілітаційних служб. На частоту названої нозологічної одиниці суттєво впливають інсульт та аневризматичні субарахноїдальні крововиливи. Багато понять, застосовуваних у невідкладному лікуванні ЧМТ, стосуються нейропротекції загалом.

Хоча сучасні експериментальні роботи є досить цікавими та перспективними, зокрема, коли йдеться про роль запальних медіаторів і нейрорегенерації в терапії нейротравми, наявний все більший прогрес у розумінні фундаментальних концепцій, які лежать в основі ургетного лікування таких пацієнтів.

1. ПАТОФІЗІОЛОГІЯ

Первинна травма, зазвичай, спричиняє нейрональні ураження або загибель. Це може бути проста гематома, або більш складні та дифузні пошкодження. Разом з тим, вищеназване веде до каскаду молекулярних змін – вторинних уражень, котрі включають ефекти гіпоксії, вивільнення ендогенних збудливих амінокислот, утворення прозапальних субстанцій і вільних радикалів. Ці процеси лежать в основі ще більших руйнувань центральної нервової системи (табл. 1).

Таблиця 1.

Процеси, які викликають вторинне ураження головного мозку при ЧМТ.

Ішемія, ексайтотоксичність і енергетична недостатність.
Каскад нейрональної смерті.
Набряк мозку.
Запалення.

2. ТРУДНОЩІ ІЗ КЛІНІЧНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯМИ

ЧМТ у людини є гетерогенним захворюванням із різними патофізіологічними механізмами (табл. 1). Більшість нейропротекторних агентів вивчали на експериментальних тваринних моделях цього стану. Хоча подібні дослідження дали нам багато інформації, в них застосовували лише ізольовані варіанти травмування головного мозку. Наприклад, популярна рідинна перкусійна модель спричиняє переважно фокальні ураження, тоді коли в дійсності ЧМТ в людини також супроводжується вираженим дифузним аксональним пошкодженням. Також відомо, що реактивність до нейротравми диференційовано модифікується, що визначається генетично. Все вищеназване ускладнює перенос ефективних методик із тваринних моделей в клінічні реалії.

3. МІШЕНІ ТЕРАПІЇ

3.1. Ретельне дотримання базових принципів лікування

Загально визнано, що дотримання основоположних принципів реанімації в режимі ABC є важливим для хорошого прогнозу. Жодна найскладніша інтенсивна терапія не може замінити первинне ведення ЧМТ. Це є “платинові 10 хвилин” і “золота година” для будь-якого втручання.

Їх можна резюмувати наступним чином:

Підтримка дихальних шляхів із контролем за станом шийного відділу хребта: будь-якого пацієнта із ЧМТ та кількістю балів по шкалі Глазго нижче 8 слід інтубувати. Рекомендуються найшвидші методики, а для уникнення летального підйому внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) призначають анестетики (наприклад, тіопентал або пропофол для індукції і суксаметоній для міорелаксації).

Дихання, або вентиляція має оптимізуватися до рівня “низької нормакапнії”, тобто артеріального парціального тиску вуглекислого газу (P_{aCO_2}) 4-4,5 кПа. Гіпервентиляція, націлена на зниження цього показника, асоціюється із гіршим прогнозом. Артеріальний парціальний тиск кисню (P_{aO_2}) необхідно підтримувати вище 13 кПа. До одержання параметрів газів артеріальної крові бажаний неінвазивний моніторинг з допомогою пульсового оксиметра і капнографа.

Стан **серцево-судинної системи** контролюється з допомогою інфузій рідини і підтримання середнього артеріального тиску 90 мм рт.ст. Головною метою в реанімації хворого із ЧМТ є підтримка еуволемії. Хоча поняття “допустимої гіпотензії” (систоличний артеріальний тиск приблизно 80 мм рт. ст.) при геморагічному шоці популярне серед деяких лікарів, до нього загалом не вдаються, коли воно пов’язане із вираженим мозковим ураженням.

Після ЧМТ, а зокрема, при політравмі, мозковий кровоплин може знижуватися до ішемічного порогу. З метою запобігання нейрональної загибелі (вторинного травматичного наслідку) необхідно утримувати по судинах потік добре оксигенованої крові, тобто церебральний перфузійний тиск (ЦПТ). Не існує доказів класу I щодо оптимального рівня даного показника, але 70-80 мм рт.ст. є, ймовірно, критичним порогом. Смертність зростає приблизно на 20% при зниженні ЦПТ на кожні 10 мм рт. ст. У дослідженнях важкої ЧМТ, де названий параметр підтримували вище 70 мм рт. ст., спостерігали зниження смертності на 35%.

3.2. Перспективні стратегії

3.2.1. Осмотерапія

Осмотерапію застосовують ще з часів першої публікації щодо використання маннітолу в лікуванні внутрішньочерепної гіпертензії. Цей агент залишається стандартом при названому стані, порівнюючи із іншими препаратами.

Його звичайна рекомендована доза становить 0,5-1 г/кг. Разом з тим в останньому дослідженні оцінювали довготерміновий клінічний прогноз у травматичних хворих у гострому коматозному стані, котрим назначали високі дози маннітолу перед оперативним втручанням (1,4 мг/кг), порівнюючи із конвенційними режимами (0,7 мг/кг). Хоча воно обмежувалося паренхіматозними крововиливами в скронеvu частку із супутніми окоруховими порушеннями, ці ж автори засвідчили поліпшення коматозних пацієнтів і з гострими субдуральними гематомами. Ймовірно, у подібних клінічних ситуаціях буде необхідним призначення доз препарату, вищих від рекомендованих раніше.

На даний момент найбільш досліджуваною ділянкою є застосування гіпертонічних сольових розчинів. Хоча їх недавня популярність була спричинена виявленням позитивних ефектів цих середників при проникаючих травмах з геморагічною гіпотензією, стало також очевидно, що при зниженні ВЧТ достатні концентрації 3-7.5%.

Mirski et al. засвідчили на тваринних моделях щура, що хоч одиничні, еквіосмолярні болосні дози гіпертонічного сольового розчину і маннітолу були ефективні у зниженні ВЧТ, ефект першого залишався більш вираженим (53,9% зниження на противагу 35.0%), тривав довше і закінчувався приблизно через 500 хвилин. При інфузії маннітолу відмічалось рикошетне підвищення ВЧТ на 10-25% через 120 хвилин після закінчення вливання. На експериментальній моделі ЧМТ було засвідчено, що призначення комбінації “гіпертонічний

сольовий розчин/декстран 60” (в концентраціях 7.2%/10%) повністю запобігає вторинному збільшенню діаметру мозкових кровоносних судин і знижує агрегацію лейкоцитів на 90%. Це чітко стабілізує мікроциркуляторні розлади, що слідує за ЧМТ з боку дрібних внутрішньочерепних судин.

Численні дослідження на людях з того часу довели переваги гіпертонічних сольових розчинів. В найостанніше з них рандомізували хворих, котрі приймали 7.5% сольовий розчин з розрахунку 2 мл/кг або 20% маннітол. Середні кількість епізодів внутрішньочерепної гіпертензії на добу та їх тривалість були достовірно нижчі в першій групі, це ж стосується і рівня неуспіху терапії.

Теоретичне занепокоєння щодо такого методу лікування стосується розвитку центрального понтинного мієлінолізу і швидкого зменшення об'єму мозку, що призводить до розриву судин. Проте перший з цих станів виникає при швидкій корекції хронічної гіпонатріємії, і його, згідно даних літератури, не спостерігали при терапії підвищеного ВЧТ. При супутній наявності нормальних ниркових функцій і ЧМТ підвищений вміст натрію, зазвичай, коригується без будь-яких ренальних побічних ефектів.

Хоча існує необхідність в подальших великих і масивних дослідженнях, згідно сучасних уявлень гіпертонічні сольові розчини є не тільки хорошою альтернативою до маннітолу при лікуванні набряку мозку та підвищеного ВЧТ, але можуть, ймовірно, мати і додаткові терапевтичні переваги.

3.2.2. Барбітурати

Високі дози барбітуратів, зазвичай, зарезервовують для випадків рефрактерної внутрішньочерепної гіпертензії в осіб, котрих ще можливо врятувати. Їх вплив реалізується через зниження мозкового метаболізму кисню і модуляцію судинного тонуусу, а також стабілізацію клітинних мембран і зниження перекисного окислення ліпідів. Всесторонній огляд і мета-аналіз названої проблеми, проведений Roberts, констатує, що немає доказів на користь того, що барбітурати поліпшують прогноз в пацієнтів із гострою важкою ЧМТ. Згідно його даних ці препарати також викликали падіння артеріального тиску в кожного четвертого пролікованого хворого.

Разом з тим їх масово застосовують, коли важко досягнути адекватного контролю над ВЧТ. Всі клінічні дослідники зауважують підвищену необхідність інотропної підтримки для утримання адекватного ЦПТ внаслідок побічних впливів неперервних інфузій на серцево-судинну систему. Наприклад, у нашому центрі використовують тіопентал натрію в ініціальній завантажувальній дозі 5-10 мг/кг, за чим йде його інфузія, котру титрують під контролем електроенцефалографії (ЕЕГ). Застосування згаданого препарату без адекватного ЕЕГ-моніторингу мозкових функцій не рекомендується, оскільки це спричиняє підвищений ризик системних ускладнень. Також важливо пам'ятати, що протекторним ефектам барбітуратів сприяють і інші супутні механізми, окрім метаболічної супресії, що й пояснює диференційовані терапевтичні впливи тіопенталу, методекситалу і пентобарбіталу.

Температурний контроль

Засвідчено, що гіпотермія має нейропротекторні властивості на багатьох моделях ЧМТ. Для цього запропоновано багато механізмів, включаючи зниження рівня збудливих амінокислот в ураженій ділянці, посилення антиоксидантної активності і зменшення запальних маркерів. Дотепер в рандомізованих клінічних дослідженнях легкої гіпотермії (32-34°C) одержано суперечливі результати. Хоча Clifton et al. спромоглися засвідчити можливі прогностичні переваги легкої гіпотермії, порівняно з нормотермією, у хворих із кількістю балів по шкалі Глазго 5-7, результати великого багатоцентрового американського дослідження NABIS HI (Національне дослідження гострої черепно-мозкової травми – гіпотермія) подібного не показали. Беручи до уваги неадекватний дизайн останнього, зараз реалізується його поліпшена версія - NABIS H2.

Існує мало сумнівів, що зростання системної температури, або температури мозку, несприятливе для прогнозу. Деякі дослідницькі роботи засвідчили, що P_{O_2} мозкової тканини знижується із гіпотермією, досягаючи статистичної достовірності нижче 35°C, тобто, при рівні температури, нижчому від сказаного, може порушуватися внутрічерепна оксигенація. Наша

клінічна практика включає моніторинг осьової температури і запобігання її підйому з допомогою антипіретиків. Системні інфекції, які спричиняють гіперпіретичні реакції, мають швидко виявлятися і агресивно лікуватися. У рефрактерних випадках використовують електроохолоджувальні покривала, з допомогою котрих підтримують помірний рівень гіпотермії (35°C).

3.2.3. Нейро-м'язова блокада

Нейро-м'язову блокаду часто застосовували у хворих із ЧМТ, що перебували на механічній вентиляції, особливо із метою запобігання кашлю в перші 24-48 годин терапії у реанімаційному відділенні. Зараз відомо, що міорелаксанти долають гематоенцефалічний бар'єр і, ймовірно, активують мозкові ацетилхолінові рецептори, що веде до центральних вегетативних порушень, слабості і судом. Їх застосування слід припиняти при адекватній седації хворого.

3.3. Нові препарати і стратегії терапії

Хоча кілька препаратів виглядали перспективними як нейропротекторні агенти на тваринних моделях ЧМТ, їх переваги не доведені в клінічних умовах. Разом з тим, від них можна відштовхуватися у розробці середників для майбутнього.

3.3.1. Дексанабінол

Активация N-метил-D-аспартатних (NMDA) рецепторів при черепно-мозковій травмі викликає глутаматний каскад і посилений потік іонів кальцію всередину клітини, що, зрештою, призводить до нейрональної загибелі. Дексанабінол є каннабіноїдом і не-конкуруючим антагоністом NMDA-рецепторів. Його початкове вивчення при інсульті і ЧМТ дало хороші результати щодо обмеження зони набряку і ішемічного ураження. Було недавно проведена II фаза дослідження на людях серед пацієнтів із нейротравмою, що мала місце в інтервалі до 6 годин. Його метою стало визначення безпеки одиничного призначення наростаючих доз дексанабінолу. Вона була не тільки підтверджена, при цьому виявляли вкорочення середнього часу, протягом якого ВЧТ перевищував 25 мм рт. ст., а систолічний артеріальний тиск становив менше 90 мм рт.ст.

Різниця між цим агентом і іншими досліджуваними раніше антагоністами NMDA-рецепторів, наприклад, селфотелом, пояснюється його унікальною здатністю не лише блокувати вищезгадані рецептори, але й діяти, як антиоксидант та цитокиновий інгібітор. Зараз згаданий середник перебуває у III фазі клінічних досліджень і він виглядає найперспективнішим серед всіх фармакологічних агентів із даної групи.

3.3.2. Протизапальні препарати

Запальні реакції, опосередковані цитокінами, сприяють вторинному пошкодженню при ЧМТ і перебувають зараз у фокусі наукових пошуків. Відомо, що після травматичного ураження головного мозку експресія інтелейкіну-1 лише посилюється. Вчені із Манчестерського університету вже досліджують ефекти антагоністів інтерлейкіну-1 як нейропротекторів.

Кортикостероїди залишаються сильними протизапальними середниками, і їх позитивні впливи визнані у ранньому періоді травми, зокрема це стосується метилпреднізолону при пошкодженні спинного мозку. В систематичному огляді доступних досліджень прийшли до висновку, що їх призначення асоціюється із 2% зниженням смертності. Саме це стало підставою для реалізації ще не завершеного керованого з Великобританії багатоцентрового дослідження CRASH (Рандомізація до кортикостероїдів після серйозної черепно-мозкової травми), в яке вже залучили 5000 пацієнтів, котрим, як завантажувальну дозу, вливали 2 г метилпреднізолону, після чого проводили інфузію препарату з розрахунку 0.4 г/годину протягом 2 діб.

3.3.3. Схема Лундського університету

Це є абсолютно відмінна стратегія, розроблена в університетському шпиталі м. Лунд (Швеція) і ґрунтована на фізіологічних принципах регуляції об'єму мозку і поліпшення мікроциркуляції. В ній інтерстиційна резорбція рідини здійснюється шляхом зниження капілярного гідростатичного тиску, збереження нормального колоїдного осмотичного тиску і утримання нормоволемії (фізіологічних показників гемоглобіну і альбуміну сироватки).

Капілярний тиск знижують з допомогою низьких доз тіопенталу та дигідроерготаміну, щоб викликати прекапілярну вазоконстрикцію, а середній артеріальний тиск – метопрололом і клонідином, щоб зменшити набряк, викликаний підвищеним гідростатичним тиском. Клонідин в поєднанні з нормоволемією також поліпшує мікроциркуляцію шляхом зниження рівня катехоламінів плазми. Повідомлені результати були дуже добрі, але контрольна група добиралася з архівного матеріалу. Перед масовим визнанням такого підходу його необхідно перевірити в рандомізованих, багатоцентрових дослідженнях.

4. ВИСНОВКИ

Цілком очевидно, що існує загальний інтерес не лише до нових препаратів, котрі модифікують і зменшують вторинні пошкодження при ЧМТ, але і до стратегій їх застосування. Із поліпшенням нашого розуміння патофізіології нейротравми вдосконалюються і шляхи обмеження вищезгаданих уражень. Майбутні дослідження, без сумніву, зосередяться на нейротрофічних і нейрорегенеративних факторах, котрі залучатимуться у відновлення уражених нейрональних клітин. Деякі їх результати вже опубліковані. Подальша оцінка патологічних змін і їх еволюції дасть змогу починати лікування на певних етапах. Очевидно, що при настільки гетерогенних і багатофакторних процесах, які спостерігають при ЧМТ, комплексні терапевтичні стратегії матимуть перевагу над лише одним препаратом. Проте навіть тоді ретельна увага клініциста до базових принципів лікування продовжуватиме залишатися важливою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Almasi SJ, Wilson JJ. An update on the diagnosis and management of concussion. *WMJ*. 2012 Feb;111(1):21-7
2. Barbosa RR, Jawa R, Watters JM, Knight JC, Kerwin AJ, Winston ES, Barraco RD, Tucker B, Bardes JM, Rowell SE; Eastern Association for the Surgery of Trauma. Evaluation and management of mild traumatic brain injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Nov;73(5 Suppl 4):S307-14.
3. Bethel J. Emergency care of children and adults with head injury. *Nurs Stand*. 2012 Jun 27-Jul 3;26(43):49-56.
4. Boer C, Franschman G, Loer SA. Prehospital management of severe traumatic brain injury: concepts and ongoing controversies. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012 Oct;25(5):556-62.
5. Decuyper M, Klimo P Jr. Spectrum of traumatic brain injury from mild to severe. *Surg Clin North Am*. 2012 Aug;92(4):939-57.
6. Haydel M. Management of mild traumatic brain injury in the emergency department. *Emerg Med Pract*. 2012 Sep;14(9):1-24.
7. Lei J, Gao GY, Jiang JY. Is management of acute traumatic brain injury effective? A literature review of published Cochrane Systematic Reviews. *Chin J Traumatol*. 2012 Feb 1;15(1):17-22.
8. Lu J, Gary KW, Neimeier JP, Ward J, Lapane KL. Randomized controlled trials in adult traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2012;26(13-14):1523-48.
9. Mangat HS. Severe traumatic brain injury. *Continuum (Minneapolis)*. 2012 Jun;18(3):532-46.
10. Rasul FT, Pereira EA, Waldmann C, Bojanic S. Effective management of severe traumatic brain injury in a district hospital. *Br J Neurosurg*. 2012 Oct;26(5):736-42.
11. Rosenfeld JV, Maas AI, Bragge P, Morganti-Kossmann MC, Manley GT, Gruen RL. Early management of severe traumatic brain injury. *Lancet*. 2012 Sep 22;380(9847):1088-98.
12. Timmons SD. An update on traumatic brain injuries. *J Neurosurg Sci*. 2012 Sep;56(3):191-202.
13. Urbano LA, Oddo M. Therapeutic hypothermia for traumatic brain injury. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012 Oct;12(5):580-91.
14. Wijayatilake DS, Shepherd SJ, Sherren PB. Updates in the management of intracranial pressure in traumatic brain injury. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2012 Oct;25(5):540-7.

P.POŽÁREK, R. VOBR

**POROVNÁNÍ 5 MLÁDEŽNICKÝCH FOTBALOVÝCH TÝMŮ POMOCÍ
UNIFITTEST 6 - 60**

Pomocí standardizované baterie UNIFITTEST 6-60 jsme otestovali 4 týmy z nejvyšší žákovské soutěže a hráče týmu hrající okresní soutěž. Testovali jsme celkově 74 hráčů, kteří se narodili v rozmezí 1999 - 2001. Hráči podstoupili upravenou baterii skládající se z těchto testů: krátký běh 4x10metrů, skok z místa, leh sed za 1 minutu a výdrž ve shybu.

Klíčová slova: fotbal, mladí hráči fotbalu, testování, pohybové schopnosti

З допомогою стандартизованого комплексу вправ UNIFITTEST 6-60 нами були отестовані 4 команди в найвищих учнівських змаганнях та гравці районних змагань. Цілком було досліджено 74 гравці 1999-2001 рр. народження. Гравці виконували упорядкований комплекс тестів: біг на короткі дистанції – 4 по 10 метрів, стрибки з місця, вправа - сісти з положення лежачи (за 1 хв.) і підтягування.

Ключові слова: футбол, юні футболісти, тестування, рухові здібності.

С помощью стандартизованного комплекса UNIFITTEST 6-60 мы тестировали 4 команды учеников в высших школьных соревнованиях и игроков районных соревнований. Всего было протестировано 74 игрока, 1999-2001 гг. рождения. Игроки подверглись тесту, который состоял из: бега на короткие дистанции – 4 по 10 метров, прыжков с места, упражнения – сед из положения лежа (за 1 мин.) и подтягивания.

Ключевые слова: футбол, юные футболисты, тестирование, двигательные способности.

Using a standardized battery UNIFITTEST 6-60, we tested 4 teams of the highest youth league and team players of regional league. We tested 74 players in total who were born in 1999 - 2001. Players underwent a modified battery consisting of the following tests: 4x10meters short run, then long jump from the place, sit-ups for 1 minute and finally we tested their endurance in pull-ups.

Key words: football, youth football players, testing, motor skills

Úvod

Fotbal patří v České republice s ledním hokejem k nejpopulárnějšímu sportu[1]. Proto zde chceme poukázat na připravenost hráčů u prvoligových týmů narozených v roce 2000 (AC Sparta Praha, Bohemians 1905, SK Dynamo České Budějovice, 1.FK Příbram), kteří hrají nejvyšší soutěž ve své kategorii (1. liga žáků). Testování jsme prováděli po dobu čtyř víkendů, týmy jsme měřili vždy v úterý. Teplotní rozmezí se pohybovalo mezi 15 – 20°C. S hráči jsme pracovali od úvodní části tréninku. V úvodní části tréninkové jednotky došlo k zahřátí organismu, mobilizaci kloubního aparátu a aplikaci dynamického strečinku [5]. V dalším průběhu tréninku jsme se věnovali samotnému testování. Hráči prováděli testování v kopačkách a tréninkovém oblečení. Hráči měli vždy dva pokusy a zapisoval se ten lepší výkon. Při časových měřeních jsme použili dvoje stopky [3].

Pokud jsme se lišili, udělali jsme průměrný čas, který následně zapsali. Po doběhnutí všech hráčů, jsme přešli na druhou disciplínu. Skok daleký z místa jsme prováděli z jedné z autových čar směrem ven z hřiště. Třetím testem byl počet leh-sedů za 1 minutu. Výdrž ve shybu jsme měřili v kabině mezi „futry“. Upevnili jsme speciální tyč do dveří, na kterou jsme kluky vysadili, a když byli připraveni, tak jsme je pustili a znovu na dvou stopkách spustili čas. Ten se stopnul v době, kdy brada spadla pod úroveň tyče.

METODIKA

Našeho testování se zúčastnili 4 týmů. Všichni hrají nejvyšší žákovskou soutěž. Na začátek je nutné říci, že sice naše výsledky jednotlivých mužstev leccos napovídají, ale jde o týmový sport, kde rozhodují i jiné determinanty[6]. Hráči s horšími výkony dohánějí svou slabší fyzickou připravenost dobrou poziční hrou, předvídavostí a taktickou vyspělostí [2].

4 x 10m

První disciplínu ovládli hráči Sparty. Jejich průměrný výkon 10,7 s je velice slušný. Druhá Příbram měla 10,9 s, třetí Budějovice pak 11,2 s, čtvrtí Bohemians ještě o desetinu hůře – 11,3.

Skok daleký z místa

V druhém testování opět dominovala Sparta s průměrným výkonem 188,9 cm. Druhé skončili České Budějovice s 181,5 cm, dále Bohemians 175,8 cm, čtvrtí hráči Příbrami s průměrným výsledkem 167,1 cm.

Leh-sed za 1 minutu

V této disciplíně dominovali hráči Bohemians těsně před Spartou. Je to také jediná disciplína, kterou spartané jako tým neovládli. Průměrný počet vítězného celku činí 49,1 leh-sedů za 1 minutu. V průměru o tři desetiny zaostala Sparta s výsledkem 48,8. Třetí České Budějovice udělali 47,1 leh-sedů

Výdrž ve shybu

Zde ukázala největší výdrž Sparta, jejíž hráči v průměru vydrželi nad hrazdou 22,2 s. Druzí Bohemians viseli průměrně 18,6 s. Třetí Budějovice 16,2 s, čtvrtá Příbram přesně 16 s.

VÝSLEDKY

Nejllepším týmem byla pražská Sparta. Jejich průměrné hodnoty jsou ve třech disciplínách ze čtyř nejlepší. A v leh-sedech za 1 minutu je porazila jen Bohemians 1905, kterou bychom zároveň vyhodnotili jako druhý nejlepší tým. Těsně za nimi podle výsledků skončily jihočeské Budějovice. Čtvrtá pak Příbram. Microsoft Office Excel nám dopomohl k vytváření tabulek a grafů.

DISKUZE

Jeden hráč ze Sparty a z Bohemians v první disciplíně (člunkový běh 4 x 10 m) atakovali hranici deseti sekund, když shodně zaběhli čas 10,1 s. Nutno říci, že na věk 11-ti let je to výborný výkon. Ještě větším překvapením bylo zjištění, že hráč ze Sparty je brankář, který je ale fyzicky velice dobře vyspělý a jak nám ukázaly i ostatní testy, motorické schopnosti má na skvělé úrovni. Ve skoku dalekém kraloval znovu brankář Sparty, když skočil ze všech testovaných nejdále, a to 222 cm. Zajímavé je, že do první desítky nejdelších skoků se dostalo

dalších šest jeho spoluhráčů. Dominanci dokumentuje, že první čtyři byli právě Spartaňané. V disciplíně počet leh-sedů za 1 minutu se do nejlepší dvanáctky dostali tři hráči Sparty, čtyři z Českých Budějovic a hned pět hráčů Bohemians. Právě tento tým se stal jediným, kterému se podařilo v celkovém průměru hráče pražské Sparty porazit. Avšak nejlepšího výkonu dosáhl znovu hráč letenského klubu s výborným výkonem 69 leh-sedů za 1 minutu. To je pro představu 1,15 leh-sedů za vteřinu a musíme říct, že tohoto hráče jsme pozorně sledovali, neboť tempem zřetelně převyšoval ostatní cvičící hráče, takže můžeme dosažený výkon naprosto potvrdit. V posledním testovacím cvičení jsme prověřili hráče ve výdrži ve shybu. Toto trochu specifické cvičení nám dovršilo nadvládu fotbalistů Sparty v celkovém průměru nad ostatními. I když paradoxně tuto disciplínu ovládli tři fotbalisté Českých Budějovic. Jeden z nich vydržel viset 48,2 s, druhý dokonce 42 s a třetí se vešel do elitní desítky. Toto považujeme za výborný výkon, který jasně převýšil všechny ostatní.

Závěr

Pražské kluby disponují větším množstvím kvalitnějších trenérů, kteří při spojení kvalitní přípravy dokáží své svěřence připravit na soutěž v takové výkonnosti, že porázejí všechny své soupeře [7]. Proto nám vycházejí výsledky prvních dvou týmů Sparty a Bohemians, kladně jak při testování, tak v tabulce v půlce sezóny.

Je třeba podotknout, že připravenost hráčů k zápasu je odrazem kvality tréninkové morálky, která je u těchto dvou týmů na nejvyšší úrovni [4].

LITERATURA

- [1] BUZEK, M. & PROCHÁZKA, L. (1999). *Česká fotbalová škola – trénink a utkání mládeže od 6 do 12 let*. Praha: Olympia.
- [2] DOVALIL, J., et al. (2002). *Výkon a trénink ve sportu*. Praha: Olympia.
- [3] Havlíčková, L. ET AL. (2004). *FYZIOLOGIE TĚLESNÉ ZÁTĚŽE I. – OBECNÁ ČÁST*. PRAHA: NAKLADATELSTVÍ KAROLINUM.
- [4] MĚKOTA, K. & KOVÁŘ, R. et al. (1995). Unifittest (6-60). Tests and Norms of Motor Performance and Physical.
- [6] NOVOTNÁ, J. – EIBEL, Z. – TŮMA, J. (2010). Surveillance dětských úrazů na letních dětských táborech. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2010, roč. 6, č. 1, s. 46. ISSN 1801-0261.
- [5] TŮMA, J., TŮMOVÁ, A. (2010). Výchova ke zdraví jako hodnota. *Zdravý způsob života*, Ukrajina: Lvov, 2010, roč. 46, s. 45. ISBN 966-7119-07-06.
- [7] TŮMA, J. - TŮMOVÁ, A. - NOVOTNÁ, J. (2010). Volba hodnot a zdravého životního stylu v sociální práci. In RALBOVSKÁ, R., KNEZOVIČ, R. et al. *Etické aspekty práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče*. Praha: Evropské vzdělávací centrum v Praze. 2010, s. 115. ISBN 978-80-87386-13-2.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАННІЙ СТАДІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ТА ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

У статті наведена оптимізована програма загальної диспансеризації населення та профілактики йододефіцитних захворювань.

Ключеві слова: диспансеризація, профілактика, лікування.

В статье приведена оптимизированная программа общей диспансеризации населения и профилактики йододефицитных заболеваний.

Ключевые слова: диспансеризация, профилактика, лечение

The article presents an optimized program of general clinical examination and the prevention of iodine deficiency disorders.

Key words: clinical examination, prevention, treatment

Використовується самоконтроль вуглеводного обміну (глюконеогенезу, циклу трикарбонових кислот) візуальним методом у домашніх умовах. Об'єктом дослідження служать α -кетокислоти (піруват, α -кетоглютарат) сечі нічної або зібраної протягом дня, бажано – через 2 години після стандартного вуглеводного сніданку (200 г білого хліба і 20 г (3 чайні ложки) цукру на півтори склянки (300 мл) води). Показники сумарного вмісту альфа-кетокислот нічної порції сечі віддзеркалюють функціональний стан циклу Корі (глюконеогенезу)- норма: 15-24мг, постпрандіальна 2-годинна альфа-кетонурія дає інформацію про активність циклу Кребса- норма: 6,4-11,4 мг.

Реактиви:

1. Розведена соляна кислота (HCl, 8,33%);
2. Солянокислий 0,1% розчин 2,4-динітрофенілгідразину (ДНФГ): 50 мг реактиву розчиняють у 30 мл розведеної соляної кислоти (8,33%) при слабкому підігріванні суміші. Її залишають до наступного дня, коли об'єм розчину доводять до 50 мл.

3. Розчин натрію гідроксиду (NaOH) – 12%/1,2 г/10 мл.

4. Піруват натрію-використовується для приготування кольорової шкали.

Кольорова шкала п'яти еталонних (Е) розведень стандартного розчину пірувату -80 мг% (9085 мкмоль/л)

- Е I- 4 мг% (454 мкмоль/л);
- Е II- 8 мг% (909 мкмоль/л);
- Е III- 12 мг% (1363 мкмоль/л);
- Е IV- 16 мг% (1817 мкмоль/л);
- Е V- 20 мг% (2271 мкмоль/л);

Для приготування стандартного розчину пірувату (80 мг%) розчиняють 50 мг пірувату натрію (відповідно 40 мг піровиноградної кислоти) у 50 мл H₂O. Зберігають у холодильнику. Опісля готують еталонні розчини пірувату.

Еталонні розчини пірувату:

	Е I, 4 мг%	Е II, 8 мг%	Е III, 12 мг%	Е IV, 16 мг%	Е V- 20 мг%
1.Стандартний розчини пірувату, 80 мг%, мл	0,25	0,50	0,75	1,00	1,25
2. H ₂ O, мл	4,75	4,50	4,25	4,00	3,75

Хід визначення:

У шість пробірок: дослідну (Д) і п'ять еталонних (Е) вносять:

		(Д)	(ЕI)	(ЕII)	(ЕIII)	(ЕIV)	(ЕV)
1.	H ₂ O, мл	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
2.	ДНФГ, мл	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
3.	Сеча, мл	0,1	-	-	-	-	-
4.	Еталон, мл	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Вміст пробірок змішують після додавання кожного реактиву і на 20 хв. залишають у темному місці при кімнатній температурі. Після цього у пробірки додають по 1 мл 12% розчину натрію гідроокису, змішують і через 5 хв. порівнюють інтенсивність червоно-оранжевого забарвлення розчину дослідної пробірки із кольоровою шкалою.

Приклад обчислення. Для дослідження отримано нічну сечу, об'ємом 300 мл. Інтенсивність забарвлення розчину дослідної пробірки відповідає еталонів ЕII (8 мг%). Цей показник множимо на нічний діурез (300 мл) і ділимо на 100: $\frac{8 \text{ мг\%} * 300 \text{ мл}}{100} = 24 \text{ мг}$ (норма: 15-24 мг).

Нічна альфа-кетонурія, що перевищує 24 мг, вказує на стан печінкової інсулінорезистентності. Її ступені:

Нічна альфа-кетонурія, мг:

I ступінь-25-34; II ступінь-35-44; III ступінь-45-54; IV ступінь-55-64; V ступінь-65-74;

VI ступінь-75-84; VII ступінь-85-94; VIII ступінь-95-104; IX ступінь-105-114;

X ступінь->114;

Особам, у яких виявлено стан інсулінорезистентності, успішно призначають «Протидіабетичну діету»: втрата ваги досягає 9 кг за місяць.

Протидіабетична розвантажуюча дієта (ПРД)

Наша програма ПРД у семиденному циклі передбачає використання молочної (понеділок, середа, п'ятниця) та овочевої (вівторок, четвер, субота) дієт (табл. 1):

Таблиця 1

Характеристика молочної та овочевої дієт

Харчовий продукт		Білки, г	Жири, г	Вуглеводи, г	Ккал
1. Молочна дієта на добу					
1.1	Молоко квасне або кефір, 1500 мл	50,40	49,95	63,15	930
1.2	Сир свіжий, жирний, 350 г	50,40	59,85	3,43	777
1.3	Хліб чорний або з висівками, 50 г	2,66	0,42	19,93	97
1.4	В с ь о г о :	103,46	110,22	86,51	1804
1.5	Співвідношення речовин	1,00	1,07	0,84	
2. Овочева дієта на добу					
2.1	Буряки столові, 400 г	3,84	-	28,28	132
2.2	Морква, 400г	3,52	-	25,16	118
2.3	Капуста білоголова, 400 г	4,60	-	14,44	78
2.4	Яблука, 400г	1,60	-	37,08	158
2.5	Сир свіжий, жирний, 600 г	86,40	102,6	5,88	1333
2.6	Олія соняшникова або оливкова, нерафіновані, 20 г або 2 стол. ложки	-	19,0	-	176
2.7	В с ь о г о :	99,96	121,6	110,84	1819
2.8	Співвідношення речовин	1,00	1,22	1,11	

Приклад молочної дієти (1804 ккал): спожити за добу 1500 мл кефіру або квасного молока і 350 г свіжого сиру, поділивши їх на 7 порцій, у кожній з них одна склянка (200 мл) кефіру та три столові ложки (50 г) сиру. Інтервал між прийомами їжі становить 2 години (7.00-9.00-11.00-13.00-15.00-17.00-19.00). Добова кількість чорного хліба – 50 г.

Приклад овочевої дієти (1819 ккал: спожити за добу 1600 г салату без солі, заправленого 20 г (дві столові ложки) нерафінованої соняшникової або оливкової олії, цибулею, кмином, лимонним соком, і 600 г свіжого сиру, поділивши їх на 10 порцій. Інтервал між прийомами їжі – 90 хв (7.00-8.30-10.00-11.30-13.00-14.30-16.00-17.30-19.00-20.30). Кожна порція містить 160 г салату і 4 столові ложки (60 г) сиру.

Така дієта містить мало вітамінів, особливо вітамінів А і D, їх бажано додавати у кількостях, що забезпечують добову потребу. Це полівітамінний препарат «Ундевіт» по одному драже двічі на день (після сніданку і вечері) та вітамін D₂ 0,125 % масляний розчин по 1 краплі (1250 МО) тричі на тиждень.

Якщо вага тіла знижується, то через 1 місяць можна додавати 50 г чорного хліба і 5 г вершкового масла на добу, а далі рекомендувати ще два такі додавання з одномісячним інтервалом. Після цього склад дієти не міняють аж доки не наступить бажане зниження ваги.

У випадку надмірного зниження маси тіла – більше ніж 4 кг на місяць, дієту слід розширювати переважно за рахунок збільшення кількості жирів.

Хворим, які не можуть дотримуватись дієти через підвищене відчуття голоду, показане застосування одного із препаратів групи бігуанідів, наприклад «діаформін-850» по півтаблетки двічі на день у часі або після їди.

Приклад динамічного спостереження у програмі самоконтролю вуглеводного обміну

Студент П., 1987 р. нар. у м. Львові. Клінічний діагноз: Метаболічний синдром. Маса тіла 95 кг, зріст 190 см. 10.12.2008 р. рівень альфа-кетокислот у сечі нічній (200 мл) – 0,36 оптичної густини (о.г.) = 1800 мкмоль/л (норма: 350 – 700 мкмоль/л), що вказує на інсулінорезистентність II ст. у циклі Корі. Перебуваючи протягом 1 місяця на розвантажуючій дієті, схуд на 4 кг. 15.01.2005 р. рівень альфа-кетокислот у сечі нічній (1000 мл) – 0,065 о.г. = 325 мкмоль/л і свідчить про нормалізацію функціонального стану циклу Корі (глюконеогенезу) і добрі результати дієтотерапії.

«Йодоментол-25» та «Саліхром-50» у профілактичній медицині

Українська Міжнародна Академія профілактичної медицини НТШ успішно завершила апробацію «Йодоментолу-25» та «Йодогліцерину-25» (дітям) для профілактики йододефіцитних захворювань та «Саліхрому-50» для антиагрегаційного лікування.

У домашніх умовах слід змішати відповідно 25 мл настоянки м'яти перцевої або гліцерину (для дітей придбати в аптеці) із 0,5 мл (25 крапель) 5% спиртового розчину йоду. Одна крапля такої суміші містить 25 мкг елементарного йоду. Ці препарати слід широко використовувати для попередження зоба та інших йододефіцитних захворювань щодня перед сном: дітям грудного віку (до року) призначають по три краплі йодогліцерину-25 (75 мкг на добу), у віці від 1 до 6 років – 4 краплі (100 мкг), від 6-ти до 12-ти років – 5 крапель йодоментолу (125 мкг), дітям 12-18 років – 8 крапель (200 мкг), дорослим – 6 крапель (150 мкг), жінкам у період вагітності та годування грудьми – 10 крапель (250 мкг). Діти вживають краплі з ложкою молока, дорослі – з водою.

«Саліхром-50» готує аптека:

Rp.: “Salichromi - 50”:

Sol. Natriisalicylicylici 1% - 200 ml

Magnesiisulfatis 2,0

Kaliichloridi 3,0

Natriibromidi 4,0
Zinzisulfatis 0,1
Cuprisulfatis 0,002
Sol. Vitamini B₁₂ 0,02% - 1 ml
Sol. ATF 1% - 1ml
Sol. Cytochromi C 0,25% - 4 ml
Acidifolici 0,04

T-gaeMenthaepiperitae 2 ml

M.D.S. По 1 чайній ложці з водою після вечері щодня підліткам і дорослим. Зберігати в холодильнику.

«Саліхром-50» в одній чайній ложці містить : натрію саліцилати-50 мкг, калію-39 мг, бромю-78 мг, цинку-0,57 мг, міді-0,13 мг, ціанокобаламіну-5 мкг, АТФ-250 мкг; цитохрому С-250 мкг, фолієвої кислоти-1000 мкг, що не перевищує міжнародні стандарти. Для прикладу одна таблетка аспекарда містить 100 мг ацетилсаліцилової кислоти; у пан ангіні-36,2 мкг йона калію; фолієвої кислоти-1 мг у супрадині, 5 мг магнію, 0,5 мг цинку, 0,1 мг міді; добова потреба вітаміну В₁₂-5 мкг, фолієвої кислоти-400 мкг.

Складена програма первинної профілактичної допомоги населенню пропонується для широкого впровадження у практику.

Взірці рецептів у профілактичній медицині

1. «Йодоментол - 25»

Rp.:Sol. Iodispirituosae 5% - 0,5 ml (25 крапель)

T-gaeMenthaepiperitae 25 ml

M.D.S. По 6 крапель (150 мкг йоду) з ложкою води перед сном для дорослих.

2. «Йодоментол - 25» для США

Rp.:Sol. Iodispirituosae 3% - 0,83 ml (42 краплі)

T-gaeMenthaepiperitae 25 ml

M.D.S. По 8 крапель (200 мкг йоду) перед сном для підлітків(12-18 років); по 10 крапель (250 мкг) перед сном жінкам у період вагітності та годуванням грудьми.

3. «Йодогліцерин - 25»

Rp.: Sol.Iodispirituosae 5% - 0,5 ml (25 крапель)

Glycerini 25 ml.

M.D.S. По 3 краплі (75 мкг йоду) з ложкою молока перед сном дітям грудного віку (до року); по 4 краплі перед сном дітям у віці від 1 до 6 років.

4. «Калій Йодоментол – 25»

Rp.:Kaliiiodidi 0,043

T-gaeMenthaepiperitae 25 ml

M.D.S. По 5 крапель (125 мкг йоду) перед сном дітям у віці від 6 до 12 років.

Rp.:Pyridoxini 0,01

Thiaminibromidi 0,02

Riboflavini 0,005

Acidinicotinici 0,02

Acidiascorbinici 0,1

Sachari 0,5

M.f.pulv. D.t.d. №30

S. по одному порошку після сніданку через день.

Rp.:Dragae«Undeviti»№50

D.S. По одному драже після сніданку через день.

Rp.: Sol. Vitamini A ol. 3,44%-10 ml

D.S. По 5 крапель після їди 2 рази на тиждень.

Rp.: Sol. Vitamini E ol. 30%-20 ml
D.S. По 5 крапель після їди 2 рази на тиждень.

Rp.: Sol. Vitamini D₂ol. 0,125%-10 ml
D.S. По 3 краплі 1 раз на тиждень.

Rp: Caps. «Dialiponi» 0,3 №30
D.S. По 1 капс. після їди 1-2 рази на тиждень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боднар П.М., Щербак О.В. Цукровий діабет // Ендокринологія / За ред. - проф. П.М. Боднара. - Київ: Здоров'я, 2002. - С. 207-302.
2. Ендокринологія / За ред. проф. Я.І. Томашевського і проф. О.О. Сергієнка.- Львів; НІШ 2009. - 291 с.
3. Коваль С.М., Божко В.В., Снігурська О.І. Сучасні уявлення про можливість прогнозування перебігу артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі//Артеріальна гіпертензія.- №6 (26), 2012.-с.34-39.
4. Паньків В.І. Практична тиреоїдологія. -Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 224 с.
5. Подорожний П.Г., Томашевский Я.И. Клиническая витаминология. – Київ: Здоров'я, 1977,- 144 с.
6. Томашевський Я.І., Томашевська О.Я. Основи профілактичної діабетології. – Львів: НТШ, 1992. - 128 с.
7. Основи діагностики, профілактики та лікування ендокринних захворювань / За ред. проф. Я.І. Томашевського. - Львів: НТШ, 1999. - 215 с.
8. Мітохондріальний діабет. Піровиноградний діабет. Цукровий діабет /За ред. проф. Я.І. Томашевського. - Львів: НТШ, 2003. – 168
9. Томашевський Я.І., Сергієнко О. О., Бумбар О.І., Вендзілович Ю.М., Мілько Л.Ю. Виявлення ендокринної патології//Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2010, - №1 (25). - С. 115.

ХРОНІКА

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

ПОЗДОРОВЛЯЄМО З:

40 річчям

**Буфан Марію МIRONІВНУ
ШИКУЛУ РОКСОЛАНУ ГРИГОРІВНУ**

45 річчям

**Габрієля Мирона Володимировича
Бондарчук Тетяну Ігорівну**

50 річчям

**Руцького Валерія Костянтиновича
Надрагу Олександра Богдановича
Шамлян Олену Володимирівну
Ковалів Ірину Богданівну
Пасько Оксану Олексіївну**

55 річчям

**Куцик Лесю Богданівну
Левицького Ореста Васильовича
Грабового Петра Васильовича
Шпарика Ярослава Васильовича**

60 річчям

**Закальського Андрія Євстаховича
Кузьмицьку Аллу Євгенівну
Шегу Дарію Григорівну
Пластунова Бориса Анатолійовича**

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

Редколегія

Хроніка червня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ВІТЧИЗНЯНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

1 червня – 120 років від дня народження **Анатолія Юревича**. Народився в с. Залуче (Станіславівщина). У Коломиї закінчив гімназію, навчався медичній науці у Відні та Празі. Практику з гінекології та хірургії проходив у Варшаві. З 1929 р. член УЛТ, брав участь у громадському житті. В 1944 р. виїхав у Німеччину.

Помер 15 грудня 1945 р. на 53 році життя.

1 червня 60 років від дня народження **Бориса Анатолійовича Пластунова**. Народився у Львові. В 1976 р. закінчив санітарно-гігієнічний факультет Львівського медичного інституту. В 1976-1979 рр. – аспірант кафедри загальної гігієни. В 1979-1990 рр. – асистент кафедри загальної гігієни. В 1982 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Изучение влияния комплекса факторов внутрисалонной среды автобусов дальнего следования на организм водителей и пассажиров”. В 1990-2000 рр. – доцент кафедри загальної гігієни. Від 2000 р. – завідувач кафедри гігієни та профілактичної токсикології Львівського медичного університету.

Наукові дослідження охоплюють широке коло питань: гігієна пасажирського автомобільного транспорту, вплив полутантів атмосфери на стан здоров'я людей, оцінювання токсичності ксенобіотиків у різних середовищах, адаптація дітей до навчання в умовах йододефіциту.

Б.А. Пластунов є автором (співавтором) понад 200 наукових та навчально-методичних праць, в тому числі 2 монографій, 2 підручників, 3 навчальних посібників, 1 авторського свідоцтва.

3 червня - 100 років від дня народження **Василя Кіналя** – українського лікаря. Народився в с. Дришів Бережанського повіту. Закінчив Бережанську гімназію в 1933 р. Вступив на медичний факультет Познанського університету, який закінчив у 1939 р. Лікарську практику проходив у загальному шпиталі та університетських клініках Львова. Був членом УЛТ. Вчився в аспірантурі при гінекологічно-пологовому відділі медінституту. Під час німецької окупації був оргреферентом в Українському Червоному Хресті. В 1944 р. виїхав у Словаччину, в 1945 р. переїхав до Авкірку (Німеччина). В 1947 р. емігрував у США. Після нострифікації диплому відкрив приватну практику в Бронксвілі. В 1978 р. отримав диплом фахівця із сімейної медицини. Згодом вийшов на пенсію. Подальша доля невідома.

4 червня – 55 років від дня народження **Ярослава Васильовича Шпарика**. Народився у Львові в сім'ї службовців. Після закінчення СШ поступив на лікувальний факультет ЛДМІ, який закінчив з відзнакою в 1981 р. В 1982-1986 рр. працював на Рівненщині завідувачем терапевтичного відділу лікарні. З 1986 р. працює на кафедрі онкології ЛДМУ асистентом, а з 1994 р. – доцентом. Займає посаду завідувача відділу хіміотерапії Львівського обласного регіонального онкологічного лікувально-діагностичного центру. В 1989 р. захистив кандидатську дисертацію. Є автором (співавтором) понад 400 наукових публікацій, в т.ч. 5 книг (монографій та підручників). Першим в Україні став дійсним членом ASCO (American Society of Clinical Oncology). Представляв результати клінічних досліджень на 30 міжнародних наукових конференціях (США, Австрія, Німеччина, Іспанія, Італія, Швеція, Швейцарія, Польща, Бельгія, Греція). Є членом редколегій деяких журналів (“Український радіологічний

журнал”, “Медицина світу”), Член правління Українського товариства радіаційної онкології. Член Головної управи УЛТ у Львові (1996-1998), член видавничої комісії.

5 червня – 85 років від дня народження **Івана Юрійовича Коршинського**. Народився в с. Буштино Тячівського повіту. У липні 1945 р. І. Коршинського заарештували, але через 2 місяці відпустили з-під варти. В 1947 р. вступив на медичний факультет Ужгородського університету. 14 жовтня 1948 р. був заарештований органами КДБ і 6-7 грудня 1948 р. був засуджений на 10 років виправно-трудових таборів. Покарання відбував у таборі особливого режиму “Спаськ”. У 1955 р. був звільнений, але не міг продовжити навчання. За допомогою друзів поновився на навчання у Вітебському медінституті. Потім перевівся до Ужгородського університету. Вступив до аспірантури, захистив кандидатську дисертацію. В 1967 р. – асистент кафедри госпітальної хірургії, в 1969 р. – доцент. Опублікував понад 100 наукових праць з проблем хірургічної гастроентерології.

Удостоєний звання “Заслужений лікар України” (1997). Був обраний народним депутатом ВРУ (04.1994-04.1998), був заступником голови комітету з питань охорони здоров'я, материнства і дитинства, а згодом очолив комітет. Тепер голова Закарпатської крайової організації Всеукраїнського товариства політв'язнів і репресованих.

7 червня – 115 років від дня народження **Софії Парфанович-Волчук**. Народилася у Львові. Закінчила гімназію, вступила у Львівський університет на медичний факультет, завершила навчання в Празі в 1926 р. Була членом УЛТ. Почала працювати в загальному шпиталі, Народній лічниці та в гінекологічній клініці Львова. В 1928-1939 рр. розгорнула в Галичині широку пропаганду антиалкогольного руху. Була відомим діячем українського гінекологічного товариства та українського протиалкогольного товариства “Відродження”, редактором часопису “Відродження” (1928-1937 рр.).

У 1940-1941 рр. – директор фельдшерсько-акушерської та медсестринської шкіл. Після Другої світової війни працювала в поліклініці, жіночому відділі шпиталю ІРО в Аугсбурзі (ФРН). В 1949 р. емігрувала до США, працювала в Детройті лікарем-гінекологом, займалася письменницькою діяльністю.

Померла 27 грудня 1968 р. в Детройті на 71 році життя.

10 червня – 90 років від дня народження **Мирослава Коленського**. Вчився спочатку в Українській гімназії в Перемишлі, закінчив Українську гімназію в Ярославі (1941). Брав участь в похідних групах на східні землі України. Навчався спочатку у Віденському університеті, а після війни – в Тюбінгенському університеті на стоматологічному факультеті. В 1949 р. емігрував до Австралії, а в 1954 р. переїхав до США, де в Чикаго відкрив приватну дентистичну практику. З 1961 р. активний член УЛТПА, член Управи Іллінойського відділу. Упродовж 5 каденцій – секретар відділу і заступник голови, 6 років – секретар управи. Нагороджений почесними грамотами СФУЛТ (1987), УЛТПА (1993). Екзекутивний віце-президент і співорганізатор конгресів у Мюнхені, Відні, Києві, Львові, Харкові, Дніпропетровську, Одесі, Ужгороді.

12 червня – 120 років від дня народження **Яреми Малиса**. Народився в с. Коцюбинчики Гусятинського повіту на Тернопільщині. В 1912 р. закінчив Тернопільську гімназію. Розпочав навчання на медичному факультеті Львівського університету. Під час I світової війни опинився у Києві, де працював “лікпомом”. У 1924 р. повернувся додому. У 1928 р. закінчив Краківський університет. Спеціалізувався у

шпиталі Св. Лазаря у Кракові. В 1934 р. переїхав до Львова, працював хірургом в Народній лікарні. Після відкриття Українського шпиталю ім. Митрополита А. Шептицького працював ургентним хірургом. В 1940 р. – доцент кафедри клінічної хірургії проф. Т. Островського. Працював доцентом хірургічної клініки під час німецької окупації.

Помер після невдалої операції апендектомії у червні 1944 р. на 51 році життя.

13 червня – 105 років від дня народження **Михайла Шигери**. Народився в с. Кам'янка (Тернопільщина). Середню освіту отримав у Львові. В 1935 р. закінчив навчання медицині в Женеві. Нострифікував диплом у Краківському університеті. Працював лікарем у Підволочиську. Під час Другої світової війни працював лікарем-хірургом в німецькій армії, потім в українській дивізії “Галичина”. В 1957 р. емігрував до США. Нострифікував диплом і працював хірургом у лікарні Маквіла (штат Нью-Джерсі).

Помер 11 лютого 1989 р. на 81 році життя.

13 червня – 50 років від дня народження **Олександра Богдановича Надраги** – лікаря-педіатра. Народився в м. Самбір Львівської області. В 1986 р. закінчив педіатричний факультет Львівського медичного інституту. В 1986-1987 рр. працював лікарем-інтерном Самбірської дитячої лікарні, в 1987-1989 рр. – районний педіатр Турківської ЦРЛ Львівської області, в 1989-1992 рр. – аспірант кафедри факультетської та шпитальної педіатрії, в 1992-2002 рр. – асистент кафедри. В 1998 р. пройшов стажування в Ягеллонському університеті (Польща), в 2001 р. – стажувався в Університеті Огайо (США), в 2002-2005 рр. – доцент кафедри факультетської та шпитальної педіатрії. В 2003 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клініко-патогенетичні аспекти вегетативних дисфункцій у недоношених новонароджених і методи їх корекції”. У 2005 р. пройшов стажування в Медичному центрі Сідер-Сінай, Лос-Анжелес (США). В 2005-2006 рр. – професор кафедри факультетської та шпитальної педіатрії. Від 2006 р. – завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб.

Наукові дослідження пов'язані з проблемою вегетативних дисфункцій у новонароджених, аномалій сечовидільної системи у новонароджених, особливостей харчування дітей різних вікових груп.

Автор (співавтор) близько 100 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. монографія.

17 червня – 110 років від дня народження **Тараса Білинського**. Народився у Збаражі в сім'ї доктора Володимира Білинського. В 1921 р. закінчив у Тернополі українську гімназію, в 1922 р. почав навчання медицині в Граці, які закінчив у 1927 р. Диплом нострифікував у 1929 р. у Віленському університеті, працював помічником лікаря у Львівському державному шпиталі. З 1960 р. займався приватною лікарською практикою в Збаражі. Був членом УЛТ. Після вересня 1939 р. організував першу лікарню в Збаражі, де працював головним лікарем до червня 1941 р. На початку німецько-радянської війни 1941 р. був заарештований органами НКВС і знищений.

17 червня – 110 років від дня народження **Витовта-Юрія Левицького-Регалі**. Народився в с. Козлові Кам'янка-Струмиловського повіту на Львівщині в родині священика. В 1918 р. пішов добровольцем в УГА. Під час відступу УГА за Збруч захворів тифом, лікувався в Бродах, потрапив у польський полон. Після звільнення повернувся до Львова. В 1921-1922 рр. навчався медицині в Українському (таємничому)

університеті, а в 1923-1925 рр. продовжив навчання в Граці, а завершив навчання у Варшавському університеті і в 1928 р. отримав диплом лікаря. Спеціалізувався з акушерства та гінекології. З 1932 р. жив у Старому Самборі. Член УЛТ з 1929 р.

З початком Другої світової війни мобілізований до польського війська, попав у німецький полон, втік і повернувся у Старий Самбір. В 1946 р. виїхав до Австрії, в 1946 р. переїхав до Баварії. Після закінчення війни працював лікарем у таборі УНРРА. В 1949 р. емігрував до США, де після нострифікації диплому займався приватною лікарською практикою. Був засновником філії УЛТ ПА штату Огайо, яку очолював в 1955-1956 рр. Вийшов на пенсію у 1978 р.

Помер 8 квітня 1988 р., проживши майже 85 років.

19 червня – 105 років від дня народження **Леоніда Романовського**. Народився в с. Дмитри біля Львова в родині священика. Після закінчення навчання в Українській академічній гімназії в 1928 р. вступив на медичний факультет Познанського університету. Закінчив навчання в 1937 р. у Львові. Під час німецько-польської війни 1939 р. потрапив у німецький полон, де надавав медичну допомогу полоненим. Після закінчення війни працював лікарем у таборі переміщення осіб ім. М. Лисенка в Ганновері. В 1949 р. емігрував до США, нострифікував диплом, працював в Цінцінаті, Дейтоні.

Помер 2 грудня 1976 р. на 69 році життя.

23 червня – 150 років від дня народження **Петра Івановича Перемежка**. Народився в с. Риботин, тепер Коропського району Чернігівської області в дворянській сім'ї. Навчався в Новгород-Сіверській гімназії (1848-1854), далі – на медичному факультеті Київського університету св. Володимира (1854-1859). Працював міським лікарем в Казанській губернії, згодом в казанській лікарні. Займався гістологією під керівництвом проф. Ф.В. Овсянникова.

У 1863 р. захистив дисертацію на ступінь доктора медицини. Знаходився у наукових відрядженнях за кордоном: Бонн, Цюрих, Відень. У 1868 р. був обраний штатним доцентом Казанського університету на кафедрі гістології, ембріології. Засновник і перший керівник кафедри гістології, ембріології і порівняльної анатомії Київського університету (1868-1890). В 1872-1875 рр. був деканом медичного факультету, у 1882-1883 рр. – Головою товариства київських лікарів. Вперше описав непрямий поділ тваринних клітин.

Помер в 1893 році на 60 році життя.

24 червня – 105 років від дня народження **Ярослава-Ігнатія Макарушки**. Народився у Сівці Войнилівській Калуського повіту. В 1926 р. закінчив Українську академічну гімназію у Львові. За підпільну діяльність (був членом ОУН) кілька разів заарештовувався. В 1933 р. навчався медицині у Львові. Був засуджений на 6 років ув'язнення. В червні 1938 р. звільнений з тюрми. Працював в Українському шпиталі Народної лічниці. В 1939 р. виїхав на Захід. Склав іспити в Берлінському університеті і в червні 1941 р. одержав диплом лікаря. Під час німецької окупації працював лікарем, директором лікарні в Бібрці. Співпрацював з ОУН. В 1944 р. виїхав до Відня. Після війни працював лікарем у таборі для переселенців. В 1947 р. емігрував у США. В 1948 р. нострифікував лікарський диплом, одержав право на медичну практику в штаті Нью-Йорк. Активний член УЛТ ПА. Автор "Лікарського вісника". З 1988 р. на пенсії. Подальша доля невідома.

29 червня – 80 років від дня народження **Павла Йосиповича Фогела**. Народився в с. Нижній Коропець Закарпатської області. В 1957 р. закінчив медичний факультет Львівського медичного інституту. В 1957-1961 рр. працював акушер-гінекологом амбулаторії с. Старо-Оленінське Тернопільської області. В 1961-1976 рр. – науковий співробітник і керівник відділу Мукачівської філії Львівського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології; в 1976-1986 р. – доцент кафедри акушерства та гінекології №1 Львівського медичного університету; в 1986-1996 рр. – професор кафедри акушерства та гінекології №1 Львівського медичного університету.

В 1966 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Функция щитовидной железы и активность некоторых ферментов крови при самопроизвольном преждевременном прерывании беременности в условиях эндемического зобного очага”. В 1968 р. отримав звання старшого наукового співробітника, в 1977 р. йому присвоєно звання доцента.

В 1983 р. захистив докторську дисертація на тему: “Вопросы патогенеза и лечение невынашивания беременности”, В 1989 р. отримав вчене звання професора.

Автор (співавтор) близько 100 наукових і навчально-методичних праць. Наукові інтереси пов’язані із вивченням гормональних змін організму жінки при різних термінах вагітності, імунологічних зв’язків між материнськими організмом і плодом.

30 червня – 50 років від дня народження **Станіслава Нечая**. Народився в м. Умані Черкаської області. В 1988 р. закінчив Київський медичний інститут. Після інтернатури почав працювати спеціалістом з анестезіології-реаніматології у Клінічній лікарні №11 м. Києва. В 1994 р. вступив до Інституту Державного Управління і Самоврядування при Кабінеті Міністрів України, який закінчив у 1995 р. Став магістром державного управління за спеціальністю: управління охорони здоров’я. Упродовж 1995 р навчався у США та Чехії, в 1996 р. пройшов стажування в Словаччині, в 1998 р. – в Угорщині. У 1996 р. вступив до аспірантури при кафедрі управління охорони здоров’я УАДУ при Президентові України.

У вересні 1989 р. брав участь у підготовці та проведенні Установчого з’їзду НРУ. У 1990-1994 рр. був депутатом Київської міської ради народних депутатів. З 1990 р. Голова УЛТ в Києві, в 2001 р. обраний головою правління Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ). В листопаді-грудні 2004 р. брав участь в організації медичної служби Комітету національного порятунку.

Автор десяти книг та понад 30 публікацій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Юревич Анатоль]. – С. 250-251.
2. Штабський Б. Пластунов Борис Анатолійович / Б. Штабський, М. Гжегоцький // 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. 261-262.
3. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Кіналь Василь]. – С. 97.

4. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліограф. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Коршинський Іван Юрійович]. – С. 95-97.
5. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Парфанович-Волчук Софія]. – С. 175.
6. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Малис Ярема]. – С. 139-140.
7. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Шигера Михайло]. – С. 247.
8. Добрянський Д. Надрага Олександр Богданович / Д. Добрянський, О. Луцик // 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. 231-232.
9. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Білінський Тарас]. – С. 35.
10. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Левицький-Регаля Витовт-Юрій]. – С. 123-124.
11. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Романовський Леонід]. – С. 200-201.
12. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Маланюк Осип]. – С. 139.
13. Маринжа Л. Создатель первой киевской гистологической школы Петр Иванович Перемежко // Здоров'я України: мед. газета. – 2008. – №8. – С.35.
14. Пундій П. Українські лікарі. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження: біобібліогр. довід. / П. Пундій; гол. ред. Я. Ганіткевич. – Львів; Чикаго, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Макарушка Ярослав-Ігнатій]. – С. 136-137.
15. Беседін В. Фогел Павло Йосипович / В. Беседін, О. Надрага // 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. 335.
16. Ганіткевич Я. Українські лікарі. Кн. 3. Учасники національно-визвольної боротьби й українського державотворення, репресовані та реабілітовані лікарі України: біобібліогр. довід. /Я. Ганіткевич, П. Пундій; наук. ред. Л. Пиріг. – Львів, 2008. – 428 с. – Зі змісту: [Нечай (Нечаїв) Станіслав]. – С. 239-240.

ОЛЕКСІЙ ІВАНОВИЧ СТУПКО**До 90-річчя від дня народження**

Олексій Іванович Ступко народився 14 червня 1923 р. у Харкові. Вступив в 1940р. на медичний факультет Харківського медичного інституту, який закінчив у 1946 р. В 1946-1949 рр. працював ординатором, а в 1949-1950 рр. – асистентом кафедри акушерства та гінекології Харківського медичного інституту; в 1950-1963 рр. – асистентом кафедри акушерства та гінекології Івано-Франківського медичного інституту. В 1955 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Изучение электропроводимости кожи женщины в течение овариально-менструального цикла”. В 1963-1968 рр. – доцент кафедри акушерства та гінекології Івано-Франківського медичного інституту. В 1968 р. обраний на посаду завідувача кафедри акушерства та гінекології педіатричного факультету Львівського медичного інституту. На цій посаді пропрацював 5 років. В 1969 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Клиника маточных кровотечений в практике гинекологического стационара”. В 1970р. О.І. Ступкові присвоєно вчений ступінь доктора медичних наук. В 1973-1977 рр. він працював завідувачем кафедри акушерства та гінекології ФПДО Львівського медичного інституту. В 1977-1980 рр. – керівник гінекологічного відділу Львівського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології, в 1980-1991 рр. – керівник експериментальної лабораторії Львівського НДІ педіатрії, акушерства та гінекології.

Наукові дослідження Олексія Івановича Ступка пов'язані з проблемами гінекології: вивчення змін електропровідності шкіри в різні фази овариально-менструального циклу; дослідження ефективності застосування операції вакуум-кюретажу при різних видах післяпологових кровотеч; бактеріологічне дослідження виділень із порожнини матки під час пологів та в післяпологовий період; удосконалення методів діагностики вад плаценти, лікування чоловічої та жіночої неплідності із застосуванням локальної дозованої гіпертермії, удосконалення інструментарію для акушерства та гінекології тощо.

О.І. Ступко був автором (співавтором) близько 110 наукових та навчально-методичних робіт.

Проблема репродуктивного здоров'я актуальна загалом у світі. В Україні ситуацію з безпліддям можна назвати драматичною; за даними вітчизняних і закордонних учених частота безплідності становить на сьогодні від 15 до 20%. Безплідний шлюб спричиняє погіршення демографічної ситуації, зниження соціальної активності, збільшення кількості розлучень. Безплідний шлюб – це справжня трагедія для людей, які створювали сім'ю, мріяли про дітей, бажаючи продовжити в них себе. А головною причиною безплідного шлюбу, як вважав Олексій Іванович, були і є хронічні запалення статевих органів, як у жінки, так і у чоловіка. Доктор Ступко допомагав бездітним парам одужувати і здійснювати свою заповітну мрію – мати власних дітей. У процесі вивчення проблеми та лікування пацієнтів, лікар створив свій власний комплексний метод лікування хронічних запалень статевих органів. Основою цього методу є дозована локальна гіпертермія (ДЛГ). Від

загальноприйнятих, традиційних засобів і методів цю методику відрізняє висока ефективність лікування пацієнтів. Докладно вона висвітлена у друкованій праці О.І.Ступка “Позбавитись основної причини безплідності”, що вийшла 2008 р. у Львові. Також у Львові, завдяки зусиллям Олексія Івановича та його колег, було створено перші наукові медичні центри “Біотерм”: на базі залізничної лікарні та НДІ ПАГ. Метод ДЛГ успішно використовували не лише в Україні, але й у Литві (Вільнюс), Росії (Сочі, Барнаул, Бійськ, Москва). Сотні пацієнтів успішно вилікувались в них від хронічних хвороб, пізнали радість сімейного щастя та знайшли гармонію в особистому житті.

Окремо потрібно зазначити про науково-просвітницьку діяльність Олексія Івановича, який у співавторстві з доктором психологічних наук Соколовою Світланою Василівною, написав три знаменитих ще за часів СРСР книжки:

Ступко А.И., Соколова С.В. Тебе – дівочка, дівушка. – К.: Здоров’я, 1984. – 56с.

Ступко А.И., Соколова С.В. Тебе – мальчик, юноша. – К.: Здоров’я, 1984. – 48с.

Ступко А.И., Соколова С.В. Вам – дівушки, юноши. – К.: Здоров’я, 1987. – 180 с.

Олексій Іванович запатентував багато винаходів (подаються мовою оригіналу): – Физиотерапевтическое устройство, типа катетера, для лечения хронических уретрита и простатита; – Физиотерапевтическое устройство для лечения внутренних воспалительных процессов; – Устройство для электростимуляции и электрофореза шейки матки и локальной гипертермии; – Способ лечения аденомы простаты и хронического простатита; – Устройство для физиотерапии; – Устройство для лечения парадонтоза; – Способ лечения непроходимости маточных труб; – Способ подготовки пациентки к искусственному оплодотворению; – Физиотерапевтическое устройство для лечения хронического простатита; – Физиотерапевтическое устройство для лечения хронических уретрита и простатита; – Способ лечения хронического уретропростатита и устройство для его осуществления; – Способ лечения хронических воспалительных заболеваний полостных органов и устройство для его осуществления (варианты); – Физиотерапевтическое устройство. При такому великому творчому доробку та успіхах у практичній медицині, Олексій Іванович завжди залишався напрочуд скромною людиною, чуйною до людей і їх потреб. Його серце було цілком віддано улюбленій справі і людям. На жаль, вже три роки як Олексія Івановича не стало. Нам хотілося би, щоби він залишився у пам’яті нащадків та слугував прикладом для сучасних лікарів – прикладом беззавітного служіння своїй справі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маркін Л. Основні етапи розвитку кафедри акушерства та гінекології педіатричного факультету / Л. Маркін // Львівський державний медичний інститут / Укл.: І. Даценко, Л. Петрух, І. Головка та ін. – Львів: Словник, 1994. – С. 168.
2. Маркін Л. Ступко Олексій Іванович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 272.
3. Маркін Л. Ступко Олексій Іванович // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2009 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2009. – С. 314.

Ю.М. ПАНИШКО, С.С. ЛОЗИНСЬКА
РОМАН-ІВАН МИХАЙЛОВИЧ ПІНЯЖКО
До 30-річчя від дня смерті



Роман-Іван Михайлович Піняжко народився 14 лютого 1928 р. в м. Глиняни Львівської області. Після закінчення СШ поступив на фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту, який закінчив у 1951 р. Після закінчення медінституту працював завідувачем контрольно-аналітичної лабораторії Львівської залізниці (1951-1954). Вступив до аспірантури кафедри технології лікарських форм (1954-1957). Після закінчення аспірантури був обраний на посаду асистента кафедри неорганічної хімії (1957-1958). В 1958 р. захистив кандидатську дисертацію на тему: “Исследование стабильности пенициллина и антибиотиков тетрациклинового ряда”. В 1958-1960 рр. працював асистентом кафедри біологічної хімії. В 1960-1963 рр. – асистент кафедри токсикологічної та аналітичної хімії. В 1963 р. обраний на посаду доцента цієї ж кафедри. В 1964 р. йому присвоєно вчене звання доцента. На цій посаді пропрацював до 1968 р., за сумісництвом – декан заочного відділення фармацевтичного факультету (1963-1968). В 1966 р. захистив докторську дисертацію на тему: “Исследования в области использования УФ-спектрофотометрии в фармацевтическом анализе”. В 1968 р. обраний на посаду завідувача кафедри організації та економіки фармації. В 1969 р. йому присвоєно вчене звання професора. На цій кафедрі він пропрацював до 1983 р. За час керівництва Р.М.Піняжко вдалося створити авторитетний колектив однодумців і профільну кафедру, яка займала провідні місця у навчально-методичній та науковій роботі однойменних кафедр Москви, Ленінграду, Курська, Рязані, П’ятигорська, Тбілісі, Києва, Кишинєва, Харкова, Запоріжжя.

Наукові дослідження Романа Михайловича Піняжко були пов’язані з проблемами удосконалення контролю якості лікарських препаратів, визначення потреб населення у лікарських препаратах, оптимізації організації та управління медикаментозним забезпеченням населення та лікувально-профілактичних установ, аналізу фінансової та господарської діяльності аптек, впровадження комп’ютерної техніки в управління фармацевтичною системою.

Р.М. Піняжко був автором (співавтором) понад 150 наукових і навчально-методичних праць, в т.ч. 3 монографій, підручника. Під його керівництвом і при консультації підготовлено 7 кандидатів, 2 докторів наук.

Професор Р.М. Піняжко презентував Львівський медичний інститут, беручи участь у роботі правління Всесоюзного, республіканського та обласного наукових товариств фармацевтів і керівних органів, що координували наукову та навчально-методичну роботу в галузі фармації. Він був членом Центрального методичного кабінету з вищої

фармацевтичної освіти МОЗ СРСР, членом проблемної комісії “Фармація”, заступником голови спеціалізованої вченої ради Львівського медичного інституту.

Професор був головним ініціатором створення в інституті кінофотостудії навчальних фільмів та діапозитивного демонстраційного матеріалу. Під його керівництвом та, відповідно, патронажем було створено близько десяти навчальних кінофільмів з організації та економіки фармації, які демонструвались (і були нагороджені відзнаками) на Всесоюзних кінофестивалях навчальних кінофільмів у Смоленську, Вінниці та Рязані. Кінофільм “Аптека-музей” на прохання вищих навчальних закладів фармацевтичного профілю та обласних аптекоуправлінь тиражувався й скеровувався на їхню адресу для демонстрації студентам при викладанні історії фармації та фармацевтичної спільноти для заохочення створення в регіонах аптек-музеїв.

Роман Михайлович, як людина напрочуд добра, не тільки усіяко сприяв професійному зростанню своїх працівників, а й допомагав їм у вирішенні сімейних чи побутових проблем. Проблеми учнів, співробітників, друзів він прирівнював за важливістю до власних проблем. Згадуючи професора Романа Михайловича Піняжка, з впевненістю можна сказати, що це була видатна постать.

10 червня 1983 р. Роман Михайлович Піняжко відійшов у Вічність. Доля відпустила йому лише 55 років і 4 місяці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ученые Украины – фармации. – Харків: Основа, 1991. – С. 174-175.
2. Львівський державний медичний інститут. – Львів:Словник, 1994. – 328 с. – Зі змісту: [Роман Піняжко]. – С. 260, 264, 266.
3. Гром О. Піняжко Роман-Іван Михайлович / О. Гром, М. Слабкий // Зіменковський Б.С. Професори Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1784-2006 / Б.С. Зіменковський, М.Р. Гжегоцький, О.Д. Луцик. – Львів: Наутілус, 2006. – С. 224-225.
4. Гром О. Піняжко Роман-Іван Михайлович / О. Гром, М. Слабкий // 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. 260.

Хроніка червня: ЮВІЛЕЙНІ ДАТИ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРІВ ТА ВЧЕНИХ

3 червня – 140 років від дня народження **Отто Льові** – німецького фармаколога та фізіолога. Народився у Франкфурті-на-Майні. У дев'ять років Отто вступив до франкфуртської гімназії. В 1891-1896 рр. навчався у медичній школі Страсбурзького університету, виконавши наукову роботу про вплив синільної кислоти, миш'яку та фосфору на ізольоване серце жаби. В 1897 р. Льові пройшов короткий курс підготовки в Біохімічному інституті в Страсбурзі. В 1898 р. дістав посаду асистента фармакології Марбурзького університету, в якому працював до 1905 р. У 1900 р. Льові отримав посаду приват-доцента (лектора). У 1903 р. навчався в Університетському коледжі в Лондоні в лабораторії Ернеста Старлінга. У 1905 р. Льові став в.о. завідувача фармакологічного відділення Марбурзького університету. В 1905 р. Льові перейшов працювати до Віденського університету, в 1907 р. став асистентом професора Г.Мейера, а в 1909 р. був призначений професором фармакології Університету Граца, де працював до нацистської окупації Австрії у 1938 р. В 1936 р. Льові опублікував роботу, в якій встановив, що медіатором симпатичної нервової системи (СНС) є адреналін. Наступні дослідження показали, що основним медіатором СНС є норадреналін.

В 1936 р. О.Льові та Г.Х.Дейл отримали Нобелівську премію “за відкриття, пов’язані з хімічною передачею нервових імпульсів”.

Льові був заарештований нацистами, звільнений після переводу грошей у контрольований нацистами банк, виїхав у Брюссель, де працював професором Вільного університету. В 1939 р. виїхав в Англію. З початком Другої світової війни повернутися в Брюссель не зміг, а в 1940 р. переїхав у США. До 1955 р. займався науковою роботою. Був удостоєний в житті багатьох нагород.

Помер 25 грудня 1961 року на 89 році життя.

4 червня – 105 років від дня народження **Петера Грея** – англійського нейроморфолога. Народився у Лондоні. В 1931 р. закінчив Лондонський університет. До 1937 р. працював викладачем ембріології в Единбурзькому університеті. В 1937 р. переїхав у США. Працював у Пітсбурзькому університеті. Наукові досягнення пов’язані з вивченням цитоархітекτονіки різних ділянок центральної нервової системи. За допомогою електронного мікроскопа склав схеми будови цих ділянок. Вивчив структуру синапсів і запропонував електронно-мікроскопічні критерії їх класифікації. Він є автором “Руководства по основам микроскопической техники” (1964). Головний редактор “Американской энциклопедии биологических наук”. Член Американської асоціації сприяння розвитку науки та низки інших наукових товариств.

Помер у 1981 р. на 73 році життя.

6 червня – 95 років від дня народження **Едвіна Джерарда Кребса** – американського біохіміка. Народився в Ленсінгу. В 1933 р. сім’я переїхала в Урбану, де вчилися двоє старших братів. У 1940 р. Кребс закінчив три останні курси вищої школи в Урбані і завершив останній курс в Іллінойському університеті. Отримавши за навчальні успіхи стипендію, Е. Кребс вступив до медичної школи Вашингтонського університету, яка давала добру класичну медичну освіту. Спочатку Едвін працював під керівництвом біохіміка Ф. Шефера, а згодом – біохіміків Герті та Карла Корі. В 1943 р. закінчив медичну школу, півтора року проходив спеціалізацію з внутрішніх хвороб, працював офіцером медичної служби ВМФ. У 1946 р. повернувся у Сент-Луїс, де почав працювати в лабораторії Корі. В 1948 р. став асистент-професором біохімії в Сіетлі і продовжив наукові дослідження з фосфорилазою скелетних м’язів. До цієї роботи приєднався Едмонд Фішер.

У 1992 р. Е. Кребс та Е. Фішер поділили Нобелівську премію “за відкриття, що стосуються зворотного білкового фосфорилювання, як механізму біологічної регуляції”

23 червня – 155 років від дня народження **Антонена Бернара Жана Марфана** – французького лікаря-педіатра. В 1887 р. закінчив медичний факультет Паризького університету. Завідував кафедрою гігієни і клініки дитячого віку Паризького університету.

Наукові інтереси Марфана охопили майже всі розділи педіатрії. Його праці присвячені вивченню туберкульозу, рахіту, анемії, шлунково-кишкових захворювань, питанням вигодовування немовлят. В 1892 р. отримав звання ад'юнкт-професора, завідував дитячою лікарнею в Парижі упродовж 30 років і останні 10 років – притулком для покинутих діточок. В 1896 р. описав синдром ураженої гіпопластичної мезодермальної дистрофії (синдром Марфана). Був активним прихильником профілактичного напрямку в педіатрії. В 1914-1928 рр. – професор кафедри гігієни та клініки дитячого віку Паризького університету. В 1914 р. обраний членом Медичної академії. Надрукував низку монографій, деякі з них перекладені на інші мови.

Помер в 1942 р. на 84 році життя.

25 червня – 85 років від дня народження **Тенгіза Нестеровича Оніані** – грузинського фізіолога. Народився в Сасаші (Грузія). В 1954 р. закінчив Тбіліський університет, де і працював у 1954-1958 рр. З 1958 р. працював в Інституті фізіології АН ГрузРСР (з 1970 р. – директор Інституту). З 1980 р. – академік-секретар Відділення фізіології та медицини АН Груз РСР. Основний напрямок наукових праць – фізіологія головного мозку. Досліджував нейробіологічні основи регуляції циклу “неспання – сон”, нейрофізіологічні механізми короткотривалої пам'яті та функціональну організацію лімбічної системи. Вивчав фізіологічні особливості нервово-м'язового апарату безхребетних та хребетних тварин.

27 червня – 280 років від дня народження **Томаса Денмана** – англійського акушера. Навчався і практикував у Лондоні. Т. Денман розробив вчення про природний пологовий процес. Був прихильником консервативного, вичікувального методу ведення пологів, але при наявності показань вдавався до штучного розродження. Категорично заперечував симфізіотомію. Запропонував свій варіант повороту плоду. Першим звернув увагу на можливість перенесення збудників пологової гарячки (полового сепсису) медичним персоналом. Описав специфічні зміни у новонароджених при вродженому сифілісі.

Помер 26 листопада 1815 р. на 83 році життя.

28 червня – 140 років від дня народження **Алексіса Карреля** – французького хірурга та біолога. Народився в Ліоні. В 1900 р. закінчив медичний факультет Ліонського університету. Далі була робота в США: працював у Фізіологічному інституті Чиказького університету, а в 1906-1939 рр. – у Рокфеллерівському інституті медичних досліджень в Нью-Йорку. В 1939 р. повернувся у Францію. Основні наукові роботи присвячені розвитку техніки хірургічних операцій. В 1902 р. розробив метод зшивання кровоносних судин “кінець в кінець”, що дозволило робити пересадку органів і зберігати їх функцію. Сконструював “перфузійну помпу” – штучне серце, за допомогою якого ізольований орган забезпечується кров'ю та киснем. Удосконалив (1911-1915) техніку культури тканин. Створив антисептик, який використовувався для лікування ран під час Першої світової війни.

В 1912 р. був нагороджений Нобелівською премією “за визнання його роботи з судинного шва і трансплантації кровоносних судин та органів”.

За підтримки уряду Віші заснував інститут з вивчення проблем людини. А.Каррель був членом багатьох наукових товариств, мав почесні докторські ступені університетів, багато іноземних нагород.

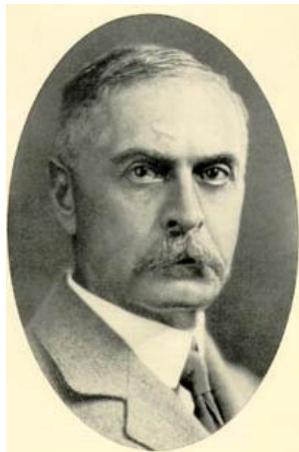
Помер 5 листопада на 72 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куц. – Ужгород: Закарпаття, 2003. – 420 с. - Зі змісту: [Льові (Loewi) Отто]. – С. 206-208.
2. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Леви Отто]. – С. 369-370.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Грей Петер]. – С. 193-194.

4. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: Закарпаття, 2003. – 420 с. - Зі змісту: [Кребс (Krebs) Едвінд]. – С. 173-174.
5. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: Тріумф, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Марфан Антонен]. – С. 139-140.
6. БСЭ. В 36 томах. Т.16: Лимфоэпителиома- медиастинотомия / гл. ред. А.Н. Бакулев. – М.: Сов. энциклопедия, 1960. – 1184 с. - Из содерж.: [Марфан Антонен Бернар Жан]. – С. 906.
7. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Ониани Тенгиз Нестерович]. – С. 470-471.
8. Визначні імена у світовій медицині / за ред. проф. О.А. Грандо. – К.: Тріумф, 2001. – 320 с. – Зі змісту: [Денман Томас]. – С. 169.
9. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наук. думка, 1984. – 816 с. - Из содерж.: [Каррель Алексис]. – С. 290.
10. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: Закарпаття, 2003. – 420 с. - Зі змісту: [Каррель (Carrel) Алексис]. – С. 143-145.

Н.Я. ТОМАШЕВСЬКА, Ю.М. ПАНИШКО
КАРЛ ЛАНДШТЕЙНЕР
До 145-річчя від дня народження



Видатний австрійський імунолог, бактеріолог, патолог Карл Ландштейнер народився 14 червня 1868 р. у Відні в сім'ї газетного видавця та журналіста Леопольда Ландштейнера та Фанні Ландштейнер.

У віці 6 років він залишився без батька і хлопчика виховувала мама. Після закінчення гімназії у 1885 р. Карл вступив до медичної школи Віденського університету і в 1891 р. отримав медичний диплом. Зацікавився хімією, яку вивчав у Вюрцбурзі, Мюнхені та Цюріху. У 1896 р. К. Ландштейнер повернувся до Відня і почав працювати на кафедрі Віденського університету і зацікавився імунологією, оскільки вже появились перші роботи Е. Берінга та Ж. Борде. Вже в 1896 р. Ландштейнер встановив, що культури бактерій можуть бути аглютиновані при додаванні імунної сироватки крові. В 1898 р. перейшов на кафедру патологічної анатомії, де зробив багато автопсій, що дало можливість глибоко вивчити патологію людини. У 1900 р. К. Ландштейнер опублікував статтю, в якій повідомляв про явище аглютинації при змішуванні плазми однієї людини з еритроцитами іншої людини.

Було встановлено, що в одних випадках спостерігається гемаглютинація, а в інших – вона відсутня. Це привело його до висновку, що кров різних людей неоднакова і може бути умовно поділена на 3 групи: А, В, С. Але в 1902 р. дослідники Денастелло та Штурлі встановили, що існують люди, кров яких не відповідає характеристикам груп А, В, С. В 1907 р. Ян Янський встановив, що люди з такою характеристикою крові відносяться до 4 групи крові. Таким чином, було встановлено, що кров всіх людей за своїми імунологічними характеристиками поділяється на 4 групи. Це відкриття мало революційне значення – з'явилася можливість безпечно переливати кров від одної до іншої людини.

З 1911 по 1919 рік К. Ландштейнер працював професором патологічної анатомії Віденського університету.

Роботами Е. фон Дунгерна (1910) та Б.Бернштейна (1924) було встановлено, що групи крові успадковуються.

Разом з Дж. Донатом (J. Donath) Карл Ландштейнер описав холодіві гемолізину при пароксизмальній гемоглобінурії (1904). Він припустив, що гемоглобінурія викликається антитілом (гемолізином), яке після впливу холоду взаємодіє з еритроцитами, а коли зігрівається, то викликає гемоліз. Він зміг відтворити це явище в пробірці і цей метод дістав назву методу Доната- Ландштейнера.

З часом К. Ландштейнер зосередив увагу на вивченні поліомієліту. Використав гомогенат головного мозку дитини, що померла від поліомієліту, ввів його в організм мавпи, викликавши симптоми паралічу (1909, сумісно з Е. Поннером). Оскільки не зміг виділити бактерії зі спинного мозку померлих дітей, то припустив, що причиною поліомієліту є вірус.

У 1923 р. К. Ландштейнер переїхав у США і вступив до Рокфеллерівського інституту медичних досліджень. В 1929 р. К. Ландштейнер став громадянином США.

В 1930 р. К. Ландштейнеру була присуджена Нобелівська премія “за відкриття груп крові людини”.

В 1940 р. К. Ландштейнер разом з О. Вінером і Ф. Левіним описали новий фактор крові людини – Rh-фактор (резус-фактор).

Науковий спадок К. Ландштейнера включає в себе понад 340 робіт. При житті він був удостоєний багатьох нагород, почесних звань, членства в багатьох академіях та наукових товариствах.

Помер К. Ландштейнер на роботі від серцевого нападу 29 червня 1943 р. на 76 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Скуркович С. Ландштейнер // БМЭ. В 36-ти т.15: Курт-Лимфоциты / гл. ред. А.Н. Бакулев. –2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1960. – С.227-228.
2. БСЭ. В 30-ти томах. Т.14. Кука-Ломани / гл. ред. А.М. Прохоров. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1971. – 624 с.: – Из содерж.: [Ландштейнер Карл]. – С. 146.
3. Биологи: биограф. справ. / отв. ред. Ф.Н. Серков. – Киев: Наукова думка, 1984. – 816 с. – Из содерж.: [Ландштейнер Карл]. – С. 357-358.
4. Визначні імена у світовій медицині / за ред. засл. діяча науки України проф. О.А. Грандо. – Київ: РВА Тріумф, 2001. – 320 с.: – Зі змісту: [Ландштейнер Карл]. – С. 38-39.
5. Кімакович В.Й. Лауреати Нобелівської премії з фізіології та медицини: біограф. нариси / В.Й. Кімакович, І.Д. Герич, О.О. Куш. – Ужгород: ВАТ “Видавництво Закарпаття, 2003. – 420 с.: Зі змісту: [Ландштейнер Карл]. – С. 188-190.
6. Нобелевская премия. Лауреаты. Иллюстрированная энциклопедия / пер. с англ. Л. Гуськовой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 296 с. – Из содерж.: [Карл Ландштейнер]. – С. 100.

БОРИС ВАСИЛЬОВИЧ ПЕТРОВСЬКИЙ

До 105-річчя від дня народження



Борис Васильович Петровський народився в м. Єсентуки, куди постуила в пологовий будинок його мати 27 червня 1908 р. Батько, Василь Іванович Петровський був земським лікарем с. Благородне Ставропільської губернії, закінчив у 1903 р. медичний факультет Дерптського університету. Мати, Лідія Петрівна Шевченко, отримала середню освіту в Новочеркаську, займалася вихованням дітей.

Після завершення навчання в СШ в Кисловодську Б.Петровський працював санітаром (1924-1926). Поступив на медичний факультет Московського університету, який закінчив у 1930 р. Працював хірургом в м. Подольську Московської області. В 1932 р. став науковим співробітником Московського онкологічного інституту, яким керував П.О. Герцен. В цьому ж інституті підготував і захистив кандидатську дисертацію на тему: “Капельные переливания крови и кровозамещающих растворов в онкологической клинике”(1937). Як хірург брав участь в радянсько-фінській війні, працюючи головним хірургом польового госпіталю. З лютого 1941 р. працював доцентом кафедри загальної хірургії 2-го Московського медичного інституту. Ранні роботи Б.В. Петровського присвячені хірургічному лікуванню раку грудної залози, стравоходу, доброякісних пухлин стравоходу.

Під час німецько-радянської війни 1941-1945 рр. працював хірургом армійських, фронтових госпіталів. Проблемам військово-польової хірургії Б.В. Петровський присвятив декілька праць: “Гнойные перикардиты после ранения”, “Огнестрельные ранения сердца и перикарда по данным фронтального госпиталя”.

З 1945 р. Б.В. Петровський – заступник директора з наукової роботи Інституту хірургії АМН СРСР. На базі фронтового матеріалу (біля 500 операцій при пораненнях великих судин) він підготував і захистив докторську дисертацію на тему: “Огнестрельные ранения крупных кровеносных сосудов в условиях фронтового района” (1947). В 1949 р. опублікував монографію “Хирургическое лечение ранений сосудов”. В 1948-1949 рр. Б.В. Петровський працював професором кафедри загальної хірургії 2-го Московського медичного інституту, а з 1949 по 1951 р. був директором хірургічної клініки Будапештського університету. Повернувшись до Москви, він очолив кафедру факультетської хірургії 2-го Московського медичного інституту (1951-1956). З 1956 р. Б.В. Петровський очолив кафедру госпітальної хірургії 1-го Московського медичного інституту і одночасно (з 1963) був директором створеного за його ініціативою НДІ клінічної та експериментальної хірургії МОЗ СРСР. В 1972 р. цей інститут був перетворений у Всесоюзний науковий центр хірургії (ВНЦХ) АМН СРСР.

Один із основних напрямків в його діяльності – хірургія серця та судин. Він одним з перших в СРСР почав робити операції на серці при вроджених та набутих вадах серця. Під його керівництвом удосконалювалися операції з використанням штучного кровообігу. В 1958 р. Б.В. Петровський успішно застосував гіпотермію при операції на

відкритому серці і зробив зашивання дефекту міжпередсердної перегородки. Він розпрацював двохетапний метод операції при тетраді Фалло. Б.В. Петровський вперше в СРСР застосував протези клапанів серця. В 1958 р. запропонував при постінфарктних аневризмах серця пластику діафрагмальним листком.

Б.В. Петровському належить низка монографій із згаданих проблем: “Аневризма серця” (1965); “Протезирование клапанов сердца” (1966); “Хирургия ветвей дуги аорты” (1970). Операціям на відкритому серці в умовах штучного кровообігу присвячені роботи “Хирургическое лечение открытого артериального протока” (1963), “Гипотермическая перфузия при операциях на открытом сердце” (1967).

За розробку нових операцій на серці та великих судинах Б.В. Петровському разом з іншими хірургами: П.О. Купріяновим, О.О. Вишневським, Е.М. Мещалкіним присуджена Ленінська премія (1960).

Разом з американським хірургом Де Бекі була написана книга “Экстренная хирургия сердца и сосудов” (1980)..

Проблема пересадки нирки розпрацьовувалася в клініці Б.В. Петровського з 1965 р., коли була зроблена перша в СРСР успішна пересадка нирки. За розробку проблеми пересадки нирки людині йому разом з Н.А. Лопаткіним, Ю.М. Лопухіним, Г.М. Соловійовим, В.І. Шумаковим присуджена Державна премія СРСР (1971).

Під керівництвом і при безпосередній участі Б.В. Петровського опрацьовувалася проблема гіпербаричної оксигенації у Всесоюзному центрі гіпербаричної оксигенації.

Під керівництвом Б.В. Петровського в 1973 р. створено перше в СРСР клінічне відділення з мікрохірургії, розроблені методи відновлення кровотоку в судинах діаметром менше 2 мм, що дозволило успішно здійснювати реплантацію пальців і кисті при їх травматичній ампутації, накладати лімфовенозний анастомоз для хірургічного лікування слоновості.

Б.В. Петровським розроблений комбінований доступ до внутрішньогрудного зобу, методика видалення загрудинного зобу із шийного доступу і низка пластичних операцій на бронхах та трахеї.

Широко відома науково-редакційна діяльність Б.В. Петровського. З 1967 р. він – головний редактор радянських медичних енциклопедій, в т.ч. 3-го видання БМЭ.

Б.В. Петровський – редактор 12-томного “Руководства по клинической хирургии” та “Атласа грудной хирургии”.

Визнання заслуг Б.В. Петровського виразилося в обранні його в 1953 р. членом-кореспондентом АМН СРСР, а в 1957 р. – дійсним членом АМН СРСР. В 1966 р. Б.В. Петровського обрано академіком АН СРСР, в 1968 р. присвоєно звання Героя Соціалістичної праці.

Упродовж 15 років (1965-1980) Б.В. Петровський був міністром охорони здоров'я СРСР. З 1965 р. і до кінця життя керував спочатку Всесоюзним товариством хірургів, а після його реорганізації – Асоціацією хірургів імені М.І. Пирогова. В 1975 р. Б.В. Петровський був нагороджений ВООЗ Міжнародною премією ім. Леона Бернара.

Б.В.Петровський створив найпотужнішу хірургічну школу, яка нараховує 400 кандидатів та 150 докторів наук і має 4 світові пріоритети.

Б.В. Петровський автор (співавтор) понад 700 наукових робіт, в т.ч. 40 монографій, підручників, керівництв, опублікованих на багатьох мовах світу. Міжнародне визнання

Б.В. Петровського підтверджено обранням його почесним членом 47 іноземних наукових товариств, академій, університетів.

Помер Борис Васильович Петровський 4 травня 2004 р. на 96 році життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. БСЭ. В 30 томах. Т.13: Отони-Пластырь / гл. ред. А.М. Прохоров. – М.: Советская энциклопедия, 1975. – 648 с.: Из содерж.: [Петровский Борис Васильевич]. – С.487.
2. Выдающийся хирург современности. К 70-летию со дня рождения Б.В. Петровского // Клиническая Хирургия. – 1978. – №6. – С.5-10.
3. Стручков В.И. Академик Б.В. Петровский. К 70-летию со дня рождения / В.И. Стручков // Советское здравоохранение. – 1978. – №6. – С. 92-95.
4. Малиновский Н.Н. Петровский Борис Васильевич / Н.Н. Малиновский // БМЭ. Т.19: Перельман-Пневмопатии. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – С. 147-148.
5. Б.В. Петровский: К 80-летию со дня рождения // Грудная хирургия. – 1988. – №3. – С.6-7.
6. Шалимов А.А. Старейшина хирургов страны. К 80-летию со дня рождения акад. Б.В. Петровского / А.А. Шалимов // Клиническая Хирургия, 1988. – №6. – С.1-6.
7. Малиновский Н.Н. Научная хирургическая школа академика Б.В. Петровского. К 80-летию со дня рождения / Н.Н. Малиновский, О.Б. Милонов, В.И. Соколов // Хирургия. – 1988. – №6. – С. 3-8.
8. Кузьмин М.К. Ученые-медики – Герои Социалистического труда / М.К. Кузьмин. – М.: Медицина, 1988. – 200 с.: Из содерж.: [Петровский Борис Васильевич]. – С. 81-84.
9. Петровский Б.В. Хирург и жизнь / Б.В. Петровский. – М. Медицина, 1989. – 320 с.
10. Малиновский Н.Н. Борису Васильевичу Петровскому 85 лет / Н.Н. Малиновский, В.И. Соколов // Хирургия. – 1993. – №6. – С. 3-6.
11. Ганіткевич Я. Історія Української медицини в датах та іменах. – Львів, 2004. – 368 с.: Зі змісту: [Б.В. Петровський]. – С. 182
12. Академик Борис Васильевич Петровский (К 100-летию со дня рождения) // Вестник хирургии, 2008. – Т.167. – №4. – С. 122-123.
13. Панишко Ю.М. Михайло Васильович Даниленко та його клінічне оточення (1964-1999) / Ю.М. Панишко. – Львів: Сполум, 2011. – 215 с. – Зі змісту: [Б.В. Петровський]. – С. 47.

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 16 (82)

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

О.О. Слінько – керівника Міжнародного центру корекції постави “Академія Грація”

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»